



Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke, Uniklinik RWTH Aachen
Förderkennzeichen:	01VSF16007
Akronym:	APVEL
Projekttitel:	Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein
Autoren	N. Krumm MSc (Res), Univ.-Prof. Dr. med. R. Rolke
Förderzeitraum:	01.06.2017 – 31.05.2019

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglicht Schwerkranken und Sterbenden eine Versorgung zuhause oder Mitbetreuung in Hospizen und Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität durch Symptomlinderung. Die G-BA Richtlinie zur SAPV soll in Nordrhein (mit einer besonders klar abgegrenzten und definierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung; AAPV) evaluiert werden, indem die Wirksamkeit der SAPV beschrieben wird, wie sie sich derzeit in Routinedaten, Meinung der Versorger, qualitativen Interviews und direkten PatientInnen-orientierten Outcomes widerspiegelt, um daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung zu formulieren.

Methodik: Das G-BA Innovationsfondsprojekt APVEL umfasst drei parallele Forschungsstränge: (1.1) Retrospektive Sekundärdaten-Analyse: Mittels Daten der AOK Rheinland/Hamburg (2014-2016) wurden PatientInnencharakteristika, Versorgungswege, -dauer von SAPV in der Region Nordrhein beschrieben sowie Unterschiede in der Versorgung zu PatientInnen der AAPV und Regelversorgung im letzten Lebensjahr. (1.2) Quantitativ wurde die Einstellung und Versorgungspraxis der niedergelassenen FachärztInnen Nordrhein (HausärztInnen und OnkologInnen) in Bezug auf die SAPV (vs. AAPV oder Regelversorgung) untersucht. (2) Prospektiv wurde die Wirksamkeit der SAPV im Vergleich zur AAPV anhand von PatientInnen-orientierten Outcomes zur Symptomausprägung (IPOS) und Lebensqualität (FACIT-PAL) in städtischen vs. ländlichen Regionen in Nordrhein analysiert. Qualitative Daten wurden mithilfe eines Leitfaden-gestützten semistrukturierten Interviews bei PatientInnen, Angehörigen und ambulanten Palliativteams erhoben. Die Arbeitspakete 1.2 und 2 nutzten methodisch u.a. systematische Literaturübersichten, ExpertInneninterviews, Fokusgruppen und Delphi-Prozesse. (3) Aus den erarbeiteten Daten wurden Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der SAPV formuliert.

Ergebnisse: (AP 1.1) Die Inanspruchnahme der SAPV 2014 bis 2016 stieg von 5,1% auf 7,1% der AOK-Versicherten im letzten Lebensjahr bei gleichzeitigem Rückgang der palliativen Leistungen in der ambulanten Regelversorgung von 15,7% auf 11,7%. SAPV wird zu 90% von HausärztInnen verordnet und von 50% der Versicherten in deren letztem Lebensjahr in den letzten 22 Tagen oder kürzer vor dem Tod begonnen. Verglichen mit anderen nicht-Tumorentitäten werden bei Tumorerkrankten die SAPV 3-fach und die AAPV doppelt so häufig verordnet. Routinedaten zeigen, dass SAPV die angestrebten Ziele (1) Verbleib im häuslichen Umfeld und (2) Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativen zu palliativen Aspekten erfüllt – gemessen an Krankenhausaufenthalten nach Beginn der SAPV und bevorzugter Verordnung von Palliativartikeln. **(AP 1.2)** Bei 2199 in Nordrhein angeschriebenen niedergelassenen ÄrztInnen ergab sich eine Fragebogen-Rücklaufquote von 20,8%. Die FachärztInnen (54 ±9 Jahre; 51% weiblich) waren in 82% der Fälle selbstständig niedergelassen, darunter 36% in einer Einzelpraxis. Die Befragung ergab drei Bereiche für Kernempfehlungen, um die palliative Versorgung aus Facharztsicht zu verbessern: (1) Vergütung anpassen und Bürokratie abbauen, (2) heterogene Versorgungsstrukturen vereinheitlichen und Schnittstellenmanagement verbessern, (3) Handlungshilfen schaffen und Substitutionen vermeiden.

(AP 2). Die prospektive PatientInnenbefragung zeigte unter SAPV eine Systemstabilisierung (IPOS) in einem 2-Wochen-Zeitraum, während AAPV-PatientInnen eine Symptomabnahme zeigten. Das erlebte „Sicherheitsgefühl“ unterschied sich nicht zwischen SAPV und AAPV, war aber besser in der Stadt verglichen mit ländlichen Regionen. Eine Diskriminanzanalyse zeigte den ECOG-Score als wesentlichen Prädiktor der Versorgungsform mit höherer Einschränkung des Funktionsstatus in der SAPV-Gruppe. Eine qualitative Analyse ergab als wesentlichen Wirkfaktor der SAPV ein „Sicherheitsversprechen“ in der Versorgung.

Diskussion: Die Wirksamkeit der SAPV wird von PatientInnen und Angehörigen neben der Linderung belastender Symptome wesentlich durch ein „Sicherheitsversprechen“ in der Versorgung erklärt. Die SAPV konnte im Untersuchungszeitraum von 2 Wochen anders als die AAPV in dieser Stichprobe nur eine Stabilisierung der Symptome erreichen. Dieser Befund ist mit der Tatsache vereinbar, dass SAPV-PatientInnen klinisch bereits stärker eingeschränkt waren. Die SAPV hält dabei nach Routinedaten die

wesentlichen Zielvorgaben ein und unterstützt Menschen bei dem Wunsch, zuhause zu sterben. Sekundärdaten der AOK Rheinland/Hamburg zeigen, dass viele PatientInnen zu spät in die SAPV eingeschlossen werden (15% in den letzten 3 Lebenstagen). FachärztInnen (d.h. HausärztInnen und niedergelassene OnkologInnen) erleben die SAPV überwiegend positiv und überweisen in diese Versorgungsform je häufiger positive Erfahrungen mit einzelnen SAPV-Teams gemacht werden. Barrieren gegenüber einer Einbindung in die SAPV sind nach ihrer Einschätzung bürokratische Hindernisse, eine fehlende Kommunikation und Einbindung dieser FachärztInnen durch die SAPV-Teams und unzureichende Vergütung für die aufwändige Palliativkoordination in der Regelversorgung. Aus den Daten der drei Forschungsstränge wurden Empfehlungen für eine nur moderate Anpassung der G-BA Richtlinie sowie weitere Maßnahmen außerhalb der G-BA Richtlinie abgeleitet, die auf eine bewussteren Wahrnehmung und Inanspruchnahme der SAPV und AAPV zielen.

2. Beteiligte Projektpartner

Konsortialführung

(1) **Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke**, Direktor Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik RWTH Aachen (Tel. 0241-8080880, Email: rolke@ukaachen.de)

Konsortialpartner

(2) **Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz**, Direktor Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Tel. 0221-4783361, E-Mail: raymond.voltz@uk-koeln.de)

(3) **Univ.-Prof. Dr. med. Lukas Radbruch**, Direktor Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik Bonn (Tel. 0228-28713495, Email: lukas.radbruch@malteser.org)

(4) **Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff**, Direktor Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln (Tel. 0221-47897101, Email: holger.pfaff@uk-koeln.de);
Dr. Nadine Scholten, stellvertretende Institutsleitung, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln (Tel. 0221-47897156, Email: nadine.scholten@uk-koeln.de)

(5) **Prof. Dr. Martin Hellmich**, Leiter der Abteilung Medizinische Statistik und Epidemiologie, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Universität Köln (Tel. 0221-4786509, Email: martin.hellmich@uni-koeln.de)

(6) **Prof. Dr. Christian Rietz**, bis 01.01.2018 Leiter des Department für Heilpädagogik und Rehabilitation, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln; seit 1.1.2018 Leiter Servicestelle Forschungsmethoden, Institut für Erziehungswissenschaft, Pädagogische Hochschule Heidelberg (Tel.: 06221 477-505, E-Mail: christian.rietz@ph-heidelberg.de)

(7) **Frau Dr. rer.soc. Ingrid Schubert** Leiterin der PMV Forschungsgruppe, Klinik der Kindes- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln (Tel. 0221 478 6545; E-Mail: Ingrid.schubert@uk-koeln.de), seit 03.2019: **Ingo Meyer, MA**, Leiter der PMV Forschungsgruppe, Klinik der Kindes- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln (Tel. 0221-478-87613 E-Mail: ingo.meyer@uk-koeln.de)

Kooperationspartner:

AOK Rheinland/Hamburg (**Herr Robin Fink**, Tel. 0211-87912514, Email: robin.fink@rh.aok.de)

3. Einleitung

Durch die im Jahr 2007 erfolgte Verankerung des § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte *mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen*, einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung [1]. Gemäß § 37b SGB V soll die SAPV *die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von PalliativpatientInnen so weit wie möglich erhalten, fördern und verbessern. Sie soll den Betroffenen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) und stationären Hospizen ermöglichen*. Das Nähere über die Leistungen, insbesondere die Anforderungen an die Erkrankungen sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie das Verhältnis zur ambulanten Versorgung, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) geregelt (<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/sapv/richtlinie/>).

Ziele und Erwartungen des Projekts

Ziel des Projektes ist es, die bisherige Richtlinie des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2007) zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu evaluieren und Empfehlungen für die Anpassung dieser Richtlinie zu formulieren. Hierbei soll vor dem Hintergrund der in der Region Nordrhein besonders klar abgegrenzten und definierten Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) die Wirksamkeit der SAPV beschrieben werden, wie sie sich derzeit in Routinedaten, Meinung der Versorger und direkten PatientInnen-orientierten Outcomes widerspiegelt. Untersuchungsfokus des Projekts ist die Wirksamkeit von SAPV im Vergleich mit der AAPV für städtische vs. ländliche Bereiche Nordrheins. Theoretischer Hintergrund ist das soziologisch orientierte Wirksamkeitsmodell nach Schneider et al. (2015), welches das Outcome von SAPV durch die Wirksamkeitsdimensionen „Symptomlinderung“, „Sicherheitsversprechen“ und „Alltagsrahmung“ beschreibt.

Gerade durch den Partner AOK Rheinland/Hamburg und den Zugang zu Sekundärdaten von Versicherten mit Sterbezeitpunkt in den Jahren 2014-2016 für die Region Nordrhein war es ein wesentliches Ziel des Projekts **APVEL** (Ambulante Palliativversorgung Evaluation), größere retrospektive Daten mit prospektiven Daten der fachärztlichen Versorgung dieser PatientInnen und einer PatientInnenbefragung einschließlich der Erfassung von Symptomausprägung zusammenzuführen. Die Auswertungen zielten dabei auf die Integration der Daten aus den drei genannten Forschungssträngen mit Ableitung von Empfehlungen für die zukünftige Praxis der SAPV – hier extrapoliert auf ganz Deutschland.

Projektstruktur

Für das Projekt wurden drei parallele Arbeitspakete formuliert, deren Ergebnisse im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes in einem induktiv-deduktiven Prozess integriert wurden. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Projektaufbau mit den jeweiligen Verantwortlichkeiten für die drei Arbeitspakete des Gesamtprojekts.

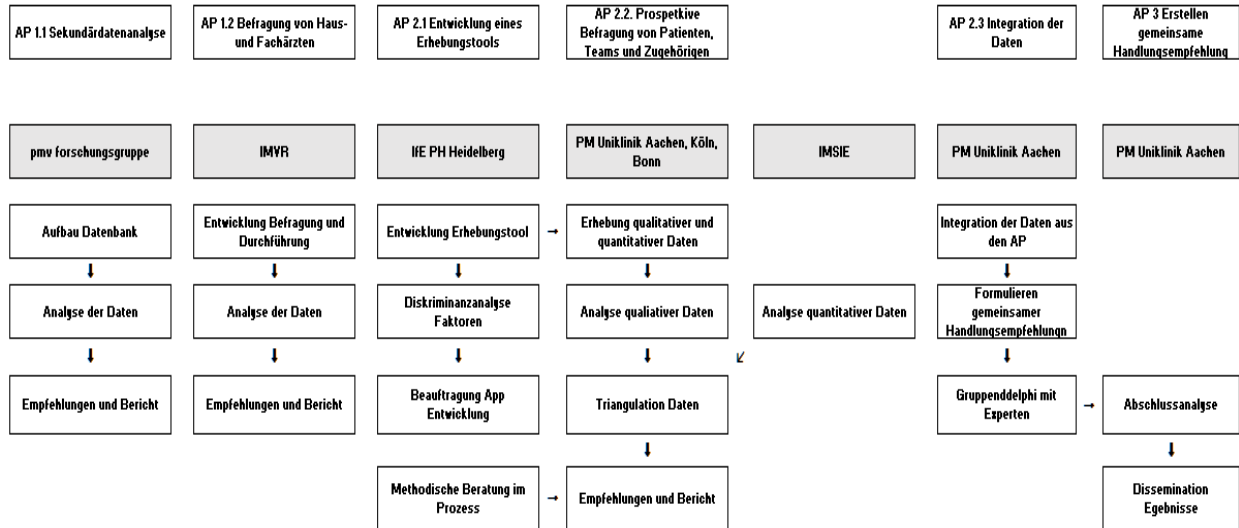


Abbildung 1. Projektstruktur

Die Abbildung zeigt die Konsortialpartner mit zugeordneten Aufgaben und die vorgesehenen Schritte zur Integration der Ergebnisse.

4. Projektdurchführung

4.1. Übersicht zu den Arbeitspaketen

Arbeitspaket 1.1. Sekundärdatenanalyse: Auf Grundlage von Routinedaten (Sekundärdaten) von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg wurden im AP 1.1 die Inanspruchnahme palliativer Leistungen und die Eigenschaften palliativer PatientInnengruppen analysiert. Hierbei wurden insbesondere Fragestellungen zu Beginn, Dauer und Ende der Versorgung mit verschiedenen Arten von Palliativleistungen sowie zur Verordnung von Leistungen der SAPV bearbeitet. Des Weiteren befasste sich die Auswertung mit Versorgungsverläufen von palliativen und nicht-palliativen PatientInnen im letzten Lebensjahr und entsprechenden Unterschieden bzgl. Demografie, Krankheitslast und Diagnosen sowie Versorgungskosten. Weitere Auswertungen befassten sich mit Hinweisen auf die Erreichung der Versorgungsziele der SAPV, die sich aus den Routinedaten ergaben.

Arbeitspaket 1.2 Befragung von niedergelassenen HausärztInnen und OnkologInnen

Nach systematischer Literaturrecherche und Durchführung von qualitativen Experteninterviews zum Thema wurde ein Fragebogen für die Facharztbefragung entwickelt und an alle HausärztInnen und OnkologInnen in Nordrhein versendet. Die Befragung verfolgte die folgenden Zielsetzungen:

- Bestandsaufnahme zur Leistungserbringung der SAPV und AAPV in Nordrhein
- Darstellung regionaler Unterschiede im Vergleich städtischer vs. ländlicher Regionen in Nordrhein
- Darstellung der Abhängigkeit der Leistungserbringung der SAPV und AAPV in Abhängigkeit der regional verfügbaren Palliativversorger aus hausärztlicher und onkologischer Sicht

Hierzu wurden im AP 1.2 explizit die folgenden Fragestellungen adressiert: Welche Einstellungen zeigen niedergelassene FachärztInnen in Nordrhein bezüglich der ambulanten Palliativversorgung (AAPV, SAPV und Regelversorgung)? Wie wirken sich diese Einstellungen auf ihr Versorgungshandeln aus?

Arbeitspaket 2.1 Entwicklung eines Evaluationstools für die Erfassung der Wirksamkeit von SAPV/AAPV

Für die Entwicklung eines Evaluationstools für die Wirksamkeit der SAPV/AAPV wurde ein Erhebungsinstrument für die Befragung bei den PatientInnen in der ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage einer umfangreichen Literatursuche und zweier Expertenrunden erstellt. Zusätzlich wurde eine Fokusgruppe mit Stakeholdern der ambulanten Palliativversorgung durchgeführt, um inhaltliche Domänen eines daraus folgenden halbstrukturierten Interviewleitfadens für die PatientInnenbefragung herzuleiten.

Arbeitspaket 2.2 Prospektive PatientInnen- und Angehörigenbefragung

In dieser prospektiven Erhebung konnten mittels des Erhebungstools sowohl quantitative Daten als auch qualitative Daten (semi-strukturiertes Interview) von N = 256 PatientInnen erhoben werden. Des Weiteren wurden n=11 Teammitglieder und n=10 An- und Zugehörige interviewt.

Alle Ergebnisse wurden in einem dritten Schritt (**Arbeitspaket 2.3**) im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes in einem induktiv-deduktiven Prozess integriert. In einem konsensbasierten Austausch wurden aus den Ergebnissen Empfehlungsentwürfe formuliert, die in einem Gruppen-Delphi-Prozess mit externen ExpertInnen in zwei Schritten (face-to-face als Gruppe und nachfolgend online) diskutiert und konsentiert wurden.

5. Methodik

AP 1.1 Retrospektive Analyse von Sekundärdaten der AOK Rheinland/Hamburg für Nordrhein

Die Auswertung beruht auf Routinedaten (Sekundärdaten) von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein (Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf), die in den Jahren 2014 bis 2016 verstorben sind. Dabei wurden nur Versicherte berücksichtigt, die zum Zeitpunkt des Todes mindestens 18 Jahre alt waren (N = 90.797). Für diese Population lagen die Stammdaten (Demografie etc.) und Daten zum Leistungs- und Verordnungsgeschehen in allen Sektoren (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Arzneimittelverordnungen, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Leistungen der Pflegeversicherung) aus den Jahren 2013 bis 2016 vor. Als Teil der ambulanten Versorgungsdaten wurden auch die Daten zu den Leistungen der AAPV und SAPV bereitgestellt. Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich in Kapitel 2 des anhängenden AP 1.1 Berichts.

Im Laufe der Arbeiten im AP 1.1 wurde der Auswertungsplan auf der Grundlage des Feedbacks aus dem Konsortium angepasst. Insbesondere wurde ein Schwerpunkt auf die Auswertung von individuellen Versorgungsverläufen gelegt, nachdem die Auswertung der Inanspruchnahme eine hohe Variabilität von Beginn und Ende von Palliativversorgung relativ zum Todesdatum, der Dauer der Versorgung sowie ihrer Intensität gezeigt hatten. Diese Auswertungen zu den Versorgungsverläufen erwiesen sich als sehr komplex und zeitaufwändig.

Gleichzeitig zeigte auch die deskriptive Auswertung der Unterschiede zwischen den Versorgungsgruppen (ohne propensity score matching) auf mehreren Ebenen (Inanspruchnahme, Kosten, Zielerreichung) bereits relevante und verwertbare Ergebnisse, so dass auf weitergehende Auswertungen mit gematchten PatientInnen verzichtet wurde.

Arbeitspaket 1.2 Befragung von niedergelassenen ÄrztInnen

Die Datenerhebung fand im Mixed-Methods-Design statt, d. h. qualitative- und quantitative Erhebungsverfahren wurden miteinander kombiniert. Um tiefere Einblicke in die palliative Versorgung in Nordrhein zu generieren wurden drei semistrukturierte, leitfadengestützte ExpertInneninterviews durchgeführt transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Experteninterviews wurden mit einem onlinebasierten ExpertInnen-Delphi kombiniert. Dafür wurde das Online-Tool ‚Limesurvey‘ genutzt. Der ExpertInnenstatus wurde durch eine besonders hohe Fachexpertise, sehr gute Kenntnisse der palliativen Versorgungsstrukturen in Nordrhein und langjährige Praxiserfahrung in der Palliativversorgung definiert. Die Delphi-Befragung erfolgte in drei Wellen, nach denen ein ExpertInnenkonsens erreicht werden konnte.

Basierend auf der vorliegenden Literatur und den Erkenntnissen aus der Expertenbefragung wurde eine Fokusgruppendifkussion mit sieben ambulant tätigen ÄrztInnen geführt. Neben der Zugehörigkeit zu der FachärztInnengruppe der HausärztInnen oder der OnkologInnen (Innere Medizin/Hämatologie) und der praktischen Tätigkeit in Nordrhein, wurden keine weiteren Teilnahmevoraussetzungen vorgegeben.

Sechs der teilnehmenden ÄrztInnen gehörten der Facharztgruppe der HausärztInnen an. Ein Teilnehmer war Onkologe. Die Fokusgruppe wurde entsprechend des vorab entwickelten semistrukturierten Leitfadens durchgeführt.

Die Experteninterviews und Daten aus der Fokusgruppe wurden per Audioaufnahme aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Als Auswertungsmethode wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz (2016) gewählt. Die Codierung fand mit zwei unabhängigen Codierenden anhand eines deduktiv-induktiven Vorgehens statt. Codes wurden im Anschluss diskutiert und abgeglichen. Für die Analyse wurde die Software MAXQDA 12 genutzt.

Aus den qualitativen Verfahren und in Kombination mit der Literaturlbasis wurde ein quantitativer Fragebogen entwickelt und im Rahmen eines Pre-Tests erprobt. In Folge wurde dieser im Rahmen einer Vollbefragung an alle ambulant tätigen, niedergelassenen und angestellten HausärztInnen und OnkologInnen in Nordrhein (Aachen, Kreis Aachen, Köln, Bonn, im Rhein-Sieg-Kreis und im Rhein-Erft-Kreis) versendet (n=2.199, davon 45 OnkologInnen). In Anlehnung an Dillmans Total Design Methode wurden die TeilnehmerInnen drei Mal zur Teilnahme an der Befragung erinnert (Dillman 1978). Der Rücklauf lag bei 445 hausärztlichen TeilnehmerInnen, was einer Rücklaufquote von 20% entspricht. Der Rücklauf bei den Onkologen lag bei 14 TeilnehmerInnen (31%). Der Fragebogen gliedert sich in die vier Themenfelder ‚Ambulante Palliativversorgung‘, ‚Spezialisierte ambulante Palliativversorgung‘, ‚Einstellungen zur hausärztlichen Tätigkeit‘ sowie der Erhebung soziodemografischer und praxisstruktureller Angaben. Die Fragebögen aus der Vollbefragung wurden mit Hilfe der Teleform® Software eingelesen und mit dem Statistikprogramm STATA 15.1 ausgewertet. Hierzu wurden die Daten nach der Erfassung in einem ersten Schritt deskriptiv dargestellt analysiert. Zudem erfolgten zu einigen Fragen Subgruppenanalysen, beispielsweise stratifiziert nach Qualifikation oder Verordnungshäufigkeiten von SAPV. Neben der deskriptiven Analyse wurden einzelne Items bivariat untersucht. Zu der Variable SAPV-Verordnungen sowie zu Variablen zur Einschätzung palliativer Bedarfe wurden multivariate Analysen durchgeführt (logistische Regressionsanalyse), um Einflussfaktoren zu identifizieren. Aus den Ergebnissen der Datenerhebung wurden im Anschluss Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der SAPV in Deutschland abgeleitet.

Arbeitspaket 2.1 Entwicklung eines Erhebungsinstruments

Basierend auf einer Literaturlanalyse wurde zunächst geprüft mittels welcher Indikatoren die Qualität und Wirksamkeit palliativmedizinischer Arbeit im Rahmen von Forschungsprojekten eingeordnet und bewertet wird. Im Blickpunkt der Recherche standen in der palliativmedizinischen Forschung etablierte Messinstrumente, die aktuell eingesetzt werden, um den Zustand von palliativmedizinischen Patienten bewerten und mögliche Veränderungen erfassen zu können. Neben Einsatzbereich und Einsatzhäufigkeit dieser Messinstrumente wurden auch das theoretische Fundament sowie die testtheoretische Begutachtung der Verfahren miteinander verglichen. Die Vor- und Nachteile einzelner Verfahren wurden diskutiert und – bezogen auf die Fragestellungen des Projektes – in ihrer Relevanz gewichtet.

Daraufhin wurden mehrere Varianten des Fragebogens entwickelt und miteinander verglichen. Nach der Erstellung des Erhebungsplans für die Studie wurden erneut die Rahmenbedingungen geprüft. Nach Rücksprache mit Praktikern wurde der Erhebungsplan modifiziert und der Einsatz der ursprünglich hierfür vorgesehenen App neu geplant. Es wurde beschlossen, die Befragung mittels einer Paper-Pencil-Variante zu starten.

Zur Vorbereitung der qualitativen Untersuchung wurde eine Fokusgruppe mit ExpertInnen aus der APV durchgeführt, um inhaltliche Domänen eines daraus folgenden halbstrukturierten Interviewleitfadens herzuleiten. Diese Fokusgruppe wurde homogenisiert mit ÄrztInnen (N=5) aus der APV und dem Medizinischen Dienst (MDK) (N=1) durchgeführt. Als Experte wurde eine besonders hohe Fachexpertise, sehr gute Kenntnisse der palliativen Versorgungsstrukturen in Nordrhein und langjährige Praxiserfahrung in der Palliativversorgung definiert. Die Audioaufzeichnung der Fokusgruppe wurde verbatim transkribiert und inhaltsanalytisch (Mayering, 2003) unter Verwendung von MaxQDA 10 ausgewertet. Identifizierte Themen der Fokusrunde wurden für die Erstellung des Interviewleitfadens für die prospektive PatientInnen- und Angehörigenbefragung benutzt. Die Leitfadententwicklung erfolgte unter Leitung des Departments für Heilpädagogik und Rehabilitation in einem mehrstufigen strukturierten Diskussionsprozess mit den beteiligten WissenschaftlerInnen unter Zuhilfenahme der relevanten Literatur.

Arbeitspaket 2.2 Prospektive PatientInnen und Angehörigenbefragung

Quantitative Datenerhebung

Die quantitative Datenerhebung erfolgte erstmals im Rahmen eines vor-Ort-Besuchs durch eine/n

wissenschaftliche/n MitarbeiterIn den Regionen Aachen, Bonn und Köln durch eine/n wissenschaftliche/n MitarbeiterIn zuhause beim Patienten am Tag 2-3 nach Beginn einer SAPV oder AAPV. Zunächst wurden PatientInnen und Angehörige zur Studie aufgeklärt (written informed consent). Die PatientInnen – entweder allein oder unterstützt durch Angehörige – wurden mithilfe eines Erhebungsinstrumente untersucht:

- **IPOS** (Fragebogen zur Erfassung der Symptomlast, beispielsweise von Schmerzen), ergänzt um zwei Zusatzfragen zu Sicherheitsversprechen und zur Alltagsrahmung
- **FACIT-PAL** (Fragebogen zur Erfassung von Lebensqualität; quality of life=QoL)
- Zusätzlich wurden demografische Daten und weitere PatientInnencharakteristika inkl. ECOG-Score erfasst

Der IPOS wurde beim Erstkontakt (face-to-face) erfasst sowie im Abstand von je ca. 1 Woche noch bis zu zweimal telefonisch, um die Ausprägung körperlicher wie psychischer Symptome auch im zeitlichen Verlauf unter Versorgung von SAPV- bzw. AAPV- Diensten zu untersuchen. Der FACIT-PAL wurde nur einmalig im Sinn einer Querschnitterfassung im Rahmen des Erstkontakts ausgefüllt.

Qualitative Datenerhebung

Um die (Mechanismen der) Wirksamkeit der ambulanten Palliativversorgung aus Sichtweise der PatientInnen, Zu-/Angehörigen und VersorgerInnen zu untersuchen, wurden semi-strukturierte leitfadensbasierte Interviews durchgeführt. Die qualitative Befragung sollte als methodisches Gegenstück und Ergänzung der quantitativen Analyse dienen. Sie sollte einen offenen Rahmen bilden, in dem die Befragten von der ambulanten Versorgung berichten und weitere mögliche Aspekte in der Versorgung frei thematisieren konnten, die möglicherweise durch die quantitative Befragung nicht abgedeckt wurden.

Interviews liegen von 198 PatientInnen und 12 An-/Zugehörigen vor. Auch 11 VersorgerInnen aus ambulanten Palliativdiensten mit unterschiedlichen Berufen wie Ärztinnen, Soziale Berufsgruppen und Pflegefachkräfte wurden in ExpertInneninterviews befragt, die deren Sichtweise auf die Wirksamkeit der ambulanten Palliativversorgung verdeutlichen sollten. Zusätzlich zu den Interviews wurden Memos als Dokumentation von Besonderheiten während der Interviewsituation angelegt.

Da nicht nur Unterschiede zwischen den Versorgungssystemen, sondern auch zwischen ländlicher und städtischer Versorgung untersucht werden sollten, wurde die Definition des Begriffs „Land“ mehrfach ausführlich diskutiert. Es ergab sich die Schwierigkeit, dass laut der Definition der OECD (2007)¹ im untersuchten Gebiet kein ländlicher Raum existiert. Eine Unterscheidung der Versorgung von Stadt und Land ist weder aufgrund wirtschaftlicher Kriterien noch aufgrund von Pendlerströmen sinnvoll. Daher wurden ProbandInnen aufgrund der Einwohnerzahl ihres Wohnortes in „städtisch“ oder „eher ländlich“ unterschieden. Als „städtisch“ wurden die Großstädte mit mindestens 100.000 EinwohnerInnen definiert, als „eher ländlich“ alle übrigen Städte und Gemeinden mit den umliegenden ländlichen Regionen.

Entwicklung eines Interviewleitfadens

Halbstrukturierte Interviewleitfäden wurden für die vertiefenden qualitativen Interviews mit PatientInnen entwickelt, welche auch leicht angepasst für die Zu-/Angehörigen und MitarbeiterInnen aus der Palliativversorgung eingesetzt wurden. Die Fragen für den Leitfaden der PatientInnen-Interviews wurden deduktiv in Anlehnung an die drei Wirkfaktoren - Symptomlinderung, Sicherheitsversprechen und Alltagsrahmung - von Schneider et al. (2015) entwickelt. Pro Wirkfaktor wurden zwei Leitfragen mit je bis zu vier potentiellen Steuerungsfragen erstellt, die sich auf die aktuelle ambulante Palliativversorgung beziehen. Da der qualitative Befragung eine quantitative vorausging, wurde die erste Frage bezüglich der Symptomlinderung als methodischer Übergang und Erzählimpuls konzipiert und thematisiert die Situation vor der Versorgung durch ein ambulantes Palliativsystem, um mögliche Veränderungen zu erfassen und einen Gesprächsfluss zu generieren. Da die Interviews möglichst offen gestaltet werden sollten, um die Interviewten in die Lage zu versetzen, selbstbestimmt zu erzählen, sollte der Leitfaden vor allem als thematische Stütze dienen. So konnte die Reihenfolge der Fragen im Gespräch variabel gestaltet werden, um flexibel auf die Themen, die von PatientInnen im Erzählfluss angesprochen wurden, eingehen zu können. Steuerungsfragen wurden nach Einschätzung der WissenschaftlerInnen nur genutzt, um die Themen anzusprechen, die noch nicht behandelt wurden, aber theoretisch hohe Relevanz aufwiesen. Als Abschluss des Gesprächs wurde dargelegt, dass von Seiten der InterviewerInnen alle Fragen geklärt wurden und nachgefragt, ob es vonseiten der Patientin oder des Patienten noch einen Sachverhalt gäbe, der noch nicht angesprochen wurde, ihr oder ihm in Bezug auf die Palliativversorgung aber wichtig wäre (Helfferich 2011).

Der semistrukturierte Leitfaden für die Interviews mit An-/Zugehörigen wurde sehr nahe an den Leitfaden

¹ Die OECD definiert ländlichen Raum mit einer Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohner pro km².

Einteilung erfolgte mit Hilfe von <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Downloads/haeufig-nachgefragte-karten/einwohnerdichte.pdf? blob=publicationFile&v=12>.

für PatientInnen angelehnt und konzentrierte sich auf die aktuelle Situation in der ambulanten Palliativversorgung und thematisierte nicht den Übergang in die häusliche Versorgung. So wurde nach der Einstiegsfrage, die den normalen Tagesablauf mithilfe der Palliativversorgung beinhaltete und die Erzählaufforderung darstellte, auch hier die Wirksamkeit der Symptomlinderung, des Sicherheitsversprechens und der Alltagsrahmung angesprochen und deren Bewertung aus An-/Zugehörigensicht erfasst. Der Abfragemodus der PatientInnen-Interviews wurde übernommen.

Mitglieder ambulanter Palliativdienste wurden als ExpertInnen ebenfalls mit einem semistrukturierten Leitfaden befragt. Hier sollten als Einstieg die unterschiedlichen Einschlusskriterien zwischen AAPV- und SAPV-PatientInnen dargestellt werden, um Abgrenzungen der verschiedenen Versorgungssysteme festzustellen. Die Einstiegsfragen wurden daher für die beiden Versorgungssysteme unterschiedlich formuliert.² Des Weiteren wurde mit einer Leitfrage die Zusammenarbeit zwischen den Systemen angesprochen. Ansonsten wurde ähnlich der PatientInnen und An-/Zugehörigen-Interviews Bezug auf die Wirkfaktoren von Schneider et al. (2015) aus Sicht der ExpertInnen genommen.

Alle Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und verbatim transkribiert sowie pseudonymisiert. Dabei wurden die Transkriptionsregeln von Lamnek, Qualitative Sozialforschung (2010) beachtet. Die anschließende Analyse erfolgte anhand des transkribierten Textes.

Rekrutierung für die prospektive PatientInnen- und Angehörigenbefragung

Um die Belastung so gering wie möglich zu halten, wurden die PatientInnen für die Befragung zu Hause aufgesucht. Für die Gewinnung von PatientInnen in der ambulanten Palliativversorgung wurden AAPV- und SAPV-Dienste wie qualifizierte PalliativmedizinerInnen mit eigener Praxis schriftlich, telefonisch oder persönlich erstkontaktiert. Bei Interesse erfolgte eine persönliche Vorstellung des Projekts im Team, um möglichst viele MitarbeiterInnen direkt zu involvieren. Die Einschätzung, ob ein Patient oder eine Patientin physisch, psychisch und emotional in der Lage war, eine Befragung durchzuführen, wurde durch die VersorgerInnen getroffen. Diese sollten den PatientInnen eine kurze Projektbeschreibung und ein Kontaktformular aushändigen, das sie bei Einwilligung der PatientInnen, von jenen unterschrieben und mit Kontaktdaten versehen, postalisch oder per Fax an die WissenschaftlerInnen weiterleiteten.

Am Standort Köln wurde in Zusammenarbeit mit den Diensten darüber hinaus eine weitere nicht-standardisierte Methode der Rekrutierung erprobt. So nahmen die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen im Verlauf der Studie regelmäßig die Möglichkeit einer Mitfahrt mit einem SAPV-Arzt bzw. Ärztin zu den PatientInnen wahr, um nach deren Einschätzung die in Frage kommenden PatientInnen direkt vor Ort für die Studie zu rekrutieren. Diese Vorgehensweise erlaubte es den wissenschaftlichen MitarbeiterInnen zugleich, sich eine Orientierung über den SAPV-Alltag zu verschaffen, was in ‚Vor-Ort-Feldnotizen‘ protokolliert wurde.

Die Änderungen und Ergänzungen der EU-DSGVO wurden in die Einwilligungserklärung zum Inkrafttreten (25.05.2018) eingearbeitet und die PatientInnen über die Neuerungen informiert. Die ausführliche Aufklärung und Studieneinwilligung erfolgten persönlich mit der Wissenschaftlerin oder dem Wissenschaftler, die zeitnah nach Eingang des Kontaktformulars Kontakt zu den Studienprobanden aufnahmen. Dieses Verfahren wurde auch bei der Auswahl der An-/Zugehörigen gewählt. Dadurch wurde sichergestellt, dass besonders belastete PatientInnen und Zu-/Angehörige nicht zusätzlich belastet wurden. Im Falle, dass PatientInnen nicht oder nur teilweise in der Lage waren, das Gespräch zu führen, wurden Vorsorgebevollmächtigte stellvertretend gefragt, ob sie sich bereit erklärten, im Namen des Patienten bzw. der Patientin zu sprechen. Bei Anwesenheit von Zu-/Angehörigen beim Interview mit dem oder der Betroffenen konnten diese am Gespräch teilnehmen und das Gesagte ggf. ergänzen. Die Interviewsituation wurde an die Befragten und deren Allgemeinzustand angepasst, sodass z. B. nicht in allen Interviews die Beantwortung aller Fragen oder eine ausführliche Beantwortung möglich war. Wenn eine/r PatientIn eine Audioaufzeichnung ablehnte oder medizinischer Gründe einen Verzicht auf eine solche Aufzeichnung nahelegten, wurden Gedächtnisprotokolle erstellt. Die Befragung wurde bei akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder auf Wunsch der Befragten umgehend abgebrochen.

Herausforderungen entstanden bei der Rekrutierung aufgrund der Versorgung vieler PatientInnen in schlechtem Allgemeinzustand und daher zu hoher Belastung der PatientInnen bei Einweisung in die ambulante Palliativversorgung. In einigen Fällen wurde der Termin sehr oft verschoben oder konnte aufgrund einer Verschlechterung der Symptome oder Tod nicht mehr wahrgenommen werden.

Da der Kontakt zu den Versorgern ohnehin bestand, wurde hier direkt gefragt, ob Interesse an einer Befragung bestünde. Aufklärung und Einverständnis wurden auf gleiche Art wie bei PatientInnen und An-/Zugehörigen eingeholt.

² Für SAPV-DienstleisterInnen wurde die Frage „was macht für Sie SAPV Arbeit aus? Welche Merkmale charakterisieren einen SAPV-Fall im Vergleich zu einem AAPV-Fall?“ gewählt, bei AAPV-DienstleisterInnen „wie gestaltet sich die ambulante Palliativversorgung seit Einführung der SAPV? Was hat sich aus Ihrer Sicht für Sie selbst als auch für die Patienten geändert?“

Da das Teilprojekt und die Forschungsfrage an Schneider et al. (2015) angelehnt waren, wurde keine explorativ-interpretative Erschließung des Materials, sondern ein theoriegeleiteter Ansatz gewählt. Die Auswertung der Daten erfolgte zunächst deduktiv durch die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und der computergestützten Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2010) mithilfe der Software MAXQDA 2018. Die Codierung orientierte sich in erster Linie an den drei genannten Wirkfaktoren. Andere Textstellen, die die Wirksamkeit der Versorgung möglicherweise beeinflussenden konnten, z. B. kulturellen Faktoren, wurden unter „Besonderheiten“ codiert. Aussagen von Angehörigen über ihre Situation (z. B. Sorgen) in den PatientInnen-Interviews wurden, abgesehen von den Punkten Entlastung und Befähigung³ separat codiert, um die Aussagen der PatientInnen in den Interviews nicht zu verfälschen. Die Menge des Datenmaterials erschwerte hierbei die im nächsten Schritt gewählte induktive Kategorienbildung, sodass die Kategorien im laufenden Prozess immer wieder iterativ angeglichen werden mussten.

6. Wesentliche Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

AP 1.1 Retrospektive Analyse von Sekundärdaten der AOK Rheinland/Hamburg für Nordrhein

Inanspruchnahme palliativer Leistungen

Erwartungsgemäß waren es überwiegend alte bis sehr alte Menschen, die palliative Leistungen (ambulant und stationär) am Ende des Lebens in Anspruch nahmen. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei rund 77 Jahren, wobei Frauen mit knapp 81 Jahren später verstarben als Männer mit knapp 73 Jahren. Dabei lag die Mortalität der untersuchten Population (Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein, verstorben in den Jahren 2014 bis 2016 (N = 90.797)) mit 1,53% leicht über der allgemeinen Bevölkerungsmortalität in Nordrhein (1,36%)⁴.

Im Mittel nahmen in den Jahren 2014 bis 2016 knapp 31% der verstorbenen Versicherten ambulante Palliativleistungen bzw. Palliativleistungen im Krankenhaus in Anspruch (

Tabelle 2). Dabei wurden Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) am häufigsten in Anspruch genommen (von 14,2%), gefolgt von palliativen Leistungen der ambulanten Regelversorgung (Pall. RV, 13,6%), Palliativleistungen im Krankenhaus (6,6%) und Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, 6,1%). Bei der Inanspruchnahme der SAPV ist ein Anstieg von 5,1% im Jahr 2014 auf 7,1% im Jahr 2016 zu beobachten. Gleichzeitig nimmt die Inanspruchnahme von Leistungen der Pall. RV etwas ab (Tabelle 1).

Tabelle 1. Versicherte mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen im letzten Lebensjahr nach Art der Leistung und Beobachtungsjahren (N = 89.525)

Leistungsart	2014			2015			2016		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Palliative Leistungen amb. Regelversorgung	4.545	28.858	15,7	4.085	30.661	13,3	3.504	30.006	11,7
Leistungen der AAPV	4.320	28.858	15,0	4.133	30.661	13,5	4.220	30.006	14,1
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	998	28.858	3,5	1.273	30.661	4,2	1.504	30.006	5,0
Leistungen der SAPV	1.476	28.858	5,1	1.847	30.661	6,0	2.126	30.006	7,1
Palliative Leistungen im Krankenhaus	1.829	28.858	6,3	1.948	30.661	6,4	2.095	30.006	7,0
Leistung aus mindestens einem Bereich	9.252	28.858	32,1	9.079	30.661	29,6	9.066	30.006	30,2

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte © PMV 2019 im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende.

Verordnung von SAPV

Leistungen der SAPV wurden zu 90% von Leistungserbringern aus dem hausärztlichen Bereich (Allgemeinmedizin, hausärztliche praktische ÄrztInnen, hausärztliche Innere Medizin) verordnet. Weitere 6% der Verordnungen kamen aus dem Bereich der Hämatologie/Onkologie, die übrigen Leistungen verteilten sich auf die weiteren Fachgruppen.

Für die Population ist zu beobachten, dass die SAPV-Verordnungen im Zeitraum von 2014 bis 2016 von

³ Bei den Kategorien „Entlastung“ und „Befähigung“ wurde eine Trennung zwischen Aussagen von An-/Zugehörigen und PatientInnen als nicht sinnvoll erachtet, da die Wirksamkeit in diesen Punkten oftmals indirekt an den PatientInnen durch Einbezug der Angehörigen durch die ambulanten Palliativversorger entsteht.

⁴ Eurostat, Sterbefälle nach Altersgruppen und NUTS 3 Regionen, Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppen und NUTS 3 Regionen. Mortalität: eigene Berechnung.

einer vergleichsweise kleinen Gruppe von ÄrztInnen kamen. Von den knapp 9.000 HausärztInnen, die Leistungen für Versicherte in der Population erbrachten, fanden sich Verordnungen bei 19%, wobei 17% nur eine bis fünf Verordnungen bei AOK Versicherten in den drei Jahren abrechneten. Auf Kreisebene (NUTS-3) zeigen sich große Unterschiede, mit Schwankungen von rund 1% bis rund 30% verordnenden Leistungserbringern. Diese Unterschiede scheinen weder auf einen Unterschied Stadt/Land zurückführbar zu sein, noch darauf, ob die verordnenden Leistungserbringer selbst palliative Leistungen erbringen oder nicht. Denkbar ist ein Zusammenhang mit der Verfügbarkeit bzw. räumlichen Entfernung zum zuständigen SAPV-Team, bzw. dass der Anteil AOK Versicherter auch regional / auf Arztelebene ungleich verteilt sein könnte.

Beginn der palliativen Versorgung

Die SAPV begann für die Hälfte der Versicherten, die sie in Anspruch nahmen, 22 Tage oder kürzer vor Tod. Für 27% begann sie innerhalb von 7 Tage vor dem Tod und für 16% innerhalb von 3 Tagen. Im Vergleich dazu lag der Beginn der AAPV deutlich früher: für die Hälfte der Leistungsempfänger 74 Tage oder kürzer vor dem Tod, für 14% innerhalb einer Woche und für 7% innerhalb von 3 Tagen. Palliative Leistungen der ambulanten Regelversorgung begannen für die Hälfte der Leistungsempfänger 95 Tage vor Tod.

Die meisten Versicherten mit Inanspruchnahme erhielten SAPV Leistungen in einer zusammenhängenden Periode, die nicht durch andere Arten von Palliativversorgung unterbrochen wurde und mit dem Tod oder am Tag vor dem Tod endete. Dabei erhielten die meisten PatientInnen SAPV Leistungen an jedem Tag (~54%) oder jeden zweiten Tag (28%). AAPV PatientInnen hingegen erhielten Leistungen im Median für zwei nicht verbundene Perioden mit größerem zeitlichem Abstand, die für 25% innerhalb von 18 Tagen vor dem Tod endeten. Pall. RV Leistungen erhielten 50% der PatientInnen für 1 Periode, die im Median 18 und im 75% Quantil 95 Tage vor Tod endete.

Versorgungsverläufe im letzten Lebensjahr

Über das gesamte Versorgungsgeschehen im letzten Lebensjahr hinweg (einschl. nicht-palliativer Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung), zeigten Versicherte mit palliativer Inanspruchnahme komplexere Versorgungsverläufe mit mehr Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsarten als nicht-palliative PatientInnen. Dabei war die Anzahl der Versorgungsperioden für die palliative Versorgten nahezu doppelt so hoch (im Durchschnitt 8,9 Perioden pro Versichertem) wie für die PatientInnen ohne palliative Versorgung (im Durchschnitt 4,5 Perioden). Für eine kleine Gruppe (95% Quantil) der PalliativpatientInnen lag die Anzahl der Perioden im letzten Lebensjahr bei 18 oder mehr. Dabei kann innerhalb der Palliativleistungen zwischen PatientInnen mit und ohne ambulante Palliativversorgung unterschieden werden, wobei die Verläufe der ersten Gruppe komplexer sind.

Diese Auswertung bietet Hinweise darauf, dass Palliativversorgung insbesondere bei PatientInnen mit einem hohen Versorgungsbedarf im letzten Lebensjahr zum Einsatz kam.

Potentiell können die Übergänge von einer Versorgungsart in eine andere als Ereignisse mit einer hohen Auswirkung auf PatientInnen, (pflegende) Angehörige und Versorger angesehen werden.

Beispielsweise bedeutet es für eine/n PatientIn mit 19 Versorgungsperioden, dass 19 Transitionen stattfinden, die jeweils

- einen Wechsel von einem Versorger zu einem anderen,
- Fragen und Unsicherheiten bzgl. der neuen Versorgung,
- die Notwendigkeit, Informationen zur eigenen Gesundheit zu wiederholen sowie andere Probleme bedeuten können.

Zusätzlich ist der gesamte Zeitraum mit einiger Wahrscheinlichkeit von einer fortschreitenden Verschlechterung des körperlichen und ggf. auch geistigen und emotionalen Zustandes der Patienten begleitet, was eine zusätzliche Belastung darstellen kann.

Für Angehörige kann jeder Übergang mit erhöhtem Koordinierungsaufwand verbunden sein, der vom Abstimmen von Terminen über Fahrdienste bis zur Umstellung des eigenen Alltags auf neue Versorgungsformen (z.B. tägliche Palliativpflege im Haus nach Krankenhausaufenthalt) reicht.

Ähnlich stellt es sich prinzipiell auch für die Versorger dar, die idealerweise Informationen über vorangehende Behandlungen erhalten sollten, um den/die PatientIn richtig versorgen zu können bzw. sogar die Umsetzung einer ganzheitlichen Behandlungsstrategie über mehrere Versorger und Perioden hinweg erreichen zu können oder mit unklaren Zuständigkeiten konfrontiert sind.

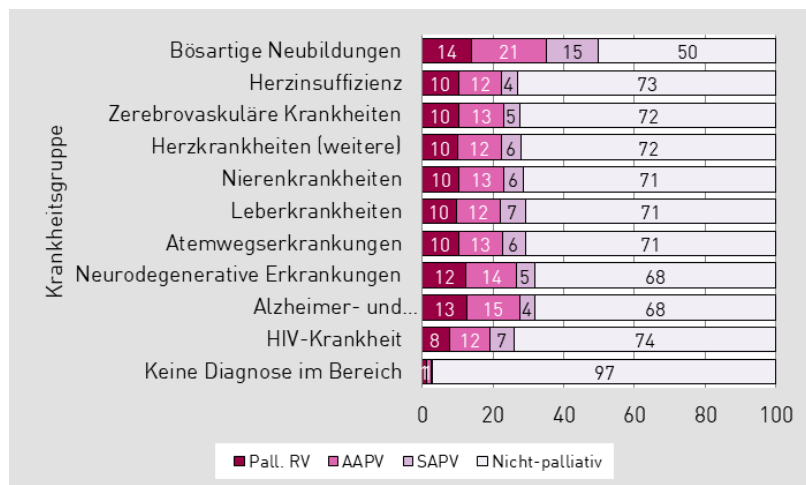
Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang einerseits nochmal die Ähnlichkeit der verschiedenen Arten der ambulanten Palliativversorgung hinsichtlich der Anzahl der Übergänge. Diese Ähnlichkeit legt nahe, dass die o. g. potentiellen Folgen häufiger Wechsel auf ein breiteres Spektrum von PatientInnen zutreffen als nur diejenigen, die SAPV erhalten. Zum anderen zeigt die deutlich höhere Anzahl an Perioden beim

75% und 95% Quantil, dass eine größere Zahl Versicherte weitaus komplexere Behandlungsverläufe im letzten Versorgungszeitraum vor dem Tod aufweisen. Drittens ist interessant, dass Verläufe mit einer hohen Periodenanzahl auch für eine Untergruppe der nicht-palliativen PatientInnen beobachtbar waren. So fanden sich 6 Perioden im letzten Lebensjahr für 25% der nicht-palliativen PatientInnen (75% Quantil) und 10 Perioden für 5% (95% Quantil). Das deutet auf eine Untergruppe von nicht-palliativen PatientInnen hin, die im letzten Lebensjahr ähnlich komplexe Versorgungsverläufe hatten wie PalliativpatientInnen, allerdings ohne palliative Leistungen erhalten zu haben.

Charakteristika palliativer Leistungsempfänger

Die Auswertung der Krankheitslast und Diagnosen lieferte das zu erwartende Bild einer multimorbiden Population, die auf Grund der vorliegenden Daten nur schwierig nach einer oder wenigen Haupterkrankungen eingeteilt werden kann. Beim Vergleich der Prävalenzen einzelner Krankheitsgruppen in den Versorgungsprofilen fiel insbesondere auf, dass Krebserkrankungen in allen palliativen Profilen eine erhöhte Prävalenz im Vergleich zur Gesamtpopulation der Verstorbenen aufweisen (Abbildung 2). Dies war für keine andere Krankheitsgruppe zu beobachten. Bei SAPV-PatientInnen war hingegen die Prävalenz einiger anderer Erkrankungen (insbesondere Herzinsuffizienz, Alzheimer- und Demenzerkrankungen und zerebrovaskuläre Krankheiten) niedriger als in der Gesamtpopulation. Die umgekehrte Auswertung von PatientInnen in einer Krankheitsgruppe danach, welche Art von Versorgung sie im letzten Lebensjahr erhielten bestätigte, dass jede Form der ambulanten Palliativversorgung unter KrebspatientInnen häufiger in Anspruch genommen wurde als in allen anderen Krankheitsgruppen. Der Anteil der PatientInnen mit Palliativversorgung lag bei den Krebserkrankungen bei 50%, während er bei den PatientInnen aus den anderen Krankheitsgruppen zwischen 27 und 32% schwankte.

Abbildung 2. Versorgungsart für Versicherte mit bestimmten Krankheitsgruppen (N = 85.707)



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population © PMV 2019 ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung.

Die Auswertung der Versorgungs- und Verordnungskosten bestätigte das Bild von Palliativversorgung als Versorgung für komplexe bzw. behandlungsintensive PatientInnen. Die Gesamtkosten pro Kopf waren für PatientInnen mit palliativer Inanspruchnahme höher als für PatientInnen ohne Palliativleistungen, unabhängig davon, ob das letzte Lebensjahr, die letzten 60 oder die letzten 30 Tage vor Tod ausgewertet wurden. Innerhalb der Gruppe der PalliativpatientInnen stiegen die Kosten mit zunehmender Intensität der Versorgung an. Die Auswertung aller Kosten ab dem individuellen Beginn der Palliativversorgung zeigte dabei, dass die Kosten pro Kopf und Tag bei SAPV-PatientInnen 3,6 bis 4,6 mal höher lagen als bei AAPV- bzw. Pall. RV-PatientInnen.

Bei der getrennten Betrachtung der einzelnen Kostenarten fand sich ein ähnliches Bild sowohl bei den Kosten für Heil- und Hilfsmittel als auch bei denen für Arzneimittelverordnungen. Andere Ergebnisse fanden sich bei der ambulanten Versorgung und den Krankenhauskosten. So lagen die Kosten pro Kopf für die ambulante Versorgung (ohne Palliativversorgung) für Versicherte mit Inanspruchnahme von SAPV in den 30 Tagen vor Tod niedriger als in den Gruppen AAPV und Pall. RV, wenn auch immer noch über denen der nicht-palliativen PatientInnen. Ein ähnliches Bild ergab die Auswertung der Krankenhauskosten pro Kopf, die in den 30 Tagen vor Tod in allen palliativen Versorgungsprofilen niedriger lagen als im nicht-palliativen Profil und bei SAPV-PatientInnen am niedrigsten waren. Nach Beginn der SAPV fanden sich für 50% der betreffenden Versicherten keine Krankenhauskosten mehr. Dies bedeutet, dass unter Palliativversorgung die Inanspruchnahme anderer Leistungen zurückgeht (siehe auch Auswertung zur Verlagerung von kurativer auf palliative Versorgung unten).

Bei den Gesamtkosten ebenso wie bei den Arzneikosten und den Krankenhauskosten kurz vor dem Tod fand sich unter den PatientInnen ohne palliative Inanspruchnahme eine Untergruppe (75% oder 95% Quantil) deren Kosten über denen einzelner oder aller drei Palliativgruppen lagen. In den 30 Tagen vor Tod entfielen auf diese oberen 5% 1,6 bis 2fach höhere Gesamtkosten pro Kopf als auf SAPV, AAPV und Pall. RV PatientInnen.

Hinweise auf die Erreichung der Ziele der SAPV

Zu zwei Zielen der SAPV-Richtlinie ließen sich Aussagen auf Grundlage der ausgewerteten GKV-Routinedaten machen:

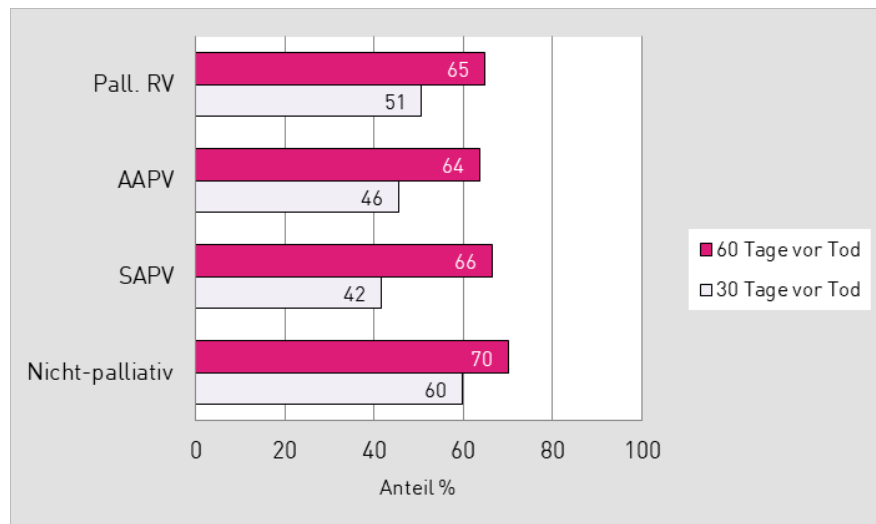
- Den Verbleib im häuslichen Umfeld
- Die Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativen auf palliative Aspekte und hier v.a. auf das Symptommanagement

Die Auswertung von Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte vor dem Tod (Hinweis auf den Sterbeort) und der Verordnung von Medikamenten mit palliativer Indikation ergaben, dass die SAPV diese Ziele für eine Mehrheit der PatientInnen erreichen konnte. Dies galt ebenfalls, wenn auch in geringerem Maß, für die AAPV und die Pall. RV.

Krankenhausaufenthalt vor Tod

Eine für SAPV-PatientInnen geringere Anzahl bzw. kürzere Dauer von Krankenhausaufenthalten zum Lebensende bzw. nach Beginn der SAPV-Versorgung kann als Hinweise darauf gedeutet werden, dass das entsprechende Ziel der SAPV erreicht wird. Einschränkend ist allerdings zu sagen, dass Faktoren wie der individuelle Krankheitsverlauf, sowie insbesondere auch die persönlichen Präferenzen der PatientInnen, ihrer Angehörigen und der beteiligten VersorgerInnen einen Einfluss auf die Entscheidung „Krankenhaus ja oder nein“ haben, ohne dass diese in den vorliegenden Daten abgebildet sind. Vor diesem Hintergrund zeigt Abbildung 3 den Anteil der Versicherten nach Versorgungsart, die in den 60 bzw. 30 Tagen vor Tod einen Krankenhausaufenthalt hatten. Dieser Anteil lag bei 70% der Versicherten ohne palliative Leistungen in den 60 Tagen vor Tod und bei 60% in den 30 Tagen vor Tod. Im Vergleich dazu zeigten sich bei Versicherten mit Pall. RV Leistungen Krankenhausaufenthalte bei 65% (60 Tage vor Tod) bzw. 51% (30 Tage vor Tod) und bei Versicherten mit AAPV bei 64% (60 Tage) und 46% (30 Tage). Der Anteil von Versicherten mit SAPV war in den 60 Tagen vor Tod ähnlich wie in allen anderen Gruppen und lag bei 66%. In den 30 Tagen vor Tod war der Anteil mit 42% allerdings der niedrigste aller vier Gruppen.

Abbildung 3. Versicherte mit Krankenhausaufenthalt in den 60 bzw. 30 Tagen vor Tod nach Versorgungsprofil



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

Hinweise auf den Sterbeort

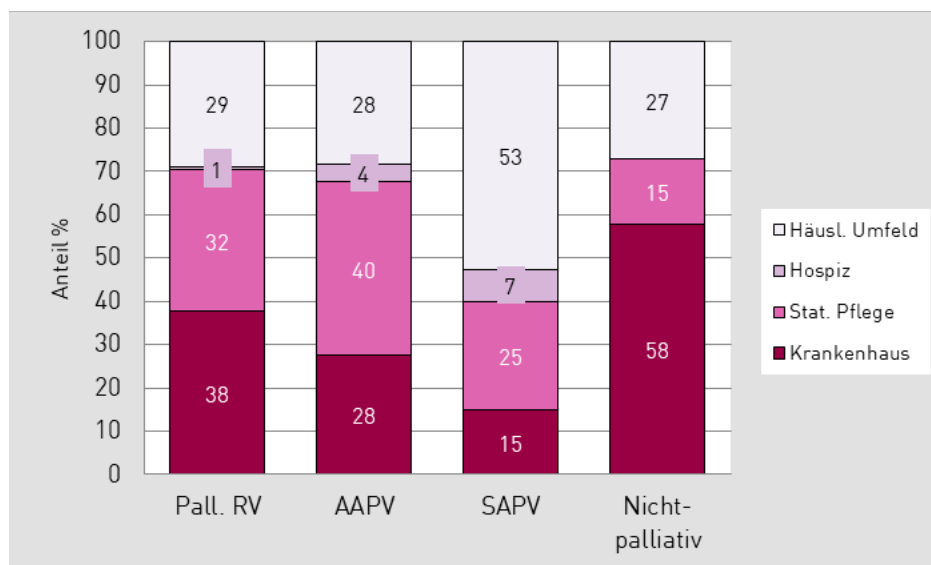
Aus der Auswertung der Routinedaten lassen sich des Weiteren Hinweise auf den Sterbeort der Versicherten entnehmen, der wiederum mit dem Ziel des Verbleibs im häuslichen Umfeld zusammenhängt.

Auswertungen zum Sterbeort sind insofern möglich, als das Leistungsgeschehen am Todestag ausgewertet werden kann. Finden sich hier Leistungen, die nicht im häuslichen Umfeld erbracht werden, kann dies als Hinweis auf einen Sterbeort außerhalb von zuhause gedeutet werden.

Abbildung 4 zeigt die Hinweise auf den Sterbeort für die verschiedenen Versorgungsprofile mit ambulanten Palliativleistungen bzw. ohne Palliativleistungen. Der Anteil derjenigen Versicherten, die im Krankenhaus verstarben, lag in der Gruppe der nicht-palliativen PatientInnen bei 58%. PatientInnen, die im letzten Lebensjahr pall. RV Leistungen erhalten haben, verstarben zu 38% im Krankenhaus, solche mit AAPV Leistungen zu 28%. Mit 15% lag der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen SAPV-PatientInnen am niedrigsten von allen vier Gruppen. Der Anteil, der in der stationären Pflege Verstorbenen lag unter den PalliativpatientInnen höher als unter Nicht-PalliativpatientInnen und schwankt hier zwischen 25% und 40% im Vergleich zu 15%. Hospizleistungen erhielten insgesamt nur wenige der Versicherten am Todestag, ihr Anteil ist mit 7% in der SAPV Gruppe aber am höchsten.

Im Umkehrschluss ist damit der Anteil der Versicherten, für die sich Hinweise auf ein Versterben im häuslichen Umfeld ergaben, mit 53% in der SAPV Gruppe am größten, während bei der pall. RV (29%) und AAPV (28%) der Anteil im Bericht der Nicht-palliativen PatientInnen bei 27% lag.

Abbildung 4 Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Versorgungsprofil



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein.© PMV 2019
 Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

Arzneimittel der Palliativversorgung

Mit Blick auf eine Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativer Intention zu palliativer Versorgung mit Schwerpunkt auf dem Symptommanagement können zum einen die bereits oben ausgewerteten Krankenhausaufenthalte vor dem Tod herangezogen werden.

Zum anderen ergeben sich Hinweise aus der Arzneimittelverordnung. Die Leitlinie „Palliativmedizin für PatientInnen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015), die Liste zur Notfallbevorratung für ambulante PalliativpatientInnen in den Apotheken in der Region Nordrhein (Apothekerkammer Nordrhein & Ärztekammer Nordrhein, 2013) und Rémi (2017) definieren eine Reihe von Medikamenten, die bei PalliativpatientInnen zur symptomatischen Behandlung eingesetzt werden können. Diese umfassen u.a. Medikamente zur Schmerztherapie, zum Management von Atemnot oder für psychische Indikationen wie Angst und Depression.

Tabelle 2 zeigt für die SAPV PatientInnen den prozentualen Anteil der Arzneimittelkosten nach Art (palliativ oder nicht), sowohl für den Zeitraum vor als auch für den Zeitraum nach Beginn der Palliativversorgung. Mit Einsetzen von SAPV-Versorgung stieg der Kostenanteil für Palliativarzneimittel von knapp 16% um das 3,1fache auf knapp 49%. Das bedeutet, dass im Mittel nahezu die Hälfte der Arzneimittelausgaben nach Beginn der SAPV auf Palliativarzneimittel entfiel. Im Vergleich dazu lag die Kostenverlagerung bei PatientInnen der Pall. RV bei einem Faktor von rund 2,1 und bei AAPV-PatientInnen bei rund 2,5.

Tabelle 2. Verteilung der Arzneimittelkosten (%) nach Art für Versicherte mit SAPV vor und nach Beginn der Palliativversorgung⁵

Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit SAPV			
Zeitraum	Arzneimittel-art	Mittelwert	Stand.-abw.
Vor Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	81,5	25,7
	Palliativ Arzneimittel	15,7	21,9
Nach Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	45,2	32,0
	Palliativ Arzneimittel	48,6	32,3

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte© PMV 2019 im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende, die im letzten Lebensjahr SAPV-Leistungen erhalten haben. N = 5.316.

Arbeitspaket 1.2 Befragung von niedergelassenen ÄrztInnen

Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Von den insgesamt 2.199 angeschriebenen HausärztInnen und OnkologInnen haben 458 den Fragebogen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 20,8 %. Separiert nach Spezialisierungen haben 445 HausärztInnen (20,6 % Rücklauf) und 14 OnkologInnen (28,8 % Rücklauf) an der Befragung teilgenommen.⁶ Die meisten Befragten kamen aus Köln (33,0 %), dem Rhein-Sieg-Kreis (19,6 %) sowie aus dem Rhein-Erft-Kreis (17,2 %).

Die nachfolgenden Tabellen 3 und 4 beschreiben die soziodemografischen Merkmale der Befragten sowie Struktur-, Praxis- und Leistungsmerkmale.

Tabelle 3: Soziodemografische Charakteristika der befragten niedergelassenen Ärztinnen

Soziodemografische Variablen	Gesamt (n= 445)
Alter in Jahren	
Mittelwert (Standardabweichung)	54 (9)
Tätigkeit im ambulanten Sektor in Jahren	
Mittelwert (Standardabweichung)	18 (10)
Arbeitsstunden pro Woche	
Mittelwert (Standardabweichung)	44 (12)
Geschlecht (n (%))	
männlich	217 (49)
weiblich	226 (51)
divers	–
Arbeitsverhältnis (n (%))	
selbstständig niedergelassen	364 (82)
angestellt	74 (17)

Neben soziodemografischen Angaben wurden die Ärztinnen und Ärzte um Angaben zum Praxisstandort sowie zu ihrer Praxis gebeten.

⁵ Da es sich um Mittelwerte der individuellen Kostenverteilung handelt, addieren sich die Zahlen für den jeweiligen Zeitraum nicht auf 100%.

⁶ Aufgrund der geringen Anzahl an Onkologen, wird im Ergebnisteil auf die Darstellung der Ergebnisse der Onkologen-Befragung verzichtet. Alle Ergebnisse hierzu finden sich im Anhang.

Tabelle 4: Praxismerkmale

Praxismerkmale	Gesamt (n=445)
Praxisform (n (%))	
Einzelpraxis	158 (36)
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis/MVZ	282 (63)
Stadt- und Gemeindetyp des Praxisstandortes (n (%))	
Landgemeinde (≤ 5.000 Einwohner)	20 (5)
Kleinstadt (> 5.000 bis 20.000 Einwohner)	81 (18)
Mittelstadt (> 20.000 bis 100.000 Einwohner)	111 (25)
Großstadt (> 100.000 Einwohner)	217 (49)

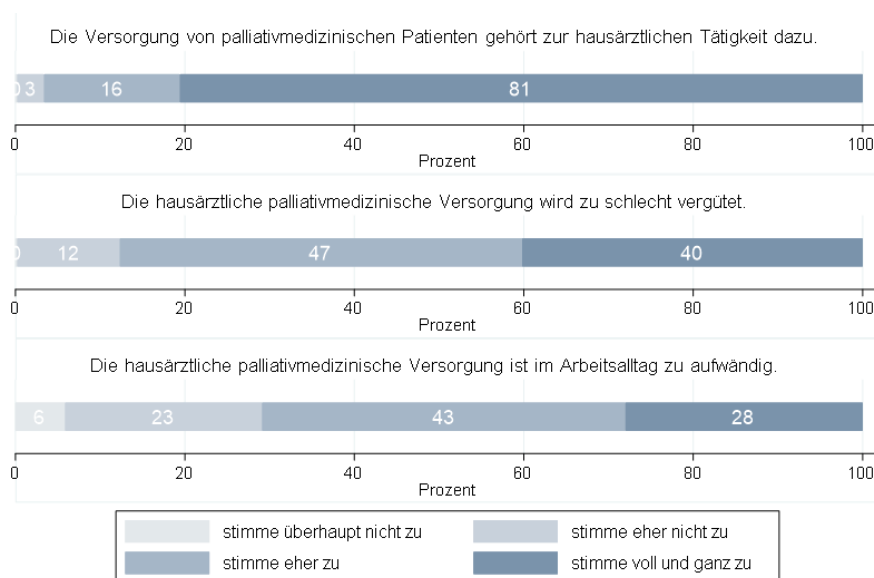
Ergebnisse der Vollbefragung

Allgemeine Einstellungen zur Palliativmedizin in der hausärztlichen Tätigkeit

Dargestellt werden die Einstellung von HausärztInnen zur Palliativmedizin im Allgemeinen, Aspekte der palliativmedizinischen Qualifikation der Befragten, sowie die allgemeine Einschätzung zum Stand der Palliativversorgung und ihrer Akteure in Nordrhein.

Insgesamt geben die HausärztInnen an, dass die Versorgung von PatientInnen mit palliativmedizinischem Bedarf zu ihrer hausärztlichen Tätigkeit dazugehört. Dennoch werden insbesondere die Vergütung von palliativmedizinischen Leistungen sowie die im Arbeitsalltag zeitlich aufwändige Versorgung von PalliativpatientInnen kritisch gesehen, wie Abbildung 6 zeigt.

Abbildung 5: Einstellung zur Palliativmedizin (n=445)



Kriterien für eine SAPV-Überweisung und Abgrenzung zu anderen palliativen Versorgungsformen

Ein zentrales Forschungsziel der Zuweiserbefragung ist es, Kriterien der GBA-Richtlinie zu identifizieren, anhand derer HausärztInnen am häufigsten die Entscheidung für oder gegen die Überweisung in die SAPV treffen. Tabelle 5 zeigt das Kriterium, welches jeweils von den Befragten als häufigstes Überweiskriterium in die SAPV angegeben wurde.

Tabelle 5: Häufigstes Überweisungskriterium in die SAPV (N = 388 Nennungen)

Rangfolge	Verordnungskriterium	Anzahl	%
1	Ausgeprägte Schmerzsymptomatik	176	46,3
2	Ausgeprägte neurologische Symptomatik	48	12,6
3	Ausgeprägte respiratorische Symptomatik	26	6,8
4	Ausgeprägte urogenitale Symptomatik	25	6,6
5	Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	21	5,5
6	Hoher spiritueller/seelsorgerischer Versorgungsbedarf	19	5,0
7	Pflegerische Versorgung nicht ausreichend	16	4,2
8	Ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore	15	4,0
9	PatientInnen- oder Angehörigenwunsch	13	3,4
10	Andere Kriterien nicht ausreichend	13	3,0
11	Hoher psychosozialer Versorgungsbedarf	16	2,6

Von den befragten ÄrztInnen wurde am häufigsten aufgrund einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik in die SAPV überwiesen. Ein hoher psychosozialer Versorgungsbedarf der PatientInnen wie auch der PatientInnen- oder Angehörigenwunsch nach einer SAPV-Überweisung wurde von den Befragten selten als häufigster Überweisungsgrund angegeben.

Nach Auswertung der Fragebögen ergaben sich in der Befragung von HausärztInnen und OnkologInnen in Nordrhein folgende wesentliche Kernempfehlungen:

- Vergütung anpassen und Bürokratie abbauen
- Heterogene Versorgungsstrukturen vereinheitlichen und Schnittstellenmanagement verbessern
- Handlungshilfen schaffen und Substitution vermeiden

Viele FachärztInnen erlebten die Behandlung inkl. Hausbesuchen bei PalliativpatientInnen zu aufwändig für die vorgesehene Vergütung. Dies betrifft die Versorgung der PatientInnen ebenso wie den hohen bürokratischen Aufwand und die Notwendigkeit einer großen Flexibilität und Koordination der Palliativversorgung.

Zwischen den Erhebungsregionen fand sich eine große Heterogenität in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Einbeziehung und Informationen an die zuweisenden FachärztInnen durch ein ambulantes Versorgungsteam (SAPV/AAPV). Je besser SAPV-Teams die niedergelassenen ÄrztInnen informierten und in die Behandlung einbezogen, desto eher erfolgten SAPV-Verordnungen durch diese ÄrztInnen.

Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fiel vielen Ärztinnen und Ärzten schwer. Ärzte mit kürzerer Berufserfahrungszeit überwiesen häufiger in die SAPV als erfahrene Fachärzte. Dies kann ein Hinweis auf ein Substitutionsverhalten jüngerer Ärztinnen und Ärzte sein oder auf eine bessere Ausbildung mit mehr Kenntnissen über die Möglichkeiten der SAPV nach der Einführung von Palliativmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium.

Arbeitspaket 2.1 Entwicklung eines Erhebungsinstruments Fokusgruppe und Diskriminanzanalyse

Für die im Rahmen der Leitfadententwicklung durchgeführte Fokusgruppe können folgende Ergebnisse berichtet werden. Die mittlere Dauer der Tätigkeit in der APV lag bei 10±9,7 Jahren. Die Dauer des Gespräches betrug 70 Minuten. Neben der Symptomlinderung konnten 6 Themenbereiche identifiziert werden. Erreichbarkeit, Informationsweitergabe, Angehörige wahrnehmen, Teamkoordination, patientenbezogene Koordination, Netzwerke. Diese Themenfelder konnten erfolgreich in den semistrukturierten Leitfaden integriert werden.

Diskriminanzanalyse

Der wichtigste Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit einer Versorgung in der SAPV gegenüber der AAPV war der ECOG-Score (0=mobil bis 4=überwiegend bettlägerig). Je stärker PatientInnen körperlich eingeschränkt und weniger mobil waren, desto wahrscheinlicher war für sie eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung verordnet worden.

Arbeitspaket 2.2 Prospektive PatientInnen, Angehörige und Teambefragung

Insgesamt wurden 256 PatientInnen für die prospektive PatientInnenbefragung rekrutiert, davon konnten 215 PatientInnen für die qualitative und quantitative Datenauswertung eingeschlossen werden. Zusätzlich wurden n=10 Angehörige sowie n= 11 Teammitglieder aus der ambulanten Palliativversorgung (SAPV/AAPV) qualitativ befragt.

Darstellung der Ergebnisse aus der quantitativen Analyse auf Basis von IPOS und FACIT-PAL

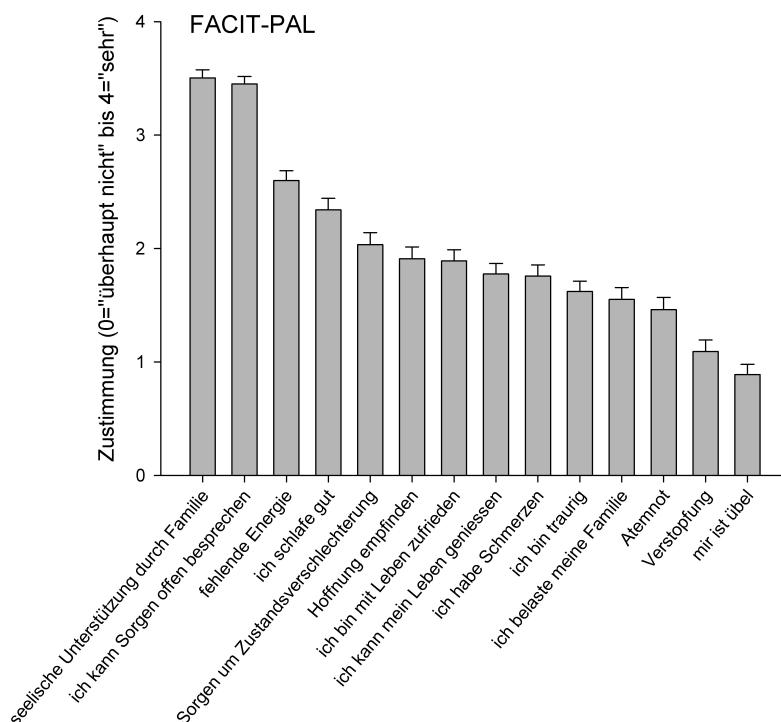
Unter den 215 für die Datenanalyse eingeschlossenen PatientInnen konnte für n=151 PatientInnen die Ausprägung von Symptomen zu drei Zeitpunkten im Wochenabstand erfasst und ausgewertet werden.

IPOS (Fragebogen zur Ausprägung von Symptomlast)

Dabei zeigte sich für die unterschiedlichen Symptome sowohl für die Ausgangssituation im Vergleich SAPV vs. AAPV wie auch im Verlauf ein heterogenes Bild. Für keinen Parameter gab es signifikante Unterschiede für den Vergleich Stadt vs. Land, wenn das Setting SAPV/AAPV nicht berücksichtigt wurde. Als globaler Score diente der IPOS Summenscore über alle Symptome insgesamt bzw. als gesonderter Summenscore für körperliche Symptome. Als Hauptbefunde ergab sich, dass der SAPV mit höherem IPOS Summenscore gesamt und der körperlichen Symptome sowie Symptom „Schwäche“ – konstant im zeitlichen Verlauf blieb, während die Symptomsummenwerte der PatientInnen in der AAPV über die Zeit kontinuierlich abnahmen. Dieser Hauptbefund einer Symptomstabilisierung in der SAPV ist vereinbar mit der Beobachtung, dass diese meist sehr spät vor dem Versterben verordnet wird und dann eine Verbesserung kaum zu erwarten ist.

Das erlebte „Sicherheitsgefühl“ war in der SAPV und auch AAPV konstant hoch über die Zeit, aber immer besser in der Stadt verglichen mit dem Land. Dem Trend nach zeigte sich ein vergleichbares Bild für das Konstrukt „Normalität im Alltag“.

Abbildung 6. Mittlere Ausprägung der FACIT-PAL Scores (n=215)



Die Abbildung zeigt, dass Aspekte der Lebensqualität – hier zusammengefasst für die SAPV und AAPV (Gesamtpopulation der prospektiven PatientInnenbefragung) – die höchsten Zustimmungsraten für psychosoziale mehr als körperliche Komponenten erhielten.

Nicht für körperliche, sondern nur für psychosoziale Aspekte der Lebensqualität fanden sich signifikante ANOVA-Haupteffekte für den Vergleich AAPV vs. SAPV mit jeweils ungünstigerer Ausprägung in der SAPV-Gruppe. Es spielte keine Rolle für die Ausprägung der FACIT-PAL Items, ob die PatientInnen in Stadt oder Land versorgt wurden. Bis auf eine Ausnahme, das Besprechen können von Sorgen, gab es keine Unterschiede zwischen Tumor- und Nicht-Tumor PatientInnen.

Darstellung der Ergebnisse aus der qualitativen Analyse auf Basis der semistrukturierten Interviews mit PatientInnen und Angehörigen

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung ist nach den 3 angenommenen Wirksamkeitsfaktoren gegliedert: Symptomlinderung, Sicherheitsversprechen und Alltagsrahmung.

Interviewanalyse: Wirkfaktor 1 - Symptomlinderung

Zugangsvoraussetzung und wesentlicher Auftrag der Palliativversorgung ist die Linderung der Symptomlast. Die Symptomlast ist dabei nicht nur auf physische Belastungen beschränkt, sondern umfasst ebenfalls psychische, soziale und spirituelle Bereiche. Die prospektive PatientInnenbefragung zeigt sehr deutlich, dass die Beschreibung der Symptomlast ein wichtiges Thema darstellt. PatientInnen und Angehörige beschreiben meist ausführlich den Krankheitsverlauf, die Symptome und die getroffenen Maßnahmen, insbesondere die Medikation.

„Wenn ich was gegessen habe. Das liegt daran, dass im Magen kein Platz mehr ist. Frühstück dringt nicht durch, da entsteht ein Stau, hier, ich kann es sogar merken, da steht das Frühstück, eine Scheibe Brot, halbe Scheibe Brot und ich lege mich hin und wenn diese Schmerzen nicht nachgeben, nachlassen, dann nehme ich Morphin. Und dann geht es besser. Und den Rat befolge ich jetzt. Und der, ja der Arzt sagt, der hat auch nichts dagegen. Er meint, wenn ihnen das hilft, dann machen wir das so. Also keine Tablette, die längere Wirkungszeit hat vielleicht. Und zum Stau im Magen, dazu kommt die Verstopfung. Und die meisten Mittel gegen Verstopfung, die wirken auch über lange, lange Zeit. Manchmal auch dass sie, ja dass sie nicht nachlassen ohne Morphin. Aber das hilft mir. Und dann liege ich so lange, bis ich merke dieser Druck, dieser Schmerz lässt nach.“ (BSSW25, Z. 19)

PatientInnen in der Palliativversorgung haben einen infausten Krankheitsverlauf, so dass häufig keine Verbesserung der Symptomlast möglich ist wohl aber eine Stabilisierung. Die beschriebene Symptomlast ist immer subjektiv und oftmals überlagert die prognostizierte Lebenslimitierung die Wahrnehmung der Symptomlinderung. Es ist zwar besser, aber es wird ja nicht mehr gut. Nicht zu vernachlässigen ist der Einfluss der psychischen Verfassung auf die Wahrnehmung der Symptombelastung.

„Ich weiß der Tag, ich weiß, dass ich Krebs habe im Endstadium und ich weiß, mit der Husterei, das ist eben so. Früher, vor einem halben Jahr hatte ich das nicht, jetzt habe ich es. Ja was wollen sie da machen? Ich kann da, man kann viel erzählen und machen und tun, das bringt all nichts. Sie können überhaupt nichts machen. Können die Tabletten schlucken wie einer will, bis zum satt. Dann können sie mir; ja, sieben Morphiumdinger da, damit ich von diesem Druck runterkomme. Das klappt auch nicht immer. Hin und wieder klappt es.“ (BASM11, Z. 63)

Viele PatientInnen in der Palliativversorgung durchleben depressive Episoden und/oder haben resigniert angesichts des unvermeidlichen Todes. In der Befragung äußern viele PatientInnen auch explizit ihre psychische Belastung und beschreiben anschaulich wie sie in Angst, Panik und Unruhezustände geraten. Diese Ängste sind teilweise Ängste, dass alles noch schlechter wird (Progredienzangst), vor allem Angst zu ersticken, aber auch unspezifische Ängste vor dem was noch kommt. Ängste werden dabei nicht nur von den PatientInnen, sondern auch von den Angehörigen geäußert.

„Und ich meine, es reicht ja schon, wenn man stirbt. Wenn man aber dann noch Angst vor den Schmerzen hat, die auf einen zukommen, das ist ja noch viel schlimmer.“ (KSSW4, Z. 167)

„Die haben uns einfach die Angst genommen, fertig. Die haben uns die Angst genommen. Ich hab auch keine Angst mehr vor den Schmerzen, weil ich ja weiß, die helfen [mir I: Mhm], wenn, wenn die stärker werden. Dass die mit der Zeit stärker werden, ist normal, weil der Krebs ja nicht besser wird.“ (KSSW4, Z. 225-226)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Linderung der Symptome für PatientInnen und Angehörige existentiell wichtig ist. Im Rahmen der Behandlung treten immer wieder Unsicherheiten auf bis hin zu Krisen, die eine 24-stündige Rufbereitschaft erfordern. Sowohl PatientInnen als auch Angehörige beschreiben einen großen Klärungsbedarf insbesondere zur Medikation.

Interviewanalyse: Wirkfaktor 2 - Sicherheitsversprechen

Als zentraler Aspekt einer erfolgreichen ambulanten Palliativversorgung wird das subjektiv wahrgenommene Sicherheitsversprechen benannt. Das durch die Teams vermittelte Sicherheits-

versprechen zeigt den PatientInnen und Angehörigen, dass die Situation auch im häuslichen Umfeld mit der Unterstützung des Teams zu bewältigen ist und nimmt den PatientInnen und Angehörigen somit ein Gefühl der Verunsicherung und Überforderung. Zusammenfassend lässt sich dies in acht Subfaktoren untergliedern.

1. Erreichbarkeit:

Die Mehrheit der Befragten (83,2%) empfand die ständige und unmittelbare Erreichbarkeit des Teams als entscheidend. Dies wird deutlich auf die Frage, was ihnen an der Arbeit des Versorgungsteams besonders wichtig sei. In fast allen Interviews wird gelobt, dass das Team auch mitten in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen zu erreichen ist und rausfährt, was nicht als selbstverständlich angesehen wird, auch wenn sie von den SAPV Mitarbeitern stets dazu ermuntert werden jederzeit anzurufen. Organisatorisch wird dabei betont, dass telefonisch sofort eine qualifizierte Person zu sprechen ist, auf schriftliche Anfrage über E-Mails direkt reagiert wird und aber auch umgehend ein/e SAPV Mitarbeiter/in zu den PatientInnen nach Hause fährt. Das SAPV Team sei in der Regel in unter einer halben Stunde vor Ort, sodass auf einen Notarzteinsatz mit eventueller Krankenhauseinweisung gerne verzichtet wird. Interessanterweise wurde die 24-stündige unmittelbare Erreichbarkeit zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht von allen Befragten in Anspruch genommen, es sei aber eine „*psychologische Erleichterung*“ zu wissen, dass jederzeit und unmittelbar Unterstützung zur Verfügung steht. Dadurch habe man „*keine Angst mehr an Angst zu sterben*“. Inhaltlich betonen die PatientInnen oftmals die hohe fachliche Kompetenz zu Fragen der Erkrankung, Begleiterscheinungen und sonstigen akuten krankheitsbedingten Problemen, sodass die PatientInnen und Angehörigen in vielen Fällen über den telefonischen Kontakt befähigt wurden, die Problemlage alleine zu bewältigen.

