

Wie beurteilen die niedergelassenen Ärzte die palliativmedizinische Versorgung im Kreis Limburg- Weilburg?

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin (Humanmedizin)

des Fachbereichs Medizin

der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Marterer, Debora

aus Nastätten

Gießen 2016

Aus dem St. Vincenz – Krankenhaus Limburg,

Abteilung für Hämatologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin aus der
medizinischen Fakultät der UKGM

Hr. Professor Dr. Neuhaus

Datum der Disputation: 05.04.2017

Gutachter Hr. Prof. Dr. Neuhaus

Gutachter Hr. Prof. Dr. Leichsenring

Inhaltsverzeichnis

1.	Thema und Zielsetzung der Arbeit	1
2.	Entwicklung der Palliativmedizin.....	1
2.1	Gesetzesgrundlagen und Definition der SAPV und der AAPV	2
2.2	SAPV-Team.....	4
2.3	Besonderheiten im Land Hessen	5
2.4	Die palliativen Strukturen im Landkreis Limburg-Weilburg	8
2.4.1	Hospizverein e.V. und Palliativnetzwerk Limburg e.V.	9
2.4.2	Das Palliativnetzwerk Limburg-Weilburg GmbH	10
2.4.3	Die Dehrner Krebsnothilfe	12
2.4.4	Entstehung der Palliativstation im St. Vincenz-Krankenhaus	13
3	Material und Methoden.....	14
3.1	Entstehung und Aufbau des Fragebogens	14
3.2	Interviews	15
3.3	Datenverarbeitung	15
4	Ergebnisse	15
4.1	Unspezifische Auswertung.....	17
4.1.1	Auswirkungen der Praxisstruktur und des Alters des Arztes auf die palliativmedizinische Versorgung	17
4.1.2	Geschlechterspezifischer Unterschied bei Einweisungen	18
4.1.3	Nutzung des Palliativnetzwerkes	19
4.1.4	Zufriedenheit mit der Palliativstation.....	19
4.1.5	Zufriedenheit mit dem Netzwerk	19
4.1.6	Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk	20
4.1.7	Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner.....	21
4.1.8	Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit im Netzwerk	21
4.2	Auswertung nach Altersklassen.....	22

4.2.1	Alters- und Geschlechterfassung der Ärzte und Facharztstätigkeit	22
4.2.2	Nutzung des Palliativnetzwerkes	23
4.2.3	Zufriedenheit mit der Palliativstation.....	23
4.2.4	Zufriedenheit mit dem Netzwerk	23
4.2.5	Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk	24
4.2.6	Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner.....	24
4.2.7	Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit im Netzwerk	25
4.3	Auswertung nach hausärztlicher und anderer Facharztstätigkeit.....	25
4.3.1	Facharztstätigkeit der erfassten Ärzte.....	25
4.3.2	Nutzung des Palliativnetzwerkes	25
4.3.3	Zufriedenheit mit der Palliativstation und dem Netzwerk	26
4.3.4	Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk	26
4.3.5	Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner.....	26
4.3.6	Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit im Netzwerk	27
4.4	Auswertung nach der Niederlassungszeit.....	27
4.4.1	Niederlassungszeit der Ärzte und Nutzung des Netzwerkes.....	27
4.4.2	Zufriedenheit mit der Palliativstation.....	27
4.4.3	Zufriedenheit mit dem Netzwerk	27
4.4.4	Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk	28
4.4.5	Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner.....	28
4.4.6	Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit	28
4.5	Interviews mit fünf Ärzten im Juni 2015.....	29
5.	Diskussion	31
5.1	Methodenkritik	31
5.2	Der Hausarzt als wichtigster Palliativmediziner	33
5.2.1	Schnittstelle zwischen Palliativnetzwerk und Hausarzt.....	36

5.2.2	Schnittstelle zwischen Palliativnetzwerk und Ärztlichem Bereitschaftsdienst beziehungsweise Notarzt	39
5.2.3	Zeitpunkt und Gründe der Einweisung in das Palliativnetzwerk.....	40
5.3	Schnittstelle Palliativstation – Hausarzt	42
5.4	SAPV als Konkurrenz oder zusätzliche Unterstützung?	43
5.5	Vergütung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung	46
5.6	Demographischer Wandel der Ärzteschaft und Trends im Gesundheitswesen	47
5.6.1	Altersstruktur der Ärzteschaft	48
5.6.2	Trends und Einflussfaktoren auf die Niederlassung	48
5.6.3	Weiterbildung Palliativmedizin.....	49
5.6.4	Bereitschaft zur Mitarbeit im Netzwerk und Fortbildung.....	49
5.7	Besonderheiten bei den spezifischen Auswertungen.....	51
5.7.1	Auswertung nach Fachärzten	51
5.8	Patientenwünsche gegenüber dem Hausarzt bezüglich der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung	52
5.9	Internationaler Vergleich.....	53
5.9.1	Italien.....	53
5.9.2	Australien	54
5.9.3	Dänemark	54
5.9.4	England.....	54
5.9.5	Belgien	56
6	Ausblick.....	56
7	Fazit.....	56
7.1	Auflistung der Stärken und Schwächen der palliativmedizinischen Versorgung im Kreis Limburg-Weilburg.....	58
	Zusammenfassung.....	60
	Abstract	61
	Abkürzungsverzeichnis	62

Abbildungsverzeichnis	63
Literaturverzeichnis.....	64
Publikationsverzeichnis.....	66
Anhang Fragebogen	68
Ehrenwörtliche Erklärung	73
Danksagung.....	74

1. Thema und Zielsetzung der Arbeit

Thema der vorliegenden Arbeit ist die Erfassung von Zufriedenheit und Problemen der niedergelassenen Ärzte mit den ambulanten und stationären palliativmedizinischen Strukturen im Bereich Limburg-Weilburg mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen dem ambulant tätigen Palliativnetzwerk, der Palliativstation und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu fördern sowie die Bedürfnisse insbesondere der Hausärzte bezüglich Weiterbildung, Kommunikation und Einbindung in Therapieentscheidungen zu ermitteln. Des Weiteren ist von Interesse mögliche Unterschiede im Einweisungsverhalten und der Kooperationsbereitschaft niedergelassener Ärzte in Abhängigkeit von Alter, Niederlassungszeit, Praxisstruktur und Geschlecht zu erfassen, um mögliche Zusammenhänge, welche die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten behindern, aufzudecken.

2. Entwicklung der Palliativmedizin

In Anlehnung an die Darstellung des deutschen Hospiz- und Palliativverbandes wird im Folgenden die Entwicklung der Palliativmedizin beschrieben. Ab dem Ende des 4. Jahrhunderts entstanden entlang der Pilger Routen Herbergen, die Pilgern aus ganz Europa ihre Gastfreundschaft anboten, unabhängig von ihrem Krankheitszustand. Im Verlauf der Zeit entwickelten sich diese Herbergen zu Orten, an denen kranke Menschen gepflegt wurden. Symbolisch knüpft die moderne Hospizbewegung an diese Herbergen (hospitium= lat. Herberge) an, um Sterbende auf ihrem letzten Weg zu begleiten. Vor diesem Hintergrund gründete Dr. Cicely Saunders 1967 das erste Hospiz (St. Christopher`s hospice) in London und begründete damit die moderne Hospizbewegung, die auch in anderen Ländern Ausbreitung fand, in Deutschland in den 80iger Jahren begann und vornehmlich von engagierten Bürgerinnen und Bürgern getragen wurde. Hieraus entwickelte sich dann die Palliativmedizin.¹

Aulbert beschreibt, dass mit dem 1993 in Deutschland erlassenen Gesetz zur Förderung der Palliativmedizin eine stete Zunahme hospizlicher und palliativmedizinischer Arbeit einherging. 1994 wurde die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

¹Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Die Hospizbewegung. O.J., URL: http://www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html (23.06.2015)

gegründet, die maßgeblich dazu beitragen sollte palliativmedizinische Inhalte in die Weiterbildungsordnung für Ärzte einzugliedern, so dass die Palliativmedizin integraler Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems wurde. Die Anzahl der Palliativstationen und der Hospize stieg jährlich. Von einer Palliativstation 1983 stieg die Anzahl auf 21 im Jahre 1993 und auf 70 in 2001. Gleiches gilt für die Hospize. Gab es 1983 noch kein Hospiz, konnten 1993, 11 registriert werden und 2001 waren es bereits 93 Hospize.²

1999 wurde der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin durch Prof. Dr. Klaschik in Bonn eingerichtet. Bereits 2004 gab es dann drei Lehrstühle im Fach Palliativmedizin. Sie wurde als Pflichtfach in die Studienordnung für Medizin aufgenommen und seit diesem Zeitpunkt gibt es die Möglichkeit der Zusatzweiterbildung zum Palliativmediziner. 2007 wurde dann die spezielle ambulante Palliativversorgung auf Bundesebene gesetzlich geregelt.³

2.1 Gesetzesgrundlagen und Definition der SAPV und der AAPV

In der Folge der Hospizbewegung in den 1980iger Jahren entstand die erste Gesetzesgrundlage für die hospizlich, palliativmedizinische Arbeit mit dem so genannten Hospizparagraf § 39a im SGB V. Dieser regelt finanziell und organisatorisch die stationäre Versorgung von Palliativpatienten. Allerdings wurde die allgemeine Kritik an der Institutionalisierung von Tod und Sterben immer lauter. Die Auslagerung von Sterbenden in Hospize und der Verlust eines natürlichen Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer wurden heftig diskutiert. Nicht nur dieser Aspekt führte dazu, dass es letztendlich durch eine Gesetzesinitiative am 01.04.2007 zu einem Mustervertrag für die spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV) kam.

Sinngemäß heißt es in der Präambel des SAPV Mustervertrag Hessen vom 13.02.2009, gemäß § 132 d i. V. m. § 37 b SGB V:

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (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 häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der

² Vgl. Aulbert, E., Klaschik, E., Kettler, D.: *Palliativmedizin-Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung*. Band 5. Erscheinungsort: Stuttgart, Schattauer –Verlag, 2002, Band 5, S. 3, 69-74

³ Vgl. Deutscher Palliativverband: *Geschichte der Palliativmedizin*. O.J., URL: <http://www.palliativportal.de/Historie> (23.06. 2015)

Kinder- und Jugendhilfe oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch die SAPV vermieden werden. Symptome und Leiden sollen individuell und nach Patientenwunsch durch palliativmedizinisch-palliativpflegerische Maßnahmen gelindert oder behoben werden. Die Versorgung des Patienten bedarf einer besonderen, multiprofessionellen SAPV-Fachkompetenz, erbracht durch ein Palliative-Care-Team (PCT). Die SAPV muss ausreichend und zweckmäßig sein. Sie orientiert sich jederzeit flexibel an der persönlichen Hilfsbedürftigkeit des Patienten und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Der Patient und sein soziales Umfeld sollen in die Versorgung mit einbezogen sowie über die Krankheit und die Prognose aufgeklärt werden. Das PCT beinhaltet dabei auch die ehrenamtlich Tätigen der ambulanten Hospizdienste. Anspruch auf Leistung der SAPV und somit einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, wenn anderweitige ambulante Versorgungsformen nicht ausreichen. Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Die Vertragsparteien stimmen darin überein, dass die SAPV für Kinder und Jugendliche einer weiteren ergänzenden Vereinbarung bedarf.⁴

In der Ärztezeitung findet sich am Mittwoch, den 29.04. 2015 ein Artikel, der auf die Verabschiedung eines neuen Palliativgesetzes aufmerksam macht, das vom Bundeskabinett in Berlin durch Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) verabschiedet wurde. So soll die Versorgung von Palliativpatienten in Pflegeheimen gestärkt werden. Ärzte sollen, sofern sie sich an der medizinischen Versorgung beteiligen, eine zusätzliche Vergütung erhalten. Interessant ist, dass insbesondere niedergelassene Ärzte Erwähnung finden, die mit Pflegeheimen mehr kooperieren sollen. Zudem sollen Versorgungslücken in ländlichen Regionen geschlossen werden. Das geht aus dem Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland hervor. Bereits zum 1. April 2016 sollen diesbezüglich Ziffern im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu finden sein. Außerdem sollen Hospizdienste mehr Gelder für Personal- und Sachkosten erhalten. Zusätzlich ist vorgesehen, dass Krankenhäuser ambulante Hospizdienste mit dem

⁴ Vgl. Verband der Ersatzkassen e.V., SAPV Mustervertrag Hessen. 2009, URL: <http://www.palliativportal.de/images/pdf/hessen/SAPVHessen.pdf> (4.03.2015)

Auftrag der Sterbebegleitung versehen können. Neu ist auch, dass die Palliativversorgung nun offiziell zur Regelversorgung der ambulanten Versorgung zählen soll.⁵

Der deutsche Palliativverband klärt den Unterschied zwischen spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) und der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), die in erster Linie von Hausärzten oder Fachärzten und Pflegediensten mit palliativmedizinischer Basisqualifikation durchgeführt wird. Unterstützend beteiligen sich hier, wie auch in der SAPV, ehrenamtliche Mitarbeiter. Die AAPV dient dem Ziel, ein menschenwürdiges Sterben zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen und betrifft die Mehrzahl der palliativmedizinisch betreuten Patienten. Reicht die AAPV nicht aus, werden beispielsweise Durchbruchsschmerzen immer häufiger, das Geschehen immer komplexer, so soll die SAPV mit einbezogen werden.⁶

2.2 SAPV-Team

Das Palliative-Care-Team (PCT) besteht aus einem multiprofessionellen Team, welches die Leistungen der SAPV erbringt und für die umfassende Versorgung des Patienten zuständig ist. Der vom Gesetzgeber geforderte integrative Ansatz sieht hier eine Zusammenarbeit zwischen spezialisierten/ qualifizierten Ärzten und Pflegekräften mit Hausärzten, ambulanten Pflegediensten und ambulanten Hospizdiensten vor. Neben dieser medizinischen Versorgung des Patienten arbeitet das PCT auch mit anderen Fachkräften zusammen, um den Patienten auch in psychosozialer, psychotherapeutischer, physiotherapeutischer oder spiritueller Hinsicht zu unterstützen. Außerdem wird darauf geachtet den Patienten möglichst kontinuierlich durch ein gleichbleibendes Personal zu betreuen. Diese ärztlichen und pflegerischen Teammitglieder gewährleisten in ihrem gesamten Einzugsbereich eine 24-Stunden Einsatzbereitschaft. Um ein solches regionales Netzwerk zu strukturieren und zu organisieren, schließt das Palliative Care Team schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Partnern, mit denen regelmäßig

⁵ Vgl. Ärztezeitung Springer Medizin: Kabinett beschließt Palliativgesetz. 2015, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/884742/sterbehilfe-kabinett-beschliesst-palliativgesetz.html (29.06.2015)

⁶ Vgl. Deutscher Palliativverband: Definition DGP/DHPV. 2009, URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html>. (27.06.2015)

zusammengearbeitet wird. Um den Patienten und dessen Angehörigen eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen, wird insbesondere auf eine vernetzte, enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit des PCT und den zuständigen niedergelassenen Haus- und Fachärzten, als auch ambulanter Pflegedienste, stationären Hospizen, den Palliativstationen, den Krankenhäusern sowie den stationären Pflegeeinrichtungen geachtet. Eine reibungslose Zusammenarbeit mit weiteren Partnern, wie Einrichtungen der notärztlichen Versorgung, Sanitätshäusern, Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten ist ebenfalls auszubauen, wobei hier besonders darauf geachtet werden muss, die Kooperation zwischen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern zu fördern. Um eine solche Zusammenarbeit ganz praktisch zu erreichen, müssen beispielsweise Fallkonferenzen organisiert, der Bereitschaftsdienst zugeteilt und eine gemeinsame Dokumentation erstellt werden. Außerdem ist sicherzustellen, dass die regionale Bevölkerung ausreichend mit Informationen versehen wird.⁷

„Die Qualität der Versorgung im Sinne eines kooperativen/integrativen Konzepts wird wesentlich davon abhängen, wie die Zusammenarbeit aller beteiligten Partner im Netzwerk funktioniert. Hierzu ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur konstruktiven Kooperation unabdingbar.“⁸

2.3 Besonderheiten im Land Hessen

Anlässlich der positiven Rückmeldungen von Kollegen aus Rheinland-Pfalz verbunden mit der Bitte ähnliche Strukturen auch im Nachbarland zu etablieren, sollen an dieser Stelle die Anfänge der Entstehung bzw. die Pionierphase der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung dargestellt werden. Die Umsetzung der SAPV Leistungserbringung ist Ländersache und damit tatsächlich in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt und umgesetzt. Hessen ist dank seiner Vorreiterposition ein Vorbild für andere Bundesländer. Frau Hach, die Geschäftsführerin des hessischen Fachverbandes SAPV, baute selbst zwei Palliative-Care-Teams auf und wird gerne als Referentin auch in

⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: Definition. 2009, URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> (07.06.16)

⁸ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: Gemeinsame Hinweise von DHPV und DGP zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). 2008, URL: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2008-11-28_gem-hinweise-sapv-dgp-dhpv.pdf (07.06.16)

andere Bundesländer eingeladen. Sie ist mit den Anfängen der spezialisierten Palliativversorgung bestens vertraut. Im Folgenden wird das von mir persönlich geführte Gespräch inhaltlich wiedergegeben:

Im Jahr 2006 wollte die Techniker Krankenkasse ihren Versicherten eine palliativmedizinische Versorgung sichern. Angeboten wurde eine sogenannte integrierte Versorgung (IV) mit sechs Zentren. Vier Zentren fanden Anschluss an ein Krankenhaus, zwei wurden an Arztpraxen angebunden. Die Zentren waren bereits multiprofessionell aufgebaut und mit dem ambulanten Setting vernetzt. Es gab zu dieser Zeit keine Abgrenzung von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Versorgung, vielmehr erfuhren alle Palliativpatienten mit Bedarf an ambulanter Palliativversorgung eine Unterstützung zur Primärversorgung. Sechs weitere Kassen folgten diesem Beispiel und schlossen analoge Verträge mit den Teams.

In Hessen bestand zu dieser Zeit bereits eine Ländergruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), die Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen (LAPH). Als das Gesetz zur SAPV entwickelt und verabschiedet wurde, bildete sich aus der LAPH und den bereits existierenden und potenziellen PCTs eine mandatierte Verhandlungsgruppe, die die SAPV Musterverträge mit den Krankenkassen verhandelte. Da dieses Vorgehen (Verhandlung von Verträgen zur Leistungserbringung nach dem Sozialgesetzbuch) sich nicht satzungskonform zur DGP verhielt und damit unter diesem Dach eine Ländergruppe nicht in Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen treten konnte, wurde der Fachverband SAPV Hessen e.V. 2010 gegründet. Ziele des Verbandes sind die Förderung interdisziplinärer und multiprofessioneller häuslicher Palliativversorgung und Unterstützung der multiprofessionellen Leistungserbringung in der SAPV, die Unterstützung von Palliative Care Teams, Qualitätssicherung, Datenerhebung und Auswertung, Forschung, Fort- und Weiterbildung und die Weiterentwicklung der SAPV. Die Teams in Hessen sind alle Mitglieder im Fachverband, die verpflichtend eigenständige Organisationsstrukturen und gleiche Strukturmerkmale aufweisen, die an die jeweiligen regionalen Besonderheiten angepasst sind. Die Teams in Hessen sind mindestens „biprofessionell“, bestehend aus wenigstens vier Palliativmedizinern und vier Palliativfachpflegekräften.

Eine Besonderheit liegt in der Wahrung der Selbstverwaltung. Qualitätssicherung wird gemeinsam kontinuierlich entwickelt und weiterentwickelt, im Juni 2015 wurde ein

gemeinsames Qualitätshandbuch veröffentlicht. Kenndaten der einzelnen Teams wie Patientenzahl und Wirtschaftlichkeit werden über den Fachverband anonymisiert ausgewertet und verblindet mit den Krankenkassen ausgewertet. Erste Vertragsverhandlungen nach SGBV §132d gab es im April 2007, Verträge 2009 mit der BKK, den VEDK und den Primärkassen. Die Verträge VEDK-BKK-Primärkassen unterscheiden sich kaum voneinander und kamen nach zähen Verhandlungen, an denen Frau Michaela Hach maßgeblich beteiligt war, zustande. Als Pflegedienst- und Einrichtungsleitung in der ambulanten Pflege hatte sie bereits Erfahrung mit Verhandlungsgesprächen mit den Krankenkassen. Das System der Leistungsabrechnung in der SAPV Hessen ist unterteilt in solitäre Beratungsleistungen oder Komplexleistungen (Beratung, Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung oder Vollversorgung). Da sich der Unterstützungs- und Behandlungsbedarf der Zielgruppe der SAPV (Patienten, bei denen eine lebenslimitierte Erkrankung mit komplexen Symptomgeschehen und ein besonderer Aufwand der Versorgung vorliegt), im Krankheitsverlauf täglich und häufig sogar im Tagesverlauf ändern kann, wurde hier im Vergütungssystem bewusst auf Vergütung von Einzelleistungen verzichtet. Vielmehr basiert das Vergütungssystem auf den Auswertungen der Fallzahlen aus der IV-Versorgung und wird jährlich mit den Krankenkassen reevaluiert. Das System in Hessen schließt unbedingt alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringer und Strukturen mit ein, insbesondere den Hausarzt. Konkurrenzkampf kann es aufgrund einer separaten Leistungserbringung und Abrechnung nicht geben. Strukturell gesehen ist Hessen das erste Bundesland neben Saarland mit einer flächendeckenden Versorgung aller SAPV-Patienten einschließlich SAPV für Kinder und Jugendliche.



Abbildung 1: Daten der SAPV Teams⁹

⁹Hach, Michaela: FVSAPVH Präsentation Daten Gesamtjahr 2014. O. J.

Verbesserungspotential liegt, so meint Frau Hach, eindeutig noch in der Versorgung von Palliativpatienten in Seniorenpflegeheimen. Hier ist die Zuweisung, wie in allen Bundesländern, noch unterrepräsentiert.

Im Allgemeinen müssen zunehmend Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern zu Hause versorgt werden; ein möglicher Grund ist die im Vergleich zu zurückliegenden Jahren vermehrte und frühzeitige Entlassung von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus in das häusliche Setting, was wiederum als Folge des DRG-Systems und des Kostendruckes gesehen wird.

Therapien und die Pflege im häuslichen Umfeld werden dadurch zunehmend aufwändiger.¹⁰

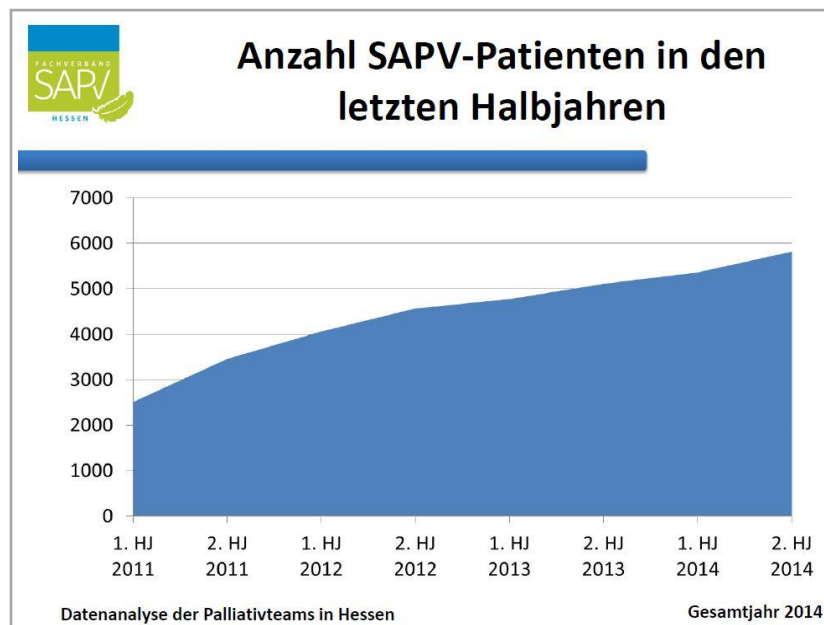


Abbildung 2: steigende Anzahl der SAPV-Patienten¹¹

2.4 Die palliativen Strukturen im Landkreis Limburg-Weilburg

Das Palliativ-Care-Team Limburg-Weilburg gibt über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung Auskunft, die sich auch aus den Mitgliedern des Vereins Palliativ-Netzwerk Limburg-Weilburg e.V. zusammensetzt. Diese engagieren sich bereits seit Juli 2007 in der ambulanten Palliativversorgung im Landkreis. Die Partnerschaften und Erfahrungen, die nachfolgend entstanden sind, stehen dem Palliativ-Care-Team zur Verfügung. Seit Juli 2011 konnten auch vertragliche Regelungen mit allen

¹⁰ Hach Michaela, persönliches Gespräch. 15.06.2015

¹¹ Hach, Präsentation FSAPVH

Krankenkassen vereinbart werden. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist das Vorliegen einer ordnungsgemäßen hausärztlichen Verordnung. Besondere Leistungsangebote sind die Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen, die Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung mit Hausärzten unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit sowie Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen.

2.4.1 Hospizverein e.V. und Palliativnetzwerk Limburg e.V.

Aufgrund der Verflechtung mehrerer Organisationen und Vereine, die teilweise auseinander hervorgingen, kam es zu einem klärenden Gespräch mit Frau Dietlinde Hofmann und Frau Agnes Knott (Erste und Zweite Vorsitzende des Hospizvereins Limburg e.V.), das einen Überblick über die verschiedenen Organisationen gab, die in der Region palliativmedizinisch und hospizlich tätig sind. Nachfolgend werden lediglich die für die unmittelbare Entstehung der ambulanten und stationären Palliativversorgung relevanten Organisationen berücksichtigt.

Gegründet wurde der Hospizverein am 01.11.1994 auf Initiative von Bürgern und Bürgerinnen der Stadt. Gründungsmitglieder waren unter anderen eine Sozialpädagogin, ein Pfarrer, Hausfrauen und ein Anwalt. Es wurde in der Stadthalle ein Vortrag von Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, seinerzeit Palliativmediziner an der Universität in Bonn und Mitherausgeber der Zeitschrift für Palliativmedizin, organisiert. Anschließend erfolgte die Vereinsgründung. Der Verein besteht aktuell aus ca. 160 Mitgliedern, von denen nur wenige aktiv sind.

Hauptsächliches Anliegen ist es, Schwerstkranke und deren Angehörige während der Sterbephase zu begleiten und bei der Trauerbewältigung behilflich zu sein.

Zusätzlich werden schmerztherapeutische Hilfen zur Verfügung gestellt, Grund - und Aufbauseminare zur Ausbildung ehrenamtlicher Hospiz-Helfer und Vorträge über Sterben und Tod organisiert.

Das Palliativnetzwerk entstand ursprünglich aus der Hospizarbeit heraus. Dazu trug eine konkrete Begebenheit bei, die als Schlüsselerlebnis gilt. Ein Patient, der unter großen Schmerzen litt und kurz vor dem Wochenende entlassen wurde, erhielt durch einen

Arzt, der als Schmerztherapeut auch am Wochenende erreichbar war, schnelle und adäquate Hilfe. Aus dieser Begebenheit heraus wurde mit dem Hospizdienst e.V., einem Anästhesisten und einem ambulanten Pflegedienst ein Netzwerk gebildet, das Palliativnetzwerk e.V.

Das Netzwerk wurde nachfolgend immer bekannter und daher häufiger genutzt. Gleichzeitig traten die Mitglieder des Netzwerkes mit den Krankenkassen bezüglich der Vergütung in Verhandlungen ein. Aus rechtlichen Gründen musste zunächst aus dem Palliativnetzwerk heraus eine GmbH mit einem Anästhesisten (Schmerztherapeut) und einem Allgemeinmediziner als Geschäftsführer gegründet werden. Die Krankenkassen äußerten Bedenken, da die Ärzte noch eigene Praxen zu versorgen hatten. Daher wurde mit den Krankenkassen eine einjährige Probephase vereinbart. Da die Handlungsfähigkeit des Netzwerkes in dieser Zeit gezeigt werden konnte, stimmten die Kostenträger der Vergütung zu und bezahlten, anders als beispielsweise in Rheinland-Pfalz, eine Pauschale pro Palliativpatient.

Die Zusammenarbeit des Hospizdienstes mit dem fortbestehenden Palliativnetzwerk ist inhaltlich und personell sehr eng. So wird einmal pro Jahr ein Palliativtag organisiert. Einige der Mitglieder des Hospizvereins sind auch im Palliativnetzwerk tätig und sogar in beiden Vorständen.

Mit Hospizvereinen anderer Bundesländer besteht eine gute Beziehung. Der Vorstand des Limburger Hospizvereins ist zudem immer wieder auch in anderen Städten und Gemeinden mit Rat und Tat vor Ort, so wurden auch neue Vereinsgründungen, zum Beispiel in Wetzlar, in die Wege geleitet.

2.4.2 Das Palliativnetzwerk Limburg-Weilburg GmbH

Um in Erfahrung zu bringen wie die Koordinierung und Organisation des SAPV-Teams funktioniert, wurde am 17.05.2015 ein Gespräch mit der Sekretärin des Palliativnetzwerkes Limburg-Weilburg GmbH, Frau Andrea Scholz, in Form eines Interviews, durchgeführt. Die Wiedergabe erfolgt im folgenden Abschnitt sinngemäß.

Das Palliativteam besteht derzeit aus fünf Ärzten und ca. acht Fachpflegekräften. Der Erstbesuch ist gesetzlich vorgeschrieben und sollte innerhalb von 48 Stunden erfolgen. Er findet immer durch ein Team, bestehend aus einem Arzt und einer Pflegefachkraft, statt und erfolgt zumeist noch am gleichen Tag. Man lernt hierbei Patient und

Angehörige kennen und erhebt die Anamnese. Erfüllt der Patient nicht die Kriterien für die Aufnahme in die SAPV, bleibt es bei der Beratung und der Erfassung der Patientendaten. Sollte sich der klinische Zustand verschlechtern, kann aus dieser „Warteposition“ heraus das SAPV-Team kurzfristig aktiv werden. Erfüllt der Patient die Voraussetzungen für die Aufnahme in die SAPV, erhält er eine Dokumentationsmappe, in der die Diagnose, die Medikation und durchzuführenden Maßnahmen, aber auch ein Behandlungsplan, die Hausbesuchstätigkeit niedergelegt sind. Es besteht außerdem die Möglichkeit seitens des Hausarztes, dort empfohlene oder durchgeführte Maßnahmen, zu notieren.

Kein Patient wird ohne Einverständnis oder Rücksprache mit dem Hausarzt in die SAPV aufgenommen. Kann die Versorgung für einige Zeit unterbrochen werden, wird der Hausarzt auch hierüber informiert. Vor Ablauf der SAPV-Verordnung wird ein Vordruck an den Hausarzt geschickt mit der Bitte um eine Neuverordnung. Auf die Frage nach Versorgungslücken berichtete Frau Scholz, dass in Rheinland- Pfalz, das unmittelbar an Limburg angrenzt, eine schlechtere Versorgungsstruktur bestünde. Ein weiteres Problem stellt sich, wenn beispielsweise nachts oder am Wochenende ein Patient dringend eine spezielle ambulante Palliativversorgung benötigt und noch kein Erstbesuch stattgefunden hat. Dann bleibt dem Patienten nur das kontaktieren des Notarztes oder des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der mit der anzutreffenden Situation oft überfordert ist und eine Krankenhauseinweisung als einzigen Ausweg sieht. Demnach ist es gut, solche Situationen vorher zu klären. Regelmäßig finden Teamsitzungen mit Einzelfallbesprechungen statt. Der Hausarzt ist nicht daran beteiligt. Hauptsächlich geht es um organisatorische Belange. Wird das Therapieregime geändert oder ergeben sich sonstige wichtige Informationen, wird der Hausarzt hierüber in Kenntnis gesetzt. Auf den Hinweis, dass Ärzte mehr in Therapieentscheidungen eingebunden werden wollen und eine Abstimmung der Hausbesuche wünschen, gibt Frau Scholz zu bedenken, dass die Hausbesuchstätigkeit mit dem Hausarzt schwierig ist, da Notfälle jederzeit Vorrang haben, die den Hausbesuch folglich verzögern. Außerdem wird je nach Bedarf die Hausbesuchstätigkeit individuell angepasst¹².

Laut Aussage von Herr Dr. Schermuly, Mitbegründer des Palliativnetzwerkes Limburg-Weilburg, ist hierzu Folgendes zu bedenken: Therapieregimes können sich von einem auf den anderen Tag ändern, und Therapien können seitens der Hausärzte

¹² Scholz, Andrea, persönliches Gespräch, Mai 2015

situationsgerecht abgesetzt werden. In der Praxis ist es nicht möglich, jede Änderung mitzuteilen. Nicht selten verbringt man kostbare Zeit mit Warten am Telefon, um einen Hausarzt persönlich zu erreichen. Ist eine Praxis gut organisiert, funktioniert erstaunlicherweise die Zusammenarbeit auch reibungsloser. Es ist nicht selten, dass eine Verordnung tagelang unausgefüllt beim Hausarzt liegt.¹³

2.4.3 Die Dehrner Krebsnothilfe

Wie im Jahresbericht der Dehrner Krebsnothilfe beschrieben, fand die Gründungsversammlung der "Dehrner Krebsnothilfe - Verein zur Hilfe bei Krebserkrankungen e.V." am 11. November 1995 in Dehrn statt. Anlass für die Vereinsgründung war der Tod von David Menne, der im Juli 1995 an seiner Krebserkrankung starb. Angehörige und Freunde setzten sich intensiv für die notleidende Familie ein und gründeten nach dem Tod einen Verein.¹⁴

Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt und zählt bereits über 400 Mitglieder. Die Finanzierung der "Dehrner Krebsnothilfe" erfolgt ausschließlich durch Spenden und Mitgliedsbeiträge. Die Hilfe ist aber keinesfalls von einer Mitgliedschaft abhängig. Ausdrücklich wird betont, dass der Verein keine Selbsthilfegruppe darstellt, gerne aber Informationen weitergegeben werden. Das gesamte Angebot ist für Krebsbetroffene, Angehörige und Interessierte kostenlos und beinhaltet Hilfestellung bei Fragen zur Krankheit Krebs, Vermittlung psychologischer Betreuung, Hilfestellungen bei Behördengängen, Formularen und finanzielle Unterstützung in durch Krebs entstandenen Notfällen.¹⁵

Im Vergleich zum Hospizverein und dem Palliativnetzwerk setzt die Dehrner Krebsnothilfe ihren Schwerpunkt hauptsächlich auf Unterstützung der Angehörigen und dem Schließen von Lücken im Gesundheitssystem durch besondere Beratung, Psychotherapie oder Hilfestellung finanzieller Art.

Nach Aussage des Vorstandsmitglieds Frau Hähner, war die Dehrner Krebsnothilfe zeitlich gesehen eine der ersten Institutionen, die sich offiziell im Rahmen eines Vereins mit den Anliegen an Krebs erkrankter Patienten und deren Angehörigen kümmerte.

¹³ Schermuly, Peter, persönliches Gespräch, 07. 06. 2015

¹⁴ Vgl. Dehrner Krebsnothilfe, Jahresbericht (2014), S. 13

¹⁵ Dehrner Krebsnothilfe: Einfach da, wenn man uns braucht. O.J., URL: http://www.dehrner-krebsnothilfe.de/pdf/flyer_DKNH.pdf (29.06.2015)

Das Aufgabenfeld der Dehrner Krebsnothilfe hat sich Frau Hähner, mit der Gründung der Palliativstation und des Palliativnetzwerkes ebenso wenig verschoben wie die Anzahl der Nachfragen, da der Schwerpunkt nicht auf dem „Medizinischen“ liegt. Eine direkte Zusammenarbeit mit dem Palliativnetzwerk besteht nicht. Man kennt sich und weist bei Bedarf auf die entsprechende Organisation hin.¹⁶

2.4.4 Entstehung der Palliativstation im St. Vincenz-Krankenhaus

Ein Gespräch mit der Stationsleitung Schwester Kerstin, gab Aufschluss über die Entstehung der Palliativstation. Demnach wurden 2005 auf der onkologischen Station zwei Zimmer wohnlich eingerichtet, die zur palliativmedizinischen Versorgung genutzt werden sollten. Da jedoch sowohl seitens der Pflegenden als auch der Ärzte ein klares Konzept und Erfahrung im Umgang mit Palliativpatienten fehlte, wurden die Zimmer überwiegend nicht-palliativmedizinisch belegt. Man überlegte die Palliativstation baulich von der onkologischen Station zu trennen. Ein Neubau kam unter anderem aus statischen Gründen nicht in Frage. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Krankenhaus Hadamar von dem St. Vincenz Krankenhaus übernommen. Dort entstand nach Umbaumaßnahmen auf der ehemaligen „Neugeborenenstation“ und viel persönlichem Engagement seitens der Pflege eine passende Örtlichkeit für die Palliativstation. Eine eigens dafür gegründete Arbeitsgruppe befasste sich mit zukünftigen Arbeitszeitmodellen und bereitete die Eröffnungsfeier vor. Seitens der Presse, der Kirchen, der Politik und der gesamten Öffentlichkeit regte sich jedoch immer mehr Widerstand gegen die „Sterbestation“. Palliativmedizin wurde mit Hospizarbeit und Euthanasie vermischt. Ungünstig ist in diesem Zusammenhang die jüngste Vergangenheit Hadamars, da dort im Dritten Reich Euthanasie betrieben wurde. Die Erinnerung daran ist in der Region noch fest verankert.

Auch die Frage nach der ärztlichen Leitung blieb ein Problem, bedingt durch den Weggang des damaligen Chefarztes der Hämato-/Onkologie, aber auch die räumliche Ferne zum St. Vincenz-Krankenhaus wurde kritisch gesehen.

Das Projekt stationäre Palliativmedizin wurde daher aufgegeben und die schon vollständig eingerichtete Palliativstation in Hadamar als Altenpflegeheim genutzt. Die Enttäuschung bei den Pflegenden war enorm. Erst mit dem Chefarztwechsel in der Hämato-/Onkologie wurde die Idee einer eigenen Station, direkt im St. Vincenz-

¹⁶ Hähner, Margret, persönliches Gespräch, Mai 2015

Krankenhaus, erneut aufgegriffen, und schließlich baulich und organisatorisch eine Lösung gefunden. So konnte die Palliativstation zum geplanten Zeitpunkt am 01.10.2009 in Betrieb genommen werden.

Tätig sind dort Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Physiotherapeuten, Psychoonkologen, Musiktherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Seelsorger und Casemanager sowie mehrere ausgebildete Palliativfachkräfte. Die Station besteht aus 8 Betten, von denen zwei Zweibettzimmer und vier Einzelzimmer sind.¹⁷

3 Material und Methoden

3.1 Entstehung und Aufbau des Fragebogens

Die in den Anlagen beigefügten Fragebögen wurden im Rahmen dieses Dissertationsprojektes an niedergelassene Ärzte verschickt. Ziel war es zu erfassen, wie die Niedergelassenen die palliativmedizinische Versorgung im Kreis Limburg-Weilburg beurteilen. Dies sollte als Grundlage dienen, die Zusammenarbeit zwischen dem SAPV-Team und der Palliativstation in Limburg zu fördern.

Konkret erhofft sich die Palliativmedizin mithilfe des Fragebogens herauszufinden, welche Gruppe von Ärzten Zuweisungen vermeidet und wo Verbesserungsbedarf besteht. Der Fragebogen wurde mit Unterstützung des Chefarztes der Palliativstation in Limburg und dem Geschäftsführer des Palliativnetzwerkes Limburg erarbeitet und, versehen mit einem Anschreiben und einem frankierten Rückumschlag, an alle niedergelassenen Ärzte im Landkreis Limburg-Weilburg versandt. Die 139 angeschriebenen Ärzte wurden gebeten, die ausgefüllten Fragebögen an die Onkologische Ambulanz des St. Vincenz-Krankenhauses zurückzuschicken.

Der Fragebogen (siehe Anlage) umfasst zunächst einen allgemeinen Teil mit Erhebung des Alters, Geschlecht und Niederlassungszeit in Jahren und der Praxisstruktur (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, hausärztliche Versorgung und Facharztstätigkeit).

Es folgt ein spezieller Teil mit einer Befragung zur persönlichen Erfahrung mit Palliativpatienten, Einweisung auf die Palliativstation/Palliativnetzwerk als auch zu deren Bekanntheitsgrad und Inanspruchnahme.

¹⁷ Conradi, Kerstin, Persönliches Gespräch, Juni 2015

Danach werden vier Fragen zur Zufriedenheit bezüglich der Versorgung, dem Ablauf und der Entlassung von der Palliativstation gestellt, jeweils mit vier Antwortmöglichkeiten von zufrieden bis nicht zufrieden versehen. Die letzte Frage bezieht sich auf erneute Einweisungen auf die Palliativstation.

Im Hauptteil wird untersucht, inwiefern die Ärzte mit dem Palliativnetzwerk und dessen Struktur zufrieden sind. Zusätzlich wird explizit nach der Zusammenarbeit mit den Kollegen des Palliativnetzwerkes gefragt. Hierzu zählen fünf Fragen, die zu Veränderungen, beispielsweise zu weniger Hausbesuchstätigkeit, in der Arzt-Patient-Betreuung führte und ob sich der betreuende Arzt selbst als wichtigsten Palliativmediziner sieht. Hier wird in Form einer Freizeile die Möglichkeit zu konstruktiver Kritik geboten.

Im folgenden Abschnitt wird nach Ausbildungsstand, Interesse an einer Weiterbildung, beziehungsweise an Mitarbeit im Netzwerk, gefragt. Weiterhin können Faktoren wie Zeitmangel, Mehrbelastung, nicht angemessene Vergütung als Gründe angegeben werden, warum eine Weiterbildung beziehungsweise Mitarbeit im Netzwerk von Interesse ist oder nicht in Frage kommt.

Abschließend können die Befragten einige Freizeilen mit persönlichen Kommentaren oder Anmerkungen füllen.

3.2 Interviews

Zusätzlich erfolgten zur Vervollständigung des Meinungsbildes der niedergelassenen Ärzte, Interviews. Die Antworten flossen zu einem Teil in die Diskussion mit ein.

3.3 Datenverarbeitung

Zur Erfassung der Daten der Fragebögen und deren Auswertung wurde Microsoft Excel 2013 benutzt. Die Datenvorstellung erfolgt rein deskriptiv. Die Interviewpartner wurden auf Empfehlung eines hiesigen Palliativmediziners ausgewählt.