2. Information/Edukation:

Für 70,6% der Befragten ist die vermittelte Informationsgabe oder Edukation bezüglich Fragen zu Medikamenten, deren Wirkung, Dosierung und Nebenwirkungen, als auch zur weiteren Behandlung, zum weiteren zu erwartenden Verlauf und dem aktuellen Stand von Bedeutung. Den PatientInnen sei besonders wichtig, dass transparent, offen und ehrlich mit ihnen kommuniziert werde, dass es „*immer den Weg der Wahrheit geht*“. Dadurch wisse man, wie es um einen steht und man könne sich darauf vorbereiten, was eventuell auf einen zukomme. Dies nehme den PatientInnen und Angehörigen viele Ängste und Sorgen, es biete „*Entlastung, dass man nicht ahnungslos ist*“. Betont wird dabei die hohe fachliche Expertise und klinische Vorerfahrung des SAPV Teams, was den nächsten Subfaktor darstellt.

3. Handlungskompetenz:

Viele der Befragten (38,6%) benennen zudem die wahrgenommene hohe Handlungskompetenz des SAPV Teams, mittels derer Krisensituationen erfolgreich behoben und sogar verhindert werden konnten. Fachliche Expertise sahen die Befragten im pflegerischen als auch medizinischen Bereich durch den gezielten, sicheren Umgang mit Medikamenten und Hilfsmitteln, dass krankheitsrelevante Problem vorausschauend und frühzeitig erkannt und behoben werden und dabei oftmals kreativ und auf die individuellen Krankheitsbelange angepasst gehandelt werde. Herausstechen würde die SAPV, da sie sich intensiv so lange kümmern bis „*das Bemühen auch von Erfolg gekrönt ist*“.

4. Befähigung:

Entscheidend ist es zudem für ein Viertel (26,4%) der PatientInnen aber vor allem auch Angehörigen, dass sie in der Pflege und Medikamentengabe angewiesen und geschult werden. So schätzen Angehörige es sehr, wenn bestimmte Pflegehandgriffe beispielsweise zum Drehen eines Patienten beigebracht werden oder wenn die Medikamentengabe so erklärt wurde, dass sogar die Notfallmedikation bei Bedarf eigenverantwortlich verabreicht werden kann. Angehörige fühlten sich nach Aufklärung des SAPV Teams dahingehend befähigt und geschult, selbst komplexe Situationen fachlich kompetent bewältigen zu können.

5. Umfassende Zuständigkeit:

Als weiterer essentieller Aspekt wird die umfassende Zuständigkeit des Teams von mehr als der Hälfte der Befragten (57,4%) benannt. Umfassend zuständig zeigen sich die Teams, wenn sie für alle möglichen Problembereiche ansprechbar und adressierbar sind, auch wenn sie üblicherweise nicht zu deren speziellen Tätigkeitsbereichen gehören. Dies umfasst das Beraten zu weiteren Erkrankungen, die nicht palliativmedizinisch relevant sind, das Organisieren von weiteren Palliativdiensten innerhalb Deutschlands im Falle von Urlaubswünschen der PatientInnen sowie klärende Gespräche mit Familienmitgliedern, mit denen es Probleme gibt. Als besonders positiv wurde von vielen Angehörigen geschildert, dass das SAPV Team bei Bedarf eine Kraft rauschickt, damit die Angehörigen Zeit für sich haben und wieder neue Kraft und Energie schöpfen können. Für die PatientInnen selber drückt sich die umfassende Zuständigkeit weiterhin darin aus, dass ÄrztInnen auch pflegerische Aufgaben übernehmen und bei Bedarf im Haushalt helfen, wenn beispielsweise mit einer Hemiparese nicht mehr alles erledigt werden kann. Die PatientInnen

und Angehörigen werden also nicht nur durch das Übernehmen dieser zusätzlichen Aufgaben entlastet, sondern schon alleine dadurch, dass sie einen Ansprechpartner haben, an den sie sich schnell und zielführend wenden können. Geschätzt wird von den Befragten demnach, dass die SAPV als Ansprechpartner für jegliche Tätigkeitsbereiche fungiert, auch wenn diese nicht palliativmedizinisch-relevant sind.

6. **Netzwerk/Kooperation:**

Angelehnt an die umfassende Zuständigkeit wurde von 40,1% der Befragten das externe Netzwerk der SAPV benannt und gelobt, sodass dieses als separater Subfaktor gehandhabt wurde. Besonders häufig wurden dabei Kooperationen mit Apotheken, Verhandlungen mit Krankenkassen und dem MDK und die Vermittlung zu weiteren Fachkräften (z.B. Psychoonkologen, Urologen, Neurologen, Physio- oder Malthérapeuten) benannt. Ebenso wichtig erscheint den PatientInnen die Kooperation zu Sanitätshäusern zur Beschaffung von Hilfsmitteln, wie z.B. einem Rollator oder einem Krankenbett. Zu letzterem wird laut einigen PatientInnen sogar gemeinsam überlegt, wo diese in der Wohnung platziert werden können. Auch engagieren die SAPV Mitarbeiter sich um den Kontakt mit Palliativstationen, Pflegediensten, Pflegeheimen und Hospizen, sollte dies seitens der Mitarbeiter erforderlich oder von den PatientInnen und/oder Angehörigen gewünscht sein. Zuletzt ist die Einbindung des Hausarztes zu benennen. Auch wenn dieser laut PatientInneninterviews vermehrt in den Hintergrund rückt, ist insgesamt eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu erkennen. Die Hausärzte und SAPV-Teams ergänzen sich demnach sinnvoll um eine patientInnenzentrierte Versorgung.

7. **Zusammenarbeit:**

Knapp ein Viertel der Befragten (22,8%) thematisierten die herausragende interne Zusammenarbeit der SAPV Teams, sowohl der einzelnen Berufsgruppen untereinander als auch interdisziplinär, etwa zwischen den Ärzten, Pflegekräften und Psychologen. Positiv wurde bewertet, dass die SAPV Mitarbeiter alles detailliert dokumentieren und regelmäßige Besprechungen und PatientInnenkonferenzen stattfinden, so können sich die Mitarbeiter orientieren, voneinander erfahren und sich austauschen. Dadurch vermitteln die SAPV Mitarbeiter glaubhaft, dass multiperspektivische Professionalität gegeben ist und multiprofessionell auf die individuellen Belange eines/r jeden PatientIn eingegangen wird.

8. **Vertrauen/Vertrauensperson:**

Zuletzt betonen knapp ein Viertel (23,4%) der Befragten, dass ihnen Vertrauenswürdigkeit wichtig ist. Besonders im häuslichen Umfeld und zu späten Uhrzeiten ist es für die Befragten essentiell, Vertrauen zu den SAPV Mitarbeitern zu haben. Die PatientInnen sprachen auch oft von Vertrauen im anwaltlichen Sinne, dass gemeinsam überlegt und nach Lösungen gesucht wird, die im Sinne der PatientInnen sind, besonders aber nicht ausschließlich, wenn die PatientInnen „*selber nicht mehr können*“. Dadurch dass die SAPV von vielen PatientInnen als sozial kompetent beschrieben wird, gelingt es der SAPV empathisch zu sein und sich in die Lage der PatientInnen hineinzufühlen. Dies evoziere schnell eine hohe Vertrauensbasis.

Interviewanalyse: Wirkfaktor 3 – Alltagsrahmung (Normalität im Alltag)

Die ambulante Palliativversorgung hat als Grundlage und Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der PatientInnen im häuslichen Umfeld in der existenziellen Krisensituation des Sterbens zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu gewährleisten. Damit steht sie vor der Aufgabe, Normalität in eine häusliche Ausnahmesituation zu bringen, eine „Normalisierung des A-Normalen“ zu schaffen, die als Alltagsrahmung beschrieben wird (Schneider et al., Ergebnisbericht, p. 95). Die palliativen Dienstleistungen beeinflussen unmittelbar die häusliche Lebenswelt von PatientInnen und Zugehörigen. Die Anwesenheit der PC-Teams wird gelegentlich als Eingriff in den Alltag erlebt und als notwendige Störung akzeptiert. Die Einbindung der Teams in den üblichen Tagesablauf muss sich in der Regel erst einspielen. Beim Wirkfaktor Alltagsrahmung scheinen die Gesichtspunkte wichtig:

- Zeit und Präsenz
- Soziale Kompetenz
- Partizipation
- Wünsche und Prioritäten
- Entlastung
- Lebensqualität

In der prospektiven PatientInnenbefragung thematisierten die Interviewten den Aspekt von Zeit und Präsenz, das Erleben von ungeteilter Aufmerksamkeit durch die PC-Teams im Vergleich zu anderen Versorgungssettings, als besonders wichtig,

„... was eben im normalen Ablauf nicht so ist, weder beim Hausarzt, der da nicht die Zeit für hat, wie auch bei allen anderen Institutionen.“ (KSLM104, Z. 54)

„Ja, man fühlt sich nicht wie ein Fließbandpatient.“ (KSSW4, Z. 180)

Eine Einschätzung, die auch von Familienangehörigen und Zugehörigen geteilt wird.

„... das für mich so Verblüffende ist, die haben IMMER Zeit. Das ist im Krankenhaus anders. Also das fand ich, fand ich wirklich sehr wohltuend. (KSSM04_A, Z. 54)

PatientInnen und Zugehörige heben gleichermaßen hervor, die PC-Teams nähmen sich ausreichend Zeit, vermittelten nicht den Eindruck von Eile, Hektik oder Druck. Vordergründig geht es um das Gefühl, Zeit mitzubringen und Ruhe zu geben. Dabei ist den PatientInnen durchaus bewusst, dass auch diese einem Zeitmanagement unterstehen.

„Und die Zeit die sie zeigen (.) Die haben sie bestimmt auch nicht so, aber das merkt man gar nicht, ne?“ (KSSM85, Z. 74)

Das Gefühl, Zeit zu haben, bezieht sich gerade bei den SAPV-Teams nicht nur auf die medizinische Versorgung, sondern auch auf darüber hinaus gehende Belange, auf „fast jedes Problem“ (BSLM43, Z. 29). Zeit sei auch da, auf Fragen einzugehen, Themen zu Ende zu besprechen und vor allem Lösungen zu finden. Das auf die persönlichen Belange der PatientInnen oder Zugehörigen eingehen, das Zuhören, das „offene Ohr“ (KSSM54, Z. 74) durch die PC-Teams wird hervorgehoben. Als aufbauend und wohltuend werden intensive Gespräche nicht nur über die Krankheit, sondern auch „über Gott und die Welt“ empfunden.

„Ach, was eigentlich wichtig ist, dass die hierherkommen und mir auch mal zuhören, wissen Sie? Das man da mal sagen, ja das und das und dies und jenes, jetzt fällt mir jetzt nichts Konkretes ein, aber das die Damen hierherkommen und sich sagen, dass tut mir irgendwie gut. Und äh ja, und danach geht's mir auch irgendwie, wenn die dann weggehen nach einer Viertelstunde so, dann geht es mir besser. Ja das ist einfach so, mehr kann ich dazu gar nicht sagen. Und Dr. <Name>, wie gesagt, wenn der kommt der sitzt da auch ein halbes Stündchen bei mir und dann reden wir auch über Gott und die Welt. Wir sind beides studierte Leute, also da kann man sich mal austauschen und ja auch das ist, das hilft mir auch. Das baut mich innerlich ein bisschen auf. Dann denke ich nicht mehr an diese blöde Krankheit, die ja nun mal da ist, die ein Faktum [ist], man denkt da nicht dran, und wenn der dann auch weg ist, dann geht es mir einfach gut, ne.“ (ASSM38, Z. 22)

Die Präsenz der SAPV-Teams, deren Besuche und Telefonkontakte vermitteln das Gefühl nicht allein zu sein, nicht allein gelassen zu werden. Dabei ist den PatientInnen wichtig, dass auch die Familie und Zugehörige eingebunden werden.

„Es gibt mir auch Sicherheit, weil höchstwahrscheinlich die Zukunft, wie soll ich das Ausdrücken, also ich weiß ja nicht, was jetzt passiert, aber ich wird dann in Zukunft auch bis zu einem bestimmten Punkt, äh nicht alleine gelassen, beziehungsweise meine Frau und ich nicht.“ (KSSM02_A, Z. 12)

„JAJA das ich nicht alleine bin. Das ist, ich weiß nicht ob ich das ausdrücke, also ich wäre alleine absolut überfordert.“ (KSSM02_A, Z. 56)

„... und sie wissen, dass die Menschen, die das betrifft, sich nicht nur derjenige, der jetzt krank ist, sondern die ganze Familie da ja in Mitleidenschaft gezogen ist und also von den Leuten, wo wir jetzt mit zu tun haben, bringen auch Ruhe mit; ja Ruhe und Zeit.“ (BSSM68, Z. 80).

In diesen Zusammenhang gehört die hier unter soziale Kompetenz subsumierte informelle Kommunikation, der Bereich der Zwischenmenschlichkeit und Empathie sowie der in der Palliativversorgung angestrebte umfassende Betreuungsansatz. Wahrgenommen werden Mitgefühl, Hilfsbereitschaft, Fürsorglichkeit und weitere zwischenmenschliche Aspekte wie Freundlichkeit, Höflichkeit, Einfühlsamkeit oder Offenheit. Der persönliche Kontakt und die Wahrnehmung der PatientInnen als Individuum vermitteln ein Gefühl von Geborgenheit und privater Nähe. Dies lenkt ein Stück weit von der terminalen Krankheit ab.

„Ich weiß, dass ich bald sterben werde, aber trotzdem, sie geben nicht einem das Gefühl, ähm so KRANK zu sein oder, ne. ... Man hat ein ganz normales Verhältnis, ne, wie du und ich, also nicht diesen Pfleger-PatientInnen-Verhältnis ... sehr ANGENEHME Art, ohne sich krank zu fühlen.“ (KSSW38, Z. 58).

„und dass sie noch ´nen bisschen denken, dass ich nicht schon ganz [kaputt bin I: Mhm] sondern dass ich noch ein bisschen am Leben bin, dass sie mein persönliches ICH noch akzeptieren.“ (KSSM57, Z. 79).

Neben dem medizinischen Know-how wird das Eingehen auf die Persönlichkeit des Patienten hervorgehoben. Diese „menschliche Ausschmückung“ als „zusätzlicher Hilfsdienst“ (BSSW69, Z. 220, 222) wird als wünschenswert erachtet.

Die Partizipation und Mitbestimmung der PatientInnen und seiner Zugehörigen und das Eingehen auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche stehen im Mittelpunkt der Palliativversorgung. Als wichtige Bestandteile der Versorgung werden in den Interviews die Einbindung der PatientInnen in die Medikation

und Therapie sowie die Terminabsprache gesehen. Aus den Interviews der spezialisierten Versorgung geht die Bedeutung der Beratung auf Augenhöhe ohne „Schulmeisterei“ (BSSW69, Z. 197) und Dominanz, der Suche nach Lösungen mit den PatientInnen, des Gefühls der Teamarbeit sowie der dabei wichtigen Rolle der PatientInnen hervor.

„Und ich finde, das ist etwas unglaublich Wichtiges, dass die dann auch zuhören, Lösungen suchen, mit einem eine Lösung suchen, also nicht – nicht irgendwie GEGEN mich, sondern wirklich auch – ich glaub, die haben auch relativ schnell rausgefunden, wie ich so funktioniere.“ (KSSW23, Z. 77)

Die Versorgung zu Hause stellt die PatientInnen und Zugehörigen vor viele Aufgaben und Herausforderungen. Das Erleben von Unterstützung und Entlastung sowohl für die PatientInnen als auch für die Familie erscheint daher häufig in den Interviews. Viele PatientInnen und Zugehörige empfinden die Übernahme von organisatorischen Aufgaben durch die PC-Teams, wie die Besorgung von Medikamenten oder das Stellen der Tabletten, aber auch kleinere Hilfen in der Pflege oder im Haushalt, als große Erleichterung ihres Alltags und ein Gewinn an Lebensqualität.

„Beim Arzt anrufen, über's Telefon, dann zur Apotheke, meistens wird noch bestellt, wie die – die Hormone – die Morphine –, die kriegt man nicht direkt mit. Die muss man erst bestellen, unterschreiben. Das sind Sachen, die mir UNHEIMLICH viel bringen, wo ich schon mal NICHTS mit zu tun hab, ne.“ (KSSM5, Z. 293)

„Das gibt auch, äh, ist eine Erleichterung, weil ich für Rezepte nicht ständig zu irgendwelchen Ärzten rennen muss und das alles aus einer Hand kommt, bis auf die, äh, Blutdrucksenkenden-Tabletten, die meine Frau vorher schon bekommen hat, das muss man wohl doch beim Hausarzt gemacht werden ...“ (KSSM02_A, Z. 10)

Die Übernahme organisatorischer Aufgaben durch die PC-Teams entlastet sowohl PatientInnen als auch Angehörige und bringt beiden weitere gemeinsame Zeit.

„Und – und das ist schon'n Luxus, den man hat, dass man eben mit seinem – mit seinem Angehörigen dann auch andere Zeit verbringen kann, ohne diese Organisations-, organisatorischen Dinge zu regeln, Rezept abholen, gucken, ob der Arzt aufhat, dann muss man zur Apotheke.“ (KSSW01_A, Z. 17)

Die Versorgung zu Hause, in der gewohnten, vertrauten Umgebung, verbunden mit der Anbindung an Familie und Nachbarschaft, und der Möglichkeit, eigene Gewohnheiten wahrzunehmen, werten viele PatientInnen trotz der Ausweglosigkeit ihrer Erkrankung als sehr positiv.

„Das ich zuhause bin, das ist für mich das Wichtigste.“ (KSSM69, Z. 15)

Die verschiedenen Aspekte des Bereichs Alltagsrahmung deuten darauf hin, wie wichtig ausreichend Zeit und Präsenz, die soziale Kompetenz, die Partizipation sowie die Entlastung der PatientInnen und Zugehörigen für die Versorgung sind.

Arbeitspaket 2.2 Ergebnisse der Teambefragung

Aufgrund der Heterogenität der Interviewten und daraus resultierenden sehr unterschiedlichen Perspektiven, die die Befragten aufgrund ihrer Profession, des Versorgungssystems, in dem sie wirken, und der Region einnehmen, ist ein eindeutiger Faktor, der die Wirksamkeit der ambulanten Versorgung hervorhebt, nicht ersichtlich.

Insgesamt werden besonders häufig Aspekte der Kategorie Sicherheitsversprechen (Erreichbarkeit (37)), der Alltagsrahmung (ganzheitliche Versorgung (50)), der Kooperation/Organisation (allgemeines Netzwerk (47)) und der Qualitätsmerkmale (Hindernisse/Überforderungen (67)) sowie Abgrenzungsmerkmale zwischen AAPV und SAPV (77) geschildert.

Teameinschätzung zum Aspekt „Sicherheitsversprechen/ Erreichbarkeit“

Alle Befragten stimmen darüber überein, dass der Sicherheitsaspekt aus Sicht der VersorgerInnen ein wichtiger Faktor für die PatientInnen in der ambulanten Palliativversorgung ist. In 10 von 11 Interviews wird dies in Zusammenhang mit der Erreichbarkeit, also dem Gefühl der PatientInnen und An-/Zugehörigen, bei Unsicherheiten jederzeit Personal des Dienstes anrufen zu können, geschildert.

„Aber ich glaube diese, was viele eben sagen und das ist ja bei SAPV genauso, dieses dass man 24 Stunden einen anrufen kann. Das ist schon für viele einfach dass man es kann[...].Eine unheimliche Sicherheit.“ (Pflegekraft, AAPV)

Es werden dabei auch verschiedene Systeme beschrieben, wie die notwendige Erreichbarkeit hergestellt wird, z.B. Rufbereitschaft innerhalb eines Teams oder Koppelung der AAPV-Pflegedienste an SAPV-Rufbereitschaft, die die AAPV-Pflegedienste mitabdeckt. Hier wird auch die PatientInnenorientiertheit deutlich, da die Telefonnummern durch die VersorgerInnen auf ein Telefon umgestellt werden, sodass die PatientInnen nur eine Notrufnummer erhalten, bei denen sie jederzeit die Rufbereitschaft erreichen. Von

ärztlicher Seite wird die unmittelbare, schnelle Verfügbarkeit der SAPV im Gegensatz zur AAPV betont.

Bei der/m SozialarbeiterIn wird zwar der Sicherheitsaspekt, nicht aber die Erreichbarkeit erwähnt, was darauf hindeuten kann, dass dies in ihrer Tätigkeit, in Abgrenzung zum medizinisch-pflegerischen Personal, nicht als Priorität gesehen werden muss. Bei ihr wird hingegen das Vertrauen hervorgehoben, was bei den anderen Berufsgruppen nur gelegentlich erwähnt wird. Sie unterscheidet dabei das Vertrauen zwischen den einzelnen Netzwerk-Akteuren und das Vertrauen, das zwischen den MitarbeiterInnen der AAPV und deren PatientInnen herrscht.

Teameinschätzung zum Aspekt „Alltagsrahmung/ganzheitliche Versorgung“

In der Mehrzahl der Interviews (9 von 11) werden Gesichtspunkte einer ganzheitlichen Versorgung erwähnt. Der PatientInnenwille wird dabei als grundlegend für die Versorgung angesehen, insbesondere das Beachten der Patientenverfügung wird betont. Die Ganzheitlichkeit spiegelt sich für die VersorgerInnen darin, körperliche und psychisch-emotionale Bedürfnisse wahrzunehmen und darauf einzugehen, aber auch die Angst vor dem Sterben zu nehmen. Dafür ist das Sammeln von Informationen zu Vorstellungen der PatientInnen zur Versorgung von Bedeutung, die im Erstgespräch beginnt und im Verlauf immer wieder neu besprochen wird. In diesen Aussagen geht die Individualität der Versorgungssituation deutlich hervor. Hierbei wird auch dem sozialen System, in dem die PatientInnen leben, Beachtung geschenkt. So wird versucht, auf Bedürfnisse von Angehörigen z.B. bei Terminen gerecht zu werden, aber auch die Realisierung von PatientInnen- und An-/ Zugehörigenwünschen hinterfragt, um auf eine gemeinsame Umsetzung dieser im Alltag abzielen. Auch das Erfüllen letzter Wünsche wird mittels ehrenamtlicher Dienste versucht. Unter den Aspekt der ganzheitlichen Versorgung fällt aber auch das Erkennen von Grenzen, z.B. durch Überlastung der Angehörigen. In diesen Fällen erfolgt sowohl in der AAPV sowie in der SAPV eine Verlegung in Hospize, Palliativstationen oder Krankenhäuser, was allerdings auch zu Schwierigkeiten für die MitarbeiterInnen führt, wenn PatientInnen- und An-/Zugehörigenwunsch auseinandergehen. Auch der Nachversorgung der An-/Zugehörigen wird nach dem Tod der PatientInnen eine Rolle beigemessen. In einem Interview wird auch eine Form der Bezugspflege erwähnt. Dabei wird eine Pflegekraft ausgewählt, die, falls es für beide Seiten menschlich stimmig ist, zur Bezugsperson gewählt, die den Patienten oder die Patientin hauptsächlich betreut.

Teameinschätzung zum Aspekt „Kooperation/Organisation/allgemeines Netzwerk“

Die Koordination besteht in allen Aussagen in der Übernahme von Organisationsleistung. Dies bezieht sich entweder auf Organisation von Hilfsmitteln und/oder Medikamenten oder auf Verlegung in Krankenhäuser oder Hospize. Die Kooperationen mit Haus- und FachärztInnen, Pflegediensten und ehrenamtlichen Hospizdiensten und Netzwerken werden vermehrt genannt. Letztere sind insbesondere zur Deeskalation schwieriger Situationen sowie für Nacht- und Sitzwachen eine große Unterstützung zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung. Kooperationen mit Physio- und ErgotherapeutInnen werden ebenfalls erwähnt. Eine Mitarbeiterin eines Pflegedienstes spricht auch von der Gründung eines Palliativnetzwerks mit Kooperationspartnern, das sich mehrmals im Jahr trifft und Veranstaltungen plant. Die Vorteile der Netzwerke werden in einer schnellen Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Dienstleistungen gesehen.

„Dann sind natürlich alle anderen Mithandelnden auch an 7 Tagen erreichbar[...]bekomm ich wesentlich schneller Termine, als wenn ich die Strukturen nicht habe.“ (Palliativarzt, AAPV/SAPV)

Teameinschätzung zum Aspekt „Abgrenzung“

Neun von elf Interviewten konnten abgrenzende Merkmale in der Betreuung zwischen AAPV- und SAPV-PatientInnen aufzeigen. Daraus ergeben sich für die MitarbeiterInnen unterschiedliche Beurteilungen der Wirksamkeitsmechanismen in der ambulanten Versorgung.

In der SAPV wird zum einen vermehrt die Wichtigkeit der Multiprofessionalität im größeren Team betont, insbesondere auch die Wichtigkeit der Koordinationskraft oder -kräfte in der Zentrale, die organisatorische Aufgaben abnehmen. In der AAPV sei man im Gegensatz dazu oft auf sich allein gestellt.

„Aber es ist einfach kein SAPV-Team was mindestens zwei Mal in der Woche zusammensitzt und wo ein Arzt schildert so und so und der Case Manager schildert so und so und dann irgendwann der Arzt sagt wie wärs denn wenn du mal ... Das ist einfach nicht. Die sind halt doch sehr Einzelkämpfer.“ (Sozialarbeiterin, AAPV)

Bei den ÄrztInnen, die sowohl AAPV- als auch SAPV-PatientInnen betreuen, wird die Flexibilität durch die Kombination beider Systeme hervorgehoben, mit der die Möglichkeit bestehe, nach den Bedürfnissen des PatientInnen bei Verschlechterung oder Verbesserung des Allgemeinzustands den/die PatientIn in das andere System einzugruppieren. Demgegenüber erlebt die Sozialarbeiterin den Übergang von der AAPV in die SAPV kritisch, da er erst dann erfolge, wenn das AAPV-Team eine engmaschigere Kontrolle aufgrund der Finanzierung nicht sicherstellen könne. Sie befürwortet daher eine gute Absprache, sodass diese früher in die SAPV kommen.

Die besondere Freiheit in der SAPV wird vom medizinischen Personal insbesondere auf die Symptomlinderung bezogen, in der ÄrztInnen keinen finanziellen Druck verspürten und sich dadurch eine besonders effiziente Symptomlinderung durch Verwendung speziellerer Medikamente als in der Regelversorgung oder AAPV durchführen ließe. Des Weiteren würden durch die vertraglichen Einbindungen anderer Fachärzte Einweisungen ins Krankenhaus in der SAPV wegfallen.

„In dem Moment, in dem ich einen Psychoonkologen brauche ist es schon in der AAPV nicht mehr möglich, weil die kommen nicht auf Hausbesuch und sie kriegen keine Termine. In dem Moment[...]hab ich faktisch nur noch die Möglichkeit die Leute einzuweisen[...]In der SAPV[...]sind die Zahlungsflüsse alle geklärt, ist es völlig klar für den Urologen wenn er kommt, er kriegt diesen Hausbesuch auch unabhängig von allen Budgets bezahlt“ (Palliativarzt, AAPV/SAPV)

Pflegekräfte und MedizinerInnen stimmen darin überein, dass in der AAPV die finanziellen Mittel begrenzt seien, so würde beispielsweise die Entlohnung für die Betreuung bei PalliativpatientInnen geringer als in der SAPV ausfallen. Sowohl im medizinischen als auch im Pflegebereich wird bemängelt, dass die Aufnahmekapazität an PalliativpatientInnen in der AAPV beschränkt sei. Hier geht es insbesondere um wirtschaftliche Aspekte wie Kosten, die bei der Aufnahme vieler AAPV-PatientInnen den Budgetrahmen übersteigen, insbesondere werden bei den MedizinerInnen Hausbesuche erwähnt. Dabei wird auf den qualitativen Anspruch, z.B. die zeitintensivere Betreuung, verwiesen, der mit dem wirtschaftlichen Aspekt zusammenhängt und der bei hoher AAPV-Auslastung nicht mehr gewährleistet werden könne. Allerdings sind die genannten Bereiche nicht die Themengebiete, die in alle Interviews vorkommen.

Allen Interviews gemein sind die Themenfelder Hindernisse/Überforderung und Wünsche, was Rückschluss darauf gibt, dass aufgrund der Heterogenität nur Kategorien auf sehr allgemeiner Ebene alle Interviewten betreffen, gibt dennoch Einsicht in Bedarfe der Dienste.

Teameinschätzung zum Aspekt „Qualität/Hindernisse/Überforderung“

Hindernisse werden vorwiegend von der AAPV als Problematik in der Übergangssituation vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung geschildert. Hier trafen PflegerInnen oft auf PatientInnen und An-/Zugehörige, die sich aus verschiedenen Gründen, z.B. fehlender Zeit nach Diagnosestellung bzw. letzter Therapie oder Verdrängung, noch nicht mit ihrer palliativen Situation befasst haben. PflegerInnen und weitere Berufsgruppen werden häufig zunächst als Eindringlinge in den privaten Raum wahrgenommen.

„Es ist nicht so, dass die Leute glücklich sind, wenn wir kommen, sondern es ist natürlich immer ein Eindringen in die häusliche Umgebung ist immer komisch für die Menschen(...)Gerade für Ältere, die eben dann doch sehr autonom und autark gelebt haben. Zu dem Zeitpunkt ist das eine Katastrophe, dass jemand kommt.“ (Pflegerkraft, AAPV)

Die Arbeit der Ökotrophologin in der AAPV würde aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Klinik- und Hausärzten erschwert, da durch fehlende Verordnung die Beschaffung des notwendigen Materials verzögert würde. Hinzukommend wären für sie Situationen besonders schwierig, in denen sich Überforderung von PatientInnen und An-/Zugehörigen zeigten, die Inhalte beträfen, die außerhalb ihres Kompetenzbereichs lägen. Aus pflegerischer Sicht werden überfordernde Situationen bei psychischer oder Suchterkrankung insbesondere bezüglich der Medikation festgestellt. In der AAPV wird auch eine Abhängigkeit der Pflegekräfte von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten beschrieben, sodass sich PflegerInnen manchmal in schwierigen Situationen wie akute Schmerzen bei PatientInnen alleingelassen und hilflos fühlten. Alleinstehende PatientInnen für beide Seiten zufriedenstellend zu versorgen, empfinden sowohl MitarbeiterInnen der AAPV- als auch SAPV-Dienste als Herausforderung. Auch wenn Wünsche von An-/Zugehörigen z.B. bezüglich Therapien oder Hilfsmitteln von denen der/die PatientInnen abweichen oder An-/Zugehörige selbst erkrankt oder generell überfordert mit der Situation sind oder aber mehrere An-/Zugehörige unterschiedliche Ansprüche an die Versorgung haben, wird dies als schwierig wahrgenommen

„Geschwister die unterschiedlicher Meinung sind, ähm, die, der eine sagt die Mutter hätte das aber gerne so gewollt und der andere sagt, die Mutter hätte das aber gerne so gewollt[...]“ (Palliativarzt, AAPV/SAPV)

Die gleiche Problematik wird bei Divergenzen der Wünsche der PatientInnen oder deren An-Zugehörigen und der Dienste ersichtlich, was z.B. Hilfsmittelbeschaffung, Einbindung der Hospizdienste, Terminwünsche oder Medikamenteneinnahmen nach Plan einschließt.

Teameinschätzung zum Aspekt „Wünsche“

Aufbauend auf den Aussagen der überfordernden Situationen wird in den Wünschen der AAPV-MitarbeiterInnen von einem zuständigen Arzt im Hintergrunddienst oder aber einer besseren Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und einer Koordinationsstelle für die Hilfestellung von Organisationsleistungen für AAPV-PatientInnen gesprochen. Von ärztlicher Seite wird sich in der AAPV mehr Zeit für die Versorgung gewünscht. In der SAPV überwiegen andere Themen. Diese können

aufgeteilt werden in allgemeine Wünsche, z.B. die SAPV auch vermehrt in ländlichen Regionen zu implementieren oder eine offizielle Aufklärungsstelle für PatientInnen wie einen seriösen Internetauftritt aufzubauen und persönliche Wünsche wie den Zustand, in dem die SAPV als ambulante Struktur wirkt, aufrechterhalten zu können.

Datenbasierte Empfehlungsentwicklung

Die beschriebenen Daten aus den Arbeitspaketen wurden in einem mehrstufigen induktiv-deduktiven Prozess bearbeitet, dessen Ergebnisse in einem internen Forschergruppen-Workshop diskutiert wurden. Zusätzlich wurden externe Stakeholder mit langjähriger Expertise in der ambulanten Palliativversorgung aufgesucht, um die Ergebnisse zusätzlich datenbasiert zu bewerten. Parallel wurde dies ebenso bei einem gemeinsamen Treffen mit den Forschungsverbänden SAVOIR und ELSAH durchgeführt. Diese Diskussionsergebnisse wurden vom APVEL Konsortium zu vorläufigen Empfehlungen zusammengefasst.

Schließlich wurden diese Empfehlungen in einem Gruppen-Delphi-Prozess durch externe ExpertInnen (VertreterInnen von Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin, VSTN (Verband der SAPV-Teams Nordrhein), niedergelassenen ÄrztInnen, VertreterInnen von SAPV und AAPV und MDK) konsentiert.

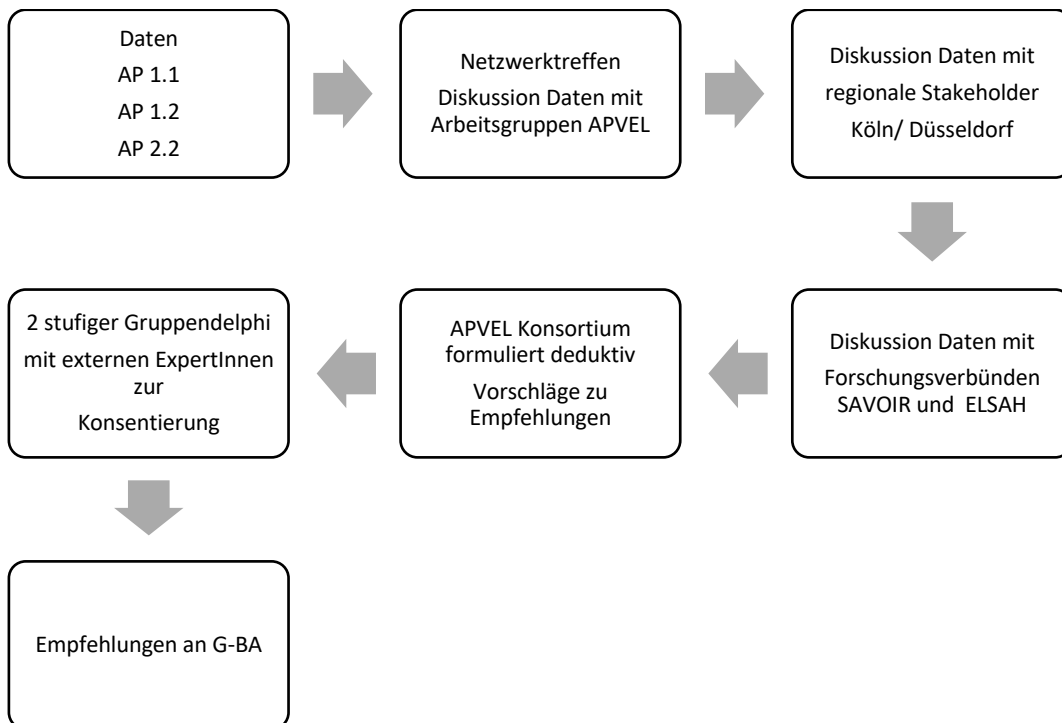


Abbildung 7. Mehrstufiger Prozess von der Analyse zur datenbasierten Entwicklung von Empfehlungen im AP 3.

7. Nachhaltigkeit der Projektergebnisse und Fortführung nach Ende der Förderung

Nach Abschluss der Auswertungen im AP 1.2 wurde ein Factsheet entwickelt und an die Ärzte gesendet, die an der Befragung teilgenommen hatten. Diese beinhaltet eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung. Als Anregung für die Palliativversorgung können folgende Empfehlungen aus der Facharztbefragung in Nordrhein abgeleitet werden:

- Heterogene Versorgungsstrukturen vereinheitlichen und Schnittstellenmanagement verbessern
- Verordnungshilfen schaffen und Substitution vermeiden
- Vergütung anpassen und Bürokratie abbauen

Ebenso wurde im AP 2.1 auf Grundlage einer Diskriminanzanalyse sensitive Faktoren identifiziert, die im Rahmen einer Stratifizierungs-App Betroffenen und Behandelnden Hinweise zur einer geeigneten ambulanten Palliativversorgungsform geben können. Diese App wurde bereits programmiert und könnte

in einem Folgeprojekt validiert werden. Die laufenden Verhandlungen zu einem bundesweit einheitlichen Rahmenvertrag SAPV müssten hierfür berücksichtigt werden, um auch die dort festgelegten Zugangskriterien zu berücksichtigen.

Für die Umsetzungen von APVEL Empfehlungen außerhalb der G-BA SAPV-Richtlinie wird eine Governance gefordert, die unter Beteiligung der Konsortialpartner in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin die beforschten Themen in unterschiedliche Bereiche einbringt: Social Marketing auf Fachkongressen, in Veröffentlichungen, nationalen und lokalen Arbeitsgruppen, regionalen palliativen Netzwerken, Qualitätszirkeln. Als Kongress in Nordrhein steht als Forum für palliative Gesundheitspolitik das Aachener Hospizgespräch zur Verfügung, wo Akteure aus Politik und Gesundheitswesen einschließlich Vertretern der Gesundheitskassen aktiv sind.

8. Veröffentlichungen

AP 1.1 Retrospektive Analyse von Sekundärdaten der AOK-Nordrhein

Meyer, I., Schubert, I., Ihle, P., Fink, R., Dortmann, O., & Sorg, C. G. G. (2018). Patientencharakteristika, Versorgungswege und Inanspruchnahme von SAPV in der Region Nordrhein. Retrospektive Routinedatenanalyse im APVEL-Projekt. Posterpräsentation beim 17. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

Meyer, I., & APVEL consortium. (2019). The complexity of caring for the dying – an empirical approach to understanding end-of-life care as integrated care in the German healthcare system. Posterpräsentation 19th International Conference on Integrated Care, San Sebastian.

Meyer, I., & APVEL consortium. (2019). Palliative Home Care Patients: A Special Group? An Empirical Analysis of Palliative Home Care and General Healthcare Service Use in the Last Year of Life. Posterpräsentation 16th World Congress of the EAPC, Berlin.

Meyer, I., & APVEL consortium. (2019). Versorgungsverläufe im letzten Lebensjahr und Hinweise auf die Zielerreichung ambulanter palliativer Versorgung. Eine Auswertung regionaler GKV-Routinedaten. Posterpräsentation 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

AP 1.2 Befragung von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen

Peter et al. (2018). Evaluation der SAPV in Nordrhein: Ergebnisse der Experteninterviews und Delphibefragung, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2018, Posterbeitrag.

Peter et al. (2018). Wahrnehmung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein aus Sicht von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie 2018, Posterbeitrag.

Peter et al. (2018). Reflexion der Hausarztrolle in der ambulanten Palliativversorgung. Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein (APVEL), Kongress der Deutschen, Österreichischen und Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin 2018, Vortrag.

Peter et al. (2018). General practitioners' and oncologists' attitudes toward outpatient palliative care in North Rhine, Germany, 22nd International Congress on Palliative Care 2018, Posterbeitrag.

Peter et al. (2018). Evaluation der Wirksamkeit von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein – Wahrnehmung struktureller und organisatorischer Aspekte aus Perspektive von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2018, Posterbeitrag.

Scholten et al. (2019). The role of the general practitioner as referrer to specialized palliative care in Germany, 16th World Congress of the European Association for Palliative Care 2019, Posterbeitrag.

Peter et al. (2019). Multidisciplinary Cooperation in Outpatient Palliative Care from a GPs' Perspective, 16th World Congress of the European Association for Palliative Care 2019, Posterbeitrag.

Volkert et al. (2019). Provision of palliative care by general practitioners: expenditures and stressors, 16th World Congress of the European Association for Palliative Care 2019, Posterbeitrag.

Volkert et al. (2019). General practitioners' workload and attitudes to referrals in context of outpatient palliative care, Congress of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians 2019, Vortrag.

Volkert et al. (2019). Abgrenzung von Bedarfen und Einordnung in palliative Versorgungsformen aus Sicht von Hausärzt*innen, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2018, Vortrag.

Peter et al. (2019). General practitioners' perspectives on general and specialised outpatient palliative care in Germany: A focus group study.

AP 2.2 Prospektive PatientInnenbefragung

Dillen K, Joshi M, Krumm N, Hesse M, Brunsch H, Strupp J, Radbruch L, Rolke R, Voltz R (2019) Evaluation of high-quality care in specialized home palliative care (SAPV)* compared to general home palliative care (AAPV)** in North Rhine – a qualitative study from the patient's perspective. Max QDA International Conference, Berlin, Posterbeitrag.

Krumm N, Stumm V, Dillen K, Schmidt H, Hesse M, Rietz C, Radbruch L, Voltz R, Rolke R (2018) Entwicklung eines Interviewleitfadens als Teil eines Erhebungsinstrumentes zur Messung der Wirksamkeit der SAPV in 3 Regionen in Nordrhein – eine Fokusgruppenanalyse. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Bremen, Posterbeitrag.

Rolke R, Krumm N, Fink R, Hellmich M, Pfaff H, Radbruch L, Rietz C, Samel C, Scholten N, Schubert I, Voltz R (2017) APVEL: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung; Evaluation der Wirksamkeit in Nordrhein. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, Posterbeitrag.

Dillen et al. (2019) Sense of security as determinant of effectiveness in the palliative home care setting. (Originalarbeit unter Begutachtung).

Weitere geplante Publikationen

Symptom trajectories in patients receiving two different concepts of palliative care at home in North Rhine (geplante Originalarbeit).

“So people have time to concentrate on what is important to them in the remaining days”: the view of the professional caregivers in outpatient palliative care (geplante Originalarbeit).

QoL in the remaining days: the view of specialized and general patient home care - a quantitative approach with FACIT-Pal (geplante Originalarbeit).

Impact of professional caregivers' spirituality and hope in outpatient palliative care (geplante Originalarbeit)

9. Anlagen

- Bericht mit Detailergebnissen aus AP 1.1 AOK Sekundärdatenanalyse
- Bericht mit Detailergebnissen aus AP 1.2 Facharztbefragung von Hausärzten und Onkologen
- FACT-Sheet aus Facharztbefragung (Ergebnisübersicht aus APVEL AP 1.2 für beteiligte Fachärzte)
- Bericht mit Detailergebnissen aus AP 2.2 Prospektive Befragung von PatientInnen, An/Zugehörigen und Teams
- Empfehlungen für eine Anpassung der G-BA SAPV-Richtlinie
- APVEL App Dokumentation

Abkürzungsverzeichnis

AAPV:	Allgemeine Ambulante
AP:	Palliativversorgung Arbeitspaket
APV:	Ambulante Palliativversorgung
ECOG:	Eastern Cooperative Oncology Group
FACIT-PAL:	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
IPOS:	Integrated Palliative Care Outcome Score
RWTH:	Rheinisch Westfälische Technische Hochschule
SAPV:	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Inanspruchnahme von SAPV und weiteren palliativen Leis- tungen, Charakteristika der Leistungsempfänger und Hin- weise auf die Zielerreichung von SAPV in der Region Nord- rhein

Bericht zur retrospektiven Sekundärdatenanalyse (AP1.1) im
Projekt **APVEL** – Ambulante **P**alliativ-**V**ersorgung **E**valuieren

Autor*innen

Ingo Meyer
Dr. Ingrid Schubert

Korrespondenzadresse

Ingo Meyer
PMV forschungsgruppe
an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
Universität zu Köln
Herderstr. 52
50931 Köln
Ingo.Meyer@uk-koeln.de
0221-478-87613
www.pmvforschungsgruppe.de

Förderung

Die Studie wird durch den Innovationsfonds (Förderkennzeichen 01VSF16007) gefördert.

Danksagung

Die Autor*innen danken der »AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse« für die Datenbereitstellung.

Copyright 2019

1	Einführung	1
1.1	Kontext	1
1.2	Zielsetzung der Routinedatenanalyse (AP 1.1)	1
2	Material & Methode	3
2.1	Datenbasis und Datennutzung	3
2.2	Studienpopulationen & Beobachtungszeiträume	3
2.2.1	Aufgreifkriterien	3
2.2.2	Aufteilung der Populationen	4
2.2.3	Beobachtungszeiträume	6
2.2.4	Populationen & Fallzahlen im Überblick	7
2.3	Daten	9
2.4	Erfassung palliativmedizinischer Leistungen	11
2.5	Datenaufbereitung & -auswertung	14
3	Inanspruchnahme von SAPV & weiteren palliativen Leistungen	16
3.1	Fragestellungen	16
3.2	Demografie der Studienpopulationen	16
3.2.1	Versicherte im letzten Lebensjahr (Population LLJ)	16
3.2.2	Gesamt der prävalenten Palliativpatient*innen (Studienpopulation GPP)	20
3.2.3	Studienpopulationen nach durchgängiger Versicherungszeit	23
3.3	Überblick: Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen	24
3.3.1	Inanspruchnahme bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ)	24
3.3.2	Inanspruchnahme bei prävalenten Palliativpatient*innen (GPP)	26
3.3.3	Inanspruchnahme bezogen auf alle Versicherten	27
3.4	Verordnung von SAPV	27
3.5	Beginn, Dauer, Ende und Intensität der Palliativversorgung	33
3.5.1	Beginn, Dauer und Ende der Versorgung	34
3.6	Behandlungsverläufe im letzten Lebensjahr über alle Sektoren hinweg	43
3.7	Inanspruchnahme: Zusammenfassung und Fazit	47
4	Charakteristika palliativer Leistungsempfänger & Hinweise auf die Zielerreichung von SAPV	50
4.1	Vorgehensweise & Fragestellungen	50
4.2	Charakteristika palliativer Leistungsempfänger	52
4.2.1	Demografie	52

4.2.2	Diagnosen	54
4.2.3	Versorgung & deren Kosten	59
4.3	Hinweise auf die Zielerreichung von SAPV	74
4.3.1	Krankenhausaufenthalt vor Tod	74
4.3.2	Hinweise auf den Sterbeort	76
4.3.3	Arzneimittel der Palliativversorgung	79
4.4	Charakteristika & Zielerreichung: Zusammenfassung und Fazit	83
5	Anhang	85
5.1	Weitere Auswertungstabellen	85
5.2	Sonstige Anhänge	93
6	Literatur	98

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Studienpopulationen der Routinedatenanalyse	5
Abb. 2	Mögliche Rückbeobachtungszeiträume in den Routinedaten	6
Abb. 3	Geschlechtsverteilung nach Versorgungsart & -intensität	53
Abb. 4	Versorgungsart für Versicherte mit bestimmten Krankheitsgruppen	58
Abb. 5	Versicherte mit Krankenhausaufenthalt in den 60 bzw. 30 Tagen vor Tod nach Versorgungsprofil	75
Abb. 6	Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Alter	78
Abb. 7	Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Versorgungsprofil	79

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Anzahl Versicherter nach Population, Jahren und Zeiträumen durchgängiger Versicherung	8
Tab. 2	Verteilung der selektierten Versicherten auf die Populationen	9
Tab. 3	Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern der Palliativmedizinische Leistungen der ambulanten Regelversorgung	11
Tab. 4	Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern zur AAPV in der Region der KV Nordrhein	12
Tab. 5	Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern der SAPV-Verordnung (EBM)	12
Tab. 6	Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern zu SAPV Leistungen in der Region der KV Nordrhein	13
Tab. 7	Schlüsseltabelle: OPS-Codes stationärer palliativmedizinischer Leistungen	14
Tab. 8	Altersstatistik aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016	17
Tab. 9	Altersstruktur aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht	17
Tab. 10	Altersstatistik aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 nach Jahren	18
Tab. 11	Geschlechtsverteilung aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 nach Alter	18
Tab. 12	Mortalitätsrate im Jahr 2016 bezogen auf alle Versicherten (18 Jahre und älter)	19

Tab. 13	Mortalitätsrate bezogen auf alle Versicherten (18 Jahre und älter) in allen Jahren im Vergleich	19
Tab. 14	Allgemeine Mortalitätsraten für Menschen 20 Jahre und älter in den Jahren 2014 bis 2016	20
Tab. 15	Statistische Deskription der prävalenten Palliativpatient*innen in den Jahren 2014 bis 2016	21
Tab. 16	Altersstruktur aller prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2016 nach Geschlecht	21
Tab. 17	Geschlechtsverteilung der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2016 nach Alter	22
Tab. 18	Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2016 bezogen auf alle Versicherten	22
Tab. 19	Studienpopulation LLJ nach durchgängigen Versicherungszeiten	23
Tab. 20	Studienpopulation GPP (2016) nach durchgängigen Versicherungszeiten	24
Tab. 21	Versicherte (LLJ) mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen im letzten Lebensjahr nach Art der Leistung	25
Tab. 22	Versicherte (LLJ) mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen im letzten Lebensjahr nach Art der Leistung und Beobachtungsjahren	25
Tab. 23	Versicherte (LLJ) des Jahres 2016 mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen in den letzten drei Lebensjahren nach Art der Leistung	26
Tab. 24	Prävalente Palliativpatient*innen (GPP) mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen nach Art der Leistung und Beobachtungsjahren	27
Tab. 25	Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen nach Art der Leistung bezogen auf alle Versicherten nach Beobachtungsjahr	27
Tab. 26	Verordnung und Erbringung von SAPV-Leistungen bei Patient*innen (LLJ) der Jahre 2014 bis 2016	28
Tab. 27	Zeitlicher Abstand zwischen SAPV-Verordnung und erster Leistung	28
Tab. 28	Verordnende Arztgruppe für die SAPV bei Patient*innen (LLJ) der Jahre 2014 bis 2016	29
Tab. 29	Ärztliche Leistungserbringer der in den Jahren 2014 bis 2016 Verstorbenen mit und ohne SAPV-Verordnungen	30
Tab. 30	Anteil ärztliche Leistungserbringer der in den Jahren 2014 bis 2016 Verstorbenen mit SAPV-Verordnungen am Gesamt nach Kreisen	32
Tab. 31	Beginn, Dauer und Ende der Palliativversorgung bei Verstorbenen des Jahres 2016 in den drei Jahren vor Tod	35

Tab. 32	Beginn der AAPV (in Monaten vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die AAPV-Leistungen erhalten haben	37
Tab. 33	Beginn der AAPV (in Tagen vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die AAPV-Leistungen erhalten haben	38
Tab. 34	Beginn der SAPV (in Monaten vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die SAPV-Leistungen erhalten haben	40
Tab. 35	Beginn der SAPV (in Tagen vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die SAPV-Leistungen erhalten haben	41
Tab. 36	Intensität der Palliativversorgung bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016 in den drei Jahren vor Tod	42
Tab. 37	Versorgungsprofile im letzten Versorgungszeitraum vor Tod	45
Tab. 38	Anzahl der Versorgungsperioden im letzten Versorgungszeitraum vor dem Tod nach Art der Versorgung	46
Tab. 39	Versichertengruppen für die Gruppenauswertung	51
Tab. 40	Alter nach Versorgungsart & -intensität	54
Tab. 41	Krankheitsgruppen nach Murtagh et al. & Prävalenz in der Studienpopulation	55
Tab. 42	Prävalenz der Krankheitsgruppen nach Versorgungsprofil	57
Tab. 43	Prävalenz der Krankheitsgruppen nach Versorgungsintensität	59
Tab. 44	Kosten pro Kopf der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart	61
Tab. 45	Kosten pro Kopf der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) ab Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	62
Tab. 46	Kosten pro Kopf und Tag der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) ab Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	62
Tab. 47	Kosten pro Kopf der ambulanten Palliativversorgung von Pall. RV Patient*innen ab Beginn der Pall. RV nach Versorgungsart	63
Tab. 48	Kosten pro Kopf der ambulanten Palliativversorgung von AAPV Patient*innen ab Beginn der AAPV nach Versorgungsart	64
Tab. 49	Kosten pro Kopf der ambulanten Palliativversorgung von SAPV Patient*innen ab Beginn der SAPV nach Versorgungsart	64
Tab. 50	Kosten pro Kopf der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart	65

Tab. 51	Kosten pro Kopf der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	66
Tab. 52	Kosten pro Kopf und Tag der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	66
Tab. 53	Kosten pro Kopf der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart	67
Tab. 54	Kosten pro Kopf der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	67
Tab. 55	Kosten pro Kopf und Tag der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	68
Tab. 56	Heil- und Hilfsmittelverordnungen	69
Tab. 57	Kosten pro Kopf der Heil- und Hilfsmittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	69
Tab. 58	Kosten pro Kopf und Tag der Heil- und Hilfsmittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	70
Tab. 59	Kosten pro Kopf der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart	71
Tab. 60	Kosten pro Kopf der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	71
Tab. 61	Kosten pro Kopf und Tag der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	72
Tab. 62	Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart	73
Tab. 63	Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	73
Tab. 64	Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf und Tag nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart	74
Tab. 65	Krankenhaustage im Zeitraum kurz vor dem Tod nach Versorgungsart	76
Tab. 66	Leistungen am Todestag als Hinweis auf den Sterbeort	77
Tab. 67	Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Geschlecht	78
Tab. 68	Arzneimittel der Palliativversorgung	81

Tab. 69	Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit Pall. RV vor und nach Beginn der Palliativversorgung	82
Tab. 70	Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit AAPV vor und nach Beginn der Palliativversorgung ²	82
Tab. 71	Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit SAPV vor und nach Beginn der Palliativversorgung ²	83
Tab. 72	Altersstruktur der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2014 nach Geschlecht	85
Tab. 73	Altersstruktur der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2015 nach Geschlecht	85
Tab. 74	Altersstruktur der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2016 nach Geschlecht	86
Tab. 75	Geschlechtsverteilung der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2014 nach Alter	86
Tab. 76	Geschlechtsverteilung der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2015 nach Alter	87
Tab. 77	Geschlechtsverteilung der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2016 nach Alter	87
Tab. 78	Mortalitätsrate der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2014 bezogen auf alle Versicherten	88
Tab. 79	Mortalitätsrate der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2015 bezogen auf alle Versicherten	88
Tab. 80	Altersstruktur aller prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2014 nach Geschlecht	89
Tab. 81	Altersstruktur aller prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2015 nach Geschlecht	89
Tab. 82	Geschlechtsverteilung der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2014 nach Alter	90
Tab. 83	Geschlechtsverteilung der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2015 nach Alter	90
Tab. 84	Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2014 bezogen auf alle Versicherten	91
Tab. 85	Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2015 bezogen auf alle Versicherten	91
Tab. 86	Studienpopulation GPP (2014) nach durchgängigen Versicherungszeiten	92
Tab. 87	Studienpopulation GPP (2015) nach durchgängigen Versicherungszeiten	92
Tab. 88	Arzneimittel der Palliativversorgung und Operationalisierung	93
Tab. 89	Arzneimittel der Palliativversorgung und Operationalisierung (Forts.)	94

Tab. 90	Arzneimittel der Palliativversorgung und Operationalisierung (Forts.)	95
Tab. 91	Fachgruppenschlüssel und Plausibilität der SAPV Verordnung	96
Tab. 92	Fachgruppenschlüssel und Plausibilität der SAPV Verordnung (Forts.)	97

1.1 Kontext

Die PMV forschungsgruppe ist Konsortialpartner im Projekt APVEL- Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein. Konsortialführer ist Professor Roman Rolke, Universität Aachen.

Ziel des Projektes ist die Evaluation der GBA-Richtlinie zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2007) in der Region Nordrhein (entsprechend den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf). Hierbei soll vor dem Hintergrund der in Nordrhein besonders klar abgegrenzten und definierten Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) die Wirksamkeit der SAPV beschrieben werden, wie sie sich derzeit in Routinedaten, Meinung der Versorger und direkten Patienten-orientierten Outcomes widerspiegelt, um daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung zu formulieren.

Zur Erreichung des Projektzieles werden unterschiedliche Instrumente eingesetzt:

- Bestandsaufnahme zur Leistungserbringung der SAPV und AAPV in Nordrhein (Arbeitspakete (AP) 1.1 und 1.2)
- Darstellung regionaler Unterschiede im Vergleich städtischer vs. ländlicher Regionen in Nordrhein (AP 1.1, 1.2, 2.2)
- Darstellung der Abhängigkeit der Leistungserbringung der SAPV/AAPV in Abhängigkeit der regional verfügbaren Palliativversorger (AP 1.1, 1.2, 2.2)
- Entwicklung eines Evaluationstools zur Wirksamkeitsdarstellung von SAPV vs. AAPV (AP 2.1)
- Darstellung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der SAPV/AAPV in Nordrhein (AP 2.1, 2.2, 2.3)
- Entwicklung einer Handlungsempfehlung zur Weiterentwicklung der SAPV und AAPV (AP 3)

Die retrospektive Auswertung von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg im Arbeitspaket 1.1 erfolgte durch die PMV forschungsgruppe in Kooperation mit Prof. Dr. Martin Hellmich, Institut für Statistik und Epidemiologie, der Universität zu Köln.

1.2 Zielsetzung der Routine- datenanalyse (AP 1.1)

Arbeitspaket 1.1 des Vorhabens umfasste eine Bestandsaufnahme zur Inanspruchnahme palliativer Leistungen und zu Eigenschaften palliativer Patientengruppen auf der Basis von Krankenkassendaten – hier den Daten der AOK Rheinland/Hamburg für die Region Nordrhein.

Im Einzelnen wurden die folgenden Forschungsfragen beantwortet:

- Welche Anteile der Versicherten in der jeweiligen Studienpopulation nehmen verschiedene Arten palliativer Leistungen in Anspruch: Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung, AAPV-Leistungen (gemäß Abrechnungsziffern in der Region der KV-Nordrhein), SAPV-Leistungen (dito), sowie Palliativleistungen im Krankenhaus?
- Welche Aussagen können zur Verordnung von SAPV gemacht werden und welche Arztgruppen initiieren Verordnungen?
- Wann beginnen und enden die verschiedenen Arten von Palliativversorgung relativ zum Todesdatum und wie lange sind Versorgungsdauer und -intensität?
- Welche Versorgungsverläufe sind für Versicherte mit unterschiedlichen palliativen Leistungen nachweisbar?
- Wie unterscheiden sich Versicherte mit unterschiedlichen Versorgungsverläufen hinsichtlich
 - Ihrer Demografie,
 - ihrer Krankheitslast und Diagnosen und
 - ihrer Versorgungskosten für die einzelnen Sektoren, sowie Heil-, Hilfsmittel- und Arzneimittelverordnungen
- Welche Hinweise ergeben sich in den Routinedaten bzgl. der Erreichung der Versorgungsziele der SAPV, insbesondere mit Blick auf
 - die Anzahl und Länge von Krankenhausaufenthalten vor dem Tod,
 - den vermutlichen Sterbeort, gerade hinsichtlich des Versterbens im häuslichen oder institutionellen Umfeld und
 - die Verordnung von Arzneimitteln mit einer palliativen Indikation.

2.1

Datenbasis und Datennutzung

Für die Analyse stellte die AOK Rheinland/Hamburg die Daten für Versicherte mit Wohnsitz in der Region Nordrhein in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Eine generelle Beschreibung dieser Art von Daten befindet sich im Handbuch Routinedaten (Swart, Ihle, Gothe, & Matusiewicz, 2014).

Die Datennutzung nach §75 Abs. 2 SGB X wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen am 15.12. 2017 (VI 8 PA. 3600.1-2 VII.5) genehmigt. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission an der medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen zur Durchführung von APVEL liegt ebenfalls vor (EK 254/17 vom 07.11.2017)

2.2

Studienpopulationen & Beobachtungszeiträume

Im Rahmen der Studie wurden primär Auswertungen aller Versicherten (18 Jahre und älter) der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein vorgenommen, die in den Jahren 2014 bis 2016 verstorben sind. Für Analysen zur Prävalenz der Inanspruchnahme von Palliativleistungen wurden außerdem alle Versicherten (18 Jahre und älter) der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein einbezogen, die im jeweiligen Beobachtungsjahr (2014, 2015, 2016) mindestens einen Tag versichert waren und die in mindestens einem der Jahre 2014 bis 2016 mindestens eine dokumentierte Palliativleistung (alle Leistungsbereiche, auch außerhalb AAP/SAPV) in Anspruch genommen haben.

Daraus ergeben sich zwei Studienpopulationen:

- Hauptstudienpopulation LLJ – Versicherte im letzten Lebensjahr
- Studienpopulation GPP – Gesamtgruppe der prävalenten Palliativpatient*innen

2.2.1

Aufgreifkriterien

Zur Bildung der Populationen wurden auf den Datenbestand der AOK Rheinland/Hamburg die folgenden Aufgreifkriterien angewendet:

Kriterium I: Es wurden nur Versicherte in den Datenpool aufgenommen, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens einen Tag versichert und einen Tag in Nordrhein wohnhaft waren. Dieses Kriterium kann nur für die im jeweiligen Jahr Verstorbenen erfolgen, da für die nichtverstorbenen Patient*innen nur der aktuelle Wohnsitz zum Zeitpunkt der Datenselektion (März 2018) vorliegt.

Zusätzlich erfüllt die Population eines der beiden nachfolgenden Kriterien:

Kriterium II: Verstorben im Beobachtungsjahr; d.h., es wurden alle Versicherten mit Kriterium I, die in den Jahren 2014 bis 2016 verstorben sind, für die Studienpopulation ausgewählt.

Kriterium III: Inanspruchnahme palliativer Leistungen, d.h., es wurden alle Versicherten mit Kriterium I sowie mindestens einer Inanspruchnahme aus den folgenden Bereichen ausgewählt:

- Palliativmedizinische Leistungen der ambulanten Regelversorgung gemäß EBM-Ziffer,
- Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) gemäß KV-spezifischer Ziffern,
- Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß Gebührenpositionsnummern zur SAPV (bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis SAPV (siehe Anhang)) bzw. gemäß KV-spezifischer Ziffern,
- Stationäre palliativmedizinische Leistungen gemäß OPS bzw. palliative Einzelleistungen
- Stationäre Leistungen im Hospiz gemäß Fallzahlart unter Sonstigen Leistungen und Teilfallart „T23A“.

Eine genaue Auflistung der für Kriterium III verwendeten Ziffern findet sich in Kapitel 2.4.

Die *Hauptstudienpopulation LLJ – Versicherte im letzten Lebensjahr* besteht damit aus allen Versicherten, die Kriterium I und Kriterium II erfüllen. Die *Studienpopulation GPP – Gesamt der prävalenten Palliativpatient*innen* besteht aus allen Versicherten, die Kriterium I und Kriterium III erfüllen.

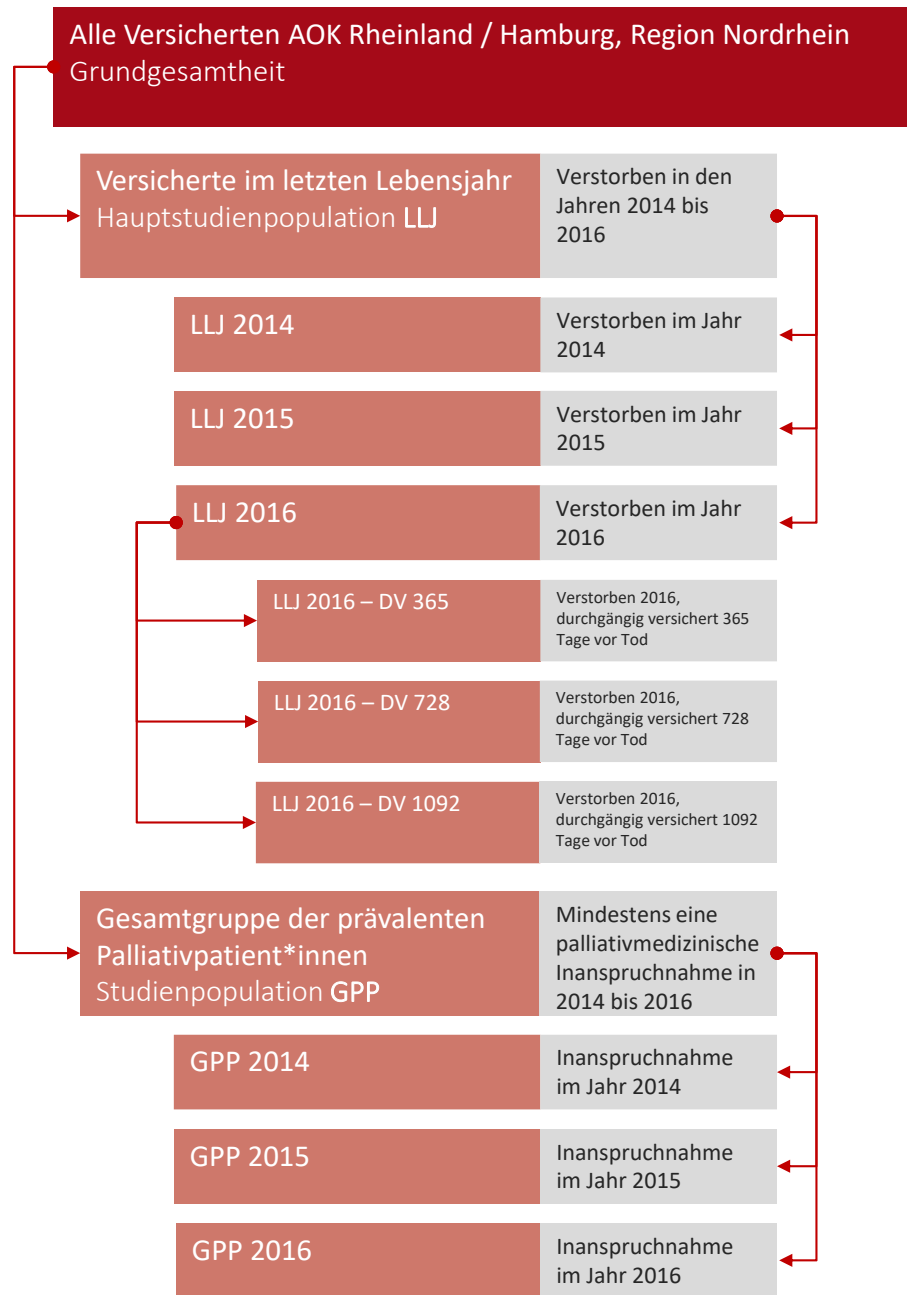
2.2.2 Aufteilung der Populationen

Beide Populationen wurden für Auswertungen nach Jahren aufgeteilt, wobei für die Versicherten in der Population LLJ das Todesjahr maßgeblich ist und für Versicherte in der Population GPP das Jahr der Inanspruchnahme.

Damit konnten Angehörige der Population GPP in mehreren Jahren berücksichtigt werden, wenn eine Inanspruchnahme in mehreren Jahren stattgefunden hat. Im Fall von sowohl Inanspruchnahme palliativer Leistungen als auch des Versterbens im Beobachtungszeitraumes wurden Versicherte entsprechend beiden Populationen zugeordnet.

Abb. 1

Studienpopulationen der Routinedatenanalyse



© PMV 2019

Da die Versicherten beider Studienpopulationen hinsichtlich ihres Verlaufes der Inanspruchnahme palliativer Leistungen beobachtet werden sollten, mussten sie für den jeweiligen Beobachtungszeitraum (siehe unten) durchgängig bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert gewesen sein. Andernfalls käme es in der Auswertung zu Verzerrungen, da nicht alle erhaltenen Leistungen in den Daten sichtbar wären. Deswegen wurden auf die Populationen der jeweiligen Jahre für diese Auswertungen noch Kriterien zur durchgängigen Versicherung angewendet. Details zu diesem Ausschluss und seinen Auswirkungen auf die

Zahl der Versicherten in der Studienpopulation sind in Kapitel 3.2.3 beschrieben.

Grundgesamtheit AOK Versicherte in Nordrhein

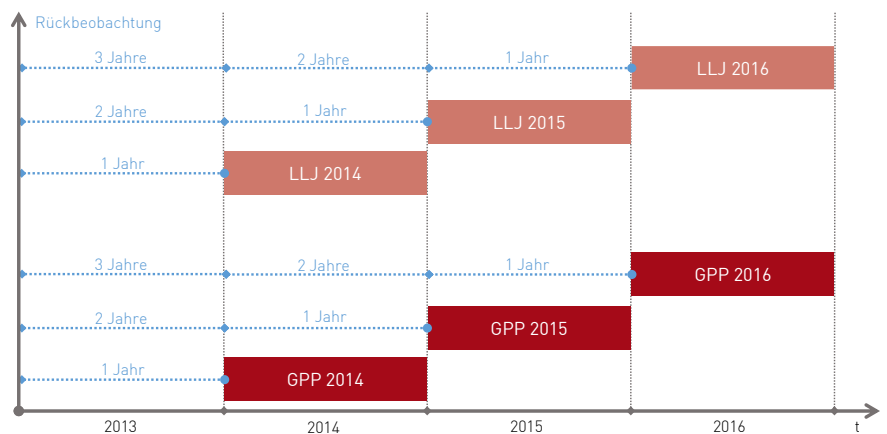
Für Prävalenzschätzungen zur Inanspruchnahme palliativer Leistungen unter allen Versicherten waren zusätzlich Angaben zur Grundgesamtheit aller Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein notwendig. Hierzu wurden unter identischer Anwendung des Wohnortfilters für die Jahre 2014, 2015 und 2016 die Anzahl aller Versicherten getrennt nach Alter und Geschlecht durch die AOK bereit gestellt.

2.2.3 Beobachtungszeiträume

Prinzipiell wurden für alle selektierten Versicherten die Daten der gerade beschriebenen Profile ausgewertet. Mit Blick sowohl auf das Todesdatum als auch auf das Jahr der Prävalenz ergaben sich dadurch mögliche Rückbeobachtungszeiträume von unterschiedlicher Länge, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abb. 2

Mögliche Rückbeobachtungszeiträume in den Routinedaten



© PMV 2019

Für Versicherte die im Jahr 2014 entweder verstorben sind (LLJ 2014) oder die im Jahr 2014 mindestens eine Palliativleistung erhalten haben (GPP 2014) war eine Rückbeobachtung von mindestens einem Jahr möglich. Dieser Zeitraum konnte maximal zwei Jahre lang sein, wenn der Tod zum Ende des Jahres 2014 eintrat. Für die prävalenten, aber nicht verstorbenen Patient*innen des Jahres 2014 war ebenfalls eine maximal zweijährige Rückbeobachtung (ausgehend vom Jahresende) möglich. Entsprechend war für Versicherte, die im Jahr 2015 verstorben oder prävalent sind, eine Rückbeobachtung von mindestens zwei Jahren möglich, sowie für Verstorbene und Prävalente des Jahres 2016 von mindestens drei Jahren.

Um eine Verzerrung der Daten zugunsten der später im Jahr verstorbenen zu vermeiden, erfolgte die tatsächliche Rückbeobachtung mit der jeweiligen Mindestanzahl der Jahre. So wurden alle Verstorbenen des Jahres 2014 maximal

für ein Jahr rückblickend analysiert, ausgehend vom individuellen Todesdatum.

Für die Auswertungen in diesem Bericht wurde regelmäßig die einjährige Rückbeobachtungszeit verwendet, um die gesamte Population (also Verstorbene bzw. Prävalente im jeweiligen Beobachtungsjahr) auswerten zu können. Insbesondere für die Auswertungen zu Beginn und Dauer der Palliativversorgung vor dem Tod wurde die Analyse aber eingeschränkt auf die Verstorbenen des Jahres 2016, um die dann maximal mögliche Rückbeobachtungsdauer von drei Jahren nutzen zu können.

2.2.4 Populationen & Fallzahlen im Überblick

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung aller Versicherten auf die beiden Populationen, sowie die Jahre und Zeiträume durchgängiger Versicherung.

Tab. 1

Anzahl Versicherter nach Population, Jahren und Zeiträumen durchgängiger Versicherung

Population	Anzahl Versicherte			
	2014	2015	2016	Gesamt
Grundgesamtheit aller Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr.	1.932.898	1.957.330	1.993.753	
Versicherte im letzten Lebensjahr				
Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ)	29.257	31.134	30.406	90.797
Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364)	28.858	30.661	30.006	89.525
Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert zwei Jahre vor Lebensende (LLJ-DV728)	27.881	30.427	29.751	88.059
Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ-DV1092)	26.496	29.369	29.524	85.389
Prävalente Palliativpatienten				
Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP)	18.670	18.220	17.815	40.279
Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP), durchgängig versichert im jeweiligen Jahr bzw. ein Jahr vor Lebensende (GPP-DV364)	18.495	18.045	17.634	39.811
Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP), durchgängig versichert im jeweiligen Jahr & Vorjahr bzw. zwei Jahre vor Lebensende (GPP-DV728)	18.078	17.907	17.467	39.187
Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP), durchgängig versichert im jeweiligen Jahr & zwei Vorjahren bzw. drei Jahre vor Lebensende (GPP-DV1092)	17.120	17.469	17.318	37.889

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein.

© PMV 2019

Wie bereits gesagt, können Versicherte sowohl der Population LLJ als auch der Population GPP angehören, wenn sie im Jahr des Versterbens auch palliative Leistungen erhalten haben. Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtzahl der Versicherten, die sich in nur einer oder in beiden Populationen befinden.

Tab. 2 Verteilung der selektierten Versicherten auf die Populationen

Population	Anzahl	Prozent
Patienten im letzten Lebensjahr (LLJ)	63.048	61,0
Angehörige beider Populationen (LLJ&GPP)	27.749	26,9
Gesamt der prävalenten Palliativpatienten (GPP)	12.530	12,1
Gesamtpopulation	103.327	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein.

© PMV 2019

2.3

Daten

Für die oben beschriebenen Studienpopulationen wurden für jeden Versicherten die im Folgenden beschriebenen Datenprofile für den Zeitraum 2013 bis 2016 erhoben. Eine pseudonymisierte Versicherten-Identifikationsnummer, die in allen Sektoren gleich ist, erlaubt die Profile (Stammdaten und Leistungsprofile) personenbezogen zu verknüpfen.

Stammdaten

Zu jedem Versicherten standen soziodemografische, versicherungstechnische und andere Merkmale zur Verfügung.

Für die vorliegende Analyse werden die folgenden Stammdaten herangezogen:

- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Todesdatum (tagesgenau)
- Staatsangehörigkeit
- Postleitzahl (auf die ersten drei Stellen verkürzt)
- Versicherungszeiten

Vertragsärztliche Versorgung (§ 294/295 SGB V)

Zur vertragsärztlichen (also haus- und fachärztlichen) Versorgung wurden insbesondere die folgenden Daten verwendet:

- Leistungserbringung
 - Leistungsdatum (tagesgenau)
 - EBM-Ziffern
 - Kosten
 - Lebenslange Arztnummer
 - Arztgruppenschlüssel
 - PLZ des Leistungserbringers (fünfstellig)
- Diagnosen (ICD-10, siehe auch unten zur Diagnosevalidierung)

Zur Erfassung ambulanter palliativer Leistungen siehe weiter unten.

Krankenhaussektor (§301 SGB V)

Zur Versorgung im Krankenhaus standen die folgenden Daten zur Verfügung.

- Fallbezogene Daten
 - Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes (tagesgenau)
 - Aufnahme- und Entlassdiagnosen (ICD-10, siehe auch unten zur Diagnostikvalidierung)
 - Kosten
 - Institutskennzeichen (IK) der Einrichtung
- Prozedurbezogene Daten
 - Datum der Leistungserbringung (tagesgenau)
 - OPS-Code

Zur Erfassung palliativer Leistungen im Krankenhaus siehe weiter unten.

Arzneimittelsektor (§ 300 SGB V)

Der Sektor »Verordnungen« enthält alle ärztlich rezeptierten Verordnungen, die von den GKV-Versicherten in einer Apotheke eingelöst und durch die GKV erstattet wurden

- Verordnungs-/ Abgabedatum (tagesgenau)
- Pharmazentralnummer
- ATC-Code
- Anzahl verordneter Packungen
- DDD (defined-daily-dose)
- pseudonymisierte Identifikationsnummer des ausstellenden Arztes
- Facharztgruppe
- Arzneimittelkosten

Nicht erfasst in den GKV-Verordnungsdaten sind die »Privatverordnungen«, vor allem also Rezepte für nicht erstattungsfähige Medikamente, und der gesamte Bereich der Selbstmedikation. Ebenso wenig finden sich in den Verordnungsdaten die in stationären Einrichtungen verordneten Medikamente, da die Kostenerstattung nicht im Einzelbelegverfahren erfolgt, sondern in den jeweiligen Tagessätzen bzw. Pauschalen enthalten ist.

Heil – und Hilfsmittel (§32,§33)

Ebenso wurden Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln wie folgt erfasst:

- Leistungsdatum (Anfang und Ende des Leistungsbezugs, tagesgenau)
- Art der Heil- und Hilfsmittel
- Kosten

Pflegeversicherung (SGB XI): Bzgl. der Leistungen aus der Pflegeversicherung sind die folgenden Daten enthalten:

- Beginn und Ende der Pflegeleistung (tagesgenau)
- Pflegeart (ambulant, stationär)
- Pflegestufe
- Pflegekosten

2.4

Erfassung palliativmedizinischer Leistungen

Die palliativmedizinischen Leistungen wurden sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erhoben. Im ambulanten Sektor kommen sowohl palliativmedizinische Regelleistungen als auch die Leistungen der AAPV und SAPV zum Tragen.

Ambulante palliativmedizinische Leistungen in der Regelversorgung (pall. RV) wurden durch die nachstehenden EBM-Ziffern erfasst.

Tab. 3

Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern der Palliativmedizinische Leistungen der ambulanten Regelversorgung

Ziffer	Beschreibung
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit
03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

© PMV 2019

Die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) wurden anhand KV-spezifischer Ziffern erfasst. Für die vorliegende Analyse der Patient*innen in der Region der KV Nordrhein wurden die folgenden Ziffern ausgewählt.

Tab. 4

**Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern zur AAPV in der Region der KV
Nordrhein**

Ziffer	Beschreibung
01410A	Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt
01411A	Dringender Besuch I, wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt
01412A	Dringender Besuch II / dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt
01413A	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
01415A	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt
92102	Zusätzliche Aufwandspauschale für Dringlichkeitsbesuche nach EBM Nrn. 01411,01412 oder 01415
92110	Koordination, Betreuung und Beratung des Patienten/der Angehörigen
92111	Zusätzliche Aufwandspauschale für die Hausbesuche nach EBM-Nr. 01410 oder 01413
92112	
92113	Pauschale für die telefonische Krankenhausüberleitung
92114	Zusätzliche Aufwandspauschale für das Konsilium am Bett des Kranken
92115	Bereitschaftspauschale QPA, nur abrechnungsfähig i.V. mit einer anderen Leistung d. Vertrages oder einer EBM Nr., max. 4x im KHF
92116	Telefonisches Konsil
92117	Koordinationspauschale für die Versorgungsregion, einmalig im KHF
92118	Konsil mit dem QPA oder weiteren Kooperationspartnern
92120	Mitteilung an den Koordinator, einmalig im KHF
92121	Erstellung und Versand der Erstdokumentation nach Anlage 3a
92122	Erstellung und Versand der Abschlussdokumentation nach Anlage 3b

© PMV 2019

Für die SAPV wird unterschieden zwischen Ziffern zur Erst- und Folgeverordnung, die Bestandteil des regulären EBM sind, sowie den KV-spezifischen Ziffern zu den Leistungen der SAPV in der Region -Nordrhein.

Tab. 5

Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern der SAPV-Verordnung (EBM)

Ziffer	Beschreibung
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V

© PMV 2019

Tab. 6**Schlüsseltabelle: Abrechnungsziffern zu SAPV Leistungen in der Region der KV Nordrhein**

Ziffer	Beschreibung
92150	Beratungsleistung: Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Patientin/Patient oder deren Angehörige)
92151	Beratungsleistung: Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer außerhalb des Palliative-Care-Teams
92153	Koordinationspauschale
92154	Assessmentpauschale
92155	Additiv unterstützende Teilversorgung
92157	Vollständige Versorgung

© PMV 2019

Im stationären Sektor erfolgt die Abrechnung palliativer Leistungen über zwei spezifische OPS-Codes. Zusätzlich berücksichtigt werden (teils alternativ zur Komplexbehandlung ansetzbare) palliative Einzelleistungen sowie Leistungen besonderer Einrichtungen (nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) und Tageskliniken.

Tab. 7

Schlüsseltabelle: OPS-Codes stationärer palliativmedizinischer Leistungen

Ziffer	Beschreibung
1-265.b	Elektrophysiologisch, Untersuchung, Herz, nach palliativer Therapie, bei angeborenem Herzfehler
1-774	Basisassessment (palliativmedizinisch, standardisiert)
5-459.2	Seit-zu-Seit-Ileotransversostomie, palliativ
5-460.22	Doppelläufig (Anus praeter, Anlegen, palliativ)
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-982.0	Bis zu 6 Behandlungstage
8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-982.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-982.3	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage
8-98e	Spez.stat.palliativmed.Komplexbehandlung-Palliativdienst
8-98e.0	Spez.stat.palliativmed.Komplexbehandlung, bis zu 6 Behandlungstage
8-98e.1	Spez.stat.palliativmed.Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-98e.2	Spez.stat.palliativmed.Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-98e.3	Spez.stat.palliativmed.Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage

© PMV 2019

Die palliativmedizinischen Leistungen im Krankenhaus können auch durch die Zusatzentgelte erhoben werden:

- ZE60 Zusatzentgelt palliativmedizinische Komplexbehandlung
- ZE 145 spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

Betreuung im Hospiz

Ein Hospizaufenthalt wird in den Daten der AOK Rheinland/Hamburg als „Sonstige Leistungen“ mit der Teilfallart T23A dokumentiert.

2.5

Datenaufbereitung & -auswertung

Alle Daten wurden in dem von der PMV forschungsgruppe entwickelten Softwarepaket *REX - Report Expert* aufbereitet. Ebenso erfolgen Häufigkeitsauswertungen in REX. Statistische Auswertungen erfolgen in R und SAS.

Die Verteilungen qualitativer Größen werden durch absolute und relative (%) Häufigkeiten beschrieben, die quantitativer Größen durch Mittelwert \pm Standardabweichung sowie durch Quantile.

Diagnosevalidierung

Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor finden sich ärztliche Diagnosen in den Abrechnungsdaten. Im Rahmen des Abrechnungsverfahrens werden diese dazu verwendet, die abgerechneten Leistungsziffern zu begründen. Die Dokumentation dieser Diagnosen zur Abrechnung erfolgt im ambulanten Sektor quartalsbezogen und im stationären Sektor fallbezogen, wobei hier zusätzlich nach Aufnahme- und Entlassungsdiagnose unterschieden wird.

Die Dokumentation der Abrechnungsdiagnose erfolgt nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10 GM).