4 Ergebnisse

81 der 139 verschickten Bögen (58%) wurden zurückgesandt. Nicht zurückgesandte Bögen werden in der Auswertung nicht berücksichtigt, schlussfolgernd entsprechen die

81 Bögen 100%. Wenn bei einer Antwortmöglichkeit eine Bewertung seitens des Hausarztes auf einer Skala von 1-6 möglich ist, werden in der schriftlichen Auswertung die Ziffern 1 und 2 mit dem Attribut „positiv“, die nachfolgenden mit „negativ“ versehen. Ist die Bewertung mit „zufrieden, eher zufrieden, weniger zufrieden und nicht zufrieden“ vorzunehmen, wird nur die Antwortmöglichkeit „zufrieden“ als positiv bewertet. Eine Enthaltung wird bei geschlossenen Fragen insofern berücksichtigt, indem sie nicht in die prozentualen Ergebnisse mit einfließt. Bei offenen Fragen, welche Mehrfachantworten enthalten und keine Möglichkeit zu einer gegensätzlichen Meinungsbekundung besteht, können Enthaltungen nicht mit in das Ergebnis einfließen. (siehe 5.1 Methodenkritik). Rot markierte Balken in den Grafiken verdeutlichen, dass hier Mehrfachantworten möglich waren, blau markierte Balken stellen geschlossene Fragen mit nur einer Antwortmöglichkeit dar. Geschlechtsunterschiede werden durch die Farbe „blau“ für männlich und „rosa“ für weiblich kenntlich gemacht. Die Ergebnisse der Fragebögen werden unter vier verschiedenen Aspekten ausgewertet.

1. Die allgemeine Auswertung wird als „unspezifische Auswertung“ bezeichnet.
2. Die Auswertung nach Altersklassen vergleicht die Ergebnisse der unter 40-jährigen Ärzte mit denen der über 60-jährigen.
3. Die Auswertung nach hausärztlicher und anderer Facharztstätigkeit stellt die Angaben von Hausärzten denen der nicht hausärztlich tätigen Ärzte gegenüber.
4. Die Auswertung nach Niederlassungszeit vergleicht die Ergebnisse der unter zehn Jahre niedergelassenen Ärzte mit denjenigen, die über 30 Jahre niedergelassen sind.

Zusätzlich zu den Fragebögen wurden im Juni 2015 vier Allgemeinmediziner und ein hausärztlich tätiger Internist zu wesentlichen Kernpunkten interviewt. Darunter befanden sich sowohl dem SAPV-Team positiv, als auch negativ eingestellte Ärzte. Die kurzen Interviews dienen dazu konkrete Kritikpunkte, die in den Kommentaren aufgeführt werden, aufzugreifen und einen Anhalt für gegenwärtige Problemfelder zu erhalten. Die verschriftlichten Antworten werden teilweise im jeweils passenden Diskussionspunkt aufgeführt.

4.1 Unspezifische Auswertung

4.1.1 Auswirkungen der Praxisstruktur und des Alters des Arztes auf die palliativmedizinische Versorgung

Die Mehrheit der Ärzte befinden sich in der Altersspanne von 50 und 60 Jahren (46%). 26% sind 40-50 Jahre, unter 40 sind 5% und über 60 Jahre 23%. 70% der Ärzte sind männlichen Geschlechts, 83% der Ärzte hausärztlich tätig, 47% davon in einer Einzelpraxis.

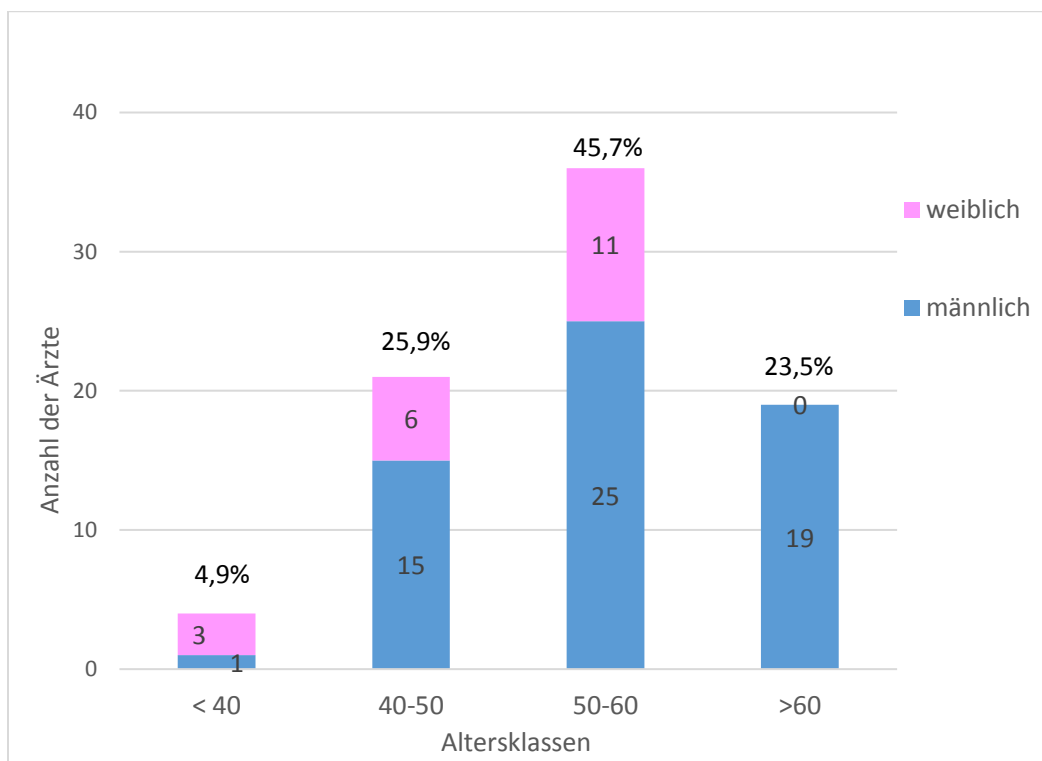


Abbildung 3: Alter und Geschlecht der befragten Ärzte

Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis weisen bisher durchschnittlich 9,3 Patienten, Ärzte in einer Einzelpraxis durchschnittlich 3,9 Patienten in das Palliativnetzwerk/ die Palliativstation ein.

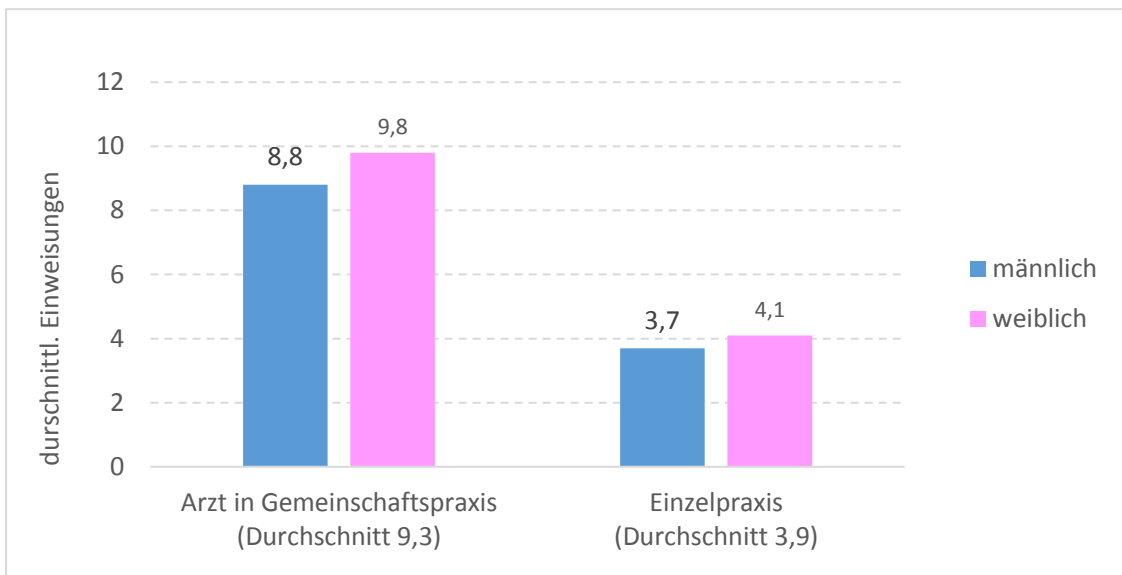


Abbildung 4: Bisherige durchschnittliche Einweisungen eines Arztes bezogen auf Praxisstruktur und Geschlecht

4.1.2 Geschlechterspezifischer Unterschied bei Einweisungen

Deutlich zeigt sich eine höhere Einweisungsrate in das Palliativnetzwerk/ die Palliativstation durch Frauen. Im Durchschnitt weisen sie zwei Patienten mehr ein als ihre männlichen Kollegen (7,9 Patienten versus 6,2 Patienten).

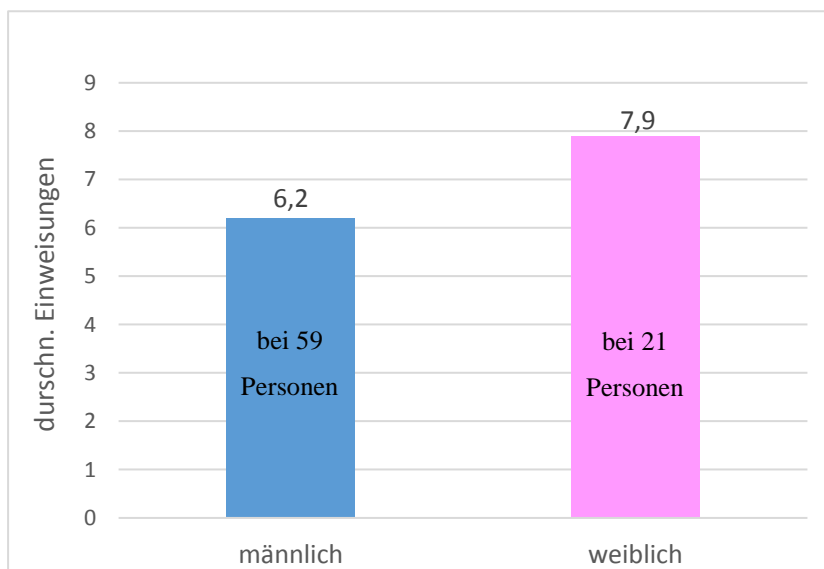


Abbildung 5: Geschlechterspezifischer Unterschied bei durchschnittlichen Einweisungen

4.1.3 Nutzung des Palliativnetzwerkes

Im Durchschnitt werden pro Quartal fünf Patienten pro Arzt palliativmedizinisch betreut und ca. drei Patienten jeweils auf die Palliativstation als auch in das Netzwerk überwiesen. 45% geben an, das Palliativnetzwerk in Zukunft regelmäßig und häufiger nutzen zu wollen. 27% nutzten es bereits in der Vergangenheit regelmäßig. Nicht genutzt hatten es 25% und selten wurde es von 27% der Ärzte in Anspruch genommen. Kein Arzt schloss aus, das Palliativnetzwerk nutzen zu wollen. 11% der Ärzte kennen das Netzwerk nicht.

4.1.4 Zufriedenheit mit der Palliativstation

93% der Befragten halten die Palliativstation für eine wichtige Einrichtung und 95% würden definitiv einen Patienten wieder dorthin einweisen. Mit der Versorgung auf der Palliativstation sind 89%, mit der Entlassung aber nur 81% zufrieden. Als *eher zufrieden* bezeichneten sich 11% und als *weniger zufrieden* 8%.

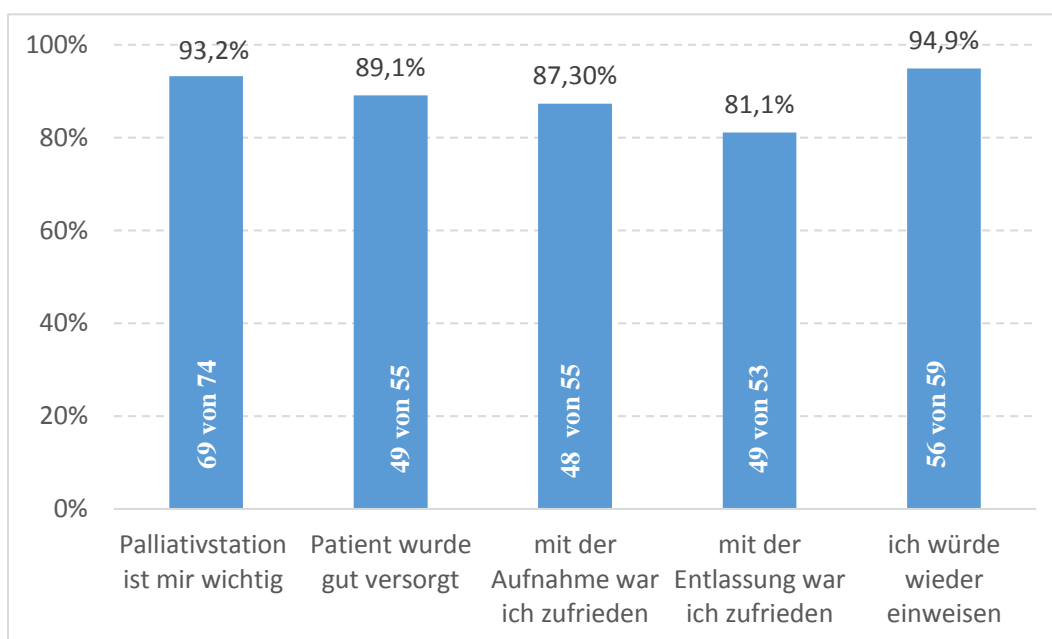


Abbildung 6: Zufriedenheit mit der Palliativstation

4.1.5 Zufriedenheit mit dem Netzwerk

Das Palliativnetzwerk wird von 92% der Befragten als eine wichtige oder sehr wichtige Einrichtung gesehen. Mit der Versorgung, Ablauf der Aufnahme in das Palliativnetzwerk und die Zusammenarbeit mit den dort tätigen Kollegen zeigten sich die Ärzte mit mindestens 76% zufrieden. 90% der Ärzte würden wieder einen Patienten ins Netzwerk einweisen.

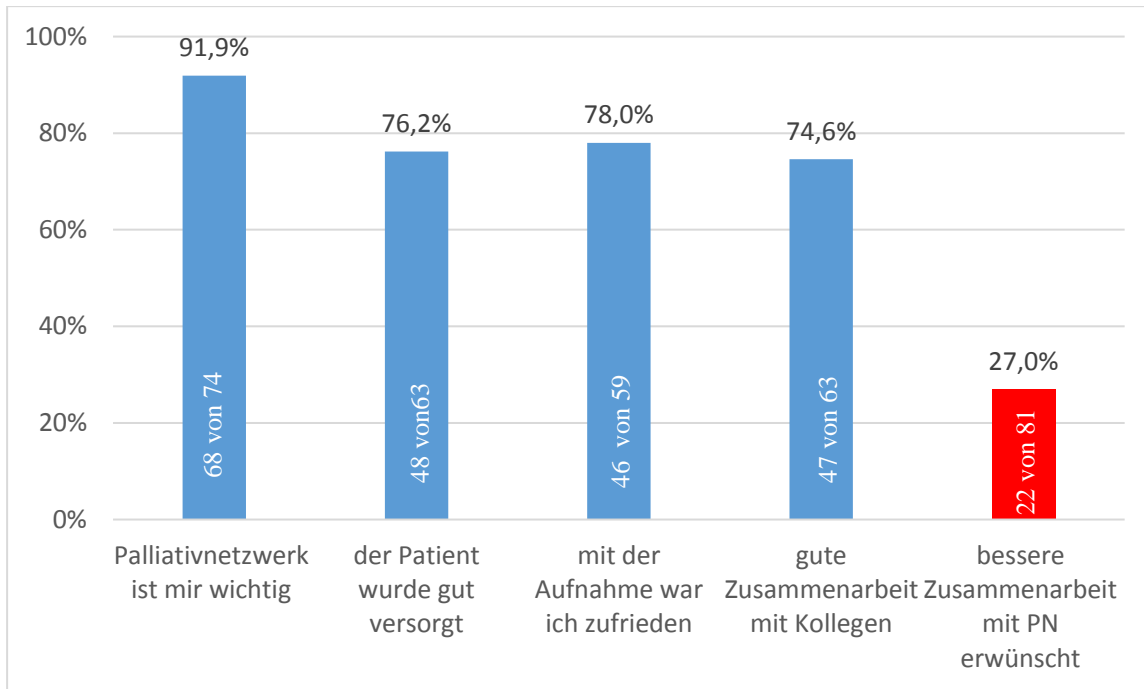


Abbildung 7: Zufriedenheit mit dem Palliativnetzwerk (PN)

4.1.6 Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk

33% der Ärzte besuchen, nachdem der Patient durch das Netzwerk mitbetreut wurde, den Patienten seltener. Die hausärztliche Tätigkeit (Hausbesuche) wird nach Mitbetreuung durch das Netzwerk in 59% der Fälle fortgesetzt.

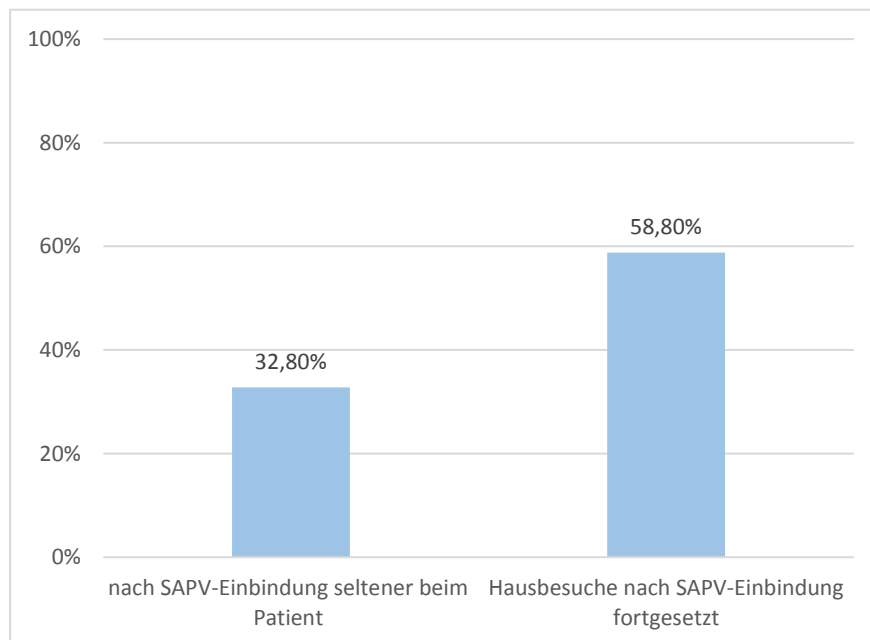


Abbildung 8: Entwicklung der Hausarztstätigkeit nach SAPV-Einbindung

Die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk wird als überwiegend kooperativ empfunden (75%). Über 85% der Befragten empfinden die Arbeit des Palliativnetzwerkes als Unterstützung und als eine Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung für den Patienten. 27 % sprechen sich für eine bessere Strukturierung in der Zusammenarbeit zwischen Palliativnetzwerk und niedergelassenen Ärzten aus (in diesem Teil sind Mehrfachantworten möglich gewesen).

4.1.7 Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner

Über 51% der Befragten verstehen sich als ein Teil des Palliativteams und sehen den Hausarzt als primären und wichtigsten Palliativmediziner (48%). Den Wunsch, mehr in Therapieentscheidungen eingebunden zu sein, äußern 32%.

4.1.8 Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit im Netzwerk

Nur 15% der Ärzte geben an selbst in einem Netzwerk tätig sein zu wollen. 23% aller Ärzte wünschen sich einen in der Region stattfindenden Basiskurs (40 Stunden). 7% der Befragten befinden sich entweder in Ausbildung zum Palliativmediziner oder planen eine entsprechende Weiterbildung.

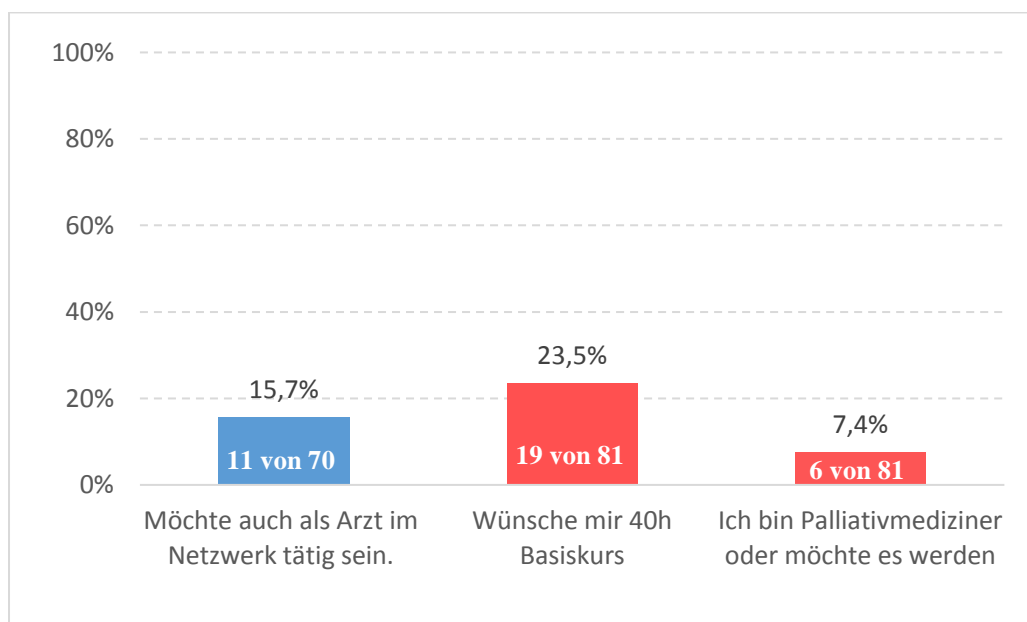


Abbildung 9: Bereitschaft zur Mitarbeit und Weiterbildung

Von den Ärzten, die sich eine Tätigkeit im Netzwerk prinzipiell vorstellen können, geben 24% an keine Zeit für die Ausbildung zum Palliativmediziner zu haben. Ferner antworteten 66 Ärzte und damit 82% keine Zeit für eine Tätigkeit im Palliativnetzwerk zu haben. Zudem befanden 7 % die Vergütung als unzureichend.