Für die Diagnosedaten gilt ebenso wie für alle Routinedaten, dass sie primär zu Abrechnungszwecken erhoben wurden und deshalb für die Auswertung einer Validitätsprüfung unterzogen werden müssen. Hierbei wird eine externe Validierung, z.B. durch Vergleich mit den Aufzeichnungen des behandelnden Arztes oder durch eine unabhängige erneute medizinische Untersuchung, im Allgemeinen als Goldstandard bezeichnet, ist aber meist (wie auch im vorliegenden Fall) nicht möglich. Eine interne Validierung durch weitere Informationen aus demselben Datenbestand ist jedoch möglich (Schubert, Ihle, & Köster, 2010).

Für die im Kapitel 4.2.2 durchgeführten Auswertungen zu den Diagnosen der Versicherten wurden dabei folgende Diagnosen als valide angesehen:

- Stationäre Diagnosen, die einmalig als Hauptentlassungsdiagnose codiert wurden
- Ambulante Diagnosen, die zweimalig als Diagnose mit dem Status ‚gesichert‘ codiert wurden
- Ambulante Diagnosen, die einmalig als Diagnose mit dem Status ‚gesichert‘ codiert wurde in Kombination mit einer stationären Nebenentlassungsdiagnose

3.1**Fragestellungen**

Im ersten Auswertungsschritt wurde eine Reihe von Auswertungen zur Inanspruchnahme von SAPV und weiteren palliativen Leistungen gemacht. Diesen geht eine Beschreibung der Demografie der Studienpopulationen voran.

Bei den Auswertungen zur Inanspruchnahme standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche Anteile der Versicherten in der jeweiligen Studienpopulation nehmen verschiedene Arten palliativer Leistungen in Anspruch: Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung (pall. RV), AAPV-Leistungen (gemäß Abrechnungsziffern in der Region der KV-Nordrhein), SAPV-Leistungen (dito), sowie Palliativleistungen im Krankenhaus?
- Welche Aussagen können zur Verordnung von SAPV gemacht werden und welche Arztgruppen initiieren Verordnungen?
- Wann beginnen und enden die verschiedenen Arten von Palliativversorgung relativ zum Todesdatum und wie lange sind Versorgungsdauer und -intensität?
- Welche Behandlungsverläufe sind für Versicherte mit unterschiedlichen palliativen Leistungen nachweisbar?

3.2**Demografie der Studienpopulationen**

Der folgende Abschnitt beschreibt die demografischen Merkmale (Alter, Geschlecht) sowie die Mortalität der beiden Studienpopulationen, auch im Verhältnis zur Grundgesamtheit aller AOK-Versicherten in der Region Nordrhein. Ein eigener Abschnitt befasst sich außerdem mit den Versicherungszeiten der Populationsangehörigen mit Blick auf die folgende Auswertung zur Inanspruchnahme.

3.2.1**Versicherte im letzten Lebensjahr (Population LLJ)**

Unter Anwendung der Kriterien für die Studienpopulation wurden Versicherte (18 Jahre und älter) der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein identifiziert, die im Untersuchungszeitraum von 2014 bis 2016 verstorben sind. Die folgenden Tabellen zeigen die Alters- und Geschlechtsverteilung, sowie die Mortalitätsrate bezogen auf die Grundgesamtheit der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein.

Das Durchschnittsalter der Versicherte im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 lag bei 77,3 Jahren. Das jüngste Alter lag, bedingt durch die Aufgreifkriterien für die Population, bei 18 Jahren, während ein Höchstalter von 111 Jahren erreicht wurde. Das Durchschnittsalter der Frauen lag mit 80,9 Jahren über dem der Männer (73,4 Jahre).

Tab. 8 Altersstatistik aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016

Geschlecht	Mittelwert	Stand.-abw.	Alter (Quantile)						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Männer	73,4	13,2	18	49	65	76	83	91	105
Frauen	80,9	12,5	18	55	75	84	90	96	111
Gesamt	77,3	13,4	18	52	70	80	87	94	111

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Eine Aufteilung nach Altersgruppen zeigt, dass die Population in Richtung Hochaltrigkeit verschoben ist, mit insgesamt rund 75% in den Altersgruppen 70 Jahre und älter. 26,1% der Frauen fielen in die Gruppe 90 Jahre und älter, verglichen mit 7% der Männer.

Tab. 9 Altersstruktur aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	269	0,6	115	0,2	384	0,4
30-39	525	1,2	257	0,5	782	0,9
40-49	1.529	3,5	743	1,6	2.272	2,5
50-59	4.506	10,3	2.332	5,0	6.838	7,5
60-69	7.638	17,4	4.251	9,1	11.889	13,1
70-79	13.077	29,8	9.106	19,4	22.183	24,4
80-89	13.336	30,3	17.843	38,1	31.179	34,3
90+	3.062	7,0	12.208	26,1	15.270	16,8
Gesamt	43.942	100,0	46.855	100,0	90.797	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Betrachtet man die drei Jahre im Beobachtungszeitraum separat, ergeben sich sowohl in der Gesamtpopulation als auch für Frauen und Männer nur geringe Unterschiede über die Zeit.

Tab. 10 Altersstatistik aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 nach Jahren

Jahr	Geschlecht	Mittelwert	Stand.-abw.	Alter (Quantile)						
				Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
2014	Männer	73,2	13,1	18	49	65	76	83	90	105
	Frauen	80,8	12,7	18	55	75	84	90	96	111
	Gesamt	77,2	13,5	18	51	70	80	87	94	111
2015	Männer	73,5	13,3	18	49	65	76	83	91	104
	Frauen	81,0	12,5	18	56	76	84	90	96	109
	Gesamt	77,4	13,4	18	52	70	80	87	94	109
2016	Männer	73,5	13,2	18	49	65	76	83	91	104
	Frauen	80,9	12,5	18	56	76	84	90	96	110
	Gesamt	77,3	13,4	18	52	70	80	87	94	110

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tabellen mit der Altersstruktur getrennt nach Beobachtungsjahren finden sich im Anhang 5.1.

Die Verteilung nach Geschlecht liegt über alle Altersgruppen bei 51,6% Frauen und 48,4% Männern. Sie verschiebt sich von rund 30% Frauen und 70% Männern in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahre hin zu rund 80% Frauen und 20% Männer in der Altersgruppe 90+.

Tab. 11 Geschlechtsverteilung aller Versicherten im letzten Lebensjahr in den Jahren 2014 bis 2016 nach Alter

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	269	70,1	115	29,9	384	100,0
30-39	525	67,1	257	32,9	782	100,0
40-49	1.529	67,3	743	32,7	2.272	100,0
50-59	4.506	65,9	2.332	34,1	6.838	100,0
60-69	7.638	64,2	4.251	35,8	11.889	100,0
70-79	13.077	59,0	9.106	41,0	22.183	100,0
80-89	13.336	42,8	17.843	57,2	31.179	100,0
90+	3.062	20,1	12.208	79,9	15.270	100,0
Gesamt	43.942	48,4	46.855	51,6	90.797	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tabellen mit der Geschlechtsverteilung getrennt nach Beobachtungsjahren finden sich im Anhang 5.1.

Bezieht man die Zahlen der Verstorbenen pro Jahr auf die Anzahl der bei der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im selben Jahr Versicherten

ergibt sich die Mortalitätsrate, in der folgenden Tabelle gezeigt für das Jahr 2016.

Tab. 12 Mortalitätsrate im Jahr 2016 bezogen auf alle Versicherten (18 Jahre und älter)

Altersgruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %
18-29	94	206.504	0,05	28	188.930	0,01	122	395.434	0,03
30-39	170	161.217	0,11	98	156.977	0,06	268	318.194	0,08
40-49	491	169.318	0,29	240	159.023	0,15	731	328.341	0,22
50-59	1.552	188.708	0,82	778	174.528	0,45	2.330	363.236	0,64
60-69	2.681	123.194	2,18	1.461	130.066	1,12	4.142	253.260	1,64
70-79	4.181	85.828	4,87	2.863	109.651	2,61	7.044	195.479	3,60
80-89	4.675	42.089	11,11	6.045	77.863	7,76	10.720	119.952	8,94
90+	1.066	3.743	28,48	3.983	16.114	24,72	5.049	19.857	25,43
Gesamt	14.910	980.601	1,52	15.496	1.013.152	1,53	30.406	1.993.753	1,53

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Insgesamt lag die Mortalität bei den hier betrachteten Versicherten (18 Jahre und älter) im Jahr 2016 bei 1,53%, mit nur minimaler Abweichung zwischen Männern und Frauen. In der Betrachtung nach Altersgruppen ergibt sich durchgängig eine höhere Mortalität unter den Männern im Vergleich zu den Frauen.

Vergleicht man die Mortalitätsrate über die drei Jahre des Beobachtungszeitraumes, ergeben sich gewisse Schwankungen sowohl für die Gesamtgruppe als auch nach Geschlecht betrachtet. Im Jahr 2014 lag die Mortalität der Population bei 1,51%, im Jahr 2015 bei 1,59%.

Tab. 13 Mortalitätsrate bezogen auf alle Versicherten (18 Jahre und älter) in allen Jahren im Vergleich

Jahr	Männer			Frauen			Gesamt		
	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %
2014	14.019	938.831	1,49	15.238	994.067	1,53	29.257	1.932.898	1,51
2015	15.013	955.766	1,57	16.121	1.001.564	1,61	31.134	1.957.330	1,59
2016	14.910	980.601	1,52	15.496	1.013.152	1,53	30.406	1.993.753	1,53

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Vergleicht man die Mortalitätsraten der Studienpopulation mit den allgemeinen Raten für Deutschland, Nordrhein-Westfalen und die Region Nordrhein (Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf) fällt auf, dass die allgemeinen Raten in allen drei Jahren etwas niedriger sind. Wegen Einschränkungen bei der Bildung von Altersgruppen in den Eurostatdaten beziehen sich diese Mortalitätsraten auf Menschen 20 Jahre und älter.

So schwankt die allgemeine Mortalität der Menschen 20 Jahre und älter in Deutschland zwischen 1,31 und 1,39% in den drei Jahren, zwischen 1,35 und 1,42% in Nordrhein-Westfalen und zwischen 1,32 und 1,4% in der Region Nordrhein.

Tab. 14 Allgemeine Mortalitätsraten für Menschen 20 Jahre und älter in den Jahren 2014 bis 2016

Region	Verstorbene			Einwohner			Mortalität		
	2014 n	2015 n	2016 n	2014 n	2015 n	2016 n	2014 %	2015 %	2016 %
Deutschland	864.172	920.771	906.111	66.084.534	66.444.026	67.104.594	1,31	1,39	1,35
Nordrhein-Westfalen	191.893	203.275	201.087	14.264.707	14.333.816	14.493.966	1,35	1,42	1,39
Region Nordrhein	101.682	107.820	106.089	7.678.101	7.723.313	7.810.671	1,32	1,40	1,36

Quelle: Eurostat, Sterbefälle nach Altersgruppen und NUTS 3 Regionen, Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppen und NUTS 3 Regionen. Mortalität: eigene Berechnung. © PMV 2019

3.2.2 Gesamt der prävalenten Palliativpatient*innen (Studienpopulation GPP)

Als zweite Studienpopulation wurde alle Versicherten (18 Jahre und älter) der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein gewählt, die in den Jahren 2014 bis 2016 mindestens eine dokumentierte Palliativleistung (alle Leistungsbereiche, auch außerhalb von AAPV und SAPV) in Anspruch genommen haben.

Die folgenden Tabellen zeigen die Alters- und Geschlechtsverteilung, sowie den Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen an der Grundgesamtheit der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein (18 Jahre und älter).

Da es sich um prävalente Palliativpatient*innen des jeweiligen Jahres handelt, sind über die Jahre Mehrfachnennungen möglich, d.h., ein Versicherter kann in mehr als einem Jahr als prävalenter Patient gezählt werden.

Die Population der prävalenten Palliativpatient*innen ist im Durchschnitt etwas jünger als die der Versicherten im letzten Lebensjahr, zeigt aber insgesamt eine ähnliche Altersverteilung. Über die drei Jahre des Beobachtungszeitraumes ergeben sich wenige Veränderungen.

Tab. 15 **Statistische Deskription der prävalenten Palliativpatient*innen in den Jahren 2014 bis 2016**

Jahr	Geschlecht	Mittelwert	Stand.-abw.	Alter (Quantile)						
				Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
2014	Männer	72,2	12,8	18	49	64	75	81	90	102
	Frauen	77,8	13,9	18	51	71	81	88	95	108
	Gesamt	75,3	13,7	18	50	67	78	85	94	108
2015	Männer	73,0	12,5	18	50	65	75	82	90	103
	Frauen	78,2	13,8	18	51	71	81	88	95	109
	Gesamt	75,9	13,5	18	51	67	78	86	94	109
2016	Männer	73,1	12,6	18	51	65	76	82	90	104
	Frauen	78,2	13,9	18	51	71	81	88	95	110
	Gesamt	75,9	13,6	18	51	67	79	86	94	110

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP). N = 40.279. © PMV 2019

Die Ausdifferenzierung nach Altersgruppen zeigt wieder eine deutliche Verschiebung zur Hochaltrigkeit, mit mehr als 70% in den Altersgruppen 70 und älter.

Tab. 16 **Altersstruktur aller prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2016 nach Geschlecht**

Altersgruppe	Männer		2016 Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	43	0,5	43	0,4	86	0,5
30-39	57	0,7	94	0,9	151	0,8
40-49	240	3,0	266	2,7	506	2,8
50-59	813	10,3	730	7,4	1.543	8,7
60-69	1.602	20,3	1.228	12,4	2.830	15,9
70-79	2.336	29,5	2.020	20,4	4.356	24,5
80-89	2.365	29,9	3.434	34,7	5.799	32,6
90+	450	5,7	2.094	21,1	2.544	14,3
Gesamt	7.906	100,0	9.909	100,0	17.815	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2016 (GPP2016). N = 17.815. © PMV 2019

Tabellen mit der Altersverteilung für die Beobachtungsjahre 2014 und 2015 finden sich im Anhang 5.1.

Der Anteil an Frauen ist mit 55,6% insgesamt etwas höher als in der Population LLJ (51,6%), was sich insbesondere in den jüngeren Altersgruppen zeigt.

Tab. 17 Geschlechtsverteilung der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2016 nach Alter

Altersgruppe	2016					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	43	50,0	43	50,0	86	100,0
30-39	57	37,7	94	62,3	151	100,0
40-49	240	47,4	266	52,6	506	100,0
50-59	813	52,7	730	47,3	1.543	100,0
60-69	1.602	56,6	1.228	43,4	2.830	100,0
70-79	2.336	53,6	2.020	46,4	4.356	100,0
80-89	2.365	40,8	3.434	59,2	5.799	100,0
90+	450	17,7	2.094	82,3	2.544	100,0
Gesamt	7.906	44,4	9.909	55,6	17.815	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2016 (GPP2016). N = 17.815. © PMV 2019

Tabellen mit der Geschlechtsverteilung für die Beobachtungsjahre 2014 und 2015 finden sich im Anhang 5.1.

Im Jahr 2016 machten die Palliativpatient*innen 0,89% der Gesamtzahl der Versicherten 18 Jahre und älter der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein aus, wobei der Anteil der Frauen mit 0,98% höher lag als der der Männer mit 0,81%. Insgesamt erhielten knapp 3,8% der Versicherten im Alter von 70 Jahren oder mehr Palliativleistungen.

Tab. 18 Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2016 bezogen auf alle Versicherten

Altersgruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
	Palliativpat.	Versicherte	Anteil	Palliativpat.	Versicherte	Anteil	Palliativpat.	Versicherte	Anteil
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
18-29	43	206.504	0,02	43	188.930	0,02	86	395.434	0,02
30-39	57	161.217	0,04	94	156.977	0,06	151	318.194	0,05
40-49	240	169.318	0,14	266	159.023	0,17	506	328.341	0,15
50-59	813	188.708	0,43	730	174.528	0,42	1.543	363.236	0,42
60-69	1.602	123.194	1,30	1.228	130.066	0,94	2.830	253.260	1,12
70-79	2.336	85.828	2,72	2.020	109.651	1,84	4.356	195.479	2,23
80-89	2.365	42.089	5,62	3.434	77.863	4,41	5.799	119.952	4,83
90+	450	3.743	12,02	2.094	16.114	12,99	2.544	19.857	12,81
Gesamt	7.906	980.601	0,81	9.909	1.013.152	0,98	17.815	1.993.753	0,89

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2016 (GPP2016). N = 17.815. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Tabellen mit den Anteilen für die Beobachtungsjahre 2014 und 2015 finden sich im Anhang 5.1.

3.2.3 Studienpopulationen nach durchgängiger Versicherungszeit

Mit zunehmender Versicherungsdauer reduziert sich die Anzahl der Versicherten in der Population der Versicherten im letzten Lebensjahr, d.h., ein Teil der Versicherten war im entsprechenden Zeitraum vor dem Endzeitpunkt nicht durchgängig versichert und kann deswegen für die Auswertung nicht berücksichtigt werden.

Bei einem Versicherungszeitraum von einem Jahr vor Tod reduziert sich die Population auf 98,6%, bei zwei Jahren auf knapp 97% und bei drei Jahren auf knapp 94%. Der Effekt ist stark vom Alter abhängig, wobei jüngere Versicherte deutlich häufiger betroffen sind. Mögliche Gründe liegen im Wechsel der Versicherung zum Berufseintritt, im Wechsel des Versicherungsstatus von Familienversichertem zu Mitglied, aber auch in einer höheren Wechselbereitschaft jüngerer Versicherter.

Tab. 19 Studienpopulation LLJ nach durchgängigen Versicherungszeiten

Altersgruppe	Verstorbene im Zeitraum 2014-2016 N	Davon durchgängig versichert					
		364 Tage		728 Tage		1092 Tage	
		N	%	N	%	N	%
18-29	384	317	82,55	274	71,35	205	53,39
30-39	782	629	80,43	543	69,44	433	55,37
40-49	2.272	2.052	90,32	1.860	81,87	1.593	70,11
50-59	6.838	6.512	95,23	6.113	89,40	5.400	78,97
60-69	11.889	11.625	97,78	11.170	93,95	10.116	85,09
70-79	22.183	22.078	99,53	21.941	98,91	21.707	97,85
80-89	31.179	31.075	99,67	30.955	99,28	30.788	98,75
90+	15.270	15.237	99,78	15.203	99,56	15.147	99,19
Gesamt	90.797	89.525	98,60	88.059	96,98	85.389	94,04

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Ähnliches ist auch für die Angehörigen der Population GPP zu beobachten, wobei insgesamt ein etwas geringerer Anteil an Versicherten durch das Kriterium des durchgängigen Versichertenstatus ausgeschlossen wird. Für die Population der im Jahr 2016 prävalenten Palliativpatient*innen reduziert sich die Population auf knapp 99% bei einem Jahr durchgängiger Versicherung, auf knapp 98% bei zwei Jahren und auf etwa 97% bei drei Jahren.

Tab. 20

Studienpopulation GPP (2016) nach durchgängigen Versicherungszeiten

Altersgruppe	Prävalente Palliativpatienten n	Davon durchgängig versichert					
		364 Tage		728 Tage		1092 Tage	
		n	%	n	%	n	%
18-29	86	79	91,86	74	86,05	64	74,42
30-39	151	143	94,70	135	89,40	130	86,09
40-49	506	472	93,28	445	87,94	428	84,58
50-59	1.543	1.498	97,08	1.452	94,10	1.409	91,32
60-69	2.830	2.783	98,34	2.750	97,17	2.717	96,01
70-79	4.356	4.339	99,61	4.318	99,13	4.298	98,67
80-89	5.799	5.778	99,64	5.756	99,26	5.739	98,97
90+	2.544	2.542	99,92	2.537	99,72	2.533	99,57
Gesamt	17.815	17.634	98,98	17.467	98,05	17.318	97,21

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP). N = 40.279. © PMV 2019

3.3

Überblick: Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme palliativer Leistungen für beide Studienpopulationen. Dabei werden insbesondere die Anzahl an Patient*innen, der Anteil an der jeweiligen Population und Veränderungen über Zeit betrachtet.

Wie in Abschnitt 2.4 beschrieben, wird nach fünf Arten von Palliativleistungen unterschieden:

- Palliative Leistungen der ambulanten Regelversorgung
- Leistungen der AAPV (gemäß Abrechnungsziffern in der Region der KV Nordrhein)
- Erst- und Folgeverordnungen der SAPV
- Leistungen der SAPV (gemäß Abrechnungsziffern in der Region der KV Nordrhein)
- Palliative Leistungen im Krankenhaus

3.3.1

Inanspruchnahme bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ)

Von den in den Jahren 2014 bis 2016 Verstorbenen haben insgesamt 30,6% Leistungen aus mindestens einem dieser Bereiche in Anspruch genommen. Am häufigsten waren dies Leistungen der AAPV (14,2% der Verstorbenen), gefolgt von Leistungen der ambulanten Regelversorgung (13,6%), Krankenhausleistungen (6,6%) und SAPV Leistungen (6,1%).

Tab. 21 **Versicherte (LLJ) mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen im letzten Lebensjahr nach Art der Leistung**

Leistungsart	n	N	%
Palliative Leistungen amb. Regelversorgung	12.134	89.525	13,6
Leistungen der AAPV	12.673	89.525	14,2
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	3.775	89.525	4,2
Leistungen der SAPV	5.449	89.525	6,1
Palliative Leistungen im Krankenhaus	5.872	89.525	6,6
Leistung aus mindestens einem Bereich	27.397	89.525	30,6

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Über die drei Jahre des Beobachtungszeitraumes hinweg schwankt der Anteil derer, die mindestens eine Palliativleistung in Anspruch genommen haben, leicht aber ohne erkennbaren Trend (von 29,6% bis 32,1%). Hingegen zeigt sich sowohl bei der SAPV als auch bei den Krankenhausleistungen ein Anstieg in der Zahl der Versicherten über Zeit. Der Anteil der Verstorbenen, die im letzten Lebensjahr SAPV Leistungen erhielten, stieg von 5,1% im Jahr 2014 auf 7,1% im Jahr 2016. Im Krankenhausbereich zeigt sich ein Anstieg von 6,3% auf 7,0%. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil von Patient*innen mit Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung von 15,7% auf 11,7%.

Ein Verlagerungseffekt lässt sich auf Grundlage dieser Daten nicht sicher nachweisen, wäre aber für die SAPV prinzipiell plausibel, da Hausärzte nach den bestehenden Abrechnungsregeln für Patient*innen, die SAPV erhalten, in dieser Zeit keine ambulanten Palliativleistungen abrechnen können.

Tab. 22 **Versicherte (LLJ) mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen im letzten Lebensjahr nach Art der Leistung und Beobachtungsjahren**

Leistungsart	2014			2015			2016		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Palliative Leistungen amb. Regelversorgung	4.545	28.858	15,7	4.085	30.661	13,3	3.504	30.006	11,7
Leistungen der AAPV	4.320	28.858	15,0	4.133	30.661	13,5	4.220	30.006	14,1
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	998	28.858	3,5	1.273	30.661	4,2	1.504	30.006	5,0
Leistungen der SAPV	1.476	28.858	5,1	1.847	30.661	6,0	2.126	30.006	7,1
Palliative Leistungen im Krankenhaus	1.829	28.858	6,3	1.948	30.661	6,4	2.095	30.006	7,0
Leistung aus mindestens einem Bereich	9.252	28.858	32,1	9.079	30.661	29,6	9.066	30.006	30,2

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Betrachtet man bei den Verstorbenen die letzten drei Jahre vor dem Lebensende, steigt die Inanspruchnahme leicht an, wie in der folgenden Tabelle für die Verstorbenen des Jahres 2016 zu sehen. Verglichen mit der einjährigen

Rückbeobachtung für Verstorbene des Jahres 2016 in der vorhergehenden Tabelle sind insbesondere die Inanspruchnahme von Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung und von AAPV Leistungen erhöht. Dies kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass Behandlungsperioden für diese Leistungsarten früher beginnen können als ein Jahr vor Lebensende. Diese Annahme wird durch die genauere Untersuchung von Behandlungsbeginn und –dauer in Abschnitt 3.6 weiter unten unterstützt.

Tab. 23 **Versicherte (LLJ) des Jahres 2016 mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen in den letzten drei Lebensjahren nach Art der Leistung**

Leistungsart	n	N	%
Palliative Leistungen amb. Regelversorgung	3.925	29.524	13,3
Leistungen der AAPV	4.364	29.524	14,8
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	1.506	29.524	5,1
Leistungen der SAPV	2.106	29.524	7,1
Palliative Leistungen im Krankenhaus	2.094	29.524	7,1
Leistung aus mindestens einem Bereich	9.348	29.524	31,7

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524. © PMV 2019

3.3.2 Inanspruchnahme bei prävalenten Palliativpatient*innen (GPP)

Bezogen auf die prävalenten Palliativpatient*innen der drei Beobachtungsjahre ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die Population der Verstorbenen. Unterschiede bestehen lediglich darin, dass Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung etwas häufiger in Anspruch genommen werden, als Leistungen der AAPV (im Umkehr zur anderen Population), wobei beide Leistungsarten auch hier mit Abstand die häufigsten sind. Es folgen Palliativleistungen im Krankenhaus und die SAPV. Ebenfalls sichtbar sind eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme von SAPV von 12,6% im Jahr 2014 auf 15,7% im Jahr 2016, sowie eine Abnahme bei der Regelversorgung von 55,9% auf 47,5%. Hinweis: Da die Population aus prävalenten Palliativpatient*innen gebildet ist, ist der Anteil von Personen mit Inanspruchnahme von Leistungen aus mindestens einem Bereich notwendigerweise 100%.

Tab. 24

Prävalente Palliativpatient*innen (GPP) mit Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen nach Art der Leistung und Beobachtungsjahren

Leistungsart	2014			2015			2016		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Palliative Leistungen amb. Regelversorgung	10.382	18.495	56,1	9.427	18.045	52,2	8.371	17.634	47,5
Leistungen der AAPV	8.907	18.495	48,2	8.767	18.045	48,6	8.475	17.634	48,1
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	1.660	18.495	9,0	1.989	18.045	11,0	2.111	17.634	12,0
Leistungen der SAPV	2.251	18.495	12,2	2.646	18.045	14,7	2.741	17.634	15,5
Palliative Leistungen im Krankenhaus	2.618	18.495	14,2	2.669	18.045	14,8	2.534	17.634	14,4
Leistung aus mindestens einem Bereich	18.495	18.495	100,0	18.045	18.045	100,0	17.634	17.634	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP), durchgängig versichert im jeweiligen Jahr bzw. ein Jahr vor Lebensende (GPP-DV364). N = 39.811.

3.3.3 Inanspruchnahme bezogen auf alle Versicherten

Insgesamt haben in den Jahren 2014 bis 2016 pro Jahr zwischen 0,88% und 0,96% der Versicherten der AOK Rheinland / Hamburg in der Region Nordrhein Palliativleistungen aus einem der untersuchten Bereiche in Anspruch genommen.

Tab. 25

Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen nach Art der Leistung bezogen auf alle Versicherten nach Beobachtungsjahr

Leistungsart	2014			2015			2016		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Palliative Leistungen amb. Regelversorgung	10.382	932.898	0,54	9.427	957.330	0,48	8.371	993.753	0,42
Leistungen der AAPV	8.907	932.898	0,46	8.767	957.330	0,45	8.475	993.753	0,43
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	1.660	932.898	0,09	1.989	957.330	0,10	2.111	993.753	0,11
Leistungen der SAPV	2.251	932.898	0,12	2.646	957.330	0,14	2.741	993.753	0,14
Palliative Leistungen im Krankenhaus	2.618	932.898	0,14	2.669	957.330	0,14	2.534	993.753	0,13
Leistung aus mindestens einem Bereich	18.495	932.898	0,96	18.045	957.330	0,92	17.634	993.753	0,88

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP), durchgängig versichert im jeweiligen Jahr bzw. ein Jahr vor Lebensende (GPP-DV364). N = 39.811. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

3.4 Verordnung von SAPV

Gemäß SAPV-Richtlinie erfolgt die Verordnung von SAPV Leistungen durch den behandelnden Vertragsarzt. Abweichend davon ist im Falle einer Krankenhausentlassung auch eine Verordnung durch einen Krankenhausarzt möglich, allerdings nur für einen Zeitraum von maximal 7 Tagen. Im Anschluss daran muss eine Verordnung durch einen Vertragsarzt erfolgen.

Seit dem 01.04.2011 gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zwei eigene Ziffern zur Erst- bzw. Folgeverordnung, über die Vertragsärzte eine Vergütung für die Verordnung erhalten. Die Ziffer 01425 ist der Erstverordnung zugeordnet und kann einmalig im Krankheitsfall verwendet werden. Die Ziffer

01426 ist der Folgeverordnung zugeordnet und kann höchstens zweimal pro Behandlungsfall bzw. Quartal verwendet werden.

Über diese beiden Ziffern ist eine Auswertung der SAPV-Verordnung auf Grundlage der Routinedaten möglich. Für die Population LLJ finden sich im Jahr 2014 entsprechende Erst- oder Folgeverordnungen bei 3,5% der in diesem Jahr Verstorbenen, im Jahr 2015 bei 4,2% und im Jahr 2016 bei 5,0%.

Dabei fällt auf, dass die Anzahl der Patient*innen mit Verordnung niedriger ist als die Anzahl der Patient*innen mit Leistung. Dies ist auf Grund der vorliegenden Daten zumindest zu einem Teil mit Fällen zu erklären, in denen der Patient nach Krankenhausaufenthalt SAPV-Leistungen erhält und dann innerhalb 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verstirbt. Damit liegt der Todesfall vor Ende der siebentägigen Frist, nach der eine Verordnung der SAPV durch den Vertragsarzt erfolgen müsste und es kann von einer Verordnung durch das Krankenhaus ausgegangen werden. Die restliche Diskrepanz zwischen Verordnungen und Inanspruchnahme kann auf Grundlage dieser Daten nicht erklärt werden.

Tab. 26 Verordnung und Erbringung von SAPV-Leistungen bei Patient*innen (LLJ) der Jahre 2014 bis 2016

Leistungsart	2014			2015			2016		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
SAPV Erst- oder Folgeverordnungen	998	28.858	3,5	1.273	30.661	4,2	1.504	30.006	5,0
Leistungen der SAPV	1.476	28.858	5,1	1.847	30.661	6,0	2.126	30.006	7,1
davon: SAPV und Tod 7 Tage nach KH-Entlassung	235	28.858	0,8	314	30.661	1,0	357	30.006	1,2

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Im Durchschnitt liegen zwischen einer SAPV-Verordnung und der ersten Versorgung 1,1 Tage (Tab. 27), bei einer Standardabweichung von 3,1 Tagen und einem Median von 0 Tagen.

Tab. 27 Zeitlicher Abstand zwischen SAPV-Verordnung und erster Leistung

Kennzahl	Wert
Mittelwert	1,1
Standardabweichung	3,1
Median	0,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Über die zusammen mit der Verordnungsziffer übermittelte (in den vorliegenden Daten pseudonymisierte) Lebenslange Arztnummer (LANR) und den darin

enthaltenen Arztgruppenschlüssel sind Auswertungen zu den Fachgruppen der verordnenden Ärzte möglich. Dafür wurden diejenigen Fachgruppen, für die eine Verordnung von SAPV-Leistungen nicht plausibel ist (z.B. Augenheilkunde), nicht ausgewertet. Eine Liste der Fachgruppen mit der Eingruppierung als plausible SAPV-Verordner findet sich in Tab. 91 im Anhang.

Tab. 28 zeigt, wie sich die SAPV-Verordnungen der Jahre 2014 bis 2016 auf die Fachgruppen verteilen. Insgesamt sind 17 der 37 als plausibel eingestuften Fachgruppen vertreten. Erwartungsgemäß kommen knapp 90% der Verordnungen aus dem hausärztlichen Bereich. Weitere 6,3% entfallen auf die Hämatologie bzw. Onkologie. Die verbleibenden Verordnungen verteilen sich auf verschiedene Facharztgruppen.

Tab. 28 Verordnende Arztgruppe für die SAPV bei Patient*innen (LLJ) der Jahre 2014 bis 2016

Fachgruppe	n	%
Allgemeinmedizin	1.984	50,3
hausärztlicher Praktischer Arzt/Arzt ohne Facharzt-Weiterbildung	311	7,9
hausärztliche Innere Medizin	1.267	32,1
Anästhesiologie	34	0,9
Frauenheilkunde	16	0,4
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2	0,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	0,0
fachärztliche Innere Medizin	18	0,5
Gastroenterologie	9	0,2
Hämatologie/Onkologie	247	6,3
Kardiologie	2	0,1
Nephrologie	11	0,3
Pneumologie	3	0,1
Rheumatologie (der Inneren Medizin)	1	0,0
hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin	1	0,0
Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	2	0,1
Urologie	39	1,0
Gesamt	3.948	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Insgesamt erhielten die Versicherten in der Population im letzten Lebensjahr ambulante Leistungen (auch nicht-palliative Leistungen) von knapp 16.000 Leistungserbringern der ausgewerteten Fachgruppen. Die Auswertung in Tab. 29 zeigt, dass von diesen ärztlichen Leistungserbringern insgesamt knapp 89% keine SAPV-Verordnung in den Jahren 2015 bis 2016 ausgestellt hat. Knapp 8% stellten 1-2 Verordnungen, 2,5% 3-5 Verordnungen und etwas mehr als 1% 6 oder mehr Verordnungen.

Eine Aufteilung nach Fachbereichen zeigt, dass hausärztliche Leistungserbringer zu etwa 19% Verordnungen ausstellten, wovon knapp 13% auf 1-2 Verordnungen, 4% auf 3-5 Verordnungen und knapp 2% auf 6 oder mehr Verordnungen entfallen. Von den 191 Hämatolog*innen und Onkolog*innen verordneten etwas mehr als 25% SAPV und rund 9% sechs Mal oder häufiger. In den restlichen Fachgruppen finden sich keine Verordnungen bei nahezu 99% der Leistungserbringer.

Tab. 29

Ärztliche Leistungserbringer der in den Jahren 2014 bis 2016 Verstorbenen mit und ohne SAPV-Verordnungen

Anzahl Verordnungen pro ärztl. LE	Hausärztliche LE		Hämatologie / Onkologie		Sonstige Fachgruppen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keine Verordnung	7.278	81,3	142	74,3	6.819	98,9	14.239	88,8
1-2 Verordnungen	1.149	12,8	18	9,4	54	0,8	1.221	7,6
3-5 Verordnungen	366	4,1	13	6,8	15	0,2	394	2,5
6-10 Verordnungen	102	1,1	10	5,2	6	0,1	118	0,7
11-15 Verordnungen	23	0,3	2	1,0	1	0,0	26	0,2
16 oder mehr Verordnungen	29	0,3	6	3,1	2	0,0	37	0,2
Gesamt	8.947	100,0	191	100,0	6.897	100,0	16.035	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Die Daten ermöglichen für ärztliche Leistungserbringer eine Auswertung nach geografischen Einheiten, in diesem Fall Kreise (NUTS-3-Ebene). Tab. 30 unten zeigt zunächst für jeden der 26 Kreise in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf (entsprechen der Auswertungsregion Nordrhein) die Anzahl der ärztlichen Leistungserbringer im ambulanten Sektor, die Leistungen für die Angehörigen der Studienpopulation erbracht haben. Insgesamt handelt es sich dabei um 13.344 Leistungserbringer. Durch die geografische Einschränkung ist diese Zahl geringer als die Gesamtzahl der Leistungserbringer in Tab. 29, die auch Ärzt*innen mit Praxissitz außerhalb von Nordrhein umfasst.

In den nächsten beiden Spalten ist die Anzahl der Leistungserbringer (LE) pro Kreis gezeigt, die im Beobachtungszeitraum SAPV verordnet haben, sowie deren Anteil an allen LE. Hier liegt der durchschnittliche Anteil bei 13,3%, mit einem Minimum von 0,9% im Oberbergischen Kreis und einem Maximum von 30,4% in Mettmann. Relativ hohe Anteile von SAPV-verordnenden Leistungserbringern finden sich auch in Viersen (27,3%), Kleve (21,3%), Aachen (18,2%) und Wuppertal (18,1%). Relativ niedrige Anteile ergeben sich weiterhin in Remscheid (1,2%), Mühlheim an der Ruhr (2,8%), Euskirchen (3,2%) und dem Rhein-Kreis Neuss (4,2%). Ein Vergleich mit der Besiedlungsdichte der Kreise (Kreistyp) zeigt kein dominantes Muster. Es finden sich Kreise beider Typs bei Kreisen sowohl mitunter- als auch mit überdurchschnittlichen Verordnungsraten.

Die beiden nächsten Spalten zeigen eine Auszählung der ambulanten ärztlichen Leistungserbringer, die selbst palliative Leistungen erbringen. Hier sind palliative Leistungen der ambulanten Regelversorgung sowie der AAPV erfasst. Eine Zuordnung von SAPV-Leistungen zu den Ärzten der jeweiligen SAPV-Teams ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich. Im Durchschnitt erbringen 31,2% der LE palliative Leistungen, mit einem Maximum von 47,5% in Kleve und einem Minimum von 21,2% in Bonn. Hohe Anteile finden sich auch noch in Viersen (43,9%), Heinsberg (43,3%), Euskirchen (42,7%), dem Oberbergischen Kreis (42,5%) und Düren (42%). Relativ niedrige Anteile weisen außerdem Düsseldorf (23,7%), Köln (24,6%), Duisburg (24,9%) und Wuppertal (26,4%) auf. Bzgl. der Besiedlungsdichte zeigt sich hier, dass fast alle Kreise über dem Durchschnitt dem verdichteten Umland zuzuordnen sind. Lediglich die Kernstädte Oberhausen Mettmann liegen ebenfalls über dem Durchschnitt, wobei der städtische Teil der Städteregion Aachen vermutlich auch den Lernstädten zugeschlagen werden kann. Umgekehrt sind alle Kreise unter dem Durchschnitt Kernstädte.

Ein klarer Zusammenhang zwischen SAPV-Verordnung und der Erbringung palliativer Leistung auf Kreisebene ist nicht sichtbar. Es finden sich sowohl Kreise, die in beiden Bereichen über (z.B. Kleve und Viersen) bzw. unter (z.B. Bonn und Krefeld) dem Durchschnitt liegen, als auch solche, die in einem Bereich höher und im anderen niedriger abschneiden (z.B. Wuppertal und Euskirchen). Aus diesen Ergebnissen ergeben sich zunächst keine Hinweise auf eine regionale Verlagerung von palliativer Regelversorgung und AAPV hin zu SAPV oder auf eine regional allgemein stärkere Ausrichtung hin zu palliativer Versorgung. Denkbar wäre eine noch kleinräumigere Abhängigkeit von einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen, die verstärkt auf palliative Versorgung setzen. Dies kann aber im Rahmen der vorliegenden Studie nicht ausgewertet werden. Hierzu wäre weitergehende Forschung zu geografischen Zusammenhängen notwendig, die beispielsweise kleinräumiger vorgehen oder über eine genauere geografische Zuordnung von Patient*innen auswerten.

Tab. 30

Anteil ärztliche Leistungserbringer der in den Jahren 2014 bis 2016 Verstorbenen mit SAPV-Verordnungen am Gesamt nach Kreisen

Kreis	Ärztl. LE in Pop. (Gesamt) n	Ärztliche Leistungserbringer, die... SAPV verordnen		pall. Leistungen er- bringen (nicht SAPV)		Kreistyp
		n	%	n	%	
Düsseldorf	1.023	123	12,0	242	23,7	Kernstädte
Duisburg	587	84	14,3	146	24,9	Kernstädte
Essen	773	100	12,9	213	27,6	Kernstädte
Krefeld	412	34	8,3	124	30,1	Kernstädte
Mönchengladbach	432	52	12,0	131	30,3	Kernstädte
Mülheim an der Ruhr	216	6	2,8	62	28,7	Kernstädte
Oberhausen	256	13	5,1	87	34,0	Kernstädte
Remscheid	172	2	1,2	57	33,1	Kernstädte
Solingen	275	42	15,3	74	26,9	Kernstädte
Wuppertal	546	99	18,1	144	26,4	Kernstädte
Kleve	314	67	21,3	149	47,5	Verdichtetes Umland
Mettmann	585	178	30,4	191	32,6	Verdichtetes Umland
Rhein-Kreis Neuss	575	24	4,2	205	35,7	Verdichtetes Umland
Viersen	355	97	27,3	156	43,9	Verdichtetes Umland
Wesel	539	36	6,7	171	31,7	Verdichtetes Umland
Bonn	613	59	9,6	130	21,2	Kernstädte
Köln	1.623	225	13,9	399	24,6	Kernstädte
Leverkusen	289	43	14,9	82	28,4	Kernstädte
Städteregion Aachen	853	155	18,2	288	33,8	Verdichtetes Umland
Düren	374	43	11,5	157	42,0	Verdichtetes Umland
Rhein-Erft-Kreis	610	108	17,7	212	34,8	Verdichtetes Umland
Euskirchen	248	8	3,2	106	42,7	Verdichtetes Umland
Heinsberg	307	52	16,9	133	43,3	Verdichtetes Umland
Oberbergischer Kreis	327	3	0,9	139	42,5	Verdichtetes Umland
Rheinisch-Bergischer Kreis	325	50	15,4	116	35,7	Verdichtetes Umland
Rhein-Sieg-Kreis	715	77	10,8	252	35,2	Verdichtetes Umland
Gesamt/Durchschnitt	13.344	1.780	13,3	4.166	31,2	

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

3.5

Beginn, Dauer, Ende und Intensität der Palliativversorgung

Eine zentrale Fragestellung der Palliativversorgung dreht sich um den Beginn der Versorgung im Verhältnis zum Todesdatum. Der zeitliche Abstand dient zum einen als Indikator für die Rechtzeitigkeit der Versorgung, insbesondere im Übergang von kurativer zu palliativer Versorgung. Gleichzeitig ist der zeitliche Abstand gerade im Falle der SAPV aber auch ein Kriterium für die Anerkennung des Versorgungsbedarfs durch die Kostenträger, da die SAPV-Richtlinie unter anderem eine Lebenserwartung, die „auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist“ als Kriterium für einen prinzipiellen Anspruch auf SAPV nennt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2007).

Auf Grundlage der vorliegenden Routinedaten ist eine tagesgenaue Auswertung des Beginns, der Dauer und des Endes von Palliativversorgung möglich. Sowohl die für die ambulanten Versorgungsarten (einschl. AAPV und SAPV) verwendeten EBM-Ziffern als auch die OPS-Ziffern der Palliativversorgung im Krankenhaus sowie die zugehörigen Krankenhausaufenthalte sind jeweils mit dem vollständigen Datum der Leistungserbringung (Tag, Monat, Jahr) versehen, das sich zu den ebenso tagesgenau vorliegenden Todesdaten der Versicherten in Bezug setzen lässt.

Für die vorliegende Auswertung wurden versichertenindividuelle Leistungsperioden gebildet, die jeweils zusammenhängende Phasen palliativer Versorgung einer Art (z.B. SAPV) umfassen. Dabei wurden für die Zusammenfassung von Leistungen der ambulanten Versorgungsarten folgende Schwellenwerte gewählt, um die Perioden zu bilden:

- Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung: Abstand \geq 35 Tage
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV): Abstand \geq 14 Tage
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Abstand \geq 7 Tage

Das bedeutet, dass immer dann vom Beginn einer neuen Leistungsperiode ausgegangen wird, wenn zwei Leistungen der gleichen Art bei einem Patient*innen weiter als der Schwellenwert auseinanderliegen. Bei den Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung und der AAPV entspricht der Schwellenwert dem 75% Quantil der empirischen Abstände in der untersuchten Population. Für die SAPV liegt das 75% Quantil bei 1 Tag, so dass ein größerer Abstand gewählt wurde, um auch Versorgung mit kürzeren Unterbrechungen einer Periode zuzuordnen. Für die Palliativversorgung im Krankenhaus sind die Perioden identisch mit dem zugehörigen Krankenhausaufenthalt.

Für jede Leistungsperiode lassen sich dann Beginn und Ende im Verhältnis zum Todesdatum sowie die Dauer berechnen. Außerdem kann die Intensität der Versorgung abgeschätzt werden. Zu Grunde liegen für diese Auswertung die Daten der Verstorbenen des Jahres 2016 aus der Population LLJ (LLJ2016-DV1092), so dass eine dreijährige Rückbeobachtungsperiode gewählt werden

konnte (siehe Kapitel 2.3 unter Beobachtungszeiträume). Die *SAPV-Verordnungen* werden hier nicht weiter ausgewertet, da sie nicht im eigentlichen Sinne Teil der Versorgung sind, sondern lediglich eine Möglichkeit zur Abrechnung der Verordnung und der damit verbundenen Aufwände darstellen.

Zu beachten ist, dass in dieser Auswertung nicht-palliative Versorgungsleistungen (Krankenhausaufenthalte, nicht-palliative hausärztliche Versorgung etc.) nicht berücksichtigt werden und damit auch nicht in die Periodenbildung einfließen. Das bedeutet, dass in den jeweiligen Zeiträumen nicht ausschließlich palliative Versorgung stattfindet und beispielsweise eine längere Periode ambulanter palliativer Regelversorgung auch Krankenhausaufenthalte umfassen kann. Für eine Auswertung von Leistungsperioden über alle Versorgungsarten hinweg siehe Kapitel 3.6.

3.5.1 Beginn, Dauer und Ende der Versorgung

In Tab. 31 sind für jede der vier verbleibenden Versorgungsarten die Anzahl der Perioden, die Länge der Periode sowie deren Beginn und Ende relativ zum Todesdatum aufgeführt.

Verstorbene Versicherte, die Leistungen aus der *palliativen ambulanten Regelversorgung* in Anspruch nahmen, erhielten diese Leistungen im Durchschnitt in 2,0 Perioden, allerdings bei einer Standardabweichung von 1,9 Perioden. Der Median liegt bei einer Periode und ist auch wegen des vergleichsweise hohen Maximums von 14 Perioden als die robustere Kennzahl anzusehen. Dies trifft auch auf die weiteren Auswertungen zu, da die Kennzahlen aller Versorgungsarten von einer sehr breiten Streuung gekennzeichnet sind. So liegt der durchschnittliche Beginn der ersten Leistungsperiode bei knapp 260 Tagen vor dem Tod, im Median jedoch bei 95 Tagen vor Tod. Beachtenswert ist das Maximum des Beginns 1095 Tage vor dem Tod. Dies entspricht genau der Länge des dreijährigen Rückbeobachtungszeitraumes und zeigt zum einen, dass diese Art der Palliativversorgung in einzelnen Fällen sehr lange vor dem Tod beginnen kann. Zum anderen ist zu erwarten, dass ein längerer Rückbeobachtungszeitraum zu noch höheren Werten führte, die Versorgungsart in der Realität als noch früher zum Einsatz kommt. Eine solch längere Rückbeobachtung ist mit den vorliegenden Daten allerdings nicht möglich.

Auch die Periodenlänge in der palliativen ambulanten Regelversorgung schwankt zwischen 17,0 Tagen im Mittelwert und einem Tag im Median, bei einem Maximum von 951 Tagen. Im Median endet die letzte Leistungsperiode 18 Tage vor dem Tod.

Im Vergleich dazu zeigt die *AAPV* zwar einen ähnlichen Beginn von durchschnittlich 241 Tagen vor Tod bzw. 74 Tagen im Median. Gleichzeitig endet die *AAPV* aber im Mittel rund 52 Tage und im Median 1 Tag vor Tod, wird also häufiger bis kurz vor den Tod erbracht. Die durchschnittliche Anzahl der Perioden liegt bei 3,8 (Median 2), bei einer durchschnittlichen bzw. Medianlänge von 13,5 bzw. 1 Tagen.

Tab. 31

Beginn, Dauer und Ende der Palliativversorgung bei Verstorbenen des Jahres 2016 in den drei Jahren vor Tod

Leistungs- bereich	Kennzahl	Mittel- wert	Stand.- abw.	Quantile						
				Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	Anzahl Perioden	2,0	1,9	1	1	1	1	2	6	14
	Beginn erste Periode vor Tod (Tage)	260,4	316,3	0	2	21	95	435	931	1.095
	Länge der Perioden (Tage)	17,0	47,2	1	1	1	1	15	74	951
	Ende letzte Periode vor Tod (Tage)	118,4	223,8	0	0	4	18	95	710	1.094
AAPV	Anzahl Perioden	3,8	5,1	1	1	1	2	4	15	35
	Beginn erste Periode vor Tod (Tage)	241,1	325,0	0	2	19	74	334	1.033	1.096
	Länge der Perioden (Tage)	13,5	33,0	1	1	1	1	14	58	960
	Ende letzte Periode vor Tod (Tage)	51,9	155,2	0	0	0	1	18	343	1.096
SAPV	Anzahl Perioden	1,3	1,0	1	1	1	1	1	3	19
	Beginn erste Periode vor Tod (Tage)	68,1	129,4	0	1	7	22	66	315	1.095
	Länge der Perioden (Tage)	32,5	53,6	1	1	5	14	37	121	721
	Ende letzte Periode vor Tod (Tage)	14,9	70,6	0	0	0	0	1	55	1.038
KH Pall.	Anzahl Perioden	1,2	0,6	1	1	1	1	1	2	8
	Beginn erste Periode vor Tod (Tage)	75,8	138,1	0	2	12	29	70	347	1.117
	Länge der Perioden (Tage)	17,6	17,0	1	3	8	14	23	43	372
	Ende letzte Periode vor Tod (Tage)	33,9	101,4	0	0	0	0	22	164	1.026

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524., die Palliativleistungen erhalten haben, N = 12.484.

Verstorbene mit *SAPV-Leistungen* erhielten diese im Mittel für 1,3 Perioden, die durchschnittlich 68 und im Median 22 Tage vor Tod begann. Das Maximum von 1095 Tagen sowie das Minimum von 0 Tagen für den Beginn vor Tod zeigen, dass SAPV sowohl weit vor dem Tod (zumindest in Einzelfällen, siehe unten) als auch am Todestag selbst beginnen kann. Die Versorgungsdauer lag im Mittel bei 32,5 Tagen und im Median bei 14 Tagen und ist somit länger als in der AAPV. SAPV-Versorgung endet im Durchschnitt knapp 15 Tage vor Tod, im Median am Todestag.

Die *Palliativversorgung im Krankenhaus* ist gekennzeichnet durch eine Periodenzahl von 1,2 im Durchschnitt und 1 im Median, bei einer der Dauer des Krankenhausaufenthaltes entsprechenden Periodenlänge von 17,6 (Mittelwert) bzw. 14 (Median) Tagen. Mit einem Beginn von 75,8 bzw. 29 Tagen vor Tod ist die Krankenhausversorgung der SAPV ähnlich, endet aber mit 33,9 bzw. 0 Tagen etwas länger vor dem Tod als diese.

Beachtenswert sind die Zahlen der 95% Quantils, die bei Periodenanzahl, Beginn, Länge und Ende der Versorgung fast immer ein Mehrfaches des Medians sind. Lediglich bei der Anzahl der Perioden für SAPV und Krankenhaus (palliativ) ergibt sich eine nur geringe Erhöhung. Dies zeigt, dass es innerhalb der Gruppe von Versicherten, die Palliativleistungen vor dem Tod in Anspruch genommen haben, eine Untergruppe gibt, für die die Versorgung deutlich komplexer und länger ist als für die Mehrheit.

Beginn der AAPV im Detail

Eine Aufteilung des Beginns von AAPV-Leistungsperioden nach Monaten vor dem Tod (Tab. 32) zeigt, dass hier etwa 32% der Patient*innen die erste Leistung in der Zeit bis zu einem Monat vor dem Tod erhalten, mit weiteren rund 13% im zweiten Monat. Insgesamt beginnt für etwa zwei Drittel der Verstorbenen (65,4%) die AAPV innerhalb eines halben Jahres und für insgesamt knapp 76% innerhalb eines Jahres vor Tod. Knapp 11% erhalten AAPV-Leistungen erstmalig zwischen einem und zwei Jahren vor dem Tod, knapp 13% zwischen zwei und drei Jahren.

Tab. 32

Beginn der AAPV (in Monaten vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die AAPV-Leistungen erhalten haben

Zeitraum	Anteil Patienten (%)	Kumulativer Anteil (%)
1 Monat vor Tod	32,15	32,15
2 Monate vor Tod	13,41	45,55
3 Monate vor Tod	8,39	53,94
4 Monate vor Tod	4,70	58,64
5 Monate vor Tod	3,76	62,40
6 Monate vor Tod	2,96	65,35
7 Monate vor Tod	2,59	67,94
8 Monate vor Tod	1,90	69,84
9 Monate vor Tod	1,79	71,63
10 Monate vor Tod	1,56	73,19
11 Monate vor Tod	1,51	74,70
12 Monate vor Tod	1,42	76,12
13 Monate vor Tod	1,26	77,38
14 Monate vor Tod	1,17	78,55
15 Monate vor Tod	1,03	79,58
16 Monate vor Tod	0,87	80,45
17 Monate vor Tod	0,82	81,28
18 Monate vor Tod	0,87	82,15
19 Monate vor Tod	0,89	83,04
20 Monate vor Tod	0,80	83,85
21 Monate vor Tod	0,78	84,62
22 Monate vor Tod	0,78	85,40
23 Monate vor Tod	0,73	86,14
24 Monate vor Tod	0,71	86,85
25 Monate vor Tod	0,60	87,44
26 Monate vor Tod	0,57	88,02
27 Monate vor Tod	0,60	88,61
28 Monate vor Tod	0,82	89,44
29 Monate vor Tod	0,78	90,22
30 Monate vor Tod	0,99	91,20
31 Monate vor Tod	0,66	91,87
32 Monate vor Tod	0,78	92,64
33 Monate vor Tod	0,87	93,52
34 Monate vor Tod	0,99	94,50
35 Monate vor Tod	1,47	95,97
36 Monate vor Tod	3,87	99,84
Vor Beobachtung	0,16	100,00

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524. und die Leistungen der AAPV erhalten haben, N = 4.364. © PMV 2019

Bei den 32,1% der Verstorbenen des Jahres, die ihre erste AAPV-Leistung im Monat vor dem Tod erhalten, ist dies bei rund 7% in den drei Tagen vor dem Tod der Fall. Rund 17% erhalten die erste Leistung innerhalb von 10 Tagen vor dem Tod und rund 26% in den 20 Tagen vor Tod.

Tab. 33 **Beginn der AAPV (in Tagen vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die AAPV-Leistungen erhalten haben**

Zeitraum	Anteil Patienten (%)	Kumulativer Anteil (%)
Am Todestag	1,19	1,19
1 Tag vor Tod	2,18	3,37
2 Tage vor Tod	2,20	5,57
3 Tage vor Tod	1,86	7,42
4 Tage vor Tod	1,74	9,17
5 Tage vor Tod	1,54	10,70
6 Tage vor Tod	1,56	12,26
7 Tage vor Tod	1,51	13,77
8 Tage vor Tod	0,99	14,76
9 Tage vor Tod	0,85	15,60
10 Tage vor Tod	1,24	16,84
11 Tage vor Tod	0,99	17,83
12 Tage vor Tod	1,33	19,16
13 Tage vor Tod	0,99	20,14
14 Tage vor Tod	1,17	21,31
15 Tage vor Tod	0,94	22,25
16 Tage vor Tod	0,82	23,08
17 Tage vor Tod	0,60	23,67
18 Tage vor Tod	0,89	24,56
19 Tage vor Tod	0,85	25,41
20 Tage vor Tod	0,71	26,12
21 Tage vor Tod	0,71	26,83
22 Tage vor Tod	0,62	27,45
23 Tage vor Tod	0,48	27,93
24 Tage vor Tod	0,73	28,67
25 Tage vor Tod	0,73	29,40
26 Tage vor Tod	0,57	29,97
27 Tage vor Tod	0,48	30,45
28 Tage vor Tod	0,60	31,05
29 Tage vor Tod	0,73	31,78
30 Tage vor Tod	0,37	32,15

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524. und die Leistungen der AAPV erhalten haben, N = 4.364. © PMV 2019

Beginn der SAPV im Detail

Eine Auswertung des Beginns von SAPV-Leistungsperioden nach Monaten vor dem Tod (Tab. 34) zeigt, dass bei insgesamt knapp 58% der Patient*innen die SAPV innerhalb eines Monats vor dem Tod, bei weiteren rund 15% zwei Monate vor dem Tod beginnt. Insgesamt erhalten 90% der Patient*innen die erste SAPV-Leistung innerhalb eines halben Jahres vor dem Tod und knapp 96% innerhalb eines Jahres. Für etwa 2,5% beginnt SAPV zwischen einem und zwei Jahren vor Tod, für knapp 1% zwischen zwei und drei Jahren. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass das oben erwähnte Kriterium gemäß SAPV-Richtlinie einer geschätzten Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten in der überwiegenden Anzahl der Fälle eingehalten wird.

Tab. 34

Beginn der SAPV (in Monaten vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die SAPV-Leistungen erhalten haben

Zeitraum	Anteil Patienten (%)	Kumulativer Anteil (%)
1 Monat vor Tod	57,83	57,83
2 Monate vor Tod	15,15	72,98
3 Monate vor Tod	7,79	80,77
4 Monate vor Tod	4,42	85,19
5 Monate vor Tod	3,13	88,32
6 Monate vor Tod	2,09	90,41
7 Monate vor Tod	1,61	92,02
8 Monate vor Tod	1,38	93,40
9 Monate vor Tod	0,57	93,97
10 Monate vor Tod	0,62	94,59
11 Monate vor Tod	0,85	95,44
12 Monate vor Tod	0,47	95,92
13 Monate vor Tod	0,52	96,44
14 Monate vor Tod	0,57	97,01
15 Monate vor Tod	0,38	97,39
16 Monate vor Tod	0,14	97,53
17 Monate vor Tod	0,38	97,91
18 Monate vor Tod	0,33	98,24
19 Monate vor Tod	0,38	98,62
21 Monate vor Tod	0,09	98,72
22 Monate vor Tod	0,14	98,86
23 Monate vor Tod	0,09	98,96
24 Monate vor Tod	0,09	99,05
25 Monate vor Tod	0,14	99,19
26 Monate vor Tod	0,09	99,29
27 Monate vor Tod	0,05	99,34
29 Monate vor Tod	0,14	99,48
30 Monate vor Tod	0,09	99,57
31 Monate vor Tod	0,05	99,62
32 Monate vor Tod	0,09	99,72
33 Monate vor Tod	0,05	99,76
34 Monate vor Tod	0,09	99,86
36 Monate vor Tod	0,14	100,00

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524. und die Leistungen der SAPV erhalten haben, N = 2.106. © PMV 2019

Eine genauere Betrachtung der 57,8% der Verstorbenen des Jahres 2016, die ihre erste SAPV-Leistung im Monat vor dem Tod erhalten (Tab. 35) zeigt, dass für knapp 16% von ihnen die SAPV innerhalb von 3 Tagen vor dem Tod beginnt. Insgesamt beginnt für rund 33% der Verstorbenen dieses Jahres die SAPV innerhalb von 10 Tagen vor dem Tod und für insgesamt knapp 50% innerhalb von 21 Tagen.

Tab. 35

Beginn der SAPV (in Tagen vor Tod) bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016, die SAPV-Leistungen erhalten haben

Zeitraum	Anteil Patienten (%)	Kumulativer Anteil (%)
Am Todestag	1,85	1,85
1 Tag vor Tod	4,89	6,74
2 Tage vor Tod	4,99	11,73
3 Tage vor Tod	4,04	15,76
4 Tage vor Tod	3,09	18,85
5 Tage vor Tod	3,09	21,94
6 Tage vor Tod	2,94	24,88
7 Tage vor Tod	2,47	27,35
8 Tage vor Tod	1,85	29,20
9 Tage vor Tod	2,18	31,39
10 Tage vor Tod	1,85	33,24
11 Tage vor Tod	1,61	34,85
12 Tage vor Tod	2,04	36,89
13 Tage vor Tod	1,61	38,51
14 Tage vor Tod	1,57	40,08
15 Tage vor Tod	1,66	41,74
16 Tage vor Tod	1,57	43,30
17 Tage vor Tod	1,57	44,87
18 Tage vor Tod	1,42	46,30
19 Tage vor Tod	0,90	47,20
20 Tage vor Tod	1,14	48,34
21 Tage vor Tod	1,19	49,53
22 Tage vor Tod	1,19	50,71
23 Tage vor Tod	0,95	51,66
24 Tage vor Tod	0,85	52,52
25 Tage vor Tod	1,00	53,51
26 Tage vor Tod	0,85	54,37
27 Tage vor Tod	1,04	55,41
28 Tage vor Tod	0,81	56,22
29 Tage vor Tod	0,85	57,08
30 Tage vor Tod	0,76	57,83

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524. und die Leistungen der SAPV erhalten haben, N = 2.106. © PMV 2019

Intensität der Versorgung

Die folgende Tabelle zeigt für jede Versorgungsart unterschiedliche Häufigkeiten der Versorgung (einzelner Tag, täglich, jeden zweiten Tag etc.). Für jede Häufigkeit wird die empirisch ermittelte durchschnittliche Dauer der Periode (bei Häufigkeit „einzelner Tag“ immer 1), sowie der Anteil der Patient*innen in der jeweiligen Versorgungsart, die in diese Häufigkeitsgruppe fallen, angegeben. Zusammen genommen können diese Zahlen approximativ für die Intensität der Versorgung stehen, wobei die Intensität mit steigender Häufigkeit und Dauer zunimmt.

Tab. 36 Intensität der Palliativversorgung bei Versicherten im letzten Lebensjahr(LLJ) des Jahres 2016 in den drei Jahren vor Tod

Leistungsbereich	Häufigkeit Versorgung	Durchschn. Dauer (Tage)	Anteil Patienten (%)
Pall. RV	Einzelner Tag	1	50,6
	Jeden Tag	2	3,0
	Jeden 2. Tag	6	4,6
	Jeden 3. Tag	9	4,5
	Jeden 4. bis 6. Tag	21	12,0
	Jeden 7. Tag uns seltener	62	25,3
AAPV	Einzelner Tag	1	32,4
	Jeden Tag	3	7,1
	Jeden 2. Tag	10	11,9
	Jeden 3. Tag	16	12,0
	Jeden 4. bis 6. Tag	31	24,0
	Jeden 7. Tag uns seltener	43	12,6
SAPV	Einzelner Tag	1	7,6
	Jeden Tag	21	53,8
	Jeden 2. Tag	57	28,0
	Jeden 3. Tag	42	6,6
	Jeden 4. bis 6. Tag	38	4,0
KH Pall.	n/a	17	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr im Jahr 2016, durchgängig versichert drei Jahre vor Lebensende (LLJ2016-DV1092). N = 29.524., die Palliativleistungen erhalten haben, N = 9.328.

Für *Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung* zeigt die Auswertung, dass diese insgesamt durch eine vergleichsweise niedrige Intensität gekennzeichnet ist. So erhielten 50,6% der Verstorbenen mit dieser Leistung diese in Perioden von einem Tag mit mindestens 36 Tagen Abstand zur nächsten Periode (Schwellenwert, s.o.). Knapp 25% erhielten Leistungen alle sieben Tage oder seltener, dann allerdings über einen längeren Zeitraum von durchschnittlich 62 Tagen. Weitere 12% erhielten Leistungen jeden vierten bis sechsten Tag für durchschnittlich 21 Tage.

Verstorbene mit *AAPV-Leistungen* erhielten diese zu knapp 32% für einen einzelnen Tag, zu 24% jeden vierten bis sechsten und zu knapp 13% jeden siebten Tag oder seltener. Dabei lag die durchschnittliche Dauer der Perioden mit

Leistungen alle vier bis 6 Tage bei 31 Tagen und für Perioden mit Leistungen alle sieben Tage oder seltener bei 43.

Im Vergleich dazu ergibt sich für *SAPV-Leistungen* ein anderes Bild: hier erhalten knapp 54% der Verstorbenen, die SAPV Leistungen in Anspruch genommen haben, diese täglich für durchschnittlich 21 Tage. Weitere 28% erhalten Leistungen jeden zweiten Tag für durchschnittlich 57 Tage. Auch für die Perioden mit seltenerer Leistung (jeden dritten Tag oder weniger) sind mit 42 bzw. 38 Tagen eher lang, wobei Perioden mit einer Versorgung jeden siebten Tag oder seltener nicht vorkommen.

Palliative Versorgung im Krankenhaus erfolgt in Abhängigkeit von der Länge des Krankenhausaufenthaltes, so dass eine Auswertung hinsichtlich der Versorgungsintensität in dieser Form nicht vorgenommen werden kann. Durchschnittlich dauern Krankenhausaufenthalte mit palliativer Versorgung in der Population 17 Tage.

3.6

Behandlungsverläufe im letzten Lebensjahr über alle Sektoren hinweg

Die starke Variabilität von Beginn und Ende von Palliativversorgung relativ zum Todesdatum, der Dauer der Versorgung sowie ihrer Intensität legen nahe, dass individuelle Behandlungsverläufe in der ambulanten Palliativversorgung sehr unterschiedlich sein können und potentiell von einfach und kurz (z.B. SAPV in der Woche vor dem Tod) bis zu lang und komplex (z.B. wechselnde Abfolge von palliativer Regelversorgung, AAPV und SAPV im letzten Lebensjahr) reichen können. Hierbei spielt auch die weitere Versorgung außerhalb des Palliativbereichs eine Rolle. So können beispielsweise Krankenhausaufenthalte zu Unterbrechungen in der ambulanten Palliativversorgung führen oder intensive hausärztliche Betreuung mit nur gelegentlichen Palliativleistungen anstelle einer ambulanten Palliativversorgung stattfinden.

Als relevant angesehen können diese Behandlungsverläufe insbesondere mit Blick auf Transitionen von einer Art der Versorgung in die andere (beispielsweise von der Versorgung durch den Hausarzt ins Krankenhaus oder von der AAPV in die SAPV). Jeder derartige Versorgungswechsel trägt potentiell zur Belastung für den Patienten (burden of care bzw. burden of treatment (May, Montori, & Mair, 2009)) bei. Auch für pflegende Angehörige und die Versorger können Übergänge eine Herausforderung darstellen.

Um daher derartige Behandlungsverläufe und Transitionen zu untersuchen, wird der oben verwendete Ansatz der Versorgungsperioden ausgeweitet, so dass alle Leistungen der haus- und fachärztlichen Versorgung (einschl. nicht-palliativer Leistungen) eingeschlossen sind. Ebenso werden alle Krankenhausaufenthalte (einschl. derer ohne palliative Versorgung) aufgenommen. Ausgewertet werden die Daten für das letzte Lebensjahr für alle Verstorbenen (Popu-

lation LLJ-DV364). Da der Startpunkt der Auswertung unabhängig von der Versorgungsart ist, werden auch Verläufe ohne palliative Leistungen eingeschlossen. Ende des Auswertungszeitraumes ist das Todesdatum.

Für das letzte Lebensjahr werden dabei in diesem Fall Leistungen gemäß EBM gleichen Typs zusammengefasst, wenn keine Leistungen anderen Typs dazwischen fallen. Erhält ein Patient beispielsweise über einen Zeitraum von 6 Monaten 5 Besuche von seiner Hausärztin, wird dann für 4 Wochen ins Krankenhaus eingewiesen und erhält dann SAPV-Leistungen in den 10 Tagen bis zum Tod, entstehen hieraus 3 Versorgungsperioden: 1. Hausärztliche Versorgung, 2. Krankenhaus, 3. SAPV. Anders als bei dem oben verwendeten Ansatz werden also zeitliche Abstände zwischen Versorgungsleistungen gleichen Typs ignoriert, um gezielt die Wechsel von einem Versorger zu einem anderen aufzuzeigen. Dabei werden die Unterscheidung nach den drei Arten der ambulanten Palliativversorgung beibehalten und alle anderen haus- und fachärztlichen Leistungen in einer eigenen Leistungsart zusammengefasst. Daraus ergeben sich für alle Versicherten die individuellen Behandlungsverläufe und -transitionen, zusammengesetzt aus Perioden unterschiedlicher Leistungsarten.

Die folgende Tabelle (Tab. 37) beschreibt die Arten der Versorgung, die unterschieden werden. Diese werden im weiteren Verlauf als *Versorgungsprofile* bezeichnet. Als Hauptart wird unterschieden zwischen Versicherten, bei denen der letzte Versorgungszeitraum palliative Leistungen enthält und Versicherten, bei denen dies nicht der Fall ist. Innerhalb der Gruppe der Palliativpatient*innen wird zwischen folgenden Profilen unterschieden: ausschließlich stationäre Palliativleistungen (Krankenhausaufenthalt mit Palliativleistung bzw. Hospizaufenthalt), bzw. zusätzlich oder ausschließlich ambulante Leistungen aus den Bereichen palliative Regelversorgung, AAPV oder SAPV. Bei den Versorgungsprofilen mit ambulanten palliativen Leistungen wird nach zunehmender Versorgungsintensität unterschieden, abhängig davon, ob sie nur Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung, zusätzlich AAPV bzw. zusätzlich SAPV enthalten. Hierbei können bei höherer Versorgungsintensität Leistungen niedrigerer Intensität enthalten sein. So können beispielsweise Patient*innen, die SAPV-Leistungen in Anspruch genommen haben, auch AAPV-Leistungen erhalten haben. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Verläufe mit ausschließlich Leistungen einer Art nur in sehr geringem Maße vorkommen. Bei den nicht palliativen Patient*innen wird weiter unterschieden zwischen denen, die nur Krankenhaus- bzw. nur Haus-/Facharztleistungen erhalten haben und denen, die Leistungen aus beiden Bereichen erhalten haben. Des Weiteren werden in dieser Übersicht Versicherte berücksichtigt, die im gesamten Beobachtungszeitraum vor dem Tod keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Tab. 37

Versorgungsprofile im letzten Versorgungszeitraum vor Tod

Gruppe	Arten der Versorgung in letztem Versorgungszeitraum vor Tod				
	ID	Versorgungsprofil	Vers.	%	Beschreibung
Palliativ	1	Nur stationäre Palliativleistungen	2.474	2,8	Hospiz und/oder KH palliativ. Keine ambulanten palliativen Leistungen, aber nicht-palliative Leistungen möglich
	3	Palliativleistungen ambulante Regelversorgung	8.442	9,4	Keine AAPV oder SAPV, aber Krankenhaus (palliativ), Hospiz oder nicht-palliative Leistungen möglich
	4	AAPV-Leistungen	10.737	12,0	Keine SAPV, aber Pall. RV, KH palliativ, Hospiz oder nicht-palliative Leistungen möglich
	5	SAPV-Leistungen	5.316	5,9	AAPV, Pall. RV, KH palliativ, Hospiz oder nicht-palliative Leistungen möglich
		Summe Palliativ	26.969	30,1	
Nicht palliativ	6	Nur Krankenhaus	740	0,8	Versicherte erhalten keine weiteren Leistungen
	7	Nur Hausarzt / Facharzt	9.920	11,1	Versicherte erhalten keine weiteren Leistungen
	8	Krankenhaus & Hausarzt/Facharzt	50.552	56,5	Versicherte erhalten keine weiteren Leistungen
	Summe nicht palliativ	61.212	68,4		
Ohne Versorgung		Ohne Versorgung	1.344	1,5	Ohne Versorgung im Beobachtungszeitraum
Gesamtpopulation			89.525	100,0	

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). * Siehe Beschreibung der gebildeten Gruppen. © PMV 2019

Insgesamt erhalten knapp 30% der Versicherten palliative Leistungen im letzten Versorgungszeitraum vor dem Tod, was mit den oben dargestellten Ergebnissen zur Prävalenz im Beobachtungszeitraum übereinstimmt. Rund 68% erhalten nicht-palliative Leistungen und etwas weniger als 1,5% nehmen keine Versorgung in Anspruch. Mit Abstand die größte Gruppe bilden Versicherte, die Krankenhaus-, sowie Haus-/Facharztleistungen aber keine palliativen Leistungen in Anspruch nehmen (~57%). Die zweitgrößte Gruppe (12%) bilden Versicherte, die ambulante palliative Leistungen bis hin zur AAPV erhalten, ggf. in Kombination mit anderen, nicht-palliativen Leistungen. Versicherte, die Leistungen ausschließlich vom Haus- oder Facharzt erhalten, machen rund 11% aus. Auf Rang 4 (9,4%) finden sich diejenigen, die Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung erhalten, auf Rang 5 (5,9%) diejenigen, die ambulante Palliativversorgung bis hin zur SAPV erhalten. 2,8% nehmen ausschließlich stationäre Palliativleistungen in Anspruch, 0,8% nur Krankenhausleistungen.

Zu beachten ist, dass die palliativen Versorgungsprofile immer auch nicht-palliative Leistungen enthalten können.

Tab. 38 zeigt die Auswertung der Anzahl der Versorgungsperioden pro Versichertem, für die Gesamtpopulation ebenso wie für die Versorgungsarten.

Tab. 38 Anzahl der Versorgungsperioden im letzten Versorgungszeitraum vor dem Tod nach Art der Versorgung

ID	Gruppe / Versorgungsprofil	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
				Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
	Gesamtpopulation	5,8	4,3	1	2	2	4	8	14	80
Versicherte mit und ohne palliative Leistungen in Periode										
	Palliativ	8,9	4,9	1	3	5	8	11	18	80
	Nicht palliativ	4,5	3,1	1	2	2	4	6	10	43
Versicherte nach Versorgungsprofil										
1	Palliativ nur stationär	6,8	4,1	1	2	4	6	9	15	27
3	Pall. RV (nicht AAPV/SAPV) u.a.	8,3	4,4	2	3	5	7	11	17	38
4	AAPV (nicht SAPV) u.a.	9,4	5,1	1	3	6	8	12	19	80
5	SAPV u.a.	9,7	5,1	1	3	6	9	12	19	37
6	Nur KH, kein palliativ	1,1	0,3	1	1	1	1	1	2	2
7	Nur HA/FA, kein palliativ	1,9	0,3	1	1	2	2	2	2	2
8	KH & HA/FA, kein palliativ	5,1	3,1	2	2	2	4	6	11	43

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Studienpopulation: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). * Siehe Beschreibung der gebildeten Gruppen. © PMV 2019

Der Mittelwert der distinkten Versorgungsperioden liegt bei 5,8 und schwankt zwischen 2 Perioden beim 5% Quantil und 14 Perioden beim 95% Quantil. Aufgeteilt nach Patient*innen mit und ohne Palliativversorgung weisen erstere im Mittel 8,9 Perioden auf, während bei Patient*innen ohne Palliativversorgung mit 4,5 nur halb so viele Perioden vorliegen. Beim 95% Quantil ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen ähnlich groß, hier liegt die Periodenzahl bei 18 für Palliativ- und 10 für Nichtpalliativpatient*innen.

Betrachtet man die Verläufe der verschiedenen Versorgungsprofile separat, werden sowohl weitere Unterschiede als auch Ähnlichkeiten sichtbar. So unterscheiden sich Angehörige in den drei Profilen mit ambulanter Palliativversorgung bzgl. der Anzahl der Versorgungsperioden nur wenig. Im Mittelwert liegt die Anzahl der Perioden bei 8,3 bis 9,7 für Patient*innen, die höchstens Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung (Pall. RV), AAPV bzw. SAPV erhalten haben (jeweils in möglicher Kombination mit nicht-palliativen Leistungen, palliativen Krankenhausaufenthalten oder Hospizaufenthalten). Profile, die palliative Leistungen im Krankenhaus alleine oder in Verbindung mit Hospizaufenthalten enthalten, weisen im Mittel 6,8 Perioden auf. Das nicht-palliative Profil, das Leistungen aus dem Krankenhaus sowie von Haus-

und Fachärzten umfasst, liegt bei 5,1 Perioden. Im Vergleich dazu sind die beiden nicht-palliativen Profile, die nur Krankenhausleistungen oder nur Haus- / Facharztleistungen umfassen mit 1,1 bzw. 1,9 Perioden kürzer.

Davon ausgehend, dass der Beginn der ersten Periode auch eine Transition darstellt, ergeben sich somit für Palliativpatienten im Mittel komplexere Verläufe mit mehr Übergängen. Wieder zeigt sich außerdem für alle Gruppen im 95% Quantil eine Subgruppe mit nochmal erhöhter Periodenzahl, die für fast alle Versorgungsarten in etwa beim doppelten Mittelwert liegt.

3.7 Inanspruchnahme: Zusammenfassung und Fazit

Erwartungsgemäß waren es überwiegend alte bis sehr alte Menschen, die palliative Leistungen (ambulant und stationär) am Ende des Lebens in Anspruch nahmen. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei rund 77 Jahren, wobei Frauen mit knapp 81 Jahren später versterben als Männer mit knapp 73 Jahren. Dabei lag die Mortalität der untersuchten Population (Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in der Region Nordrhein, verstorben in den Jahren 2014 bis 2016 (N = 90.797)) mit 1,53% leicht über der allgemeinen Bevölkerungsmortalität in Nordrhein (1,36%).

Insgesamt nahmen in den Jahren 2014 bis 2016 knapp 31% der verstorbenen Versicherten ambulante Palliativleistungen bzw. Palliativleistungen im Krankenhaus in Anspruch. Dabei wurden Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) am häufigsten in Anspruch genommen (von 14,2%), gefolgt von palliativen Leistungen der ambulanten Regelversorgung (Pall. RV, 13,6%), Palliativleistungen im Krankenhaus (6,6%) und Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, 6,1%). Bei der Inanspruchnahme der SAPV ist ein Anstieg von 5,1% im Jahr 2014 auf 7,1% im Jahr 2016 zu beobachten. Gleichzeitig nimmt die Inanspruchnahme von Leistungen der Pall. RV und (weniger deutlich) der AAPV etwas ab.

Verordnung von SAPV

Leistungen der SAPV wurden zu 90% von Leistungserbringern aus dem hausärztlichen Bereich (Allgemeinmedizin, hausärztliche praktische Ärzt*innen, hausärztliche innere Medizin) verordnet. Weitere 6% der Verordnungen kommen aus dem Bereich der Hämatologie / Onkologie, der Rest verteilt sich auf die weiteren Fachgruppen.

Für die Population ist zu beobachten, dass die SAPV-Verordnungen im Zeitraum von 2014 bis 2016 von einer vergleichsweise kleinen Gruppe von Ärzt*innen kamen. Von den knapp 9.000 Hausärzt*innen, die Leistungen für Versicherte in der Population erbrachten, fanden sich Verordnungen bei 19%, wobei 17% eine bis fünf Verordnungen in den drei Jahren abrechneten. Auf Kreisebene (NUTS-3) zeigen sich große Unterschiede, mit Schwankungen von rund 1% bis rund 30% verordnenden Leistungserbringern. Diese Unterschiede scheinen weder auf einen Unterschied Stadt / Land zurückführbar zu sein,

noch darauf, ob die verordnenden Leistungserbringer selbst palliative Leistungen erbringen oder nicht.

Beginn, Dauer und Ende der Versorgung

Je spezialisierter und intensiver die palliative Versorgungsform war, desto näher lag der Beginn am Sterbedatum. Die SAPV begann für die Hälfte der Versicherten, die sie in Anspruch nahmen, 22 Tage oder kürzer vor Tod. Für 27% begann sie innerhalb von 7 Tage vor dem Tod und für 16% innerhalb von 3 Tagen. Im Vergleich dazu lag der Beginn der AAPV für die Hälfte der Leistungsempfänger 74 Tage oder kürzer vor dem Tod, für 14% innerhalb einer Woche und für 7% innerhalb von 3 Tagen. Palliative Leistungen der ambulanten Regelversorgung begannen für die Hälfte der Leistungsempfänger 95 Tage vor Tod.

Die meisten Versicherten mit Inanspruchnahme erhielten SAPV Leistungen in einer zusammenhängenden Periode, die nicht durch andere Arten von Palliativversorgung unterbrochen wurde und mit dem Tod oder am Tag vor dem Tod endete. Dabei erhielten die meisten Patient*innen SAPV Leistungen an jedem Tag (~54%) oder jeden zweiten Tag (28%). AAPV Patient*innen hingegen erhielten Leistungen im Median für zwei nicht verbundene Perioden mit größerem zeitlichen Abstand, die für 25% innerhalb von 18 Tagen vor dem Tod enden. Pall. RV Leistungen erhielten 50% der Patient*innen für 1 Periode, die im Median 18 und im 75% Quantil 95 Tage vor Tod endet.

Versorgungsverläufe im letzten Lebensjahr

Über das gesamte Versorgungsgeschehen im letzten Lebensjahr hinweg (einschl. nicht-palliativer Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung), zeigten Versicherte mit palliativer Inanspruchnahme komplexere Versorgungsverläufe mit mehr Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsarten als nicht-palliative Patient*innen. Dabei war die Anzahl der Versorgungsperioden für die eine Gruppe nahezu doppelt so hoch (im Durchschnitt 8,9 Perioden pro Versichertem) wie für die andere (im Durchschnitt 4,5 Perioden). Für eine kleine Gruppe (95% Quantil) der Palliativpatient*innen lag die Anzahl der Perioden im letzten Lebensjahr bei 18 oder mehr. Dabei kann innerhalb der Palliativleistungen zwischen Patient*innen mit und ohne ambulante Palliativversorgung unterschieden werden, wobei die ambulanten Verläufe komplexer sind.

Diese Auswertung bietet Hinweise darauf, dass Palliativversorgung insbesondere bei Patient*innen mit einem hohen Versorgungsbedarf im letzten Lebensjahr zum Einsatz kam.

Potentiell können die Übergänge von einer Versorgungsart in eine andere als Ereignisse mit einer hohen Auswirkung auf Patient*innen, (pflegende) Angehörige und Versorger angesehen werden. Beispielsweise bedeutet es für eine Patientin mit 19 Versorgungsperioden, dass 19 Transitionen stattfinden, die jeweils

- einen Wechsel von einem Versorger zu einem anderen,

- Fragen und Unsicherheiten bzgl. der neuen Versorgung,
- die Notwendigkeit, Informationen zur eigenen Gesundheit zu wiederholen sowie andere Probleme bedeuten können.

Zusätzlich ist der gesamte Zeitraum mit einiger Wahrscheinlichkeit von einer fortschreitenden Verschlechterung des körperlichen und ggf. auch geistigen und emotionalen Zustandes der Patientin begleitet, was eine zusätzliche Belastung darstellen kann.

Für Angehörige kann jeder Übergang mit erhöhtem Koordinierungsaufwand verbunden sein, der vom Abstimmen von Terminen über Fahrdienste bis zur Umstellung des eigenen Alltags auf neue Versorgungsformen (z.B. tägliche Palliativpflege im Haus nach Krankenhausaufenthalt) reicht.

Ähnlich stellt es sich prinzipiell auch für die Versorger dar, die idealerweise Informationen über vorangehende Behandlungen erhalten sollten, um die Patient*innen richtig versorgen zu können bzw. sogar die Umsetzung einer ganzheitlichen Behandlungsstrategie über mehrere Versorger und Perioden hinweg erreichen müssen oder mit unklaren Zuständigkeiten konfrontiert sind

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang einerseits nochmal die Ähnlichkeit der verschiedenen Arten der ambulanten Palliativversorgung hinsichtlich der Anzahl der Übergänge. Diese Ähnlichkeit legt nahe, dass die o.g. potentiellen Folgen häufiger Wechsel auf ein breiteres Spektrum von Patient*innen zutreffen als nur diejenigen, die SAPV erhalten. Zum anderen zeigt die deutlich höhere Anzahl an Perioden beim 75% und 95% Quantil, dass eine größere Zahl Versicherte weitaus komplexere Behandlungsverläufe im letzten Versorgungszeitraum vor dem Tod aufweisen.

Drittens ist interessant, dass Verläufe mit einer hohen Periodenanzahl auch für eine Untergruppe der nicht-palliativen Patient*innen beobachtbar waren. So fanden sich 6 Perioden im letzten Lebensjahr für 25% der nicht-palliativen Patient*innen (75% Quantil) und 10 Perioden für 5% (95% Quantil). Das deutet auf eine Untergruppe von nicht-palliativen Patient*innen hin, die im letzten Lebensjahr ähnlich komplexe Versorgungsverläufe hatten, wie Palliativpatient*innen, allerdings ohne palliative Leistungen erhalten zu haben.