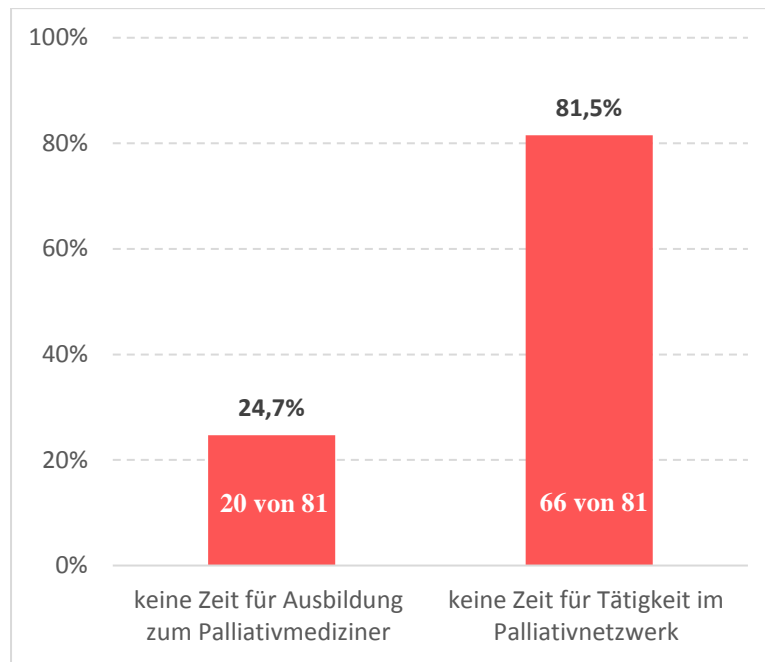


Abbildung 10: Zeitproblem

4.2 Auswertung nach Altersklassen

Aufgrund der Annahme, jüngere Mediziner (d.h. unter 40 Jahren) könnten im Gegensatz zu älteren Mediziner (älter als 60 Jahre) deutliche Meinungsunterschiede bezüglich der palliativmedizinischen Versorgung aufweisen, erfolgt eine gesonderte Auswertung nach Altersgruppen. Diese kann nicht als repräsentativ gelten, da nur vier Befragungsbögen von den unter 40-jährigen Mediziner und 19 bei den über 60-jährigen vorliegen.

4.2.1 Alters- und Geschlechterfassung der Ärzte und Facharztstätigkeit

Drei der unter 40-jährigen sind weiblichen Geschlechts, bei den über 60-jährigen alle männlich und einschließlich eines Internisten alle hausärztlich tätig. Durchschnittlich werden 24 Patienten durch die unter 40-jährigen auf die Palliativstation oder ins Netzwerk eingewiesen. Durchschnittlich fünf Patienten durch die über 60-jährigen.

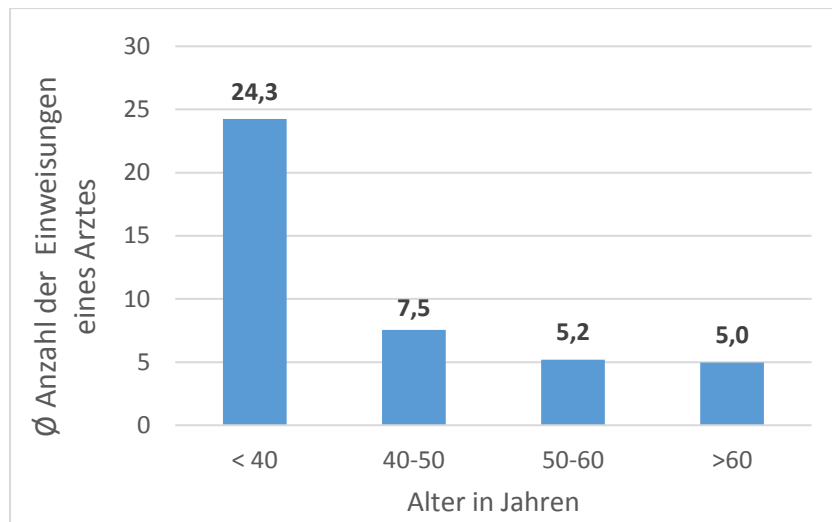


Abbildung 11: Durchschnittliche Anzahl der Einweisungen der Ärzte nach verschiedenen Altersgruppen auf die Palliativstation/ -netzwerk

4.2.2 Nutzung des Palliativnetzwerkes

Auffällig ist, dass alle Jungmediziner das Netzwerk kennen und zwei es regelmäßig nutzen. Vier Ärzte der über 60 - jährigen kennen das Netzwerk nicht. 46% geben an, es häufig benutzt zu haben und 47% es häufiger als bisher nutzen zu wollen.

4.2.3 Zufriedenheit mit der Palliativstation

Alle jüngeren Ärzte halten die Palliativstation für sehr wichtig und sind mit der Aufnahme, Ablauf der Entlassung und der Versorgung ihres Patienten 100%ig zufrieden. Auch die über 60-jährigen zeigen sich mit der Aufnahme (94%), Ablauf der Entlassung (81%) und Versorgung (94%) mehrheitlich zufrieden. Drei Ärzte sind mit der Entlassung von der Palliativstation nur „eher zufrieden“. Alle Ärzte würden einen Patienten wieder auf die Palliativstation einweisen.

4.2.4 Zufriedenheit mit dem Netzwerk

Wird der Patient in das Palliativnetzwerk überwiesen, fallen bei den Fragen zur Organisation keine wesentlichen Unterschiede zwischen der jüngeren und älteren Ärzteschaft auf. Überwiegend zeigen sich alle zufrieden. Mit der Zusammenarbeit sind alle unter 40 jährigen zufrieden, 69% bei den über 60 jährigen. 60% der über 60 – jährigen geben an, an Therapieentscheidungen wenig oder gar nicht beteiligt worden zu sein. Im Gegensatz hierzu 50% der unter 40 – jährigen.

4.2.5 Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk

Die Hausbesuchstätigkeit wird bei den älteren Kollegen zu 60% unverändert fortgeführt, bei den jüngeren Kollegen zu 67%. Alle jüngeren Ärzte und 88% der älteren Kollegen sind der Meinung, dass sich die palliativmedizinische Versorgung durch das Palliativnetzwerk verbessert habe. Alle jüngeren und 63 % der über 60 – jährigen empfinden die Zusammenarbeit in kooperativer Atmosphäre; alle Jüngeren und 81% der älteren Ärzte die Mitbetreuung als Unterstützung.

4.2.6 Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner

Drei der unter 40 – jährigen und 58% der Älteren verstehen sich als ein Teil des Palliativteams. 58 % der über 60 – jährigen betrachten den Hausarzt als wichtigsten Palliativmediziner, keiner der Jüngeren. 60 % der Älteren und 50% der Jüngeren geben an, in Therapieentscheidungen nicht oder nur wenig eingebunden worden zu sein. Mehr Einbindung in Therapieentscheidungen wünschen aber nur die über 60-jährigen Ärzte zu 58%. Eine besser strukturierte Zusammenarbeit wünschen sich ebenfalls nur die über 60-jährigen zu 53%. Alle Jüngeren und 88% der älteren Ärzte würden einen Patienten wieder einweisen.

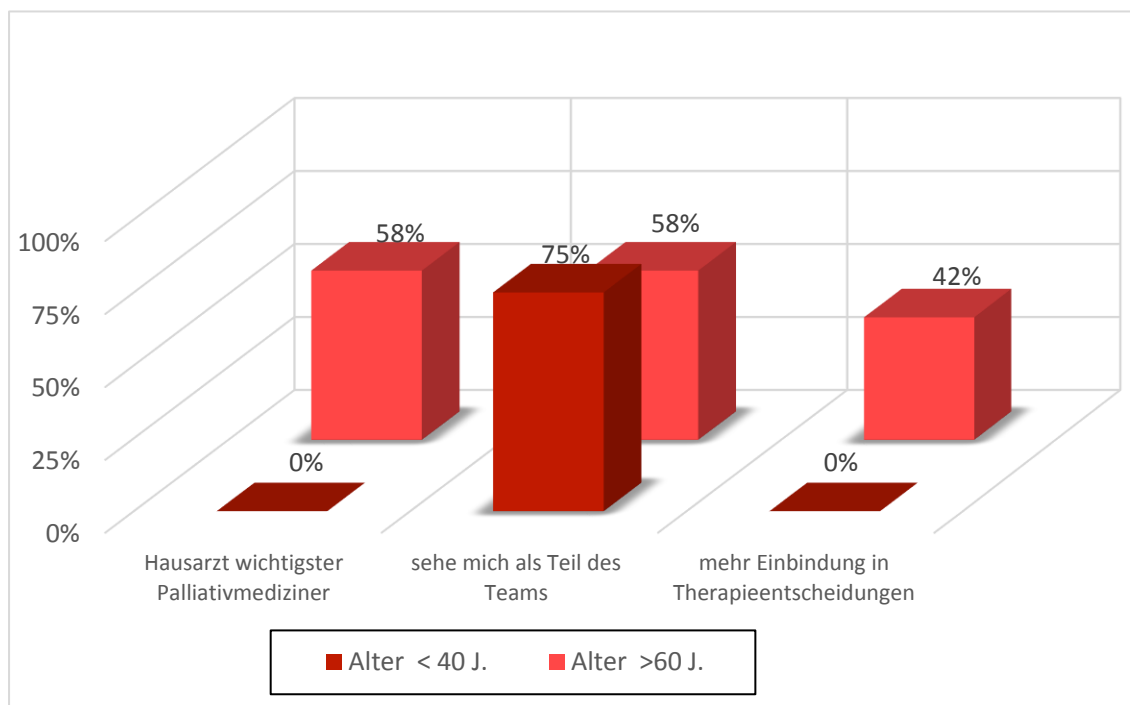


Abbildung 12: Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner: Unterschiede bzgl. des Alters

4.2.7 Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit im Netzwerk

Keiner der beiden Gruppen plant Palliativmediziner zu werden, jedoch würden zwei der Jüngeren (50%) und fünf der über 60 – jährigen (26%) gerne an einem Basiskurs teilnehmen, können dafür die nötige Zeit jedoch nicht aufbringen. An Zeitmangel scheitert ebenso eine eventuelle Mitarbeit im Palliativnetzwerk. Einer der jüngeren und einer der älteren Kollegen wollen im Palliativnetzwerk tätig sein. 50% der unter 40 – jährigen und 36 % der über 60 – jährigen geben Zeitmangel als limitierenden Faktor an.

4.3 Auswertung nach hausärztlicher und anderer Facharztstätigkeit

Zu bedenken ist bei dieser Auswertung, dass 21 Ärzte keine Angabe über ihre fachärztliche Tätigkeit machen – entsprechend finden diese Fragebögen nachfolgend keine Berücksichtigung. Die Ergebnisse der Hausärzte werden in diesem Zusammenhang nicht immer erwähnt, da sie der „unspezifischen Auswertung“ ähneln.

4.3.1 Facharztstätigkeit der erfassten Ärzte

Insgesamt zählen 50 Ärzte zur hausärztlichen Versorgung und zehn zur weiteren fachärztlichen Versorgung.

4.3.2 Nutzung des Palliativnetzwerkes

Zwei Fachärzten (20%) und vier Hausärzten (8%) ist das Palliativnetzwerk nicht bekannt. Sechs Fachärzte (86%) und sieben Hausärzte (16%) haben das Palliativnetzwerk noch nie benutzt. 49% der Hausärzte nutzten das Netzwerk bisher regelmäßig bis häufig, 84% wollen dies in Zukunft noch intensiver tun. Auch zwei Fachärzte (50%) wollen ihre Patienten nun häufiger ins Palliativnetzwerk einweisen. Selten genutzt haben es 35% der Hausärzte und ein Facharzt (10%), kein Facharzt nutzt es regelmäßig.

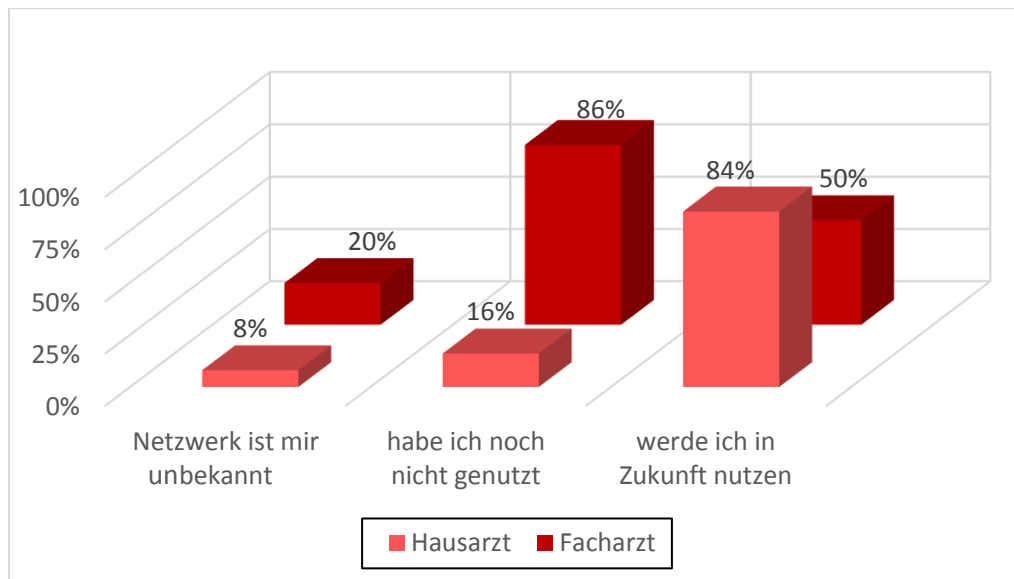


Abbildung 13: Unterschiedliche Bekanntheit und Nutzung des Palliativnetzwerkes bei Haus- und Fachärzten

4.3.3 Zufriedenheit mit der Palliativstation und dem Netzwerk

Alle Fachärzte sind mit der Palliativstation zufrieden und halten auch das Palliativnetzwerk für eine wichtige Einrichtung. Alle Fachärzte, die in das Palliativnetzwerk einweisen, machen ausschließlich positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Kollegen, empfinden die Mitbetreuung als eine Verbesserung für den Patienten und sind froh durch die Mitbetreuung unterstützt worden zu sein. Jeder dieser Fachärzte würde wieder einen Patienten ins Palliativnetzwerk einweisen.

4.3.4 Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk

Die Hausbesuchstätigkeit nimmt bei einem Facharzt ab. Die restlichen drei führen ihre Hausbesuche weitestgehend unverändert durch. An Therapieentscheidungen sind die Fachärzte nur mäßig beteiligt, keiner wünscht sich mehr Einbeziehung in Therapieentscheidungen.

4.3.5 Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner

40% der Fachärzte verstehen sich als ein Teil des Palliativteams, ebenfalls 40% der Fachärzte sehen den Hausarzt als wichtigsten Palliativmediziner. Die Hausärzte sehen sich zu 64% als Teil des Teams und zu 58% als wichtigsten Palliativmediziner.

4.3.6 Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit im Netzwerk

Selbst Palliativmediziner zu werden oder im Netzwerk mitzuarbeiten, kann sich aufgrund Zeitmangels keiner der Fachärzte vorstellen. Dagegen planen fünf der Hausärzte (10%) konkret eine Weiterbildung oder sind bereits Palliativmediziner. Eine unzureichende Vergütung und Mehrbelastung ist im Gegensatz zu den hausärztlich tätigen Ärzten kein Thema (0% versus 8%), (siehe Diskussion 5.6.3 Weiterbildung Palliativmedizin, S. 49).

4.4 Auswertung nach der Niederlassungszeit

Die Auswertung nach der Niederlassungszeit erfasst die Ärzte, die weniger als 10 Jahre und mehr als 30 Jahre niedergelassen sind.

4.4.1 Niederlassungszeit der Ärzte und Nutzung des Netzwerkes

Unter 10 Jahre niedergelassenen Ärzten sind insgesamt 19 Ärzte, von denen fünf (30%) das Palliativnetzwerk bisher nicht nutzten, bei den über 30 Jahre niedergelassenen Ärzten (insgesamt 10) lediglich einer. Häufiger nutzen wollen es 73% der unter 10 Jahre niedergelassenen Ärzte und selten nutzen 28%. 86% der über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte geben an, das Palliativnetzwerk häufiger nutzen zu wollen, einer will es selten nutzen (14%).

4.4.2 Zufriedenheit mit der Palliativstation

Mit der Versorgung und Ablauf der Entlassung zeigen sich jeweils 90 - 100 % beider Gruppen zufrieden. Im Gegensatz dazu sind bei den über 30 Jahre niedergelassenen nur 89% mit dem Ablauf der Aufnahme zufrieden. Alle würden wieder einen Patienten einweisen.

4.4.3 Zufriedenheit mit dem Netzwerk

Alle über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte halten das Palliativnetzwerk für eine sehr wichtige Einrichtung. 40 % wünschen sich mehr Einbindung in Therapieentscheidungen und 78% empfinden die Zusammenarbeit mit dem Palliativnetzwerk als kooperativ. Bei den unter zehn Jahre niedergelassenen Ärzten wird das Netzwerk von 94 % als eine sehr wichtige Einrichtung bezeichnet. 21% wollen mehr in Therapieentscheidungen eingebunden werden und 86% empfinden die Zusammenarbeit als kooperativ.

4.4.4 Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk

40 % der über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte sind der Meinung, dass die Zusammenarbeit zwischen Netzwerk und Hausarzt besser strukturiert werden müsse. Bei den unter zehn Jahre niedergelassenen Ärzten wünschen sich lediglich drei (16%) eine bessere Struktur in der Zusammenarbeit mit dem Palliativnetzwerk. Die unter 10 Jahre niedergelassenen Ärzte führen die hausärztliche Tätigkeit in 38%, die über 30 Jahre Niedergelassenen zu 67% wie gehabt weiter fort.

4.4.5 Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner

70% der langjährig niedergelassenen Ärzte betrachten den Hausarzt als wichtigsten Palliativmediziner, was bei den unter zehn Jahre niedergelassenen Ärzten nur zu 26% zutrifft.

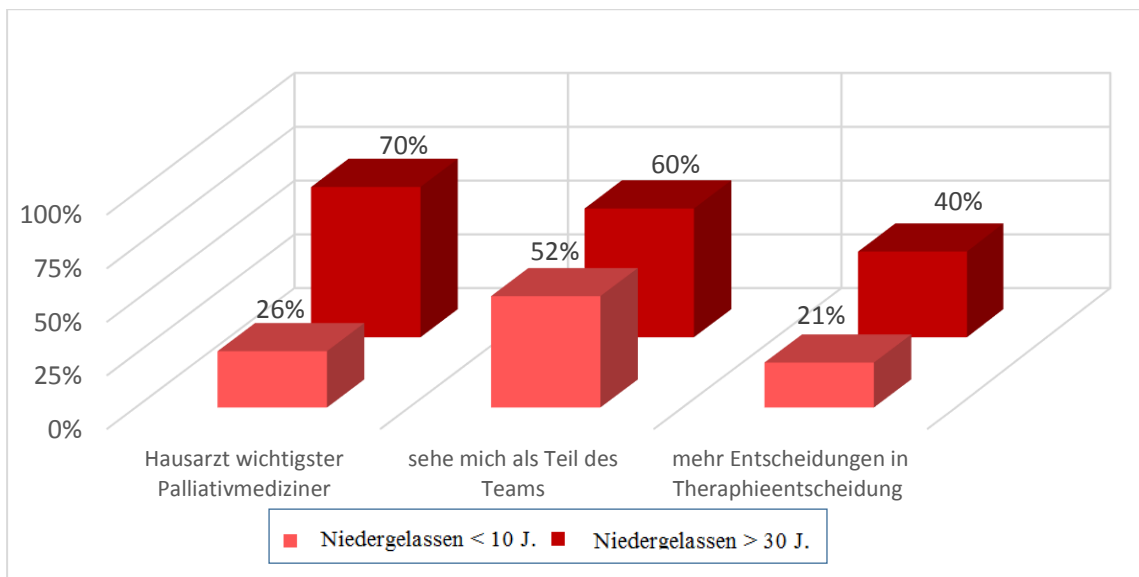


Abbildung 14: Unterschiede durch Niederlassungszeit

4.4.6 Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit

40% der über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte und 26% der unter 10 Jahre Niedergelassenen haben Interesse in dieser Region den Basiskurs für Palliativmedizin zu absolvieren. 15% der über 30 Jahre und 20% der unter 10 Jahre niedergelassenen Ärzte möchten definitiv selbst in einem Palliativnetzwerk tätig sein.

4.5 Interviews mit fünf Ärzten im Juni 2015

Wie empfinden Ihrer Meinung nach Angehörige und Patient die zusätzlichen Fachleute? (Belastung, Einmischung oder Erleichterung?)

Arzt 1¹⁸: Kein Problem, wird positiv bewertet, der Vorschlag das SAPV – Team zu involvieren kommt ja von uns!

Arzt 2¹⁹: Wird positiv bewertet.

Arzt 3:²⁰ Nur positive Rückmeldung, als Ergänzung, auch für mich. Ich gucke mir gerne das ein oder andere ab.

Arzt 4²¹: Als Unterstützung. Sind dankbar.

Arzt 5²²: Erleichterung, da immer jemand erreichbar ist.

Zeitmangel ist ein großes Problem in der Hausarztpraxis. Ist man eher dazu geneigt einen Patienten ins Palliativnetzwerk einzuweisen, der durchaus noch zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gehört?

Arzt 1: Nein.

Arzt 2: Ganz klar, nein. Ich versuche solange wie möglich den Patienten zu behalten.