4.1 Vorgehensweise & Fragestellungen

Für die weiteren Auswertungen wurde nach den Versorgungsprofilen unterschieden, die auch in der vorangegangenen Auswertung für die Auswertung der Versorgungsperioden verwendet wurden. Die Gruppenauswertung konzentrierte sich allerdings auf die drei Profile der ambulanten Palliativversorgung im Vergleich zu einem zusammengefassten Profil „Nicht-palliativ“, siehe Tab. 39. Versicherte mit ausschließlich stationärer Palliativversorgung im letzten Lebensjahr wurden nicht weiter separat betrachtet und Versicherte ohne palliative Versorgung im letzten Lebensjahr wurden zu einer Gruppe zusammengefasst.

Zusätzlich wurde für bestimmte Auswertungen innerhalb jedes Versorgungsprofils noch zwischen denjenigen unterschieden, die eine vergleichsweise hohe Anzahl an distinkten Versorgungsperioden im letzten Lebensjahr aufweisen (oberhalb der 75% Quantils für das jeweilige Profil) und allen anderen (Anzahl Perioden unterhalb des 75% Quantils für das jeweilige Profil). Diese Unterscheidung steht für Versichertengruppen mit erhöhter bzw. niedriger bis mittlerer Versorgungsintensität im letzten Lebensjahr. Tab. 39 zeigt für jede der gebildeten Gruppen die Anzahl der Versicherten sowie den Anteil an der Gesamtpopulation. Im weiteren Verlauf werden die Gruppen über den Namen des Profils, ggf. in Verbindung mit einer Kennung für die Anzahl der Perioden, gekennzeichnet. So bezeichnet „SAPV (VP > Q75)“ Versicherte, die im letzten Lebensjahr Leistungen der SAPV (ggf. zusammen mit AAPV und/oder pall. RV) erhalten haben und eine Anzahl an Perioden aufwies, die oberhalb des 75% Quantils liegt, also eine erhöhte Versorgungsintensität erfuhren.

Tab. 39

Versichertengruppen für die Gruppenauswertung

Versichertengruppen für die Gruppenauswertung					
Gruppe	Versorgungsprofil	Vers.-perioden	n	%	Beschreibung
Palliativ (amb.)	Pall. RV	VP < Q75	6.317	7,1	Palliativleistungen ambulante Regelversorgung, Anzahl Versorgungsperioden unter dem 75% Quantil
	Pall. RV	VP > Q75	2.125	2,4	Palliativleistungen ambulante Regelversorgung, Anzahl Versorgungsperioden über dem 75% Quantil
	AAPV	VP < Q75	8.229	9,2	AAPV-Leistungen, Anzahl Versorgungsperioden unter dem 75% Quantil
	AAPV	VP > Q75	2.508	2,8	AAPV-Leistungen, Anzahl Versorgungsperioden über dem 75% Quantil
	SAPV	VP < Q75	3.988	4,5	SAPV-Leistungen, Anzahl Versorgungsperioden unter dem 75% Quantil
	SAPV	VP > Q75	1.328	1,5	SAPV-Leistungen, Anzahl Versorgungsperioden über dem 75% Quantil
	Summe Palliativ (amb.)		24.495	27,4	
Nicht-palliativ	Nicht-palliativ	VP < Q75	42.082	47,0	Keine palliativen Leistungen, Anzahl Versorgungsperioden unter dem 75% Quantil
		VP > Q75	19.130	21,4	Keine palliativen Leistungen, Anzahl Versorgungsperioden über dem 75% Quantil
	Summe Nicht-palliativ		61.212	68,4	
Sonstige	Summe Sonstige		2.474	2,8	Ausschließlich stationäre palliative Versorgung (KH oder Hospiz), keine anderen Leistungen
Keine Versorgung	Summe keine Versorgung		1.344	1,5	Keine Versorgungsleistungen im letzten Lebensjahr
Gesamtpopulation	Gesamtpopulation		89.525	100,0	

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende [LLJ-DV364]. N = 89.525. © PMV 2019

Bei den weiteren Auswertungen standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie unterscheiden sich Versicherte mit unterschiedlichen Versorgungsverläufen hinsichtlich
 - Ihrer Demografie,
 - ihrer Krankheitslast und Diagnosen und
 - ihrer Versorgungskosten für die einzelnen Sektoren, sowie Heil-, Hilfsmittel- und Arzneimittelverordnungen
- Welche Hinweise ergeben sich in den Routinedaten bzgl. der Erreichung der Versorgungsziele der SAPV, insbesondere mit Blick auf
 - die Anzahl und Länge von Krankenhausaufenthalten vor dem Tod,
 - den vermutlichen Sterbeort, gerade hinsichtlich des Versterbens im häuslichen oder institutionellen Umfeld und
 - die Verordnung von Arzneimitteln mit einer palliativen Indikation.

4.2 Charakteristika palliativer Leistungsempfänger

4.2.1 Demografie

Die Auswertung zur Demografie der Gesamtpopulation (Abschnitt 3.2.1) hat gezeigt, dass 48,4% der Verstorbenen der Jahre 2014 bis 2016 in der Population Männer waren, verglichen zu 51,5% Frauen. Dabei verschiebt sich die Geschlechtsverteilung von rund 30% Frauen in der jüngsten Altersgruppe zu 80% Frauen in der ältesten (vgl. Tab. 11 auf Seite 18).

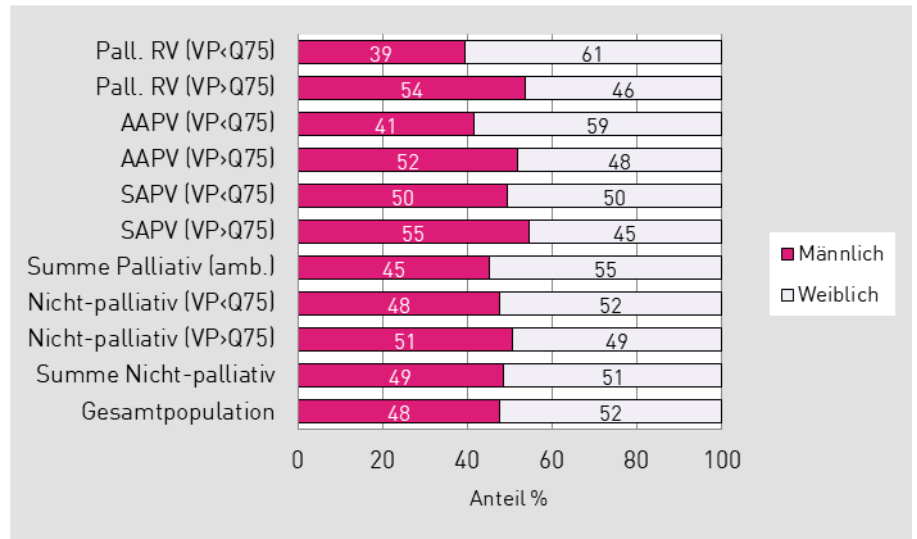
Auch in der Gruppenauswertung zeigten sich zum Teil ausgeprägte Unterschiede in der Geschlechtsverteilung (Abb. 3), insbesondere zwischen den Versicherten mit unterschiedlicher Anzahl an Versorgungsperioden innerhalb eines Profils. So liegt der Männeranteil bei Versicherten, die im letzten Lebensjahr Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung (Pall. RV) erhalten haben bei 54% in der Gruppe derer mit erhöhter Versorgungsintensität im Vergleich zu 39% in der Gruppe mit niedriger bis mittlerer Intensität.

Bei Versicherten, die Leistungen der AAPV erhalten haben, variierte der Anteil der Männer von 52% in der Gruppe mit erhöhter Intensität bis 41% in der Gruppe mit niedriger bis mittlerer Intensität. Versicherte mit SAPV Leistungen und erhöhter Versorgungsintensität waren zu 55% Männer im Vergleich zu 50% in der anderen Gruppe. Damit lag der Anteil der Männer mit erhöhter Versorgungsintensität und ambulanter Palliativversorgung zwischen 5 (SAPV) und 15 (Pall. RV) Prozentpunkten über dem in der Gruppe mit niedriger bis mittlerer Intensität.

Dieser Unterschied war innerhalb der Gruppe der Versicherten, die im letzten Lebensjahr keine Palliativleistungen erhielten, geringer ausgeprägt und liegt hier bei 3 Prozentpunkten. Insgesamt ist der Anteil der Frauen in der Gruppe der Palliativpatient*innen höher (55%) als in der Gruppe der Nicht-palliativpatient*innen (51%).

Abb. 3

Geschlechtsverteilung nach Versorgungsart & -intensität



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population LLJDV364, © PMV 2019 ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

Auch hinsichtlich des Alters zeigten sich Unterschiede zwischen den Gruppen unterschiedlicher Versorgungsintensität (Tab. 40). Hierbei war in den Gruppen der Versicherten mit ambulanten Palliativleistungen das Durchschnittsalter derjenigen mit erhöhter Versorgungsintensität 6-7 Jahre niedriger als das derjenigen mit niedriger bis mittlerer Intensität. Der Unterschied innerhalb der Gruppe der Nicht-palliativpatient*innen war mit 1 Prozentpunkt deutlich geringer.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen Altersverteilung der Population nach Geschlecht (siehe Tab. 8 auf Seite 17) kann hierbei zumindest teilweise von einem Zusammenhang mit der Geschlechtsverteilung ausgegangen werden, da das allgemeine Durchschnittsalter der Männer zum Zeitpunkt des Todes etwa 7 Jahre unter dem der Frauen lag. Darüber hinaus sind auch Zusammenhänge mit den Diagnosen und der Morbidität prinzipiell plausibel.

Tab. 40 **Alter nach Versorgungsart & -intensität**

Gruppe	Versorgungsprofil	Mittelwert	Stand.-abw.	Alter (Quantile)						
				Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Palliativ (amb.)	Pall. RV (VP<Q75)	82,5	10,7	20	61	77	84	90	96	110
	Pall. RV (VP>Q75)	75,6	12,0	27	54	68	77	85	93	105
	AAPV (VP<Q75)	80,2	11,6	24	58	75	82	89	95	107
	AAPV (VP>Q75)	74,7	12,5	26	52	66	76	84	93	103
	SAPV (VP<Q75)	75,2	12,7	20	52	67	78	85	92	105
	SAPV (VP>Q75)	69,3	12,9	22	47	60	71	79	88	101
	Summe Palliativ (amb.)		78,4	12,3	20	55	72	80	87	95	110
Nicht-palliativ	Nicht-palliativ (VP<Q75)	78,0	13,7	18	52	71	81	88	95	111
	Nicht-palliativ (VP>Q75)	77,0	12,3	18	53	71	79	86	93	107
	Summe Nicht-palliativ	77,7	13,3	18	52	71	80	87	94	111
Gesamtpopulation	Gesamtpopulation	77,9	13,0	18	53	71	80	87	94	111

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

4.2.2 Diagnosen

Die Auswertung der Diagnosen erfolgte auf der Grundlage validierter Diagnosen des stationären und ambulanten Sektors (siehe auch Kapitel 2.5 auf Seite 14).

Für die Auswertung wurde ein Artikel von Murtagh et al. (2014) herangezogen, in dem die Autoren ein Set von Krankheitsgruppen bilden und dies für die Ermittlung eines palliativen Versorgungsbedarfs auf Grundlage der Einschätzung von Versorgern (im Artikel als „normative need“ bezeichnet) verwenden. Die Krankheitsgruppen setzen sich aus Gruppen von nach ICD-10 kodierten Diagnosen zusammen und wurden auf der Basis früherer Arbeiten anderer Autoren durch Murtagh et al. unter Hinzuziehung eines Expertenpanels gebildet. Die Krankheitsgruppen sollen die Diagnosebereiche zusammenfassen, die potentiell einen palliativen Versorgungsbedarf begründen können.

Tab. 41 zeigt die nach Murtagh et al. gebildeten Krankheitsgruppen mit den zugehörigen ICD-10 Codes. Die Tabelle weist außerdem die Prävalenz der Krankheitsgruppen in der Studienpopulation, sowie getrennt nach Geschlecht, aus. Dabei ist zu beachten, dass eine*r Patient*in der Regel mehrere Diagnosen aufweist.

Die am häufigsten vorkommende Krankheitsgruppe in der Population umfasst Herzkrankheiten mit Ausnahme der Herzinsuffizienz und der zerebrovaskulären Krankheiten. Insgesamt wiesen knapp 84% der Versicherten eine entsprechende Diagnose auf, mit leicht erhöhter Prävalenz bei Frauen. Die zweithäufigste Gruppe waren Atemwegserkrankungen mit einer Prävalenz von 42% (Männer: 47%, Frauen 38%), gefolgt von Alzheimer- und Demenzerkrankungen einschl. Senilität, die sich bei 39% der Versicherten finden. Hier war die Prävalenz bei Frauen mit 47% deutlich höher als bei Männern mit 30%. Es folgten

Herzinsuffizienz mit 35% (M: 32%, F: 39%), bösartige Neubildungen mit 34% (M: 39%, F: 30%), zerebrovaskuläre Krankheiten (27%), Nierenkrankheiten (23%) und Leberkrankheiten (14%). Neurodegenerative Krankheiten sowie HIV und AIDS weisen mit 5,6% bzw. 0,2% die niedrigsten Prävalenzen in der Population auf.

Tab. 41 Krankheitsgruppen nach Murtagh et al. & Prävalenz in der Studienpopulation¹

Krankheitsgruppen nach Murtagh et al., 2014		Prävalenz der Krankheitsgruppe in Population					
Bezeichnung	ICD-10 Code	Gesamt		Männer		Frauen	
		n	%	n	%	n	%
Bösartige Neubildungen	C00-C97	29.382	34,3	16.117	39,4	13.265	29,6
Herzinsuffizienz	I11, I13, I50	30.271	35,3	12.898	31,6	17.373	38,7
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60-I69	23.372	27,3	11.001	26,9	12.371	27,6
Herzkrankheiten (weitere)	I00-I10, I12, I15-I49, I51-I52	71.763	83,7	33.241	81,4	38.522	85,9
Nierenkrankheiten	N17, N18, N28, I12, I13	19.313	22,5	9.549	23,4	9.764	21,8
Leberkrankheiten	K70-K77	12.233	14,3	6.795	16,6	5.438	12,1
Atemwegserkrankungen	J06-J18, J20-J22, J40-J47 & J96	36.169	42,2	19.070	46,7	17.099	38,1
Neurodegenerative Erkrankungen	G10, G20, G35, G12.22, G90.3, G23.1	4.991	5,8	2.385	5,8	2.606	5,8
Alzheimer- und Demenzerkrankungen, Senilität	F01, F03, G30, R54	33.059	38,6	12.204	29,9	20.855	46,5
HIV-Krankheit	B20-B24	181	0,2	129	0,3	52	0,1
Keine Diagnose im Bereich		2.634	3,1	1.764	4,3	870	1,9

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Tab. 42 zeigt einen Vergleich der Gesamtprävalenz der Krankheitsgruppen nach Murtagh et al. mit der Prävalenz innerhalb der jeweiligen Versorgungsprofile. Dabei fällt auf, dass bei 7 der 10 Krankheitsgruppen nur geringe Abweichungen (weniger als 10%) zwischen den Profilen und der Gesamtpopulation auftreten. Dies betrifft die zerebrovaskulären Krankheiten, die weiteren Herzkrankheiten, Nieren- und Lebererkrankungen, Atemwegserkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen und HIV. Das bedeutet, dass diese Krankheitsgruppen in allen Profilen gleich oder ähnlich stark vertreten sind.

¹ Die von Murtagh et al. verwendete Diagnose G90.3 (englische Bezeichnung „Multi-system degeneration of the autonomic nervous system“) wird im deutschsprachigen ICD-10 nicht verwendet und deshalb hier nicht berücksichtigt.

Herzinsuffizienz und Alzheimer- und Demenzerkrankungen wiesen eine mittlere Abweichung (10-25%) von der Gesamtpopulation zu den Profilen auf. Für die Herzinsuffizienz fand sich eine um knapp 10 Prozentpunkte niedrigere Prävalenz unter SAPV-Patient*innen, während die anderen Palliativprofile und auch die nicht-palliative Versorgung eine Prävalenz ähnlich zur Gesamtpopulation aufweisen. Die Prävalenz von Alzheimer- und Demenzerkrankungen war bei Patient*innen der palliativen Regelversorgung um fast 11 Prozentpunkte gegenüber der Gesamtpopulation erhöht, während sie bei SAPV-Patient*innen um mehr als 11 Prozentpunkte niedriger lag. AAPV-Patient*innen wiesen eine leicht erhöhte Prävalenz (knapp 8 Prozentpunkte) auf.

Die stärksten Abweichungen fanden sich bei Patient*innen mit bösartigen Neubildungen. Lag die durchschnittliche Prävalenz hier bei knapp 34%, war sie für alle palliativen Profile erhöht: um knapp 15 Prozentpunkte für pall. RV, 23 Prozentpunkte für AAPV und 46 Prozentpunkte für SAPV. Im Vergleich dazu lag die Prävalenz bei Nicht-palliativpatient*innen knapp 10 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt.

Interessant ist, dass von 2.644 Versicherten, die keine Diagnose innerhalb der von Murtagh et al. gebildeten Krankheitsgruppen aufweisen, 2.562 im letzten Lebensjahr nicht-palliativ versorgt wurden. Daraus lässt sich schließen, dass die eingeschlossenen Diagnosen zumindest die Inanspruchnahme palliativer Versorgung gut abbilden.

Tab. 42

Prävalenz der Krankheitsgruppen nach Versorgungsprofil

Krankheitsgruppen nach Murtagh et al., 2014 Bezeichnung	Prävalenz der Krankheitsgruppe nach Versorgungsprofil									
	Gesamtpop.		Pall. RV		AAPV		SAPV		Nicht-palliativ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bösartige Neubildungen	29.382	34,3	4.151	49,2	6.182	57,6	4.280	80,5	14.769	24,1
Herzinsuffizienz	30.271	35,3	3.110	36,8	3.674	34,2	1.356	25,5	22.131	36,2
Zerebrovaskuläre Krankheiten	23.372	27,3	2.423	28,7	2.946	27,4	1.077	20,3	16.926	27,7
Herzkrankheiten (weitere)	71.763	83,7	7.181	85,1	8.892	82,8	4.075	76,7	51.615	84,3
Nierenkrankheiten	19.313	22,5	2.018	23,9	2.467	23,0	1.063	20,0	13.765	22,5
Leberkrankheiten	12.233	14,3	1.184	14,0	1.527	14,2	852	16,0	8.670	14,2
Atemwegserkrankungen	36.169	42,2	3.707	43,9	4.547	42,3	2.288	43,0	25.627	41,9
Neurodegenerative Erkrankungen	4.991	5,8	621	7,4	712	6,6	250	4,7	3.408	5,6
Alzheimer- und Demenzkrankungen, Senilität	33.059	38,6	4.159	49,3	4.972	46,3	1.436	27,0	22.492	36,7
HIV-Krankheit	181	0,2	14	0,2	21	0,2	12	0,2	134	0,2
Keine Diagnose im Bereich	2.634	3,1	37	0,4	28	0,3	10	0,2	2.559	4,2

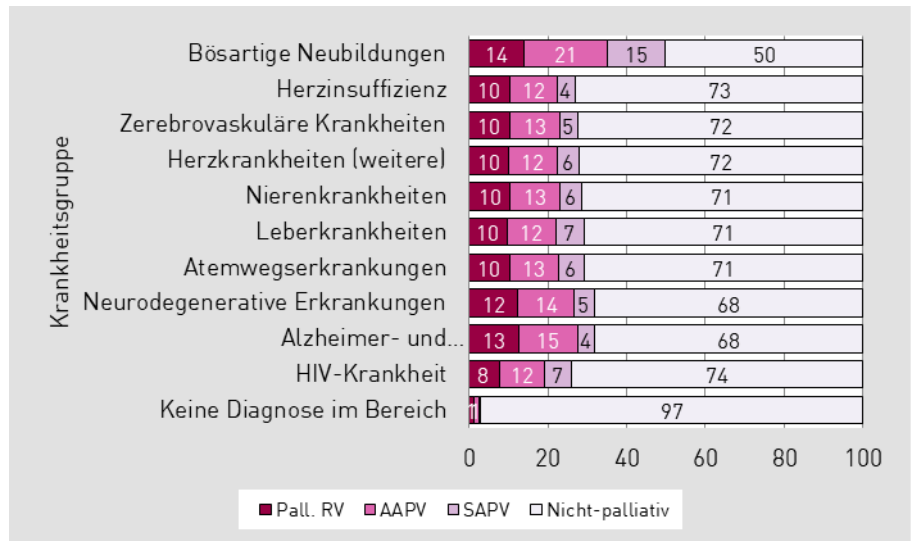
Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Der starke Unterschied von Krebserkrankungen im Vergleich zu allen anderen Krankheitsgruppen wird auch in der folgenden Auswertung (Abb. 4) sichtbar. Das Diagramm zeigt, welche Art von Versorgung Versicherte mit der jeweiligen Krankheitsgruppe erhalten. Dabei bildet ein Balken die Gesamtheit der Versicherten mit Diagnosen in der jeweiligen Gruppe ab und die Prozentwerte weisen aus, wie sich diese auf die Versorgungsprofile verteilen.

Das dominante Muster ist das der nicht-palliativen Versorgung, die für alle Krankheitsgruppen außer den bösartigen Neubildungen einen Anteil zwischen 68% und 74% ausmachte. Lediglich bei den Krebserkrankungen lag ein Anteil von 50% nicht-palliativ zu 50% ambulant palliativ vor. Dabei war in dieser Krankheitsgruppe sowohl der Anteil der AAPV-, als auch der SAPV-Patient*innen gegenüber den anderen Gruppen erhöht. Er lag bei 21% für die AAPV und 15% für die SAPV. Im Vergleich dazu schwankten der AAPV-Anteil bei den anderen Krankheitsgruppen zwischen 12% und 15% und der SAPV-Anteil zwischen 4% und 7%. Krankheitsgruppen, bei denen 7% der Betroffenen in der Gruppe SAPV erhielten, sind die Leberkrankheiten und HIV/AIDS. Den niedrigsten Anteil (4%) hatte die SAPV bei der Herzinsuffizienz und den Alzheimer- und Demenzerkrankungen.

Abb. 4

Versorgungsart für Versicherte mit bestimmten Krankheitsgruppen



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population LLJDV364, © PMV 2019 ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

Tab. 43 zeigt eine weitere Auswertung der Prävalenzen der einzelnen Krankheitsgruppen, diesmal aufgeteilt nach der Versorgungsintensität. Im Vergleich zur durchschnittlichen Prävalenz der Gruppen in der Gesamtpopulation zeigt sich bei fast allen Krankheitsgruppen eine erhöhte Prävalenz unter den Versicherten mit einer erhöhten Versorgungsintensität. Ausnahmen sind hier lediglich die Alzheimer- und Demenzerkrankungen, bei denen die Prävalenz um knapp 2 Prozentpunkte niedriger ist, sowie die neurodegenerativen Erkrankungen und HIV/AIDS, bei denen die Prävalenzen (nahezu) gleich sind. Diese erhöhten Prävalenzen können als Zusammenhang zwischen erhöhter Versorgungsintensität und Morbidität betrachtet werden.

Die deutlichsten Unterschiede ergeben sich bei den Atemwegserkrankungen, deren Prävalenz bei erhöhter Versorgungsintensität um etwas mehr als 10 Prozentpunkte erhöht ist, sowie bei den bösartigen Neubildungen mit einer Erhöhung um etwas mehr als 8 Prozentpunkte. Beide Krankheitsgruppen sind also in einem besonderen Maß mit einer erhöhten Versorgungsintensität assoziiert. Da beide Krankheitsgruppen auch eine erhöhte Prävalenz unter Männern aufweisen, kann dies als eine mögliche Erklärung für den erhöhten Männeranteil unter den intensiver versorgten Patienten angesehen werden.

Tab. 43

Prävalenz der Krankheitsgruppen nach Versorgungsintensität

Krankheitsgruppen Bezeichnung	Prävalenz der Krankheitsgruppe nach Versorgungsintensität					
	Gesamtpop.		Versorgungsintensität			
	n	%	VP < Q75		VP > Q75	
	n	%	n	%	n	%
Bösartige Neubildungen	18.629	30,7	10.753	42,9	10.198	55,0
Herzinsuffizienz	20.078	33,1	10.193	40,6	6.312	34,1
Zerebrovaskuläre Krankheiten	15.982	26,4	7.390	29,5	5.021	27,1
Herzkrankheiten (weitere)	50.084	82,6	21.679	86,4	15.383	83,0
Nierenkrankheiten	12.240	20,2	7.073	28,2	4.144	22,4
Leberkrankheiten	7.930	13,1	4.303	17,1	2.528	13,6
Atemwegserkrankungen	23.002	37,9	13.167	52,5	7.479	40,4
Neurodegenerative Erkrankungen	3.548	5,9	1.443	5,8	1.273	6,9
Alzheimer- und Demenzerkrankungen, Senilität	23.873	39,4	9.186	36,6	8.602	46,4
HIV-Krankheit	120	0,2	61	0,2	35	0,2
Keine Diagnose im Bereich	2.428	4,0	206	0,8	73	0,4

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population LLJDV364, © PMV 2019 ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

4.2.3 Versorgung & deren Kosten

Die Analyse der Versorgung im letzten Lebensjahr ermöglicht eine genauere Charakterisierung von Patient*innen, die in dieser Zeit palliative Leistungen erhalten haben im Vergleich zu denjenigen, bei denen dies nicht der Fall ist. Dabei steht die erhaltene Versorgung in enger Beziehung sowohl zu den Diagnosen bzw. der Krankheitslast der Versicherten, als auch zu den bereits ausgewerteten Versorgungsverläufen.

Methodisch wurden die Kosten der Versorgung in den unterschiedlichen Leistungsbereichen ausgewertet, da sie approximativ sowohl für die Häufigkeit als auch die Intensität der Versorgung verstanden werden können. Für die SAPV erlauben insbesondere die Kosten des ambulanten und des Krankenhausesektors, aber auch (mit Einschränkungen) die Kosten der Arzneimittelverordnungen einen Rückschluss auf die Erreichung der Versorgungsziele, die in der Richtlinie benannt sind. Ein Wechsel von kurativer zu palliativer Versorgung mit Beginn der SAPV müsste sich zumindest teilweise in den Kosten widerspiegeln.

Die Versorgungskosten wurden zunächst getrennt nach Sektoren bzw. Versorgungsart (Heilmittel, Hilfsmittel, Arzneimittel) ausgewertet. Abschließend wurden die Gesamtkosten über alle Kostenarten ausgewertet. Alle Kosten wurden als Kosten pro Kopf, bezogen auf die jeweilige Grundgesamtheit angegeben, so dass Unterschiede in der Größe der Gruppen nicht ins Gewicht fallen. Die Kosten wurden zunächst für drei Zeitabschnitte ausgewertet, die sich gleichermaßen für alle vier Versichertengruppen bilden lassen:

- 365 Tage vor Tod (letztes Lebensjahr)
- 60 Tage vor Tod
- 30 Tage vor Tod

Zusätzlich wurden für Versicherte, die im letzten Lebensjahr Leistungen der ambulanten palliativen Regelversorgung (Pall. RV), der AAPV bzw. der SAPV erhalten haben, die Kosten ab Beginn der jeweils ersten Versorgungsperiode ausgewertet. Da der Beginn der Versorgung sich zwischen den drei Versorgungsarten stark unterscheidet (siehe Abschnitt 3.5), wurden für einige Auswertungen die Kosten zusätzlich noch auf die individuelle Versorgungsdauer (Anzahl der Tage unter jeweiliger Versorgung vor Tod) normiert, um so die Vergleichbarkeit der Kosten zwischen den Versorgungsarten zu erleichtern.

Ambulante Versorgung, einschl. Palliativversorgung

Für die Auswertung der ambulanten Versorgung (Tab. 44) wurden die Kosten der ambulanten Palliativversorgung (Pall. RV, AAPV und SAPV) zunächst angenommen und später separat ausgewertet. Ähnlich wie die Statistiken zum Beginn der Versorgung sind die Kosten durch schiefe Verteilungen gekennzeichnet, so dass sich die Interpretation überwiegend auf die Quantile stützt.

Im Mittel erhielten Versicherte mit palliativer Versorgung (Pall. RV, AAPV oder SAPV) im letzten Lebensjahr mehr ambulante Leistungen – bemessen in Kosten – als Versicherte ohne palliative Leistungen. Im Median lagen dabei die Kosten der ambulanten Versorgung im letzten Lebensjahr bei 1.261€ für Versicherte, die maximal Leistungen der Pall. RV erhalten haben. Mit 1.390€ liegen Patient*innen mit AAPV etwas höher, gefolgt von SAPV Patient*innen mit 1.413€. Im Vergleich dazu lagen Patient*innen ohne Palliativleistungen im letzten Lebensjahr bei 869€.

In den letzten 60 Tagen vor Tod verändert sich dieses Bild und auf Versicherte mit SAPV entfielen weniger Kosten als auf diejenigen mit Pall. RV und AAPV, aber immer noch mehr als auf nicht-palliative Versicherte. Die Mediankosten für Pall. RV und AAPV Patient*innen lagen bei 314€ bzw. 326€ und die für SAPV Patient*innen bei 252€, wobei für Patient*innen ohne Palliativleistungen Kosten pro Kopf von 174€ anfielen. Für 25% der SAPV Patient*innen begann die SAPV 66 Tage vor Tod, so dass hierin ein möglicher Grund für die geringeren Kosten in dieser Gruppe gesehen werden kann. Eine laufende SAPV-Versorgung bedeutet prinzipiell, dass keine hausärztlichen Leistungen mehr erbracht werden, da die Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erfolgt. In der Praxis ist dies nicht zwangsläufig der Fall, da zum einen die SAPV-Versorgung unterbrochen wird, zum anderen hausärztliche Leistungen auch während SAPV abgerechnet werden. Nichtsdestotrotz scheint eine Reduzierung der Kosten des ambulanten Sektors mit zunehmender Prävalenz von SAPV plausibel. Dies scheint auch dadurch bestätigt zu werden, dass die ambulanten Kosten der SAPV-Patient*innen in den letzten 30 Tagen vor Tod mit 123€ im Vergleich zu AAPV und Pall. RV und dem 60 Tage Zeitintervall nochmal niedriger waren.

Tab. 44

Kosten pro Kopf der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €) der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) im letzten Lebensjahr									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	1.937,6	3.041,9	57	451	849	1.261	1.936	5.085	45.956
AAPV	2.254,6	3.549,5	0	484	897	1.390	2.317	6.030	87.379
SAPV	2.376,6	3.183,5	0	395	847	1.413	2.718	7.019	48.133
Nicht-palliativ	1.669,2	3.955,0	0	151	508	869	1.398	4.029	92.071
Kosten pro Kopf (in €) der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) in den 60 Tagen vor Tod									
Pall. RV	467,0	658,1	0	70	189	314	511	1.188	13.514
AAPV	517,8	982,1	0	87	198	326	536	1.329	38.607
SAPV	443,5	773,5	0	34	131	252	472	1.352	16.612
Nicht-palliativ	348,9	841,6	0	0	79	174	321	919	36.040
Kosten pro Kopf (in €) der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) in den 30 Tagen vor Tod									
Pall. RV	274,0	365,1	0	16	99	188	323	725	6.275
AAPV	300,6	623,7	0	28	106	191	328	755	23.780
SAPV	224,4	422,2	0	0	53	123	245	684	10.296
Nicht-palliativ	191,0	496,8	0	0	22	90	193	531	29.940

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Dies bestätigt auch die Auswertung der ambulanten Versorgung ab dem individuellen Beginn der Palliativleistungen. Hier lagen die Mediankosten für SAPV-Patient*innen bei 97€ im Vergleich zu 394€ für die AAPV und 320€ für die Pall. RV. Da sich die drei Versorgungsarten deutlich bzgl. der Dauer der Inanspruchnahme unterscheiden, sind diese Werte zunächst nicht direkt vergleichbar, siehe unten.

Auffällig ist generell die Bandbreite des Versorgungsumfangs pro Versichertem: im Falle der SAPV Patient*innen waren die ambulanten Kosten im 75% Quantil etwa 2,6-mal so hoch wie im Median, im 95% Quantil sogar mehr als 14-mal so hoch. Ein ähnliches Bild, wenn auch mit weniger starkem Anstieg für das 95% Quantil, ist auch für die AAPV und die Pall. RV zu beobachten.

Tab. 45

Kosten pro Kopf der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) ab Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €) der amb. Versorgung (ohne Pall.) ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	774,4	1.763,4	13	47	143	320	780	2.613	31.731
AAPV	976,3	2.500,6	0	49	157	394	1.025	3.322	87.379
SAPV	343,2	946,0	0	0	40	97	256	1.381	24.045

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Normiert man die Kosten pro Kopf auf die individuelle Versorgungsdauer, indem man sie durch die Anzahl der Tage teilt, für die Patient*innen Leistungen erhalten haben, ist auch ein direkter Vergleich der Kostenverhältnisse zwischen Pall. RV, AAPV und SAPV möglich, siehe Tab. 46. Hier zeigt sich, dass die Kosten für die ambulante Versorgung bei SAPV Patient*innen im Mittelwert etwa ein Viertel unter den Kosten für AAPV und ein Drittel unter den Kosten für Pall. RV Patient*innen lagen.

Tab. 46

Kosten pro Kopf und Tag der ambulanten Versorgung (ohne Palliativ) ab Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf und Tag (in €) der amb. Versorgung (ohne Pall.) ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	14,5	25,9	0	2	4	7	15	54	1.255
AAPV	13,6	23,4	0	2	4	7	15	45	666
SAPV	10,0	22,5	0	0	2	4	10	38	834

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Ambulante Palliativversorgung

Die Auswertung der ambulanten Palliativversorgung erfolgt getrennt nach Versorgungsgruppen, also der maximal im letzten Lebensjahr erhaltenen Art ambulanter Palliativversorgung. Entsprechend werden für AAPV Patient*innen auch Leistungen der Pall. RV ausgewiesen und für SAPV Patient*innen auch Leistungen der AAPV und Pall. RV.

Tab. 47 zeigt, dass die Kosten für Leistungen der Pall. RV bei Patient*innen, die ausschließlich diese Art palliativer Leistung im letzten Lebensjahr erhalten haben, im Median bei 61€ lagen. Dabei wurde der individuelle Zeitraum vom Beginn der Versorgung bis zum Tod betrachtet. Diese Kosten stiegen im 95% Quantil bis 203€ an. Dies kann im Vergleich zu den allgemeinen ambulanten Versorgungskosten (oben), aber auch zu den Kosten der AAPV und vor allem

der SAPV zunächst niedrig erscheinen. Dabei ist aber zu beachten, dass unter den entsprechenden vier Abrechnungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM, siehe Abschnitt 2.4) lediglich

- die palliativmedizinische Ersterhebung (Ziffer 03370) mit einem Abrechnungsumfang von 35,59€ (Stand: 4. Quartal 2016),
- der Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis (Ziffer 03371) mit einem Abrechnungsumfang von 16,59€ (Stand: 4. Quartal 2016), und
- zwei Zuschläge für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (Ziffern 03372, 03373) mit einem Abrechnungsumfang von jeweils 12,94€ (Stand: 4. Quartal 2016)

enthalten sind. D.h., dass die eigentlichen ambulanten Leistungen zusätzlich zu diesen Zuschlagsziffern über die regulären EBM-Ziffern der nicht-palliativen Leistungen abgerechnet werden und damit in dieser Auswertung nicht auftauchen.

Tab. 47 Kosten pro Kopf der ambulanten Palliativversorgung von Pall. RV Patient*innen ab Beginn der Pall. RV nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €) der amb. Palliativversorgung von Pall. RV Patient*innen ab Beginn Pall. RV									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	79,5	71,1	12	17	47	61	87	203	1.195

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr Pall. RV Leistungen erhalten haben. N = 8.442. © PMV 2019

Patient*innen, die im letzten Lebensjahr maximal Leistungen der AAPV erhalten haben, erhielten nach Beginn der AAPV nur in sehr geringem Umfang noch Leistungen der Pall. RV, siehe Tab. 48. Im Median lagen die Kosten pro Kopf bei 0€ und lediglich für 5% der Betroffenen bei 39€ oder mehr. Die Kosten für AAPV Leistungen lagen bei 411€ im Median und bei 2385€ im 95% Quantil. Auch hier wird über die entsprechenden Abrechnungsziffern lediglich ein Teil des Leistungsspektrums abgebildet, welches unter anderem Koordinationsaufgaben und Konsile, Dokumentation und Bereitschaftsdienste abdeckt. Weitere Versorgungsleistungen werden über die regulären EBM-Ziffern abgerechnet und sind hier nicht enthalten.

Tab. 48 Kosten pro Kopf der ambulanten Palliativversorgung von AAPV Patient*innen ab Beginn der AAPV nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €) der amb. Palliativversorgung von AAPV Patient*innen ab Beginn AAPV									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	5,3	27,4	0	0	0	0	0	39	916
AAPV	712,7	931,2	0	73	205	411	840	2.385	17.789

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr AAPV-Leistungen erhalten haben. N = 10.737. © PMV 2019

Auch bei Versicherten, die im letzten Lebensjahr maximal Leistungen der SAPV erhalten haben stellt es sich so dar, dass sie (gemessen an den Kosten) nach Beginn der SAPV nur in geringem Umfang auch Leistungen der Pall. RV oder der AAPV erhalten haben. Für beide Versorgungsarten liegen die Mediankosten bei 0€ und die Kosten im 95% Quantil bei 49€ (Pall. RV) bzw. 532€ (AAPV).

Die Mediankosten der SAPV-Versorgung lagen bei 2.775€ pro Kopf, mit einer Bandbreite von 460€ im 5% Quantil und 24.600€ im 95% Quantil. Anders als bei Pall. RV und AAPV wird hier über die entsprechenden Abrechnungsziffern allerdings das gesamte Leistungsspektrum des SAPV-Teams abgerechnet. So können beispielsweise für die additiv unterstützende Teilversorgung (Ziffer 92155) maximal 135€ pro Tag und für die vollständige Versorgung (Ziffer 92157) maximal 255€ pro Tag abgerechnet werden.

Tab. 49 Kosten pro Kopf der ambulanten Palliativversorgung von SAPV Patient*innen ab Beginn der SAPV nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €) der amb. Palliativversorgung von SAPV Patient*innen ab Beginn SAPV									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	7,3	30,6	0	0	0	0	0	49	653
AAPV	105,3	509,2	0	0	0	0	0	532	13.626
SAPV	6.204,4	9.293,6	0	460	1.105	2.775	7.050	24.600	82.575

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr SAPV-Leistungen erhalten haben. N = 5.316. © PMV 2019

Insgesamt zeigt diese Auswertung, dass die drei ambulanten palliativen Versorgungsformen ab ihrem individuellen Beginn in den meisten Fällen die einzige Form ambulanter palliativer Versorgung waren, die die Patient*innen erhielten.

Krankenhausversorgung

Die Auswertung der Krankenhaustage vor dem Tod und insb. nach Beginn der SAPV-Versorgung in Abschnitt 4.3.1 haben bereits gezeigt, dass SAPV-Patient*innen kurz vor dem Tod weniger Krankenhausversorgung als Angehörige der anderen Gruppen erhielten. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Auswertung der Kosten wieder.

So lagen die Mediankosten der Krankenhausversorgung für SAPV Patient*innen bei etwa 13.100€ pro Kopf im letzten Lebensjahr, bei etwa 3.118€ in den 60 Tagen vor Tod und bei 0€ in den 30 Tagen vor Tod. Im Vergleich dazu lagen die Kosten in den anderen drei Gruppen zwischen rund 7.600€ und 9.600€ im letzten Lebensjahr sowie etwa 2.600€ und 3.100€ in den 60 Tagen vor Tod. In den 30 Tagen vor Tod wiesen auch AAPV Patient*innen 0€ Kosten im Median auf, im Vergleich zu 738€ für Pall. RV und 1.890€ für nicht-palliative Patient*innen.

Tab. 50 Kosten pro Kopf der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart

Versorgungsart	Kosten pro Kopf (in €) der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr								
	Mittelwert	Stand.-abw.	Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	14.271,4	20.102,7	0	0	2.944	8.779	18.448	44.304	364.584
AAPV	14.975,4	21.542,4	0	0	3.380	9.614	19.206	44.938	539.742
SAPV	17.881,6	19.298,3	0	0	6.139	13.129	23.660	49.435	341.322
Nicht-palliativ	15.969,6	28.047,1	0	0	2.204	7.665	18.100	59.013	687.733
Kosten pro Kopf (in €) der Krankenhausversorgung in den 60 Tagen vor Tod									
Pall. RV	4.822,9	7.795,7	0	0	0	2.628	6.611	16.045	194.793
AAPV	4.645,8	8.698,5	0	0	0	2.675	6.538	15.331	521.794
SAPV	4.690,7	5.783,7	0	0	0	3.118	7.166	14.810	119.003
Nicht-palliativ	7.704,4	14.260,3	0	0	0	3.134	8.688	33.382	301.627
Kosten pro Kopf (in €) der Krankenhausversorgung in den 30 Tagen vor Tod									
Pall. RV	2.792,9	5.637,9	0	0	0	738	3.797	10.504	194.793
AAPV	2.354,8	6.713,5	0	0	0	0	3.470	8.833	521.794
SAPV	1.998,4	3.748,4	0	0	0	0	3.137	8.252	119.003
Nicht-palliativ	4.805,7	9.619,9	0	0	0	1.890	5.406	21.588	232.854

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Betrachtet man die Krankenhauskosten für jede der drei Palliativgruppen ab Beginn der jeweiligen Palliativversorgung (Tab. 51), zeigen sich teils deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. So lagen die Mediankosten der SAPV Patient*innen auch hier bei 0€, im Vergleich zu 134€ bei AAPV und 1.661€ bei Pall. RV. Die Kosten im 75% Quantil lagen bei 926€ für SAPV, 6.181€ für AAPV und 6.906€ für Pall. RV. Die Kosten im 95% Quantil zeigen deutlich, dass bei einer kleinen Untergruppe trotz palliativer Versorgung noch vergleichsweise hohe Krankenhauskosten anfielen.

Tab. 51 **Kosten pro Kopf der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart**

Kosten pro Kopf (in €) der Krankenhausversorgung ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	5.968,7	12.985,9	0	0	0	1.661	6.906	25.103	329.924
AAPV	5.297,7	12.754,9	0	0	0	134	6.181	22.869	539.742
SAPV	2.077,7	5.967,4	0	0	0	0	926	11.707	119.003

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Die Normierung auf die Länge der individuellen Palliativversorgung zeigt, dass es sich bei den Unterschieden zwischen den Gruppen nicht um einen Zeiteffekt handelt, da das Verteilungsmuster sich auch hier in ähnlicher Form zeigt (Tab. 52).

Tab. 52 **Kosten pro Kopf und Tag der Krankenhausversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart**

Kosten pro Kopf und Tag (in €) der Krankenhausversorgung ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	75,2	157,5	0	0	0	14	86	327	2.104
AAPV	54,3	147,1	0	0	0	1	59	239	6.981
SAPV	34,2	93,5	0	0	0	0	16	191	2.833

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Hospizversorgung

Insgesamt nehmen etwa 3,6% der Verstorbenen im letzten Lebensjahr Hospizleistungen in Anspruch. Entsprechend finden sich für den Großteil der Verstorbenen in der Population keine Hospizkosten.

In allen drei Zeiträumen (letztes Lebensjahr, 60 Tage vor Tod, 30 Tage vor Tod) liegen die Kosten im 95% Quantil für Versicherte mit maximal Pall. RV Leistungen bei 0€, für AAPV-Patient*innen zwischen rund 1.200€ und 2.400€ und für SAPV-Patient*innen zwischen rund 2.300€ und 8.000€ (siehe Tab. 53).

Tab. 53 Kosten pro Kopf der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart

Versorgungsart	Kosten pro Kopf (in €) der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr								
	Mittelwert	Stand.-abw.	Min	5%	25%	Quantile Median	75%	95%	Max
Pall. RV	47,0	802,9	0	0	0	0	0	0	37.235
AAPV	599,7	3.457,9	0	0	0	0	0	2.444	74.420
SAPV	1.245,9	4.763,0	0	0	0	0	0	7.978	70.125
Kosten pro Kopf (in €) der Hospizversorgung in den 60 Tagen vor Tod									
Pall. RV	30,0	394,5	0	0	0	0	0	0	9.805
AAPV	368,4	1.483,7	0	0	0	0	0	2.294	13.453
SAPV	580,0	1.895,2	0	0	0	0	0	4.500	14.894
Kosten pro Kopf (in €) der Hospizversorgung in den 30 Tagen vor Tod									
Pall. RV	16,6	203,4	0	0	0	0	0	0	6.424
AAPV	191,6	738,4	0	0	0	0	0	1.187	7.392
SAPV	299,1	947,6	0	0	0	0	0	2.250	7.587

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707.

An diesem Bild ändert sich auch bei einer Betrachtung der Kosten ab Beginn der Palliativversorgung nichts (Tab. 55).

Tab. 54 Kosten pro Kopf der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Versorgungsart	Kosten pro Kopf (in €) der Hospizversorgung ab Beginn Palliativversorgung								
	Mittelwert	Stand.-abw.	Min	5%	25%	Quantile Median	75%	95%	Max
Pall. RV	40,9	739,8	0	0	0	0	0	0	37.235
AAPV	536,1	3.242,3	0	0	0	0	0	1.928	74.420
SAPV	1.169,4	4.616,0	0	0	0	0	0	7.382	70.125

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495.

Die Auswertung der Kosten pro Kopf und Tag zeigt ein ähnliches Bild.

Tab. 55

Kosten pro Kopf und Tag der Hospizversorgung im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf und Tag (in €) der Hospizversorgung ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	0,6	7,5	0	0	0	0	0	0	198
AAPV	8,8	30,1	0	0	0	0	0	63	266
SAPV	19,8	55,4	0	0	0	0	0	154	525

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495.

Heil- und Hilfsmittelverordnungen

Die Kosten für die Heil- und Hilfsmittelverordnungen lagen im Median bei etwas über 1.000€ für Pall. RV und AAPV Patient*innen im letzten Lebensjahr, im Vergleich zu etwa 1.600€ für SAPV und etwa 440€ für nicht-palliative Patient*innen. An dieser grundsätzlichen Verteilung zwischen den Gruppen ändert sich auch bei der Auswertung der 60 bzw. 30 Tage vor Tod nichts.

Einschränkend ist zu sagen, dass bei entsprechende Verordnungen, die während eine Krankenhausaufenthaltes erfolgen, eine Abrechnung über die DRG des Krankenhauses erfolgen kann, so dass diese Kosten hier nicht erfasst wären.

Tab. 56 Heil- und Hilfsmittelverordnungen

Kosten pro Kopf (in €) der Heil- und Hilfsmittelverordnungen im letzten Lebensjahr									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	1.914,4	3.114,1	0	0	376	1.045	2.270	6.527	69.588
AAPV	2.002,3	3.215,1	0	0	371	1.081	2.398	6.792	75.720
SAPV	2.561,2	3.571,4	0	71	768	1.579	3.128	7.801	62.703
Nicht-palliativ	1.262,9	2.326,9	0	0	0	435	1.502	5.355	66.332
Kosten pro Kopf (in €) der Heil- und Hilfsmittelverordnungen in den 60 Tagen vor Tod									
Pall. RV	464,9	830,7	0	0	48	166	610	1.722	23.253
AAPV	501,9	906,4	0	0	48	183	661	1.833	24.896
SAPV	852,5	1.000,7	0	0	138	595	1.208	2.650	19.610
Nicht-palliativ	258,9	620,3	0	0	0	51	267	1.203	28.141
Kosten pro Kopf (in €) der Heil- und Hilfsmittelverordnungen in den 30 Tagen vor Tod									
Pall. RV	245,1	476,0	0	0	0	42	290	1.100	9.743
AAPV	270,3	601,3	0	0	0	49	314	1.187	21.251
SAPV	520,0	700,8	0	0	28	262	774	1.795	8.802
Nicht-palliativ	128,1	367,0	0	0	0	9	84	656	18.469

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Für den Zeitraum nach Beginn der Palliativversorgung verändert sich das oben beschriebene Bild leicht. Hier lagen die Kosten für Versicherte mit AAPV mit knapp 3.900€ im Median höher als für Versicherte mit SAPV (~3.200€) bzw. Pall. RV (~3.100€).

Tab. 57 Kosten pro Kopf der Heil- und Hilfsmittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €) der Heil- und Hilfsmittelverordnungen ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	714,0	1.854,4	0	0	0	110	715	3.078	64.809
AAPV	932,6	2.366,6	0	0	0	205	958	3.906	75.608
SAPV	838,6	2.220,0	0	0	0	260	956	3.194	62.063

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung, die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Die normierten Kosten pro Kopf und Tag waren dann allerdings für SAPV-Patient*innen mit 7€ im Median mehr als 3mal so hoch wie für AAPV und Pall. RV Patient*innen (2€).

Tab. 58

Kosten pro Kopf und Tag der Heil- und Hilfsmittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf und Tag (in €) der Heil- und Hilfsmittelverordnungen ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	7,6	17,3	0	0	0	2	8	31	330
AAPV	9,0	27,6	0	0	0	2	9	35	1.379
SAPV	23,7	57,7	0	0	0	7	24	95	1.130

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Arzneimittelverordnungen

Für die Analyse der Arzneimittelverordnungen wurden zunächst die Kosten aller Arzneimittel pro Patient*in in den entsprechenden Zeitabschnitten ausgewertet (Tab. 59), ausgehend vom Datum der Abgabe des Arzneimittels in der Apotheke.

Die Mediankosten lagen für Patient*innen der Pall. RV bei 1.460€, der AAPV bei 1.723€ und der SAPV bei 3.016€ pro Kopf im letzten Lebensjahr. Im Vergleich dazu entfielen auf nicht-palliative Patient*innen 972€ pro Kopf. Auch hier fällt die große Bandbreite der Kostenverteilung in der Gruppe auf: für Pall. RV Patient*innen lagen die Kosten zwischen 233€ im 5% Quantil und 9.984€ im 95% Quantil und damit dort rund 43mal höher. Die Kosten für AAPV Patient*innen lagen zwischen 259€ und 15.828€ und damit im oberen Quantil rund 61mal höher als im unteren. Arzneimittelkosten für SAPV Patient*innen lagen zwischen 505€ im 5% Quantil und 24.957€ im 95% Quantil und damit in letzterem rund 49mal höher als in ersterem.

Auch in den 60 bzw. 30 Tagen vor Tod spielten Arzneimittel bei Versicherten mit SAPV Leistungen eine größere Rolle als in den anderen Gruppen. In den 30 Tagen vor Tod lagen die Mediankosten für SAPV Patient*innen bei 580€, im Vergleich zu 211€ bei AAPV, 161€ bei Pall. RV und 54€ bei nicht-palliativen Patient*innen.

Tab. 59 Kosten pro Kopf der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €, netto) der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	3.061,8	6.374,4	0	233	727	1.460	2.884	9.984	122.124
AAPV	4.026,9	8.139,2	0	259	830	1.723	3.552	15.828	138.165
SAPV	6.371,5	9.880,5	0	505	1.507	3.016	6.565	24.957	129.160
Nicht-palliativ	1.926,2	4.554,7	0	30	381	972	2.029	5.850	246.742
Kosten pro Kopf (in €, netto) der Arzneimittelverordnungen in den 60 Tagen vor Tod									
Pall. RV	695,6	1.410,8	0	27	144	327	676	2.335	29.130
AAPV	920,0	1.930,8	0	37	180	400	851	3.416	53.056
SAPV	1.781,9	2.428,8	0	137	469	955	2.000	6.590	24.744
Nicht-palliativ	357,5	980,1	0	0	41	154	377	1.133	59.357
Kosten pro Kopf (in €, netto) der Arzneimittelverordnungen in den 30 Tagen vor Tod									
Pall. RV	373,4	843,7	0	0	54	161	369	1.266	29.130
AAPV	488,4	1.049,7	0	0	78	211	472	1.782	24.914
SAPV	1.036,2	1.441,5	0	44	253	580	1.191	3.781	14.831
Nicht-palliativ	177,3	546,8	0	0	0	54	181	622	34.690

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Ein ähnliches Bild ergab auch die Auswertung der Arzneimittelverordnungen nach Beginn der jeweiligen Palliativversorgung, sowohl bei den Kosten pro Kopf als auch bei den auf die Anzahl der Versorgungstage normierten Kosten.

Tab. 60 Kosten pro Kopf der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf (in €, netto) der Arzneimittelverordnungen ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	1.318,4	4.256,7	0	0	72	315	1.022	5.013	99.579
AAPV	1.957,5	5.685,3	0	0	127	478	1.504	7.466	104.591
SAPV	2.110,5	5.124,2	0	0	216	693	1.946	8.475	113.400

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Tab. 61

Kosten pro Kopf und Tag der Arzneimittelverordnungen im letzten Lebensjahr und nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Kosten pro Kopf und Tag (in €, netto) der Arzneimittelverordnungen ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	14,0	29,8	0	0	2	6	14	52	764
AAPV	18,9	40,2	0	0	3	8	18	75	1.583
SAPV	53,4	100,7	0	0	13	28	62	181	4.542

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Gesamtkosten der Versorgung

Abschließend wurden die Kosten aller Versorgungssektoren sowie der Heil-, Hilfs- und Arzneimittelverordnungen zusammen ausgewertet, um so einen Gesamtüberblick über Häufigkeit und Intensität der Versorgung im letzten Lebensjahr zu erhalten.

Tab. 62 zeigt die Gesamtkosten nach Versichertengruppe, wiederum für die Zeit des letzten Lebensjahres, der 60 Tage vor Tod und der 30 Tage vor Tod. Als ein genereller Trend kann beobachtet werden, dass Patient*innen, die im letzten Lebensjahr maximal SAPV erhalten haben, die aufwändigste Gruppe mit den höchsten Kosten waren. Die Mediankosten pro Kopf im letzten Lebensjahr lagen bei 30.461€, mit einer Bandbreite von 1.302€ im 5% Quantil bis 87.203€ im 95% Quantil. Damit lagen die Kosten jeweils deutlich über denen für Patient*innen mit AAPV, Pall. RV und nicht-palliativen Patient*innen. Letztere erhielten mit 12.091€ im Median die wenigste Versorgung im letzten Lebensjahr.

An dieser Verteilung ändert sich nicht viel, wenn die letzten 60 bzw. 30 Tage vor dem Tod betrachtet werden. Hier lagen die Mediankosten der SAPV Patient*innen mit 11.690€ bzw. 6.664€ pro Kopf deutlich höher als für alle anderen Gruppen.

Mit Blick auf nicht-palliative Patient*innen fällt einerseits auf, dass deren Mediankosten in den 30 Tagen vor Tod mit 2.487€ über denen für die Pall. RV Gruppe (mit 2.065€) lagen. Zum anderen sind die Kosten im 95% Quantil meist höher als in den anderen Gruppen. In den 30 Tagen vor Tod entfielen auf diese oberen 5% 1,6 bis 2fach höhere Kosten als auf SAPV, AAPV und Pall. RV Patient*innen.

Tab. 62 Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf im letzten Lebensjahr nach Versorgungsart

Versorgungsart	Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf (in €) im letzten Lebensjahr								
	Mittelwert	Stand.-abw.	Min	5%	25%	Quantile Median	75%	95%	Max
Pall. RV	21.314,8	22.950,6	345	2.702	7.663	15.112	27.108	58.138	374.599
AAPV	24.586,7	25.362,7	199	3.552	9.629	17.877	31.215	65.430	543.048
SAPV	36.899,4	27.542,2	1.302	8.345	18.445	30.461	47.857	87.203	392.987
Nicht-palliativ	20.828,9	29.789,6	0	918	5.239	12.091	24.492	68.954	691.434
Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf (in €) in den 60 Tagen vor Tod									
Pall. RV	6.529,3	8.120,5	0	468	1.492	4.254	8.780	18.706	195.055
AAPV	7.360,4	9.154,0	0	744	2.134	5.481	10.042	19.338	522.789
SAPV	12.344,6	7.259,9	0	2.547	7.051	11.690	16.257	24.783	125.947
Nicht-palliativ	8.670,7	14.314,8	0	68	1.070	4.284	10.023	34.144	301.627
Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf (in €) in den 30 Tagen vor Tod									
Pall. RV	3.738,4	5.725,4	0	211	678	2.065	4.962	11.606	194.982
AAPV	3.904,7	6.847,3	0	339	961	2.528	5.414	10.837	522.321
SAPV	6.865,2	4.484,3	0	1.313	3.758	6.664	8.928	13.925	120.135
Nicht-palliativ	5.303,1	9.631,1	0	0	367	2.487	6.058	22.045	232.953

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

Betrachtet man die Kosten pro Kopf ab Beginn der Palliativversorgung (Tab. 63), ergibt sich ein ähnliches Bild. Zunächst hat es den Anschein, als wären die Kostenunterschiede zwischen den Versorgungsarten weniger ausgeprägt. Die Normierung auf die Dauer der Versorgung (Kosten pro Kopf und Tag, Tab. 64) zeigt aber wieder deutliche Unterschiede: hier lagen die Mediankosten der SAPV Patient*innen 3,6mal höher als die der AAPV Patient*innen und 4,6mal höher als die der Pall. RV Patient*innen.

Tab. 63 Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Versorgungsart	Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf (in €) ab Beginn Palliativversorgung								
	Mittelwert	Stand.-abw.	Min	5%	25%	Quantile Median	75%	95%	Max
Pall. RV	8.898,8	15.279,5	37	157	676	3.610	10.961	33.774	329.997
AAPV	10.419,6	16.858,8	0	319	1.262	4.850	12.770	38.926	542.663
SAPV	12.856,4	18.707,1	0	817	2.361	5.979	15.320	49.958	228.625

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495. © PMV 2019

Tab. 64

Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf und Tag nach Beginn der Palliativversorgung nach Versorgungsart

Gesamtkosten der Versorgung pro Kopf und Tag (in €) ab Beginn Palliativversorgung									
Versorgungsart	Mittelwert	Stand.-abw.	Quantile						
			Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	115,9	162,2	1	10	30	65	139	380	2.151
AAPV	125,1	162,5	0	14	39	84	164	344	6.990
SAPV	326,8	196,0	0	83	231	298	395	639	5.049

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr ambulante Palliativleistungen erhalten haben. N = 24.495.

4.3 Hinweise auf die Zielerreichung von SAPV

Die Ziele der SAPV sind in §1 der Richtlinie wie folgt beschrieben:

“Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.”

(Gemeinsamer Bundesausschuss, 2007)

Die Frage, ob die SAPV in der Region Nordrhein diese Ziele erreicht ist in wesentlichen Teilen auf Grundlage der hier ausgewerteten GKV Routinedaten nicht zu beantworten. Die Daten erhalten keinerlei Hinweise auf qualitative Aspekte wie Lebensqualität, Selbstbestimmung oder menschenwürdiges Leben.

Es ergeben sich allerdings Hinweise aus den Daten mit Blick auf den Verbleib im häuslichen Umfeld sowie auf eine Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativen auf palliative Aspekte.

4.3.1 Krankenhausaufenthalt vor Tod

Eine für SAPV-Patient*innen geringere Anzahl bzw. kürzere Dauer von Krankenhausaufenthalten zum Lebensende bzw. nach Beginn der SAPV-Versorgung kann als Hinweise darauf gedeutet werden, dass das entsprechende Ziel der SAPV erreicht wird.

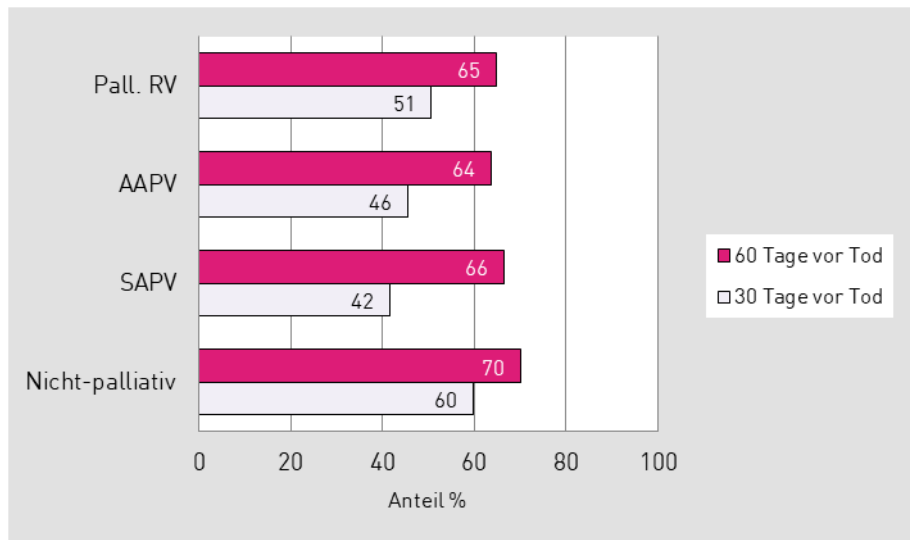
Einschränkend ist zu sagen, dass Faktoren wie der individuelle Krankheitsverlauf, sowie insbesondere auch der Wille der Patient*innen, ihrer Angehörigen und der beteiligten Versorger*innen einen Einfluss auf die Entscheidung „Krankenhaus ja oder nein“ haben, ohne dass diese in den vorliegenden Daten ab-

gebildet sind. Entsprechend ist eine inhaltliche Bewertung der einzelnen Versorgungsverläufe nicht möglich. Es können lediglich auf der Ebene der Gesamtgruppe der Versorgten Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob eine bessere Erreichung der Ziele der SAPV-Richtlinie angestrebt werden sollte oder nicht.

Vor diesem Hintergrund zeigt Abb. 5 den Anteil der Versicherten nach Versorgungsart, die in den 60 bzw. 30 Tagen vor Tod einen Krankenhausaufenthalt hatten. Dieser Anteil lag bei 70% der Versicherten ohne palliative Leistungen in den 60 Tagen vor Tod und bei 60% in den 30 Tagen vor Tod. Im Vergleich dazu zeigten sich bei Versicherten mit Pall. RV Leistungen Krankenhausaufenthalte bei 65% (60 Tage vor Tod) bzw. 51% (30 Tage vor Tod) und bei Versicherten mit AAPV bei 64% (60 Tage) und 46% (30 Tage). Der Anteil von Versicherten mit SAPV war in den 60 Tagen vor Tod ähnlich wie in allen anderen Gruppen und liegt bei 66%. In den 30 Tagen vor Tod ist der Anteil mit 42% allerdings der niedrigste aller vier Gruppen.

Abb. 5

Versicherte mit Krankenhausaufenthalt in den 60 bzw. 30 Tagen vor Tod nach Versorgungsprofil



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

Ein genaueres Bild ergibt sich, wenn man die Anzahl der Krankenhaustage pro Patient*in auswertet (Tab. 65). Im Median lag die Anzahl der Krankenhaustage in den 60 Tagen vor Tod für nicht-palliative, Pall. RV und AAPV Patient*innen bei 7 Tage, im 95% Quantil zwischen 37 und 41 Tagen. SAPV Patient*innen verbrachten im Median 9 Tage im Krankenhaus bzw. 38 Tage im 95% Quantil.

In den 30 Tagen vor Tod verbrachten sowohl AAPV als auch SAPV Patient*innen im Median keinen Tag im Krankenhaus, Pall. RV Patient*innen 1 Tag und

nicht-palliative Patient*innen 2 Tage. Das 95% Quantil lag zwischen 20 und 24 Tagen.

Interessant ist die Auswertung der Krankenhaustage nach Beginn der SAPV-Versorgung in der entsprechenden Versichertengruppe. Auch hier verbrachten 50% der Patient*innen keinen Tag im Krankenhaus (Median), 25% 2 Tage oder mehr (75% Quantil) und 5% 30 Tage oder mehr (95% Quantil). In Verbindung mit dem Mittelwert von 5,0 Tagen zeigt dies, dass eine relativ kleine Gruppe von Patient*innen eine längere Zeit nach Beginn der SAPV im Krankenhaus verbrachte. Dies zeigte sich auch in der Auswertung der Krankenhauskosten (siehe oben). Beide Auswertungen können daher als Hinweis darauf gewertet werden, dass die entsprechenden Ziele der SAPV-Richtlinie für den entsprechenden Teil der SAPV-patient*innen erreicht wurden.

Tab. 65 Krankenhaustage im Zeitraum kurz vor dem Tod nach Versorgungsart

Versorgungsart	Krankenhaustage in den 60 Tagen vor Tod nach Versorgungsart								
	Mittelwert	Stand.-abw.	Min	5%	25%	Median	75%	95%	Max
Pall. RV	10,8	12,5	0	0	0	7	18	37	60
AAPV	11,0	12,8	0	0	0	7	18	37	60
SAPV	12,2	13,0	0	0	0	9	20	38	58
Nicht-palliativ	11,6	13,7	0	0	0	7	19	41	60
Krankenhaustage in den 30 Tagen vor Tod nach Versorgungsart									
Pall. RV	5,4	7,5	0	0	0	1	10	22	30
AAPV	4,9	7,1	0	0	0	0	8	21	30
SAPV	4,6	6,9	0	0	0	0	8	20	30
Nicht-palliativ	6,3	8,0	0	0	0	2	11	24	30
Krankenhaustage nach Beginn der SAPV (nur SAPV-Patient*innen)									
SAPV	5,0	14,1	0	0	0	0	2	30	341

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 85.707. © PMV 2019

4.3.2 Hinweise auf den Sterbeort

Aus der Auswertung der Routinedaten lassen sich des Weiteren Hinweise auf den Sterbeort der Versicherten entnehmen, der wiederum mit dem Ziel des Verbleibs im häuslichen Umfeld zusammen hängt. Auswertungen zum Sterbeort sind insofern möglich, als das Leistungsgeschehen am Todestag ausgewertet kann. Finden sich hier Leistungen, die nicht im häuslichen Umfeld erbracht werden, kann dies als Hinweis auf einen Sterbeort außerhalb von zuhause gedeutet werden. Umgekehrt kann die Abwesenheit stationärer Leistungen am Todestag als Hinweis auf einen Tod im häuslichen Umfeld gedeutet werden. Es ist allerdings zu beachten, dass der tatsächliche Sterbeort – anders als beim Totenschein – nicht in den Daten enthalten ist und somit eine gewisse Restunsicherheit verbleibt.

Die höchste Sicherheit in den Daten besteht bzgl. des Sterbeortes Krankenhaus. Beim Versterben eines Versicherten im Krankenhaus fällt nicht nur der Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes mit dem Todesdatum zusammen, sondern es wird zusätzlich als Entlassungsrund „Tod“ angegeben. Für die anderen stationären Leistungsarten (Pflegeheim, Hospiz) lässt sich auswerten, wenn entsprechende Leistungen bis zum Todestag gezahlt wurden. In der Kategorie „Häusliches Umfeld“ können dann die Versicherten gezählt werden, die keine der drei vorherigen Leistungen am Todestag erhalten haben. Bei gleichzeitigem Leistungsbezug erfolgte in der vorliegenden Auswertung die Zuordnung in der Reihenfolge Krankenhaus, stationäre Pflege, Hospiz und häusliches Umfeld. Das bedeutet, dass beispielsweise bei Vorliegen eines Krankenhausaufenthaltes dieser gezählt wurde, auch wenn zeitgleich stationäre Pflegeleistungen abgerechnet wurden.

Tab. 66 zeigt die Verteilung von relevanten Leistungen am Todestag für die Gesamtpopulation. Bei knapp 49% der Verstorbenen fand sich ein Krankenhausaufenthalt am Todestag. Für knapp 41% fanden sich am Todestag keinerlei stationäre Leistungen, was entsprechend auf ein Versterben im häuslichen Umfeld hindeuten kann. Für rund 8% der Versicherten fanden sich am Todestag Leistungen der stationären Pflege, für lediglich 1.2% Hospizleistungen.

Der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen ist mit Ergebnissen anderer Studien vergleichbar. So kommen Sauer, Müller und Rothgang (2015) auf einen Anteil von 51% im Krankenhaus Verstorbener für das Jahr 2009 auf Grundlage von Routinedaten der Gemünder Ersatzkasse. Zich und Sydow (2015) nennen 48,7% in Nordrhein-Westfalen für den Zeitraum 2011 bis 2013 auf Grundlage der Sterbeortsstatistik des Statistischen Bundesamtes. Abweichungen ergeben sich bei der Anzahl der Verstorbenen im Pflegeheim, die Sauer, Müller und Rothgang mit 20% angeben. Dies kann auf Unterschiede sowohl in der Population als auch in der Operationalisierung zurückzuführen sein. Entsprechend ist der Anteil der Verstorbenen zuhause bei Sauer mit 29% ebenfalls niedriger.

Tab. 66 Leistungen am Todestag als Hinweis auf den Sterbeort

Leistung am Todestag als Hinweis auf Sterbeort	n	%
Krankenhausaufenthalt	44.429	49,6
Stationäre Pflege	17.617	19,7
Hospizleistungen	1.060	1,2
Keine stationäre Leistung (häusliches Umfeld)	26.419	29,5
Gesamt	89.525	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Bei einer Betrachtung nach Geschlecht (Tab. 67) ergaben sich nur geringe Unterschiede bei den Versicherten, die im Krankenhaus verstarben. Hier war der Anteil der Männer mit 51,5% gegenüber dem Durchschnitt in der Population

(48,1%) leicht erhöht. Bei Versicherten, die im Pflegeheim verstarben, fand sich ein deutlich höherer Frauenanteil von 69,7%. Für den Hospizbereich war wieder der Anteil der Männer leicht erhöht (52,1%). Hinweise auf einen Sterbeort im häuslichen Umfeld fanden sich etwas häufiger bei Männern (54,3%) als bei Frauen (45,7%).

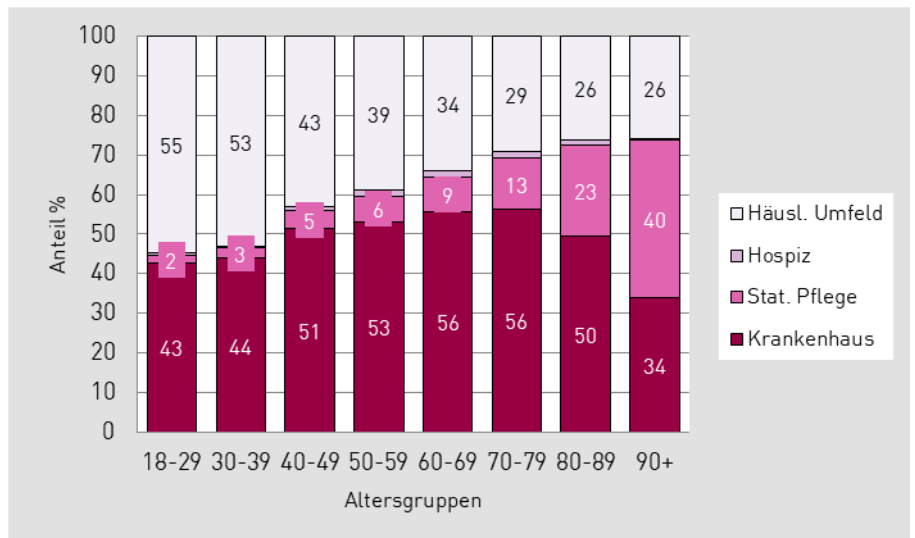
Tab. 67 Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Geschlecht

Geschlecht	Leistung am Todestag als Hinweis auf Sterbeort									
	Gesamt		Krankenhaus		Stat. Pflege		Hospiz		Häusl. Umfeld	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frauen	46.435	51,9	21.566	48,5	12.277	69,7	508	47,9	12.084	45,7
Männer	43.090	48,1	22.863	51,5	5.340	30,3	552	52,1	14.335	54,3
Gesamt	89.525	100,0	44.429	100,0	17.617	100,0	1.060	100,0	26.419	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364). N = 89.525. © PMV 2019

Die Verteilung nach Alter (Abb. 6) zeigt eine Zunahme beim Sterbeort Krankenhaus bis zu den Altersgruppen 60-69 und 70-79. In den hochaltrigen Gruppen ab 80 Jahre geht dieser Anteil dann wieder zurück. Der Anteil der Menschen, die im Pflegeheim verstarben, steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an und liegt bei 23% in der Altersgruppe 80-89 und 40% bei 90+. Dieser Effekt kann zumindest zum Teil auf den höheren Anteil von Frauen in den oberen Altersgruppen zurückgeführt werden (Sauer et al., 2015).

Abb. 6 Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Alter



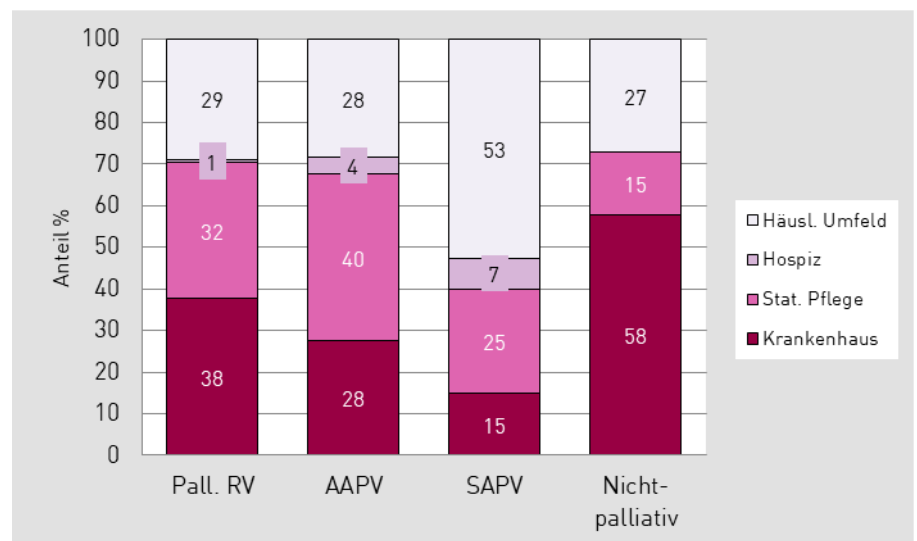
Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707. © PMV 2019

Abb. 7 zeigt die Hinweise auf den Sterbeort für die verschiedenen Versorgungsprofile mit ambulanten Palliativleistungen bzw. ohne Palliativleistungen. Der Anteil derjenigen Versicherten, die im Krankenhaus versterben, lag in der Gruppe der nicht-palliativen Patient*innen bei 58%. Patient*innen, die im letzten Lebensjahr pall. RV Leistungen erhalten haben, verstarben zu 38% im Krankenhaus, solche mit AAPV Leistungen zu 28%. Mit 15% lag der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen SAPV-Patient*innen am niedrigsten von allen vier Gruppen. Der Anteil der in der stationären Pflege verstorbenen lag unter den Palliativpatient*innen höher als unter Nichtpalliativpatient*innen und schwankt hier zwischen 25% und 40% im Vergleich zu 15%. Hospizleistungen erhielten insgesamt nur wenige der Versicherten am Todestag, ihr Anteil ist mit 7% in der SAPV Gruppe aber am höchsten.

Im Umkehrschluss ist damit der Anteil der Versicherten, für die sich Hinweise auf ein Versterben im häuslichen Umfeld ergaben, mit 53% in der SAPV Gruppe am größten, gefolgt von pall. RV (29%) und AAPV (28%). Nicht-palliative Patient*innen lagen mit 27% nur etwas niedriger.

Abb. 7

Leistungen am Todestag (Sterbeort) nach Versorgungsprofil



Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Population LLJDV364, © PMV 2019 ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

4.3.3 Arzneimittel der Palliativversorgung

Mit Blick auf eine Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativer Intervention zu palliativer Versorgung mit einem Schwerpunkt auf dem Symptommanagement können zum Einen die bereits oben ausgewerteten Krankenhausaufenthalte vor dem Tod heran gezogen werden.

Zum anderen ergeben sich Hinweise aus der Arzneimittelverordnung. Im palliativmedizinischen Kontext kommen unterschiedliche Arzneimittel für die symptomatische Behandlung in verschiedenen Indikationsbereichen zum Einsatz

(Rémi, 2017). Tab. 68 enthält eine Liste entsprechender Arzneimittel nach Indikationsbereich, die aus Rémi (2017), aus der Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015) und aus der Liste zur Notfallbevorratung für ambulante Palliativpatienten in den Apotheken in der Region Nordrhein (Apothekerkammer Nordrhein & Ärztekammer Nordrhein, 2013) zusammengestellt wurde. Eine detaillierte Aufstellung der in die Auswertung aufgenommenen Arzneimittel und ihrer Kombinationen mit ATC-Codes finden sich in Tab. 88 im Anhang.

Über ihre ATC-Codes sind die Arzneimittel (produkt- bzw. herstellerunabhängig) in den Routinedaten identifizierbar, so dass ihre Kosten getrennt von denen für alle anderen Arzneimittel ausgewertet werden können. Eine derart getrennte Auswertung erlaubt zumindest mittelbare Rückschlüsse auf die Zielerreichung der Palliativversorgung. Hierfür ist anzunehmen, dass sich Arzneimittelverordnungen nach Beginn der Palliativversorgung von kurativen Indikationen (wie z.B. im Fall von Onkologika) hin zu palliativen Indikationen (Schmerzmittel, Anxiolytika etc.) verlagern. Dies kann dann als weiterer Hinweis für eine Umstellung von kurativer zu palliativer Versorgung gesehen werden.

Tab. 68

Arzneimittel der Palliativversorgung

Indikationsbereich	Arzneimittel
Angst, Unruhe	Lorazepam
	Midazolam
Atemnot	Fentanyl
	Lorazepam
	Midazolam
	Morphin
Depression	Amitriptylin
	Citalopram
	Mirtazapin
	Sertralin
Hirndruck, Schwäche, Anorexie, Antiemese	Venlafaxin
	Dexamethason
Krampfanfälle	Diazepam
Obstipation	Kontaktlaxanzien
	Osmotisch wirkende Laxanzien
	Periphere Opioidrezeptor-Antagonisten
Rasselatmung, Hypersalivation, Spasmen der glatten Muskulatur	Butylscopolamin
Schmerz	Amitriptylin
	Fentanyl
	Gabapentin
	Hydromorphon
	Morphin
	Oxycodon
Übelkeit, Delir	Pregabalin
	Dimenhydrinat
	Haloperidol

© PMV 2019

Tab. 69 zeigt den prozentualen Anteil der Arzneimittelkosten nach Art (palliativ oder nicht), sowohl für den Zeitraum vor als auch für den Zeitraum nach Beginn der Palliativversorgung (hier für Patient*innen der Pall. RV). In dieser Gruppe lag der Anteil der als Palliativ Arzneimittel verstandenen Verordnungen vor Beginn der Palliativversorgung im Durchschnitt bei 10,8%. Mit Beginn der Pall. RV Versorgung stieg dieser Anteil auf durchschnittlich 23,1%, was einem Anstieg um das 2,1fache entspricht.

Tab. 69 Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit Pall. RV vor und nach Beginn der Palliativversorgung²

Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit pall. RV			
Zeitraum	Arzneimittel-art	Mittelwert	Stand.-abw.
Vor Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	85,2	26,0
	Palliativ Arzneimittel	10,8	19,5
Nach Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	67,8	36,9
	Palliativ Arzneimittel	23,1	30,9

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr Pall. RV Leistungen erhalten haben. N = 8.442. © PMV 2019

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für Patient*innen der AAPV (Tab. 70). Hier erhöhte sich der mittlere Anteil der Palliativ Arzneimittel von 11,3% vor Beginn der Palliativversorgung auf 28,1% danach und damit um den Faktor 2,5.

Tab. 70 Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit AAPV vor und nach Beginn der Palliativversorgung²

Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit AAPV			
Zeitraum	Arzneimittel-art	Mittelwert	Stand.-abw.
Vor Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	79,9	32,0
	Palliativ Arzneimittel	11,3	20,4
Nach Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	64,8	36,0
	Palliativ Arzneimittel	28,1	32,1

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr AAPV-Leistungen erhalten haben. N = 10.737. © PMV 2019

Bei den SAPV Patient*innen ist im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen der höchste Anstieg zu beobachten (Tab. 71): hier stieg der Anteil von 15,7% um das 3,1fache auf 48,6%. Das bedeutet, dass im Mittel nahezu die Hälfte der Arzneimittelausgaben nach Beginn der SAPV auf Palliativ Arzneimittel entfiel. Zu beachten sind auch hier die vergleichsweise hohen Standardabweichungen, die auf eine starke Variabilität in den individuellen Anteilen hindeuten.

² Da es sich um Mittelwerte der individuellen Kostenverteilung handelt, addieren sich die Zahlen für den jeweiligen Zeitraum nicht auf 100%.

Tab. 71

Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit SAPV vor und nach Beginn der Palliativversorgung²

Anteil (%) der Arzneimittelkosten nach Art für Versicherte mit SAPV			
Zeitraum	Arzneimittelart	Mittelwert	Stand.-abw.
Vor Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	81,5	25,7
	Palliativartikelmittel	15,7	21,9
Nach Beginn Palliativ	Arzneimittel, allgemein	45,2	32,0
	Palliativartikelmittel	48,6	32,3

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren, durchgängig versichert ein Jahr vor Lebensende (LLJ-DV364), die im letzten Lebensjahr SAPV-Leistungen erhalten haben. N = 5.316. © PMV 2019

4.4 Charakteristika & Zielerreichung: Zusammenfassung und Fazit

Die Aufteilung der Gesamtpopulation in Versorgungsprofile mit und ohne palliative Inanspruchnahme sowie die Differenzierung von Palliativpatient*innen in Untergruppen nach maximal erhaltener ambulanter Palliativversorgung erlaubt ein besseres Verständnis der Versorgung im letzten Lebensjahr, der damit einhergehenden Kosten und der Frage danach, inwieweit bestimmte Ziele der SAPV Richtlinie erreicht wurden.

Die Auswertung der Krankheitslast und Diagnosen lieferte das zu erwartende Bild einer multimorbiden Population, die auf Grund der vorliegenden Daten nur schwierig nach einer oder wenigen Haupterkrankungen eingeteilt werden kann. Beim Vergleich der Prävalenzen einzelner Krankheitsgruppen in den Versorgungsprofilen fiel insbesondere auf, dass Krebserkrankungen in allen palliativen Profilen eine erhöhte Prävalenz im Vergleich zur Gesamtpopulation aufweisen. Dies war für keine andere Krankheitsgruppe zu beobachten. Bei SAPV-Patient*innen war hingegen die Prävalenz einiger anderer Erkrankungen (insbesondere Herzinsuffizienz, Alzheimer- und Demenzerkrankungen und zerebrovaskuläre Krankheiten) niedriger als in der Gesamtpopulation. Die umgekehrte Auswertung von Patient*innen in einer Krankheitsgruppe danach, welche Art von Versorgung sie im letzten Lebensjahr erhielten bestätigte, dass jede Form der ambulanten Palliativversorgung unter Krebspatient*innen häufiger in Anspruch genommen wurde als in allen anderen Krankheitsgruppen. Entsprechend lag der Anteil der Patient*innen ohne Palliativversorgung bei den Krebserkrankungen bei 50%, wohingegen er in allen anderen Krankheitsgruppen zwischen 68% und 73% schwankte.

Die Auswertung der Versorgungs- und Verordnungskosten bestätigte das Bild von Palliativversorgung als Versorgung für komplexe bzw. behandlungsintensive Patient*innen. Die Gesamtkosten pro Kopf waren für Patient*innen mit palliativer Inanspruchnahme höher als für Patient*innen ohne Palliativleistungen, unabhängig davon, ob das letzte Lebensjahr, die letzten 60 oder die letzten 30 Tage vor Tod ausgewertet wurden. Innerhalb der Gruppe der Palliativpatient*innen stiegen die Kosten mit zunehmender Intensität der Versorgung an.