Arzt 3: Nein. Ich weise erst dann ein, wenn es wirklich notwendig ist, nicht aus Zeitgründen.

Arzt 4: Könnte aus Zeitmangel durchaus mal vorkommen.

Arzt 5: Auf keinen Fall. Wir versuchen solange wie möglich, den Patienten selbst zu betreuen.

¹⁸ Arzt 1, persönliches Gespräch, 15.06.2015

¹⁹ Arzt 2, persönliches Gespräch am 16.06.2015

²⁰ Arzt 3, persönliches Gespräch, 16.06.2015

²¹ Arzt 4, persönliches Gespräch, 17.06.2015

²² Arzt 5, persönliches Gespräch, 18.06.2015

Weisen Sie auch Patienten ins Palliativnetzwerk ein, die in Seniorenpflegeheimen wohnen?

Arzt 1: Ja selbstverständlich, hauptsächlich um erneute Krankenhauseinweisungen zu verhindern, beispielsweise Pat. mit COPD.

Arzt 2: Ja, kommt vor.

Arzt 3: Ja.

Arzt 4: Ich weiß, dass das geht, kam bei mir noch nicht vor.

Arzt 5: Grundsätzlich ja, war aber noch nicht der Fall.

Was hat sich ihrer Meinung in den letzten 1,5-2 Jahren in der Zusammenarbeit zwischen Netzwerk/Palliativstation und niedergelassenen Ärzten verbessert oder ist schlechter geworden? Wie kann die Kooperation weiter gefördert werden?

Arzt 1: Kommunikation und Schriftverkehr sind besser geworden.

Arzt 2: Erst nachdem ich klar gestellt habe, dass man mich vorher zu fragen hat, funktioniert die Zusammenarbeit gut.

Arzt 3: Nichts zu verbessern an der Zusammenarbeit, läuft perfekt. Mir wird mitgeteilt, wenn sich etwas an der Therapie ändert. Mehr Einbindung in die Therapieentscheidungen brauche ich nicht.

Arzt 4: War nie ein Problem. Gebessert hat sich nichts, verschlechtert erst recht nichts.

Arzt 5: Probleme wurden immer auf dem kleinen Dienstweg erledigt. Wir kennen uns aber auch gut untereinander. Das war nie ein Problem. Ich sehe das SAPV-Team auch nicht als Konkurrenz. Wenn ich einen kompetenten Anästhesist an der Hand habe profitiert man nur davon und man bricht sich keinen Zacken aus der Krone.

Wann ist der richtige Zeitpunkt das Palliativnetzwerk in Anspruch zu nehmen?

Arzt 1: Das hängt vom Patienten ab. Hauptsächlich, wenn er eine 24-Stunden Betreuung braucht.

- Arzt 2: Wenn ich mit meinem Latein am Ende bin und das organisatorisch beispielsweise für die Pflege nicht mehr hinbekomme.
- Arzt 3: Wenn ich eine 24-stündige Betreuung gewährleisten muss.
- Arzt 4: Das hängt mit von der Erwartungshaltung des Patienten ab. Kann auch sein, dass einer das gar nicht will.
- Arzt 5: Der Wunsch und die Erwartung des Patienten hängen damit zusammen. Man muss einen Konsens treffen und sich die Möglichkeit offenhalten, falls die Betreuung intensiver wird und auch 24 Stunden jemand erreichbar sein muss. Es hilft hier nichts in bloßen Aktionismus auszubrechen. Wir haben ja auch die Pflicht, unnötige Einweisungen zu verhindern. Außerdem hängt das auch von den pflegenden Angehörigen ab, die in ausreichender Zahl vorhanden sein müssen.

Besteht Bedarf an palliativmedizinischer Fortbildung?

- Arzt 1: Nein, ich gebe meine Praxis Ende August auf.
- Arzt 3:: Nein
- Arzt 4: Ja klar. Habe aber keine Zeit im Netzwerk mitzuarbeiten bei einer eigenen Praxis.
- Arzt 5: Immer.

5. Diskussion

5.1 Methodenkritik

Es wurden lediglich 57 % der Bögen zurückgesandt.

Nicht-hausärztliche Fachärzte haben wenig bis gar keinen Kontakt mit der Palliativversorgung. Dies spiegelt sich auch deutlich in der Anzahl der rückläufigen Fragebögen wider. Mindestens 10 Fachärzte und mindestens 50 Allgemeinmediziner

beantworten den Fragebogen, die restlichen Ärzte machen zu ihrer Fachrichtung keine Angaben.

Möglicherweise beantworteten die Ärzte mit positiven Erfahrungen zu Palliativstation und Palliativnetzwerk die Fragebögen bereitwilliger. Zum Zeitpunkt der Befragung wurde die spezielle ambulante Palliativversorgung lediglich durch zwei Ärzte durchgeführt, die von den meisten niedergelassenen Kollegen sehr geschätzt und im Kreis Limburg-Weilburg durch verschiedene Veranstaltungen, Vorträge, Presseartikel, der Öffentlichkeit bekannt sind. Dieser Aspekt schlägt sich deutlich in den einzelnen Kommentaren der befragten Ärzte nieder.

Um den Fragebogen vollständig auszufüllen werden etwa acht Minuten benötigt. Möglicherweise fehlte vielen Ärzten die Muße, sich diese Zeit nach einem arbeitsreichen Tag zu nehmen.

Nicht alle Ärzte beantworten jede Rubrik, so dass die Auswertung möglicherweise nicht die vollständige Meinung widerspiegelt. Ärzte, die gleich zu Beginn angeben, das Palliativnetzwerk nicht zu kennen oder noch nie benutzten, können schlussfolgernd nachfolgende weiterführende Fragen nicht beantworten. Bei den Ergebnissen bezüglich der durchschnittlichen Einweisung fällt in der Einzelauswertung eine weibliche, unter 10 Jahren niedergelassene Hausärztin auf, die angibt 70 Einweisungen in das Palliativnetzwerk und die Palliativstation veranlasst zu haben. Diese hohe Einweisungsrate beeinflusst die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Einweisungen in der geschlechtsspezifischen Auswertung, die Auswertung der unter 10 Jahre niedergelassenen Ärzte, als auch die Auswertung nach Altersklassen. Berücksichtigt man diese erhebliche Abweichung, indem man sie rechnerisch nicht mit einbezieht, ergeben sich nur geringe Unterschiede in diesen Auswertungen.

In der Auswertung wird zwischen offenen und geschlossenen Fragen unterschieden. Während bei den geschlossenen Fragen explizit Enthaltungen erfasst werden können, indem sie keine Berücksichtigung im berechneten Prozentsatz finden, ist dies bei den offenen Fragen nicht möglich. Da die Befragten hier keine entgegengesetzte Antwortmöglichkeit haben, kann der Auswertende nicht zwischen sich enthaltenden Ärzten und jenen unterscheiden, welche sich in der zur Verfügung stehenden Aussage nicht wiederfinden. 100% entsprechend bei offenen Fragen also den 81 zurückgesandten Fragebögen, basierend auf dieser Grundlage ergeben sich die

berechneten Prozentsätze. Möglicherweise werden durch dieses Vorgehen schlechtere Ergebnisse erzielt, da Ärzte, die weder das Palliativnetzwerk kennen oder nie nutzten, in die Auswertung offener Fragen mit einbezogen werden.

Geschlossene Fragen konnten entweder mit den Abstufungen von 1-6: „*stimme voll zu bis stimme überhaupt nicht zu*“, beziehungsweise mit 3 Abstufungen: „*ja, eher zurückhaltend, auf keinen Fall*“ oder 4 Abstufungen beantwortet werden: „*zufrieden, eher zufrieden, weniger zufrieden und nicht zufrieden*“. Die Ergebnisse fallen unterschiedlich aus, je nachdem ob beispielsweise bei den Abstufungen von 1-6 die ersten 2 oder die ersten 3 Abstufungen mit dem Attribut „positiv“ belegt wurden.

Des Weiteren wird nach der Fortführung der hausärztlichen Versorgung gefragt, obwohl auch Fachärzte angeschrieben wurden. Bei der Frage wer als wichtigster Palliativmediziner gelte, wird außerdem nicht zwischen spezialisierter und allgemeiner ambulanten Palliativversorgung differenziert.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Befragung in einem ländlichen Gebiet stattfand, dessen Organisationsstruktur im Bereich der Palliativmedizin gegenüber noch ländlicheren Gebieten gut ausgebaut ist. Rückschlüsse auf städtisch geprägte Landkreise zu ziehen ist daher schwierig.

5.2 Der Hausarzt als wichtigster Palliativmediziner

Der Kommentar eines Hausarztes (über 60 Jahre, männlich) stellt eine weit verbreitete Ansicht dar: „*Ein gut und breit ausgebildeter Allgemeinarzt ist Palliativmediziner.*“

Die jungen Hausärzte betrachten sich in erster Linie als Teil des Palliativteams, wohingegen sich die über 60 - jährigen Hausärzte gleichzeitig als den wichtigsten Palliativmediziner sehen. Zu 40% verstehen sich ebenfalls die Fachärzte als ein Teil des Palliativteams und sehen den Hausarzt zu 40% als den wichtigsten Palliativmediziner. Allein, so bringt es Klindtworth auf den Punkt, weil die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zahlenmäßig nur einen kleinen Teil an Palliativpatienten ausmache²³, kann der Hausarzt ganz sicher als wichtigster Palliativmediziner gesehen werden.

²³ Vgl. Klindtworth, Katharina, Nils Schneider, and Jutta Bleidorn. "Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung?" ZFA April, (2014): S. 160

Wichtig ist, dass durch die Einbindung des SAPV Teams kein Konkurrenzkampf entsteht und die Hausärzte im weiteren Therapieverlauf Einbindung finden. Hierzu Erfahrungen des interviewten Arztes Herr Dr. Käsgen: *„Gemeinschaftspraxen und Teamarbeit ist unter jungen Medizinerinnen viel verbreiteter. Konkurrenzdenken kommt wenig auf. Dass die jüngeren Kollegen mehr einweisen, hat mit der Veränderung des Berufsbildes zu tun, und manchmal hat man sogar den Eindruck, dass Patienten, die sehr arbeits- und zeitintensiv sind, schneller eingewiesen werden.“*²⁴

Zweifelsohne gibt es wichtige Gründe, die den Hausarzt als Palliativmediziner, auch nach Einbindung des SAPV-Teams, unverzichtbar machen. Im Allgemeinen ziehen Patienten die Betreuung durch ihren Hausarzt anderen, häufig zuvor unbekanntem, Palliativmedizinerinnen vor. Das kann auch einer der interviewten Ärzte (Arzt 5) bestätigen, der von einem Patienten berichtete, der ausschließlich auf die Betreuung durch den Hausarzt bestand. Eine Untersuchung ergab, dass Hausbesuche durch den Hausarzt in den letzten drei Monaten des Lebens die Wahrscheinlichkeit erhöhen würde, dass der Patient zu Hause verstirbt.²⁵ Der Hausarzt kennt nicht nur die soziale und familiäre Situation des Patienten, sondern auch die der Angehörigen. Unausgesprochene Bedürfnisse und die enormen Belastungen der Angehörigen können von ihm rechtzeitig erkannt werden. Er ist so erster Kontaktpunkt und als Außenstehender in der Lage zu beurteilen, inwiefern Angehörige die Pflege zu Hause leisten können.

Wie Dahlhaus beschreibt, berichten gerade Angehörige, die ein Familienmitglied pflegten, von unerfüllten emotionalen Bedürfnissen.²⁶

Der Hausarzt verfügt über die Möglichkeit Alternativen einfühlsam anzusprechen und mit der Einbindung in eine palliativmedizinische Struktur, eine angespannte Situation zu entschärfen.

Nach Einweisung des Patienten in das Netzwerk lässt sich eine Abnahme der Hausbesuchstätigkeit bei den unter 10 Jahren niedergelassenen Ärzten stärker beobachten als unter den über 30 Jahre niedergelassenen Ärzten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die unter 10 Jahren niedergelassenen Ärzte das Palliativnetzwerk eher akzeptieren als die älteren, über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte.

²⁴ Arzt 5, persönliches Gespräch 2015

²⁵ Vgl. Klindtworth: Wie erleben Patienten fortgeschrittene Erkrankungen, S. 160

²⁶ Vgl. Dahlhaus, Anne, et al. "German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study." *Family practice* 31.2 (2014): 209-214.

Der länger niedergelassene Hausarzt genießt gegenüber dem erst unter 10 Jahre niedergelassenem ein besonderes Vertrauensverhältnis seinen Patienten gegenüber, das sich über mehrere Jahre entwickelte, kennt das Umfeld, die sozialen Verhältnisse, Ängste und Sorgen. So spricht Nils Schneider gerade den langjährig niedergelassenen, erfahrenen und älteren Allgemeinmediziner aus dem Herzen: *„Dies entspricht dem Selbstverständnis hausärztlichen Arbeitens, die Patienten kontinuierlich in unterschiedlichen Lebens- und Krankheitsphasen einschließlich der letzten Lebensphase zu betreuen.“*²⁷

Betrachtet man die Anzahl der Einweisungen der über 60 – Jährigen in das Palliativnetzwerk, die zahlenmäßig den jüngeren Kollegen unterlegen sind, bestätigt dieser Umstand die Vermutung von Anne Dahlhaus wie folgt: Gerade weil sich die Allgemeinmediziner, insbesondere die ältere Generation, in einer zentralen Rolle am Ende des Lebens sehen, kämpfen sie um diese Stellung, wenn sie fürchten müssen ihren Patienten zu verlieren.²⁸ Eine Umfrage in Niedersachsen ergab, dass die wenigsten Hausärzte sich eine vollständige Abgabe des Patienten an ein SAPV-Team vorstellen können. Stattdessen wird Beratung und insbesondere eine gemeinsame Versorgung befürwortet.²⁹ Hierzu ein Kommentar eines Hausarztes, 40-50 Jahre, männlich, welcher der Umfrage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, entnommen wurde: *„Die Einmischung des Palliativnetzwerkes in die Betreuung von Nichtpalliativpatienten (z.B. Besuche in Altenheimen am Wochenende) ist unverschämt.*

Abbildung 14 verdeutlicht, dass die Einweisung in das Palliativnetzwerk in erster Linie von Hausärzten angeordnet wird. Werden alle diskutierten Aspekte verbunden, kann der Rückschluss gezogen werden, dass sich Hausärzte die Betreuung ihrer Patienten nicht aus der Hand nehmen lassen wollen, die Mitbetreuung durch ein SAPV Team jedoch nicht als Konkurrenz empfinden und die Einweisung, sofern sie diese als notwendig empfinden, selbst vornehmen möchten.

²⁷Schneider, Nils, et al. "Spezialisierte ambulante Palliativversorgung." *Der Schmerz* 25.2 (2011): 166-173.

²⁸ Vgl. Dahlhaus: German general practitioners' views, 209-214

²⁹ Vgl. Schneider: Spezialisierte Palliativversorgung, 166-173

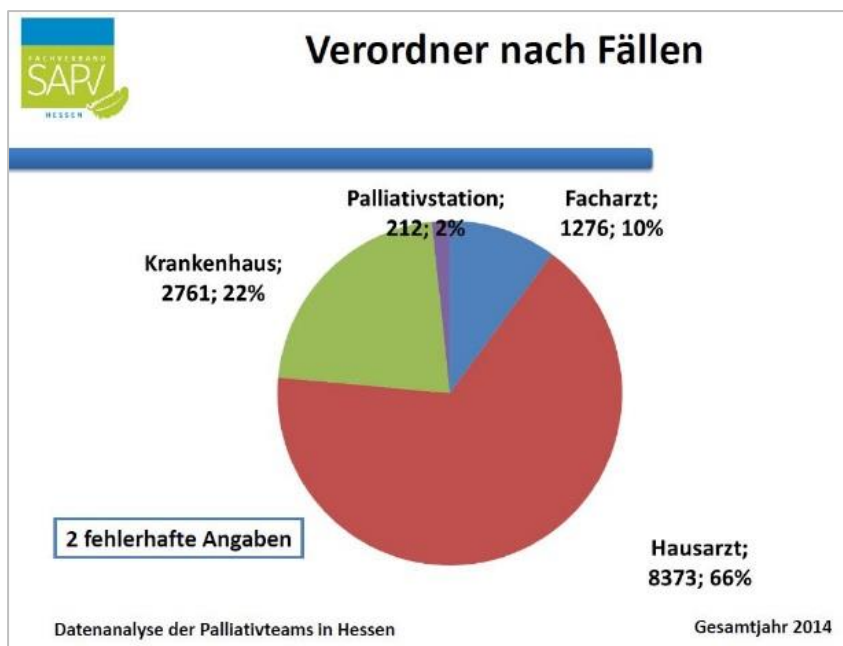


Abbildung 15: Verordner nach Fällen³⁰

5.2.1 Schnittstelle zwischen Palliativnetzwerk und Hausarzt

Die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk wird insgesamt positiv bewertet, wobei ein Unterschied in der Zusammenarbeit mit den Kollegen (91%) und dem gesamten Netzwerk (73%) gemacht wird. Diese Diskrepanz lässt sich dadurch erklären, dass sich einerseits die Kollegen untereinander kennen und die jeweilige Arbeit zu schätzen wissen, andererseits die Hausärzte mit der Gesamtorganisation (siehe Kommentare zur Dokumentation, Wunsch nach besserer Struktur und Zusammenarbeit) aber noch nicht vollends zufrieden sind. Kommentare wie: *„Ich finde SAPV sehr hilfreich und positiv. Ein großes Lob für die ...Umsetzung.“*, *„Ich finde den Einsatz der Kollegen im Palliativ-Team beispielgebend. Dickes Lob für die tolle Arbeit.“* oder *„Ich bin sehr froh das Palliativnetzwerk und die Palliativstation zu haben! Habe nur positive Erfahrungen gemacht!“*, sind keine Seltenheit im Bereich des Freitextes.

Die über 60-jährigen sprechen sich stark für eine bessere Zusammenarbeit und Schaffung einer kooperativen Atmosphäre aus. Sie wünschen sich im Gegensatz zu den Jüngeren mehr Mitsprache bezüglich der Therapieentscheidungen, die Einbeziehung in die regelmäßigen Konferenzen, Telefon- oder E-Mailkontakt vor der Übernahme des Patienten und bitten um Informationen bei wesentlichen Änderungen. Ein Hausarzt

³⁰ Hach: Präsentation FVSAPVH

schlägt vor, Ergebnisse der Konferenzen telefonisch mitzuteilen oder, wenn möglich, per Telefonkonferenz an der Besprechung teilzunehmen. Ein Arzt kritisiert die unzureichende Dokumentation und schlägt eine bessere Standardisierung vor.

Eine Metaanalyse aus Großbritannien beschäftigt sich mit Einflussfaktoren, die sich auf die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Anbieter einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auswirken. Dieser zufolge gibt es hierfür fünf Schlüsselfaktoren:

- **Gute Kommunikation:** Beispiele für eine gute Kommunikation sind Fallkonferenzen, welche gemeinsam mit Pflegekräften, die eine Verbindung zwischen Hospiz, SAPV-Teams und Hausärzten schaffen, durchgeführt werden. Fehlende Kommunikation verhindert das Einbeziehen der Allgemeinmediziner in die palliative Pflege.
- **Möglichkeit zur Fortbildung:** Fortbildungen sind angesichts der Ergebnisse mehrerer Studien dringend notwendig. Beispiele für erfolgreiche Fortbildungen sind die Integration von Studientagen für Pflegepersonal und praktisch orientierter Unterricht. Hausärzte in ländlichen Gebieten empfinden das Fehlen von Trainings – und Fortbildungsmöglichkeiten als eher unproblematisch. Eine Studie berichtet von organisierten Fortbildungen durch Anbieter der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Hausärzten, um gemeinsam voneinander zu lernen.
- **Klare Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten:** Missverständnisse bezüglich der Rollenaufteilung und Unklarheiten über Verantwortlichkeiten wirken sich genauso negativ auf die Zusammenarbeit zwischen dem Spezialisten und den hausärztlichen Kollegen aus wie eine strikte Auftrennung von Zuständigkeitsbereichen. Dies führt zu Abgrenzung und unausgesprochenen Machtkämpfen bezüglich Koordination der Patientenversorgung sowie zu einer Entwertung beruflicher Fähigkeiten des Hausarztes.
- **Zugang zu SAPV-Teams:** Ein problemloser und schneller Zugriff auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird unter Hausärzten geschätzt. Sie nehmen nicht nur gerne ihre Beratung in Anspruch, sondern schätzen auch deren zeitliche Flexibilität. (vgl. 4.5, Interviews mit fünf Ärzten im Juni 2015, S. 29) Als ein Schlüssel zu erfolgreichen partnerschaftlichen Beziehungen wird die Unterstützung in der 24- Stunden Bereitschaft gesehen. Schwierigkeiten in der

Erreichbarkeit eines Palliativteams behindert entsprechend die Einbeziehung des Hausarztes in die Palliativversorgung.

- **Koordinierte und kontinuierliche Patientenversorgung:** Das Erreichen guter Koordination und Kontinuität in der Patientenversorgung wird als Herausforderung gesehen, hierzu wurden verschiedene Modelle erarbeitet. In einer Studie wurde den mit der Pflege Beauftragten hierbei die Schlüsselrolle zugewiesen, was sich als praktikabel und kostensenkend erwies. Fehlende Übereinstimmung, wer welche koordinierende Aufgabe wahrnimmt sowie die Entwicklung von Pflegeplänen ohne Absprache mit anderen Teams erschweren die kontinuierliche und effektive Betreuung des Patienten.³¹

Werden die Ergebnisse aus vorliegender Umfrage und den oben genannten Schlüsselfaktoren für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen den Allgemeinmedizinern und den Anbietern einer SAPV verglichen, ergeben sich dabei viele Übereinstimmungen.

Die Resultate der Umfrage betonen die Bedeutung einer guten Kommunikation zwischen den beteiligten Parteien. Gerade hier liegt ein Kritikpunkt der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte, die sich beispielsweise vermehrt Telefon- und E-Mailkontakt wünschen.

Auch der Wunsch nach vermehrten Fortbildungsangeboten geht aus der Umfrage deutlich hervor. Dabei steht allerdings das Bedürfnis nach Information und Trainingsangeboten im Vordergrund. Wenige Hausärzte können sich eine Mitarbeit im Palliativnetzwerk vorstellen, am häufigsten aufgrund Zeitmangels. Übereinstimmend ergeben die Ergebnisse der Metaanalyse aus Großbritannien und der vorliegenden Umfrage, dass eine klare Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten eine Schlüsselfunktion für ein gutes Miteinander darstellt. Wie oben erläutert, wünschen sich die älteren Allgemeinmediziner mehr Einbindung in die Therapieentscheidungen. Allerdings kommt es nur in Ausnahmefällen zu unausgesprochenen Machtkämpfen seitens der Allgemeinmediziner. Ansonsten schätzen die niedergelassenen Ärzte die Arbeit des Palliativnetzwerkes und die Zusammenarbeit mit den dortigen Kollegen wird als sehr angenehm empfunden. Technisch gesehen gibt es einige Verbesserungsvorschläge der

³¹ Vgl. Gardiner, Clare, Merryn Gott, and Christine Ingleton. "Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review." *British Journal of General Practice* 62.598 (2012): e353-e362.

niedergelassenen Hausärzte, die sich beispielsweise eine Beteiligung an Telefonkonferenzen wünschen.

Die 24- Stunden Einsatzbereitschaft der SAPV-Teams wird als sehr positiv und entlastend von Hausärzten, Rettungsdiensten und Patienten erlebt. Hiermit ist ein weiterer wichtiger Aspekt zu einer gelingenden Zusammenarbeit erfüllt.

Das sieht beim letzten Faktor anders aus. Aus der großbritannischen Studie geht hervor, dass eine koordinierte und kontinuierliche Patientenversorgung dann gewährleistet werden kann, wenn den Pflegenden eine Schlüsselposition zugewiesen wird. Um die Versorgung des Patienten effektiv und kosteneffizient zu koordinieren, müsste das Pflegepersonal allerdings neben palliativer Tätigkeit auch die allgemeine Pflege übernehmen. Dies ist im Kreis Limburg-Weilburg bisher nicht der Fall, eine entsprechende Veränderung des Status quo könnte allerdings ein Schritt hin zu einer noch besseren Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Palliativteams sein.

5.2.2 Schnittstelle zwischen Palliativnetzwerk und Ärztlichem Bereitschaftsdienst beziehungsweise Notarzt

Nach Aulbert habe sich ein Palliativbericht für Notärzte bewährt, der genaue Angaben über die Erkrankung enthalte und möglichst in der Patientendokumentationsmappe zusammen mit der Patientenverfügung und- oder Vorsorgevollmacht aufbewahrt werden sollte. Zu diskutieren, so meint er, wäre die Einrichtung eines Brückenteams, ein in München-Harlaching 1997 erprobtes Modell. Diesem Team, bestehend aus einer Pflegekraft und einem Sozialarbeiter, obliegt die Einschätzung der Gesamtsituation des Patienten zu Hause, einschließlich der Ressourcen, die eine Weiterbetreuung zu Hause ermöglichen. Sie setzen sich mit Angehörigen und Patient in Kontakt, sobald eine Anfrage für die Aufnahme auf die Palliativstation erwünscht ist. Sie klären meist während eines Hausbesuches den Grund der Anfrage und erhalten so ein umfassendes Bild in der häuslichen Umgebung. Der Patient wird über Möglichkeiten und Grenzen des Aufenthaltes auf der Palliativstation aufgeklärt und bereits die Entlassung angesprochen. In einer täglichen Besprechung mit Stationsärzten, Pflegenden und dem Brückenteam wird dann über eine stationäre Aufnahme entschieden.³²

In Großbritannien befragte man Bereitschaftsdienstärzte inwieweit sie sich unterstützt fühlten, wenn sie Palliativpatienten treffen. Demnach fühlen sich diese allein gelassen,

³² Aulbert: Palliativmedizin-Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung, S. 69-74

nicht wissend, wen sie in schwierigen Situationen um Rat fragen können, zudem seien sie mit der Schwierigkeit konfrontiert bedarfsgerechte Medikamente zur Verfügung zu stellen. Fehlende Vertrautheit im Umgang mit Palliativpatienten, verbunden mit der ausgeprägten Angst Patienten mit zu starken Schmerzmitteln zu schädigen oder gar umzubringen, als auch die fehlende Weiterbildung sind weitere Unsicherheitsfaktoren. Schlussfolgernd sollte der ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) vor Antritt des Dienstes über kritische Palliativpatienten informiert werden.³³ In einer ähnlichen Lage sind auch die hiesigen bereitchaftsdiensttätigen Ärzte. Junge Kollegen und Kollegen mit Migrationshintergrund und Sprachbarriere, die sich zusätzlich Geld verdienen möchten, nehmen diese Aufgabe mitunter wahr. Hinzu kommt die Tatsache, dass der ein oder andere Facharzt, der am ÄBD teilnehmen muss, keine Erfahrung im Bereich der Palliativmedizin mitbringt. Im Unterschied zu Großbritannien gibt es allerdings im Kreis Limburg - Weilburg für jeden durch das Palliativnetzwerk versorgten Patienten eine Akte, auf der Notfallnummern stehen. Auf diese Akten haben die Bereitschaftsdienstärzte Zugriff.

5.2.3 Zeitpunkt und Gründe der Einweisung in das Palliativnetzwerk

Auf die Frage, wann die fünf befragten Hausärzte eine Einweisung in das Netzwerk für notwendig halten und ob sie aufgrund Zeitmangels mehr Patienten in das Netzwerk einweisen, ergibt sich Folgendes:

Übereinstimmend sehen alle Ärzte die ambulante Palliativversorgung als ergänzende oder unterstützende Einrichtung. Zeitmangel ist für jeden mit ein Grund, der die Einweisung eines Patienten notwendig macht. Ein Hausarzt betont allerdings sein Bemühen, Patienten solange wie möglich alleine zu betreuen. Das Palliativnetzwerk wird von ihm als letzte Möglichkeit gesehen den Patienten weiterhin daheim zu versorgen. Wenn ihm eine Einweisung nicht oder noch nicht sinnvoll erscheint, bereitet die Vermittlung dieser Einschätzung gegenüber Angehörigen, Pflegenden und Patienten mitunter Mühe. Empfehlungen, das SAPV-Team einzubinden, kämen von Pflegenden, Patienten und sogar Podologen. Wird die Einbindung ins Netzwerk seinerseits nicht verordnet, entstehe leicht der Eindruck dem Patienten, das „professionelle Team“

³³ Vgl. Taubert, Mark, and Annmarie Nelson. "Out-of-hours GPs and palliative care-a qualitative study exploring information exchange and communication issues." *BMC palliative care* 9.1 (2010): 18.

vorenthalten zu wollen. Ein anderer Arzt spricht in diesem Zusammenhang von immer größerem Anspruchsdenken der Patienten.

Der Zeitpunkt der Einweisung hängt laut Aussagen der befragten Ärzte einerseits von den Symptomen des Patienten ab, als auch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen in der häuslichen Umgebung und natürlich dem persönlichen Wunsch des Patienten. Ein Arzt berichtet von einem Patienten, der das SAPV-Team vehement ablehnte, da er in seinen letzten Tagen nur von dem „Arzt seines Vertrauens“ behandelt werden wollte. Drei Hausärzte sehen den richtigen Zeitpunkt für eine Einweisung gekommen, wenn die Wahrscheinlichkeit für eine 24-Stunden Versorgung steigt.

2001 wurde in Nordengland bezüglich des Einweisungszeitpunktes in das Palliativnetzwerk unter Hausärzten eine Umfrage gestartet. Unter den Allgemeinmedizineren herrschte bezüglich des richtigen Einweisungszeitpunktes Unsicherheit, der Wunsch nach mehr Training und Fortbildung herrschte vor. Hilfreich könne in diesem Zusammenhang, so die Schlussfolgerung, die Entwicklung von Einweisungskriterien sein.³⁴ Solche Kriterien, die zu einer Einweisung in das Palliativnetz führen, werden von den im Juni 2015 befragten Ärzten als überflüssig empfunden. Im Gespräch mit Frau Hach (Geschäftsführerin des hessischen Fachverbandes SAPV) bestätigte sich, dass sich in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung keine Patienten wiederfinden, die eigentlich noch durch eine allgemeine ambulante Palliativversorgung betreut werden könnten. Entscheide sich ein Arzt für die Vorstellung im Palliativnetzwerk, gäbe es dafür fast immer plausible Gründe. Nicht immer stehe die Symptomkontrolle im Vordergrund. Die Komplexität des Ganzen, einschließlich der sozialen und häuslichen Gegebenheiten, sei entscheidend. Sehr wohl gebe es Unterschiede im Einweisungsverhalten, die durch ländliche oder städtische Strukturen geprägt seien. Ein Arzt in ländlichem Raum habe längst nicht die Ressourcen zur Verfügung wie sein „städtischer“ Kollege, betrachte man die Anzahl der Pflegedienste, der auch an Sonn- und Feiertagen offenen Arztpraxen oder aber eine Palliativstation.³⁵

³⁴ Bestall, Janine C., et al. "Access and referral to specialist palliative care: patients' and professionals' experiences." *International journal of palliative nursing* 10.8 (2004): 381-389

³⁵ Hach, Michaela, persönliches Gespräch, 15. 06. 2015

5.3 Schnittstelle Palliativstation – Hausarzt

Die stationäre palliativmedizinische Versorgung wird von den niedergelassenen Ärzten überdurchschnittlich positiv bewertet. Hausarzt, 50-60 Jahre männlich: *„Die Onkologie ist im St. Vincenz-KH eine der zuverlässigsten Abteilungen.“* Wie im Ergebnisteil dokumentiert, wird die Entlassung des Patienten von der Palliativstation weniger gut beurteilt, als die stationäre Aufnahme oder der dortige Aufenthalt. Hier scheint es Verbesserungspotential zu geben. Hausarzt, 40-50 Jahre männlich: *„Mehr Hausarzt einbinden. Vom Krankenhaus ruft keiner an. Durch Zufall erfährt man, dass der Patient zu Hause ist.“*

Vor diesem Hintergrund wurde Krankenpfleger (Praxisanleiter auf der Palliativstation) Gerald Groh befragt. Er ist der Auffassung, dass oft die Meinung über den richtigen Entlassungszeitpunkt zwischen Arzt, Patient und Angehörigen differiere. Er berichtet beispielsweise von einem Patienten, der mit dem Arzt um einen früheren Entlassungszeitpunkt feilschte, seinen Angehörigen gegenüber aber diesen Wunsch niemals äußerte. Nachdem der Patient schließlich zu Hause war, waren Angehörige überfordert und voller Unverständnis ob der viel zu frühen Entlassung nach Hause. Der Hausarzt höre ja oft nur die Argumentation einer Seite.³⁶

Diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen, wie sie in *Palliativmedizin-Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung* zu finden sind. Wobei hier zusätzlich der Gedanke zum Tragen kommt, dass während des stationären Aufenthalts oft eine falsche Einschätzung bezüglich Möglichkeit und Grenzen der häuslichen Versorgung erfolgt. Therapien werden dann nicht fortgeführt, wenn hierfür die Möglichkeiten im ambulanten Bereich nicht bestehen. Die Folgen sind eine Verschlechterung oder Eskalation der Symptomatik, und die Betroffenen sind damit völlig auf sich gestellt. Der Patient verliert die ihm lieb gewonnenen Vertrauenspersonen und dadurch auch Sicherheit. Die Verantwortung für das Wohl des Patienten liegt jetzt größtenteils bei den Angehörigen. Die Überforderung der Angehörigen führt dann nicht selten dazu, dass Hausärzte den Patienten wieder in die Klinik einweisen. Die Entlassung sollte gut vorbereitet werden und kann nicht von einem auf den anderen Tag organisiert werden. Hilfreich ist es, Angehörigen noch im stationären Bereich pflegerische Maßnahmen zu

³⁶ Groh, G., persönliches Gespräch, Juni 2015

erklären und die Handhabung spezieller Pumpen, Absaugern und Ähnliches zu erklären sowie über die Bedarfsmedikation aufzuklären. Dies alles benötigt eine kompetente hausärztliche Mitbetreuung und Unterstützung, die im Vorhinein geklärt werden sollte. Hilfreich ist zudem, wenn eine Einschätzung durch das gesamte Team erfolgt.³⁷

5.4 SAPV als Konkurrenz oder zusätzliche Unterstützung?

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung im Kreis Limburg-Weilburg werden trotz sinkender Einwohnerzahlen mehr ältere Patienten und damit auch mehr Palliativpatienten auf einen Arzt zukommen (siehe Abbildung 2: steigende Anzahl der SAPV-Patienten, S. 8). Parallel nimmt die Zahl der Hausärzte ab. (vgl. 5.6 Demographischer Wandel der Ärzteschaft und Trends im Gesundheitswesen, S.47). Folglich könnte jeder Arzt, egal welchen Alters und Anzahl an Niederlassungsjahren, die Unterstützung durch das Palliativnetzwerk gebrauchen, zumal die Komplexität in der Schmerz- und Ernährungsmedizin neue, insbesondere organisatorische Herausforderungen birgt, die ein niedergelassener Arzt schwerlich allein schultern kann.

Mehrere Interviews mit Allgemeinmedizinern durch Anne Dahlhaus zeigen, dass Hausärzte, trotz langjähriger Erfahrung, an ihre Grenzen in der Versorgung von Palliativpatienten stoßen. Genannt sei hier der Umgang mit heftigsten Schmerzen oder Erstickungsgefahr. Außerdem fehlten Fähigkeiten im praktischen Umgang mit Punktionen, Spritzenpumpen und parenteraler Ernährung. Ein weiterer Aspekt ist das hohe Engagement, mit dem sich Hausärzte in die Palliativversorgung einbringen, was viel Zeit kostet und bei der Betreuung mehrerer Patienten den Arzt überfordert. Interessanterweise ist dies auch dann der Fall, wenn der Hausarzt ausgebildeter Palliativmediziner ist. Im Gegensatz zu Hausärzten kann das SAPV-Team auf eine gut organisierte Struktur und ein multidisziplinäres Team zurückgreifen, das eine „Rund um die Uhr Versorgung“ ermöglicht. Dies entlastet den Hausarzt, welcher so auch andere wichtige Aspekte der emotionalen oder psychosozialen Fürsorge wahrnehmen kann.³⁸ Gerade besagte 24-Stunden Betreuung wird auch in der zu Grunde liegenden Befragung seitens der Ärzte sehr positiv bewertet und als Entlastung empfunden.

Mehreren Gesprächen zufolge, unter anderen dem mit der Sekretärin Andrea Scholz des Palliativnetzwerks Limburg-Weilburg GmbH, (siehe 5.2.1 Schnittstelle zwischen

³⁷ Vgl. Aulbert: Palliativmedizin-Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung, S. 69-74

³⁸ Vgl. Dahlhaus: German general practitioners' views, 209-214

Palliativnetzwerk und Hausarzt , S. 36), betrachten nur noch wenige Hausärzte das Palliativnetzwerk als Konkurrenz.

In England (Befragung von Hausärzten 2002) gaben die meisten Interviewpartner an, das SAPV-Team als Ressource oder das gemeinsame Arbeiten als eine Erweiterung des Teams zu betrachten. Selten kam es vor, dass ein Hausarzt die komplette Verantwortung dem spezialisierten Palliativteam überließ³⁹.

Diese Ergebnisse sind mit denen der hiesigen Umfrage vergleichbar, betrachtet man die Fortführung der Hausbesuchstätigkeit und den Wunsch nach mehr Kooperation. 16 Ärzte empfinden die Zusammenarbeit mit dem Palliativnetzwerk als nicht kooperativ oder verbesserungswürdig. Es fällt auf, dass unter langjährig niedergelassenen und älteren Ärzten ein viel größeres Bedürfnis besteht in Therapieentscheidungen eingebunden zu werden und das, obwohl jüngere Ärzte und Ärzte unter 10 Jahren Niederlassungszeit sich in der Vergangenheit ebenso wenig in Therapieentscheidungen eingebunden fühlten wie ihre Kollegen. Zudem beurteilen die älteren und langjährig niedergelassenen Ärzte die Kooperation weniger gut als ihre jüngeren, weniger lang niedergelassenen Kollegen, die eine Mehreinbindung in Therapieentscheidungen gar nicht wünschen. In den im Juni durchgeführten Interviews zeigen sich zwei der jüngeren Hausärzte erstaunt, dass andere Kollegen noch mehr in Therapieentscheidungen eingebunden werden wollen. Ihrer Meinung nach genügt es völlig, wenn man sie über Änderungen informiert. Hierzu äußern sich zwei jüngere Hausärzte in den hier durchgeführten Interviews. Herr Dr. Käsgen bedauert in dem Interview, dass beispielsweise jüngere Klinikärzte es nicht für notwendig hielten, schwierige Entlassungssituationen mit dem Hausarzt zu besprechen, seinem Verständnis nach eine Selbstverständlichkeit, die zum guten Ton gehöre. Überrumpeln und Übergehen der Hausärzte sei für eine gute Zusammenarbeit nicht gerade förderlich. Betont wird aber, dass die Palliativstation in Limburg davon nicht betroffen sei.

Ein Arzt in dieser Befragung, gab aber eine Verschlechterung der Versorgung seines Patienten an, seit das Palliativnetzwerk eingebunden wurde. Zwei Ärzte würden „auf keinen Fall“ Patienten nochmals in das Netzwerk einweisen. Fünf Ärzte geben an „eher zurückhaltend“ mit einer erneuten Einweisung zu sein. Die Mehrheit der Hausärzte

³⁹ Vgl. Shipman, Catherine, et al. "How and why do GPs use specialist palliative care services?" Palliative Medicine 16.3 (2002): 241-246.

betrachtet die Versorgung durch das Palliativnetzwerk jedoch als Unterstützung, bei der der Patient maßgeblich profitiert und durch welche die häusliche Versorgung verbessert werden kann.

Durchschnittlich sind die Hausärzte nach der Einbindung weniger häufig bei den Patienten und gewinnen dadurch mehr Zeit für andere Patienten (4.1.6 Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Netzwerk, S. 20). Ein weiterer Aspekt besteht in der Entlastung der Budgets der Hausärzte, was zusätzlich ein positives Licht auf die SAPV- Versorgung wirft. Die 24-stündige Erreichbarkeit der Hausärzte ist außerdem nicht mehr notwendig, eine Gegebenheit, welche nicht nur jüngeren Ärzten oder Ärzten mit weniger Niederlassungsjahren entsprechend dem veränderten Hausarztmodell („Work-Life-Balance“) zugutekommt.

Interessanterweise lässt sich anhand der vorliegenden Befragung eine zurückgehende Beratung und Zusammenarbeit mit dem Netzwerk in Zusammenhang mit zunehmender vertragsärztlicher Tätigkeit nicht beobachten, im Gegensatz zu Ergebnissen einer niedersächsischen Untersuchung.⁴⁰ Die Kooperation wird von jüngeren als auch von älteren und länger niedergelassenen Ärzten ähnlich gut beurteilt, wobei die jüngere Generation sich mit dem status quo zufrieden gibt, die älteren, langjährig tätigen Hausärzte jedoch mehrheitlich eine Verbesserung wünschen. Allerdings sind die Zahlen der durchschnittlichen Einweisungen pro Arzt mit zunehmendem Alter tatsächlich abnehmend, was, wie unter 5.2 *Der Hausarzt als wichtigster Palliativmediziner*, S. 33 beschrieben, verschiedene Gründe hat. Junges Alter (unter 40 Jahren), kurze vertragsärztliche Tätigkeit (unter zehn Jahren) und weibliches Geschlecht zeigen sich in der niedersächsischen Untersuchung genauso wie im Kreis Limburg-Weilburg einweisungsfreudiger als ihre männlichen, älteren Kollegen.

Die niedersächsische Analyse weist dahin, dass bei zunehmendem Frauenanteil unter den Hausärzten ein größeres Bedürfnis nach Zusammenarbeit vorhanden ist und die Einbindung eines SAPV-Teams dankbar als Entlastung anspruchsvoller Tätigkeit gesehen wird.⁴¹

⁴⁰ Vgl. Schneider: *Spezialisierte Palliativversorgung*, 166-173

⁴¹ Ebd.

5.5 Vergütung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

In Anlehnung an die Ausführungen Schellings wurde erst, nachdem die Vergütung für die SAPV vertraglich im Sozialgesetzbuch V geregelt wurde, erkannt, dass die Hausärzte übergangen worden waren und einen Mehraufwand nicht abrechnen konnten. Diesem Umstand wurde nachträglich Rechnung getragen, indem die allgemeine ambulante Palliativversorgung gestärkt wurde, die auch ohne Weiter- oder Fortbildungsmaßnahmen abrechenbar ist.