Die Auswertung aller Kosten ab dem individuellen Beginn der Palliativversorgung zeigte dabei, dass die Kosten pro Kopf und Tag bei SAPV-Patient*innen 3,6 bis 4,6 mal höher lagen als bei AAPV- bzw. Pall. RRV-Patient*innen.

Bei der getrennten Betrachtungen der einzelnen Kostenarten fand sich ein ähnliches Bild sowohl bei den Kosten für Heil- und Hilfsmittel als auch bei denen für Arzneimittelverordnungen. Andere Ergebnisse fanden sich bei der ambulanten Versorgung und den Krankenhauskosten. So lagen die Kosten pro Kopf für die ambulante Versorgung (ohne Palliativversorgung) für Versicherte mit Inanspruchnahme von SAPV in den 30 Tagen vor Tod niedriger als in den Gruppen AAPV und Pall. RV, wenn auch immer noch über denen der nicht-palliativen Patient*innen. Ein ähnliches Bild ergab die Auswertung der Krankenhauskosten pro Kopf, die in den 30 Tagen vor Tod in allen palliativen Versorgungsprofilen niedriger lagen als im nicht-palliativen Profil und bei SAPV-Patient*innen am niedrigsten waren. Nach Beginn der SAPV fanden sich für 50% der betreffenden Versicherten keine Krankenhauskosten mehr. Dies bedeutet, dass unter Palliativversorgung die Inanspruchnahme anderer Leistungen zurück geht (siehe auch Auswertung zur Verlagerung von kurativer auf palliative Versorgung unten).

Bei den Gesamtkosten ebenso wie bei den Arzneikosten und den Krankenhauskosten kurz vor dem Tod fand sich unter den Patient*innen ohne palliative Inanspruchnahme eine Untergruppe (75% oder 95% Quantil) deren Kosten über denen einzelner oder aller drei Palliativgruppen lagen. In den 30 Tagen vor Tod entfielen auf diese oberen 5% 1,6 bis 2fach höhere Gesamtkosten pro Kopf als auf SAPV, AAPV und Pall. RV Patient*innen.

Zu zwei Zielen der SAPV-Richtlinie ließen sich Aussagen auf Grundlage der hier ausgewerteten GKV-Routinedaten machen:

- Den Verbleib im häuslichen Umfeld
- Die Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativen auf palliative Aspekte und hier v.a. das Symptommanagement

Die Auswertung von Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte vor dem Tod, der Hinweise auf den Sterbeort und der Verordnung von Medikamenten mit palliativer Indikation ergaben Hinweise darauf, dass die SAPV diese Ziele zu einem beträchtlichen Umfang erreichen kann. Dies galt ebenfalls, wenn auch in geringerem Maß, für die AAPV und die Pall. RV.

5.1 Weitere Auswertungstabellen

Hier finden sich weitere Auswertungstabellen der Grundausswertungen (Kapitel 3), die im Text referenziert sind.

Tab. 72 Altersstruktur der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2014 nach Geschlecht

Altersgruppe	2014					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	90	0,6	46	0,3	136	0,5
30-39	167	1,2	89	0,6	256	0,9
40-49	513	3,7	247	1,6	760	2,6
50-59	1.421	10,1	777	5,1	2.198	7,5
60-69	2.377	17,0	1.292	8,5	3.669	12,5
70-79	4.457	31,8	3.124	20,5	7.581	25,9
80-89	4.100	29,2	5.744	37,7	9.844	33,6
90+	894	6,4	3.919	25,7	4.813	16,5
Gesamt	14.019	100,0	15.238	100,0	29.257	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tab. 73 Altersstruktur der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2015 nach Geschlecht

Altersgruppe	2015					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	85	0,6	41	0,3	126	0,4
30-39	188	1,3	70	0,4	258	0,8
40-49	525	3,5	256	1,6	781	2,5
50-59	1.533	10,2	777	4,8	2.310	7,4
60-69	2.580	17,2	1.498	9,3	4.078	13,1
70-79	4.439	29,6	3.119	19,3	7.558	24,3
80-89	4.561	30,4	6.054	37,6	10.615	34,1
90+	1.102	7,3	4.306	26,7	5.408	17,4
Gesamt	15.013	100,0	16.121	100,0	31.134	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tab. 74 Altersstruktur der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2016 nach Geschlecht

Altersgruppe	Männer		2016 Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	94	0,6	28	0,2	122	0,4
30-39	170	1,1	98	0,6	268	0,9
40-49	491	3,3	240	1,5	731	2,4
50-59	1.552	10,4	778	5,0	2.330	7,7
60-69	2.681	18,0	1.461	9,4	4.142	13,6
70-79	4.181	28,0	2.863	18,5	7.044	23,2
80-89	4.675	31,4	6.045	39,0	10.720	35,3
90+	1.066	7,1	3.983	25,7	5.049	16,6
Gesamt	14.910	100,0	15.496	100,0	30.406	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tab. 75 Geschlechtsverteilung der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2014 nach Alter

Altersgruppe	Männer		2014 Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	90	66,2	46	33,8	136	100,0
30-39	167	65,2	89	34,8	256	100,0
40-49	513	67,5	247	32,5	760	100,0
50-59	1.421	64,6	777	35,4	2.198	100,0
60-69	2.377	64,8	1.292	35,2	3.669	100,0
70-79	4.457	58,8	3.124	41,2	7.581	100,0
80-89	4.100	41,6	5.744	58,4	9.844	100,0
90+	894	18,6	3.919	81,4	4.813	100,0
Gesamt	14.019	47,9	15.238	52,1	29.257	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tab. 76 Geschlechtsverteilung der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2015 nach Alter

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	85	67,5	41	32,5	126	100,0
30-39	188	72,9	70	27,1	258	100,0
40-49	525	67,2	256	32,8	781	100,0
50-59	1.533	66,4	777	33,6	2.310	100,0
60-69	2.580	63,3	1.498	36,7	4.078	100,0
70-79	4.439	58,7	3.119	41,3	7.558	100,0
80-89	4.561	43,0	6.054	57,0	10.615	100,0
90+	1.102	20,4	4.306	79,6	5.408	100,0
Gesamt	15.013	48,2	16.121	51,8	31.134	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tab. 77 Geschlechtsverteilung der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2016 nach Alter

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	94	77,0	28	23,0	122	100,0
30-39	170	63,4	98	36,6	268	100,0
40-49	491	67,2	240	32,8	731	100,0
50-59	1.552	66,6	778	33,4	2.330	100,0
60-69	2.681	64,7	1.461	35,3	4.142	100,0
70-79	4.181	59,4	2.863	40,6	7.044	100,0
80-89	4.675	43,6	6.045	56,4	10.720	100,0
90+	1.066	21,1	3.983	78,9	5.049	100,0
Gesamt	14.910	49,0	15.496	51,0	30.406	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. © PMV 2019

Tab. 78 Mortalitätsrate der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2014 bezogen auf alle Versicherten

Altersgruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %
18-29	90	189.753	0,05	46	181.873	0,03	136	371.626	0,04
30-39	167	145.003	0,12	89	146.847	0,06	256	291.850	0,09
40-49	513	175.774	0,29	247	163.954	0,15	760	339.728	0,22
50-59	1.421	178.866	0,79	777	168.181	0,46	2.198	347.047	0,63
60-69	2.377	114.005	2,08	1.292	121.224	1,07	3.669	235.229	1,56
70-79	4.457	94.427	4,72	3.124	121.635	2,57	7.581	216.062	3,51
80-89	4.100	37.765	10,86	5.744	74.595	7,70	9.844	112.360	8,76
90+	894	3.238	27,61	3.919	15.758	24,87	4.813	18.996	25,34
Gesamt	14.019	938.831	1,49	15.238	994.067	1,53	29.257	1.932.898	1,51

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Tab. 79 Mortalitätsrate der Versicherten im letzten Lebensjahr im Jahr 2015 bezogen auf alle Versicherten

Altersgruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %	Verstorbene n	Versicherte N	Anteil %
18-29	85	196.260	0,04	41	184.968	0,02	126	381.228	0,03
30-39	188	151.808	0,12	70	151.231	0,05	258	303.039	0,09
40-49	525	171.923	0,31	256	160.925	0,16	781	332.848	0,23
50-59	1.533	184.189	0,83	777	171.623	0,45	2.310	355.812	0,65
60-69	2.580	118.765	2,17	1.498	125.779	1,19	4.078	244.544	1,67
70-79	4.439	89.355	4,97	3.119	115.100	2,71	7.558	204.455	3,70
80-89	4.561	40.076	11,38	6.054	76.217	7,94	10.615	116.293	9,13
90+	1.102	3.390	32,51	4.306	15.721	27,39	5.408	19.111	28,30
Gesamt	15.013	955.766	1,57	16.121	1.001.564	1,61	31.134	1.957.330	1,59

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Versicherte im letzten Lebensjahr in den drei Beobachtungsjahren (LLJ). N = 90.797. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Tab. 80 Altersstruktur aller prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2014 nach Geschlecht

Altersgruppe	Männer		2014 Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	54	0,7	41	0,4	95	0,5
30-39	84	1,0	93	0,9	177	0,9
40-49	291	3,5	316	3,0	607	3,3
50-59	923	11,1	793	7,6	1.716	9,2
60-69	1.616	19,5	1.176	11,3	2.792	15,0
70-79	2.695	32,5	2.394	23,1	5.089	27,3
80-89	2.200	26,5	3.489	33,6	5.689	30,5
90+	430	5,2	2.075	20,0	2.505	13,4
Gesamt	8.293	100,0	10.377	100,0	18.670	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2014 (GPP2014). N = 18.670. © PMV 2019

Tab. 81 Altersstruktur aller prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2015 nach Geschlecht

Altersgruppe	Männer		2015 Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	28	0,3	40	0,4	68	0,4
30-39	79	1,0	78	0,8	157	0,9
40-49	247	3,0	285	2,8	532	2,9
50-59	865	10,6	758	7,5	1.623	8,9
60-69	1.589	19,5	1.175	11,6	2.764	15,2
70-79	2.568	31,6	2.180	21,6	4.748	26,1
80-89	2.305	28,4	3.460	34,3	5.765	31,6
90+	447	5,5	2.116	21,0	2.563	14,1
Gesamt	8.128	100,0	10.092	100,0	18.220	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2015 (GPP2015). N = 18.220. © PMV 2019

Tab. 82 Geschlechtsverteilung der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2014 nach Alter

Altersgruppe	2014					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	54	56,8	41	43,2	95	100,0
30-39	84	47,5	93	52,5	177	100,0
40-49	291	47,9	316	52,1	607	100,0
50-59	923	53,8	793	46,2	1.716	100,0
60-69	1.616	57,9	1.176	42,1	2.792	100,0
70-79	2.695	53,0	2.394	47,0	5.089	100,0
80-89	2.200	38,7	3.489	61,3	5.689	100,0
90+	430	17,2	2.075	82,8	2.505	100,0
Gesamt	8.293	44,4	10.377	55,6	18.670	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2014 (GPP2014). N = 18.670. © PMV 2019

Tab. 83 Geschlechtsverteilung der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2015 nach Alter

Altersgruppe	2015					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
18-29	28	41,2	40	58,8	68	100,0
30-39	79	50,3	78	49,7	157	100,0
40-49	247	46,4	285	53,6	532	100,0
50-59	865	53,3	758	46,7	1.623	100,0
60-69	1.589	57,5	1.175	42,5	2.764	100,0
70-79	2.568	54,1	2.180	45,9	4.748	100,0
80-89	2.305	40,0	3.460	60,0	5.765	100,0
90+	447	17,4	2.116	82,6	2.563	100,0
Gesamt	8.128	44,6	10.092	55,4	18.220	100,0

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2015 (GPP2015). N = 18.220. © PMV 2019

Tab. 84 Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2014 bezogen auf alle Versicherten

Altersgruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
	Palliativpat. n	Versicherte N	Anteil %	Palliativpat. n	Versicherte N	Anteil %	Palliativpat. n	Versicherte N	Anteil %
18-29	54	189.753	0,03	41	181.873	0,02	95	371.626	0,03
30-39	84	145.003	0,06	93	146.847	0,06	177	291.850	0,06
40-49	291	175.774	0,17	316	163.954	0,19	607	339.728	0,18
50-59	923	178.866	0,52	793	168.181	0,47	1.716	347.047	0,49
60-69	1.616	114.005	1,42	1.176	121.224	0,97	2.792	235.229	1,19
70-79	2.695	94.427	2,85	2.394	121.635	1,97	5.089	216.062	2,36
80-89	2.200	37.765	5,83	3.489	74.595	4,68	5.689	112.360	5,06
90+	430	3.238	13,28	2.075	15.758	13,17	2.505	18.996	13,19
Gesamt	8.293	938.831	0,88	10.377	994.067	1,04	18.670	1.932.898	0,97

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2014 (GPP2014). N = 18.670. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Tab. 85 Anteil der prävalenten Palliativpatient*innen im Jahr 2015 bezogen auf alle Versicherten

Altersgruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
	Palliativpat. n	Versicherte N	Anteil %	Palliativpat. n	Versicherte N	Anteil %	Palliativpat. n	Versicherte N	Anteil %
18-29	28	196.260	0,01	40	184.968	0,02	68	381.228	0,02
30-39	79	151.808	0,05	78	151.231	0,05	157	303.039	0,05
40-49	247	171.923	0,14	285	160.925	0,18	532	332.848	0,16
50-59	865	184.189	0,47	758	171.623	0,44	1.623	355.812	0,46
60-69	1.589	118.765	1,34	1.175	125.779	0,93	2.764	244.544	1,13
70-79	2.568	89.355	2,87	2.180	115.100	1,89	4.748	204.455	2,32
80-89	2.305	40.076	5,75	3.460	76.217	4,54	5.765	116.293	4,96
90+	447	3.390	13,19	2.116	15.721	13,46	2.563	19.111	13,41
Gesamt	8.128	955.766	0,85	10.092	1.001.564	1,01	18.220	1.957.330	0,93

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten im Jahr 2015 (GPP2015). N = 18.220. Grundgesamtheit: Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in der Region Nordrhein im jeweiligen Jahr. © PMV 2019

Tab. 86 Studienpopulation GPP (2014) nach durchgängigen Versicherungszeiten

Altersgruppe	Prävalente Palliativpatienten n	Davon durchgängig versichert					
		364 Tage		728 Tage		1092 Tage	
		n	%	n	%	n	%
18-29	95	86	90,53	77	81,05	48	50,53
30-39	177	165	93,22	150	84,75	105	59,32
40-49	607	580	95,55	526	86,66	415	68,37
50-59	1.716	1.674	97,55	1.565	91,20	1.311	76,40
60-69	2.792	2.752	98,57	2.586	92,62	2.200	78,80
70-79	5.089	5.064	99,51	5.027	98,78	4.955	97,37
80-89	5.689	5.673	99,72	5.649	99,30	5.604	98,51
90+	2.505	2.501	99,84	2.498	99,72	2.482	99,08
Gesamt	18.670	18.495	99,06	18.078	96,83	17.120	91,70

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP). N = 40.279. © PMV 2019

Tab. 87 Studienpopulation GPP (2015) nach durchgängigen Versicherungszeiten

Altersgruppe	Prävalente Palliativpatienten n	Davon durchgängig versichert					
		364 Tage		728 Tage		1092 Tage	
		n	%	n	%	n	%
18-29	68	64	94,12	58	85,29	52	76,47
30-39	157	153	97,45	146	92,99	128	81,53
40-49	532	502	94,36	487	91,54	448	84,21
50-59	1.623	1.579	97,29	1.544	95,13	1.426	87,86
60-69	2.764	2.714	98,19	2.677	96,85	2.495	90,27
70-79	4.748	4.725	99,52	4.702	99,03	4.658	98,10
80-89	5.765	5.748	99,71	5.734	99,46	5.712	99,08
90+	2.563	2.560	99,88	2.559	99,84	2.550	99,49
Gesamt	18.220	18.045	99,04	17.907	98,28	17.469	95,88

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. Grundgesamtheit: Prävalente Palliativpatienten in den drei Beobachtungsjahren (GPP). N = 40.279. © PMV 2019

5.2 Sonstige Anhänge

Tab. 88 Arzneimittel der Palliativversorgung und Operationalisierung

Indikationsbereich	Arzneimittel	ATC Code
Angst, Unruhe	Lorazepam	N05BA06
	Lorazepam, Kombinationen	N05BA56
Atemnot	Midazolam	N05CD08
	Midazolam	N05CD08
	Lorazepam	N05BA06
	Lorazepam, Kombinationen	N05BA56
	Morphin	N02AA01
	Morphin, Kombinationen	N02AA51
	Morphin, Kombinationen	N02AG01
	Fentanyl	N01AH01
	Fentanyl, Kombinationen	N01AH51
	Fentanyl	N02AB03
Depression	Citalopram	N06AB04
	Amitriptylin	N06AA09
	Amitriptylin und Psycholeptika	N06CA01
	Mirtazapin	N06AX11
	Sertralin	N06AB06
	Venlafaxin	N06AX16
Hirndruck, Schwäche, Anorexie, Antiemese	Dexamethason	H02AB02
	Dexamethason, Kombinationen	H02BX02
	Dexamethason	R01AD03
	Dexamethason, Kombinationen	R01AD53
	Dexamethason	S01BA01
	Dexamethason und Mydriatika	S01BB05
	Dexamethason und Antiinfektiva	S01CA01
	Dexamethason	S01CB01
Krampfanfälle	Diazepam	N05BA01
Obstipation	Oxyphenisatin	A06AB01
	Bisacodyl	A06AB02
	Dantron	A06AB03
	Phenolphthalein	A06AB04
	Rizinusöl	A06AB05
	Sennoside	A06AB06
	Cascara	A06AB07
	Natriumpicosulfat	A06AB08

© PMV 2019

Tab. 89

Arzneimittel der Palliativversorgung und Operationalisierung (Forts.)

Indikationsbereich	Arzneimittel	ATC Code
Obstipation	Bisoxatin	A06AB09
	Koloquinthen	A06AB10
	Aloe	A06AB13
	Kontaktlaxanzien in Kombination	A06AB20
	Kontaktlaxanzien in Kombination mit Belladonna-Alkaloiden	A06AB30
	Bisacodyl, Kombinationen	A06AB52
	Dantron, Kombinationen	A06AB53
	Sennoside, Kombinationen	A06AB56
	Cascara, Kombinationen	A06AB57
	Natriumpicosulfat, Kombinationen	A06AB58
	Bisoxatin, Kombinationen	A06AB59
	Koloquinthen, Kombinationen	A06AB60
	Aloe, Kombinationen	A06AB63
	Magnesiumcarbonat	A06AD01
	Magnesiumoxid	A06AD02
	Magnesiumperoxid	A06AD03
	Magnesiumsulfat	A06AD04
	Mineralsalze in Kombination	A06AD10
	Lactulose	A06AD11
	Lactitol	A06AD12
	Natriumsulfat	A06AD13
	Pentaerythryl	A06AD14
	Macrogol	A06AD15
	Mannitol	A06AD16
	Natriumphosphat	A06AD17
	Sorbitol	A06AD18
	Magnesiumcitrat	A06AD19
	Natriumtartrat	A06AD21
	Lactulose, Kombinationen	A06AD61
	Macrogol, Kombinationen	A06AD65
	Methylnaltrexon bromid	A06AH01
	Alvimopan	A06AH02
Rasselatmung, Hypersalivation, Spasmen der glatten Muskulatur	Butylscopolamin	A03BB01
	Butylscopolamin und Psycholeptika	A03CB38
	Butylscopolamin und Analgetika	A03DB04

© PMV 2019

Tab. 90

Arzneimittel der Palliativversorgung und Operationalisierung (Forts.)

Indikationsbereich	Arzneimittel	ATC Code
Rasselatmung, Hypersalivation, Spasmen der glatten Muskulatur	Butylscopolamin, Kombinationen	A03EA02
Schmerz	Amitriptylin	N06AA09
	Amitriptylin und Psycholeptika	N06CA01
	Hydromorphon	N02AA03
	Hydromorphon mit Spasmolytika	N02AG04
	Morphin	N02AA01
	Morphin, Kombinationen	N02AA51
	Morphin, Kombinationen	N02AG01
	Oxycodon	N02AA05
	Oxycodon, Kombinationen	N02AA55
	Fentanyl	N01AH01
	Fentanyl, Kombinationen	N01AH51
	Fentanyl	N02AB03
	Gabapentin	N03AX12
	Pregabalin	N03AX16
	Übelkeit, Delir	Haloperidol	N05AD01
Dimenhydrinat		A04AB02
Dimenhydrinat, Kombinationen		A04AB52

© PMV 2019

Tab. 91

Fachgruppenschlüssel und Plausibilität der SAPV Verordnung

Nr.	Fachgruppe	SAPV Verordnung plausibel
1	Allgemeinmedizin	Ja
2	hausärztlicher Praktischer Arzt/Arzt ohne Facharzt-Weiterbildung	Ja
3	hausärztliche Innere Medizin	Ja
4	Anästhesiologie	Ja
5	Augenheilkunde	Nein
6	Chirurgie	Nein
7	Gefäßchirurgie	Nein
8	Visceralchirurgie	Nein
9	Kinderchirurgie	Nein
10	Orthopädie (und Unfallchirurgie)	Nein
11	SP Unfallchirurgie	Nein
12	Rheumatologie	Nein
13	Plastische Chirurgie	Nein
14	Thoraxchirurgie	Nein
15	Frauenheilkunde	Ja
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Nein
17	Gynäkologische Onkologie	Ja
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Nein
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Ja
20	Phoniatrie/Pädaudiologie	Nein
21	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Ja
22	Humangenetik	Nein
23	fachärztliche Innere Medizin	Ja
24	Angiologie	Nein
25	Endokrinologie/Diabetologie	Ja
26	Gastroenterologie	Ja
27	Hämatologie/Onkologie	Ja
28	Kardiologie	Ja
29	Nephrologie	Ja
30	Pneumologie	Ja
31	Rheumatologie (der Inneren Medizin)	Ja
32	Geriatric	Ja
33	Infektiologie	Nein
34	hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin	Ja
35	hausärztliche Kinder-Hämatologie	Ja

© PMV 2019

Tab. 92

Fachgruppenschlüssel und Plausibilität der SAPV Verordnung (Forts.)

Nr.	Fachgruppe	SAPV Verordnung plausibel
36	hausärztliche Kinder-Kardiologie	Ja
37	hausärztliche Neonatologie	Nein
38	hausärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie	Ja
39	hausärztliche Kinder-Pneumologie	Ja
40	fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin	Ja
41	fachärztliche Kinder-Hämatologie	Ja
42	fachärztliche Kinder-Kardiologie	Ja
43	fachärztliche Neonatologie	Nein
44	fachärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie	Ja
45	fachärztliche Kinder-Pneumologie	Ja
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt u. Teilnahme an der HA/FA-Versorgung	Ja
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Ja
48	Laboratoriumsmedizin	Nein
49	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Nein
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nein
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	Ja
52	Neurochirurgie	Nein
53	Neurologie	Ja
54	Nuklearmedizin	Nein
55	Neuropathologie	Nein
56	Pathologie	Nein
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin/Physiotherapie	Nein
58	Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie	Ja
59	Forensische Psychiatrie	Ja
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ja
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	Ja
62	Radiologie	Nein
63	Kinderradiologie	Nein
64	Neuroradiologie	Nein
65	Strahlentherapie	Nein
66	Transfusionsmedizin	Nein
67	Urologie	Ja
68	Psychologischer Psychotherapeut	Nein
69	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	Nein

© PMV 2019

- Apothekerkammer Nordrhein, & Ärztekammer Nordrhein. (2013). Notfallbevorratung für ambulante Palliativpatienten in den Apotheken in Nordrhein. In.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2007). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. In. Berlin.
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2015). *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL*. Retrieved from <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.o.htm>
- May, C., Montori, V. M., & Mair, F. S. (2009). We need minimally disruptive medicine. *BMJ*, *339*, b2803.
- Murtagh, F. E., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, *28*(1), 49-58. doi:10.1177/0269216313489367
- Rémi, C. (2017). S3-Leitlinie Palliativmedizin. In Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Ed.), *Arzneimittel in der Palliativversorgung. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie*. Bielefeld: LZG.NRW.
- Sauer, S., Müller, R., & Rothgang, H. (2015). Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(2), 169-175. doi:10.1007/s00391-013-0547-z
- Schubert, I., Ihle, P., & Köster, I. (2010). Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. [Internal Confirmation of Diagnoses in Routine Statutory Health Insurance Data: Concept with Examples and Case Definitions]. *Gesundheitswesen*, *72*(06), 316-322. doi:10.1055/s-0030-1249688
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H., & Matusiewicz, D. (Eds.). (2014). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Zich, K., & Sydow, H. (2015). *Palliativversorgung, Modul 1. Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren*. Gütersloh.

Evaluation der Wirksamkeit von spezialisierte ambulanter Palliativ- versorgung in Nordrhein (APVEL)

**AP 1.2: Befragung von niedergelassenen Hausärzten und
Onkologen**

Sophie Peter, Anna Maria Volkert, Prof. Dr. Holger Pfaff & Dr. Nadine Scholten

Endbericht

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln

Köln, Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	1
Tabellenverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Hintergrund	1
2 Einführung in das Teilprojekt, AP 1.2: Zielsetzung und Fragestellung	3
3 Darstellung der durchgeführten Projektarbeiten.....	4
3.1 Datenerhebung	4
3.2 Fragebogenkonstruktion	4
3.2.1 Ambulante Palliativversorgung	5
3.2.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	5
3.2.3 Einstellungen zur hausärztlichen Tätigkeit.....	5
3.2.4 Erhebung soziodemographischer und praxisstruktureller Angaben	6
3.3 Datenauswertung.....	6
4 Finanzierungsplan	7
5 Darstellung der Ergebnisse	8
5.1 Experteninterviews & Delphi-Befragung.....	8
5.1.1 Experteninterviews	8
5.1.2 Delphi-Befragung.....	10
5.2 Fokusgruppe.....	11
5.2.1 Ambulante Palliativversorgung in Nordrhein aus Sicht von ambulant tätigen Hausärzten und Onkologen	11
5.2.2 Tätigkeiten von Hausärzten und Onkologen in der ambulanten Palliativversorgung	13
5.2.3 Strukturelle/organisatorische Bedingungen in der ambulanten Palliativversorgung.....	16
5.3 Vollbefragung.....	17
5.3.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung	17
5.3.2 Ergebnisse der Vollbefragung.....	19
5.3.3 Freitextanalyse	45
5.4 Synthese.....	45
5.5 Limitationen	46
6 Nachhaltigkeit der Projektergebnisse nach Ende der Förderung	48
7 Veröffentlichung der Projektergebnisse	49

7.1 Kongressbeiträge.....	49
7.2 Geplante Veröffentlichungen.....	50
8 Literaturverzeichnis	51
9 Anhang.....	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einstellung zur Palliativmedizin (n=445).....	19
Abbildung 2: Zustimmung zur Aussage "Die hausärztliche Palliativversorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig" und Qualifikation (n=445)	20
Abbildung 3: Fortbildungsniveau Richtlinieneinbezug und Wissen	21
Abbildung 4: Bewertung der Zusammenarbeit mit SAPV (n=341) und AAPV (n=299) und SAPV-Verordnungszahlen.....	23
Abbildung 5: Zustimmung zu unterschiedlichen Aspekten im Aufwand der Palliativversorgung (n=445).....	26
Abbildung 6: Belastungen im Arbeitsalltag von Hausärzten	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Charakteristika der Befragten.....	17
Tabelle 2: Praxismerkmale	18
Tabelle 3: Patientenaufkommen der Befragten.....	18
Tabelle 4: Qualifikation der Befragten sowie Fort- und Weiterbildungsniveau.....	20
Tabelle 5: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit palliativen Versorgern.....	22
Tabelle 6: Bewertung der Versorgungsqualität palliativmedizinischer Akteure.....	24
Tabelle 7: Verordnungszahlen palliativer Leistungen.....	27
Tabelle 8: Einflussfaktoren auf die Anzahl der SAPV-Verordnungen (kategorial), ordinal logistisches Regressionsmodell.....	28
Tabelle 9: Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen.....	29
Tabelle 10: Wunsch nach paralleler Abrechnung von SAPV- und AAPV-Leistungen.....	29
Tabelle 11: Befragte, die jemals eine SAPV-Verordnung ausgestellt haben	30
Tabelle 12: Bewertung SAPV als Versorgungform	30
Tabelle 13: Häufigstes Überweisungskriterium in die SAPV	31
Tabelle 14: Gesamtranking der Verordnungskriterien.....	32
Tabelle 15: Variablen zur Einschätzung palliativer Bedarfe	33
Tabelle 16: Ordinal logistische Regressionsmodelle zur Einschätzung palliativer Bedarfe ...	34
Tabelle 17: Gründe für die Nicht-Verordnung von SAPV	35
Tabelle 18: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des SAPV-Teams	37
Tabelle 19: Ordinale logistische Regression von Zufriedenheitsaspekten des SAPV-Team auf SAPV-Verordnungen	38
Tabelle 20: Zusammenarbeit mit den Ärzten des SAPV-Teams	38
Tabelle 21: Involvierungswunsch von Hausärzten nach Überweisung eines Patienten in die SAPV	39
Tabelle 22: Tatsächliche Involvierung nach SAPV-Verordnung	40
Tabelle 23: Einstellungen zu hausärztlicher Tätigkeit	41
Tabelle 24: Involvierungswunsch von Hausärzten nach Überweisung zu anderem Facharzt	42
Tabelle 25: Zufriedenheit hausärztlicher Tätigkeit (n=445)	43
Tabelle 26: Arbeitsintensität (Richter et al. 2000), (n=445)	44

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
BQKPMV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
KV	kassenärztliche Vereinigung
MDK	medizinischer Dienst der Krankenversicherung
QPA	qualifizierter Palliativarzt
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung

1 Hintergrund

Deutschlandweit gibt es heterogene Bedarfe an palliativmedizinischen Leistungen (Schindler und Ewald 2005; Hagemeier 2014). Als zentraler Träger der ambulanten palliativen Versorgung wird häufig die hausärztliche Profession genannt (Schindler und Ewald 2005; Marterer 2016; Klindtworth et al. 2013; Schumacher und Schneider 2010; Mitchell et al. 2016; Schlunk und Staab 2002). Die ambulante Palliativversorgung hängt damit wesentlich vom Engagement des betreuenden Hausarztes ab (Lux 2017). Hausärzte sind der erste Ansprechpartner der Patienten in palliativen Belangen (Kratel 2014). Zudem koordinieren sie die palliative Versorgung (Verhoeven et al. 2011; Ding et al. 2018; Gröber-Grätz et al. 2011). Gleichzeitig werden Hausärzte auch als Basisversorger der Palliativversorgung beschrieben (Schneider 2008). Bei Bedarf sind sie zudem Zuweiser in spezialisierte Versorgungsformen wie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Schneider et al. 2014). Palliativversorgung wird also als ein wichtiger Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit definiert (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW 2005; Becka et al. 2014; Schnakenberg et al. 2016). Viele Hausärzte sind bereit, palliative Versorgung zu leisten und fühlen sich dafür verantwortlich (Sercu et al. 2015; Verhoeven et al. 2011). Die Involvierung der Hausärzte variiert jedoch stark zwischen den einzelnen Versorgern (Pype et al. 2014). Palliativversorgung wird somit nicht von allen Hausärzten praktiziert (Malik et al. 2017). Im Durchschnitt betreuen Hausärzte drei bis vier Palliativpatienten pro Jahr (Kratel 2014). Auf Grund der Komplexität hausärztlicher Palliativversorgung wird eine leistungsgerechte Vergütung gefordert (Schindler und Ewald 2005). Zudem wird die zunehmende Spezialisierung in der Palliativversorgung durch die Hausärzte kritisiert (Brueckner et al. 2009).

Auch Onkologen spielen auf Grund der hohen Prävalenz von Krebserkrankungen eine wichtige Rolle in der ambulanten Palliativversorgung (Scholten et al. 2016; Statistisches Bundesamt 2017). Die Studienlage für die ambulante, onkologische Palliativversorgung ist jedoch eher gering. Eine Studie von Gidwani et al. (2017) beschreibt, dass Onkologen sich weniger und nur zum Teil als Anbieter von palliativen Leistungen definieren. Der Fokus der Versorgung liegt eher auf fachspezifischen Fähigkeiten u.a. in der Chemotherapie (Gidwani et al. 2017).

Teamarbeit und Kommunikation zwischen den Versorgern wird als wichtige Voraussetzung palliativer Versorgung erachtet (Behmann et al. 2011; Radbruch und Payne 2011; Gidwani et al. 2017; Schneider et al. 2006). Die Kooperationen der Versorger werden jedoch oft als unzureichend und ausbaufähig angesehen (Götze et al. 2013; Diemer 2010). Einige Studien weisen darauf hin, dass Ärzte sich eine bessere palliativmedizinische Ausbildung und mehr Wissen über die palliativmedizinische Versorgung wünschen (Pype et al. 2014; Anquetin et al. 2015; Cremer-Schaeffer und Radbruch 2012).

Allgemeine Grundlagen der ärztlichen Palliativversorgung sind, neben einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, die bedarfsgerechte Versorgung, Empathie und Menschlichkeit (Husebø 2009; Becka et al. 2014). In der Literatur wird außerdem die Relevanz der ärztlichen Selbst- und Rollendefinition in der Palliativversorgung betont (Walshe et al. 2008; Ding et al. 2018; Behmann et al. 2009). Besonders Konflikte und Unklarheiten in der Rollendefinition führen zu Versorgungsproblemen (Schwabe et al. 2017; Brueckner et al. 2009). Hier sind beispielhaft die Unklarheiten der Hausärzte bezogen auf ihre Rolle in der SAPV zu nennen (Hagemeier 2014). Die Verordnung von SAPV-Leistungen kann durch Vertrags- und Krankenhausärzte erfolgen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010). Vor allem Hausärzte haben hier eine große Bedeutung als Zuweiser in die SAPV (Schneider et al. 2014). Die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team ist jedoch nicht für jeden Hausarzt selbstverständlich (Klie et al. 2015; Hagemeier 2014).

2 Einführung in das Teilprojekt, AP 1.2: Zielsetzung und Fragestellung

Auf Grund der beschriebenen Relevanz verfolgt das AP 1.2 mit Fokus auf der ambulanten hausärztlichen und onkologischen Palliativversorgung die folgenden Zielsetzungen:

- Bestandsaufnahme zur Leistungserbringung der SAPV und allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) in Nordrhein
- Darstellung regionaler Unterschiede im Vergleich städtischer vs. ländlicher Regionen in Nordrhein
- Darstellung der Abhängigkeit der Leistungserbringung der SAPV und AAPV in Abhängigkeit der regional verfügbaren Palliativversorger aus hausärztlicher und onkologischer Sicht

Hierzu werden im AP 1.2 explizit die folgenden Fragestellungen adressiert: Welche Einstellungen zeigen ambulant tätige Hausärzte und Onkologen in Nordrhein bezüglich der ambulanten Palliativversorgung (AAPV, SAPV und Regelversorgung)? Und wie wirken sich diese auf ihr Versorgungshandeln aus?

3 Darstellung der durchgeführten Projektarbeiten

3.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im Mixed-Methods-Design statt, d.h. qualitative- und quantitative Erhebungsverfahren wurden miteinander kombiniert. Zu Beginn des Projekts wurde eine thematische Literaturrecherche durchgeführt. Auf der recherchierten Literatur basierend, wurde der IST-Zustand der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein anhand von drei semistrukturierten, leitfadengestützten Experteninterviews erhoben. Die Experteninterviews wurden mit einem onlinebasierten Experten-Delphi kombiniert. Dafür wurde das Online-Tool ‚Limesurvey‘ genutzt. Der Expertenstatus wurde durch eine besonders hohe Fachexpertise, sehr gute Kenntnisse der palliativen Versorgungsstrukturen in Nordrhein und langjähriger Praxiserfahrung in der Palliativversorgung definiert. Die Delphi-Befragung erfolgte in drei Wellen, nach denen ein Expertenkonsens erreicht werden konnte.

Basierend auf der vorliegenden Literatur und den Erkenntnissen aus der Expertenbefragung, wurde eine Fokusgruppendifkussion mit sieben ambulant tätigen Ärzten geführt. Neben der Zugehörigkeit zu der Facharztgruppe der Hausärzte oder der Onkologen (Innere Medizin/Hämatologie) und der praktischen Tätigkeit in Nordrhein, wurden keine weiteren Teilnahmevoraussetzungen vorgegeben. Sechs der teilnehmenden Ärzte gehörten der Facharztgruppe der Hausärzte an. Ein Teilnehmer war Onkologe. Die Fokusgruppe wurde entsprechend des semistrukturierten Leitfadens durchgeführt.

Aus den qualitativen Verfahren und in Kombination mit der Literaturbasis wurde ein quantitativer Fragebogen entwickelt und gepretestet. In Folge wurde dieser im Rahmen einer Vollbefragung an alle ambulant tätigen, niedergelassenen und angestellten Hausärzte und Onkologen in Nordrhein (Aachen, Kreis Aachen, Köln, Bonn, im Rhein-Sieg-Kreis und im Rhein-Erft-Kreis) versendet (n=2.199, davon 45 Onkologen). In Anlehnung an Dillman’s Total Design Methode wurden die Teilnehmer drei Mal zur Teilnahme an der Befragung erinnert (Dillman 1978). Der Rücklauf lag bei 445 hausärztlichen Teilnehmern, was einer Rücklaufquote von 20% entspricht. Der Rücklauf bei den Onkologen lag bei 14 Teilnehmern (31%)

3.2 Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen gliedert sich in die vier Themenfelder ‚Ambulante Palliativversorgung‘, ‚Spezialisierte ambulante Palliativversorgung‘, ‚Einstellungen zur hausärztlichen Tätigkeit‘ sowie der Erhebung soziodemographischer und praxisstruktureller Angaben.

3.2.1 Ambulante Palliativversorgung

Der erste Fragebogenabschnitt befasst sich mit allgemeinen Themen zur ambulanten Palliativversorgung. Die Einstellung der Hausärzte zur ambulanten Palliativversorgung, ihrer palliativmedizinischen Qualifikation sowie Fortbildungsmöglichkeiten und ihrem palliativmedizinischen Wissen werden erhoben. Daneben werden die Ärzte gebeten, ihre Einschätzung zum Stand der Palliativversorgung in ihrem Praxis-Umfeld (dem Landkreis/der Stadt) zu geben. Neben Fragen zur Zusammenarbeit mit den palliativmedizinischen Akteuren SAPV-Team, Hospizen und der AAPV, sollen die Ärzte die Versorgungsqualität von pflegerischen und medizinischen Akteuren, sowohl ambulant als auch stationär, bewerten. Sie werden zudem nach den aufwändigsten Tätigkeiten im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung gefragt. Die Zufriedenheit mit den umgebenden Strukturen wird mit Hilfe der Skalen der ‚Zuweisungsbefragung (KEF-CH) –Allgemeinversion‘ nach Pfaff et al. (n.d.) gemessen. Darüber hinaus enthält dieser Abschnitt Fragen zur Arbeitsbelastung aus dem ‚Hospital Consultants Job Stress and Satisfaction Questionnaire‘ von Teasdale et al. (2008). Abschließend werden Fragen zum Ordnungsverhalten sowie zur Abrechnung von palliativmedizinischen Leistungen gestellt.

3.2.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

In diesem Abschnitt wird danach gefragt, ob Ärzte jemals SAPV verordnet haben und wie gut sie palliative Bedarfe einschätzen können. Zudem erfolgt eine Bewertung der SAPV allgemein sowie einzelner Teilaspekte. Neben Kriterien, die häufig zu einer SAPV-Verordnung führen, werden Kriterien abgefragt, die eine SAPV-Verordnung verhindern. Neben dem Involvierungs-wunsch in der Behandlung nach SAPV-Überweisung wird die tatsächliche Involvierung erfragt, sowie Erfahrungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Begutachtung von SAPV-Verordnungen. Die Skalen bzgl. der Zufriedenheit und Zusammenarbeit mit den SAPV-Versorgern wurden angelehnt an die ‚Zuweisungsbefragung (KEF-CH) –Allgemeinversion‘ nach Pfaff et al. (n.d.).

3.2.3 Einstellungen zur hausärztlichen Tätigkeit

Zusätzlich zu der Einstellung zur Palliativversorgung wird in diesem Abschnitt erhoben, inwieweit sich die Hausärzte als medizinische Ansprechpartner ihrer Patienten über den Lebensverlauf bis zum Tod sehen. Darüber hinaus werden Einstellungen zum Überweisungsverhalten erhoben sowie zu der Involvierung nach Überweisung zum Spezialisten für Palliativmedizin. Abschließend behandelt dieser Abschnitt die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation in den vergangenen Monaten mit Fragen aus dem ‚Hospital Consultants Job Stress and Satisfaction Questionnaire‘ nach Teasdale et al. (2008).

3.2.4 Erhebung soziodemographischer und praxisstruktureller Angaben

In diesem Abschnitt wurden soziodemographische Angaben der Befragungsteilnehmer, wie Alter und Geschlecht, Angaben zum Arbeitsverhältnis (Beschäftigungsform und Arbeitsstunden), praxisstrukturelle Angaben (wie Praxisform, Region des Praxisstandortes und dessen siedlungsstrukturelle Einordnung) sowie Angaben zum (palliativen) Patientenaufkommen abgefragt. Darüber hinaus wurde die Arbeitsbelastung mit der Skala zur Arbeitsintensität von Richter et al. (2000) gemessen. Die Befragten wurden abschließend zu ihrer Zufriedenheit mit ihrer Berufswahl bezüglich des Medizinstudiums allgemein, sowie speziell auf ihre hausärztliche Tätigkeit hin, befragt. Abschließend waren freie Anmerkungen in einem Kommentarfeld möglich.

3.3 Datenauswertung

Die Experteninterviews und Daten aus der Fokusgruppe wurden per Audioaufnahme aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Als Auswertungsmethode wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz (2016) gewählt. Die Codierung fand mit zwei unabhängigen Codierenden anhand eines deduktiv-induktiven Vorgehens statt. Codes wurden im Anschluss diskutiert und abgeglichen. Für die Analyse wurde die Software MAXQDA 12 genutzt.

Die Fragebögen aus der Vollbefragung wurden mit Hilfe der Teleform® Software eingelesen und mit dem Statistikprogramm STATA 15.1 ausgewertet. Hierzu wurden die Daten nach der Erfassung in einem ersten Schritt deskriptiv analysiert. Zudem erfolgten zu einigen Fragen Subgruppenanalysen, beispielsweise stratifiziert nach Qualifikation oder Verordnungshäufigkeiten von SAPV. Neben der deskriptiven Analyse wurden einzelne Items bivariat untersucht. Zu der Variable SAPV-Verordnungen sowie zu Variablen zur Einschätzung palliativer Bedarfe wurden multivariate Analysen durchgeführt (ordinale logistische Regressionsanalyse), um Einflussfaktoren zu identifizieren.

Aus den Ergebnissen der Datenerhebung wurden im Anschluss Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der SAPV in Deutschland abgeleitet.

4 Finanzierungsplan

Die Finanzierung des AP 1.2 war angemessen.

5 Darstellung der Ergebnisse

5.1 Experteninterviews & Delphi-Befragung

5.1.1 Experteninterviews

5.1.1.1 Definition von SAPV

Die befragten Experten definieren die Indikation von SAPV anhand des Vorliegens einer komplexen Symptomatik und/oder mindestens einer weit fortgeschrittenen Erkrankung und/oder eines besonders hohen Versorgungsaufwandes, wobei eine Kombination der Faktoren möglich ist. Somit entspricht die Expertendefinition der G-BA-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010). Als komplexe Symptomatik wird eine Kombination mehrerer Symptombereiche oder eine sehr stark ausgeprägte Symptomatik verstanden. Dabei treten physische und psychische Symptome oft gemeinsam auf. Eine weit fortgeschrittene Erkrankung liegt nach Ansicht der Experten im Terminalstadium einer Krankheit vor, wenn das Versterben des Patienten absehbar ist. Was als fortgeschrittene Erkrankung zu definieren ist, variiert zwischen einzelnen Patienten und Krankheiten. Die verbleibende Lebenszeit der Patienten kann zwischen wenigen Wochen und wenigen Monaten betragen. Ein besonders hoher Versorgungsaufwand besteht, wenn viele verschiedene Professionen an der Versorgung beteiligt sind. Die SAPV-Versorgung ist aufsuchend. Zusätzlich beschreiben die Experten eine hohe Intensität und hohe Frequenz der Betreuung. Insgesamt befürworten die Befragten das Vorliegen „weicher“ (E02) SAPV-Definitionskriterien, die nicht in Scores messbar gemacht werden können. Einer der Befragten begründet dies am Beispiel des Richtlinienkriteriums ‚komplexes Symptomgeschehen‘ wie folgt:

„Ja, auch da [bei der Verordnung von SAPV] sind wir ja froh, dass es eben nicht mit einem Symptomscore oder so was ist, weil das eben auch sehr unterschiedlich [zu definieren] ist.“ (E02)

In der Beschreibung der komplexen Symptomatik wird eine patientenzentrierte Definition gefordert. Der Versorgungsansatz ist ganzheitlich zu wählen und soll die Bedürfnisse des Patienten und dessen Angehöriger einbeziehen. Patientencharakteristika für die SAPV sind sehr heterogen, da verschiedenste Grunderkrankungen vorliegen können. Typische Eigenschaften eines SAPV-Patienten sind eine sehr geringe Lebensspanne und ein sehr hohes Sicherheitsbedürfnis. Aktuell werten die Experten vor allem die Koordinationsleistungen in der SAPV als zentral. SAPV ergänzt die bestehenden Strukturen, besonders die hausärztliche Versorgung. Die Zusammenarbeit mit den ambulanten Zuweisern, beispielsweise Hausärzten oder Onko-

logen, wird als essentiell für das Gelingen von SAPV gewertet. Die Rufbereitschaft und regelmäßige Besuche schaffen ein Sicherheitsgefühl bei den Patienten und schließen damit eine Versorgungslücke. „Early Integration“ (E03) der SAPV wird gefordert. Die Befragten beschreiben, dass die SAPV sich seit ihrer Einführung in die Versorgungspraxis integriert hat und von den Patienten und Angehörigen gut angenommen wird. Es zeigt sich eine hohe SAPV-Nachfrage. Als positiv für die zukünftige Entwicklung der SAPV wird der wachsende Bekanntheitsgrad gewertet. Allerdings gibt es Verbesserungsbedarfe: Der Zugang für Nicht-Tumor-Patienten sollte vereinfacht werden. Zudem sollte eine stärkere Einbeziehung von Psychologen in die SAPV-Teams stattfinden. Besonders im ländlichen Raum muss das SAPV-Angebot ausgebaut werden. Die Informiertheit von Zuweisern über SAPV wächst zwar stetig, liegt jedoch noch nicht ausreichend, flächendeckend vor.

5.1.1.2 Beschreibung von Faktoren für gelingende und/oder misslingende Umsetzung von SAPV

Zu gelingender und/oder misslingender SAPV-Versorgung tragen sowohl patientenseitige Einflüsse als auch Umweltfaktoren bei. Neben der Krankheit des Patienten beeinflussen psychische Faktoren (u.a. Bedürfnisse, Trauer, Wohlbefinden, Angst, Coping und Compliance) die Versorgung. Auch das Partizipationsniveau und die kommunikativen Möglichkeiten des Patienten bedingen die SAPV-Umsetzung. Als Umwelt werden von den Experten das soziale Umfeld des Patienten, Dienstleister und Versorger, aber auch regionale- oder politisch-organisationale Faktoren benannt. Diese wirken sich in ihrem jeweiligen Handeln auf die Patientenversorgung aus. Einer der Experten definiert als Hauptkriterium für eine gelingende Versorgung:

„Also ich glaube, dass das Gelingen [der SAPV] daran geknüpft ist, dass die großen Wünsche, die Patienten für ihren letzten Lebensweg haben, sich erfüllen. Dazu gehört auch der Wunsch sehr vieler Menschen, aber nicht aller, zu Hause zu sterben.“ (E01)

5.1.1.3 Beschreibung des Handelns professioneller Akteure

Das Handeln in der ambulanten Palliativversorgung, besonders in der SAPV, wird als multidisziplinär beschrieben. Grundvoraussetzungen für die Tätigkeit in der Palliativversorgung sind, nach Einschätzung der Experten, die intrinsische Motivation der Versorger und eine grundständige palliativmedizinische Wissensbasis. Das palliative Wissen ambulant tätiger Ärzte wird von den Befragten als ausbaufähig bewertet. Der Informationsfluss und Austausch zwischen den Versorgern sollte verbessert werden. Als Barrieren für ambulante Versorger werden der hohe Zeitaufwand und die aufsuchende Versorgung in der Palliativmedizin genannt. Ambulant tätige Mediziner, meist Hausärzte, fühlen sich nach Einschätzung der Befragten häufig mit der komplexen Symptomatik von SAPV-Patienten überfordert, wollen aber trotzdem stellenweise die Patienten nicht an die SAPV-Spezialisten abgeben. Oft wird dies durch die enge Hausarzt-Patienten-Beziehung begründet. Ein weiterer Grund kann laut der Experten

aber sein, dass zuweisende Ärzte vor den Palliativspezialisten nicht inkompetent wirken wollen, in dem sie Wissens- oder Versorgungsdefizite durch die Überweisung der Patienten offen legen. Als Fazit beschreibt ein Interviewter: „Insgesamt, glaube ich, sind wir auf einem guten Weg.“ (E03)

5.1.1.4 Differenzierung von AAPV und SAPV

Laut den Experten sind der AAPV und der SAPV gemein, dass AAPV und SAPV ambulante Strukturen der Palliativversorgung darstellen, die sich an der Bedürfnisorientierung ausrichten. Kooperationen beider Formen, z.B. über eine intermittierende Versorgung, sind möglich. In beiden Versorgungsformen liegen große regionale Unterschiede in der Umsetzung und Versorgungsqualität vor. Eine Rufbereitschaft ist sowohl in der AAPV, als auch in der SAPV möglich. Im Gegensatz zu der AAPV zeigt die SAPV jedoch ein höheres Maß an Koordinationsaufwand, psychosozialer Beratung, Komplexität, Zeitaufwand, Multidisziplinarität, Spezialisierungsgrad der Versorger und eine höhere Team-Orientierung. Einer der Experten beschreibt außerdem:

„Damit wir die Gesamtversorgung verbessern, ist es wichtig, dass die allgemeinen Strukturen lernen, eine palliative Haltung rechtzeitig einzunehmen. Und darüber, das [die palliative Haltung] auch zu kommunizieren.“ (E03)

5.1.2 Delphi-Befragung

Die Experten kommen in der Delphi-Befragung zu dem Konsens, dass die Palliativversorgung in der Region Nordrhein seit der Einführung der SAPV erheblich verbessert werden konnte. Im Vergleich zur AAPV besteht bei Patienten in der SAPV ein wesentlich höherer Koordinationsaufwand. Patienten in der letzten Lebensphase mit ausgeprägten spirituellen und sozialen Bedürfnissen, aber ohne ausgeprägte physische und/oder psychische Symptomatik, sollten mehr Zugang zur SAPV erhalten. Die Verweildauer von Patienten in der SAPV sollte idealerweise länger als drei Wochen betragen. Die weichen Kriterien in der G-BA-Richtlinie bezüglich der Verordnung der SAPV sind ausschließlich positiv zu bewerten. Patienten mit neurologischen Erkrankungen sollten häufiger Zugang zur SAPV erhalten, als dies bisher der Fall ist. Eine parallele Abrechenbarkeit palliativer Leistungen des Hausarztes und des SAPV-Teams hätte zur Folge, dass der Hausarzt mehr in den Versorgungsprozess involviert wird. Der Behandlungsprozess der SAPV-Patienten sollte für den Hausarzt transparenter gestaltet werden. Zudem merken die Experten an, dass die Möglichkeit SAPV-Verordnungen auch durch Palliativärzte ausstellen zu lassen, die palliativmedizinische Versorgung verbessern würde. Im Sinne eines ganzheitlichen, biopsychosozialen und spirituellen Versorgungsansatzes ist es in der SAPV sinnvoll, auch die an der Versorgung beteiligten Angehörigen zu unterstützen.

5.2 Fokusgruppe

5.2.1 Ambulante Palliativversorgung in Nordrhein aus Sicht von ambulant tätigen Hausärzten und Onkologen

Die Palliativversorgung in Nordrhein befindet sich, laut der an der Fokusgruppe teilnehmenden Hausärzte und Onkologen, in einem fortgeschrittenen, noch andauernden Entwicklungsprozess. Aus Sicht der Teilnehmer wird der IST-Zustand der palliativen Strukturen als Testphase angesehen. Aus der Vielzahl an palliativen Angeboten werden sich in Zukunft die für die Region adäquatesten Strukturen herausbilden. Die Fokusgruppenteilnehmer erwarten, dass sich die Verläufe in der AAPV und SAPV in Zukunft durch den medizinischen Fortschritt und durch die Veränderung des Krankheitspanoramas verlängern. Ein wichtiges aktuelles Ziel ist die Vereinheitlichung der palliativen Strukturen innerhalb der Region Nordrhein. Die befragten Ärzte beschreiben sehr große Unterschiede in Nordrhein, die die Umsetzung der ambulanten Palliativversorgung betreffen. Differenzen in den Palliativstrukturen Nordrheins zeigen sich durch die hohe Heterogenität der Versorgungsformen und der Versorgungsqualität, die ein Teilnehmer als „Flickenteppich“ (P04) bezeichnet. Der Teilnehmer führt des Weiteren aus:

„Mich stört es maximal, dass eine so wichtige und tolle Sache wie die Palliativmedizin so was von Flickenteppich ist [...]. Dann ein Kreis, wo die AAPV gut läuft, ein anderer Kreis, wo die SAPV gut läuft. Dann die Hausärzte, die sich um gar nichts kümmern. Dann Hausärzte, die das noch so machen ohne irgendwas abzurechnen. Dann eben auch diese sehr merkantilen Strukturen, die es dann aber auch gibt, weil in der SAPV ja auch viel Geld fließt. Und das ist ja so ein Sammelsurium.“ (P04)

Vergleichbar ist in allen Landkreisen Nordrheins, dass die Strukturen der Palliativversorgung stark ausgelastet sind. Die Abdeckung mit Not- und Bereitschaftsdiensten wird von den Ärzten generell als eher schlecht bewertet. In ganz Nordrhein wird ein Fachkräftemangel beschrieben, der in naher Zukunft die Versorgung gefährden könnte. Das Vorhandensein engagierter AAPV-Strukturen und SAPV-Teams wird als Qualitätskriterium für eine hochwertige Versorgung in den Landkreisen angegeben. Enge Kooperationen der Versorger werden als Indikator hoher Versorgungsqualität gewertet. Gleichzeitig werden vor allem die stationären Versorger und deren Kommunikation mit der ambulanten Palliativversorgung kritisiert. Die SAPV wird bei Krankenhausentlassungen, laut den Erfahrungen der Befragten, als Form der ambulanten Palliativversorgung übergeneralisiert. Das heißt, Patienten werden aus dem Krankenhaus heraus meist in die SAPV überwiesen. AAPV ist in der Krankenhausversorgung als Weichensteller gegenüber der SAPV z.T. den im Krankenhaus tätigen Ärzten gar nicht bekannt und sollte deswegen im Bekanntheitsgrad gefördert werden. Wobei auch die SAPV, nach Einschätzung

der ambulant tätigen Ärzte, oft zu spät von den Krankenhäusern verordnet wird. Die intermittierende AAPV-SAPV-Versorgung je nach Patientenbedarfen wird als sehr positive bis optimale Versorgungsmöglichkeit gewertet. Allerdings wird der Wechsel zwischen den Versorgungsformen nur selten praktiziert. Im Vergleich der ambulanten Versorgungsformen wird eine „Zwei-Klassen-Palliativmedizin“ (P04) diskutiert. SAPV wird dabei als „First-class“ (P04) angesehen. AAPV demgegenüber eher als „Holzklasse“ (P04). Die „High-End-Palliativversorgung“ (P06) der SAPV braucht allerdings nicht jeder Patient. Als Unterschiede zwischen den Kreisen Nordrhein werden landkreisspezifische Umsetzungen der SAPV und AAPV berichtet. Es zeigen sich verschiedene Organisationsformen der SAPV und AAPV. In einigen Regionen sind AAPV und/oder SAPV in Netzwerken zusammengeschlossen. In anderen Regionen gibt es keine zentrale Organisation einzelner Teams. Zudem weisen die SAPV-Teams je nach Stadt oder Landkreis unterschiedliche Teamstärken auf. Gering ausgeprägte Versorgungsstrukturen werden dabei mit häufigeren Krankenseinweisungen von Palliativpatienten assoziiert. Je nach Präferenz der SAPV-Teams im Landkreis wird eher in Teil- oder Vollversorgung versorgt. Zusammenfassend werden die Versorgungsdichte, die Versorgungskontinuität und die Uneinheitlichkeit der Versorgungsstrukturen in Nordrhein als suboptimal bewertet. Intraregionale Unterschiede werden als unfair eingestuft und sollten nach Meinung der diskutierenden Ärzte nicht existieren.

Palliativpatienten, die in der SAPV versorgt werden, weisen einen deutlich erhöhten Pflegebedarf auf. Das heißt, bei SAPV-Patienten sind viele und/oder komplexe medizinische und/oder pflegerische Interventionen erforderlich. SAPV ist damit eine „stationär ersetzende Leistung“ (P01), für Patienten mit erhöhtem Versorgungsaufwand. Patient und Angehörige stehen bei SAPV-Leistungen im Mittelpunkt. Die SAPV kann in der Versorgung hausärztliche Funktionen ersetzen. Indikation für die SAPV müssen keine klar definierten physischen Symptome sein. Oft können auch hohe psychische Belastungen von Patienten und Angehörigen eine SAPV-Verordnung bedingen. Dies kann auch der Fall sein, wenn ambulante Pflegedienste keinen Betreuungsplatz zur Verfügung stellen können und der Patient trotz dessen wünscht, zu Hause versorgt zu werden. Für die Strukturierung der Versorgung wird zudem gefordert, dass eine Höchstanzahl an Palliativpatienten pro Qualifizierten Palliativarzt (QPA) festgelegt werden sollte. Zudem muss es ermöglicht werden, dass die Dokumentation allen Versorgern zugänglich gemacht wird. SAPV sollte außerdem regelhafter in die Versorgung in Pflegeheimen integriert sein. Als durchschnittliche Dauer der SAPV-Versorgung werden drei bis vier Wochen geschätzt. Zum Teil kommt es vor, dass SAPV als Urlaubsvertretung oder zur Überbrückung von personellen Engpässen in der hausärztlichen Versorgung eingesetzt wird. Dies wird von den Diskutierenden als Fehlversorgung stark kritisiert. Kooperationen aller in der SAPV beteiligten Versorger werden positiv gewertet, da dadurch der Versorgungsaufwand relativiert wird.

Hausärzte sehen die SAPV nach Einschätzung der Teilnehmer besonders dann positiv, wenn sie durch die SAPV entlastet werden. Synergieeffekte entstehen vor allem dadurch, dass SAPV-Teams von dem Wissen des Hausarztes über den Patienten und deren Arzt-Patienten-Beziehung profitieren. Deswegen wird eine enge Abstimmung zwischen Hausarzt und SAPV-Team als wichtig gewertet. Hausärzte sehen ihre Einbindung in die SAPV zudem auch als Wertschätzung an. Den Patienten in die SAPV zu überweisen fällt Hausärzten, laut Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer, seit der Einführung der SAPV im Zeitverlauf zunehmend leichter. Ein Proband gibt an, dass eine Einleitung der SAPV nicht mehr nötig ist, wenn die Sterbephase und damit die letzten Lebensstunden des Patienten begonnen haben und erhält dafür viel Zustimmung in der Fokusgruppe. Zudem ist SAPV dann besonders sinnvoll, wenn es von dem Patienten und/oder den Angehörigen als Versorgungsform gewünscht wird und die häusliche Versorgung die SAPV-Versorgung ermöglicht. Durch die steigende Popularität und Bekanntheit der SAPV haben die Behandlungszahlen zugenommen. Als Ausblick geben die Befragten an, dass sie in naher Zukunft einen enorm steigenden Bedarf der SAPV-Versorgung erwarten. Ein Teilnehmer sagt diesbezüglich:

„Da rollt auf uns eine ganz schöne Lawine zu, wo man aufpassen muss, dass man sich abgrenzt.“ (P01).

5.2.2 Tätigkeiten von Hausärzten und Onkologen in der ambulanten Palliativversorgung

5.2.2.1 Wissen und Ausbildung

Als Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige palliativmedizinische Versorgung wird eine grundständige medizinische Ausbildung benannt. Als Wissensbasis für eine gute ambulante Palliativversorgung wird von den Teilnehmern der Basiskurs Palliativmedizin (40-stündige palliativmedizinische Kursweiterbildung) angegeben. Auch der Austausch in Qualitätszirkeln wird positiv gewertet. Die teilnehmenden Hausärzte geben an, unterscheiden zu können, ob ein Patient palliativ versorgt werden muss oder nicht. Allerdings liegt oft eine Wissenslücke unter den Hausärzten vor, welche Patienten von der AAPV profitieren können. Ambulant tätige Ärzte sollten insgesamt in der Lage sein, auf Basis ihres Fachwissens, eine Prognose zur Überlebensdauer eines Patienten geben zu können. Außerdem meint einer der Teilnehmer:

„Ich denke, jeder Hausarzt muss in der Lage sein, palliativmedizinisch eine gute Basisversorgung herzustellen.“ (P05)

Als Ausblick für die hausärztliche und onkologische Versorgung wird gemutmaßt, dass neue Versorgungsformen wie die Immuntherapie, die Veränderung des Krankheitspanoramas von akuten zu chronischen Erkrankungen, der demografische Wandel und die Verlängerung von

Krankheitsverläufen dazu führen, dass Ärzte sich kontinuierlich und lebenslang weiterbilden müssen.

5.2.2.2 Multidisziplinarität und Austausch

Das multidisziplinäre Versorgen von Palliativpatienten wird als grundlegende Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung gewertet. Der Austausch vor allem mit stationär tätigen Ärzten und Pflegekräften wird von den Fokusgruppenteilnehmern als wichtig bewertet, findet aber nach deren Angaben insgesamt selten statt. Einer der teilnehmenden Ärzte berichtet:

„[Ich finde es] wichtig, dass Hausarzt, Palliativarzt und Onkologe zusammenarbeiten. Und dahingehend passiert häufig sehr wenig, finde ich.“ (P02)

Eine Schnittstellenproblematik wird besonders beim Übergang eines Patienten vom Krankenhaus in die AAPV beschrieben. Vor allem das Entlassmanagement wird nicht ausreichend kommuniziert. Ambulant tätige Ärzte fühlen sich dadurch bzgl. der palliativen Situation der Patienten verunsichert. Stationäre Versorger werden u.a. auch als Konkurrenten in der Versorgung wahrgenommen. Zum Teil liegt bei den Fokusgruppenteilnehmern aber auch eine Zusammenarbeit, beispielsweise mit Hospizen, vor. Durch die Bekanntheit von Netzwerken und den persönlichen Kontakt zu Ansprechpartnern in der stationären Versorgung wird die ambulant-stationäre Kommunikation erleichtert. Ebenso innerhalb des ambulanten Sektors ist die Schnittstellenkommunikation ein wichtiges Thema. Auch zwischen ambulanten Versorgern wird ein reger Austausch als positiv für die gemeinsame Versorgung von Palliativpatienten gewertet. Auf dieser Basis kann eine gegenseitige Beratung stattfinden, falls diese gewünscht wird. In der Fokusgruppe wird berichtet, dass sich Hausärzte beispielsweise immer häufiger Ratschläge bei QPAs einholen. Die Zusammenarbeit von Hausärzten und QPAs wird als positiv und immer besser werdend empfunden. Entscheidend ist dabei nicht nur die Einstellung des Hausarztes und dessen Kooperationswille, sondern auch die wertschätzende Kooperation der in der Palliativversorgung spezialisierten Versorger mit den Hausärzten auf Augenhöhe. Ein Teilnehmer beschreibt, dass er es auch als klare Aufgabe der QPAs sieht, mehr Hausärzte für die ambulante Palliativversorgung zu inspirieren. Durch den Kontakt zur AAPV und SAPV wird nach Meinung der Fokusgruppenprobanden auch die Einstellung der ambulant tätigen Hausärzte und Onkologen zur AAPV und SAPV positiver. Aber auch die ambulanten Versorger sollten besser über die SAPV aufgeklärt werden. Problematisch wird die Zusammenarbeit in der ambulanten Palliativversorgung, wenn eine Profession durch eine andere ersetzt wird und der Patientenkontakt dadurch abbricht. Zusammenfassend wird Kommunikation als wichtige Basis des Schnittstellenmanagements gesehen. Unbürokratische, direkte, kooperative Kon-

takte erleichtern die Versorgung. Problematisch ist das Schnittstellenmanagement bei Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Palliativversorgung. An dieser Stelle sehen die Teilnehmer hohe Verbesserungsbedarfe.

5.2.2.3 Umsetzung der hausärztlichen/onkologischen Palliativversorgung

Die hausärztliche ambulante Palliativversorgung wird von vielen Teilnehmern als aufsuchende Versorgung definiert. Ein Onkologe beschreibt jedoch auch positive Erfahrungen mit einer rein telefonischen Notfallversorgung. Grundvoraussetzung für eine reibungslose Versorgung ist eine gute Dokumentation. Die Beratung von Patienten und Angehörigen ist in der ambulanten Palliativversorgung von Hausärzten und Onkologen sehr wichtig. Zentral ist dabei, den Patienten über seinen gesundheitlichen Zustand aufzuklären und ein realistisches Bild über die Erkrankung und die verbleibende Lebensspanne zu schaffen. Die Medikation am Lebensende beschreiben die Fokusgruppenmitglieder als wenig komplex, da sie sich häufig nur aus vier bis fünf Medikamenten zusammensetzt. Netzwerke und Möglichkeiten der ambulanten Palliativversorgung müssen für Hausärzte und Onkologen transparenter gemacht werden. Allerdings sind Hausarztpraxen bereits aktuell sehr stark ausgelastet. Die Palliativversorgung ist in der hausärztlichen Praxis im Vergleich zu anderen Erkrankungen, beispielsweise der Grippe, zwar ein wichtiges, aber weniger häufig repräsentiertes Feld.

5.2.2.4 Einstellungen und Rollendefinitionen

Emotionale Faktoren, wie die Arzt-Patienten-Bindung, spielen in der Versorgung für ambulant tätige Hausärzte und Onkologen eine wichtigere Rolle als die Vergütung. Wobei die Vergütung ebenfalls als wesentlicher Einflussfaktor erachtet wird. Als besonders motivierend für die Erbringung palliativer Versorgungsleistungen wird ein hohes Interesse an der ambulanten Palliativversorgung und eine ausgeprägte intrinsische Motivation der Versorger beschrieben. Die wahrgenommene Kompliziertheit des Systems und die hohe Bürokratie wirken sich dem gegenüber allerdings eher negativ auf die Motivation ambulant tätiger Hausärzte und Onkologen aus, Palliativpatienten zu versorgen. Für die Behandlungsqualität in der Palliativversorgung ist es entscheidend, wie kompetent der Hausarzt ist und wie er seine Rolle in der Palliativversorgung definiert. Die Fokusgruppenteilnehmer beschreiben, dass der Hausarzt seine Patienten meist lange und gut kennt und dadurch eine patientenorientierte Palliativversorgung leisten und unterstützen kann. Der Hausarzt ist in der Palliativversorgung für die Symptomkontrolle zuständig. Das Versorgungshandeln orientiert sich maßgeblich an den Bedürfnissen und dem Willen des Patienten. Das ärztliche Ethos wird von den Fokusgruppenteilnehmern als wichtige Grundhaltung und damit Basis für die Palliativversorgung gesehen. Viele Hausärzte haben, nach Einschätzung der Diskutierenden, bereits eine adäquate palliativmedizinische Grundhaltung. Insgesamt ist die palliative Versorgungsform für die adäquate Patientenversorgung we-

niger wichtig. Zentral ist vor allem das subjektive Wohlbefinden des Patienten. Eine gute Betreuung ist für Patienten auch mit einer guten hausärztlichen Grundversorgung möglich. Insgesamt liegt eine positive Wertung und Einstellung gegenüber der Palliativversorgung vor. Manche Hausärzte haben jedoch Angst, dass ihnen Patienten durch die SAPV-Versorgung „weggenommen“ werden (P01 & P03).

5.2.3 Strukturelle/organisatorische Bedingungen in der ambulanten Palliativversorgung

Die Palliativversorgung wird aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte und Onkologen besonders durch Entscheidungsträger wie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen strukturiert sowie durch Politik und Gesetze gerahmt. Die Planung „[von denen,] die am Schreibtisch sitzen“ (P05) und die damit verbundene Bürokratie behindert jedoch an einigen Stellen die praktische Versorgung. Ein Hausarzt meint dazu:

„Also wenn wir das jetzt hier – unser System – irgendeinem Externen erzählen würden, die würden uns alle für bekloppt halten. Die würden [...] ein normaler, intelligenter Mensch wird von dem ganzen System nichts verstehen.“ (P04)

Die Palliativversorgung ist stark regional geprägt. Vor allem im ländlichen Raum zeigen sich Tendenzen zur Unterversorgung. Neben hauptamtlichen Akteuren spielt auch das Ehrenamt für die Versorgung eine große Rolle. Wenn es in der Region, in der ein Arzt tätig ist, eine solide und funktionierende SAPV und/oder AAPV-Versorgung gibt, wird deren Sinnhaftigkeit oft auch anerkannt. Die an der Fokusgruppe beteiligten Ärzte kritisieren, dass seitens der KV Nordrhein zu wenige Kontrollen der hausärztlichen Rufbereitschaften durchgeführt werden. Durch die Kompliziertheit der Abrechnung palliativer Leistungen wird zudem die praktische Umsetzung sowohl der SAPV, als auch der AAPV und der Regelversorgung beeinträchtigt. Die Teilnehmer wünschen sich eine Verringerung des Bürokratieaufwandes, da dadurch die Versorgung erschwert wird. Die Ärzte bemängeln auch eine zu geringe Vergütung der palliativen Leistungen und zeigen Unsicherheit im Abrechnungsvorgang. Zudem fehle es an eindeutigen Vorschriften bezüglich der gleichzeitigen Abrechnungen von einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)-, AAPV- und SAPV-Leistungen.

5.3 Vollbefragung

5.3.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Von den insgesamt 2.199 angeschriebenen Hausärzten und Onkologen haben 458 Ärzte den Fragebogen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 20,8 %. Separiert nach Professionen haben 445 Hausärzte (20,6 % Rücklauf) und 14 Onkologen (28,8 % Rücklauf) an der Befragung teilgenommen.¹ Die meisten Befragten kamen aus Köln (33,0 %), dem Rhein-Sieg-Kreis (19,6 %) sowie aus dem Rhein-Erft-Kreis (17,2 %).

Die Tabelle 1 bis 3 beschreiben die soziodemografischen Merkmale der Befragten sowie Struktur-, Praxis- und Leistungsmerkmale.

Tabelle 1: Soziodemografische Charakteristika der Befragten

Soziodemografische Variablen	Gesamt (n= 445)
Alter in Jahren	
Mittelwert (Standardabweichung)	54 (9)
Median (Q1, Q3)*	54 (48, 60)
Tätigkeit im ambulanten Sektor in Jahren	
Mittelwert (Standardabweichung)	18 (10)
Median (Q1, Q3)	18 (10, 25)
Arbeitsstunden pro Woche	
Mittelwert (Standardabweichung)	44 (12)
Median (Q1, Q3)	45 (38, 50)
Geschlecht	
männlich	217 (49%)
weiblich	226 (51%)
divers	–
Arbeitsverhältnis	
selbstständig niedergelassen	364 (82%)
angestellt	74 (17%)

Eigene Berechnungen. *Q1 = 25%-Quartil; Q3 = 75%-Quartil.

Neben soziodemografischen Angaben wurden die Ärzte um Angaben zum Praxisstandort sowie zu ihrer Praxis gebeten.

¹ Aufgrund der geringen Anzahl an Onkologen, wird im Ergebnisteil auf die Darstellung der Ergebnisse der Onkologen-Befragung verzichtet. Alle Ergebnisse hierzu finden sich im Anhang.

Tabelle 2: Praxismerkmale

Praxismerkmale	Gesamt (n=445)
Praxisform	
Einzelpraxis	158 (36%)
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis/MVZ	282 (63%)
Stadt- und Gemeindetyp des Praxisstandortes	
Landgemeinde (≤ 5.000 Einwohner)	20 (5%)
Kleinstadt (> 5.000 bis 20.000 Einwohner)	81 (18%)
Mittelstadt (> 20.000 bis 100.000 Einwohner)	111 (25%)
Großstadt (> 100.000 Einwohner)	217 (49%)
KVNO-Gebiet	
Stadt Aachen	45 (10%)
Stadt Bonn	45 (10%)
Stadt Köln	146 (33%)
Kreis Aachen	44 (10%)
Rhein-Erft-Kreis	76 (17%)
Rhein-Sieg-Kreis	87 (20%)

Eigene Berechnungen.

Tabelle 3: Patientenaufkommen der Befragten

Variablen zum Patientenaufkommen	Gesamt (n=445)
Patienten pro Quartal	
Mittelwert (Standardabweichung)	1034 (495)
Median (Q1, Q3)*	1000 (785, 1200)
Hausbesuche pro Woche	
Mittelwert (Standardabweichung)	12 (10)
Median (Q1, Q3)	10 (5, 15)
Palliative Patienten im Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	19 (28)
Median (Q1, Q3)	10 (5, 20)
Hausbesuche bei Palliativpatienten pro Quartal	
Mittelwert (Standardabweichung)	19 (30)
Median (Q1, Q3)	10 (5, 20)

Eigene Berechnungen. *Q1 = 25%-Quartil; Q3 = 75%-Quartil.

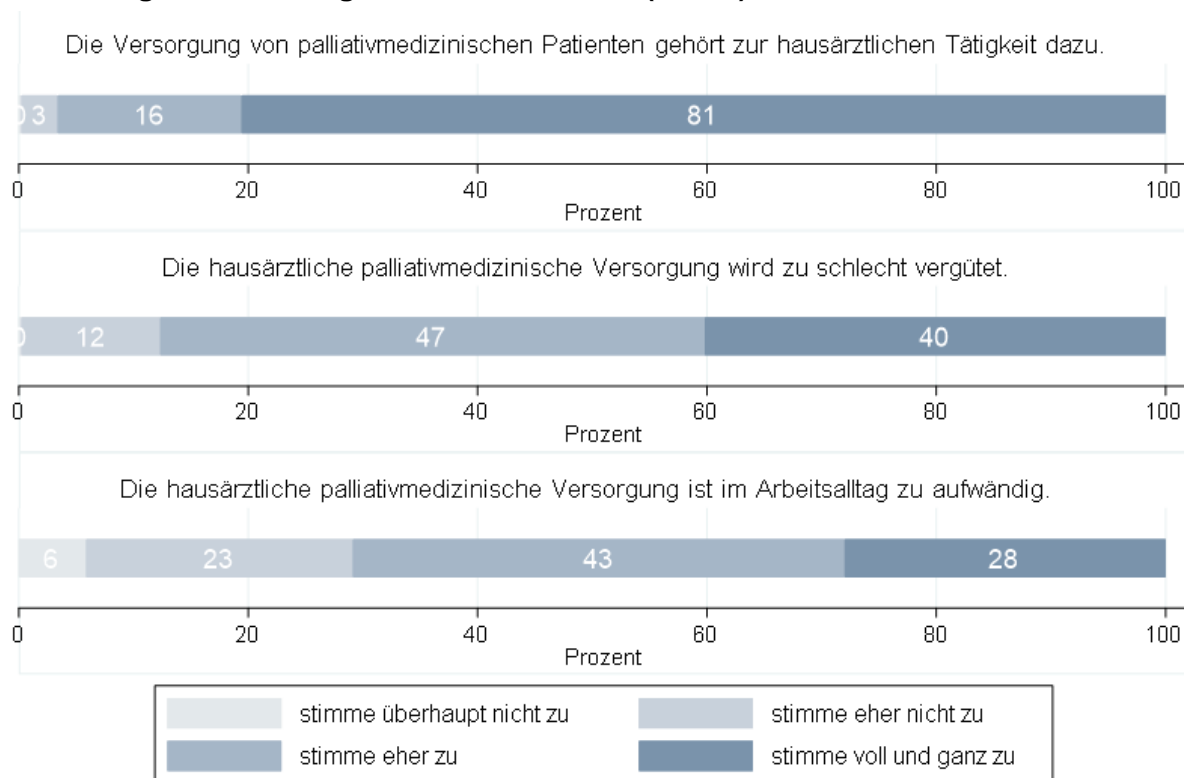
5.3.2 Ergebnisse der Vollbefragung

5.3.2.1 Allgemeine Einstellungen zur Palliativmedizin in der hausärztlichen Tätigkeit

Dargestellt werden die Einstellung von Hausärzten zur Palliativmedizin im Allgemeinen, Aspekte der palliativmedizinischen Qualifikation der Befragten, sowie die allgemeine Einschätzung zum Stand der Palliativversorgung und ihrer Akteure in Nordrhein.

Insgesamt geben die Hausärzte an, dass die Versorgung von Patienten mit palliativmedizinischem Bedarf zu ihrer hausärztlichen Tätigkeit dazugehört. Dennoch werden insbesondere die Vergütung von palliativmedizinischen Leistungen sowie die im Arbeitsalltag zeitlich aufwändige Versorgung von Palliativpatienten kritisch gesehen, wie Abbildung 1 zeigt.

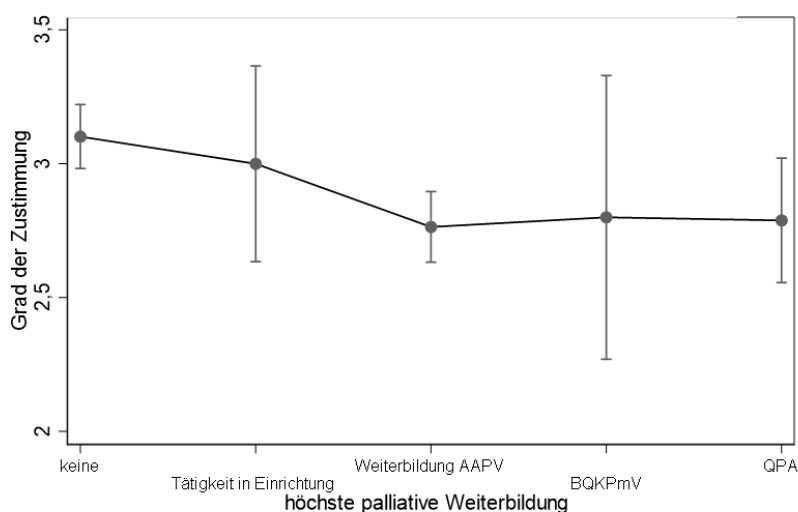
Abbildung 1: Einstellung zur Palliativmedizin (n=445)



Eigene Berechnungen. Darstellung mit StataMP 15.1.

Setzt man die Zustimmung zu der Aussage ‚Die hausärztliche palliativmedizinische Versorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig‘ in Bezug zur palliativmedizinischen Qualifikation der Befragten, zeigt sich in der bivariaten Analyse, dass mit höherer Qualifikation die Chance steigt, dass palliativmedizinische Versorgung in der hausärztlichen Tätigkeit als weniger aufwändig angesehen wird.

Abbildung 2: Zustimmung zur Aussage "Die hausärztliche Palliativversorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig" und Qualifikation (n=445)



Eigene Berechnungen. Darstellung mit StataMP 15.1.

Qualifikation und Fortbildungsniveau

Insgesamt haben die Teilnehmer der Befragung ein hohes palliativmedizinisches Fortbildungsniveau. 50,6% der Teilnehmer absolvierten bereits eine Fortbildung im Bereich der Palliativmedizin, wie Tabelle 4 zeigt. Die Basisfortbildung können 36,6% der Teilnehmer vorweisen. 4,0% sind aktuell in einem SAPV-Team tätig. Weniger als die Hälfte der Befragten (44,7%) hatte bislang ausschließlich in ihrer hausärztlichen Tätigkeit Berührungen mit der Palliativmedizin.

Tabelle 4: Qualifikation der Befragten sowie Fort- und Weiterbildungsniveau

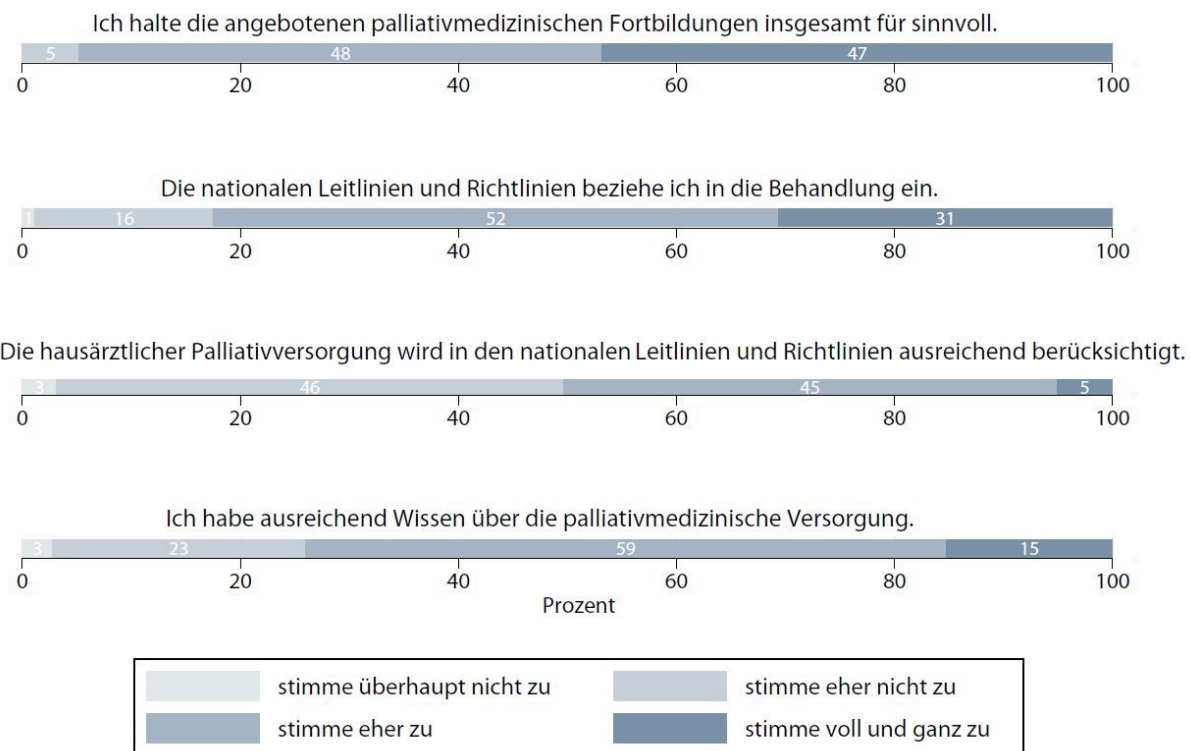
Berührungen mit der Palliativmedizin	Gesamt (n=445)
höchste palliative Weiterbildung	
keine/hausärztliche Tätigkeit	198 (44,7%)
3-monatige Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung	21 (4,7%)
40-stündige Weiterbildung Palliativmedizin	162 (36,6%)
Zulassung als „BQKPmV“-Arzt	10 (2,3%)
QPA	52 (11,7%)
Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams	
nein	425 (95,5%)
ja	18 (4,0%)
keine Angabe	2 (0,4%)

Eigene Berechnungen.

Abbildung 3 zeigt die Items, die den Informationsbedarf der Ärzte sowie die Nutzung palliativmedizinischer Informations- und Weiterbildungsangebote abbilden.