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist, seitdem Palliativziffern Einzug ins EBM- und HZV-System hielten, ab dem 1.10.2014 abrechenbar mit den Ziffern 03370, 03371, 03372 und 03373. Die Palliativpauschale kann einmal pro Quartal veranschlagt werden, wenn der betreuende Arzt nicht die Leistungen eines SAPV-Teams in Anspruch nimmt. Allerdings bedarf es bestimmter Voraussetzungen wie beispielsweise der Betreuung eines Palliativpatienten gemäß der WHO – Definition. Eine andere Möglichkeit abzurechnen, bei gleichzeitiger Mitbetreuung des Palliativpatienten durch ein SAPV – Team, besteht über die Chronikerziffer und der Geriatrie Pauschale in Verbindung mit Hausbesuchen. Innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gibt es diese Ziffern schon seit mehreren Jahren. Jörg Schilling kommentiert hierzu: „Jede Gebührenordnung hat einen enormen Steuerungseffekt auf das Handeln und Denken von Hausärzten. In anderen Worten: Leistungen, die vergütet werden (da Abrechnungsziffern vorhanden), werden auch erbracht. Leistungen, die nicht vergütet werden (da keine Abrechnungsziffer vorhanden), werden auch nicht oder nur minimal erbracht.“ Dies bedeutet, so Schilling weiter, dass gerade die Krankenkassen und die Politik Einfluss auf das Verhalten der Hausärzte haben. Es bedeutet nicht, dass Hausärzte käuflich sind, jedoch aus rein praktischen und betriebswirtschaftlichen Überlegungen die Palliativversorgung gerne einem professionellen Team überlassen. So belastet ein Palliativpatient das Budget des Hausarztes am stärksten.⁴²

Anzunehmen ist ein oft fließender Übergang von allgemeiner zur speziellen ambulanten Palliativversorgung. Einflussnehmende Faktoren für die Einweisung sind die subjektive Einschätzung der Verordnenden, zu denen auch die Überlegung der Wirtschaftlichkeit zählt. Eine Tendenz zu mehr Einweisungen ist bei den Umfrageergebnissen tatsächlich

⁴² Schelling J. „Vergütung von Palliativmedizin in der hausarztzentrierten Versorgung“, ZFA Oktober (2014), S. 402-403

bei 45% der befragten Ärzte erkennbar, die angaben, das Palliativnetzwerk in Zukunft häufiger nutzen zu wollen. In der spezifischen Auswertung zeigte sich unter den Hausärzten ein Unterschied von 35% zwischen denen, die das Netzwerk bereits regelmäßig nutzten und denen, die es in Zukunft mehr nutzen wollen (*siehe auch 4.3.2 Nutzung des Palliativnetzwerkes, S. 25*)

Eine mögliche Erklärung geht dahin, dass Ärzte, die bereits gute Erfahrungen sammelten, die bestehende palliativmedizinische Versorgung noch häufiger nutzen werden – oder dass sich unter den 45% solche Ärzte befinden, die bisher kaum mit dem Netzwerk Kontakt hatten und durch den Fragebogen auf die Möglichkeit einer Einweisung aufmerksam wurden und infolgedessen das Netzwerk in Zukunft in Anspruch nehmen wollen.

5.6 Demographischer Wandel der Ärzteschaft und Trends im Gesundheitswesen

Laut dem hessischen Ministerium für Soziales verteilten sich 2014 insgesamt 115 Hausärzte an 66 Standorten im Kreis-Limburg-Weilburg, wovon im Jahr 2015 altersbedingt 18 einen Nachfolger suchten. 2017 sind es bereits 25 Hausärzte und 2020 voraussichtlich 39 Hausärzte, die ihre Praxis mit Erreichen des 65. Lebensjahres abgeben könnten.⁴³

⁴³ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration Wiesbaden und Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Regionaler Gesundheitsreport 2014 Landkreis Limburg-Weilburg. O.J., , URL: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gesundheitsreport-2014_limburg_weilburg.pdf (27.06. 2015)

5.6.1 Altersstruktur der Ärzteschaft

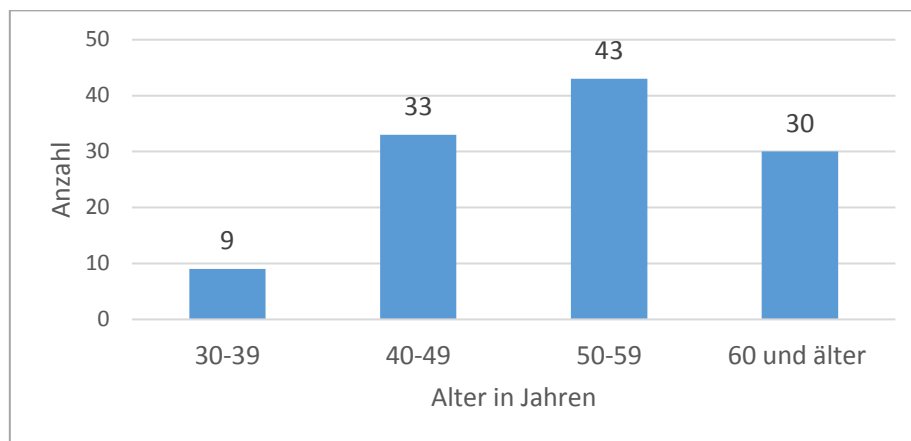


Abbildung 16: Altersstruktur der Hausärzte im Landkreis Limburg-Weilburg⁴⁴

Abbildung 15 „zeigt die Verteilung der 115 zugelassenen Hausärzte im Landkreis Limburg-Weilburg nach Altersstufen in 10er Schritten. Hier ist zu erkennen, dass die größte Anzahl der Hausärzte sich auf die Altersgruppe 50 – 59 Jahre verteilt, dies macht 37,39% aus. Auch die Gruppe der 40 – 49-Jährigen ergibt einen Prozentsatz von 28,70%. Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren macht bereits einen Prozentsatz von 26,09% aus. Die jungen Ärzte und somit Nachfolger entsprechen dem geringsten Anteil mit 7,83%. Dieses Ergebnis zeigt auf, dass der Nachfolgebeford groß ist und Ärzte für die hausärztliche Versorgung gewonnen werden müssen.“⁴⁵

5.6.2 Trends und Einflussfaktoren auf die Niederlassung

Praxen, die zum Verkauf angeboten werden sind meist Einzelpraxen oder kleinere Praxen, bei denen Kooperationen schlecht möglich sind. Junge Mediziner schätzen jedoch den Austausch mit einem erfahreneren Kollegen, gerade beim Start in die Selbstständigkeit. Dies gilt für die medizinische Komponente, aber auch für den organisatorischen Bereich einer Arztpraxis. Ein weiterer Aspekt gegen die Übernahme einer Praxis in einer ländlichen Region besteht darin, dass diese für junge Familien oft nicht die nötige Attraktivität aufweist.

In den letzten Jahren wandelte sich das Werteverständnis des Arztberufes. Die sogenannte Work-Life-Balance spielt eine bedeutende Rolle. Zunehmend wird der Arztberuf von Frauen wahrgenommen, die sich mehr Teilzeitangebote sowie eine bessere Betreuungsmöglichkeit für Kinder wünschen. Wirtschaftliche Risiken, seien es

⁴⁴ Hessisches Ministerium für Soziales. Gesundheitsreport 2014

⁴⁵ Hessisches Ministerium für Soziales. Gesundheitsreport 2014

der Selbständigkeit oder der Regressforderungen, sind ebenso zu berücksichtigen wie häufige Änderungen in dem Honorarsystem.⁴⁶ Hinzu kommt noch die Verantwortung als Arbeitgeber, Chef und gegebenenfalls als Ausbilder.

5.6.3 Weiterbildung Palliativmedizin

Die Landesärztekammer Hessen gibt an, dass die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in Hessen die Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung sei. Die Weiterbildungszeit beträgt, so die Kammer weiter, 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten oder ist anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision und 40 Stunden Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin.⁴⁷ Fallseminare sind nochmals in drei aufeinander aufbauende Module unterteilt.

Nach aktuellen Auskünften der Bundesärztekammer, so Fink, sollen sich die Anforderungen an die Weiterbildung Palliativmedizin ändern und im Jahr 2017 in Kraft treten. Zusätzlich zu dem jetzt empfohlenen Programm wird eine mindestens 6-monatige Weiterbildung auf einer Palliativstation nötig sein, um die Zusatzbezeichnung Palliativmediziner führen zu dürfen.⁴⁸

5.6.4 Bereitschaft zur Mitarbeit im Netzwerk und Fortbildung

Ein Teil der Hausärzte wäre durchaus bereit im Palliativnetzwerk mitzuarbeiten (18%), was am ehesten die Ärzte zwischen 40 und 60 Jahren betrifft. Die Umsetzung scheitert in erster Linie am Zeitmangel, wobei einige der älteren Ärzte die unzureichende Vergütung als weiteren Faktor angeben. Eine Weiterbildung für einen niedergelassenen Arzt mit einer Einzelpraxis, im Kreis Limburg –Weilburg zählen hierzu 47 % der Ärzte, wird damit uninteressant. Wie bereits erwähnt ist die Weiterbildung erst bei vorliegendem Facharztstatus anerkannt. Ein Arzt (40-50 Jahre) gab an gerne im Palliativnetzwerk tätig sein zu wollen. Seine bisher absolvierte Weiterbildung wurde aber als „Nicht-Facharzt“ nicht anerkannt. Im Unterschied zu anderen Landesärztekammern sind in Hessen alternativ zur 6-monatigen Weiterbildung auf einer Palliativstation Fallseminare mit Supervision möglich, die für einen Arzt mit laufender

⁴⁶ Ebd.

⁴⁷ Vgl. Landesärztekammer Hessen, Weiterbildungsordnung Für Ärztinnen und Ärzte in Hessen. 2015, URL: http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2005_10.pdf (25.06.2015)

⁴⁸ Fink, Matthias: Weiterbildung Palliativmedizin. O.J., URL: <http://www.aim-hannover.de/newsletter/2015-02/newsletter-pal-1.html> (27.06.2015)

Praxis besser zu organisieren wären. Nach den Ergebnissen dieser Umfrage, siehe unten stehende Abbildung, signalisierten 40% der über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte Interesse an einem 40-stündigen Basiskurs, ohne dass dies zwangsläufig in einer Mitarbeit im Palliativnetzwerk mündet. Ähnliches gilt für die unter 10 Jahre niedergelassenen Ärzte. Demzufolge kann man annehmen, dass ein Fort- und Weiterbildungsbedarf in dieser Fachdisziplin besteht. Hierzu der Wunsch eines Hausarztes: „Regelmäßige Fortbildungsangebote Palliativmedizin 1-2 mal pro Jahr!“ Auch in den aktuellen Interviews wurde von mehreren Ärzten großes Interesse an Fortbildungsveranstaltungen bekundet.

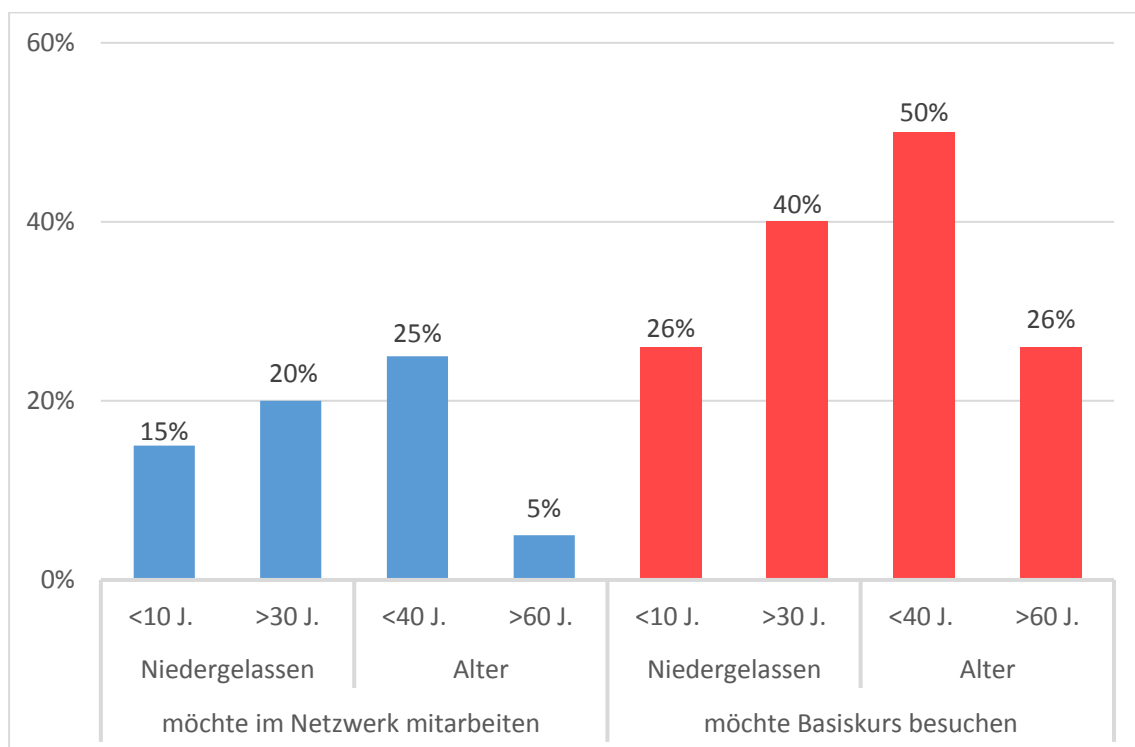


Abbildung 17: Unterschiedliche Bereitschaft zur Mitarbeit im Palliativnetzwerk und zur Weiterbildung verschiedener Altersklassen

Shipman beschreibt anhand einer in Cambridge durchgeführten Befragung, in welchem Bereich Allgemeinmediziner ihren Fortbildungsbedarf sehen. Die Hälfte von ihnen wünschte sich Fortbildungen zur Symptomkontrolle bei Patienten, die nicht an einer malignen Erkrankung litten. Allgemeinmediziner in städtischen Gebieten wünschten sich mehr Fortbildungen zur Verschreibungspraxis von Opiaten, zum Thema Übelkeit und Erbrechen und den Umgang mit Spritzenpumpen als ihre Kollegen in ländlicheren Gebieten. Um Wissen und Bildung zu steigern, sei es der Befragung zufolge wichtig,

gezielt auf die Bedürfnisse der Ärzte, abhängig von ihrem Arbeitsort einzugehen.⁴⁹ 2014 wurde in Belgien die Effektivität der Ärzteausbildung in Hinblick auf den steigenden palliativmedizinischen Bedarf untersucht. Die studentische Ausbildung als auch die Ausbildung während der Weiterbildung in der Praxis erwies sich der Untersuchung zufolge als uneffektiv. Es wird ein Zusammenhang mit fehlenden praktischen Erfahrungen gesehen. Ein Lernen direkt am Arbeitsplatz in Zusammenarbeit mit Palliativfachkräften wird als eine wertvolle Alternative betrachtet.⁵⁰

5.7 Besonderheiten bei den spezifischen Auswertungen

5.7.1 Auswertung nach Fachärzten

Zum Zeitpunkt der Befragung besteht Aufklärungs- und Informationsbedarf über die Existenz des Palliativnetzwerkes; dies betrifft die Fachärzte noch dringender als die Hausärzte. In Anbetracht der zahlenmäßigen Unterlegenheit, ist die Rolle der Fachärzte bezüglich der Ergebnisbeeinflussung im *unspezifischen* Teil (*siehe 4.1, Unspezifische Auswertung, S. 17*) der Auswertung zu vernachlässigen. Insgesamt werden Einweisungen durch Fachärzte unterschiedlichster Fachrichtungen vorgenommen (Nephrologe, Pneumologe, Internist, Neurologe/Psychiater). Die meisten Einweisungen kommen aus Fachgebieten, die häufig mit chronisch Kranken assoziiert sind und häufiger Palliativpatienten betreuen. Hervorzuheben ist die überdurchschnittliche Zufriedenheit von 100% bezüglich erfahrener Unterstützung und der Gesamtzufriedenheit mit der palliativmedizinischen Versorgung aller Fachärzte. Erstaunlich ist die Tatsache an sich, dass sich Fachärzte an das Palliativnetzwerk oder die Palliativstation wenden, was primär Aufgabe des Hausarztes wäre. Ein Grund mag sein, dass chronisch Kranke wie beispielsweise dialysepflichtige Patienten von ihren entsprechenden Fachärzten unter Umständen regelmäßiger gesehen werden als von ihren Hausärzten.

⁴⁹ Shipman, Catherine, et al. "Educational opportunities in palliative care: what do general practitioners want?" *Palliative medicine* 15.3 (2001): 191-196.

⁵⁰ Pype, Peter, et al. "Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study." *BMC family practice* 15.1 (2014): 36.

5.8 Patientenwünsche gegenüber dem Hausarzt bezüglich der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

Katharina Klindworth untersuchte anhand von Fragebögen, wie Patienten mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung ihre häusliche Versorgung erleben. Dabei zeigte sich, dass der Hausarzt häufig als Impulsgeber wahrgenommen wird, um Kontakte oder Termine zu anderen Fachärzten, Therapeuten oder einer Palliativversorgung herzustellen. Überwiegend, so Klindworth weiter, werden Hausärzte als freundlich wahrgenommen, die sich für Untersuchungen und Gespräche Zeit nehmen. Sehr positiv bewertet wurde die Erreichbarkeit des Hausarztes auch außerhalb der Sprechzeiten, das Ermöglichen kurzfristiger Hausbesuche und großes persönliches Engagement des Hausarztes gerade auch für am Lebensende stehende Patienten. Patienten schätzten außerdem eine Kooperation der sie behandelnden Ärzte, weil dadurch Krankenhauseinweisungen vermieden und eine wohnortnahe Behandlung gewährleistet werden konnte. Immer wieder wurde in diesen Interviews betont, dass der Patient als „Mensch“ wahrgenommen werden möchte und ein hohes Bedürfnis nach wertschätzender Kommunikation habe, wobei das Informationsbedürfnis stark variere.⁵¹

Eine Befragung von 20 Allgemeinmedizinern und 20 Palliativpatienten in Großbritannien 2006 ergab übereinstimmende Vorstellungen einer guten Versorgung am Lebensende. Vier Kernpunkte wurden dabei hervorgehoben:

- Die Erreichbarkeit des Hausarztes für Hausbesuche und nach den Öffnungszeiten
- Medizinische Kompetenz
- Kooperation mit anderen Professionen
- Zuwendung und Kontinuität der Pflege⁵²

Herr Dr. Couve, einer der im Juni interviewten Ärzte, berichtet über die Furcht vieler Patienten, die Hausarztbesuche könnten nach der Einbindung in das Palliativnetzwerk entfallen. Explizit wird von Patientenseite eine Fortführung der Hausbesuche gewünscht, was auch ein Grund für die unveränderte Fortführung der

⁵¹ Vgl. Klindworth: Wie erleben Patienten fortgeschrittene Erkrankungen, S. 160

⁵² Vgl. Borgsteede, Sander D., et al. "Good end-of-life care according to patients and their GPs." *British Journal of General Practice* 56.522 (2006): 20-26

Hausbesuchstätigkeit (in der unspezifischen Auswertung 58%) nach Einbindung des Netzwerkes sein könnte. Laut Aussagen der fünf befragten Hausärzte empfindet jedoch kein Patient die zusätzlichen Fachleute des SAPV-Teams als störend, sondern als Ergänzung. Außerdem sind es meist die Hausärzte selbst, welche die Möglichkeit der Mitbetreuung durch ein SAPV-Team vorschlagen. Ein Arzt kritisiert die mangelhafte Absprache zwischen den Pflgeteams bezüglich des jeweiligen Kompetenzbereichs.

5.9 Internationaler Vergleich

5.9.1 Italien

Eine an italienische Allgemeinmediziner gerichtete Telefonumfrage über Palliativmedizin gab Auskunft über die hohe Bereitschaft der Ärzte ein multiprofessionelles Palliativteam in ihre Arbeit zu integrieren. Ca. 39% der Befragten stuften einen Palliativmediziner als hilfreichen Koordinator eines Palliativteams ein, 63% schätzten ihn als Unterstützung in der Beratung. Mehr als ein Viertel empfand einen Palliativmediziner als Hilfe in der Ausübung praktischer Fertigkeiten und damit als jemanden, der einen Teil der klinischen Verantwortung übernehmen könne. Die meisten Allgemeinmediziner hielten die Erreichbarkeit während der Arbeitszeit und die Erstellung eines individuellen Therapieplans in Zusammenarbeit mit einem multiprofessionellen Team für wichtig. Über 94% empfanden die Inanspruchnahme eines Palliativmediziners als Bereicherung, wenn auch in unterschiedlicher Weise und Intensität, was der unterschiedlichen Regelungen innerhalb der 20 verschiedenen Regionen in Italien zuzurechnen ist. Ähnlich wie in Deutschland gibt es ein die ambulante palliativmedizinische Versorgung regelndes Gesetz. Regional gibt es, vergleichbar den Bundesländern, deutliche Unterschiede in der Organisationsstruktur und der Bezahlung. Diese Faktoren beeinflussen die Integration eines Palliativteams in die hausärztliche Versorgung und können Hindernisse für die Zusammenarbeit darstellen. Unwissenheit über das mehrstufige Schmerzschema der WHO und Unsicherheit über Ziele in der Palliativmedizin wird mit einem Mangel an Fortbildungen in Zusammenhang gebracht. Die Entwicklung von Trainingsprogrammen, zugeschnitten auf die organisatorischen Abläufe in der ambulanten Palliativversorgung, würden die Zusammenarbeit mit einem professionellen

Team weiter fördern und die Kontinuität in der Versorgung des Palliativpatienten und ihrer Familien weiter sichern.⁵³

5.9.2 Australien

Mitchell Geoffrey K. beschreibt in seinem Artikel die Klage der Allgemeinmediziner zu wenig über den Umgang mit Palliativpatienten Bescheid zu wissen. So neigen sie scheinbar dazu, Symptome, die sie nicht behandeln können oder die für sie eher ungewöhnlich sind, zu übersehen. Arbeiten sie zusammen mit spezialisierten Teams, hat dies zur Folge, dass das Verständnis für die anderen Teammitglieder steigt und sich auf die Versorgung des Patienten auswirkt. Die Metaanalyse aus Australien zeigt, dass die Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Palliativteam nicht nur das Ergebnis der Palliativversorgung, die Patientenzufriedenheit und das Nutzen von Ressourcen verbessert, sondern auch zu einer Verbesserung des Arzt-Verhaltens in anderen Bereichen der Medizin beiträgt und positiv beeinflusst.⁵⁴

5.9.3 Dänemark

Wie eine Umfrage in Dänemark ergab, zeigten sich Hausärzte und Gemeindeschwestern sehr mit der Kooperationsbereitschaft eines ambulanten Palliativteams zufrieden (89%). Befragt wurden die Teilnehmer zu Beginn der Heimversorgung eines Patienten und nach einem Monat. Nach dieser Zeit berichteten die Befragten von einem Wissenszuwachs und gewonnener Sicherheit im Symptommanagement durch das Hinzuziehen eines spezialisierten Palliativteams.⁵⁵ Hier bestätigte sich, ähnlich wie in hiesiger Befragung, dass die Unzufriedenheit der Hausärzte auf einen Mangel an Informationen durch das spezialisierte Palliativteam, zurückzuführen war.