Die palliativmedizinischen Fortbildungsmöglichkeiten werden insgesamt für sinnvoll gehalten. Ärzte, die nicht mindestens die 40-stündige Kursweiterbildung in der Palliativmedizin absolviert haben, halten die Fortbildungen insgesamt für weniger sinnvoll, als Ärzte mit Weiterbildung² ($t = -4,05$; $p = 0,000$; $n = 384$), beziehen Leitlinien weniger in die Behandlung ein ($t = -6,1113$; $p = 0,000$, $n = 378$) und schätzen ihr eigenes palliativmedizinisches Wissen schlechter ein ($t = -8,6832$; $p = 0,000$; $n = 383$). Die bivariaten Analysen zum Zusammenhang ergaben keinen statistisch signifikanten Einfluss der Region, des Alters oder des Angestelltenstatus auf das Vorliegen einer palliativmedizinischen Qualifikation.

Abbildung 3: Fortbildungsniveau Richtlinienbezug und Wissen



Eigene Berechnungen. Darstellung mit Stata MP 15.1.

² Um den Weiterbildungsstatus der Ärzte abzubilden, wurde eine Dummy-Variable gebildet, die den Wert „1“ annimmt, wenn der Befragte mindestens den 40-stündigen Basiskurs Palliativmedizin absolviert hat.

Palliativmedizinische Infrastruktur

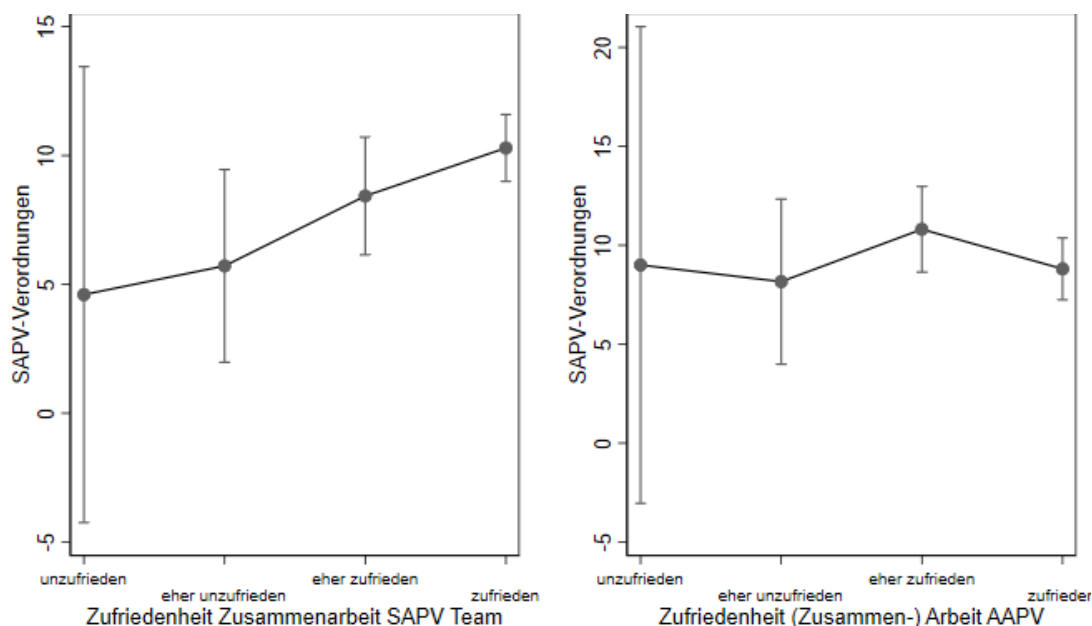
Die Befragten wurden zu ihrer Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit den sie umgebenden palliativen Institutionen gefragt (Tabelle 5). Unter Zusammenarbeit wurden die Punkte organisatorische Abläufe, die Behandlungsqualität oder auch die Kooperationsbereitschaft gefasst. Die Zusammenarbeit mit den Versorgern der Region bewerten die Befragten überwiegend als zufriedenstellend.

Tabelle 5: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit palliativen Versorgern

Zufriedenheit mit palliativen Versorgern	Gesamt (n=445)
Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team	
unzufrieden	10 (2,2%)
eher unzufrieden	33 (7,4%)
eher zufrieden	86 (19,3%)
zufrieden	291 (65,4%)
Zufriedenheit mit der (Zusammen-) Arbeit in der AAPV	
unzufrieden	5 (1,1%)
eher unzufrieden	32 (7,2%)
eher zufrieden	107 (24,0%)
zufrieden	222 (49,9%)
Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der stationären Palliativversorgung	
unzufrieden	5 (1,1%)
eher unzufrieden	36 (8,1%)
eher zufrieden	126 (28,3%)
zufrieden	239 (53,7%)

Eigene Berechnungen.

Abbildung 4: Bewertung der Zusammenarbeit mit SAPV (n=341) und AAPV (n=299) und SAPV-Verordnungszahlen (kontinuierlich)



Eigene Berechnungen. Darstellung mit StataMP 15.1.

Die Bewertung der Zusammenarbeit mit den SAPV-Teams korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der SAPV-Verordnungen³ ($\beta = 2,09$; $p = 0,007$; KI = 0,58; 3,61). Die Bewertung der Zusammenarbeit mit der AAPV und der stationären Palliativversorgung korreliert hingegen nicht signifikant mit der Anzahl der SAPV-Verordnungen.

Auch für die weiteren palliativmedizinischen Akteure wurden die Befragten gebeten, ihre Einschätzung zur Versorgungsqualität abzugeben (Tabelle 6). Dabei wurden sowohl pflegerische als auch Akteure ärztlicher Professionen einbezogen. Die Versorgungsqualität wird als gut eingeschätzt, sowohl gesamt als auch auf Individualebene der Akteure. Die BQKpMv ist bei den Befragten relativ unbekannt bzw. in der Region des Befragten meist nicht vorhanden. 65,8% geben an, dass sie Leistungen der BQKpMv noch nicht genutzt haben, bzw. keine BQKpMv in ihrer Umgebung existiert. Inferenzstatistische Analysen deuten zudem darauf hin, dass die Bewertung der Infrastruktur maßgeblich mit der Anzahl der SAPV-Überweisungen korreliert. Sowohl die Bewertung der Versorgungsqualität der allgemeinen Infrastruktur (OR = 1,568; KI = 1,14; 2,15; $p = 0,005$) sowie der Bewertung des SAPV-Teams (OR = 1,85; KI = 1,25; 2,5; $p = 0,002$) erhöhen die Chance, dass ein Arzt viele SAPV-Verordnungen⁴ ausstellt.

³ SAPV-Verordnungen wurden in diesen Berechnungen als kontinuierliche Variable operationalisiert.

⁴ Die Berechnungen erfolgten auf Grundlage einer ordinalen logistischen Regression mit der abhängigen kategorialen Variable SAPV-Verordnung („keine“, „1 bis 5 Verordnungen“, „6 bis 10 Verordnungen“, „11 bis 20 Verordnungen“, „mehr als 20 Verordnungen“).

In multivariaten Modellen wird der Zusammenhang von SAPV-Verordnungen und der Bewertung der palliativen Infrastruktur vom Effekt der Qualifikation überlagert.

Tabelle 6: Bewertung der Versorgungsqualität palliativmedizinischer Akteure

Palliativmedizinischer Akteur	
Ambulante/r Pflegedienst/e (n=435)	
schlecht	7 (1,6%)
eher schlecht	102 (22,9%)
eher gut	181 (40,7%)
gut	145 (32,6%)
Ambulanter Palliativ(pflege)dienst (n=424)	
schlecht	3 (0,7%)
eher schlecht	16 (3,6%)
eher gut	104 (23,4%)
gut	301 (67,6%)
Ambulanter Palliativer Konsiliardienst (n=256)	
schlecht	4 (0,9%)
eher schlecht	20 (4,5%)
eher gut	79 (17,8%)
gut	153 (34,4%)
Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. QPA (n=341)	
schlecht	2 (0,4%)
eher schlecht	21 (4,7%)
eher gut	75 (16,9%)
gut	243 (54,6%)
(Anderer) Vertragsarzt der BQKPmV (n=107)	
schlecht	3 (0,7%)
eher schlecht	19 (4,3%)
eher gut	43 (9,7%)
gut	42 (9,4%)
SAPV-Team (n=396)	
schlecht	2 (0,4%)
eher schlecht	20 (4,5%)
eher gut	71 (16,0%)
gut	313 (70,3%)

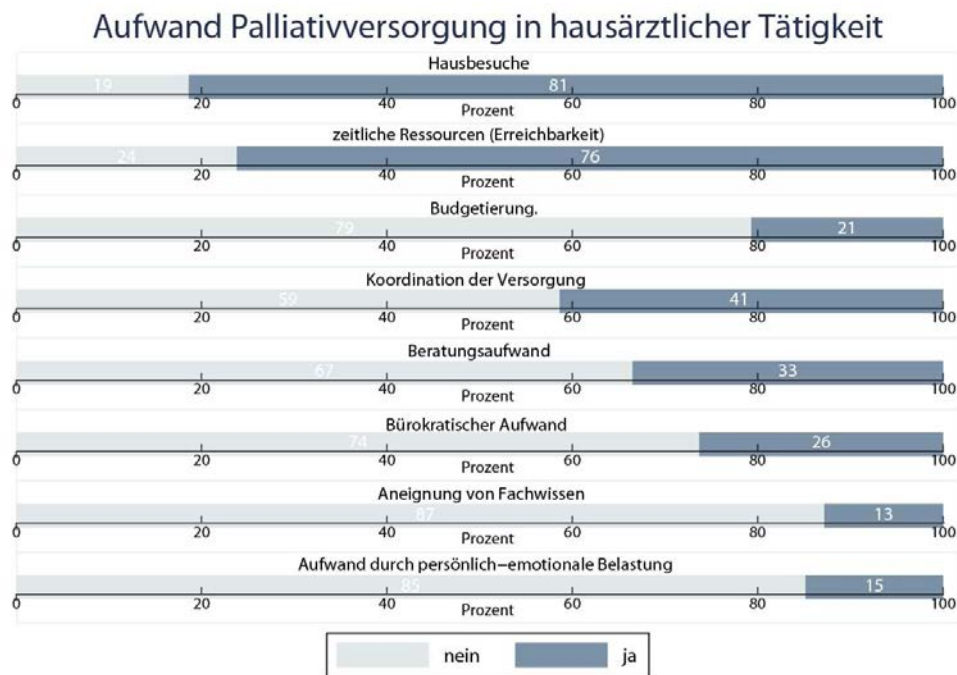
Palliativstation (n=406)	
schlecht	3 (0,7%)
eher schlecht	21 (4,7%)
eher gut	78 (17,5%)
gut	304 (68,3%)
Stationäres Hospiz (n=390)	
schlecht	4 (0,9%)
eher schlecht	14 (3,1%)
eher gut	56 (12,6%)
gut	316 (71,0%)
HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha-, und Arzneimitteln (n=337)	
schlecht	5 (1,1%)
eher schlecht	52 (11,7%)
eher gut	151 (33,9%)
gut	129 (29,0%)
Versorgungsqualität insgesamt (n=431)	
schlecht	1 (0,2%)
eher schlecht	24 (5,4%)
eher gut	178 (40,0%)
gut	228 (51,2%)

Eigene Berechnungen.

Aufwand und Belastung in der palliativmedizinischen Versorgung

Insbesondere die Bereitstellung von zeitlichen Ressourcen bedeutet für die Ärzte einen großen Anteil am Aufwand in der Palliativversorgung. Die Durchführung von Hausbesuchen, die Flexibilität und Erreichbarkeit auch außerhalb der Praxiszeiten sowie der Koordinationsaufwand mit weiteren Versorgern, gestalten die Durchführung adäquater palliativmedizinischer Versorgung für Hausärzte aufwändig.

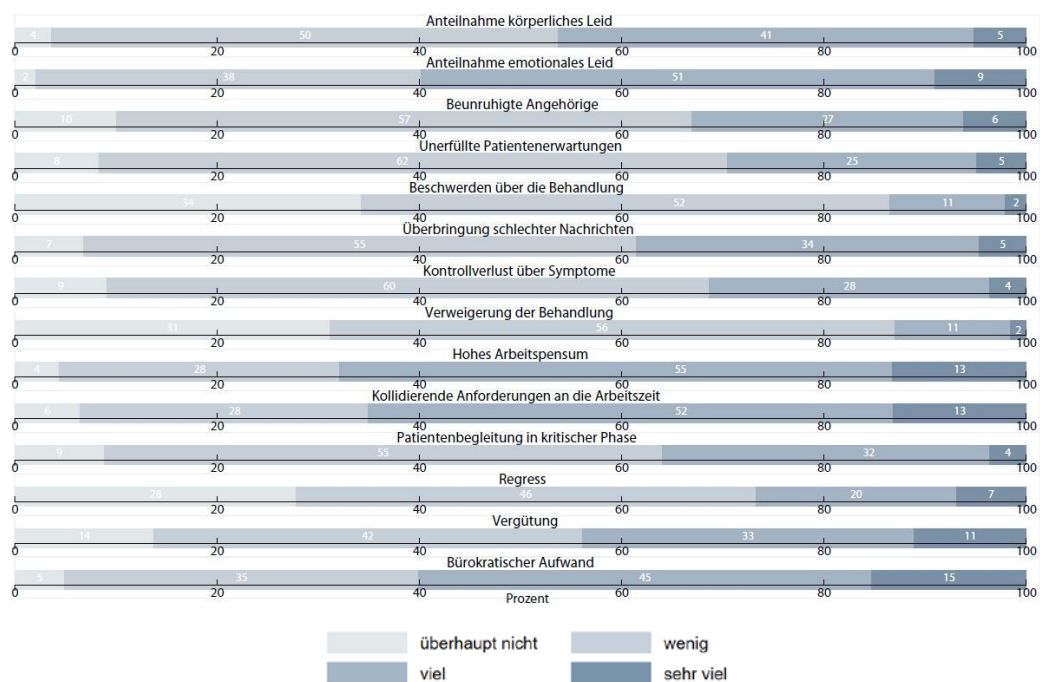
Abbildung 5: Zustimmung zu unterschiedlichen Aspekten im Aufwand der Palliativversorgung (n=445)



Eigene Berechnungen. Darstellung mit Stata MP 15.1.

Neben den konkreten Belastungen durch die Arbeitsvorgänge im gängigen Behandlungsalltag mit palliativmedizinischen Patienten wurden die Befragten zu ihrer Belastung in Bezug auf folgende Punkte befragt:

Abbildung 6: Belastungen im Arbeitsalltag von Hausärzten



Eigene Berechnungen. Darstellung mit Stata MP 15.1.

In Bezug auf die Arbeit mit palliativen Patienten sind Ärzte insbesondere durch die Anteilnahme am emotionalen und körperlichen Leid ihrer Patienten belastet. Eine besonders große Belastung entsteht durch das hohe Arbeitspensum, die kollidierenden Anforderungen an die Arbeitszeit sowie durch den bürokratischen Aufwand, den die Behandlungsdokumentation mit sich zieht. Insbesondere wird jedoch auch die Vergütung palliativmedizinischer Leistungen als Belastung angesehen.

Verordnungen und Abrechnungen von palliativmedizinischen Leistungen

Im Durchschnitt stellen Hausärzte in Nordrhein 10 SAPV-Verordnungen (inklusive Folgeverordnungen) pro Jahr aus. Damit liegt die jährlich ausgestellte Anzahl an SAPV-Verordnungen über den Verordnungszahlen der stationären Einweisungen und der Hospiznotwendigkeitsbescheinigungen. Tabelle 7 gibt einen Überblick über das Verordnungsverhalten.

Tabelle 7: Verordnungszahlen palliativer Leistungen

Kennzahlen zu Verordnungen	Gesamt (n=391)*
SAPV-Verordnungen pro Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	10 (10)
Median (Q1, Q3)	8 (4, 10)
Min, Max	0, 100
Einweisungen auf die Palliativstation pro Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	4 (4)
Median (Q1, Q3)	3 (2, 5)
Min, Max	0, 35
Hospiznotwendigkeitsbescheinigungen pro Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	3 (4)
Median (Q1, Q3)	2 (1, 4)
Min, Max	0, 50
Einleitung SAPV durch andere Leistungserbringer	
Mittelwert (Standardabweichung)	5 (6)
Median (Q1, Q3)	3 (2, 6)
Min, Max	0, 50

* Befragte, die angegeben haben mehr als 350 SAPV-Verordnungen pro Jahr auszustellen, wurden aus allen Analysen diese Variable betreffend ausgeschlossen.

Eigene Berechnungen.

Das ordinal logistische Regressionsmodell (Tabelle 8) zeigt einen positiven Zusammenhang von Ärzten, die die Basisfortbildung absolviert haben mit der Anzahl an SAPV-Verordnungen.⁵ Darüber wird das Verordnungsverhalten von der Versorgungsqualität der palliativen Infrastruktur in der Region bestimmt. Die Hausärzte schätzen, dass durchschnittlich 5 ihrer Patienten pro Jahr eine SAPV-Verordnung durch andere Leistungserbringer ausgestellt bekommen.

Tabelle 8: Einflussfaktoren auf die Anzahl der SAPV-Verordnungen (kategorial⁶), ordinal logistisches Regressionsmodell

Einflussfaktoren	Odds Ratio	Konfidenzintervall	p-Werte
höchste palliative Weiterbildung			
keine/hausärztliche Tätigkeit (Referenz)	.		
3-monatige Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung	2,378	0,92 6,14	0,073
40-stündige Weiterbildung Palliativmedizin BQKPmV	1,738*	1,11 2,71	0,015
QPA	0,973	0,24 3,96	0,969
Alter in Jahren	1,447	0,66 3,16	0,354
Geschlecht	0,968	0,93	0,147
männlich (Referenz)	.		
weiblich	1,193	0,77 1,84	0,429
Tätigkeit im ambulanten Sektor in Jahren	1,009	0,97 1,05	0,639
Arbeitsverhältnis			
selbstständig niedergelassen (Ref.)	.		
angestellt	0,414*	0,20 0,86	0,018
Praxisform			
Einzelpraxis (Referenz)	.		
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis/MVZ	1,329	0,84 2,09	0,220
Stadt- und Gemeindetyp des Praxisstandort			
Landgemeinde (≤ 5.000 Einwohner) (Referenz)	.		
Kleinstadt (> 5.000 bis 20.000 Einwohner)	2,549	0,85 7,61	0,094
Mittelstadt (> 20.000 bis 100.000 Einwohner)	2,388	0,82 6,92	0,109
Großstadt (> 100.000 Einwohner)	2,727	0,97 7,65	0,057
Arbeitsstunden pro Woche	1,001	0,98 1,02	0,957
Versorgungsqualität insgesamt	1,448*	1,03 2,04	0,035
Statistiken			
N	372		
ll	-512,93644		
Chi ²	26,669491		
p	0,02124828		

⁵ Die kontinuierliche Variable der Anzahl an jährlich ausgestellten SAPV-Verordnungen wurde aufgrund der oben genannten Limitation (manche Befragte haben Angaben zum Leistungsumfang der gesamten Praxis in der sie tätig sind gemacht) als kategoriale Variable operationalisiert.

⁶ Die kategoriale Variable weist fünf Ausprägungen auf: „keine SAPV-Verordnung“, „eine bis 5 SAPV-Verordnungen“, „6 bis 10 SAPV-Verordnungen“, „11 bis 20 SAPV-Verordnungen“, „mehr als 20 SAPV-Verordnungen“.

Pseudo-R ²	0,02533816
BIC	1132,413
AIC	1061,8729

Eigene Berechnungen. *p<0,05

Abrechnung von palliativmedizinischen Leistungen

Hausärzte rechnen palliativmedizinische Leistungen am häufigsten über EBM-Ziffern ab (*Tabelle 9*). Etwa ein Fünftel gibt an, palliativmedizinische Leistungen weder über AAPV noch EBM abzurechnen. Dies steht einerseits im Zusammenhang mit der Aussage ‚hausärztliche Palliativmedizin wird zu schlecht vergütet‘ sowie mit dem hohen bürokratischen Aufwand, den die Abrechnung mit sich bringt.

Tabelle 9: Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen

Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen erfolgt über...	Häufigkeit	%
EBM (ausschließlich)	199	45
AAPV (und EBM)	140	31
weder noch	95	21

Eigene Berechnungen, Mehrfachantworten möglich.

Die Frage, ob parallele Abrechnungsmöglichkeiten von SAPV- und AAPV-Leistungen gewünscht ist, wurde insgesamt eher verneint (*Tabelle 10*).

Tabelle 10: Wunsch nach paralleler Abrechnung von SAPV- und AAPV-Leistungen

Parallele Abrechnung gewünscht	Häufigkeit	%
nein	330	74
ja	55	12

Eigene Berechnungen.

Ablehnung durch den MDK

Eine Ablehnung der Entscheidung des Hausarztes durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) kommt relativ selten vor: Bei sehr vielen Hausärzten hat der MDK noch nie eine Ablehnungsentscheidung getroffen (84,7%). Bei etwa 14,7% kommt es manchmal vor, dass der MDK die SAPV-Verordnung abgelehnt. Dies zeigt, dass die meisten SAPV-Verordnungen auch aus Sicht der Krankenkassen gerechtfertigt ausgestellt werden.

Schlussfolgerung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

Insgesamt sehen die befragten Hausärzte die palliativmedizinische Versorgung als Teil ihres Berufsbildes an. Allerdings nimmt die palliativmedizinische Versorgung im hausärztlichen Arbeitsalltag einen zu hohen zeitlichen Aufwand ein. Insbesondere die zeitintensive und Flexibilität erfordernde palliativmedizinische Betreuung, gepaart mit bürokratischen Aufgaben, sehen

die Ärzte als aufwändig an. Demgegenüber steht die, nach Angaben der Befragten, zu schlechte Vergütung für palliativmedizinische Leistungen in der hausärztlichen Tätigkeit. Dies hat zur Folge, dass einige Befragte ganz auf eine Abrechnung der Leistung verzichten. Die existierenden Fortbildungen werden insgesamt positiv gesehen. Hausärzte beschreiben ihren Versorgungsalltag mit Palliativpatienten in Leit- und Richtlinien als nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Zusammenarbeit mit palliativmedizinischen Versorgern in ihrer Region, wie auch die Versorgungsqualität der Akteure mit palliativmedizinischem Bezug bewerten die Befragten positiv. Besonders hervorzuheben ist, dass individuelle Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit einzelnen Versorgern bedeutsam für das (zukünftige) Verordnungsverhalten in der SAPV sind. Die Versorgungsqualität ambulanter Pflegedienste wird im Vergleich zu der Versorgungsqualität ambulanter Palliativpflegedienste deutlich schlechter eingeschätzt. Dies zeigt, dass ein palliativmedizinischer Hintergrund bei der Versorgung von schwerstkranken Patienten eine Qualitätssteigerung der pflegerischen Versorgung mit sich bringt.

5.3.2.2 SAPV

Die SAPV wird als Versorgungsform von den Befragten überwiegend als gut bewertet.

Tabelle 11: Befragte, die jemals eine SAPV-Verordnung ausgestellt haben

Jemals eine SAPV-Verordnung ausgestellt	Anzahl	%
nein	54	12
ja	385	87
Gesamt	445	100

Eigene Berechnungen.

Ärzte, die schon einmal SAPV verordnet haben, sind signifikant jünger, als Ärzte, die noch niemals SAPV verordnet haben ($t = 3,022$; $p = 0,010$; $n = 392$). Es gibt zudem einen schwach negativ signifikanten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Befragten und dem Überweisungsverhalten in die SAPV ($\beta = -0,011$; $p = 0,05$; $KI = -0,02$; $0,00$). Darüber hinaus unterscheiden sich die Mittelwerte zu der Aussage 'Ich weiß wann ein Patient von der SAPV profitiert' signifikant zwischen Ärzten, die noch niemals SAPV verordnet haben und denen, die schon SAPV-Verordnungen ausgestellt haben ($t = -0,434$; $p = 0,000$; $n = 387$).

Tabelle 12: Bewertung SAPV als Versorgungsform

Bewertung der SAPV	Anzahl	%
schlecht	2	0
eher schlecht	26	6
eher gut	184	41
gut	212	48

Eigene Berechnungen.

Entsprechend der Tabelle hat ein Großteil der Befragten bereits Patienten in die SAPV überwiesen. Auf die Frage nach einer Überweisungspräferenz in Voll- oder Teilversorgung geben

69,0% an, lieber in Vollversorgung zu überweisen. Zudem ist die Chance für Ärzte, die nach AAPV abrechnen, signifikant geringer in SAPV-Teilversorgung (OR = 0,468; p = 0,006; KI = 0,27; 0,08) überweisen zu wollen.

Kriterien für eine SAPV-Überweisung und Abgrenzung zu anderen palliativen Versorgungsformen

Ein zentrales Forschungsziel der Zuweiserbefragung ist es, Kriterien der GBA-Richtlinie zu identifizieren, anhand derer Hausärzte am häufigsten die Entscheidung für oder gegen die Überweisung in die SAPV treffen. Tabelle 13 zeigt, das Kriterium, welches jeweils von den Befragten als häufigstes Überweiskriterium in die SAPV angegeben wurde.

Tabelle 13: Häufigstes Überweiskriterium in die SAPV

Rangfolge	Verordnungskriterium	Anzahl	%
1	Ausgeprägte Schmerzsymptomatik	176	46,3
2	Ausgeprägte neurologische Symptomatik	48	12,6
3	Ausgeprägte respiratorische Symptomatik	26	6,8
4	Ausgeprägte urogenitale Symptomatik	25	6,6
5	Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	21	5,5
6	Hoher spiritueller/seelsorgerischer Versorgungsbedarf	19	5,0
7	Pflegerische Versorgung nicht ausreichend	16	4,2
8	Ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore	15	4,0
9	Patienten- oder Angehörigenwunsch	13	3,4
10	Andere Kriterien nicht ausreichend	13	3,0
11	Hoher psychosozialer Versorgungsbedarf	16	2,6

Eigene Berechnungen.

Am häufigsten wird aufgrund einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik in die SAPV überwiesen. Ein hoher psychosozialer Versorgungsbedarf des Patienten wie auch der Patienten- oder Angehörigenwunsch nach einer SAPV-Überweisung wurde von den Befragten selten als häufigster Überweisungsgrund angegeben. Des Weiteren ist die Verortung des Überweisungsgrund im Gesamtranking relevant.

Tabelle 14: Gesamtranking der Verordnungskriterien

Rangfolge	Verordnungskriterium	Ranking-score
1	Ausgeprägte Schmerzsymptomatik	4,8
2	Ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore	5,1
3	Ausgeprägte urogenitale Symptomatik	5,4
4	Ausgeprägte respiratorische Symptomatik	5,5
5	Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	5,5
6	Hoher psychosozialer Versorgungsbedarf	5,5
7	Ausgeprägte neurologische/psychiatrische Symptomatik	5,6
8	Hoher spiritueller/seelsorgerischer Versorgungsbedarf	5,9
9	Patienten- oder Angehörigenwunsch	6,5
10	Pflegerische Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst nicht ausreichend	7,0

Eigene Berechnungen.

Auch dieses Ranking legt nahe, dass Überweisungen in die SAPV zunächst nach physischen und dann nach psychischen Kriterien erfolgen. Soziale und versorgungstechnische Aspekte führen eher seltener in die SAPV. Das Ranking zeigt jedoch, dass die Verordnungsentscheidung durchaus komplex ist, sehr viele Kriterien eine SAPV-Verordnung rechtfertigen und die offene Auslegung der Richtlinie im Versorgungsalltag ihre Berechtigung findet.

Verordnungsentscheidung zur SAPV und Abgrenzung zu anderen palliativen Versorgungsformen

Neben den Verordnungskriterien interessiert, wie Hausärzte mit der offenen Auslegung der SAPV-Richtlinie umgehen. Führt es bei Hausärzten zu Schwierigkeiten, ihre palliativen Patienten einer Versorgungsform zuzuweisen, die für ihr Symptomgeschehen angemessen ist, jedoch auch nicht zu einer Überversorgung führt? *Tabelle 15* zeigt die Einschätzung palliativer Bedarfe. Wann Patienten von der SAPV profitieren ist für die meisten Befragten gut einzuschätzen. Etwa die Hälfte der Befragten hat jedoch Schwierigkeiten bei der Einschätzung der passenden Versorgungsform. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Notwendigkeit des Vorliegens eines komplexen Symptomgeschehens für eine SAPV-Verordnung. Bei der Ermittlung von Einflussfaktoren auf die Fähigkeit zur Einschätzung palliativer Bedarfe zeigt sich, dass die palliativmedizinische Qualifikation die Einschätzung palliativer Bedarfe erleichtert. Palliativmedizinisch höher qualifizierte Ärzte wissen eher, wann ein Patient von der SAPV profitiert (OR = 1,36; p = 0,000; KI = 1,17; 1,58) und stimmen eher der

Aussage zu, die SAPV sei nur in komplexen Fällen notwendig (OR = 1,33; p = 0,000; KI = 1,15; 1,53). Zudem fällt mit dem Qualifizierungsniveau die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV leichter (OR = 1,54; p = 0,000; KI = 1,33; 1,78).

Tabelle 15: Variablen zur Einschätzung palliativer Bedarfe

Variablen zur Einschätzung palliativer Bedarfe	Gesamt (n=445)
Ich weiß, wann ein Patient von der SAPV profitiert.	
stimme überhaupt nicht zu	2 (0,4%)
stimme eher nicht zu	14 (3,1%)
stimme eher zu	243 (54,6%)
stimme voll und ganz zu	171 (38,4%)
SAPV ist nur in besonders komplexen Fällen notwendig.	
stimme überhaupt nicht zu	25 (5,6%)
stimme eher nicht zu	152 (34,2%)
stimme eher zu	166 (37,3%)
stimme voll und ganz zu	87 (19,6%)
Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fällt mir leicht.	
stimme überhaupt nicht zu	41 (9,2%)
stimme eher nicht zu	189 (42,5%)
stimme eher zu	156 (35,1%)
stimme voll und ganz zu	43 (9,7%)

Eigene Berechnungen.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Mittelwerte zu der Aussage ‚Ich weiß wann ein Patient von der SAPV profitiert‘ signifikant zwischen Ärzten, die noch niemals SAPV verschrieben haben (Mittelwert: 3,24) und denen, die schon Verordnungen ausgestellt haben (Mittelwert: 3,44) (t = -3,74; p = 0,000; n = 426).

Tabelle 13 beinhaltet drei ordinal logistische Regressionsmodelle, die Einflussfaktoren auf die Abschätzung palliativer Bedarfe zeigen. Insbesondere die palliativmedizinische Qualifikation und die eingeschätzte Versorgungsqualität der palliativmedizinischen Infrastruktur erleichtert die Beurteilung palliativer Bedarfe. Palliativmedizinisch höher qualifizierte Hausärzte stimmen zudem der Aussage ‚SAPV ist nur in besonders komplexen Fällen notwendig‘ häufiger zu, als Ärzte, die keine palliativmedizinische Weiterbildung vorweisen können.

Tabelle 16: Ordinal logistische Regressionsmodelle zur Einschätzung palliativer Bedarfe

Einflussfaktoren auf die Abgrenzungsfähigkeit in Hinblick auf palliative Bedarfe und Versorgungsformen	Ich weiß, wann ein Patient von der SAPV profitiert	p-Werte	SAPV ist nur in besonders komplexen Fällen notwendig	p-Werte	Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fällt mir leicht	p-Werte
Alter in Jahren	0,003	0,574	0,023*	0,012	0,014	0,108
Geschlecht						
männlich (Ref.)	.	.	.	.	.	.
weiblich	0,142*	0,016	0,047	0,602	0,050	0,544
höchste palliative Weiterbildung						
keine/hausärztliche Tätigkeit	.	.	.	.	.	.
3-monatige Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung	0,079	0,570	0,037	0,861	-0,024	0,906
40-stündige Weiterbildung Palliativmedizin	0,123*	0,050	0,346***	0,000	0,199*	0,024
BQKPmV	0,350	0,060	0,447	0,114	0,648*	0,013
QPA	0,399***	0,000	0,553***	0,000	0,795***	0,000
Jahre im ambulanten Sektor	-0,006	0,231	-0,002	0,767	-0,005	0,522
Arbeitsverhältnis						
selbstständig	.	.	.	.	.	.
niedergelassen (Ref.)	.	.	.	.	.	.
angestellt	-0,204*	0,018	-0,125	0,343	-0,145	0,235
Praxisform						
Einzelpraxis (Ref.)	.	.	.	.	.	.
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis/MVZ	-0,005	0,927	-0,029	0,751	-0,123	0,150
Stadt- & Gemeindetyp des Praxisstandort						
Landgemeinde (≤ 5.000 Einwohner)	.	.	.	.	.	.

(Referenz)						
Kleinstadt (> 5.000 bis 20.000 Einwoh- ner)	0,211	0,127	-0,015	0,942	-0,063	0,745
Mittelstadt (> 20.000 bis 100.000 Ein- wohner)	0,198	0,140	-0,004	0,983	0,005	0,978
Großstadt (> 100.000 Ein- wohner)	0,089	0,492	0,031	0,876	-0,087	0,630
Versorgungs- qualität insge- samt	0,197***	0,000	-0,031	0,660	0,138*	0,037
Konstante	2,334***	0,000	1,442**	0,005	1,271**	0,008
N	391		389		387	
R ²	0,145		0,112		0,152	
Pseudo R ²	0,116		0,081		0,123	
AIC	640,968		963,665		897,176	
BIC	696,530		1019,155		952,594	

Eigene Berechnungen. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass eine höhere palliativmedizinische Qualifikation die Unterscheidung zwischen den Versorgungsformen erleichtert.

Gründe für die Nicht-Verordnung von SAPV

Gründe für eine Nicht-Verordnung von SAPV, obwohl die in der G-BA-Richtlinie definierten Anspruchskriterien vorliegen, basieren häufig auf dem Patientenwunsch, einer ausreichenden sozialen Unterstützung des Patienten sowie der nach eigener Einschätzung ausreichenden palliativmedizinischen Fachkompetenz des Hausarztes.

Tabelle 17: Gründe für die Nicht-Verordnung von SAPV

Gründe für die Nicht-Verordnung von SAPV, obwohl die Anspruchsvoraussetzungen nach der G-BA-Richtlinie erfüllt sind.		Anzahl (n=440)	%
Finanzielle Aspekte	nein	388	87,2
	ja	12	2,7
Ich möchte meine Patienten nicht abgeben.	nein	337	75,7
	ja	63	14,2
Meine palliativmedizinische Fachkompetenz ist ausreichend.	nein	234	52,6
	ja	166	37,3
Patienten erhalten ausreichend soziale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld.	nein	200	44,9
	ja	200	44,9
Patient wünscht keine SAPV	nein	104	23,4

	ja	296	66,5
Ich habe keine guten Erfahrungen mit SAPV-Team gemacht.	nein	370	83,1
	ja	30	6,74

Eigene Berechnungen.

Bewertung der SAPV

Die Ärzte sind zum Großteil zufrieden mit der Behandlung ihrer in die SAPV zugewiesenen Patienten durch den Palliativmediziner. Die Abfrage nach der Zufriedenheit bezüglich der Informationsbereitschaft des SAPV-Teams und dem Ablauf des Eintritts zeigt einen vergleichsweise höheren Anteil an unzufriedenen Ärzten. Dennoch werden auch diese Kriterien von der Mehrheit der Ärzte als zufriedenstellend gewertet. Auch die Erreichbarkeit des SAPV-Teams und die Pflegequalität werden von den Befragten überwiegend positiv gesehen.

Tabelle 18: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des SAPV-Teams

Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung durch die Palliativmediziner	
unzufrieden	5 (1,1%)
eher unzufrieden	7 (1,6%)
eher zufrieden	118 (26,5%)
zufrieden	259 (58,2%)
Zufriedenheit mit dem Einbezug in die Behandlung	
unzufrieden	37 (8,3%)
eher unzufrieden	91 (20,4%)
eher zufrieden	138 (31,0%)
zufrieden	117 (26,3%)
Zufriedenheit mit dem Ablauf des Eintritts des Patienten in die SAPV	
unzufrieden	20 (4,5%)
eher unzufrieden	36 (8,1%)
eher zufrieden	143 (32,1%)
zufrieden	186 (41,8%)
Zufriedenheit mit der Informationsbereitschaft des SAPV-Teams	
unzufrieden	31 (7,0%)
eher unzufrieden	67 (15,1%)
eher zufrieden	110 (24,7%)
zufrieden	179 (40,2%)
Zufriedenheit mit der Pflegequalität des SAPV-Teams	
unzufrieden	1 (0,2%)
eher unzufrieden	13 (2,9%)
eher zufrieden	95 (21,3%)
zufrieden	265 (59,6%)
Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit des SAPV-Teams	
unzufrieden	5 (1,1%)
eher unzufrieden	26 (5,8%)
eher zufrieden	106 (23,8%)
zufrieden	244 (54,8%)

Eigene Berechnungen.

Bei Betrachtung der bivariaten Zusammenhänge zum Einfluss der folgenden Teilaspekte auf die Anzahl der SAPV-Überweisungen (kategoriale Variable), zeigt sich für alle Items außer für die Pflegequalität des SAPV-Teams ein signifikanter Zusammenhang.

Tabelle 19: Ordinale logistische Regression von Zufriedenheitsaspekten des SAPV-Team auf SAPV-Verordnungen

SAPV-Verordnungen		Odds Ratio	Std. Err.	P>|z|	95%-Konfidenzintervall	
Zufriedenheit mit...	der ärztlichen Behandlung der Patienten durch die Palliativ-mediziner?	1,52	0,26	0,015	1,08	2,12
	Ihrem Einbezug in die Behandlung?	1,45	0,15	0,000	1,18	1,78
	dem Ablauf des Eintritts des Patienten in die SAPV?	1,27	0,15	0,034	1,02	1,60
	der Informationsbereitschaft des SAPV-Teams Ihnen gegenüber?	1,36	0,14	0,002	1,12	1,66
	der Pflegequalität des SAPV-Teams?	1,21	0,22	0,292	0,85	1,73
	der Erreichbarkeit des SAPV-Teams?	1,42	0,21	0,017	1,07	1,89

Eigene Berechnungen.

Wie bei der Bewertung der palliativmedizinischen Infrastruktur zeigt sich, dass die Arbeit der SAPV-Teams einen wesentlichen Anteil daran hat, ob und wie häufig Ärzte in die SAPV überweisen. Mit der persönlichen Zusammenarbeit mit den SAPV-Ärzten zeigen sich die Befragten ebenfalls zufrieden (*Tabelle 20*).

Tabelle 20: Zusammenarbeit mit den Ärzten des SAPV-Teams

Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten des SAPV-Teams, mit dem Sie am häufigsten zusammenarbeiten?	
Die Behandlung entspricht häufig meinen Vorstellungen.	
stimme überhaupt nicht zu	5 (1,1%)
stimme eher nicht zu	7 (1,6%)
stimme eher zu	118 (26,5%)
stimme voll und ganz zu	259 (58,2%)
Die Ärzte verhalten sich mir gegenüber arrogant.	
stimme überhaupt nicht zu	37 (8,3%)
stimme eher nicht zu	91 (20,4%)
stimme eher zu	138 (31,0%)
stimme voll und ganz zu	117 (26,3%)
Die Ärzte sind kompetent.	
stimme überhaupt nicht zu	20 (4,5%)
stimme eher nicht zu	36 (8,1%)
stimme eher zu	143 (32,1%)
stimme voll und ganz zu	186 (41,8%)

Eigene Berechnungen.

Involvierung in die Behandlung nach Überweisung eines Patienten in die SAPV

Tabelle 21 bildet Variablen ab, die den Involvierungswunsch der Hausärzte nach einer SAPV-Verordnung messen.

Tabelle 21: Involvierungswunsch von Hausärzten nach Überweisung eines Patienten in die SAPV

Falls ich einen Patienten in die SAPV überweise, möchte ich...	Gesamt (n=445)
... in die Versorgung einbezogen werden (abgestimmte Behandlung, z. B. Beratung, Fallbesprechung)	
stimme überhaupt nicht zu	0,6%
stimme eher nicht zu	8,2%
stimme eher zu	40,6%
stimme voll und ganz zu	48,3%
... über die Versorgung informiert werden (ausschließlich Information durch SAPV-Ärzte; ohne Absprache)	
stimme überhaupt nicht zu	1,8%
stimme eher nicht zu	6,6%
stimme eher zu	38,0%
stimme voll und ganz zu	50,9%
... an der Behandlung beteiligt sein (selbst aktiv Leistungen am Patienten erbringen)	
stimme überhaupt nicht zu	4,1%
stimme eher nicht zu	28,0%
stimme eher zu	40,1%
stimme voll und ganz zu	24,2%

Eigene Berechnungen.

Die Mittelwerte unterscheiden sich nach Grad der Involvierung: Je höher der Grad des Wunsches nach Einbezug in die Behandlung des Patienten nach Überweisung in die SAPV ist, desto geringer ist der Mittelwert auf einer Skala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ und 4 „stimme voll und ganz zu“. Der Anteil der Ärzte, die nach einer SAPV-Überweisung (eher) nicht mehr an der Versorgung aktiv beteiligt sein möchten, liegt bei 40 %.

Im Versorgungsalltag gibt etwa die Hälfte der Befragten an, nie oder nur manchmal regelhaft in die Behandlung eingebunden zu sein (Tabelle 22). 47 % werden selten oder nie eingebunden.

Tabelle 22: Tatsächliche Involvierung nach SAPV-Verordnung

Regelmäßige Einbindung nach Überweisung	Gesamt (n=445)
nie	47 (10,6%)
manchmal	162 (36,4%)
oft	113 (25,4%)
immer	68 (15,3%)

Eigene Berechnungen.

Zusammenfassung SAPV

Die Ergebnisse zeigen eine positive Bewertung der SAPV seitens der Hausärzte. Besonders hervorzuheben ist die Komplexität der SAPV-Verordnung. Hier gibt etwa die Hälfte der Befragten an, dass sie Probleme bei der Einstufung des Patienten in eine angemessene Versorgungsform hat. Die Einstufungsproblematik ist unter anderem dem geschuldet, dass viele diverse Kriterien eine SAPV-Verordnung rechtfertigen, wie das Ranking der häufigsten Verordnungskriterien zeigt. Die Zusammenarbeit mit den SAPV-Teams läuft aus Sicht der Befragten ebenfalls positiv. Nach einer SAPV-Verordnung wird die Versorgung des Patienten häufig komplett dem SAPV-Team überlassen, wobei etwa 40% der Hausärzte involviert bleiben. Dies zeigt, dass auch eine gleichzeitige Betreuung von SAPV-Team und Hausarzt erfolgen kann und im Versorgungsalltag zum Teil etabliert ist.

5.3.2.3 Einstellungen zur hausärztlichen Tätigkeit

Neben Aspekten palliativmedizinischer Versorgung wurde das ärztliche Rollenverständnis der Befragten erhoben. *Tabelle 23* zeigt sowohl die Einstellung des Hausarztes zur Zuständigkeit für die Versorgung über den Lebensverlauf sowie seine Einstellungen zur Überweisung und Versorgung palliativer Patienten.

Tabelle 23: Einstellungen zu hausärztlicher Tätigkeit

Der Hausarzt sollte in allen medizinischen Belangen der erste Ansprechpartner für den Patienten sein.	
stimme überhaupt nicht zu	2 (0,5%)
stimme eher nicht zu	19 (4%)
Stimme eher zu	176 (40%)
stimme voll und ganz zu	246 (55%)
Der Hausarzt kann, aufgrund seiner kontinuierlichen Betreuung des Patienten, besonders adäquate Maßnahmen einleiten.	
stimme überhaupt nicht zu	1 (0,2%)
stimme eher nicht zu	8 (2%)
Stimme eher zu	215 (48%)
stimme voll und ganz zu	217 (49%)
Hat der Hausarzt nicht die benötigte Expertise für das vorliegende medizinische Problem, sollte er den Patienten an einen Spezialisten überweisen.	
stimme überhaupt nicht zu	2 (0,5%)
stimme eher nicht zu	2 (0,5%)
stimme eher zu	65 (15%)
stimme voll und ganz zu	373 (84%)
Ein zentrales Merkmal der hausärztlichen Tätigkeit ist die Behandlung von Patienten bis zum Tod.	
stimme überhaupt nicht zu	5 (1%)
stimme eher nicht zu	24 (5%)
stimme eher zu	164 (37%)
stimme voll und ganz zu	250 (56%)
Hausärzte können in ihrer praktischen Tätigkeit Patienten angemessen palliativ versorgen.	
stimme überhaupt nicht zu	15 (3%)
stimme eher nicht zu	139 (31%)
stimme eher zu	218 (49%)
stimme voll und ganz zu	67 (15%)
Total	445 (100%)

Eigene Berechnungen.

Hausärzte sehen sich überwiegend als ersten Ansprechpartner für ihre Patienten. Dabei sehen sie die kontinuierliche Betreuung des Patienten als essentiell für eine angemessene Wahl der Behandlung an. Die Befragten sehen es überwiegend als zentral an, ihre Patienten bis zum Tod zu betreuen. Die Mehrheit stimmt der Aussage zu, dass Hausärzte in ihrer praktischen Tätigkeit Patienten angemessen palliativ versorgen können. Der Großteil der Hausärzte gibt zudem an, dass bei fehlender Expertise die Überweisung zum Spezialisten angemessen ist.

Überweisungseinstellung in hausärztlicher Tätigkeit

Tabelle 24 bildet die Einstellungen zur Involvierung in die Behandlung nach Überweisung zum Facharzt ab.

Tabelle 24: Involvierungswunsch von Hausärzten nach Überweisung zu anderem Facharzt

Ist eine Überweisung zu einem anderen Facharzt erfolgt,...	Gesamt (n=445)
... sollte der andere Facharzt den Hausarzt über die Behandlung informieren.	
stimme überhaupt nicht zu	1 (0,2%)
stimme eher zu	58 (13,0%)
stimme voll und ganz zu	384 (86,3%)
... sollte der andere Facharzt mit dem Hausarzt die Therapie absprechen.	
stimme überhaupt nicht zu	3 (0,7%)
stimme eher nicht zu	95 (21,3%)
stimme eher zu	206 (46,3%)
stimme voll und ganz zu	136 (30,6%)
... sollte der andere Facharzt den Hausarzt die weitere Behandlung wesentlich beeinflussen lassen.	
stimme überhaupt nicht zu	14 (3,1%)
stimme eher nicht zu	220 (49,4%)
stimme eher zu	155 (34,8%)
stimme voll und ganz zu	48 (10,8%)

Eigene Berechnungen.

Die Mittelwerte nach Grad der Involvierung unterscheiden sich: Je höher der Grad des Einbezuges in die Behandlung des Patienten nach Facharzt-Überweisung, desto geringer ist der Mittelwert auf einer Skala von 1 'stimme überhaupt nicht zu' und 4 'stimme voll und ganz zu'. Der Anteil der Ärzte, die nach einer Facharzt-Überweisung (eher) nicht mehr an der Versorgung aktiv Beteiligt sein möchten, liegt bei 53,5469108%. Damit gleichen sich diese Ergebnisse den Ergebnissen zum Wunsch nach Einbezug.

Zufriedenheit hausärztlicher Tätigkeit

Im Rahmen des Fragenblocks ‚Einstellungen zu der hausärztlichen Tätigkeit‘, wurden die Befragten gebeten anzugeben, inwieweit folgende Faktoren zu ihrer Arbeitszufriedenheit beitragen. *Tabelle 25* zeigt Items der verwendeten ‚Job Stress and Satisfaction Scala‘ (Teasdale et al. 2008).

Tabelle 25: Zufriedenheit hausärztlicher Tätigkeit (n=445)

Bewerten Sie bitte, in welchem Maße die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit zu ihrer gesamten Zufriedenheit in den kommenden Monaten beigetragen haben...	
Ein gutes Verhältnis zu Patienten und Angehörigen zu haben	
überhaupt nicht	0
wenig	4 (0,9%)
viel	121 (27,2%)
sehr viel	317 (71,2%)
Zu einer verbesserten Lebensqualität der Patienten beizutragen	
überhaupt nicht	0
wenig	4 (0,9%)
viel	146 (32,8%)
sehr viel	292 (65,6%)
Die Einschätzung, aus Patienten- und Angehörigensicht, gute Arbeit zu leisten	
überhaupt nicht	1 (0,2%)
wenig	23 (5,2%)
viel	178 (40,0%)
sehr viel	236 (53,0%)
Tod und Sterben für die Patienten erträglich zu gestalten	
überhaupt nicht	2 (0,4%)
wenig	21 (4,7%)
viel	156 (35,1%)
sehr viel	263 (59,1%)

Patienten eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen

überhaupt nicht	2 (0,4%)
wenig	25 (5,6%)
viel	187 (42,0%)
sehr viel	229 (51,5%)

Patienten in einer schwierigen, kritischen Phase zu unterstützen

überhaupt nicht	0
wenig	6 (1,3%)
viel	167 (37,5%)
sehr viel	269 (60,4%)

Eigene Berechnungen.

Auch diese Ergebnisse zeigen, dass es Hausärzten ein wichtiges Anliegen ist, zu einer verbesserten Lebensqualität beizutragen und Tod und Sterben für Patienten erträglich zu gestalten. Darüber hinaus trägt es stark zu ihrer hausärztlichen Berufszufriedenheit bei, Patienten in einer kritischen Phase zu unterstützen. Neben den strukturellen Merkmalen der Praxis wurden die Befragten zu ihrer Arbeitsbelastung befragt (Richter et al. 2000). Auf einer Skala von 1 „trifft nicht zu“ bis 4 „trifft zu“ sollten die Befragten die Zustimmung bzw. Ablehnungen zu folgenden Aussagen dokumentierten. Die Tabelle 26 zeigt die Mittelwerte für jedes Item.

Tabelle 26: Arbeitsintensität (Richter et al. 2000), (n=445)

Items zur Arbeitsintensität	Mittelwert (Standardabweichung)
Das von mir verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.	3,16 (0,74)
Oft sind die zu lösenden Aufgaben sehr schwierig.	2,61 (0,77)
Es ist häufig sehr viel, was von mir an Arbeit geschafft werden muss.	3,21 (0,64)
In der Regel ist die Zeit zu kurz, so dass ich bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehe.	2,98 (0,77)
Meine Arbeit erfordert große körperliche Anstrengungen.	2,04 (0,75)
Bei dieser Arbeit muss man zu viele Dinge auf einmal erledigen.	2,94 (0,79)

Eigene Berechnungen.

5.3.3 Freitextanalyse

Die Freitexte werden von den Teilnehmern meist genutzt, um besonders wichtige Aspekte des Fragebogens aufzugreifen und hervorzuheben. Die Wichtigkeit der Palliativversorgung in der hausärztlichen und onkologischen Versorgungspraxis wird betont. Gleichzeitig bedeutet palliative Versorgung einen hohen Aufwand für die Mediziner. Die Pflege wird als wichtiger Leistungserbringer der ambulanten Palliativversorgung gesondert hervorgehoben. Ergänzungen zwischen der Regelversorgung, AAPV und SAPV existieren in Nordrhein und deren Austausch wird als positiv gewertet. Versorgungsprobleme werden hauptsächlich bzgl. der SAPV berichtet. Eine Verdrängung des Hausarztes aus der Palliativversorgung durch die SAPV wird von einigen Probanden befürchtet. Insgesamt wird ausgewogen von positiven und negativen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit SAPV-Teams berichtet. Die AAPV wird zumeist positiv gewertet. Regelungen der Finanzierung, Budgetierung und Bürokratie palliativer Leistungen werden kritisiert.

5.4 Synthese

Aus der Synthese der qualitativen wie quantitativen Ergebnisse lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

Heterogene Versorgungsstrukturen Nordrheins vereinheitlichen und Schnittstellenmanagement verbessern

Insgesamt bewerten Hausärzte und Onkologen die Zusammenarbeit mit der SAPV positiv. In der Fokusgruppe zeigte sich jedoch, dass die Verbesserung der Schnittstellenkommunikation als essentielles Thema angesehen wird. Dabei wünschen sich die Ärzte sowohl eine bessere Kommunikation zwischen den Professionen der Palliativversorgung (u.a. zwischen Fachärzten und Pflegedienstleistern), als auch mehr Absprachen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Insbesondere müsse in der Krankenhausversorgung ein höheres Bewusstsein für die AAPV geschaffen werden, da eine Übergeneralisierung der SAPV-Überweisung bei Krankenhausentlassung stattfindet. Generell wünschen sich die Hausärzte informiert zu werden, wenn stationär oder ambulant tätige Fachärzte gemeinsam behandelte Patienten in die SAPV überweisen.

Von den Teilnehmern der Fokusgruppe wurde besonders die Heterogenität der Versorgungsstrukturen in der Region Nordrhein kritisiert. Dies gilt sowohl intraregional als auch stellenweise innerhalb der Städte und Landkreise Nordrhein. Die Ergebnisse des Fragebogens zeigen ebenfalls Unterschiede, die sich jedoch inferenzstatistisch nicht eindeutig belegen lassen. Eine Vereinheitlichung der nordrheinischen Strukturen zur Sicherstellung einer flächendeckenden, gleichwertigen Versorgung für alle Städte und Landkreise der Region wird empfohlen.

Verordnungshilfen schaffen und Substitution vermeiden

Die offene Gestaltung der G-BA-Richtlinie bezüglich der Überweiskriterien in die SAPV gibt den zuweisenden Fachärzten viel Entscheidungsfreiraum. Den Zuweisern fällt die Abgrenzung zwischen SAPV, AAPV und Regelversorgung jedoch häufig schwer. Möglicherweise werden palliative Versorgungsstrukturen aufgrund von Unwissenheit der Zuweisenden nicht in die Behandlung eingebunden. Daher könnten regionsspezifische Informationsmaterialien sowie unverbindliche Empfehlungen hilfreich sein, um vor allem Hausärzte in der Auswahl zwischen verschiedenen palliativen Versorgungsformen zu unterstützen und über Versorgungsmöglichkeiten aufzuklären.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Hausärzte und Onkologen durchaus bei der palliativmedizinischen Entscheidungsfindung differenzieren. Es zeigt sich ein schwach signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der befragten Ärzte und der Überweisung in die SAPV. SAPV könnte somit ärztliche Berufserfahrung substituieren. Die SAPV und palliativmedizinische Spezialisten werden in die Behandlung einbezogen, wenn der Hausarzt oder der Patient und dessen Angehörigen mit der Versorgung überfordert sind.

Vergütung anpassen und Bürokratie abbauen

Die Ergebnisse des Fragebogens verdeutlichen, dass Palliativversorgung eine zeitlich sehr aufwendige Versorgung darstellt. Die momentane Vergütung steht einem unverhältnismäßig hohen Aufwand entgegen. Dieser kommt durch die medizinische Versorgung an sich, Fahrten für Hausbesuche, Flexibilität sowie die Koordination von Versorgern zustande. Eine Anpassung der hausärztlichen Vergütung ist daher zu empfehlen.

Zudem stellt der bürokratische Aufwand der palliativmedizinischen Abrechnung besonders für Hausärzte eine Hürde dar. Zum Teil erfolgt daher keine Abrechnung der erbrachten palliativmedizinischen Leistungen. Eine Vereinheitlichung sowie Informationsmaterial für Hausärzte und Onkologen wäre auch an dieser Stelle sinnvoll.

5.5 Limitationen

Um die angestrebte absolute Zahl von 430 Befragten zu erreichen, wurde der Empfängerkreis um die Ärzte der Regionen Rhein-Erft-Kreis und Rhein-Sieg-Kreis erweitert. Insgesamt zeigte sich bereits bei der Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer, dass sowohl Hausärzte als auch Onkologen eine für Befragungen schwer erreichbare Gruppe sind. Da insgesamt nur 14 Onkologen (n = 45) an der Befragung teilgenommen haben, wurde auf die explizite Darstellung dieser Subgruppe verzichtet, obwohl auch hier das Rücklaufziel erreicht wurde. Sowohl für die Fokusgruppe als auch für die Vollbefragung ist damit zu rechnen, dass die Ergebnisse einem Selektionsbias unterliegen. Insbesondere die hohe Anzahl an Teilnehmern mit palliativmedizi-

nischen Weiterbildungen spricht für eine Verzerrung durch ein insgesamt hohes palliativmedizinisches Fortbildungsniveau. Dementsprechend sind die Ergebnisse insbesondere zur Bewertung der SAPV und der palliativmedizinischen Akteure differenziert zu betrachten.

Bei Fragen zu Verordnungszahlen und Patientenaufkommen haben einige Teilnehmer überdurchschnittlich hohe Fallzahlen angegeben. Möglicherweise haben diese Befragten die Angaben für die gesamte Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft als Grundlage genommen anstatt ausschließlich ihre selbst verordneten Leistungen. Einige Items weisen Subgruppen mit wenigen Fallzahlen auf, wie beispielsweise die Qualifikationssubgruppen, 'Tätigkeit in einer palliativmedizinischen Einrichtung' oder, 'BQKPmV'. Ergebnisinterpretationen sollten hier vorsichtig abgeleitet werden. Um die Anonymität der SAPV-Teams und Ärzte zu wahren, die teilweise monopolistisch tätig sind, wird auf Regionsvergleiche verzichtet.

6 Nachhaltigkeit der Projektergebnisse nach Ende der Förderung

Nach Abschluss der Auswertungen wurde ein Factsheet entwickelt und an die Ärzte gesendet, die an der Befragung teilgenommen haben.

Als Anregung für die Palliativversorgung können folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

- Heterogene Versorgungsstrukturen Nordrheins vereinheitlichen und Schnittstellenmanagement verbessern
- Verordnungshilfen schaffen und Substitution vermeiden
- Vergütung anpassen und Bürokratie abbauen

7 Veröffentlichung der Projektergebnisse

7.1 Kongressbeiträge

- *Evaluation der SAPV in Nordrhein: Ergebnisse der Experteninterviews und Delphibefragung*, **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2018**, Posterbeitrag
- *Wahrnehmung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein aus Sicht von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen*, **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie 2018**, Posterbeitrag
- *Reflexion der Hausarztrolle in der ambulanten Palliativversorgung. Evaluation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein (APVEL)*, Kongress der Deutschen, Österreichischen und Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin 2018, Vortrag
- *General practitioners' and oncologists' attitudes toward outpatient palliative care in North Rhine, Germany*, **22nd International Congress on Palliative Care 2018**, Posterbeitrag
- *Evaluation der Wirksamkeit von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein – Wahrnehmung struktureller und organisatorischer Aspekte aus Perspektive von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen*, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2018, Posterbeitrag
- *The role of the general practitioner as referrer to specialized palliative care in Germany*, **16th World Congress of the European Association for Palliative Care 2019**, Posterbeitrag
- *Multidisciplinary Cooperation in Outpatient Palliative Care from a GPs' Perspective*, **16th World Congress of the European Association for Palliative Care 2019**, Posterbeitrag
- *Provision of palliative care by general practitioners: expenditures and stressors*, **16th World Congress of the European Association for Palliative Care 2019**, Posterbeitrag
- *General practitioners workload and attitudes to referrals in context of outpatient palliative care*, **Kongress der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians 2019**, Vortrag

7.2 Geplante Veröffentlichungen

- *General practitioners' perspectives on general and specialised outpatient palliative care in Germany: A focus group study* (kurz vor der Einreichung)
- *Multidisciplinary cooperation in outpatient palliative care from a general practitioners perspective* (in Bearbeitung)
- *General practitioners' role definition in palliative care*
- *Abgrenzung ambulanter Palliativversorgungsformen aus Sicht von Hausärzten*
- gemeinsam mit dem SAVOIR-Projekt: Veröffentlichung bzgl. Strukturparameter und Involvierung der Hausärzte in die Palliativversorgung auf Basis gemeinsam genutzter Skalen

8 Literaturverzeichnis

- Anquinet, L.; Rietjens, J. A.; Mathers, N.; Seymour, J.; van der Heide, A.; Deliens, L. (2015): Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home. In-depth qualitative interviews in three European countries. In: *Journal of pain and symptom management* 49 (1), S. 98–109. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.05.012.
- Becka, D.; Riese, A.; Rychlik, R. P. T.; Huenges, B.; Rusche, H. (2014): Stand der hausärztlichen Palliativversorgung in Deutschland. Ein systematischer Literaturreview. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 139 (44), S. 2254–2258. DOI: 10.1055/s-0034-1387257.
- Behmann, M.; Jünger, S.; Radbruch, L.; Schneider, N. (2011): Kernmaßnahmen zur Entwicklung der Palliativversorgung aus Public-Health-Perspektive. Erste Ergebnisse einer dreistufigen Delphi-Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (5), S. 642–647. DOI: 10.1007/s00103-011-1267-4.
- Behmann, M.; Lückmann, S. L.; Schneider, N. (2009): Palliative care in Germany from a public health perspective: qualitative expert interviews. In: *BMC Res Notes (BMC research notes)* 2 (116?), 116? DOI: 10.1186/1756-0500-2-116.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW (2005): Forschungsergebnisse der Studie "Sterbebegleitung in Sachsen". Arbeits- und Belastungssituation der Pflegenden und Ärzte. Hg. v. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW. Berlin.
- Brueckner, T.; Schumacher, M.; Schneider, N. (2009): Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. In: *BMC Palliative Care (BMC palliative care)* 8 (7), 1–11? DOI: 10.1186/1472-684X-8-7.
- Cremer-Schaeffer, P.; Radbruch, L. (2012): Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55 (2), S. 231–237. DOI: 10.1007/s00103-011-1408-9.
- Diemer, W. (2010): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – Angebote und Formen. In: A. T. May, J. Brokmann und H. Kreß (Hg.): *Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer*. 1. Auflage. Berlin: Springer Berlin, S. 313–321.
- Dillman, D. A. (1978): *Mail and telephone surveys. The total design method*. New York: Wiley (A Wiley-interscience publication). Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0607/78000581-b.html>.
- Ding, J.; Johnson, C. E.; Cook, A. (2018): How We Should Assess the Delivery of End-Of-Life Care in General Practice? A Systematic Review. In: *Journal of palliative medicine*. DOI: 10.1089/jpm.2018.0194.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.2019.

- Gidwani, R.; Nevedal, A.; Patel, M.; Blayney, D. W.; Timko, C.; Ramchandran, K. et al. (2017): The Appropriate Provision of Primary versus Specialist Palliative Care to Cancer Patients: Oncologists' Perspectives. In: *J Palliat Med (Journal of Palliative Medicine)* 20 (4), S. 395–403. DOI: 10.1089/jpm.2016.0399.
- Götze, H.; Perner, A.; Gansera, L.; Brähler, E. (2013): "Da kann man nicht auf die Uhr gucken" - Interviews mit Hausärzten zur ambulanten Palliativversorgung von Tumorkranken. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 75 (6), S. 351–355. DOI: 10.1055/s-0032-1321753.
- Gröber-Grätz, D.; Mosshammer, D.; Bölter, R.; Ose, D.; Joos, S.; Natanzon, I. (2011): Welche Kriterien beeinflussen Hausärzte bei der Überweisung zum Spezialisten in der ambulanten Versorgung? Eine qualitative Studie zur Sichtweise von Hausärzten. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes (Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen)* 105 (6), S. 446–451. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.06.001.
- Hagemeyer, A. (2014): Erfolge und Probleme der ambulanten Palliativversorgung nach Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Eine Untersuchung im Raum Neumünster. Dissertation. Universität Hamburg, Hamburg. Medizinische Fakultät.
- Husebø, S. (2009): Die Rolle des Arztes. In: S. Husebø und E. Klaschik (Hg.): *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. 5., aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 531–566.
- Klie, T.; Bruker, C.; Behrend, S. (2015): AAPV vor SAPV! Das Beispiel Kirchliche Sozialstation Nördlicher Breisgau e.V. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hg. v. AGP Sozialforschung. Evangelische Hochschule Freiburg e.V. Freiburg.
- Klindtworth, K.; Schneider, N.; Bleidorn, J. (2013): Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung? In: *Z Allg Med* 89 (4), S. 159–164.
- Kratel, U. (2014): Fortschritte in der ambulanten Palliative Care-Versorgung in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: *DZO (Deutsche Zeitschrift für Onkologie)* 46 (1), S. 8–15.
- Kuckartz, U. (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Lux, E. A. (2017): Chance für die ambulante Palliativversorgung. In: *Schmerzmedizin* 33 (6), S. 52–53.
- Malik, S.; Goldman, R.; Kevork, N.; Wentlandt, K.; Husain, A.; Mellow, N. et al. (2017): Engagement of Primary Care Physicians in Home Palliative Care. In: *J Palliat Care (Journal of Palliative Care)* 32 (1), S. 3–10. DOI: 10.1177/0825859717706791.
- Marterer, D. (2016): *Wie beurteilen die niedergelassenen Ärzte die palliativmedizinische Versorgung im Kreis Limburg-Weilburg?* Justus-Liebig-Universität, Gießen. Medizinische Fakultät.
- Mitchell, S.; Loew, J.; Millington-Sanders, C.; Dale, J. (2016): Providing end-of-life care in general practice: findings of a national GP questionnaire survey. In: *Br J Gen Pract (The British journal of general practice)* 66 (650), e647-e653. DOI: 10.3399/bjgp16X686113.

- Pfaff, H.; Diener, S.; Jung, J. (n.d.): Die Zuweiserbefragung (KEF-CH) – Belegarztversion (KEF-CH-B): Kennzahlenhandbuch. Institut für Organisationsdiagnostik und Sozialforschung (IfOS) in Kooperation mit Verein Outcome.
- Pype, P.; Symons, L.; Wens, J.; van den Eynden, B.; Stes, A.; Deveugele, M (2014): Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners. A focus group study. In: *BMC Family Practice* 15, S. 36. DOI: 10.1186/1471-2296-15-36.
- Radbruch, L.; Payne, S. (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: *Z Palliativmed (Zeitschrift für Palliativmedizin)* 12 (5), S. 216–227. DOI: 10.1055/s-0031-1276909.
- Richter, P.; Hemmann, E.; Merboth, H.; Fritz, S.; Hansgen, C.; Rudolf, M. (2000): Das Erleben von Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur orientierenden Analyse (FIT). In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* (44), S. 129–139. DOI: 10.1026//0932-4089.44.3.129.
- Schindler, T.; Ewald, H. (2005): Ambulante und stationäre Organisationsstrukturen in der Palliativmedizin. In: *Onkologe* 11 (4), S. 376–383. DOI: 10.1007/s00761-005-0853-1.
- Schlunk, T.; Staab, T. (2002): Das Tübinger Projekt Häusliche Betreuung Schwerkranker: Akzeptanz eines ambulanten Palliativdienstes bei Hausärzten. In: *Z Palliativmed (Zeitschrift für Palliativmedizin)* 3 (4), S. 100–104.
- Schnakenberg, R.; Goeldin, A.; Boehm-Stiel, C.; Bleckwenn, M.; Weckbecker, K.; Radbruch, L. (2016): Written survey on recently deceased patients in germany and switzerland: how do general practitioners see their role? In: *BMC Health Serv Res (BMC Health Services Research)* 16 (22), S. 1–8. DOI: 10.1186/s12913-016-1257-1.
- Schneider, N. (2008): Die neue spezialisierte ambulante Palliativversorgung - ein Positionspapier. In: *Z Allg Med* 84 (6), S. 232–235. DOI: 10.1055/s-2008-1076720.
- Schneider, N.; Buser, K.; Amelung, V. (2006): Ansichten von Hausärzten zur Versorgung von unheilbar kranken Patienten am Lebensende - Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. In: *Z Allg Med* 82 (7), S. 298–304. DOI: 10.1055/s-2006-933516.
- Schneider, W.; Eichner, E.; Thoms, U.; Kopitzsch, F.; Stadelbacher, S. (2014): Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern –. Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums). Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung; Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.
- Scholten, N.; Günther, A. L.; Pfaff, H.; Karbach, U. (2016): The size of the population potentially in need of palliative care in Germany - an estimation based on death registration data. In: *BMC Palliat Care (BMC palliative care)* 15 (29), S. 1–7. DOI: 10.1186/s12904-016-0099-2.
- Schumacher, M.; Schneider, N. (2010): Ältere Menschen am Lebensende – Versorgungssituation und Verbesserungsbedarf aus Perspektive von Hinterbliebenen. In: *Z Palliativmed (Zeitschrift für Palliativmedizin)* 11 (3), S. 123–129. DOI: 10.1055/s-0029-1223530.

- Schwabe, S.; Ates, G.; Ewert, B.; Hasselaar, J.; Hesse, M.; Linge-Dahl, L. et al. (2017): „Der spielt im Moment nicht mehr ganz die Rolle“. Der Hausarzt in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung aus Patientenperspektive. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 55–61. DOI: 10.1007/s00103-016-2478-5.
- Sercu, M.; van Renterghem, V.; Pype, P.; Aelbrecht, K.; Derese, A.; Deveugele, M. (2015): "It is not the fading candle that one expects". General practitioners' perspectives on life-preserving versus "letting go" decision-making in end-of-life home care. In: *Scandinavian journal of primary health care* 33 (4), S. 233–242. DOI: 10.3109/02813432.2015.1118837.
- Statistisches Bundesamt (2017): Todesursachen in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400157004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 22.01.2019.
- Teasdale, E.; Drew, S.; Taylor, C.; Ramirez, A.; Cancer Research UK London Psychosocial Group (2008): Hospital consultants' job stress & satisfaction questionnaire (HCJSSQ). London: Cancer Research UK London Psychosocial Group.
- Verhoeven, A. A. H.; Schuling, J.; Maeckelberghe, E. L. M. (2011): The death of a patient. A model for reflection in GP training. In: *BMC Family Practice* 12, S. 8. DOI: 10.1186/1471-2296-12-8.
- Walshe, C.; Chew-Graham, C.; Todd, C.; Caress, A. (2008): What influences referrals within community palliative care services? A qualitative case study. In: *Soc Sci Med (Social science & medicine (1982))* 67 (1), S. 137–146. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.03.027.

9 Anhang

- Kennzahlenhandbuch
- Deskriptive Auswertungen zur Onkologen-Befragung

Ambulante Palliativversorgung allgemein

Modul ‚Palliativmedizin in hausärztlicher Tätigkeit‘

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Codierung	1	2	3	4
Die Versorgung von palliativmedizinischen Patienten gehört zur hausärztlichen Tätigkeit dazu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die hausärztliche palliativmedizinische Versorgung wird zu schlecht vergütet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die hausärztliche palliativmedizinische Versorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
,Stellenwert palliativmedizinischer Versorgung im hausärztlichen Versorgungsalltag‘	Item 1 bis 3 (Kurzlabel):
	Versorgung von pall. Patienten gehört zur hausärztlichen Tätigkeit (apv1_1)
	Die hausärztliche pall. Versorgung wird zu schlecht vergütet (apv1_2)
	Die hausärztliche Palliativversorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig (apv1_3)

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul ‚Palliativmedizin in hausärztlicher Tätigkeit‘

Häufigkeitstabellen

Versorgung von palliativen Patienten gehört zur hausärztlichen Tätigkeit (apv1_1)				
		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültige Werte	stimme überhaupt nicht zu	1	0,22	0,22
	stimme eher nicht zu	14	3,15	3,37
	stimme eher zu	71	15,96	19,33
	stimme voll und ganz zu	357	80,22	99,55
Fehlend	.b	2	0,45	10,00
Total		445	100,00	

Hausärztliche palliative Versorgung wird zu schlecht vergütet (apv1_2)				
		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültige Werte	stimme überhaupt nicht zu	1	0,22	0,22
	stimme eher nicht zu	53	11,91	12,13
	stimme eher zu	208	46,74	58,88
	stimme voll und ganz zu	176	39,55	98,43
Fehlend	.b	7	1,57	100,00
Total		445	100,00	

Hausärztliche Palliativversorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig (apv1_3)				
		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültige Werte	stimme überhaupt nicht zu	26	5,84	5,84
	stimme eher nicht zu	103	23,15	28,99
	stimme eher zu	190	42,70	71,69
	stimme voll und ganz zu	124	27,87	99,55
Fehlend	.b	2	0,45	100,00
Total		445	445	100,00

Modul ‚Berührungen mit der Palliativmedizin‘

In welcher Form hatten Sie (in Ihrer ärztlichen Tätigkeit) bisher Berührungen mit der Palliativmedizin? (Mehrfachantworten möglich)	
1. Ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten (Palliativstation, stationäres Hospiz etc.)	<input type="checkbox"/>
2. 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (oder gleichwertig anerkannte Fortbildung)	<input type="checkbox"/>
3. Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)	<input type="checkbox"/>
4. Zulassung als „BQKPmV-Arzt“ (Vereinbarung nach §87 Abs.1b SGB V zur Besonders Qualifizierten und Koordinierten Palliativ-medizinischen Versorgung)	<input type="checkbox"/>
5. Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams	<input type="checkbox"/>
6. Aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung (§73b/140a SGB V d.h. integrierte Versorgung, Palliativnetze etc.)	<input type="checkbox"/>
7. Ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit	<input type="checkbox"/>
8. Keine	<input type="checkbox"/>

Einzelitems

bpm1_*	In welcher Form hatten Sie (in Ihrer ärztlichen Tätigkeit) bisher Berührungen mit der Palliativmedizin? (Mehrfachantworten möglich)
Variablenname	Variablenlabel
9. bpm1_1	10. Ärztliche Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung
11. bpm1_2	12. 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin
13. bpm1_3	14. Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)
15. bpm1_4	16. Zulassung als „BQKPmV-Arzt“
17. bpm1_5	18. Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams
19. bpm1_6	20. Aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung
21. bpm1_7	22. Ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit
23. bpm1_0	24. Keine

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
,Berührungen mit der Palliativmedizin' (bpm1)	Item 1 bis 8 (Kurzlabel):
	Ärztliche Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung (bpm1_1)
	40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin (bpm1_2)
	Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt) (bpm1_3)
	Zulassung als „BQKPmV-Arzt“ (bpm1_4)
	Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams (bpm1_5)
	Aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung (bpm1_6)
	Ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit (bpm1_7)
	Keine (bpm1_0)

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	keine	8	
	Ärztliche Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung	1	
	40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin	2	
	Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)	3	
	Zulassung als „BQKPmV-Arzt“	4	
	Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams	5	
	Aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung	6	
	Ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit	7	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul „Berührungen mit der Palliativmedizin“

Häufigkeitstabellen

Ärztliche Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung (bpm1_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	385	86,52	86,52
ja	58	13,03	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin (bpm1_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	232	52,13	52,13
ja	211	47,42	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt) (bpm1_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	391	87,87	87,87
ja	52	11,69	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Zulassung als „BQKPmV-Arzt“ (bpm1_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	425	95,51	95,51
ja	18	4,04	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams (bpm1_5)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	425	95,51	95,51
ja	18	4,04	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Keine (bpm1_8)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	433	97,30	97,30
ja	10	2,25	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Modul: „Informationsbedarf und -nutzung Palliativmedizin“

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und</u> <u>ganz</u> zu
Codierung	1	2	3	4
25. Ich halte die angebotenen palliativmedizinischen Fortbildungen insgesamt für sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Die nationalen Leitlinien und Richtlinien zur Palliativversorgung beziehe ich in die Behandlung mit ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die hausärztliche Palliativversorgung wird in den nationalen Leitlinien und Richtlinien ausreichend berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich habe ausreichend Wissen über die palliativmedizinische Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
Informationsbedarf und -nutzung Palliativmedizin	Item 1 bis 3 (Kurzlabel):
	29. Palliativmedizinische Fortbildungen insgesamt sinnvoll (wbpm_1)
	30. Einbezug nat. Leitlinien und Richtlinien (wbpm_2)
	31. Berücksichtigung hausärztliche Palliativversorgung in nat. Leitlinien und Richtlinien (wbpm_3)
	32. Ausreichend Wissen über die palliativmedizinische Versorgung. (wbpm_4)

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zur Modul „Informationsbedarf und -nutzung Palliativmedizin“

Häufigkeitstabellen

Palliativmedizinische Fortbildungen insgesamt sinnvoll (wbpm_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozenze
stimme eher nicht zu	23	5,17	5,17
stimme eher zu	211	47,42	52,58
stimme voll und ganz zu	206	46,29	98,88
.b	5	1,12	100,00
Total	445	100,00	

Einbezug nationale Leit- und Richtlinien (wbpm_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozenze
stimme überhaupt nicht zu	5	1,12	1,12
stimme eher nicht zu	71	15,96	17,08
stimme eher zu	225	50,56	67,64
stimme voll und ganz zu	133	29,89	97,53
.b	11	2,47	100,00
Total	445	100,00	

Berücksichtigung hausärztlicher Palliativversorgung in nat. Leit- und Richtlinie (wbpm_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozenze
stimme überhaupt nicht zu	13	2,92	2,92
stimme eher nicht zu	191	42,92	45,84
stimme eher zu	186	41,80	87,64
stimme voll und ganz zu	21	4,72	92,36
.b	34	7,64	100,00
Total	445	100,00	

Ausreichend Wissen über die palliativmedizinische Versorgung (wbpm_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	12	2,70	2,70
stimme eher nicht zu	102	22,92	25,62
stimme eher zu	258	57,98	83,60
stimme voll und ganz zu	67	15,06	98,65
.b	6	1,35	100,00
Total	445	100,00	

Modul „Zufriedenheit mit palliativen Strukturen“

Zufriedenheit mit den Sie umgebenden palliativen Strukturen					
Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten des SAPV-Teams, mit dem Sie am häufigsten zusammenarbeiten?	un-zufrieden	eher un-zufrieden	eher zu-frieden	zufrieden	keine Angabe möglich
Codierung	1	2	3	4	5
Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Zusammenarbeit mit SAPV-Teams wesentlich ist (z. B. organisatorische Abläufe, Behandlungsqualität, Kooperationsbereitschaft etc.), wie zufrieden sind Sie dann mit den von Ihnen beurteilten SAPV-Teams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Zusammenarbeit mit bzw. Arbeit in der AAPV wesentlich ist (z. B. organisatorische Abläufe, Behandlungsqualität, Kooperationsbereitschaft etc.), wie zufrieden sind Sie dann mit der von Ihnen beurteilten AAPV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Zusammenarbeit mit der stationären Palliativversorgung wesentlich ist (z. B. organisatorische Abläufe, Behandlungsqualität, Kooperationsbereitschaft), wie zufrieden sind Sie dann mit den von Ihnen beurteilten stationären Palliativstrukturen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
Zufriedenheit mit palliativen Strukturen	Item 1 bis 3 (Kurzlabel):
	Zufriedenheit Zusammenarbeit SAPV Team (satpal_1)
	Zufriedenheit (Zusammen-) Arbeit AAPV (satpal_2)
	Zufriedenheit Zusammenarbeit stationäre Palliativversorgung (satpal_3)

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	unzufrieden	1	
	eher unzufrieden	2	
	eher zufrieden	3	
	zufrieden	4	
Fehlend	Keine Angabe möglich	.a	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!
	Fehlende Angabe	.b	

Statistiken zum Modul „Zufriedenheit mit palliativen Strukturen“

Zufriedenheit Zusammenarbeit SAPV Team (satpal_1)				
		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	unzufrieden	10	2,25	2,25
	eher unzufrieden	33	7,42	9,66
	eher zufrieden	86	19,33	28,99
	zufrieden	291	65,39	94,38
Fehlend	keine Angabe	22	4,94	99,33
	non-response	3	0,67	100,00
Total		445	100,00	

Zufriedenheit (Zusammen-) Arbeit AAPV (satpal_2)				
		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	unzufrieden	5	1,12	1,12
	eher unzufrieden	32	7,19	8,31
	eher zufrieden	107	24,04	32,36
	zufrieden	222	49,89	82,25
Fehlend	keine Angabe	69	15,51	97,75
	non-response	10	2,25	100,00
Total		445	100,00	

Zufriedenheit Zusammenarbeit stationäre Palliativversorgung (satpal_3)				
		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	unzufrieden	5	1,12	1,12
	eher unzufrieden	36	8,09	9,21
	eher zufrieden	126	28,31	37,53
	zufrieden	239	53,71	91,24
Fehlend	keine Angabe	32	7,19	98,43
	non-response	7	1,57	100,00
Total		445	100,00	

Modul „Bewertung palliativmedizinischer Infrastruktur“

Bewertung palliativmedizinischer Infrastruktur					
Palliativmedizinische Infrastruktur: Wie schätzen Sie die Versorgungsqualität der unten aufgeführten Akteure ein? (Wenn im Umfeld Ihrer Praxis vorhanden und mindestens einmal genutzt)	schlecht	eher schlecht	eher gut	gut	Nicht vorhanden/nicht genutzt
33. Codierung	1	2	3	4	.a
34. Ambulante/r Pflegedienst/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ambulanter Palliativ(pflege)dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ambulanter PKD (Palliativer Konsiliardienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. (Anderer) Vertragsarzt der „BQKPmV“ ⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. SAPV-Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Palliativstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Stationäres Hospiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha-, und Arzneimittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Bitte schätzen Sie die Versorgungsqualität der Sie umgebenden Palliativ-Infrastruktur insgesamt ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁷ besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
Zufriedenheit mit palliativen Strukturen	Item 1 bis 10 (Kurzlabel):
	44. Ambulante/r Pflegedienst/e (palinf1_1)
	45. Ambulanter Palliativ(pflege)dienst (palinf1_2)
	46. Ambulanter PKD (Palliativer Konsiliardienst) (palinf1_3)
	47. Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativ-medizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt (palinf1_4)
	48. (Anderer) Vertragsarzt der „BQKPMV“ ⁸ (palinf1_5)
	49. SAPV-Team (palinf1_6)
	50. Palliativstation (palinf1_7)
	51. Stationäres Hospiz (palinf1_8)
	52. HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha-, und Arzneimittel) (palinf1_9)
	53. Bitte schätzen Sie die Versorgungsqualität der Sie umgebenden Palliativ-Infrastruktur insgesamt ein. (palinf1_)

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	schlecht	1	
	eher schlecht	2	
	eher gut	3	
	gut	4	
Fehlend	Nicht vorhanden/nicht genutzt	.a	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!
	Fehlende Angabe	.b	

⁸ besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung

Statistiken zum Modul „Bewertung palliativmedizinischer Infrastruktur“

Ambulante/r Pflegedienst/e (palinf1_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	7	1,57	1,57
eher schlecht	102	22,92	24,49
eher gut	181	40,67	65,17
gut	145	32,58	97,75
nicht vorhanden/nicht genutzt	4	0,90	98,65
non-response	6	1,35	100,00
Total	445	100,00	

Ambulanter Palliativ(pflege)dienst (palinf1_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	3	0,67	0,67
eher schlecht	16	3,60	4,27
eher gut	104	23,37	27,64
gut	301	67,64	95,28
nicht vorhanden/nicht genutzt	17	3,82	99,10
non-response	4	0,90	100,00
Total	445	100,00	

Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativ-medicin“ bzw. Qualifizierter Palli (palinf1_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	2	0,45	0,45
eher schlecht	21	4,72	5,17
eher gut	75	16,85	22,02
gut	243	54,61	76,63
nicht vorhanden/nicht genutzt	90	20,22	96,85
non-response	14	3,15	100,00
Total	445	100,00	

Ambulanter PKD (Palliativer Konsiliardienst) (palinf1_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	4	0,90	0,90
eher schlecht	20	4,49	5,39
eher gut	79	17,75	23,15
gut	153	34,38	57,53
nicht vorhanden/nicht genutzt	170	38,20	95,73
non-response	19	4,27	100,00
Total	445	100,00	

Anderer Vertragsarzt der BQKpmV (palinf1_5)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	3	0,67	0,67
eher schlecht	19	4,27	4,94
eher gut	43	9,66	14,61
gut	42	9,44	24,04
nicht vorhanden/nicht genutzt	293	65,84	89,89
non-response	45	10,11	100,00
Total	445	100,00	

SAPV-Team (palinf1_6)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	2	0,45	0,45
eher schlecht	20	4,49	4,94
eher gut	71	15,96	20,90
gut	313	70,34	91,24
nicht vorhanden/nicht genutzt	31	6,97	98,20
non-response	8	1,80	100,00
Total	445	100,00	

Palliativstation (palinf1_7)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	3	0,67	0,67
eher schlecht	21	4,72	5,39
eher gut	78	17,53	22,92
gut	304	68,31	91,24
nicht vorhanden/nicht genutzt	34	7,64	98,88
non-response	5	1,12	100,00
Total	445	100,00	

Stationäres Hospiz (palinf1_8)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	4	0,90	0,90
eher schlecht	14	3,15	4,04
eher gut	56	12,58	16,63
gut	316	71,01	87,64
nicht vorhanden/nicht genutzt	49	11,01	98,65
non-response	6	1,35	100,00
Total	445	100,00	

HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha-, und Arzneimittel (palinf1_9)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	5	1,12	1,12
eher schlecht	52	11,69	12,81
eher gut	151	33,93	46,74
gut	129	28,99	75,73
nicht vorhanden/nicht genutzt	89	20,00	95,73
non-response	19	4,27	100,00
Total	445	100,00	

Versorgungsqualität insgesamt (palinf1_10)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	1	0,22	0,22
eher schlecht	24	5,39	5,62
eher gut	178	40,00	45,62
gut	228	51,24	96,85
nicht vorhanden/nicht genutzt	6	1,35	98,20
non-response	8	1,80	100,00
Total	445	100,00	

Modul „Besonderer palliativmedizinischer Aufwand“

Kreuzen Sie die drei Aspekte an, die für Hausärzte in der Palliativversorgung den meisten Aufwand bedeuten.

Hausbesuche	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Ressourcen (Flexibilität, Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten)	<input type="checkbox"/>
Budgetierung/Vergütung	<input type="checkbox"/>
Koordinationsaufwand mit weiteren Versorgern	<input type="checkbox"/>
Beratungsaufwand	<input type="checkbox"/>
Bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>
Aneignung von palliativmedizinischem Fachwissen	<input type="checkbox"/>
Persönlich-emotionale Belastung	<input type="checkbox"/>

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
Besonderer palliativmedizinischer Aufwand	Item 1 bis 8 (Kurzlabel):
	Hausbesuche (aufw_1)
	Zeitliche Ressourcen (aufw_2)
	Budgetierung/Vergütung (aufw_3)
	Koordinationsaufwand mit weiteren Versorgern (aufw_4)
	Beratungsaufwand (aufw_5)
	Bürokratischer Aufwand (aufw_6)
	Aneignung von palliativmedizinischem Fachwissen (aufw_7)
	Persönlich-emotionale Belastung (aufw_8)

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	Hausbesuche	1	
	Zeitliche Ressourcen (Flexibilität, Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten)	2	
	Budgetierung/Vergütung	3	
	Koordinationsaufwand mit weiteren Versorgern	4	
	Beratungsaufwand	5	
	Bürokratischer Aufwand	6	
	Aneignung von palliativmedizinischem Fachwissen	7	
	Persönlich-emotionale Belastung	8	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul „Bewertung palliativmedizinischer Infrastruktur“

Modul Belastung durch Palliativmedizin

Bewerten Sie bitte, in welchem Maße Sie die folgenden Aspekte in den vergangenen Monaten belastet haben.	überhaupt nicht	wenig	viel	sehr viel
Codierung	1	2	3	4
Anteilnahme am körperlichen Leid der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteilnahme am emotionalen Leid der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit beunruhigten, aufgebrachten oder schuldzuweisenden Patienten und/oder Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Patienten, deren Erwartungen an die Behandlung nicht erfüllbar sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Beschwerden vonseiten der Patienten oder Angehörigen über die von mir erbrachte Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Nachrichten an Patienten und ihre Angehörigen überbringen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage zu sein, die Symptome der Patienten zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Patienten bei Verweigerung der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein insgesamt hohes Arbeitspensum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollidierende Anforderungen an meine Arbeitszeit (z. B. Patientenversorgung, Verwaltung, Forschung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten in einer schwierigen, kritischen Phase zu begleiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheit über die Vergütung (Regress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangemessene Vergütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stata-Kurzlabels der Items

Kennzahl	Items (Kurzlabel)
Belastung durch Palliativ- medizin	Item 1 bis 14 (Kurzlabel):
	Anteilnahme körperliches Leid (pburden_1)
	Anteilnahme emotionales Leid (pburden_2)
	beunruhigte Angehörige (pburden_3)
	unerfüllte Patientenerwartungen (pburden_4)
	Beschwerden über Behandlung (pburden_5)
	Überbringung schlechter Nachrichten (pburden_6)
	Kontrollverlust über Symptome (pburden_7)
	Verweigerung der Behandlung (pburden_8)
	Hohes Arbeitspensum (pburden_9)
	Kollidierende Anforderungen Arbeitszeit (pburden_10)
	Patientenbegleitung in kritischer Phase (pburden_11)
	Regress (pburden_12)
	Vergütung (pburden_13)
Bürokratischer Aufwand (pburden_14)	

Antwortkategorien und ihre Codierung

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	überhaupt nicht	1	
	wenig	2	
	viel	3	
	sehr viel	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul „Belastung durch Palliativmedizin“

Häufigkeitstabellen

Anteilnahme körperliches Leid (pburden_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	16	3,6	3,6
wenig	229	51,46	55,06
viel	174	39,1	94,16
sehr viel	22	4,94	99,1
non-response	4	0,9	100
Total	445	100	

Anteilnahme emotionales Leid (pburden_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	10	2,25	2,25
wenig	171	38,43	40,67
viel	219	49,21	89,89
sehr viel	39	8,76	98,65
non-response	6	1,35	100
Total	445	100	

Beunruhigte Angehörige (pburden_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	45	10,11	10,11
wenig	240	53,93	64,04
viel	125	28,09	92,13
sehr viel	31	6,97	99,1
non-response	4	0,9	100
Total	445	100	

Unerfüllte Patientenerwartungen (pburden_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	37	8,31	8,31
wenig	265	59,55	67,87
viel	117	26,29	94,16
sehr viel	20	4,49	98,65
non-response	6	1,35	100
Total	445	100	

Beschwerden über Behandlung (pburden_5)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	150	33,71	33,71
wenig	232	52,13	85,84
viel	48	10,79	96,63
sehr viel	9	2,02	98,65
non-response	6	1,35	100
Total	445	100	

Überbringung schlechter Nachrichten (pburden_6)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	30	6,74	6,74
wenig	245	55,06	61,8
viel	147	33,03	94,83
sehr viel	18	4,04	98,88
non-response	5	1,12	100
Total	445	100	

Kontrollverlust über Symptome (pburden_7)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	42	9,44	9,44
wenig	259	58,2	67,64
viel	122	27,42	95,06
sehr viel	17	3,82	98,88
non-response	5	1,12	100
Total	445	100	

Verweigerung der Behandlung (pburden_8)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	142	31,91	31,91
wenig	241	54,16	86,07
viel	49	11,01	97,08
sehr viel	7	1,57	98,65
non-response	6	1,35	100
Total	445	100	

Hohes Arbeitspensum (pburden_9)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	20	4,49	4,49
wenig	124	27,87	32,36
viel	239	53,71	86,07
sehr viel	57	Dez 81	98,88
non-response	5	01. Dez	100,00
Total	445	100,00	

Kollidierende Anforderungen Arbeitszeit (pburden_10)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	31	6,97	6,97
wenig	125	28,09	35,06
viel	228	51,24	86,29
sehr viel	57	12,81	99,1

non-response	4	0,9	100
Total	445	100	

Patientenbegleitung in kritischer Phase (pburden_11)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	40	8,99	8,99
wenig	248	55,73	64,72
viel	134	30,11	94,83
sehr viel	16	3,6	98,43
non-response	7	1,57	100
Total	445	100	

Regress (pburden_12)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	119	26,74	26,74
wenig	199	44,72	71,46
viel	91	20,45	91,91
sehr viel	32	7,19	99,1
non-response	4	0,9	100
Total	445	100	

Vergütung (pburden_13)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	56	12,58	12,58
wenig	189	42,47	55,06
viel	150	33,71	88,76
sehr viel	45	10,11	98,88
non-response	5	1,12	100
Total	445	100	

Vergütung (pburden_13)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	56	12,58	12,58
wenig	189	42,47	55,06
viel	150	33,71	88,76
sehr viel	45	10,11	98,88
non-response	5	1,12	100,00
Total	445	100,00	

Modul Quantifizierung palliativmedizinischer Leistungen

Bürokratischer Aufwand (pburden_14)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	21	4,72	4,72
wenig	152	34,16	38,88
viel	203	45,62	84,49
sehr viel	64	14,38	98,88
non-response	5	1,12	100,00
Total	445	100,00	

8	Bitte ergänzen Sie.	
	Wie viele SAPV-Verordnungen stellen Sie <u>pro Jahr</u> aus (inklusive Folgeverordnungen)? (geschätzt)	_____
	Wie viele Einweisungen auf die Palliativstation stellen Sie <u>pro Jahr</u> aus? (geschätzt)	_____
	Wie viele Hospiznotwendigkeitsbescheinigungen stellen Sie <u>pro Jahr</u> aus? (geschätzt)	_____

8	Bitte ergänzen Sie.	
----------	----------------------------	--

Wie viele SAPV-Verordnungen stellen Sie pro Jahr aus (inklusive Folgeverordnungen)? (geschätzt) (sapvvo)	kontinuierlich
Wie viele Einweisungen auf die Palliativstation stellen Sie pro Jahr aus? (geschätzt) (statein)	kontinuierlich
Wie viele Hospiznotwendigkeitsbescheinigungen stellen Sie pro Jahr aus? (geschätzt) (hospiz)	kontinuierlich

Modul Palliativmedizinische Abrechnung

9	Im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit rechne ich palliativmedizinische Leistungen über... (Mehrfachnennung möglich)
<input type="checkbox"/> ...AAPV ab. <input type="checkbox"/> ...den EBM (z. B. 37.3) ab. <input type="checkbox"/> keines von beiden ab.	

Im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit rechne ich palliativmedizinische Leistungen über... (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ...AAPV ab. <input type="checkbox"/> ...den EBM (z. B. 37.3) ab. <input type="checkbox"/> keines von beiden ab.	
(palabr)	

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	...AAPV ab.	1	
	...den EBM (z. B. 37.3) ab.	2	

	keines von beiden ab.	.a	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Modul Einstellung zur Abrechnung

10	Sollte die AAPV parallel zur SAPV abgerechnet werden können?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------	---	---

Sollte die AAPV parallel zur SAPV abgerechnet werden können? (palabr_2)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--	---

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	ja	1	
	nein	2	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul Einstellung zur Abrechnung

Häufigkeitstabellen

Parallele Abrechnung AAPV und SAPV (palabr_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	330	74,16	74,16
ja	55	12,36	86,52
Total	60	13,48	100,00

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Modul Bewertung SAPV als Versorgungsform

11	Wie bewerten Sie die SAPV als Versorgungsform?	schlecht <input type="checkbox"/>	eher schlecht <input type="checkbox"/>	eher gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>
-----------	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------

Wie bewerten Sie die SAPV als Versorgungsform? (sapvbew)	schlecht <input type="checkbox"/>	eher schlecht <input type="checkbox"/>	eher gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	schlecht	1	
	eher schlecht	2	
	eher gut	3	
	gut	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul SAPV als Versorgungsform

Häufigkeitstabellen

Bewertung SAPV als Versorgungsform			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
schlecht	2	0.45	0.45
eher schlecht	26	5.84	6.29
eher gut	184	41.35	47.64
gut	212	47.64	95.28
non-response	21	4.72	100.00
Total	445	100.00	

Modul Einschätzung palliativer Bedarfe

12	Einschätzung palliativer Bedarfe	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
	Codierung	1	2	3	4
	Ich weiß, wann ein Patient von der SAPV profitiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die SAPV ist nur in besonders komplexen Fällen notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fällt mir leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschätzung palliativer Bedarfe	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich weiß, wann ein Patient von der SAPV profitiert. (sapvass_1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die SAPV ist nur in besonders komplexen Fällen notwendig. (sapvass_2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fällt mir leicht. (sapvass_3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul Einschätzung palliativer Bedarfe

Häufigkeitstabellen

Weiß, wann Pat von SAPV Profitiert (sapvass_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Pro- zente
stimme überhaupt nicht zu	2	0,45	0,45
stimme eher nicht zu	14	3,15	3,60
stimme eher zu	243	54,61	58,20
stimme voll und ganz zu	171	38,43	96,63
.b	15	3,37	100,00
Total	445	100,00	

SAPV nur in besonders komplexen Fällen notwendig (sapvass_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	25	5,62	5,62
stimme eher nicht zu	152	34,16	39,78
stimme eher zu	166	37,30	77,08
stimme voll und ganz zu	87	19,55	96,63
.b	15	3,37	100,00
Total	445	100,00	

Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fällt mir leicht (sapvass_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	41	9,21	9,21
stimme eher nicht zu	189	42,47	51,69
stimme eher zu	156	35,06	86,74
stimme voll und ganz zu	43	9,66	96,40
.b	16	3,60	100,00
Total	445	100,00	

Modul Verordnung von SAPV

13	<p>Haben Sie in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit schon einmal SAPV verordnet?</p> <p>Wenn Sie diese Frage mit „nein“ beantworten, dann fahren Sie bitte mit Frage 19 fort.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------	---	--

<p>Haben Sie in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit schon einmal SAPV verordnet? Wenn Sie diese Frage mit „nein“ beantworten, dann fahren Sie bitte mit Frage 19 fort. (sapv)</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	ja	1	
	nein	2	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken zum Modul Verordnung von SAPV

Häufigkeitstabellen

Verordnung von SAPV			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
nein	54	12,13	12,13
ja	385	86,52	98,65
.b	6	1,35	100,00
Total	445	100,00	

Überweisungspräferenz			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
SAPV-Vollversorgung	258	57,98	57,98
SAPV-Teilversorgung	116	26,07	84,04
.b	71	15,96	100,00
Total	445	100,00	

Modul Überweisungspräferenz

14	Ich überweise einen Palliativpatienten, der meiner Meinung nach SAPV benötigt, am ehesten in die ...	<input type="checkbox"/> SAPV-Vollversorgung. <input type="checkbox"/> SAPV-Teilversorgung.
-----------	---	--

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	SAPV-Vollversorgung	1	
	SAPV-Teilversorgung	2	
Fehlend	Ausschluss Filter	.a	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!
	Fehlende Angabe	.b	

Modul Kriterien für SAPV-Überweisung

15	Welche Kriterien führen besonders häufig zu einer Überweisung in die SAPV? Bringen Sie die Kriterien in eine Reihenfolge von 1 bis 11. (1 = am häufigsten; 11 = am seltensten)	
Ausgeprägte Schmerzsymptomatik		_____
Ausgeprägte neurologische/psychiatrische Symptomatik		_____
Ausgeprägte respiratorische Symptomatik		_____
Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik		_____
Ausgeprägte urogenitale Symptomatik		_____
Ausgeprägte exulzerierende Wunden oder Tumore		_____
Hoher psychosozialer Versorgungsbedarf		_____
Hoher spiritueller/seelsorgerischer Versorgungsbedarf		_____
Patienten- oder Angehörigenwunsch		_____
Pflegerische Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst nicht ausreichend		_____
Andere Kriterien und zwar: _____		_____

Modul Zufriedenheit mit der SAPV

16	Wenn Sie nun an alles denken, was Ihnen als Zuweiser in die SAPV wichtig ist, wie zufrieden sind Sie insgesamt ...	un-zufrieden	eher un-zufrieden	eher zu-frieden	sehr zu-frieden	kann ich nicht be-urteilen
Codierung		1	2	3	4	.a
... mit der ärztlichen Behandlung der Patienten durch die Palliativmediziner?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrem Einbezug in die Behandlung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Ablauf des Eintritts des Patienten in die SAPV?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Informationsbereitschaft des SAPV-Teams Ihnen gegenüber?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Pflegequalität des SAPV-Teams?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Erreichbarkeit des SAPV-Teams?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie nun an alles denken, was Ihnen als Zuweiser in die SAPV wichtig ist, wie zufrieden sind Sie insgesamt ...	un-zufrieden	eher un-zufrieden	eher zu-frieden	sehr zu-frieden	kann ich nicht beur-teilen
Codierung	1	2	3	4	.a
Zufriedenheit ärztliche Behandlung (sapvsat_1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit Einbezug (sapvsat_2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit Ablauf Eintritt SAPV (sapvsat_3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit Informationsbereitschaft (sapvsat_4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit Pflegequalität (sapvsat_5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit Erreichbarkeit" (sapvsat_6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	unzufrieden	1	
	eher unzufrieden	2	
	eher zufrieden	3	
	zufrieden	4	
Fehlend	Kann ich nicht beurteilen	.a	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!
	Fehlende Angabe	.b	

Statistiken Modul Zufriedenheit mit der SAPV

Häufigkeitstabellen

Zufriedenheit ärztliche Behandlung (sapvsat_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
unzufrieden	5	1,12	1,12
eher unzufrieden	7	1,57	2,7
eher zufrieden	118	26,52	29,21
zufrieden	259	58,2	87,42
keine Angabe	1	0,22	87,64
non-response	55	12,36	100
Total	445	100	

Zufriedenheit Einbezug (sapvsat_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
unzufrieden	37	8,31	8,31
eher unzufrieden	91	20,45	28,76
eher zufrieden	138	31,01	59,78
zufrieden	117	26,29	86,07
keine Angabe	5	1,12	87,19
non-response	57	12,81	100
Total	445	100	

Zufriedenheit Ablauf Eintritt SAPV (sapvsat_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
unzufrieden	20	4,49	4,49
eher unzufrieden	36	8,09	12,58
eher zufrieden	143	32,13	44,72
zufrieden	186	41,8	86,52
keine Angabe	3	0,67	87,19
non-response	57	12,81	100
Total	445	100	

Zufriedenheit Informationsbereitschaft (sapvsat_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
unzufrieden	31	6,97	6,97
eher unzufrieden	67	15,06	22,02
eher zufrieden	110	24,72	46,74
zufrieden	179	40,22	86,97
keine Angabe	2	0,45	87,42
non-response	56	12,58	100
Total	445	100	

Zufriedenheit Pflegequalität (sapvsat_5)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
unzufrieden	1	0,22	0,22
eher unzufrieden	13	2,92	3,15
eher zufrieden	95	21,35	24,49
zufrieden	265	59,55	84,04
keine Angabe	16	3,6	87,64
non-response	55	12,36	100
Total	445	100	

Zufriedenheit Erreichbarkeit (sapvsat_6)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
unzufrieden	5	1,12	1,12
eher unzufrieden	26	5,84	6,97
eher zufrieden	106	23,82	30,79
zufrieden	244	54,83	85,62
keine Angabe	6	1,35	86,97
non-response	58	13,03	100
Total	445	100	

Modul Zufriedenheit mit den Palliativmedizinerinnen des SAPV-Teams

17	Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten des SAPV-Teams, mit dem Sie am häufigsten zusammenarbeiten?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	kann ich nicht beurteilen
Codierung		1	2	3	4	.a
Die Behandlung entspricht häufig meinen Vorstellungen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte verhalten sich mit gegenüber arrogant.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte sind kompetent.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17	Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten des SAPV-Teams, mit dem Sie am häufigsten zusammenarbeiten?	stimme <u>über-</u> <u>haupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll</u> <u>und</u> <u>ganz</u> zu	kann ich nicht beur- teilen
Codierung		1	2	3	4	.a
Die Behandlung entspricht eigenen Vorstellungen (sapvarzt_1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte verhalten sich arrogant (sapvarzt_2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte sind kompetent (sapvarzt_3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken Modul Meinung zu den Ärzten des SAPV-Teams

Häufigkeitstabellen

Behandlung entspricht eigenen Vorstellungen (sapvarzt_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	1	0,22	0,22
stimme eher nicht zu	19	4,27	4,49
stimme eher zu	141	31,69	36,18
stimme voll und ganz zu	216	48,54	84,72
kann ich nicht beurteilen	12	2,70	87,42
.b	56	12,58	100,00
Total	445	100,00	

Ärzte verhalten sich arrogant (sapvarzt_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	212	47,64	47,64
stimme eher nicht zu	122	27,42	75,06
stimme eher zu	26	5,84	80,90
stimme voll und ganz zu	17	3,82	84,72
kann ich nicht beurteilen	10	2,25	86,97
.b	58	13,03	100,00
Total	445	100,00	

Die Ärzte sind kompetent (sapvarzt_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	2	0,45	0,45
stimme eher nicht zu	3	0,67	1,12
stimme eher zu	105	23,60	24,72
stimme voll und ganz zu	263	59,10	83,82
kann ich nicht beurteilen	16	3,60	87,42
.b	56	12,58	100,00
Total	445	100,00	

Modul Einbezug in die Behandlung bei SAPV

18	Bitte kreuzen Sie an.	nie	manchmal	oft	immer
	Codierung	1	2	3	4
	Bleiben Sie als Hausarzt bei Involvierung der SAPV regelhaft in die Behandlung des Patienten eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wie häufig kommt es vor, dass der MDK eine Ihrer SAPV-Verordnungen ablehnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bitte kreuzen Sie an.	nie	manchmal	oft	immer
	Codierung	1	2	3	4
	Bleiben Sie als Hausarzt bei Involvierung der SAPV regelhaft in die Behandlung des Patienten eingebunden? (sapvinv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wie häufig kommt es vor, dass der MDK eine Ihrer SAPV-Verordnungen ablehnt? (sapvmdk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	Nie	1	
	manchmal	2	
	oft	3	
	immer	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken Modul Einbezug in die Behandlung bei SAPV

Häufigkeitstabellen

Regelhafte Einbindung nach Überweisung (sapvinv)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Pro- zente
1	47	10,56	10,56
2	162	36,40	46,97
3	113	25,39	72,36
4	68	15,28	87,64
.b	55	12,36	100,00
Total	445	100,00	

Ablehnung durch MDK (sapvmdk)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	322	72,36	72,36
2	56	12,58	84,94
3	1	0,22	85,17
4	1	0,22	85,39
.b	65	14,61	100,00
Total	445	100,00	

Modul Präferenz zum Einbezug in die Behandlung bei SAPV

19	Falls ich einen Patienten in die SAPV überweise, <u>möchte</u> ich...	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
	Codierung	1	2	3	4
	... in die Versorgung einbezogen werden (abgestimmte Behandlung, z. B. Beratung, Fallbesprechung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... über die Versorgung informiert werden (ausschließlich Information durch SAPV-Ärzte; ohne Absprache).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... an der Behandlung beteiligt sein (selbst aktiv Leistungen am Patienten erbringen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19	Falls ich einen Patienten in die SAPV überweise, <u>möchte</u> ich...	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
	Codierung	1	2	3	4
	Einbezug in Versorgung (sapvinv_1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information über Versorgung (sapinv_2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beteiligung an Versorgung (sapvinv_3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Filter	.a	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!
	Fehlende Angabe	.b	

Statistiken Modul Präferenz zum Einbezug in die Behandlung bei SAPV

Häufigkeitstabellen

Einbezug Versorgung (sapvinv_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	9	2,02	2,02
stimme eher nicht zu	59	13,26	15,28
Stimme eher zu	194	43,60	58,88
stimme voll und ganz zu	173	38,88	97,75
.b	10	2,25	100,00
Information über Versorgung (sapvinv_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	8	1,80	1,80
stimme eher nicht zu	31	6,97	8,76
stimme eher zu	192	43,15	51,91
stimme voll und ganz zu	206	46,29	98,20
.b	8	1,80	100,00
Total	445	100,00	

Beteiligung an Versorgung (sapvinv_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	29	6,52	6,52
stimme eher nicht zu	145	32,58	39,10
Stimme eher zu	172	38,65	77,75
stimme voll und ganz zu	88	19,78	97,53
.b	11	2,47	100,00
Total	445	100,00	

Modul Einleitung der SAPV durch andere Leistungserbringer

20	Von wie vielen Ihrer Patienten <u>pro Jahr</u> wissen Sie, dass eine SAPV-Verordnung durch andere Leistungserbringer (Krankenhäuser/Fachärzte) eingeleitet wurde? (geschätzt)	_____ Patienten
-----------	---	-----------------

Von wie vielen Ihrer Patienten <u>pro Jahr</u> wissen Sie, dass eine SAPV-Verordnung durch andere Leistungserbringer (Krankenhäuser/Fachärzte) eingeleitet wurde? (geschätzt) (sapvale)	_____ Patienten
---	-----------------

Modul Gründe für Nicht-Verordnung

21	Wenn Sie an die Gründe denken, warum Sie SAPV <u>nicht</u> verordnen, obwohl die Patienten die Anspruchsvoraussetzungen für eine SAPV-Zuweisung erfüllen würden, welche Gründe sind für Sie wesentlich? (Mehrfachnennung möglich)	
	Finanzielle Aspekte	<input type="checkbox"/>
	Ich möchte meine Patienten nicht abgeben.	<input type="checkbox"/>
	Meine palliativmedizinische Fachkompetenz ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>
	Die Patienten erhalten ausreichende Unterstützung durch ihr soziales Umfeld.	<input type="checkbox"/>
	Die Patienten wünschen keine SAPV.	<input type="checkbox"/>
	Ich habe keine guten Erfahrungen mit dem SAPV-Team gemacht.	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie an die Gründe denken, warum Sie SAPV <u>nicht</u> verordnen, obwohl die Patienten die Anspruchsvoraussetzungen für eine SAPV-Zuweisung erfüllen würden, welche Gründe sind für Sie wesentlich? (Mehrfachnennung möglich) (sapvnot)		
	Finanzielle Aspekte	<input type="checkbox"/>
	Ich möchte meine Patienten nicht abgeben.	<input type="checkbox"/>
	Meine palliativmedizinische Fachkompetenz ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>
	Die Patienten erhalten ausreichende Unterstützung durch ihr soziales Umfeld.	<input type="checkbox"/>
	Die Patienten wünschen keine SAPV.	<input type="checkbox"/>
	Ich habe keine guten Erfahrungen mit dem SAPV-Team gemacht.	<input type="checkbox"/>

Zu ihrer hausärztlichen Tätigkeit

Tätigkeit im ambulanten Sektor

22	Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt im ambulanten Sektor tätig? (inkl. ärztlicher Weiterbildungszeit) (berufse)	_____ Jahre
-----------	---	--------------------

Hausärztliches Selbstverständnis

23	Geben Sie an, ob Sie folgenden Aussagen zustimmen.	<u>stimme überhaupt nicht zu</u>	<u>stimme eher nicht zu</u>	<u>stimme eher zu</u>	<u>stimme voll und ganz zu</u>
	Codierung	1	2	3	4
	Der Hausarzt sollte in allen medizinischen Belangen der erste Ansprechpartner für den Patienten sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Der Hausarzt kann, aufgrund seiner kontinuierlichen Betreuung des Patienten, besonders adäquate Maßnahmen einleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hat der Hausarzt nicht die benötigte Expertise für das vorliegende medizinische Problem, sollte er den Patienten an einen Spezialisten überweisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ein zentrales Merkmal der hausärztlichen Tätigkeit ist die Behandlung von Patienten bis zum Tod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hausärzte können in ihrer praktischen Tätigkeit Patienten angemessen palliativ versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie an, ob Sie folgenden Aussagen zu- stimmen.	stimme <u>überhaupt</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>e-</u> <u>her nicht</u> zu	stimme <u>e-</u> <u>her</u> zu	stimme <u>voll und</u> <u>ganz</u> zu
Codierung	1	2	3	4
Erster Ansprechpartner (rolle_1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinuierliche Betreuung (rolle_2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung bei spezifischen Problemen (rolle_3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung bis Tod zentral (rolle_4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angemessene Palliativversorgung als Hausarzt möglich (rolle_5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken Modul Präferenz zum Einbezug in die Behandlung bei SAPV

Häufigkeitstabellen

Erster Ansprechpartner (rolle_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	2	0,45	0,45
stimme eher nicht zu	19	4,27	4,72
Stimme eher zu	176	39,55	44,27
stimme voll und ganz zu	246	55,28	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Kontinuierliche Betreuung (rolle_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	1	0,22	0,22
stimme eher nicht zu	8	1,80	2,02
Stimme eher zu	215	48,31	50,34
stimme voll und ganz zu	217	48,76	99,10
.b	4	0,90	100,00
Total	445	100,00	

Überweisung bei spezifischen Problemen (rolle_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	2	0,45	0,45
stimme eher nicht zu	2	0,45	0,90
stimme eher zu	65	14,61	15,51
stimme voll und ganz zu	373	83,82	99,33
.b	3	0,67	100,00
Total	445	100,00	

Behandlung bis Tod zentral (rolle_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	5	1,12	1,12
stimme eher nicht zu	24	5,39	6,52
stimme eher zu	164	36,85	43,37
stimme voll und ganz zu	250	56,18	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

angemessene Palliativversorgung als Hausarzt möglich (rolle_5)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	15	3,37	3,37
stimme eher nicht zu	139	31,24	34,61
stimme eher zu	218	48,99	83,60
stimme voll und ganz zu	67	15,06	98,65
.b	6	1,35	100,00
Total	445	100,00	

Einbezug in die Behandlung bei Facharztüberweisung

24	Ist eine Überweisung zu einem anderen Facharzt erfolgt,...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
		1	2	3	4
	Codierung	1	2	3	4
	... sollte der andere Facharzt den Hausarzt über die Behandlung informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sollte der andere Facharzt mit dem Hausarzt die Therapie absprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sollte der andere Facharzt den Hausarzt die weitere Behandlung wesentlich beeinflussen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24	Ist eine Überweisung zu einem anderen Facharzt erfolgt,...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
	informiert bleiben (infref_1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie absprechen. (infref_2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung beeinflussen (infref_3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Antwortmöglichkeit	Codierung	Anmerkung
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	1	
	stimme eher nicht zu	2	
	stimme eher zu	3	
	stimme voll und ganz zu	4	
Fehlend	Fehlende Angabe	.b	Im Datensatz als fehlenden Wert definieren!

Statistiken Modul Einbezug in die Behandlung bei Facharztüberweisung

Häufigkeitstabellen

informiert bleiben (infref_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	1	0,22	0,22
stimme eher zu	58	13,03	13,26
stimme voll und ganz zu	384	86,29	99,55
.b	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

Therapie absprechen (infref_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	3	0,67	0,67
stimme eher nicht zu	95	21,35	22,02
Stimme eher zu	206	46,29	68,31

stimme voll und ganz zu	136	30,56	98,88
.b	5	1,12	100,00
Total	445	100,00	

Behandlung beeinflussen (infref_3)

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
stimme überhaupt nicht zu	14	3,15	3,15
stimme eher nicht zu	220	49,44	52,58
Stimme eher zu	155	34,83	87,42
stimme voll und ganz zu	48	10,79	98,20
.b	8	1,80	100,00
Total	445	100,00	

Arbeitszufriedenheit

25	Bewerten Sie bitte, in welchem Maße die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit zu Ihrer gesamten Zufriedenheit in den vergangenen Monaten beigetragen haben.	überhaupt nicht	wenig	viel	sehr viel
		1	2	3	4
	Codierung	1	2	3	4
	Ein gutes Verhältnis zu Patienten und Angehörigen zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu einer verbesserten Lebensqualität der Patienten beizutragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Einschätzung, aus Patienten- und Angehörigensicht, gute Arbeit zu leisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tod und Sterben für die Patienten erträglich zu gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patienten eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patienten in einer schwierigen, kritischen Phase zu unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25	Bewerten Sie bitte, in welchem Maße die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit zu Ihrer gesamten Zufriedenheit in den vergangenen Monaten beigetragen haben.	überhaupt nicht	wenig	viel	sehr viel
Codierung	1	2	3	4	
gutes Verhältnis (sat_1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
verbesserte Lebensqualität (sat_2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gute Arbeit (sat_3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tod und Sterben erträglich zu gestalten (sat_4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kontinuierliche Versorgung (sat_5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in kritischer Phase unterstützen (sat_6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Statistiken Modul Arbeitszufriedenheit

Häufigkeitstabellen

gutes Verhältnis (sat_1)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
wenig	4	0,90	0,90
viel	121	27,19	28,09
sehr viel	317	71,24	99,33
non-response	3	0,67	100,00
Total	445	100,00	

Verbesserte Lebensqualität (sat_2)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
wenig	4	0,90	0,90
viel	146	32,81	33,71
sehr viel	292	65,62	99,33
non-response	3	0,67	100,00
Total	445	100,00	

gute Arbeit (sat_3)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	1	0,22	0,22
wenig	23	5,17	5,39
viel	178	40,00	45,39
sehr viel	236	53,03	98,43
non-response	7	1,57	100,00
Total	445	100,00	

Tod und Sterben erträglich gestalten (sat_4)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	2	0,45	0,45
wenig	21	4,72	5,17
viel	156	35,06	40,22
sehr viel	263	59,10	99,33
non-response	3	0,67	100,00
Total	445	100,00	

kontinuierliche Versorgung (sat_5)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
überhaupt nicht	2	0,45	0,45
wenig	25	5,62	6,07
viel	187	42,02	48,09
sehr viel	229	51,46	99,55
non-response	2	0,45	100,00
Total	445	100,00	

In kritischer Phase unterstützen (sat_6)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
wenig	6	1,35	1,35
viel	167	37,53	38,88
sehr viel	269	60,45	99,33
non-response	3	0,67	100,00
Total	445	100,00	

Zu Ihrer Person

26	Wie alt sind Sie? (alter)	_____Jahre	Welchem Geschlecht gehören Sie an? (sex)	59. <input type="checkbox"/> männlich 60. <input type="checkbox"/> weiblich 61. <input type="checkbox"/> Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter kontinuierlich zuordnen.
Sind Sie in einer Einzelpraxis oder einer Kooperationsform tätig?			<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> MVZ	
Sind Sie im Angestelltenverhältnis tätig?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wo befindet sich die Praxis, in der Sie tätig sind?			<input type="checkbox"/> Stadt Aachen <input type="checkbox"/> Kreis Aachen <input type="checkbox"/> Stadt Bonn <input type="checkbox"/> Rhein-Erft-Kreis <input type="checkbox"/> Stadt Köln <input type="checkbox"/> Rhein-Sieg-Kreis	
In welcher Region befindet sich die Praxis, in der Sie tätig sind?			<input type="checkbox"/> Landgemeinde (≤ 5.000 Einwohner) <input type="checkbox"/> Kleinstadt ($> 5.000 - 20.000$ Einwohner) <input type="checkbox"/> Mittelstadt ($> 20.000 - 100.000$ Einwohner) <input type="checkbox"/> Großstadt (> 100.000 Einwohner)	
Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt <u>pro Woche</u>? (geschätzt)			_____	
Wie viele Patienten behandeln Sie insgesamt durchschnittlich <u>pro Quartal</u>? (geschätzt)			_____	
Wie viele Hausbesuche führen Sie <u>pro Woche</u> durch? (geschätzt)			_____	
Wie viele palliative Patienten behandeln Sie <u>pro Jahr</u>? (geschätzt)			_____	
Wie viele Hausbesuche bei palliativen Patienten führen Sie <u>in einem Quartal</u> durch? (geschätzt)			_____	

27	Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihre Arbeit zu?	trifft <u>nicht</u> zu	trifft <u>wenig</u> zu	trifft <u>ziemlich</u> zu	trifft zu
	Das von mir verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oft sind die zu lösenden Aufgaben sehr schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es ist häufig sehr viel, was von mir an Arbeit geschafft werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der Regel ist die Zeit zu kurz, so dass ich bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meine Arbeit erfordert große körperliche Anstrengungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bei dieser Arbeit muss man zu viele Dinge auf einmal erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28	Zufriedenheit mit der Berufswahl	stimme <u>überhaupt</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> nicht zu	stimme <u>eher</u> zu	stimme <u>voll und ganz</u> zu
	Ich würde mich rückblickend wieder für das Medizinstudium entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich würde mich rückblickend wieder für den Beruf des Hausarztes entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deskriptive Auswertungen zur Onkologen-Befragung

Palliativmedizin in hausärztlicher Tätigkeit

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie den folgenden Aussagen zustimmen.		
	Anzahl	%
Die Versorgung von palliativen Patienten gehört zur onkologischen Tätigkeit dazu.		
stimme eher zu	1	7
stimme voll und ganz zu	13	93
Die onkologische palliativmedizinische Versorgung wird zu schlecht vergütet.		
stimme eher nicht zu	3	21
stimme eher zu	7	50
stimme voll und ganz zu	4	29
Die onkologische Palliativversorgung ist im Arbeitsalltag zeitlich zu aufwändig.		
stimme überhaupt nicht zu	1	7
stimme eher nicht zu	4	29
stimme eher zu	6	43
stimme voll und ganz zu	3	21
Gesamt	14	100

Berührungen mit Palliativmedizin

In welcher Form hatten Sie (in Ihrer ärztlichen Tätigkeit) bisher Berührungen mit der Palliativmedizin?	Anzahl	%
Ärztliche Tätigkeit in Einrichtung der Palliativversorgung	5	36
40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin	9	64
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)	9	64
Zulassung als „BQKPmV-Arzt“	2	14
Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams	1	7
Aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung	4	29
Ausschließlich im Rahmen meiner onkologischen Tätigkeit	5	36
keine		
Gesamt	14	100

Informationsbedarf und –Nutzung Palliativmedizin

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie den folgenden Aussagen zustimmen.		
	Anzahl	%
Ich halte die angebotenen palliativmedizinischen Fortbildungen insgesamt für sinnvoll.		
stimme eher nicht zu	1	7
stimme eher zu	5	36
stimme voll und ganz zu	8	57
Die nationalen Leitlinien und Richtlinien zur Palliativversorgung beziehe ich in die Behandlung mit ein.		
stimme eher zu	8	57
stimme voll und ganz zu	6	43
Die onkologische Palliativversorgung wird in den nationalen Leitlinien und Richtlinien ausreichend berücksichtigt.		
stimme eher nicht zu	2	14
stimme eher zu	10	71
stimme voll und ganz zu	2	14
Ich habe ausreichend Wissen über die palliativmedizinische Versorgung.		
stimme eher nicht zu	2	14
stimme eher zu	6	43
stimme voll und ganz zu	6	43
Gesamt	14	100

Zufriedenheit mit palliativen Strukturen

Zufriedenheit mit den Sie umgebenden palliativen Strukturen		
	Anzahl	%
Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Zusammenarbeit mit SAPV-Teams wesentlich ist (z. B. organisatorische Abläufe, Behandlungsqualität, Kooperationsbereitschaft etc.), wie zufrieden sind Sie dann mit den von Ihnen beurteilten SAPV-Teams?		
eher zufrieden	3	21
zufrieden	10	71
keine Angabe	1	7
Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Zusammenarbeit mit bzw. Arbeit in der AAPV wesentlich ist (z. B. organisatorische Abläufe, Behandlungsqualität, Kooperationsbereitschaft etc.), wie zufrieden sind Sie dann mit der von Ihnen beurteilten AAPV?		
eher unzufrieden	3	21
eher zufrieden	5	36
zufrieden	5	36
keine Angabe	1	7
Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Zusammenarbeit mit der stationären Palliativversorgung wesentlich ist (z. B. organisatorische Abläufe, Behandlungsqualität, Kooperationsbereitschaft), wie zufrieden sind Sie dann mit den von Ihnen beurteilten stationären Palliativstrukturen?		
eher unzufrieden	2	14
eher zufrieden	1	7
zufrieden	10	71
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Bewertung der palliativmedizinischen Infrastruktur

Palliativmedizinische Infrastruktur: Wie schätzen Sie die Versorgungsqualität der unten aufgeführten Akteure ein? (Wenn im Umfeld Ihrer Praxis vorhanden und mindestens einmal genutzt)		
	Anzahl	%
Ambulante/r Pflegedienst/e		
eher schlecht	2	14
eher gut	6	43
gut	5	36
nicht vorhanden/nicht genutzt	1	7
Ambulanter Palliativ(pflege)dienst		
eher gut	4	29
gut	9	64
Keine Angabe	1	7

Palliativmedizinische Infrastruktur: Wie schätzen Sie die Versorgungsqualität der unten aufgeführten Akteure ein? (Wenn im Umfeld Ihrer Praxis vorhanden und mindestens einmal genutzt)		
	Anzahl	%
Ambulanter PKD (Palliativer Konsiliardienst)		
eher schlecht	1	7
eher gut	2	14
gut	3	21
nicht vorhanden/nicht genutzt	6	43
Keine Angabe	2	14
Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt		
eher gut	2	14
gut	10	71
nicht vorhanden/nicht genutzt	1	7
Keine Angabe	1	7
(Anderer) Vertragsarzt der BQKPMV		
eher gut	3	21
gut	2	14
nicht vorhanden/nicht genutzt	7	50
Keine Angabe	2	14
SAPV-Team		
eher gut	2	14
gut	11	79
Keine Angabe	1	7
Palliativstation		
eher schlecht	1	7
eher gut	2	14
gut	9	64
nicht vorhanden/nicht genutzt	2	14
Stationäres Hospiz		
eher gut	1	7
gut	11	79
nicht vorhanden/nicht genutzt	2	14
HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha-, und Arzneimittel)		
schlecht	1	7
eher gut	6	43
gut	6	43
nicht vorhanden/nicht genutzt	1	7
Versorgungsqualität insgesamt		
eher schlecht	1	7
eher gut	2	14
gut	11	79
Gesamt	14	100

Besonderer palliativmedizinischer Aufwand

Kreuzen Sie die <u>drei</u> Aspekte an, die für Hausärzte in der Palliativversorgung den meisten Aufwand bedeuten.		
Hausbesuche		
	Anzahl	%
nein	7	50
ja	7	50
Zeitliche Ressourcen (Flexibilität, Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten)		
nein	6	43
ja	8	57
Budgetierung/Vergütung		
nein	12	86
ja	2	14
Koordinationsaufwand mit weiteren Versorgern		
nein	7	50
ja	7	50
Beratungsaufwand		
nein	4	29
ja	10	71
Bürokratischer Aufwand		
nein	11	79
ja	3	21
Aneignung von palliativmedizinischem Fachwissen		
nein	13	93
ja	1	7
Persönlich-emotionale Belastung		
nein	11	79
ja	3	21
Gesamt	14	100

Belastung durch Palliativmedizin

Bewerten Sie bitte, in welchem Maße Sie die folgenden Aspekte in den vergangenen Monaten belastet haben.		
	Anzahl	%
Anteilnahme am körperlichen Leid der Patienten		
überhaupt nicht	2	14
wenig	5	36
viel	5	36
sehr viel	1	7
keine Angabe	1	7
Anteilnahme am emotionalen Leid der Patienten		
überhaupt nicht	1	7
wenig	6	43
viel	5	36
sehr viel	2	14
Umgang mit beunruhigten, aufgebrachtten oder schuldzuweisenden Patienten und/oder Angehörigen		
überhaupt nicht	1	7
wenig	8	57
viel	3	21
sehr viel	2	14
Umgang mit Patienten, deren Erwartungen an die Behandlung nicht erfüllbar sind		
überhaupt nicht	1	7
wenig	6	43
viel	5	36
sehr viel	2	14
Umgang mit Beschwerden vonseiten der Patienten oder Angehörigen über die von mir erbrachte Behandlung		
überhaupt nicht	2	14
wenig	12	86
Schlechte Nachrichten an Patienten und ihre Angehörigen überbringen zu müssen		
überhaupt nicht	2	14
wenig	4	29
viel	8	57
Nicht in der Lage zu sein, die Symptome der Patienten zu kontrollieren		
überhaupt nicht	3	21
wenig	9	64
viel	2	14
Umgang mit Patienten bei Verweigerung der Behandlung		
überhaupt nicht	4	29
wenig	9	64
viel	1	7

Bewerten Sie bitte, in welchem Maße Sie die folgenden Aspekte in den vergangenen Monaten belastet haben.		
	Anzahl	%
Ein insgesamt hohes Arbeitspensum		
wenig	2	14
viel	7	50
sehr viel	5	36
Kollidierende Anforderungen an meine Arbeitszeit (z. B. Patientenversorgung, Verwaltung, Forschung)		
überhaupt nicht	1	7
wenig	3	21
viel	7	50
sehr viel	3	21
Patienten in einer schwierigen, kritischen Phase zu begleiten		
überhaupt nicht	2	14
wenig	9	64
viel	3	21
Unsicherheit über die Vergütung (Regress)		
überhaupt nicht	6	43
wenig	7	50
sehr viel	1	7
Unangemessene Vergütung		
wenig	11	79
viel	1	7
sehr viel	1	7
keine Angabe	1	7
Bürokratischer Aufwand		
wenig	6	43
viel	6	43
sehr viel	2	14
Gesamt	14	100

Quantifizierung Palliativmedizinischer Leistungen

SAPV-Verordnungen pro Jahr	Gesamt (n=14)
Mittelwert (Standardabweichung)	40 (30)
Median (Q1, Q3)	30 (20, 50)
Minimum, Maximum	10, 100
Einweisungen Palliativstation pro Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	33 (33)
Median (Q1, Q3)	20 (10, 40)
Minimum, Maximum	4, 100
Hospiznotwendigkeitsbescheinigungen pro Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	14 (19)
Median (Q1, Q3)	10 (3, 20)
Minimum, Maximum	0, 70

Palliativmedizinische Abrechnung

Abrechnung AAPV		
	Anzahl	%
nein	7	50
ja	7	50
Abrechnung EBM		
nein	8	57
ja	6	43
Abrechnung keines von beiden		
nein	8	57
ja	6	43
Gesamt	14	100

Einstellung zur Abrechnung

Sollte die AAPV parallel zur SAPV abgerechnet werden können?		
	Anzahl	%
nein	9	64
ja	5	36
Gesamt	14	100

Bewertung SAPV als Versorgungsform

Bewertung SAPV als Versorgungsform		
	Anzahl	%
eher gut	3	21
gut	10	71
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Einschätzung palliativer Bedarfe

Ich weiß, wann ein Patient von der SAPV profitiert		
	Anzahl	%
stimme eher nicht zu	1	7
stimme eher zu	7	50
stimme voll und ganz zu	5	36
keine Angabe	1	7
Die SAPV ist nur in besonders komplexen Fällen notwendig		
stimme überhaupt nicht zu	2	14
stimme eher nicht zu	4	29
stimme eher zu	5	36
stimme voll und ganz zu	2	14
keine Angabe	1	7
Die Abgrenzung zwischen Regelversorgung, AAPV und SAPV fällt mir leicht.		
stimme überhaupt nicht zu	3	21
stimme eher nicht zu	4	29
stimme eher zu	4	29
stimme voll und ganz zu	3	21
Gesamt	14	100

Verordnung von SAPV

Haben Sie in Ihrer onkologischen Tätigkeit schon einmal SAPV verordnet?		
	Anzahl	%
ja	13	93
Keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Überweisungspräferenz

Ich überweise einen Palliativpatienten, der meiner Meinung nach SAPV benötigt, am ehesten in die...		
	Anzahl	%
SAPV-Vollversorgung	12	86
SAPV-Teilversorgung	2	14
Gesamt	14	100

Kriterien für SAPV-Überweisung

Häufigstes Kriterium für eine SAPV-Verordnung	Anzahl	%
Ausgeprägte Schmerzsymptomatik	5	36
Ausgeprägte neurologische/psychiatrische Symptomatik	5	36
Patienten- oder Angehörigenwunsch	1	7
Pflegerische Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst nicht ausreichend	1	7
Andere Kriterien	2	14
Gesamt	14	100

Zufriedenheit mit der SAPV

Wenn Sie nun an alles denken, was Ihnen als Zuweiser in die SAPV wichtig ist, wie zufrieden sind Sie insgesamt...		
	Anzahl	%
... mit der ärztlichen Behandlung der Patienten durch die Palliativmediziner?		
eher unzufrieden	1	7
eher zufrieden	2	14
zufrieden	11	79
... mit Ihrem Einbezug in die Behandlung?		
eher unzufrieden	1	7
eher zufrieden	5	36
zufrieden	8	57
... mit dem Ablauf des Eintritts des Patienten in die SAPV?		
unzufrieden	1	7
eher unzufrieden	2	14
eher zufrieden	5	36
zufrieden	6	43
... mit der Informationsbereitschaft des SAPV-Teams Ihnen gegenüber?		
unzufrieden	1	7
eher zufrieden	2	14
zufrieden	10	71
... mit der Pflegequalität des SAPV-Teams?		
eher zufrieden	2	14
zufrieden	12	86
... mit der Erreichbarkeit des SAPV-Teams?		
eher zufrieden	4	29
zufrieden	10	71
Gesamt	14	100

Zufriedenheit mit den Palliativmedizinerinnen des SAPV-Teams

Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten des SAPV-Teams, mit dem Sie am häufigsten zusammenarbeiten?		
	Anzahl	%
Die Behandlung entspricht häufig meinen Vorstellungen.		
stimme eher zu	8	57
stimme voll und ganz zu	6	43
Ärzte verhalten sich mir gegenüber arrogant		
stimme überhaupt nicht zu	12	86
stimme eher nicht zu	2	14
Die Ärzte sind kompetent		
stimme eher zu	4	29
stimme voll und ganz zu	10	71
Gesamt	14	100

Einbezug in die Behandlung bei SAPV

BLEIBEN SIE ALS ONKOLOGE BEI INVOLVIERUNG DER SAPV REGELHAFT IN DIE BEHANDLUNG DES PATIENTEN EINGEBUNDEN?		
	Anzahl	%
manchmal	2	14
oft	11	79
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

WIE HÄUFIG KOMMT ES VOR, DASS DER MDK EINE IHRER SAPV-VERORDNUNGEN ABLEHNT?		
	Anzahl	%
nie	13	93
manchmal	1	7
Gesamt	14	100

Präferenz zum Einbezug in die SAPV-Behandlung

FALLS ICH EINEN PATIENTEN IN DIE SAPV ÜBERWEISE, MÖCHTE ICH...		
	Anzahl	%
... IN DIE VERSORGUNG EINBEZOGEN WERDEN (ABGESTIMMTE BEHANDLUNG, Z. B. BERATUNG, FALLBESPRECHUNG).		
stimme eher nicht zu	1	7
stimme eher zu	10	71
stimme voll und ganz zu	3	21
... ÜBER DIE VERSORGUNG INFORMIERT WERDEN (AUSSCHLIEßLICH INFORMATION DURCH SAPV-ÄRZTE; OHNE ABSPRACHE).		
stimme eher nicht zu	3	21
stimme eher zu	7	50
stimme voll und ganz zu	4	29
... AN DER BEHANDLUNG BETEILIGT SEIN (SELBST AKTIV LEISTUNGEN AM PATIENTEN ERBRINGEN).		
stimme überhaupt nicht zu	1	7
stimme eher nicht zu	8	57
stimme eher zu	4	29
stimme voll und ganz zu	1	7
Gesamt	14	100

Einleitung der SAPV durch andere Leistungserbringer

Einleitung SAPV durch andere Leistungserbringer	
Mittelwert (Standardabweichung)	23 (27)
Median (Q1, Q3)	13 (9, 25)
Minimum, Maximum	3, 100

Gründe für Nicht-Verordnung

Finanzielle Aspekte		
	Anzahl	%
nein	12	86
ja	1	7
keine Angabe	1	7
Ich möchte meine Patienten nicht abgeben		
nein	13	93
keine Angabe	1	7
Meine palliativmedizinische Fachkompetenz ist ausreichend		
nein	10	71
ja	3	21
keine Angabe	1	7
Patienten erhalten ausreichend soziale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld		
nein	7	50
ja	6	43
keine Angabe	1	7
Patient wünscht keine SAPV		
nein	1	7
ja	12	86
keine Angabe	1	7
Ich habe keine guten Erfahrungen mit den SAPV-Team gemacht		
nein	13	93
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Einbezug in die Behandlung bei Facharztüberweisung

Überweisung bei spezifischen Problemen		
	Anzahl	%
stimme eher zu	3	21
stimme voll und ganz zu	11	79
Behandlung bis Tod zentral		
stimme eher nicht zu	4	29
stimme eher zu	4	29
stimme voll und ganz zu	6	43
angemessene Palliativversorgung als Onkologe möglich		
stimme überhaupt nicht zu	1	7
stimme eher nicht zu	5	36
stimme eher zu	5	36
stimme voll und ganz zu	3	21
Gesamt	14	100

Einstellungen zur Behandlung nach Überweisung zu anderem Facharzt

Ist eine Überweisung zu einem anderen Facharzt, erfolgt...		
	Anzahl	%
... sollte der andere Facharzt den Hausarzt über die Behandlung informieren.		
stimme eher zu	4	29
stimme voll und ganz zu	10	71
... sollte der andere Facharzt mit dem Hausarzt die Therapie absprechen.		
stimme eher nicht zu	3	21
stimme eher zu	7	50
stimme voll und ganz zu	4	29
... sollte der andere Facharzt den Hausarzt die weitere Behandlung wesentlich beeinflussen lassen.		
stimme eher nicht zu	5	36
stimme eher zu	8	57
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Arbeitszufriedenheit

Bewerten Sie bitte, in welchem Maße die folgenden Aspekte Ihrer Arbeit zu Ihrer gesamten Zufriedenheit in den vergangenen Monaten beigetragen haben.		
	Anzahl	%
Ein gutes Verhältnis zu Patienten und Angehörigen zu haben		
wenig	1	7
viel	3	21
sehr viel	10	71
Zu einer verbesserten Lebensqualität der Patienten beizutragen		
wenig	1	7
viel	2	14
sehr viel	11	79
Die Einschätzung, aus Patienten- und Angehörigensicht, gute Arbeit zu leisten		
wenig	1	7
viel	4	29
sehr viel	9	64
Tod und Sterben für die Patienten erträglich zu gestalten		
wenig	1	7
viel	5	36
sehr viel	8	57
Patienten eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen		
wenig	2	14
viel	3	21
sehr viel	9	64
Patienten eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen		
wenig	1	7
viel	3	21
sehr viel	10	71
Gesamt	14	100

Soziodemografische Daten, Praxis-, Struktur- und Leistungsmerkmale

Alter in Jahren	Gesamt (n=14)
Mittelwert (Standardabweichung)	51 (9)
Median (Q1, Q3)	52 (45, 57)
Minimum, Maximum	37, 66

Welchem Geschlecht gehören Sie an?		
	Anzahl	%
männlich	11	79
weiblich	2	14
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Sind Sie in einer Einzelpraxis oder in einer Kooperationsform tätig?		
	Anzahl	%
Einzelpraxis	1	8
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis	9	69
MVZ	3	23
Gesamt	14	100

Sind Sie im Angestelltenverhältnis tätig?		
	Anzahl	%
nein	8	57
ja	5	36
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Wo befindet sich die Praxis in der Sie tätig sind?		
	Anzahl	%
Stadt Aachen	2	14
Stadt Bonn	1	7
Stadt Köln	3	21
Kreis Aachen	4	29
Rhein-Sieg-Kreis	3	21
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

In welcher Region befindet sich die Praxis in der Sie tätig sind?		
	Anzahl	%
Kleinstadt	1	7
Mittelstadt	6	43
Großstadt	5	36
keine Angabe	2	14
Gesamt	14	100

Arbeitsstunden pro Woche	
Mittelwert (Standardabweichung)	58 (9)
Median (Q1, Q3)	60 (55, 60)
Minimum, Maximum	35, 70

Patienten pro Quartal	
Mittelwert (Standardabweichung)	554 (282)
Median (Q1, Q3)	500 (440, 600)
Minimum, Maximum	250, 1400

Hausbesuche pro Woche	
Mittelwert (Standardabweichung)	0,46 (0,97)
Median (Q1, Q3)	0,0 (0,0, 0,0)
Minimum, Maximum	0,0, 3,0

Palliative Patienten im Jahr	
Mittelwert (Standardabweichung)	189 (88)
Median (Q1, Q3)	200 (100, 300)
Minimum, Maximum	80, 300

Hausbesuche bei Palliativpatienten pro Quartal	
Mittelwert (Standardabweichung)	3 (6)
Median (Q1, Q3)	0 (0, 0)
Minimum, Maximum	0, 20

Arbeitsbelastung

Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihre Arbeit zu?		
	Anzahl	%
Das von mir verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.		
trifft ziemlich zu	8	57
trifft zu	5	36
keine Angabe	1	7
Oft sind die zu lösenden Aufgaben sehr schwierig.		
trifft nicht zu	1	7
trifft wenig zu	2	14
trifft ziemlich zu	8	57
trifft zu	2	14
keine Angabe	1	7
Es ist häufig sehr viel, was von mir an Arbeit geschafft werden muss.		
trifft ziemlich zu	6	43
trifft zu	7	50
keine Angabe	1	7
In der Regel ist die Zeit zu kurz, so dass ich bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehe.		
trifft wenig zu	1	7
trifft ziemlich zu	8	57
trifft zu	4	29
keine Angabe	1	7
Meine Arbeit erfordert große körperliche Anstrengungen.		
trifft nicht zu	4	29
trifft wenig zu	5	36
trifft ziemlich zu	3	21
trifft zu	1	7
keine Angabe	1	7
Bei dieser Arbeit muss man zu viele Dinge auf einmal erledigen.		
trifft wenig zu	4	29
trifft ziemlich zu	4	29
trifft zu	5	36
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Zufriedenheit mit der Berufswahl

Ich würde mich rückblickend wieder für das Medizinstudium entscheiden.		
	Anzahl	%
stimme eher zu	3	21
stimme voll und ganz zu	10	71
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100
Ich würde mich rückblickend wieder für den Beruf des Onkologen entscheiden.		
stimme eher zu	3	21
stimme voll und ganz zu	10	71
keine Angabe	1	7
Gesamt	14	100

Impressum:

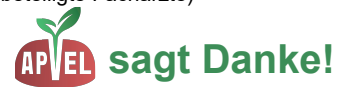
IMVR – Institut für Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft
der Humanwissenschaftlichen Fakultät
und der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln (KöR)

Prof. Dr. Holger Pfaff
Eupener Str. 129
50933 Köln
Tel.: 022147897100
Fax: 0221478 1497100

E-Mail: holger.pfaff@uk-koeln.de
<http://www.imvr.de>

Köln
Mai 2019

Key Messages



Palliative Versorgungsstrukturen

- hohe Zufriedenheit mit den palliativen Versorgungsstrukturen insgesamt
- die Abgrenzung der palliativen Versorgungsformen fällt Hausärzten / Onkologen nicht leicht

SAPV

- SAPV wird von den Teilnehmern überwiegend positiv bewertet (insgesamt, aber auch bezogen auf den Behandlungsablauf und die Behandlungsqualität)
- teilweise wünschen sich die Befragten einen stärkeren Einbezug in die Versorgung durch die SAPV
- die SAPV-Verordnung erfolgt überwiegend aufgrund komplexer Schmerzsymptomatik
- je mehr Berufserfahrung die befragten Ärzte haben, desto weniger SAPV-Verordnungen werden ausgestellt
- je positiver das SAPV-Team wahrgenommen wird, desto mehr Überweisungen in die SAPV werden ausgestellt
- je mehr Leistungen ein Hausarzt / Onkologe selbst abrechnen kann, desto weniger erfolgt eine Überweisung in die SAPV
- in Großstädten verordnen Ärzte eher SAPV als in Landgemeinden

Liebe Teilnehmer*innen,

vielen Dank, dass Sie sich im Sommer 2018 Zeit genommen haben, an unserer Befragung zur ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein teilzunehmen.

In unserer Studie haben wir, das IMVR (Universität zu Köln), alle niedergelassenen Hausärzt*innen und Onkolog*innen in der Region Nordrhein befragt, um ihre Einstellung und die Verordnungspraxis bezüglich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gegenüber der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) zu evaluieren.

Sie als Hausärzt*innen und Onkolog*innen nehmen eine wichtige Rolle als Versorger*innen in der AAPV und als Zuweiser*innen in die SAPV ein und verfügen damit über eine besondere Fachexpertise und Berufserfahrung, die für unsere Befragung essentiell war und ist.

Dieser Flyer fasst nun einen Teil der Ergebnisse aus der APVEL-Studie kurz zusammen.

Sie wollen mehr über APVEL erfahren?
Besuchen Sie unsere Website:



www.apvel.de

Teilprojekt durchgeführt von

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft



gefördert durch



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Förderkennzeichen: 01VSF16007

Kurzzusammenfassung der Studienergebnisse



Konsortialführung



Konsortial- und Projektpartner



UNIKLINIK
KÖLN



universitäts
klinikum bonn



PMV



imsb



Pädagogische Hochschule
HEIDELBERG
University of Education



AOK



AOK Rheinland/Hamburg



Stand: 06.02.2020

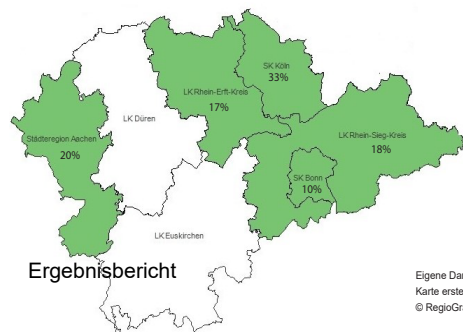
Befragung von Hausärzten und Onkologen

Insgesamt haben 480 von 2199 kontaktierten Ärzten an der APVEL-Befragung teilgenommen. Dies entspricht einem Rücklauf von 22%. Angeschrieben wurden angestellte und niedergelassene Hausärzte und Onkologen in den Städteterritorien Aachen, Bonn und Köln sowie der Städteregion Aachen und den Landkreisen Rhein-Sieg und Rhein-Erft. 97% der Teilnehmer sind Hausärzte, 3% Onkologen. Die durchschnittliche Berufserfahrung aller Befragten liegt bei 18,1 Jahren. 83% der Teilnehmer sind in einer Einzelpraxis tätig. Das Durchschnittsalter beträgt 53,9 Jahre. 51% der Teilnehmer sind weiblich, 49% sind männlich.

Die Arbeitszeit beträgt im Mittel 44,6 Stunden pro Woche. Im gleichen Zeitraum werden durchschnittlich 11,5 Hausbesuche durchgeführt.

Insgesamt haben die Befragten ein hohes Fortbildungsniveau im Bereich der Palliativmedizin. 50,9% haben Fortbildungen in diesem Bereich absolviert. 4,5% der Befragten geben an, in einem SAPV-Team tätig zu sein. 11,3% haben die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben. Die Basisfortbildung Palliativmedizin haben mindestens 37% der teilnehmenden Ärzte abgeschlossen. Ausschließlich im Rahmen ihrer hausärztlichen oder onkologischen Tätigkeit hatten bisher 45,5% Kontakt zur Palliativmedizin. Im Durchschnitt behandeln die befragten Ärzte 18,6 palliative Patienten pro Jahr.

Auf die Städte und Landkreise in Nordrhein verteilt kamen ... % der Teilnehmer aus:



Ergebnisbericht

Eigene Darstellung. Karte erstellt mit © RegioGraph Planning 2016.

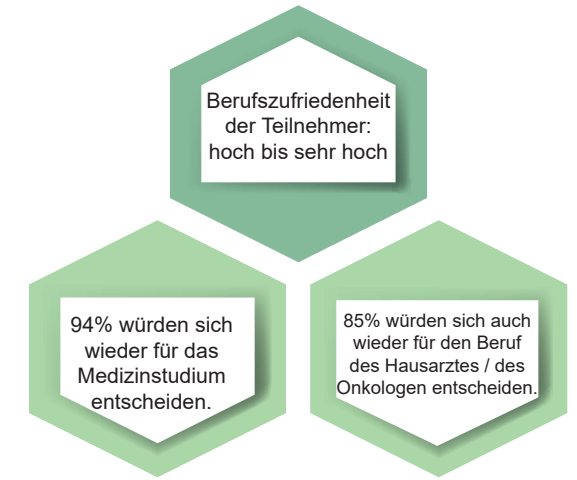
Für viele Hausärzte und Onkologen gehört die palliativmedizinische Versorgung zu ihrer hausärztlichen bzw. onkologischen Tätigkeit dazu (96%). Jedoch wird angegeben, dass die Palliativversorgung zu schlecht vergütet (86%) und zeitlich zu aufwendig ist (70%).

- Zufriedenheit mit der palliativen Infrastruktur**
91% der Befragten bewerten die sie umgebende palliative Infrastruktur als eher gut oder gut.
- höchster Aufwand in der Palliativversorgung**
Top 3
1) Hausbesuche (82%)
2) zeitliche Ressourcen (76%)
3) Aufwand durch Koordination der Versorgung (41%)
- höchste Belastung in der Palliativversorgung**
Top 3
1) hohes Arbeitspensum
2) kollidierende Anforderungen an die Arbeitszeit
3) bürokratischer Aufwand
- stationäre Einweisung pro Jahr (Mittelwert)**
Hospiznotwendigkeitsbescheinigungen: 3,1
Einweisungen auf die Palliativstation: 3,9
- parallele Abrechnungen von SAPV und AAPV**
Eine parallele Abrechnungsmöglichkeit von SAPV und AAPV ist von 75% der Befragten nicht gewünscht.
- Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen**
Palliativmedizinische Leistungen werden am häufigsten über EBM (45 %) und AAPV (31 %) abgerechnet. Etwa ein Fünftel (21 %) gibt an, palliativmedizinische Leistungen weder über EBM noch über AAPV abzurechnen.

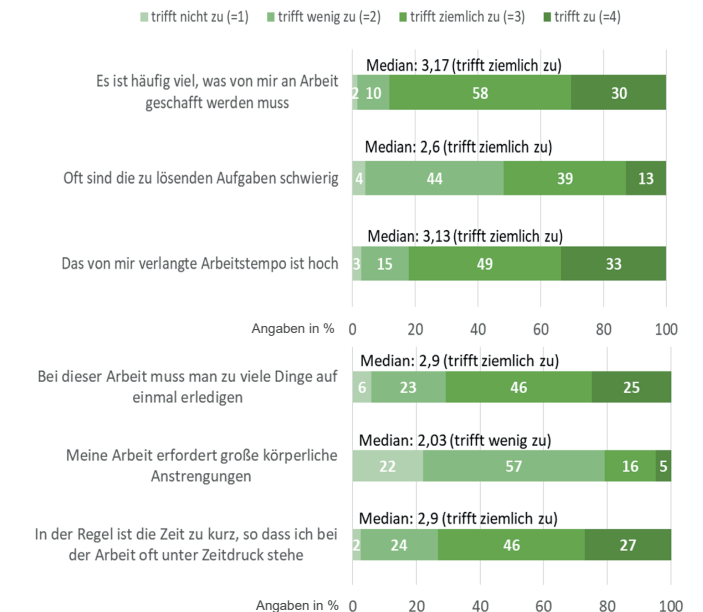
- Anzahl der SAPV-Verordnungen**
Verordnungen pro Jahr (im Mittel): 9,9
- die 3 wichtigsten Indikatoren für SAPV**
1) ausgeprägte Schmerzsymptomatik
2) ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
3) ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- Gründe für die Nicht-Verordnung von SAPV**
Top 3
1) Patientenwunsch
2) ausreichende soziale Unterstützung des Patienten
3) eigene Fachkompetenz als Hausarzt / Onkologe ist ausreichend
- Involvierung von Hausärzten / Onkologen parallel zur SAPV-Versorgung**
Die Einbindung der betreuenden Hausärzte und Onkologen ist sehr unterschiedlich. 12% geben an, nie eingebunden zu sein und 42% sind manchmal eingebunden. Oft eingebunden sind 29%. 17% sind immer eingebunden.
- Ablehnung der SAPV-Verordnungen durch den MDK**
Der MDK hat bei sehr vielen Hausärzten (85%) noch nie eine SAPV-Verordnung abgelehnt. 15% der Hausärzte geben an, dass eine Ablehnung seitens des MDK manchmal vorkommt. Auf die Kategorien oft und immer entfallen insgesamt 0,5%.

Von den teilnehmenden Hausärzten und Onkologen haben 86% bereits SAPV verordnet. Als Überweisungspräferenz geben 69% die Überweisung in SAPV-Vollversorgung an.

Berufszufriedenheit



Arbeitsintensität



Quelle zur Skala Arbeitsintensität: Richter, P.; Hemmann, E.; Merboth, H.; Fritz, S.; Hänsgen, C. & Rudolph, M. (2000). Das Erleben von Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum-Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur orientierenden Analyse (FIT). Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44, 129-139.

APVEL - Evaluation von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein

AP 2.2 Prospektive Befragung von Patientinnen, Zugehörigen sowie Teams in der ambulanten Palliativversorgung

- Quantitative und Qualitative Auswertung -

Inhaltsverzeichnis

QUANTITATIVER TEIL	4
HINTERGRUND.....	4
METHODIK.....	4
FALLZAHLPLANUNG	5
AUSWERTUNGSKONZEPT	5
EINSCHLUSSKRITERIEN:	5
AUSSCHLUSSKRITERIEN:	5
ERGEBNISSE.....	6
IPOS (FRAGEBOGEN ZUR AUSPRÄGUNG VON SYMPTOMLAST).....	6
FACIT PAL 14: LEBENSQUALITÄT BEI PALLIATIVPATIENTINNEN	9
DISKRIMANZANALYSE ZUR WAHRSCHEINLICHKEIT EINER VERSORGUNGSFORM	9
ZUSAMMENFASSUNG	10
EINLEITUNG QUALITATIVER TEIL.....	11
METHODIK.....	11
QUALITATIVE DATENERHEBUNG	11
LEITFADEN	12
REKRUTIERUNG	13
AUFKLÄRUNG UND STUDIENEINWILLIGUNG.....	14
CODEBAUM/AUSWERTUNG	14
ERGEBNISSE.....	17
SYMPTOMLINDERUNG.....	18
SICHERHEITSVERSPRECHEN.....	19
ERREICHBARKEIT.....	19
INFORMATION/EDUKATION	19
HANDLUNGSKOMPETENZ	20
BEFÄHIGUNG	20
UMFASSENDE ZUSTÄNDIGKEIT	20
NETZWERK/KOOPERATION	21
ZUSAMMENARBEIT	21
VERTRAUEN/VERTRAUENSPERSON	21
ALLTAGSRAHMUNG	21

ZEIT UND PRÄSENZ	22
SOZIALE KOMPETENZ	23
PARTIZIPATION	24
ERLEBEN VON UNTERSTÜTZUNG UND ENTLASTUNG	24
LEBENSQUALITÄT	25
ERGEBNISSE TEAM INTERVIEWS	25
SICHERHEITSPRECHEN/ ERREICHBARKEIT	26
ALLTAGSRÄHMUNG/ GANZHEITLICHE VERSORGUNG	26
KOOPERATION/ORGANISATION/ ALLGEMEINES NETZWERK	27
ABGRENZUNG	27
QUALITÄT/HINDERNISSE/ÜBERFORDERUNG	28
WÜNSCHE	29
ZUSAMMENFASSUNG	30
VORSCHLÄGE FÜR SAPV RICHTLINIEN EVALUATION	30
LITERATUR	31
ANHÄNGE	31
CODEBAUM	31
ERHEBUNGSINSTRUMENT INKLUSIVE INTERVIEWLEITFADEN	31

Quantitativer Teil

Hintergrund

Im vorliegenden Arbeitspaket 2.2 wurden die geplanten prospektiven Untersuchungen durch Wissenschaftler der drei Lehrstühle für Palliativmedizin in NRW durchgeführt. Für die Erhebung wurde eine Aufteilung in regionale Erhebungssektoren, analog den Standorten der drei Lehrstühle für Palliativmedizin, vorgenommen.

Methodik

Für die Erhebung wurden potentielle Teilnehmer (SAPV und AAPV Erbringer) aus dem Palliativnetzwerk der Region Aachen (Stadt und Land) identifiziert. Die Teams der teilnehmenden Institutionen informierten dann Patienten und Zugehörige über die Studie und bei Interesse an einer Teilnahme meldeten diese die PatientInnen den UntersucherInnen. In der AAPV erfolgte dies durch den Qualifizierten Palliativarzt (QPA). In der SAPV waren es mehrheitlich Koordinationskräfte des Palliative Care Teams.

Für die Studie lagen positive Voten der Ethikkommissionen der Uniklinik Aachen (EK 245/17), der Universität zu Köln (17-358) und der Medizinischen Fakultät Bonn (395/17) vor. Da die Kontaktherstellung zur Durchführung der Befragung durch die behandelnden Ärzte der SAPV/AAPV erfolgte, wurde ein gesondertes Votum der zuständigen Stelle der Ärztekammer Nordrhein angefragt, um eine Zustimmung zu diesem Vorgehen einzuholen (2017-395).

Das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie wurde nach einer vollständigen Aufklärung durch die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen (WMA) eingeholt. Die Teilnehmerinnen wurden hierfür zuhause aufgesucht. Bei der Erfassung vor Ort wurde einerseits einmalig zu Beginn ein semi-strukturiertes Interview und eine einmalige quantitative Erfassung durch den WMA vor Ort erhoben.

Angestrebt wurden zwei weitere quantitative Erhebungen, welche telefonisch durch den WMA erfolgten. Auf Grundlage von Vorerfahrungen aus ähnlichen Studien und der aktuellen Literatur wurden dazu halbstrukturierte Interviewleitfäden entwickelt, die dann auch angepasst in den vertiefenden qualitativen Interviews mit Patienten und Zugehörigen (n=4) und Mitarbeitern aus der Palliativversorgung (n=4) eingesetzt wurden. Verschlechterte sich der Allgemeinzustand eines Patienten während der Erhebung so, dass er nicht mehr selbst befragt werden konnte, erfolgte die weitere Erhebung mit einem Zugehörigen. Die Zustimmung zu diesem Verfahren wurde in der Einwilligungserklärung des Patienten mit erfragt oder von einer bevollmächtigten Person stellvertretend eingeholt.

Die Gesamtauswertung der Studie erfolgt nach Triangulation der quantitativen und qualitativen Daten. In der folgenden Abbildung wird das Vorgehen zur Erfassung der Daten beim Patienten dargestellt.

Start: Beginn ambulanter Palliativbehandlung

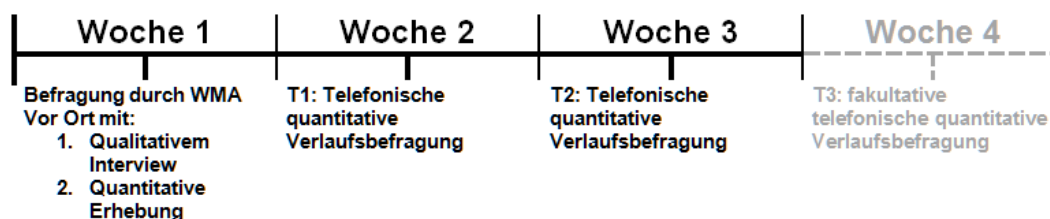


Abbildung 1 Initiales Interview und telefonische Kontakte durch WMA

Die zu erhebenden Daten gliedern sich wie folgend auf:

1. Sozio-demografische Daten
2. Qualitative Fragen zur Symptomlinderung, Sicherheitsempfinden und Alltagsrahmung
3. Quantitative Daten zur Symptomlinderung im Verlauf, Lebensqualität, Sicherheitsempfinden und Alltagsrahmung.
 - Soziodemografie
 - ECOG
 - IPOS mit angefügten Zusatzfragen
 - FACIT Pal 14

Die gesamten Daten wurden in Form eines „Mixed-Methods“-Ansatzes je 4 Gruppen (d.h. 1x AAPV Stadt vs. 1x AAPV Land, 1xSAPV Stadt vs. 1xSAPV Land) mit n=64 Patienten quantitativ und qualitativ mithilfe des Evaluationstools auf der Basis bestehender deutschsprachiger validierter Erfassungsinstrumente (IPOS, FACIT-Pal 14) sowie in Form von semistrukturierten Interviews mit PatientInnen, Zugehörigen und professionell an der Palliativversorgung Beteiligte erhoben.

Fallzahlplanung

Bei Annahme eines mittleren Effektes zwischen der AAPV- und SAPV-Gruppen in Bezug auf die als relevant zu definierenden Outcomevariablen wurde pro Gruppe im Rahmen der prospektiven Studien ($\delta=0.5$, $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$, zweiseitiger Test) eine Stichprobengröße von n=64 Personen pro Gruppe angenommen. Daraus ergab sich ein gesamtes n = 256 Teilnehmer im Teilprojekt AP 2.2. Somit wurde jedes der drei regionalen Prüfzentren jeweils ein n = 86 angestrebt.

Auswertungskonzept

Statistisch erfolgt der Vergleich von AAPV und SAPV einerseits deskriptiv (Lage- und Streuungsmaße), andererseits inferenzstatistisch auf der Basis von Regressionsmodellen (linear, logistisch) unter Berücksichtigung möglicher Störgrößen. Eine statistische Beratung erfolgt durch den Konsortialpartner IMSIE der Universität zu Köln. Zur Auswertung wurde etablierte Software (Excel 2017, SPSS 24 und Statistica) benutzt.

Einschlusskriterien:

- Mindestalter 18 Jahre
- Patient mit einer unheilbaren weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung oder Nicht-Tumorerkrankung (z.B. neurologische Erkrankungen oder Herz-, Lungen-, Leber-, Nierenerkrankungen)
- ECOG 0-3*
- Vorhergehende Aufklärung und informierte, schriftliche Einwilligung des Patienten oder des Vorsorgebevollmächtigten/gesetzlichen Betreuers
- Patient in der Ambulanten Palliativversorgung
- Angehöriger/Zugehöriger eines Patienten in der Ambulanten Palliativversorgung
- Mitarbeiter eines mit der Ambulanten Palliativversorgung befassten Dienstes

Ausschlusskriterien:

- Unfähigkeit, die informierte und schriftliche Einwilligung zu erteilen
- Patient ohne Vorsorgebevollmächtigten/ gesetzlichen Betreuer, der eine Einwilligung in die Studienteilnahme geben kann
- Abhängigkeitsverhältnis zum Prüfer

*Im Verlauf der Studie zeigte sich, dass einzelne PatientInnen mit ECOG 4 (vollständige Immobilität) trotzdem an der Studie teilnehmen konnten. Daher wurden die Einschlusskriterien an dieser Stelle erweitert.

Ergebnisse

Insgesamt konnten n=256 PatientInnen in die Befragung eingeschlossen werden. Da nicht für alle PatientInnen ein vollständiger Datensatz vorlag, bezieht sich die folgende Darstellung auf n= 215 vollständige Datensätze zum Termin T0. Im Folgenden werden die Ergebnisse nach Instrument aufgeteilt vorgestellt. Zusätzlich wurde auf Grundlage der in der Befragung erhobenen Daten eine Diskriminanzanalyse mit Faktoren aus den IPOS Daten und der Soziodemografie berechnet.

IPOS (Fragebogen zur Ausprägung von Symptomlast)

Unter den 215 für die Datenanalyse eingeschlossenen Patienten konnte für n=151 Patienten die Ausprägung von Symptomen zu drei Zeitpunkten im Wochenabstand erfasst und ausgewertet werden

Dabei zeigte sich für die unterschiedlichen Symptome sowohl für die Ausgangssituation im Vergleich SAPV vs. AAPV wie auch im Verlauf ein heterogenes Bild, während es für keinen Parameter signifikante Unterschiede für den Vergleich Stadt vs. Land gab, wenn das Setting SAPV/AAPV nicht berücksichtigt wurde.

SAPV mit höherem IPOS Summenscore gesamt und der körperlichen Symptome sowie Symptom „Schwäche“ – konstant im zeitlichen Verlauf, während die AAPV-Werte über die Zeit kontinuierlich abnehmen (Abb. 1).

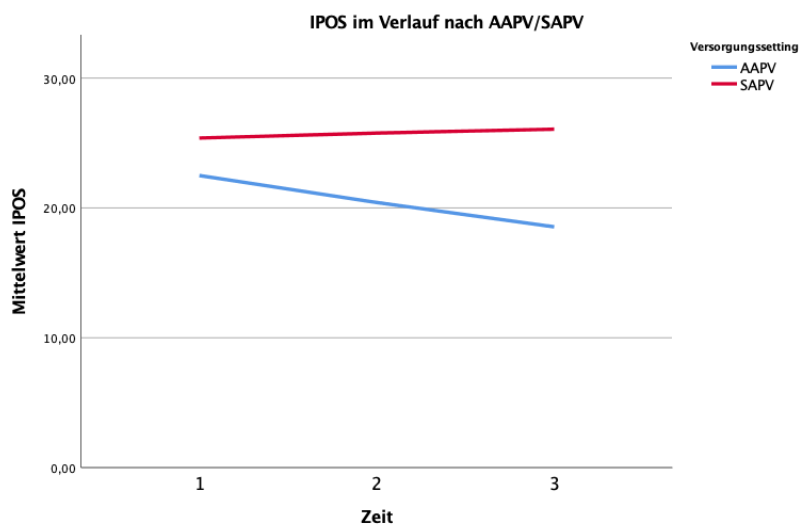


Abbildung 1 IPOS Summenscore Im zeitlichen Verlauf

Tabelle 1. Multivariate ANOVAs zu IPOS Items und Zusatzfragen im Zeitverlauf

IPOS Item	Faktor (1)		Faktor (2)		Faktor (3)		Interaktionen							
	SAPV/AAPV		Stadt/Land		Zeitverlauf 2 Wo		1*2		1*3		2*3		1*2*3	
	F-Wert	P	F-Wert	P	F-Wert	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Schmerzen	0,42	ns	0,03	ns	0,76	ns	3,23	ns	1,75	ns	0,76	ns	0,95	ns
Atemnot	2,82	ns	0,03	ns	0,07	ns	5,58	<0,05	1,04	ns	0,88	ns	1,45	ns
Schwäche	16,1	<0,001	0,14	ns	1,42	ns	3,40	ns	3,33	<0,05	0,09	ns	1,98	ns
Übelkeit	1,22	ns	0,04	ns	0,21	ns	0,61	ns	2,42	ns	0,65	ns	1,31	ns
Appetit	2,64	ns	0,02	ns	0,84	ns	0,52	ns	0,88	ns	0,28	ns	0,59	ns
Verstopfung	0,53	ns	0,98	ns	2,36	ns	0,06	ns	4,41	<0,05	0,19	ns	2,56	ns
Mundtrockenheit	0,32	ns	1,05	ns	0,36	ns	6,57	<0,05	1,81	ns	0,93	ns	1,03	ns
Schläfrigkeit	5,98	<0,05	0,20	ns	0,01	ns	2,90	ns	0,82	ns	1,43	ns	0,34	ns
eingeschränkte Mobilität	12,7	<0,001	0,03	ns	5,51	<0,01	0,01	ns	2,01	ns	4,21	<0,05	2,36	ns
Besorgnis Patient	5,63	<0,05	0,06	ns	0,55	ns	0,02	ns	0,27	ns	1,71	ns	0,48	ns
Besorgnis Familie	5,44	<0,05	0,00	ns	0,29	ns	0,02	ns	0,04	ns	1,53	ns	0,08	ns
Traurigkeit	1,21	ns	0,13	ns	5,36	<0,01	0,55	ns	5,46	<0,01	0,54	ns	0,43	ns
im Frieden	5,09	<0,05	0,00	ns	0,63	ns	0,14	ns	0,98	ns	2,57	ns	0,71	ns
Gefühle ausdrücken	1,82	ns	0,04	ns	0,17	ns	4,79	<0,05	1,04	ns	0,23	ns	0,70	ns
informiert fühlen	0,06	ns	1,15	ns	0,25	ns	0,45	ns	0,00	ns	1,55	ns	0,08	ns
praktische Probleme	7,91	<0,01	0,74	ns	0,06	ns	0,20	ns	3,39	<0,05	0,20	ns	0,49	ns
IPOS Summenscores														
gesamt	8,94	<0,01	0,37	ns	3,35	<0,05	1,45	ns	5,85	<0,01	0,14	ns	0,48	ns
körperl. Symptome	5,91	<0,05	0,33	ns	3,59	<0,05	1,78	ns	3,01	ns	0,11	ns	0,36	ns
Zusatzfrage														
Sicherheitsgefühl	1,89	ns	5,28	<0,05	1,34	ns	2,17	ns	0,04	ns	0,29	ns	2,80	ns
Normalität	2,37	ns	3,56	ns	1,45	ns	2,91	ns	0,59	ns	0,80	ns	0,49	ns

Legende. 3-fach Varianzanalyse mit Messwiederholungen (Baseline, 1 Woche, 2 Wochen) für eine Subgruppe mit vollständigen Daten für alle 3 Messzeitpunkte (N=152 gesamt, davon SAPV N=101; Stadt N=94).

Abkürzungen: „ns“ = nicht signifikanter P-Wert.

Eine Interaktion Versorgungstyp/-ort für das Symptom „Atemnot“ erklärt sich durch vergleichbare Symptomausprägung SAPV und AAPV auf dem Land, während die städtische Region divergiert mit mehr Atemnot in der SAPV-Gruppe.

Für die Symptome „Verstopfung“ und „Mundtrockenheit“ zeigt AAPV zur Baseline höhere Symptomlast, die sich nach einer Woche den konstant niedrigen Werten in der SAPV angleicht.

Die Phänomene „Schläfrigkeit“ und „im Frieden mit sich selbst sein“ zeigen in der SAPV über die Zeit gleichbleibend höhere Werte als in der AAPV.

SAPV mit stets deutlich „eingeschränkter Mobilität“, die unter der AAPV mehr als unter der SAPV über die Zeit hinweg zurückgeht.

In der SAPV waren Patienten mehr als in der AAPV „besorgt“ - mit leichter Zunahme der Besorgnis im zeitlichen Verlauf der SAPV bei konstanter Besorgnis in der AAPV. Die „Besorgnis in der Familie“ lag in der SAPV ebenfalls höher als in der AAPV und blieb in beiden Settings konstant bis minimal rückläufig.

Das Symptom „Traurigkeit“ unterschied sich beim Beginn der Behandlung nicht zwischen SAPV und AAPV und zeigte sich isoliert für die AAPV rückläufig im zeitlichen Verlauf.

Das „Vorliegen und Angehen praktischer Probleme“ zeigte zwischen SAPV und AAPV einen divergenten Verlauf mit Zunahme von Problemen in der SAPV und Abnahme in der AAPV.

Das erlebte „Sicherheitsgefühl“ war in der SAPV und auch AAPV konstant gut über die Zeit, aber immer besser in der Stadt verglichen mit dem Land. Dem Trend nach zeigte sich ein vergleichbares Bild für das Konstrukt „Normalität“ im Alltag

FACIT Pal 14: Lebensqualität bei PalliativpatientInnen

Im Gegensatz zum IPOS wurde der FACIT Pal 14 nur zu einem Zeitpunkt erhoben.

Die folgende Abbildung zeigt die mittlere Ausprägung der FACIT-PAL 14 Scores für beide Versorgungsformen.

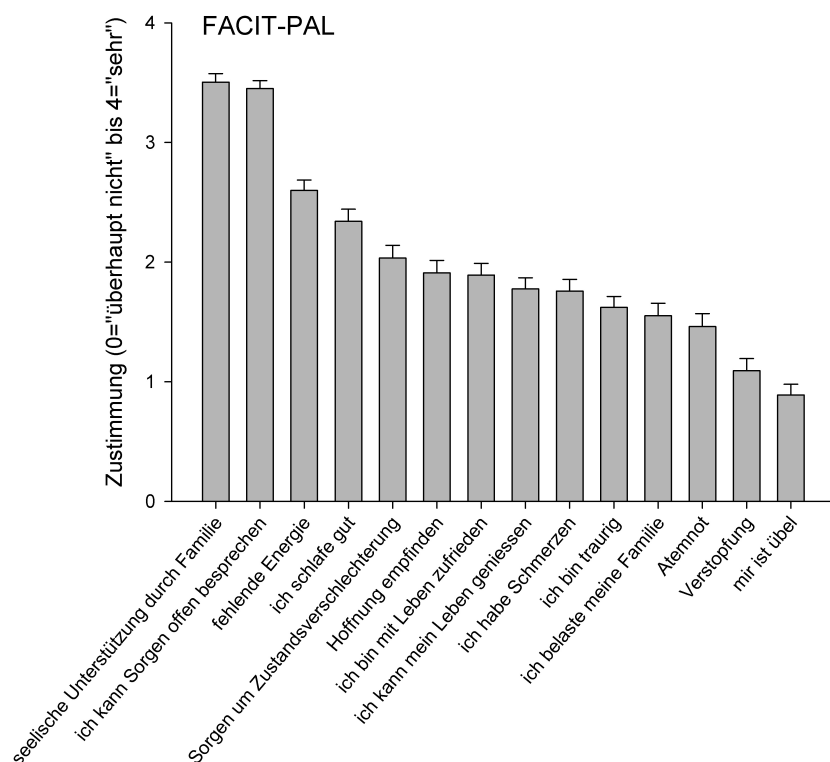


Abbildung 2 Mittlere Ausprägung der FACIT Pal 14 Scores

Die Abbildung zeigt, dass Aspekte der Lebensqualität – hier zusammengefasst für die SAPV und AAPV (Gesamtpopulation der prospektiven Patientenbefragung) – die höchsten Zustimmungsraten für psychosoziale mehr als körperliche Komponenten erhielten.

Nicht für körperliche, sondern nur für psychosoziale Aspekte der Lebensqualität fanden sich signifikante ANOVA-Haupteffekte für den Vergleich AAPV vs. SAPV mit nach post hoc-Tests jeweils ungünstigerer Ausprägung in der SAPV-Gruppe.

Es spielte keine Rolle für die Ausprägung irgendeines FACIT PAL Items, ob der Patient in Stadt oder Land versorgt wurde. Bis auf eine Ausnahme, das Besprechen können von Sorgen, gab es keine Unterschiede zwischen Tumor- und Nicht-Tumorpatienten.

Diskriminanzanalyse zur Wahrscheinlichkeit einer Versorgungsform

Als wichtigster Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit einer Versorgung in der SAPV gegenüber der AAPV fand sich der ECOG-Score (0=mobil bis 4=überwiegend bettlägerig).

Je stärker Patienten körperlich eingeschränkt und weniger mobil waren, desto wahrscheinlicher befanden diese sich in einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Zusammenfassung

Als globaler Score diente der IPOS Summenscore über alle Symptome insgesamt bzw. als gesonderter Summenscore allein für körperliche Symptome. Als Hauptbefunde ergab sich, dass der SAPV mit höherem IPOS Summenscore gesamt und der körperlichen Symptome sowie dem Symptom „Schwäche“ –im zeitlichen Verlauf konstant blieb, während die AAPV-Werte über die Zeit kontinuierlich abnahmen. Dieser Hauptbefund eine Symptomstabilisierung in der SAPV ist vereinbar mit der Beobachtung, dass diese meist sehr spät vor dem Versterben verordnet wird und dann eine Verbesserung kaum zu erwarten ist. Das erlebte „Sicherheitsgefühl“ war in der SAPV und auch AAPV konstant gut über die Zeit, aber immer besser in der Stadt verglichen mit dem Land. Dem Trend nach zeigte sich ein vergleichbares Bild für das Konstrukt „Normalität im Alltag“/Alltagsrahmung.

Bei der Auswertung der FACIT Pal 14 Daten zeigte sich, dass Aspekte der Lebensqualität unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem Versorgungsmodell die höchsten Zustimmungsraten für psychosoziale mehr als körperliche Komponenten erhielten.

Als ein möglicher Prädiktor für eine Versorgungsform könnte der EPCOG Funktions- und Selbstversorgungscore dienen.

AP 2.2 Prospektive Befragung von PatientInnen und PatientInnen, Zugehörigen sowie Teams in der ambulanten Palliativversorgung

- Qualitativer Teil -

„...keine Angst mehr haben an Angst zu sterben.“

Einleitung

Forschung mit PatientInnen am Lebensende erfordert große Sorgfalt in Bezug auf die Vulnerabilität von Menschen in einer solchen Situation. Gerade deshalb entstehen oft herausfordernde Situationen in Bezug auf hindernde Phänomene. Häufig wird der Zugang zu den PatientInnen durch dritte Personen durch das sogenannte Gatekeeping am Lebensende erschwert. Nichtsdestotrotz erscheint es von hoher Wichtigkeit den unmittelbar Betroffenen direkt eine Stimme zu geben, in einem Projekt, das die Wirksamkeit eines Versorgungsangebots beforscht.

Wir bedanken uns an dieser Stelle ausdrücklich den mehr als 250 PatientInnen, Zugehörigen und Zugehörigen von Berufsgruppen aus der Palliativversorgung, die uns wichtige, aber auch sehr persönliche, Einblicke in den Alltag der Palliativversorgung nahe am Lebensende gegeben haben.

Der nachfolgende Bericht zum qualitativen Forschungsteil des AP 2.2 berichtet Ergebnisse aus der Analyse von n=215 Patientinnen und PatientInnen in der Allgemeinen und Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein n=10 Angehörigen sowie n=11 Teammitgliedern aus der Ambulanten Palliativversorgung.

Methodik

Qualitative Datenerhebung

Um die (Mechanismen der) Wirksamkeit der ambulanten Palliativversorgung aus Sichtweise der PatientInnen, Zu-/Zugehörigen und VersorgerInnen zu untersuchen, wurden semi-strukturierte leitfadensbasierte Interviews in den Regionen Aachen, Bonn und Köln durchgeführt. Die qualitative Befragung sollte als methodisches Gegenstück und Ergänzung der quantitativen Analyse dienen. Sie sollte einen offenen Rahmen bilden, in dem die Befragten von der ambulanten Versorgung berichten und weitere mögliche Aspekte in der Versorgung frei thematisieren konnten, die möglicherweise durch die quantitative Befragung nicht abgedeckt wurden.

Hierzu sollten insgesamt 256 PatientInnen, 12 An-/Zugehörige und 12 VersorgerInnen befragt werden. Auch VersorgerInnen der ambulanten Palliativdienste unterschiedlicher Berufsgruppen wie Ärzte bzw. Ärztinnen, Soziale Berufsgruppen und Pflegefachkräfte wurden in ExpertInneninterviews befragt, die deren Sichtweise auf die Wirksamkeit der ambulanten Palliativversorgung verdeutlichen sollten.

Zusätzlich zu den Interviews wurden Memos als Dokumentation von Besonderheiten während der Interviewsituation angelegt.

Da nicht nur Unterschiede zwischen den Versorgungssystemen, sondern auch zwischen ländlicher und städtischer Versorgung untersucht werden sollten, wurde die Definition des Begriffs „Land“ mehrfach ausführlich diskutiert und mehrere Ansätze verworfen. Es ergab sich die Schwierigkeit, dass laut der Definition der OECD (2007)¹ im untersuchten Gebiet kein ländlicher Raum existiert. Ebenso bargen weder Faktoren zur Unterscheidung von Stadt- und Land wie wirtschaftliche Indikatoren oder Pendler keine zusätzlichen Informationen zur Versorgungslage. Auch fehlt eine Definition des Bundes für den Begriff in Bezug auf das Landärzteprogramm. Die Berechnung geografischer Erreichbarkeit war aufgrund der heterogenen Strukturen in den Teams nicht möglich, da einzelne Teams mehrere Standorte aufweisen. Daher wurden Proband/Innen aufgrund der Einwohnerzahl ihres Wohnortes in „städtisch“ oder „eher ländlich“ unterschieden. Als „städtisch“ wurden die Großstädte mit mindestens 100.000 Einwohner definiert, als „eher ländlich“ alle übrigen Städte und Gemeinden mit den umliegenden ländlichen Regionen.

Leitfaden

Auf Grundlage ähnlicher Studien und der aktuellen Literatur wurden halbstrukturierte Interviewleitfäden entwickelt, die angepasst in den vertiefenden qualitativen Interviews mit PatientInnen, An-/Zugehörigen und MitarbeiterInnen aus der Palliativversorgung eingesetzt wurden. Die Fragen für den Leitfaden der PatientInnen-Interviews wurden deduktiv in Anlehnung an die drei Wirkfaktoren - Symptomlinderung, Sicherheitsversprechen und Alltagsrahmung - von Schneider et al. (2015) entwickelt. Pro Wirkfaktor wurden zwei Leitfragen mit je bis zu vier potentiellen Steuerungsfragen erstellt, die sich auf die aktuelle ambulante Palliativversorgung beziehen. Da der qualitativen Befragung eine quantitative vorausging, wurde die erste Frage bezüglich der Symptomlinderung als methodischer Übergang und Erzählimpuls konzipiert und thematisiert die Situation vor der Versorgung durch ein ambulantes Palliativsystem, um mögliche Veränderungen zu erfassen und einen Gesprächsfluss zu generieren. Da die Interviews möglichst offen gestaltet werden sollten, damit die Interviewten in der Lage kämen, selbstbestimmt zu erzählen, sollte der Leitfaden nur als thematische Stütze dienen. So konnte die Reihenfolge der Fragen im Gespräch variabel gestaltet werden, und flexibel auf die Themen, die von PatientInnen im Erzählfluss angesprochen wurden, eingegangen werden. Steuerungsfragen wurden nach Einschätzung der WissenschaftlerInnen nur genutzt, um die Themen anzusprechen, die noch nicht behandelt wurden, aber theoretisch hohe Relevanz aufwiesen. Als Abschluss des Gesprächs wurde dargelegt, dass von InterviewerInnenseite alle Fragen geklärt wurden und nachgefragt, ob vonseiten der Patientin oder des Patienten noch einen Sachverhalt gäbe, der noch nicht angesprochen wurde, ihr oder ihm in Bezug auf die Palliativversorgung aber wichtig wäre (Helfferich 2011).

Der semistrukturierte Leitfaden für die Interviews mit An-/Zugehörigen wurden sehr nah an den Leitfaden für PatientInnen angelehnt und konzentrierte sich auf die aktuelle Situation in der ambulanten Palliativversorgung und thematisierte nicht den Übergang in die häusliche Versorgung. So wurde nach

¹ Die OECD definiert ländlichen Raum mit einer Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohner pro km².

der Einstiegsfrage, die den normalen Tagesablauf mithilfe der Palliativversorgung beinhaltete und die Erzählaufforderung darstellte, auch hier die Wirksamkeit der Symptomlinderung, des Sicherheitsversprechens und der Alltagsrahmung angesprochen und deren Bewertung aus An-/Zugehörigensicht erfasst. Der Abfragemodus der PatientInnen-Interviews wurde übernommen.

Mitglieder ambulanter Palliativdienste wurden als ExpertInnen ebenfalls mit einem semistrukturierten Leitfaden befragt. Hier sollten als Einstieg die unterschiedlichen Einschlusskriterien zwischen AAPV- und SAPV-PatientInnen dargestellt werden, um Abgrenzungen der verschiedenen Versorgungssysteme festzustellen. Die Einstiegsfragen wurden daher für die beiden Versorgungssysteme unterschiedlich formuliert.² Des Weiteren wurde mit einer Leitfrage die Zusammenarbeit zwischen den Systemen angesprochen. Ansonsten wurde ähnlich der PatientInnen und An-/Zugehörigen-Interviews Bezug auf die Wirkfaktoren aus Sicht der ExpertInnen genommen.

Alle Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und verbatim transkribiert. Dabei wurden die Transkriptionsregeln von Lamnek, Qualitative Sozialforschung (2010) beachtet. Die anschließende Analyse erfolgte anhand des pseudonymisierten transkribierten Textes.

Rekrutierung

Um die Belastung so gering wie möglich zu halten, wurden die PatientInnen für die Befragung zu Hause aufgesucht. Für die Gewinnung von PatientInnen in der ambulanten Palliativversorgung wurden zum einen AAPV- und SAPV-Dienste, sowie qualifizierte PalliativmedizinerInnen mit eigener Praxis schriftlich, telefonisch oder persönlich erstkontaktiert. Bei Interesse erfolgte eine persönliche Vorstellung des Projekts im Team, um möglichst viele MitarbeiterInnen direkt zu involvieren.

Die Einschätzung, ob ein Patient oder eine Patientin physisch, psychisch und emotional in der Lage war, eine Befragung durchzuführen, wurde durch die VersorgerInnen getroffen. Diese sollten den PatientInnen eine kurze Projektbeschreibung und ein Kontaktformular aushändigen, das sie bei Einwilligung der PatientInnen, von jenen unterschrieben und mit Kontaktdaten versehen, an die WissenschaftlerInnen weiterleiteten.

Am Standort Köln wurde in Zusammenarbeit mit den Diensten darüber hinaus eine weitere nicht-standardisierte Methode der Rekrutierung erprobt. So nahmen die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen im Verlauf der Studie regelmäßig die Möglichkeit einer Mitfahrt mit einem SAPV-Arzt bzw. Ärztin zu den PatientInnen wahr, um nach deren Einschätzung die in Frage kommenden PatientInnen direkt vor Ort für die Studie zu rekrutieren. Diese Vorgehensweise erlaubte es den wissenschaftlichen MitarbeiterInnen zugleich, sich eine Orientierung über den SAPV-Alltag zu verschaffen, was in ‚Vor-Ort-Feldnotizen‘ protokolliert wurde.

² Für SAPV-DienstleisterInnen wurde die Frage „was macht für Sie SAPV Arbeit aus? Welche Merkmale charakterisieren einen SAPV-Fall im Vergleich zu einem AAPV-Fall?“ gewählt, bei AAPV-DienstleisterInnen „wie gestaltet sich die ambulante Palliativversorgung seit Einführung der SAPV? Was hat sich aus Ihrer Sicht für Sie selbst als auch für die PatientInnen geändert?“

Aufklärung und Studieneinwilligung

Die ausführliche Aufklärung und Studieneinwilligung erfolgten persönlich mit der Wissenschaftlerin oder dem Wissenschaftler, die zeitnah nach Eingang des Kontaktformulars Kontakt zu den Studienprobanden aufnahmen.

Dieses Verfahren wurde auch bei der Auswahl der An-/Zugehörigen gewählt. Dadurch wurde sichergestellt, dass besonders belastete PatientInnen und An-/Zugehörige nicht zusätzlich belastet wurden. Im Falle, dass PatientInnen nicht oder nur teilweise in der Lage waren, das Gespräch zu führen, wurden Vorsorgebevollmächtigte stellvertretend gefragt, ob sie sich bereit erklärten, im Namen des Patienten bzw. der Patientin zu sprechen. Bei Anwesenheit von An-/Zugehörigen beim Interview mit dem oder der Betroffenen konnten diese am Gespräch teilzunehmen und das Gesagte ggf. zu ergänzen. Die Interviewsituation wurde an die Befragten und deren Allgemeinzustand angepasst, sodass z. B. nicht in allen Interviews die Beantwortung aller Fragen oder eine ausführliche Beantwortung möglich war. Fehlte die Einverständniserklärung für die Audioaufzeichnung oder legten medizinischer Gründe nahe, auf diese zu verzichten, wurden Gedächtnisprotokolle erstellt. Die Befragung wurde bei akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder auf Wunsch der Befragten umgehend abgebrochen.

Herausforderungen entstanden bei der Rekrutierung aufgrund der Versorgung vieler PatientInnen in schlechtem Allgemeinzustand und daher zu hoher Belastung der PatientInnen bei Einweisung in die ambulante Palliativversorgung. In einigen Fällen wurde der Termin sehr oft verschoben oder konnte aufgrund einer Verschlechterung der Symptome oder Tod nicht mehr wahrgenommen werden.

Da der Kontakt zu den VersorgerInnen ohnehin bestand, wurde hier direkt gefragt, ob Interesse an einer Befragung bestünde. Aufklärung und Einverständnis wurden auf gleiche Art wie bei PatientInnen und An-/Zugehörigen eingeholt.

Die Änderungen und Ergänzungen der EU-DSGVO wurden in die Einwilligungserklärung zum Inkrafttreten (25.05.2018) eingearbeitet und die PatientInnen über die Neuerungen informiert.

Codebaum/Auswertung

Da das Teilprojekt und die Forschungsfrage an Schneider et al. (2015) angelehnt waren, wurde keine explorativ-interpretative Erschließung des Materials, sondern ein theoriegeleiteter Ansatz gewählt. Die Auswertung der Daten erfolgte durch die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und der computergestützten Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2010) mithilfe der Software MAXQDA 2018. Die Codierung orientierte sich in erster Linie an den drei genannten Wirkfaktoren. Andere Textstellen, die die Wirksamkeit der Versorgung möglicherweise beeinflussenden z. B. kulturelle Faktoren, wurden unter „Besonderheiten“ codiert. Aussagen von Zugehörigen über ihre Situation (z. B. Sorgen) wurden, abgesehen von den Punkten Entlastung und Befähigung³ separat codiert, um die Aussagen in den PatientInneninterviews nicht zu verfälschen. Die Menge des Datenmaterials erschwerte hierbei die

³ Bei den Kategorien „Entlastung“ und „Befähigung“ wurde eine Trennung zwischen Aussagen von An-/Zugehörigen und PatientInnen als nicht sinnvoll erachtet, da die Wirksamkeit in diesen Punkten oftmals indirekt an den PatientInnen durch Einbezug der Zugehörigen durch die ambulanten Palliativversorger entsteht.

induktive Kategorienbildung, sodass die Kategorien im laufenden Prozess immer wieder angeglichen werden mussten.

Die erste Kategorienbildung des Codebaums folgte zunächst deduktiv durch die drei Wirkfaktoren, die die Hauptkategorien „Symptomlinderung“, „Sicherheitsversprechen“, „Alltagsrahmung“ bildeten (Schneider et al. 2015). Die induktiv gefundenen Subkategorien „Symptombelastung“, „Krisen“, „Zuständigkeit“, „Kompetenz“ wurden der Hauptkategorie „Symptomlinderung“ zugeordnet, sowie deduktiv „Erreichbarkeit“, „Umfassende Zuständigkeit“, „Handlungskompetenz“ und „Befähigung“ unter der Hauptkategorie „Sicherheitsversprechen“ gefasst, da sie sich im Rahmen der Wirksamkeitsstudie in Bayern 2010 als besonders wichtig herausgestellt hatten (Schneider et al. 2015). Letztere wurde induktiv durch „Professionalität“, „Information“, „Symptomverständnis“, „Vertrauen/ Vertrauensperson“, „Präsenz/ Zeit haben“, „Ansprechpartner“, „Netzwerk“, und „Zusammenarbeit“ ergänzt. Unter der Hauptkategorie „Alltagsrahmung“ wurde neben der von Schneider et al. (2015) übernommenen Subkategorie „Entlastung“ die weiteren Kategorien „Alltagsakzeptanz/ Zurechtkommen“, „Lebensqualität“, „Partizipation“, „(Alltags-)Zufriedenheit/Unzufriedenheit“, „Kommunikationsqualität“, „Wünsche/Prioritäten“, „Sicherheit“, „Empathie“ und „Vertrauen/Vertrauensperson“ gebildet. Im Verlauf des Codierens erfolgte induktiv die Aufnahme der weiteren Hauptkategorien „Versorgungsqualität“ und „Schwierigkeiten/Krisen“. Bei einem erneuten Treffen wurde die induktive Hauptkategorie „vor Versorgung durch AAPV/SAPV“, aufgenommen, um die Veränderungen vor und nach Einsatz der ambulanten Palliativversorgung festzuhalten. Zunächst wurde dies in weitere Subkategorien⁴ unterteilt, diese Unterteilung bei einem späteren Treffen verworfen, da dies als zu kleinschrittig befunden wurde. Daher blieb nur die Subkategorie „Symptombelastung vor SAPV/AAPV“ bestehen.

Ebenfalls wurde die Hauptkategorie „Besonderheiten“ mit der Subkategorie „Coping“ induktiv zugefügt. Letztere sollte dazu dienen, möglicherweise später relevant werdende Aspekte zu sichern und diese als (Sub-)Kategorien in das Kategoriensystem einzuspeisen, falls bei endgültiger Durchsicht der Codings dieser Kategorie Gemeinsamkeiten auftauchten. Des Weiteren wurden negative und positive Aussagen zusätzlich mit „negativ“ oder „positiv“ codiert.

Die Hauptkategorien wurden im Verlauf dahingehend verändert, dass die ehemalige Hauptkategorie „Krisen“ nur noch als Subkategorie unter „Symptomlinderung“ fungierte, da Krisen immer mit einer sehr hohen Symptomlast einhergingen. Unter der Hauptkategorie „Symptomlinderung“ erfolgte eine namentliche Änderung der Subkategorie „Zuständigkeit“ aufgrund definitorischer Probleme in „praktische Hilfestellung“. Zur Vereinfachung wurde die Hauptkategorie „Symptomlinderung“ sowie die Subkategorie „Symptombelastung“ nicht mehr in „physisch“ und „psychosozial“ unterteilt, sondern Symptome holistisch gefasst. Beim Codieren fanden Zuordnungsprobleme durch die begriffliche Ähnlichkeit im Bereich zweier Hauptkategorien „Symptombelastung/Kompetenz“ und „Sicherheit/(Handlungs-)Kompetenz“ statt. Daher wurde „Kompetenz“ durch „Know-How“ ergänzt, um die theoretisch-fachlichen Kenntnisse hervorzuheben, während (Handlungs-)kompetenz durch „(praktisch)“ ergänzt wurde, was rein praktische Tätigkeiten wie Tabletten stellen beinhaltete. Ebenso

wurde in die Definition „theoretisch“ bzw. „praktisch“ aufgenommen, um den Unterschied zu verdeutlichen.

In der Hauptkategorie „Sicherheitsversprechen“ wurden die Subkategorien abgeglichen nachdem Überschneidungen deutlich wurden. Dies betraf Codings in der Subkategorie „Professionalität“, die zu Kompetenz verschoben wurden, sowie die Subkategorie „Symptomverständnis“, das sich in die Definition von Information einfügen ließ. Ebenso betraf dies die Codings der Subkategorie „Ansprechpartner“, die letztendlich der Subkategorie „Vertrauen/ Vertrauensperson“ zugeordnet wurden.

Die Subkategorie „Umfassende Zuständigkeit“ wurde von „Koordination/Kooperation“ getrennt und letztere mit der weiteren Subkategorie „Netzwerk“ verbunden und adressiert somit zusätzlich zum Netzwerk mit weiteren Versorgungsdiensten die verschiedensten Problembereiche, die die gesamte Betreuungssituation umfassen.

Aufgrund von definitorischen Überschneidungen der Subkategorie „Vertrauen/ Vertrauensperson“ – Ähnlichkeit von positiver zwischenmenschlicher Beziehung, Empathie, soziale Kompetenz - mit der Subkategorie „Soziale Kompetenz“ in der „Alltagsrahmung“ wurde „Vertrauen/ Vertrauensperson“ enger gefasst und auf anwaltliches Handeln für den PatientInnen beschränkt.

In der Hauptkategorie „Alltagsrahmung“ wurden die Subkategorien „Empathie“ und „Kommunikationsqualität“ wegen häufiger Überschneidungen/Doppelungen zur Subkategorie „Soziale Kompetenz“ vereint. Die Kommunikation wurde im weiteren Prozess als informelle Kommunikation definiert.

Allen Änderungen, die die Definition der Kategorien betrafen, erfolgte die Überprüfung der Eignung und falls notwendig der Änderung der Ankerbeispiele nachdem ein Konsens gefunden wurde.

Im weiteren Codierungsvorgang wurde die Kategorie „Coping“ diskutiert. Die Definition wurde insofern angepasst, dass Coping-Vorgänge nicht durch ambulante Palliativdienste angeregt, sondern intrinsisch entstehen, was durch die Aussagen der PatientInnen verdeutlicht wurde. Da die Kategorie somit nicht der Fragestellung nach Wirksamkeit der ambulanten Palliativversorgung entsprach, erfolgte die Subsumierung von „Coping“ unter deren ehemalige Subkategorie „Besonderheiten“ als Hauptkategorie. Nach der letzten Änderung des Codebaums wurde ein erneuter Durchgang der einzelnen Codings in MaxQDA auf Stimmigkeit mit dem aktuellsten Codebaum an den einzelnen Standorten durchgeführt.

Eine Abweichung von der durch Mayring (2015) vorgegebenen Codierung des gesamten Datenmaterials nach Änderungen war aufgrund der Datenmenge unausweichlich. Dies wurde durch die unabhängige Re-codierung und Durchgang der gesamten Codings nach Änderungen ausgeglichen.

Bei den Zugehörigeninterviews wurden zunächst induktiv Kategorien gebildet, die sich aufgrund der ähnlichen Fragestellung wie erwartet mit den Kategorien des PatientInnencodebaums überschneiden, sodass sie um wenige Subkategorien erweitert⁵ in den PatientInnencodebaum integriert wurden.

Der Codebaum für die Experteninterviews wurde auch rein induktiv erstellt. Die Aussagen der VersorgerInnen spiegelten ebenfalls die drei Wirkfaktoren wieder. Darüber hinaus ergaben sich im

⁵ „Direkte Kommunikation“ wurde als Subkategorie unter „Sicherheitsversprechen“, sowie „Politische Wünsche“ und „Belastung“ unter „Besonderheiten“ aufgenommen.

Gegensatz zur PatientInnen- und An-/Zugehörigen-Perspektive weitere Themenfelder, die sich in den Hauptkategorien „Organisation/Kooperation“, „Qualitätsmerkmale“, „Gesellschaftsaspekt“ und „Abgrenzung“ zusammenfassen ließen. Unter die Hauptkategorie „Organisation/Kooperation“ wurden die Subkategorien „Netzwerk“, „Flexibilität“, „Kooperation AAPV mit SAPV“, „Zusammenarbeit“, „Klare Zuständigkeiten“ gefasst. Diese standen insbesondere mit Aussagen zu den Möglichkeiten der PatientInnenversorgung in Verbindung und wurden daher nicht den drei Wirkfaktoren untergeordnet. Der Hauptkategorie „Qualitätsmerkmale“ wurden Aussagen zu den Kategorien „Erfahrung“, „Zufriedenheit“, „Engagement“, „Hindernisse/Überforderung“ und „Wünsche“ subsumiert. In der Hauptkategorie „Gesellschaftsaspekt“ wurden z. B. Aussagen zur Wahrnehmung von Tod, Sterben und Versorgung am Lebensende in der Öffentlichkeit thematisiert, während in der Hauptkategorie „Abgrenzung“ Aussagen zu Unterschieden zwischen den Versorgungssystemen vorkamen.

Im Rekrutierungs- und Auswertungszeitraum fanden fünf Treffen im monatlichen bis viermonatlichen Abstand im Forschungsteam statt, an denen wesentliche Aspekte in Bezug auf Rekrutierung, Interviewführung und Auswertung thematisiert und ausdiskutiert wurden.

Ergebnisse

Im Folgenden werden Ergebnisse aus der Analyse der Interviews mit PatientInnen und Zugehörigen zu den Wirksamkeitsfaktoren Sicherheitsversprechen und Alltagsrahmung, sowie in einem separaten Abschnitt Ergebnisse aus der Analyse der Teaminterviews berichtet.

Da nicht von allen n=256 PatientInnen ein Interview vorlag bezieht sich die Soziodemografie (Tab. 1) auf 215 PatientInnen, deren Beschreibung in der folgenden Tabelle zusammengefasst wurde.

	PatientInnen (n=215)		Zugehörige (n=10)	
	SAPV (n=149)	AAPV (n=66)	SAPV (n=9)	AAPV (n=1)
Alter (in Jahren)				
MW ± SD	69 ± 13	71 ± 13	63 ± 10	69
Range	29 - 94	42 - 98	50 - 77	69
Geschlecht(n)				
weiblich	82	42	6	1
männlich	67	24	3	0
Interviewdauer (MW in Min.)	15:29	17:38	21:05	19:18
Erkrankungsarten (n)				
Tumor	122	48	5	1
Nicht-tumor	27	18	4	
Funktionsstatus ECOG (n)			N/A	N/A
0	3	4		
1	12	20		
2	64	32		

	3	57	7		
	4	13	3		
Beziehung zum PatientInnen (n)	N/A		N/A		
Partner/in				5	1
Kind				4	0

Tabelle 1 Charakteristika von PatientInnen n=215 und Zugehörigen n=10 in SAPV und AAPV

Für die inhaltsanalytische Auswertung konnte nach einer Bereinigung auf n=198 vollständige Interviewsätze zurückgegriffen werden.

Symptomlinderung

Zugangsvoraussetzung und wesentlicher Auftrag der Palliativversorgung ist die Linderung einer (komplexen) Symptomlast. Die Symptomlast ist dabei nicht nur auf physische Belastungen beschränkt, sondern umfasst gemäß der Definition von Palliative Care ebenfalls psychische, soziale und spirituelle Bereiche. Ergebnisse der prospektive PatientInnenbefragung legen nahe, dass die Beschreibung der Symptomlast und ihrer Konsequenzen ein wichtiges Thema für die Betroffenen darstellt. PatientInnen und Zugehörige beschreiben darin meist ausführlich den Krankheitsverlauf, die Symptome und die getroffenen Maßnahmen, insbesondere die Medikation.

„Wenn ich was gegessen habe. Das liegt daran, dass im Magen kein Platz mehr ist. Frühstück dringt nicht durch, da entsteht ein Stau, hier, ich kann es sogar merken, da steht das Frühstück, eine Scheibe Brot, halbe Scheibe Brot und ich lege mich hin und wenn diese Schmerzen nicht nachgeben, nachlassen, dann nehme ich Morphin. Und dann geht es besser. Und den Rat befolge ich jetzt. Und der, ja der Arzt sagt, der hat auch nichts dagegen. Er meint, wenn ihnen das hilft, dann machen wir das so. Also keine Tablette, die längere Wirkungszeit hat vielleicht. Und zum Stau im Magen, dazu kommt die Verstopfung. Und die meisten Mittel gegen Verstopfung, die wirken auch über lange, lange Zeit. Manchmal auch dass sie, ja dass sie nicht nachlassen ohne Morphin. Aber das hilft mir. Und dann liege ich so lange, bis ich merke dieser Druck, dieser Schmerz lässt nach.“ (BSSW25, Z. 19)

PatientInnen in der Palliativversorgung haben in der Regel einen fortschreitenden Krankheitsverlauf, so dass häufig keine Verbesserung der Symptomlast möglich ist. In der Mehrzahl der Fälle ist wohl aber eine Stabilisierung auf ein erträgliches Maß zu erreichen.

„Ich weiß der Tag, ich weiß, dass ich Krebs habe im Endstadium und ich weiß, mit der Husterei das ist eben so. Früher, vor einem halben Jahr hatte ich das nicht, jetzt habe ich es. Ja was wollen sie da machen? Ich kann da, man kann viel erzähle und machen und tun, das bringt all nichts. Sie können überhaupt nichts machen. Können die Tabletten schlucken wie einer will, bis zum satt. Dann können sie mir; ja, sieben Morphiumdinger da, damit ich von diesem Druck runterkomme. Das klappt auch nicht immer. Hin und wieder klappt es.“ (BASM11, Z. 63)

In den Interviews äußern PatientInnen explizit ihre psychische Belastung und beschreiben anschaulich wie sie in Angst, Panik und Unruhezustände geraten. Diese Ängste sind teilweise Ängste, dass alles noch schlechter wird (Progredienzangst), vor allem Angst zu ersticken, aber auch unspezifische Ängste vor dem was noch kommt. Ängste werden dabei nicht nur von den PatientInnen, sondern auch von den Zugehörigen geäußert.

„Und ich meine, es reicht ja schon, wenn man stirbt. Wenn man aber dann noch Angst vor den Schmerzen hat, die auf einen zukommen, das ist ja noch viel schlimmer.“ (KSSW4, Z. 167)

„Die haben uns einfach die Angst genommen, fertig. Die haben uns die Angst genommen. Ich hab auch keine Angst mehr vor den Schmerzen, weil ich ja weiß, die helfen [mir !: Mhm], wenn, wenn die stärker werden. Dass die mit der Zeit stärker werden, ist normal, weil der Krebs ja nicht besser wird.“ (KSSW4, Z. 225-226)

Die Ergebnisse der Analyse beschreiben, dass die Linderung komplexer Symptome für PatientInnen und

Zugehörige existentiell wichtig ist. Im Rahmen der Behandlung treten immer wieder Unsicherheiten auf bis hin zu Krisen. Sowohl PatientInnen als auch Zugehörige beschreiben einen großen Klärungsbedarf insbesondere zur Medikation.

Sicherheitsversprechen

Als ein wesentlicher Faktoreiner erfolgreichen ambulanten Palliativversorgung wird analog zu den Ergebnissen von Schneider et al. das von den PatientInnen und Zugehörigen subjektiv wahrgenommene Sicherheitsversprechen benannt. Zusammenfassend lässt sich dies in acht Subfaktoren untergliedern.

Erreichbarkeit

Die Mehrheit der Befragten (83.2%) empfand die ständige und unmittelbare Erreichbarkeit des Teams als entscheidend. Dies wird deutlich auf die Frage, was ihnen an der Arbeit des Versorgungsteams besonders wichtig sei. In fast allen Interviews wird gelobt, dass das Team auch mitten in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen zu erreichen ist und rausfährt, was nicht als selbstverständlich angesehen wird, auch wenn sie von den SAPV Mitarbeitern stets dazu ermuntert werden jederzeit anzurufen. Organisatorisch wird dabei betont, dass telefonisch sofort eine qualifizierte Person zu sprechen ist, auf schriftliche Anfrage über E-Mails direkt reagiert wird und aber auch umgehend ein/e SAPV Mitarbeiter/in zu den PatientInnen nach Hause fährt. Diesbezüglich sei das SAPV Team in der Regel in unter einer halben Stunde vor Ort, sodass auf einen Notarzteinsatz mit eventueller Krankenhauseinweisung gerne verzichtet wird. Interessanterweise wurde die 24-stündige unmittelbare Erreichbarkeit zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht von allen Befragten in Anspruch genommen, es sei aber eine „*psychologische Erleichterung*“ zu wissen, dass jederzeit und unmittelbar Unterstützung zur Verfügung steht. Dadurch habe man „*keine Angst mehr an Angst zu sterben*“. Inhaltlich betonen die PatientInnen oftmals die hohe fachliche Kompetenz auf Fragen der Erkrankung, Begleiterscheinungen und sonstigen akuten krankheitsbedingten Problemen, sodass die PatientInnen und Zugehörigen in vielen Fällen über den telefonischen Kontakt befähigt wurden, die Problemlage alleine zu bewältigen.

Information/Edukation

Der nächste zentrale Aspekt vom empfundenen Sicherheitsversprechen ist laut 70.6% der Befragten die vermittelte Informationsgabe oder Edukation bezüglich Fragen zu Medikamenten, deren Wirkung, Dosierung und Nebenwirkungen, als auch zur weiteren Behandlung, zum weiteren zu erwarteten Verlauf und dem aktuellen Stand. Den PatientInnen sei besonders wichtig, dass transparent, offen und ehrlich

mit ihnen kommuniziert werde, dass es *„immer den Weg der Wahrheit geht“*. Dadurch wisse man, wie es um einen stehe und man könne sich darauf vorbereiten, was eventuell auf einen zukomme. Dies nehme den PatientInnen und Zugehörigen viele Ängste und Sorgen, es biete *„Entlastung, dass man nicht ahnungslos ist“*. Betont wird dabei die hohe fachliche Expertise und klinische Vorerfahrung des SAPV Teams, was den nächsten Subfaktor darstellt.

Handlungskompetenz

Viele der Befragten (38.6%) benennen zudem die wahrgenommene hohe Handlungskompetenz des SAPV Teams, mittels derer Krisensituationen erfolgreich behoben und sogar verhindert werden konnten. Fachliche Expertise sahen die Befragten im pflegerischen als auch medizinischen Bereich durch den gezielten, sicheren Umgang mit Medikamenten und Hilfsmitteln, dass krankheitsrelevante Probleme vorausschauend und frühzeitig erkannt und behoben werden und dabei oftmals kreativ und auf die individuellen Krankheitsbelange angepasst gehandelt werde. Herausstechen würde die SAPV, da sie sich intensiv so lange kümmern bis *„das Bemühen auch von Erfolg gekrönt ist“*.

Befähigung

Entscheidend sei es zudem für ein Viertel (26.4%) der PatientInnen aber vor allem auch Zugehörigen, dass sie in der Pflege und Medikamentengabe angewiesen und geschult werden. So schätzen Zugehörige es sehr, wenn bestimmte Pflegehandgriffe beispielsweise zum Drehen einer/s PatientIn beigebracht werden oder wenn die Medikamentengabe so erklärt wurde, dass sogar die Notfallmedikation bei Bedarf eigenverantwortlich verabreicht werden kann. Zugehörige fühlten sich nach Aufklärung des SAPV Teams dahingehend befähigt und geschult, selbst komplexe Situationen fachlich kompetent bewältigen zu können.

Umfassende Zuständigkeit

Als weiterer essentieller Aspekt des Sicherheitsversprechens wird die umfassende Zuständigkeit des Teams von mehr als der Hälfte der Befragten (57.4%) benannt. Umfassend zuständig zeigen sich die Teams, wenn sie für alle möglichen Problembereiche ansprechbar und adressierbar sind, auch wenn sie üblicherweise nicht zu deren speziellen Tätigkeitsbereichen gehören. Dies umfasst das Beraten zu weiteren Erkrankungen, die nicht palliativmedizinisch relevant sind, das Organisieren von weiteren Palliativdiensten innerhalb Deutschlands im Falle von Urlaubswünschen der PatientInnen sowie klärende Gespräche mit Familienmitgliedern, mit denen es Probleme gibt. Als besonders positiv wurde von vielen Zugehörigen geschildert, dass das SAPV Team bei Bedarf eine Kraft rauschickt, damit die Zugehörigen Zeit für sich haben und wieder neue Kraft und Energie schöpfen können. Für die PatientInnen selber drückt sich die umfassende Zuständigkeit weiterhin darin aus, dass Ärzte auch pflegerische Aufgaben übernehmen und bei Bedarf im Haushalt helfen, wenn beispielsweise mit einer Hemiparese nicht mehr alles erledigt werden kann. Die PatientInnen und Zugehörigen werden also nicht nur durch das Übernehmen dieser zusätzlichen Aufgaben entlastet, sondern schon alleine dadurch, dass sie einen Ansprechpartner haben, an den sie sich schnell und zielführend wenden können. Geschätzt wird von den Befragten demnach, dass die SAPV als Ansprechpartner für jegliche Tätigkeitsbereiche fungiert, auch wenn diese nicht palliativmedizinisch-relevant sind.

Netzwerk/Kooperation

Verwandt an die umfassende Zuständigkeit wurde von 40.1% der Befragten das externe Netzwerk der SAPV benannt und gelobt, sodass dieses als separater Subfaktor gehandhabt wurde. Besonders häufig wurden dabei Kooperationen mit Apotheken, Verhandlungen mit Krankenkassen und dem MDK und die Vermittlung zu weiteren Fachkräften (z.B. Psychoonkologen, Urologen, Neurologen, Physio- oder Maltherapeuten) benannt. Ebenso wichtig erscheint den PatientInnen die Kooperation zu Sanitätshäusern zur Beschaffung von Hilfsmitteln, wie z.B. einem Rollator oder einem Krankenbett. Zu letzterem wird laut einigen PatientInnen sogar gemeinsam überlegt wo diese in der Wohnung platziert werden können. Auch engagieren die SAPV Mitarbeiter sich um den Kontakt mit Palliativstationen, Pflegediensten, Pflegeheimen und Hospizen, sollte dies seitens der Mitarbeiter erforderlich oder von den PatientInnen und/oder Zugehörigen gewünscht sein. Zuletzt ist die Einbindung des Hausarztes zu benennen. Auch wenn dieser laut PatientInneninterviews vermehrt in den Hintergrund rückt, ist insgesamt eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu erkennen. Die Hausärzte und SAPV-Teams ergänzen sich demnach sinnvoll um eine PatientInnenzentrierte Versorgung.

Zusammenarbeit

Knapp ein Viertel der Befragten (22.8%) thematisierten die herausragende interne Zusammenarbeit der SAPV Teams, sowohl der einzelnen Berufsgruppen untereinander als auch interdisziplinär, etwa zwischen den ÄrztInnen, Pflegekräften und PsychologInnen. Positiv wurde bewertet, dass die SAPV Mitarbeiter alles detailliert dokumentieren und regelmäßige Besprechungen und PatientInnenkonferenzen stattfinden, so können sich die MitarbeiterInnen orientieren, voneinander erfahren und sich austauschen. Dadurch vermitteln die SAPV MitarbeiterInnen glaubhaft, dass multiperspektivische Professionalität gegeben ist und multiprofessionell auf die individuellen Belange eines jeden PatientInnen eingegangen wird.

Vertrauen/Vertrauensperson

Zuletzt betonen knapp ein Viertel (23.4%) der Befragten, dass ihnen Vertrauenswürdigkeit wichtig ist. Besonders im häuslichen Umfeld und zu späten Uhrzeiten ist es für die Befragten essentiell, Vertrauen zu den SAPV Mitarbeitern zu haben. Die PatientInnen sprachen auch oft von Vertrauen im anwaltlichen Sinne, dass gemeinsam überlegt und nach Lösungen gesucht wird, die im Sinne der PatientInnen sind, besonders aber nicht ausschließlich, wenn die PatientInnen „selber nicht mehr können“. Dadurch dass die SAPV von vielen PatientInnen als sozial kompetent beschrieben wird, gelingt es der SAPV empathisch zu sein und sich in die Lage der PatientInnen hineinzufühlen. Dies evoziere schnell eine hohe Vertrauensbasis.

Alltagsrahmung

Die ambulante Palliativversorgung hat als Grundlage und Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung des PatientInnen in seinem häuslichen Umfeld in der existenziellen Krisensituation des Sterbens zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod

zu gewährleisten. Damit steht sie vor der Aufgabe, Normalität in eine häusliche Ausnahmesituation zu bringen, eine „Normalisierung des A-Normalen“ zu schaffen, die als Alltagsrahmung beschrieben wird (Schneider et al., Ergebnisbericht, p. 95). Die palliativen Dienstleistungen beeinflussen unmittelbar die häusliche Lebenswelt von PatientInnen und Zugehörigen. Die Anwesenheit der PC-Teams wird gelegentlich als Eingriff in den Alltag erlebt und als notwendige Störung akzeptiert. Die Einbindung der Teams in den üblichen Tagesablauf muss sich in der Regel erst einspielen.

Beim Wirkfaktor Alltagsrahmung scheinen die folgenden Themen wichtig:

- Zeit und Präsenz;
- Soziale Kompetenz;
- Partizipation;
- Wünsche und Prioritäten;
- Entlastung;
- Lebensqualität.

Zeit und Präsenz

In der prospektiven PatientInnenbefragung thematisierten die Interviewten den Aspekt von Zeit und Präsenz, das Erleben von ungeteilter Aufmerksamkeit durch die PC-Teams im Vergleich zu anderen Versorgungssettings, als besonders wichtig,

„... was eben im normalen Ablauf nicht so ist, weder beim Hausarzt, der da nicht die Zeit für hat, wie auch bei allen anderen Institutionen.“ (KSLM104, Z. 54)

„Ja, man fühlt sich nicht wie ein Fließbandpatient.“ (KSSW4, Z. 180)

Eine Einschätzung, die auch von Familienangehörigen und Zugehörigen geteilt wird.

„... das für mich so verblüffende ist, die haben IMMER Zeit. Das ist im Krankenhaus anders. Also das fand ich, fand ich wirklich sehr wohltuend. (KSSM04_A, Z. 54)

PatientInnen und Zugehörige heben gleichermaßen hervor, die PC-Teams nähmen sich ausreichend Zeit, vermittelten nicht den Eindruck von Eile, Hektik oder Druck. Vordergründig geht es um das Gefühl, Zeit mitzubringen und Ruhe zu geben. Dabei ist den PatientInnen durchaus bewusst, dass auch diese einem Zeitmanagement unterstehen.

„Und die Zeit die sie zeigen (.) Die haben sie bestimmt auch nicht so, aber das merkt man gar nicht, ne?“ (KSSM85, Z. 74)

Das Gefühl, Zeit zu haben, bezieht sich gerade bei den SAPV-Teams nicht nur auf die medizinische Versorgung, sondern auch auf darüber hinaus gehende Belange, auf „fast jedes Problem“ (BSLM43,

Z. 29). Zeit sei auch da, auf Fragen einzugehen, Themen zu Ende zu besprechen und vor allem Lösungen zu finden. Das auf die persönlichen Belange des PatientInnen oder Zugehörigen eingehen, das Zuhören, das „offene Ohr“ (KSSM54, Z. 74) durch die PC-Teams wird hervorgehoben. Als aufbauend und wohltuend werden intensive Gespräche nicht nur über die Krankheit, sondern auch „über Gott und die Welt“ empfunden.

„Ach, was eigentlich wichtig ist, dass die hierherkommen und mir auch mal zuhören, wissen Sie? Das man da mal sagen, ja das und das und dies und jenes, jetzt fällt mir jetzt nichts Konkretes ein, aber das die Damen hierherkommen und sich sagen, dass tut mir irgendwie gut. Und äh ja, und danach geht's mir auch irgendwie, wenn die dann weggehen nach einer Viertelstunde so, dann geht es mir besser. Ja das ist einfach so, mehr kann ich dazu gar nicht sagen. Und Dr. <Name>, wie gesagt, wenn der kommt der sitzt da auch ein halbes Stündchen bei mir und dann reden wir auch über Gott und die Welt. Wir sind beides studierte Leute, also da kann man sich mal austauschen und ja auch das ist, das hilft mir auch. Das baut mich innerlich ein bisschen auf. Dann denke ich nicht mehr an diese blöde Krankheit, die ja nun mal da ist, die ein Faktum [ist], man denkt da nicht dran, und wenn der dann auch weg ist, dann geht es mir einfach gut, ne.“ (ASSM38, Z. 22)

Die Präsenz der SAPV-Teams, deren Besuche und Telefonkontakte vermitteln das Gefühl nicht allein zu sein, nicht allein gelassen zu werden. Dabei ist den PatientInnen wichtig, dass auch die Familie und Zugehörige eingebunden werden.

„es gibt mir auch Sicherheit, weil höchstwahrscheinlich die Zukunft, wie soll ich das Ausdrücken, also ich weiß ja nicht, was jetzt passiert, aber ich wird dann in Zukunft auch bis zu einem bestimmten Punkt, äh nicht alleine gelassen, beziehungsweise meine Frau und ich nicht.“ (KSSM02_A, Z. 12)

„JAJA das ich nicht alleine bin. Das ist, ich weiß nicht ob ich das ausdrücke, also ich wäre alleine absolut überfordert.“ (KSSM02_A, Z. 56)

„... und sie wissen, dass die Menschen, die das betrifft, sich nicht nur derjenige, der jetzt krank ist, sondern die ganze Familie da ja in Mitleidenschaft gezogen ist und also von den Leuten, wo wir jetzt mit zu tun haben, bringen auch Ruhe mit; ja Ruhe und Zeit.“ (BSSM68, Z. 80).

Soziale Kompetenz

In diesen Zusammenhang gehört die hier unter soziale Kompetenz subsumierte informelle Kommunikation, der Bereich der Zwischenmenschlichkeit und Empathie sowie der in der Palliativversorgung angestrebte umfassende Betreuungsansatz. Wahrgenommen werden Mitgefühl,

Hilfsbereitschaft, Fürsorglichkeit und weitere zwischenmenschliche Aspekte wie Freundlichkeit, Höflichkeit, Einfühlsamkeit oder Offenheit. Der persönliche Kontakt und die Wahrnehmung des PatientInnen als Individuum vermitteln ein Gefühl von Geborgenheit und privater Nähe. Dies lenkt ein Stück weit von der terminalen Krankheit ab.

„Ich weiß, dass ich bald sterben werde, aber trotzdem, sie geben nicht einem das Gefühl, ähm so KRANK zu sein oder, ne. ... Man hat ein ganz normales Verhältnis, ne, wie du und ich, also nicht diesen Pfleger-Patient-Verhältnis ... sehr ANGENEHME Art, ohne sich krank zu fühlen.“ (KSSW38, Z. 58).

„und das sie noch ´nen bisschen denken, dass ich nicht schon ganz [kaputt bin I: Mhm] sondern das ich noch ein bisschen am Leben bin, dass sie mein persönliches ICH noch akzeptieren.“ (KSSM57, Z. 79).

Neben dem medizinischen Know-How wird das Eingehen auf die Persönlichkeit der PatientInnen hervorgehoben. Diese „menschliche Ausschmückung“ als „zusätzlicher Hilfsdienst“ (BSSW69, Z. 220, 222) wird als wünschenswert erachtet.

Partizipation

Die Partizipation und Mitbestimmung der PatientInnen und ihrer Zugehörigen und das Eingehen auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche stehen im Mittelpunkt der Palliativversorgung. Als wichtige Bestandteile der Versorgung werden in den Interviews die Einbindung der PatientInnen in die Medikation und Therapie sowie die Terminabsprache gesehen. Aus den Interviews der spezialisierten Versorgung geht die Bedeutung der Beratung auf Augenhöhe ohne „Schulmeisterei“ (BSSW69, Z. 197) und Dominanz, der Suche nach Lösungen mit den PatientInnen, des Gefühls der Teamarbeit sowie der dabei wichtigen Rolle der PatientInnen hervor.

„Und ich finde, das ist etwas unglaublich Wichtiges, dass die dann auch zuhören, Lösungen suchen, mit einem eine Lösung suchen, also nicht – nicht irgendwie GEGEN mich, sondern wirklich auch – ich glaub, die haben auch relativ schnell rausgefunden, wie ich so funktioniere.“ (KSSW23, Z. 77)

Erleben von Unterstützung und Entlastung

Die Versorgung zu Hause stellt die PatientInnen und Zugehörigen vor viele Aufgaben und Herausforderungen. Das Erleben von Unterstützung und Entlastung sowohl für die PatientInnen als auch für die Familie erscheint daher häufig in den Interviews. Viele PatientInnen und Zugehörige empfinden die Übernahme von organisatorischen Aufgaben durch die PC-Teams, wie die Besorgung von Medikamenten oder das Stellen der Tabletten, aber auch kleinere Hilfen in der Pflege oder im Haushalt, als große Erleichterung ihres Alltags und ein Gewinn an Lebensqualität.

„Beim Arzt anrufen, über's Telefon, dann zur Apotheke, meistens wird noch bestellt, wie

die – die Hormo- die Morphine –, die kriegt man nicht direkt mit. Die muss man erst bestellen, unterschreiben. Das sind Sachen, die mir UNHEIMLICH viel bringen, wo ich schon mal NICHTS mit zu tun hab, ne.“ (KSSM5, Z. 293)

„Das gibt auch, äh, ist eine Erleichterung, weil ich für Rezepte nicht ständig zu irgendwelchen Ärzten rennen muss und das alles aus einer Hand kommt, bis auf die, äh, Blutdrucksenkenden-Tabletten, die meine Frau vorher schon bekommen hat, das muss man wohl doch beim Hausarzt gemacht werden ...“ (KSSM02_A, Z. 10)

Die Übernahme organisatorischer Aufgaben durch die PC-Teams, entlastet sowohl PatientInnen als auch Zugehörige und bringt beiden weitere gemeinsame Zeit.

„Und – und das ist schon'n Luxus, den man hat, dass man eben mit seinem – mit seinem Zugehörigen dann auch andere Zeit verbringen kann, ohne diese Organisations-, organisatorischen Dinge zu regeln, Rezept abholen, gucken, ob der Arzt aufhat, dann muss man zur Apotheke.“ (KSSW01_A, Z. 17)

Lebensqualität

Die Versorgung zu Hause, in der gewohnten, vertrauten Umgebung, verbunden mit der Anbindung an Familie und Nachbarschaft, und der Möglichkeit, eigene Gewohnheiten wahrzunehmen, werten viele PatientInnen trotz der Ausweglosigkeit ihrer Erkrankung als sehr positiv.

„Das ich zuhause bin, das ist für mich das wichtigste.“ (KSSM69, Z. 15)

Im Kern ist die ambulante Palliativversorgung am Wohnort der PatientInnen nur funktionsfähig, wenn das häusliche System mit Zugehörigen stabil bleibt. Die verschiedenen Aspekte des Bereichs Alltagsrahmung deuten darauf hin, wie wichtig ausreichend Zeit und Präsenz, die soziale Kompetenz, die Partizipation sowie die Entlassung der PatientInnen und Zugehörigen für die Versorgung sind.

Ergebnisse Team Interviews

Aufgrund der Heterogenität der Interviewten und daraus resultierenden sehr unterschiedlichen Perspektiven, die die Befragten aufgrund ihrer Profession, des Versorgungssystems in dem sie wirken und der Region einnehmen, ist ein eindeutiger Faktor, der die Wirksamkeit der ambulanten Versorgung hervorhebt, nicht ersichtlich.

Insgesamt werden besonders häufig Aspekte der Kategorie Sicherheitsversprechen (Erreichbarkeit (37)), der Alltagsrahmung (ganzheitliche Versorgung (50)), der Kooperation/Organisation (allgemeines Netzwerk (47)) und der Qualitätsmerkmale (Hindernisse/Überforderungen (67)) sowie Abgrenzungsmerkmale zwischen AAPV und SAPV (77) geschildert.

Sicherheitsversprechen/ Erreichbarkeit

Alle Befragten stimmen darüber überein, dass der Sicherheitsaspekt aus Sicht der VersorgerInnen ein wichtiger Faktor für die PatientInnen in der ambulanten Palliativversorgung ist. In 10 von 11 Interviews wird dies in Zusammenhang mit der Erreichbarkeit, also dem Gefühl der PatientInnen und An-/Zugehörigen, bei Unsicherheiten jederzeit Personal des Dienstes anrufen zu können, geschildert.

„Aber ich glaube diese, was viele eben sagen und das ist ja bei SAPV genauso, dieses dass man 24 Stunden einen anrufen kann. Das ist schon für viele einfach, dass man es kann[...]Eine unheimliche Sicherheit.“

(Pflegerkraft, AAPV)

Es werden dabei auch verschiedene Systeme beschrieben, wie die notwendige Erreichbarkeit hergestellt wird, z.B. Rufbereitschaft innerhalb eines Teams oder Koppelung der AAPV-Pflegedienste an SAPV-Rufbereitschaft, die die AAPV-Pflegedienste mitabdeckt. Hier wird auch die PatientInnenorientiertheit deutlich, da die Telefonnummern durch die VersorgerInnen auf ein Telefon umgestellt werden, sodass die PatientInnen nur eine Notrufnummer erhalten, bei denen sie jederzeit die Rufbereitschaft erreichen. Von ärztlicher Seite wird die unmittelbare, schnelle Verfügbarkeit der SAPV im Gegensatz zur AAPV betont.

Bei der Sozialarbeiterin wird zwar der Sicherheitsaspekt, nicht aber die Erreichbarkeit erwähnt, was darauf hindeuten kann, dass dies in ihrer Tätigkeit, in Abgrenzung zum medizinisch-pflegerischen Personal, nicht als Priorität gesehen werden muss. Bei ihr wird hingegen das Vertrauen hervorgehoben, was bei den anderen Berufsgruppen nur gelegentlich erwähnt wird. Sie unterscheidet dabei das Vertrauen zwischen den einzelnen Netzwerk-Akteuren und das Vertrauen, das zwischen den MitarbeiterInnen der AAPV und deren PatientInnen herrscht.

Alltagsrahmung/ ganzheitliche Versorgung

In der Mehrzahl der Interviews (9 von 11) werden Gesichtspunkte einer ganzheitlichen Versorgung erwähnt. Der PatientInnenwille wird dabei als grundlegend für die Versorgung angesehen, insbesondere das Beachten der Patientenverfügung wird betont. Die Ganzheitlichkeit spiegelt sich für die VersorgerInnen darin, körperliche und psychisch-emotionale Bedürfnisse wahrzunehmen und darauf einzugehen, aber auch die Angst vor dem Sterben zu nehmen. Dafür ist das Sammeln von Informationen zu Vorstellungen des PatientInnen zur Versorgung von Bedeutung, die im Erstgespräch beginnt und im Verlauf immer wieder neu besprochen wird. In diesen Aussagen geht die Individualität der Versorgungssituation deutlich hervor. Hierbei wird auch dem sozialen System, in dem die PatientInnen leben, Beachtung geschenkt. So wird versucht, auf Bedürfnisse von Zugehörigen z.B. bei Terminen gerecht zu werden, aber auch die Realisierung von PatientInnen- und An-/Zugehörigenwünschen hinterfragt, um auf eine gemeinsame Umsetzung dieser im Alltag abzielen. Auch das Erfüllen letzter Wünsche wird mittels ehrenamtlicher Dienste versucht. Unter den Aspekt der ganzheitlichen Versorgung fällt aber auch das Erkennen von Grenzen, z.B. durch Überlastung der

Zugehörigen. In diesen Fällen erfolgt sowohl in der AAPV sowie in der SAPV eine Verlegung in Hospize, Palliativstationen oder Krankenhäuser, was allerdings auch zu Schwierigkeiten für die MitarbeiterInnen führt, wenn PatientInnen- und An-/Zugehörigenwunsch auseinandergehen. Auch der Nachversorgung der An-/Zugehörigen wird nach dem Tod der Patientin oder des PatientInnen eine Rolle beigemessen. In einem Interview wird auch eine Form der Beziehungspflege erwähnt. Dabei wird eine Pflegekraft ausgewählt, die, falls es für beide Seiten menschlich stimmig ist, zur Bezugsperson gewählt, die den PatientInnen oder die Patientin hauptsächlich betreut.

Kooperation/Organisation/ allgemeines Netzwerk

Die Koordination besteht in allen Aussagen in der Abnahme von Organisationsleistung. Dies bezieht sich entweder auf Organisation von Hilfsmittel und/oder Medikamente oder auf Verlegung in Krankenhäuser oder Hospize. Die Kooperationen mit Haus- und FachärztInnen, Pflegediensten und ehrenamtlichen Hospizen und Netzwerken werden vermehrt genannt. Letztere sind insbesondere zur Deeskalation schwieriger Situationen sowie für Nacht- und Sitzwachen eine große Unterstützung zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung. Kooperationen mit Physio- und ErgotherapeutInnen werden ebenfalls erwähnt. Ein Pflegedienst spricht auch von der Gründung eines Palliativnetzwerks mit Kooperationspartnern, das sich mehrmals im Jahr trifft und Veranstaltungen plant. Die Vorteile der Netzwerke werden in einer schnellen Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Dienstleistungen gesehen.

„Dann sind natürlich alle anderen Mithandelnden auch an 7 Tagen erreichbar[...]bekomm ich wesentlich schneller Termine, als wenn ich die Strukturen nicht habe.“
(Palliativarzt, AAPV/SAPV)

Abgrenzung

Neun von 11 Interviewten konnten abgrenzende Merkmale in der Betreuung zwischen einem AAPV- und SAPV-PatientInnen aufzeigen. Daraus ergeben sich für die MitarbeiterInnen unterschiedliche Beurteilungen der Wirksamkeitsmechanismen in der ambulanten Versorgung.

In der SAPV wird zum einen vermehrt die Wichtigkeit der Multiprofessionalität im größeren Team betont, insbesondere auch die Wichtigkeit der Koordinationskraft oder -kräfte in der Zentrale, die organisatorische Aufgaben abnehmen. In der AAPV sei man im Gegensatz dazu oft auf sich allein gestellt.

„Aber es ist einfach kein SAPV-Team was mindestens zwei Mal in der Woche zusammensitzt und wo ein Arzt schildert so und so und der Case Manager schildert so und so und dann irgendwann der Arzt sagt wie wärs denn, wenn du mal ... Das ist einfach nicht. Die sind halt doch sehr Einzelkämpfer.“
(Sozialarbeiterin, AAPV)

Bei den ÄrztInnen, die sowohl AAPV- als auch SAPV-PatientInnen betreuen, wird die Flexibilität durch die Kombination beider Systeme hervorgehoben, mit der die Möglichkeit bestehe, nach den

Bedürfnissen des PatientInnen bei Verschlechterung oder Verbesserung des Allgemeinzustands den PatientInnen in das andere System einzugruppieren. Demgegenüber erlebt die Sozialarbeiterin den Übergang von der AAPV in die SAPV kritisch, da er erst dann erfolge, wenn das AAPV-Team eine engmaschigere Kontrolle aufgrund der Finanzierung nicht sicherstellen könne. Sie befürwortet daher eine gute Absprache, sodass diese früher in die SAPV kommen.

Die besondere Freiheit in der SAPV wird vom medizinischen Personal insbesondere auf die Symptomlinderung bezogen, in der ÄrztInnen keinen finanziellen Druck verspürten und sich dadurch eine besonders effiziente Symptomlinderung durch Verwendung speziellerer Medikamente als in der Regelversorgung oder AAPV durchführen ließe. Des Weiteren würden durch die vertraglichen Einbindungen anderer Fachärzte Einweisungen ins Krankenhaus in der SAPV wegfallen.

„In dem Moment, in dem ich einen Psychoonkologen brauche ist es schon in der AAPV nicht mehr möglich, weil die kommen nicht auf Hausbesuch und sie kriegen keine Termine. In dem Moment[...]hab ich faktisch nur noch die Möglichkeit die Leute einzuweisen[...]In der SAPV[...]sind die Zahlungsflüsse alle geklärt, ist es völlig klar für den Urologen, wenn er kommt, er kriegt diesen Hausbesuch auch unabhängig von allen Budgets bezahlt“ (Palliativarzt, AAPV/SAPV)

Pflegekräfte und MedizinerInnen stimmen darin überein, dass in der AAPV die finanziellen Mittel begrenzt sind, so würde beispielsweise die Entlohnung für die Betreuung bei PalliativpatientInnen geringer als in der SAPV ausfallen. Sowohl im medizinischen als auch im Pflegebereich wird bemängelt, dass die Aufnahmekapazität an PalliativpatientInnen in der AAPV beschränkt sei. Hier geht es insbesondere um wirtschaftliche Aspekte wie Kosten, die bei der Aufnahme vieler AAPV-PatientInnen den Budgetrahmen übersteigen, insbesondere werden bei den MedizinerInnen Hausbesuche erwähnt. Dabei wird auf den qualitativen Anspruch, z.B. die zeitintensivere Betreuung, verwiesen, der mit dem wirtschaftlichen Aspekt zusammenhängt und der bei hoher AAPV-Auslastung nicht mehr gewährleistet werden könne.

Allerdings sind die genannten Bereiche nicht die Themengebiete, die in alle Interviews vorkommen. Allen Interviews gemein sind die Themenfelder Hindernisse/Überforderung und Wünsche, was Rückschluss darauf gibt, dass aufgrund der Heterogenität nur Kategorien auf sehr allgemeiner Ebene alle Interviewten betreffen. Deren Analyse gibt dennoch gute Einsicht in Bedarfe der Dienste.

Qualität/Hindernisse/Überforderung

Hindernisse werden vorwiegend von der AAPV als Problematik in der Übergangssituation vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung geschildert. Hier trafen PflegerInnen oft auf PatientInnen und An-/Zugehörige, die sich aus verschiedenen Gründen, z.B. fehlender Zeit nach Diagnosestellung bzw. letzter Therapie oder Verdrängung, noch nicht mit ihrer palliativen Situation befasst haben.

PflegerInnen und Ökotrophologin werden häufig zunächst als Eindringlinge in den privaten Raum wahrgenommen.

„Es ist nicht so, dass die Leute glücklich sind, wenn wir kommen, sondern es ist natürlich immer ein Eindringen in die häusliche Umgebung ist immer komisch für die Menschen(...)Gerade für Ältere, die eben dann doch sehr autonom und autark gelebt haben. Zu dem Zeitpunkt ist das eine Katastrophe, dass jemand kommt.“ (Pflegekraft, AAPV)

Die Arbeit der Ökotrophologin in der AAPV würde aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Klinik- und Hausärzten erschwert, da durch fehlende Verordnung die Beschaffung des notwendigen Materials verzögert würde. Hinzukommend wären für sie Situationen besonders schwierig, in denen sich Überforderung von PatientInnen und An-/Zugehörigen zeigen, die Inhalte betreffen, die außerhalb ihres Kompetenzbereichs liegen. Aus pflegerischer Sicht werden überfordernde Situationen bei psychischer oder Suchterkrankung insbesondere bezüglich der Medikation festgestellt.

In der AAPV wird auch eine Abhängigkeit der Pflegekräfte von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten beschrieben, sodass sich PflegerInnen manchmal in schwierigen Situationen wie akute Schmerzen beim PatientInnen alleingelassen und hilflos fühlten. Alleinstehende PatientInnen für beide Seiten zufriedenstellend zu versorgen, empfinden sowohl MitarbeiterInnen der AAPV- als auch SAPV-Dienste als Herausforderung. Auch wenn Wünsche von An-/Zugehörigen z.B. bezügliche Therapien oder Hilfsmittel von denen der PatientInnen abweichen oder An-/Zugehörige selbst erkrankt oder generell überfordert mit der Situation sind oder aber mehrere An-/Zugehörige unterschiedliche Ansprüche an die Versorgung haben, wird dies als schwierig wahrgenommen.

„Geschwister die unterschiedlicher Meinung sind, ähm, die, der eine sagt die Mutter hätte das aber gerne so gewollt und der andere sagt, die Mutter hätte das aber gerne so gewollt[...]“
(Palliativarzt, AAPV/SAPV)

Die gleiche Problematik wird bei Divergenzen der Wünsche der PatientInnen oder deren An-/Zugehörigen und der Dienste ersichtlich, was z.B. Hilfsmittelbeschaffung, Einbindung der Hospizdienste, Terminwünsche oder Medikamenteneinnahmen nach Plan einschließt.

Wünsche

Aufbauend auf den Aussagen der überfordernden Situationen wird in den Wünschen der AAPV-MitarbeiterInnen von einem zuständigen Arzt im Hintergrunddienst oder aber einer besseren Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und einer Koordinationsstelle für die Hilfestellung von Organisationsleistungen für AAPV-PatientInnen gesprochen. Von ärztlicher Seite wird sich in der AAPV mehr Zeit für die Versorgung gewünscht.

In der SAPV überwiegen andere Themen. Diese können aufgeteilt werden in allgemeine Wünsche z.B. die SAPV auch vermehrt in ländlichen Regionen zu implementieren oder eine offizielle Aufklärungsstelle für PatientInnen wie einen seriösen Internetauftritt zu schaffen oder und persönliche Wünsche wie den Zustand, in dem die SAPV als ambulante Struktur wirkt, aufrechterhalten zu können.

Zusammenfassung

Als zentraler Aspekt einer erfolgreichen ambulanten Palliativversorgung wird das subjektiv wahrgenommene Sicherheitsversprechen benannt. Das durch die Teams vermittelte Sicherheitsversprechen vermittelt den PatientInnen und Zugehörigen, dass die Situation auch im häuslichen Umfeld mit der Unterstützung des Teams bewältigbar ist und nimmt den PatientInnen und Zugehörigen somit ein Gefühl der Verunsicherung und Überforderung. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass das häusliche System stabil bleibt. Alltagsrahmung oder „Normalität im Alltag“ als Konzept von Wirksamkeit unterstützt diese Stabilisierung durch ausreichend Zeit und Präsenz, die soziale Kompetenz, die Partizipation sowie die Entlassung der PatientInnen und Zugehörigen.

Dies wird auch durch Themen aus der Analyse der Teaminterviews deutlich. Insgesamt werden besonders häufig Aspekte der Kategorie Sicherheitsversprechen (Erreichbarkeit (37)), der Alltagsrahmung (ganzheitliche Versorgung (50)), der Kooperation/Organisation (allgemeines Netzwerk (47)) geschildert.

Aufgrund der Heterogenität der Interviewten und daraus resultierenden sehr unterschiedlichen Perspektiven, die die Befragten aufgrund ihrer Profession, des Versorgungssystems in dem sie wirken und der Region einnehmen, ist ein eindeutiger Faktor, der die Wirksamkeit der ambulanten Versorgung hervorhebt, in dieser Stichprobe nicht ersichtlich geworden.

Vorschläge für SAPV Richtlinien Evaluation

PatientInnen und An-/Zugehörige beschreiben die Wirksamkeit von SAPV vor allem durch die subjektiv erlebte Sicherheit der Versorgung. Faktoren die fördernd empfunden werden, können wie folgt zusammengefasst werden.

- ausreichend Zeit zur Betreuung
- weitere Stärkung der Qualität von Koordination um die 24-stündige Erreichbarkeit und unmittelbare Verfügbarkeit zu gewährleisten
- Stärkung des externen regionalen Netzwerks – verbesserte Einbindung von Hausärzten, Apotheken, Sanitätshäusern und weiteren therapeutischen Angeboten – zur Verbesserung des umfassenden Informationsaustauschs
- fortlaufende Schulung des Personals zur Sicherstellung der Informationsbedarfe von PatientInnen und Zugehörigen

Literatur

Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, U. (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): OECD- Prüfbericht zur Politik für ländliche Räume – Deutschland, Paris 2007, S. 33.

Schneider, W., Eichner, e., Thoms, U., Stadelbacher, S., Kopitzsch, F. (2015). Zur Praxis von SAPV in Bayern: Wirksamkeit, Struktur-/prozesseffekte und ländliche Versorgung. Gesundheitswesen, 77, 219-224.

(Wollny, A., Marx, G. (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 11, 467-475.)

Anhänge

Codebaum

Erhebungsinstrument inklusive Interviewleitfaden

Empfehlungen zur Adaptation der G-BA SAPV Richtlinie

Vorschläge zur Anpassung des Richtlinien textes nach Evaluation der SAPV im Vergleich mit der AAPV in der Region Nordrhein als Modellregion

Klassifikation der Konsensstärke nach AWMF

starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75 - 95 % der Teilnehmer
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 - 75 % der Teilnehmer
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

Teil 1: Empfehlungen innerhalb der SAPV- Richtlinie:

§1 Grundlagen und Ziel Abschnitt 1 Satz 2

Neufassung von Abschnitt 1 Satz 2:

„Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die palliativmedizinisch-palliativpflegerische Zielsetzung, auf eine sichere häusliche Versorgung hinzuwirken sowie Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“

(Konsens)

§ 3 Anforderungen an die Erkrankung Abschnitt 3 Satz 2

Neufassung von §3, Abschnitt 3, Satz 2:

² Bei Erwachsenen wie auch bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer prognostizierten langen Lebenserwartung erfüllt.

(mehrheitliche Zustimmung)

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

Neufassung von §4, Satz 2:

² Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung **jederzeit und vollumfänglich** spezifische palliativmedizinische und/ oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. ³Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- **ausgeprägte sonstige Symptomatik, die z. B. eine Krisenintervention erfordert oder das Hinwirken auf eine Sicherung der häuslichen Versorgung**

(mehrheitliche Zustimmung)

§5, Inhalt und Umfang der SAPV

Neufassung von §5, Abschnitt 3:

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen **durch Teammitglieder, die Kenntnisse über die Situation der Patientin / des Patienten haben**
- Beratung, Anleitung, **Befähigung** und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod

(Konsens)

Teil 2: Empfehlungen außerhalb der SAPV-Richtlinie (alle Konsens):

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Eine Betreuung im Rahmen der SAPV sollte nicht nur auf Patientinnen und Patienten mit einer Krebsdiagnose begrenzt sein, sondern auch alle anderen schweren Erkrankungen betreffen, die mit einer begrenzten Lebenserwartung verbunden sind, speziell - aber nicht ausschließlich - bei einer Versorgung am Lebensende.

§3 Anforderungen an die Erkrankungen

Maßnahmen sollten ergriffen werden, die auf eine frühere und verbesserte Erkennung eines palliativen Bedarfs abzielen.

§ 7 Verordnung von SAPV

Es sollte eine größere Aufmerksamkeit für die Verordnung von SAPV in der Ärzteschaft geschaffen werden

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) – Formular 63

- Die Verordnung sollte vereinfacht werden.
- Nach Verordnung durch den Zuweisenden sollte die SAPV-Verordnung durch das Ergebnis eines Erst-Assessments des SAPV-Teams ergänzt werden.
- Neben einem komplexen Symptomgeschehen und dem Ziel einer Beschwerdestabilisierung sollte der Aspekt des Sicherheitsversprechens sowie einer Krisenintervention durch eine SAPV-Betreuung auch den Zugang zu dieser Versorgungsform ermöglichen.

Für alle genannten Empfehlungen außerhalb der SAPV-Richtlinie (Teil 2) bestand ein Konsens unter den Experten. Die Empfehlungen aus Teil 1 und 2 wurden anhand eines Experten-Delphi-Prozesses (Gruppen-Delphi und anschließend online Delphi-Prozess) konsentiert. Basis war ein gemeinsamer Experten-Workshop, wo die Ergebnisse aller APVEL-Teilprojekte den Experten vorgestellt wurden, um anschließend Daten-basiert, die G-BA SAPV-Richtlinie evaluieren zu können.

Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke (Konsortialführung APVEL – ein G-BA Innovationsfonds-Projekt)
Stellvertretend für das gesamte Studienteam

APVEL

Management Summary

Dieses Dokument beschreibt den Zweck und den technischen Aufbau einer mobilen Anwendung (kurz App), mit der Patienten der Palliativmedizin bei der Wahl der Palliativversorgung unterstützt werden sollen. Die App bietet einen Fragebogen an, der anonym ausgefüllt wird und lokal ausgewertet wird.

Die App soll von Ärzten Patienten zur Verfügung gestellt werden (z.B. über ein Tablet in der Praxis), welches von mehreren unterschiedlichen Patienten ausgefüllt werden kann.

Datenmodell

Die App speichert weder lokal noch entfernt personenbezogenen Daten und Antworten zum Fragebogen und löscht bei jeder Nutzung die zuvor ausgefüllten Fragebögen.

Das interne Datenmodell besteht aus Multiple-Choice Fragen deren Antworten mit den Nummern 1 bis 5 belegt (1 = Gar nicht, 2 = Ein wenig, 3 = Mäßig, 4 = Stark, 5 = Extrem stark) und in die Kategorien IPOS Schwäche, IPOS Mobilität, IPOS Familie, FACIT G7 und FACIT PAL4 zugeordnet sind. Zudem gibt es zu Beginn eine Frage zum ECOG Score mit den Werten von 0 bis 5 (0 = keine Einschränkung, 1 = Einschränkung des Allgemeinzustands ohne Einschränkung der körperlichen Aktivitäten, 2 = Einschränkung der körperlichen Aktivitäten; Bettlägerigkeit < 50% der Tageszeit; 3 = Einschränkung der körperlichen Aktivitäten; Bettlägerigkeit > 50% der Tageszeit, 4 = Dauerhafte Bettlägerigkeit, 5 = Tod).

Der ausgefüllte Fragebogen wird mit folgender Diskriminanzfunktion ausgewertet:

$$\text{Score} = \text{ECOG} * 0.655 + \text{IPOS Schwäche} * 0.187 + \text{IPOS Mobilität} * (-0.143) + \text{IPOS Familie} * 0.356 + \text{FACIT G7} * (-0.247) + \text{FACIT Pal4} * 0.247$$

Ein negativer Wert bedeutet eine Einordnung in die AAPV. Ein positiver Wert bedeutet eine Einordnung in die SAPV. Die Formel hat einen Wertebereich von -1.56 bis 6.435.

Nutzung

Die App besteht aus drei Masken, die in Abbildung 1 gezeigt und im Folgenden erklärt werden:

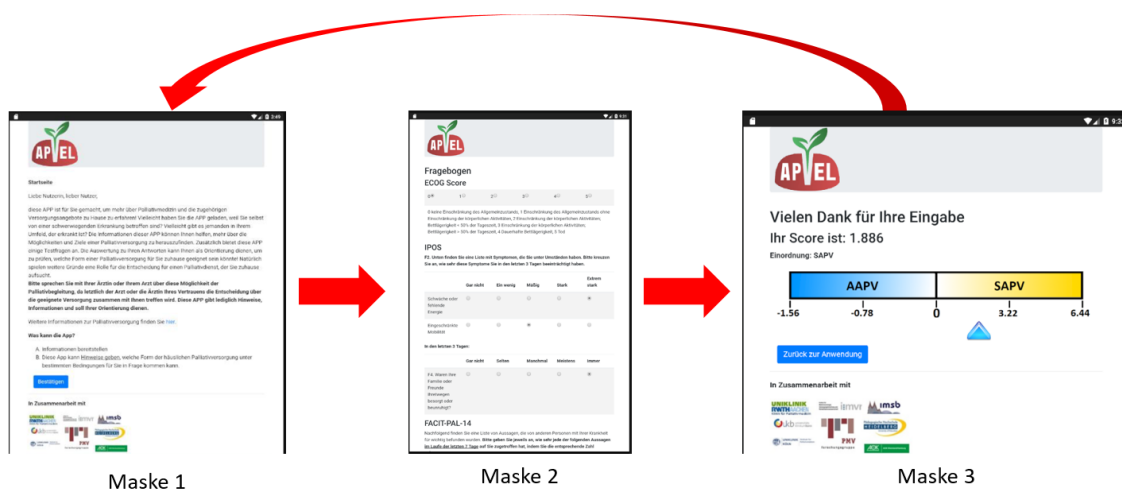


Abbildung 1: Die drei Masken der APVEL App

- **Maske 1:** Diese Maske beinhaltet den Informationstext zur Beschreibung des Mehrwerts und der Benutzung der App. Der Text muss von dem Patienten aktiv bestätigt werden, in dem der blaue Button "Bestätigen" betätigt wird.
- **Maske 2:** Diese Maske beinhaltet den Fragebogen, welche vom Patienten ausgewertet und bestätigt werden muss.
- **Maske 3:** Diese Maske wertet den Fragebogen gemäß der oben genannten Diskriminanzfunktion aus und zeigt das Ergebnis innerhalb des Wertebereichs an. Der Patient hat die Möglichkeit zum Anfang der App (Maske 1) zurückzukehren, indem der blaue Button "Zurück zur Anwendung" betätigt wird.

Hinweis: Sobald die App geschlossen oder von Maske 3 zu Maske 1 gewechselt wird, gehen alle angegebenen Antworten/Auswertungen verloren. Es werden keine Daten (personenbezogen oder bzgl. der Auswertung der App) gespeichert.

Technische Umgebung und Voraussetzungen

Entwicklungsumgebung

Als Framework wurde das **Apache Cordova** mit den folgenden Abhängigkeiten verwendet:

```
"dependencies": {
  "bootstrap": "^4.0.0-beta.2",
  "cordova-android": "^6.3.0",
  "cordova-browser": "^5.0.1",
  "cordova-ios": "^4.5.4",
  "cordova-plugin-dialogs": "^1.3.4",
  "cordova-plugin-whitelist": "^1.3.3"
}
```

Notepad++ wurde als Editor für die Entwicklung und Anpassung des Quellcodes verwendet.

Da keine Daten gespeichert oder übertragen werden, wurde weder eine Datenbank noch eine Internet-Verbindung zur Entwicklung der App benötigt.

Als Testumgebung wurde **Android AVD Emulator** für ein **Pixel 2** mit Android 8.0, sowie ein reales **Samsung A5 (2017)** Gerät mit Android 8.0 verwendet.

Nutzungsumgebung

Mithilfe des Apache Cordova, kann die App sowohl für Android, als auch für IOS mit foldenden Kommandozeilen-Befehlen innerhalb des Wurzelverzeichnisses der App kompiliert werden:

- Android: `cordova build android`
- IOS: `cordova build android`

Das Kompilat muss auf den Zielgeräten ausgeführt werden, um die App zu installieren. Eine Internet-Verbindung zur Ausführung der App wird nicht benötigt.

Schnittstellen

Die App hat keine Schnittstellen zu anderen Systemen oder Datenbanken mit denen Daten ausgetauscht werden. Die App läuft lokal auf den oben genannten Systemen und benötigt auch keine Internet-Verbindung.

Algorithmen

Die oben genannte Diskriminanzfunktion ist der einzige implementierte Algorithmus, welcher lokal (ohne externe Verbindung und Datenübertragung) ausgeführt wird.