5.9.4 England

Eine Umfrage in Südostengland untersuchte die Sichtweise von Allgemeinmedizinern zu deren Nutzung und Erfahrungen mit einem Palliativteam und wie dies das Einweisungsverhalten beeinflusst.⁵⁶ Dass negative Erfahrungen das Einweisungsverhalten beeinflussten, bestätigt auch der Kommentar einer Hausärztin in

⁵³Beccaro, Monica, et al. "Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care." *Journal of pain and symptom management* 46.3 (2013): 335-344.

⁵⁴Vgl. Mitchell, Geoffrey K. "How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review." *Palliative Medicine* 16.6 (2002): 457-464

⁵⁵Vgl. Goldschmidt, Dorthe, et al. "Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses." *Palliative Medicine* 19.3 (2005): 241-250

⁵⁶Vgl. Bajwah: General practitioners' use and experiences of palliative care services: 18.

der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Umfrage (50-60 Jahre alt, niedergelassen seit 10-20 Jahren): „*Ich habe äußerst schlechte Erfahrungen mit einem Palliativnetzwerk andernorts gemacht.*“. Einweisungen ins Palliativnetzwerk oder auf die Palliativstation des Landkreises Limburg-Weilburg bleiben entsprechend aus.

Sabrina Bajwah geht ebenfalls auf eine frühere Studie in Nord-London ein, die herausstellte, dass Unkenntnis über den Nutzen eines Palliativteams vor allem bei denjenigen vorlag, die die Fragebögen überhaupt nicht ausfüllten.⁵⁷ Ähnlich wie in hiesiger Befragung war ein hoher Prozentsatz der Befragten (90%) und der fünf interviewten Ärzte mit dem Palliativteam jedoch zufrieden und hatte keine weiteren Verbesserungsvorschläge.

Wie Bajwah weiter ausführt, war die Mehrheit der Hausärzte in Südostengland der Meinung, dass sie nur bei einem von vier Palliativpatienten auf ein spezialisiertes Palliativteam verzichten könnten und dies vorwiegend bei Patienten, die nicht an einer malignen Tumorerkrankung leiden. Es blieb offen, ob dahinter eine hohe Wertschätzung gegenüber dem Palliativteam oder fehlendes Selbstvertrauen im Umgang mit spezifischen Symptomen stand. Es könnte damit auch schlicht der Wunsch verbunden sein, die Versorgung mit Experten zu teilen.⁵⁸

Die meisten Hausärzte sahen sich, ähnlich hiesiger Umfrage, als einen Teil des erweiterten Teams. 8% der Hausärzte nutzten nur selten das Palliativteam. Im Kreis Limburg-Weilburg sind es vergleichsweise 27% aller Befragten. (*Gründe hierfür siehe 5.2 Der Hausarzt als wichtigster Palliativmediziner, S. 33*).

Die wenigsten englischen Ärzte involvierten das Palliativteam mit der Intention den Patienten völlig abzugeben. Sie bevorzugten eine Inanspruchnahme des Teams, wenn sie es für erforderlich hielten.⁵⁹ Diese Meinung wird auch von vier der fünf im Juni interviewten Ärzte im Kreis Limburg-Weilburg geteilt, die das Palliativteam möglichst selten in Anspruch nehmen, um Ressourcen nicht zu vergeuden und die Palliativmedizin als ureigene Aufgabe des Hausarztes sehen (*siehe 5.2 Der Hausarzt als wichtigster Palliativmediziner, S. 33*).

⁵⁷Ebd.

⁵⁸Vgl. Bajwah: General practitioners' use and experiences of palliative care services: 18.

⁵⁹Ebd.

Bajwah zufolge entstand unter den englischen Ärzten Unzufriedenheit, wenn negative Erfahrungen mit einem Palliativteam gemacht wurden, ein Mangel an Informationsaustausch vorherrschte oder sich Unklarheiten in den Verantwortlichkeiten ergaben.⁶⁰

5.9.5 Belgien

Desmedt fand in einer Studie unter belgischen Hausärzten heraus, dass drei Faktoren zur Gesamtzufriedenheit der Hausärzte, die mit einem Palliativteam kooperierten, beitragen würden: Die Bereitstellung medizinischer Ausrüstung, hohe technische Kompetenz und die Unterstützung durch Bereitstellung von Medikamenten. Am wenigsten zufrieden zeigten sich die Ärzte mit dem „Informationsfluss“ seitens des Teams und wenn sie nicht ausreichend als „Basisversorger“ Anerkennung fanden.⁶¹

6 Ausblick

Inzwischen konnte ein Hospiz im Kreis Limburg-Weilburg eröffnet werden. In Anbetracht der demographischen Entwicklung wird in Zukunft möglicherweise ein weiteres Hospiz notwendig. Frühzeitig ist es ratsam sich bei steigendem Bedarf um Nachwuchs in der palliativmedizinischen Versorgung zu bemühen. Eine weitere Untersuchung wäre nötig, um den Bedarf in Seniorenpflegeheimen tatsächlich festzustellen und ein Instrument zu entwickeln, das die Zufriedenheit des Patienten als Qualitätsindikator abbildet. Interessant wäre eine Untersuchung mit einem ähnlichen Fragebogen in einem eher städtisch geprägten Landkreis durchzuführen.

7

Fazit

Trotz umfangreicher Öffentlichkeitsarbeit ist das Palliativnetzwerk noch immer nicht allen Fachärzten und Hausärzten bekannt.

Der Hausarzt versteht sich als wichtigster Palliativmediziner und als Teil des Teams, zugleich ist er als Primärversorger gewöhnlich Initiator einer Einweisung in das

⁶⁰Ebd.

⁶¹Desmedt, Marianne, and H. Michel. "Palliative home care: improving co-operation between the specialist team and the family doctor." *Supportive care in cancer* 10.4 (2002): 343-348

Palliativnetzwerk oder auf die Palliativstation. Der Hausarzt nimmt eine besondere Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung ein, die meist über lange Jahre gereift ist und die es zu respektieren gilt.

Die durchschnittliche Einweisungsrate steht im Zusammenhang mit der Praxisstruktur insofern, dass mehr Einweisungen aus einer Gemeinschaftspraxis hervorgehen. Zusätzlich ist die Einweisungsrate bei jüngeren, weiblichen Kollegen größer als bei ihren männlichen Kollegen. Die Zufriedenheit mit dem Ablauf und der Behandlung auf der Palliativstation wird am besten bewertet. Im Unterschied dazu fällt die Bewertung des Palliativnetzwerkes etwas weniger gut aus. Mit den Kollegen im Netzwerk besteht eine kooperative Zusammenarbeit, wobei ältere und langjährig tätige Ärzte sich noch mehr Einbindung in Therapieentscheidungen und Verbesserungen in der Strukturierung der Palliativversorgung wünschen. Gesehen wird das Palliativnetzwerk unter anderem als Ressource, mit der man sparsam umgehen sollte.

Durch entsprechende Literaturrecherche⁶² wird deutlich, dass auch der Patient von einer guten Kooperation zwischen Hausarzt und einem Palliativ-Care-Team profitiert und die Kontinuität der Versorgung so gewährleistet ist. Unzufriedenheit mit dem Netzwerk stellte die Ausnahme dar. Die Ergebnisse fallen unterschiedlich aus, je nachdem ob beispielsweise bei den Abstufungen von 1-6 die ersten 2 oder die ersten 3 Abstufungen mit dem Attribut „positiv“ belegt wurden. Die tatsächliche Zufriedenheit der Ärzte mit der palliativmedizinischen Versorgung liegt deutlich höher, wenn die Auswertung des Fragebogens anders erfolgt. Wie unter (5.1 Methodenkritik, S. 31) erklärt, fallen die Ergebnisse unterschiedlich aus, je nachdem welche Abstufung mit dem Attribut „positiv“ belegt wird.

Das Palliativnetzwerk wird, das zeigen die Befragungen wie die Interviews, deutlich als Unterstützung empfunden und trägt somit dazu bei, dass sich jüngere wie ältere Kollegen mehr Zeit für andere wichtige ärztliche Aufgaben nehmen können.

Gerade in Hinblick auf die demographische Entwicklung der Ärzteschaft als auch der Bevölkerung wird der Bedarf an palliativmedizinischer Versorgung weiter zunehmen und das Palliativnetzwerk häufiger in Anspruch genommen werden. Die Weiterbildung zum Palliativmediziner ist nur für wenige Niedergelassene interessant, da das hierzu

⁶² Vgl. Klindtworth, Katharina, Nils Schneider, and Jutta Bleidorn. "Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung?" ZFA April, (2014): S. 160

erforderliche Besuchen von Weiterbildungsmodulen beziehungsweise der Einsatz auf einer Palliativstation zeitlich kaum in den Praxisalltag integriert werden können. Der Faktor der unzureichenden Vergütung stellt demgegenüber für die meisten kein Hindernis dar. Bedarf an Fortbildung besteht aber durchaus, ebenso wie der Wunsch nach einer Basisweiterbildung Palliativmedizin, besonders vor dem Hintergrund, dass die Palliativmedizin noch ein junges Fach und noch nicht lange in der Studienordnung der Humanmediziner verankert ist. Die Fortbildungen sollten sich, wie in der Literatur beschrieben, am aktuellen Bedarf der Ärzte orientieren und beispielsweise das Erlangen von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Spritzenpumpen, der parenteralen Ernährung und den Umgang mit Opiaten beinhalten.

Durch eine enge Kooperationen des Palliativnetzwerkes mit der Hospizarbeit und anderen Organisationsstrukturen stehen eine beträchtliche Anzahl an ehrenamtlichen Helfern ebenso zur Verfügung wie die Möglichkeit, Patienten und Angehörige unbürokratisch, auch in finanzieller Hinsicht zu unterstützen. Grundlage hierfür war sicherlich die anfänglich nicht reibungslose Eröffnung der Palliativstation im St. Vincenz-Krankenhaus. Hessen und damit auch der Landkreis Limburg-Weilburg sind ein Musterbeispiel für andere Bundesländer, was eine gelungene Umsetzung der SAPV angeht.

Die zwischenzeitliche Eröffnung des stationären Hospizes stellt eine sinnvolle Ergänzung zur gegenwärtigen palliativmedizinischen Versorgung im Landkreis Limburg-Weilburg dar. Abschließend kann gesagt werden, dass das Palliativnetzwerk zwischen dem Zeitpunkt der Befragung und der Gegenwart eine Besserung der Kooperation mit den Hausärzten herbeiführen konnte, so dass nun auch die meisten derjenigen Niedergelassenen, die sich anfangs kritisch geäußert haben, in dem Palliativnetzwerk nun eine echte Unterstützung sehen.

7.1 Auflistung der Stärken und Schwächen der palliativmedizinischen Versorgung im Kreis Limburg-Weilburg

Hervorzuheben sind die gute Öffentlichkeitsarbeit, als auch die ständige Präsenz in den Medien. Auch über die Landesgrenzen hinweg dient der Kreis Limburg-Weilburg als Vorbild. Finanzielle und unbürokratische Unterstützung (durch Dehrner Krebsnothilfe und dem Palliativnetzwerk e.V. möglich) gewährleisten eine schnelle Hilfe.

Außerdem steht sehr viel persönliches Engagement und zusätzliche Zeitinvestition hinter der hiesigen palliativmedizinischen Arbeit. Ein „guter Ruf“ bei niedergelassenen Ärzten, Patienten und Angehörigen trägt zum positiven Bild bei. Die Palliativ-Care-Teams verfügen ebenfalls über eine hohe soziale und fachliche Kompetenz. Nicht zuletzt deshalb, weil die Multiprofessionalität durch eigene Standards gesichert wird (SAPV-Fachverband) und auf lang bestehende Strukturen und Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Die hervorragende Versorgung auf der Palliativstation sowie der Übergang in die ambulante Behandlung sind zudem gut organisiert und eng miteinander verflochten. Ein besonderer Vorteil besteht hier darin, dass der Sitz der Palliativstation und das Büro des Palliativ-Care-Teams in einem Gebäude liegen.

Nicht außer Acht zu lassen ist die derzeit gute finanzielle Situation der Vereine, die sich palliativmedizinisch betätigen. Förderung und Unterstützung kommen (materiell und immateriell) auch durch den SAPV-Fachverband Hessen mit einer versierten Geschäftsführerin an der Spitze.

Eine Schwäche, die auch in den Interviews zum Ausdruck kommt, besteht in einem fehlenden wohnortnahen Palliativkurs und einem entsprechenden Angebot an Fortbildungen für Ärzte.

Nach Aufnahme eines Patienten in die SAP-Versorgung sind Rück- und Absprachen mit den Hausärzten noch verbesserungswürdig. Die Art der Dokumentation ist nicht für alle Behandelnden transparent. Außerdem fehlen gemeinsame Fallbesprechungen mit niedergelassenen Ärzten.

Ein weiteres Problem besteht in der geringen Anzahl der aktiven Mitglieder in den Vereinen sowie einem Mangel an Fachkräften für die Care-Teams bei jedoch zunehmendem Bedarf.

Zusammenfassung

Hintergrund: In der Region Limburg-Weilburg sind 2009 eine Palliativstation und 2011 ein ambulantes Palliativnetzwerk gegründet worden. Ziel der vorliegenden Dissertation war es zu erfassen, wie die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die Qualität der regionalen palliativmedizinischen Versorgung und die Kooperation mit den beiden genannten Einrichtungen beurteilen; konsekutiv könnten sich hieraus Ansätze für eine Optimierung der Zusammenarbeit ableiten lassen. Methode: 139 niedergelassene Haus- und Fachärzte der Region erhielten per Post einen fünfseitigen Fragebogen mit einleitenden und erklärenden Informationen sowie der Bitte, diese Bögen anonym zurückzusenden. Zusätzlich wurden 5 Interviews geführt. Ergebnisse: 81 Bögen (58%) wurden zurückgesandt. Die Kollegen weisen bisher im Durchschnitt 3,2 Patienten sowohl auf die Palliativstation als auch in das Netzwerk ein. Ärztinnen weisen zwei Patienten mehr ein als ihre männlichen Kollegen, und in einer Gemeinschaftspraxis tätige Ärzte 5,5 Patienten mehr als Kollegen in einer Einzelpraxis. 11% der Ärzte kennen das Palliativnetzwerk nicht. 45% geben an, das Palliativnetzwerk regelmäßig und häufiger als bisher nutzen zu wollen. 93% der Befragten halten die Palliativstation für eine wichtige Einrichtung. Mit der dortigen Versorgung sind 89%, mit der Entlassung 81% zufrieden. Das Palliativnetzwerk wird von 92% der Befragten als eine wichtige Einrichtung gesehen. Mit der Versorgung und dem Ablauf der Aufnahme zeigen sich 76% zufrieden. 75% der Ärzte empfinden die Zusammenarbeit als kooperativ. Über 85% betrachten die Arbeit des Palliativnetzwerkes als sinnvolle Unterstützung, die in eine Verbesserung der Patientenversorgung mündet. 33% der Ärzte sind nach Einbindung des Palliativnetzwerkes seltener beim Patienten, aber 59% der Niedergelassenen setzen die hausärztliche Tätigkeit unverändert fort. 27 % wünschen sich eine bessere Strukturierung und 32% mehr Beteiligung an Therapieentscheidungen. Über 51% der Befragten verstehen sich als Teil des Palliativteams, und 48% sehen den Hausarzt als wichtigsten Palliativmediziner. 23% wünschen sich eine palliativmedizinische Weiterbildung, eine Tätigkeit im Netzwerk wird aus Zeitgründen von den meisten jedoch ausgeschlossen. Fazit: Die stationäre und ambulante palliativmedizinische Versorgung der Region Limburg-Weilburg wird von den dort niedergelassenen Ärzten positiv beurteilt und als Unterstützung gesehen. Die Zusammenarbeit bedarf noch einer besseren Strukturierung, auch wollen die niedergelassenen Ärzte häufiger in Therapieentscheidungen eingebunden werden.

Abstract

Background: In 2009, a palliative care unit and in 2011, an ambulant palliative network was founded in the Limburg-Weilburg area, both by different institutions. The aim of this work was to determine how the colleagues evaluate the quality of the regional palliative medical supplies and the cooperation between the two named facilities. Thus new approaches to optimize the collaboration may be deduced.

Method: 139 practicing general practitioners and specialists of the region received a questionnaire with introductory and explanatory information by mail.

Results: 81 questionnaires (58%) were sent back. The colleagues admit on average 3.2 patients to the palliative station as well as to the network. Female doctors admit two patients more than their male colleagues whereas doctors who work in a shared practice treat 5.5 patients more than their colleagues in single practices. 11% of the doctors do not know the palliative network. 45% state that they would like to make use of the palliative network more regularly and frequently. 93% of those questioned, consider the palliative station as an important establishment. 89% are pleased with the local medical care and 81% are pleased with the discharge. The palliative network is regarded as important institutions by 92% of those questioned. 76% are pleased with the medical care and the admission process. 75% of doctors find the team work cooperative. Over 85% consider the work of the palliative network as a support and an improvement for the patient's care. After integration into the network 33% of the doctors are less often with the patient, whereas the general practicing continued unchanged in 59% of the cases. 27% would like to have a better structure and 32% more participation in therapeutical decisions. Over 51% of the interviewed understand themselves as part of the palliative network and 48% regard the general practitioner as the most important palliative physician. 23% require a palliative-medical training, an activity in the network is excluded by most due to a lack of time.

Conclusion: The stationary and ambulant palliative-medical care of the region Limburg-Weilburg is evaluated positively by the local practitioners and is regarded as a support. The cooperation still requires a better structure, the local practitioners want to be more integrated in therapeutical decisions too.

Abkürzungsverzeichnis

ÄBD: Ärztlicher Bereitschaftsdienst

AAPV: allgemeine ambulante Palliativversorgung

VEDK: Verband der Ersatzkassen

PN: Palliativnetzwerk

HZV: Hausarztzentrierte Versorgung

SAPV: spezialisierte ambulante Palliativversorgung

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

PCT: Palliative Care Team

EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

SGB: Sozialgesetzbuch

WHO: World health organization

IV: integrierte Versorgung

LAPH: Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen

FVLAPH: Fachverband Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Daten der SAPV Teams	7
Abbildung 2: steigende Anzahl der SAPV-Patienten	8
Abbildung 3: Alter und Geschlecht der befragten Ärzte.....	17
Abbildung 4: Bisherige durchschnittliche Einweisungen eines Arztes bezogen auf Praxisstruktur und Geschlecht	18
Abbildung 5: Geschlechterspezifischer Unterschied bei durchschnittlichen Einweisungen	18
Abbildung 6: Zufriedenheit mit der Palliativstation	19
Abbildung 7: Zufriedenheit mit dem Palliativnetzwerk (PN)	20
Abbildung 8: Entwicklung der Hausarztztätigkeit nach SAPV-Einbindung	20
Abbildung 9: Bereitschaft zur Mitarbeit und Weiterbildung	21
Abbildung 10: Zeitproblem.....	22
Abbildung 11: Durchschnittliche Anzahl der Einweisungen der Ärzte nach verschiedenen Altersgruppen auf die Palliativstation/ -netzwerk	23
Abbildung 12: Der niedergelassene Arzt als Palliativmediziner: Unterschiede bzgl. des Alters	24
Abbildung 13: Unterschiedliche Bekanntheit und Nutzung des Palliativnetzwerkes bei Haus- und Fachärzten.....	26
Abbildung 14: Unterschiede durch Niederlassungszeit	28
Abbildung 15: Verordner nach Fällen.....	36
Abbildung 16: Altersstruktur der Hausärzte im Landkreis Limburg-Weilburg.....	48
Abbildung 17: Unterschiedliche Bereitschaft zur Mitarbeit im Palliativnetzwerk und zur Weiterbildung verschiedener Altersklassen	50

Literaturverzeichnis

Ärztezeitung Springer Medizin, Kabinett beschließt Palliativgesetz. 2015, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/884742/sterbehilfe-kabinett-beschliesst-palliativgesetz.html (29.06.2015)

Aulbert, E., Klaschik, E., Kettler, D.: *Palliativmedizin-Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung*. Band 5. Erscheinungsort: Stuttgart, Schattauer –Verlag, 2002, Band 5, S. 69-74

Dehrner Krebsnothilfe: Einfach da, wenn man uns braucht. O.J., URL: http://www.dehrner-krebsnothilfe.de/pdf/flyer_DKNH.pdf (29.06.2015)

Dehrner Krebsnothilfe, Jahresbericht (2014), S. 13

Deutscher Palliativverband: Definition DGP/DHPV. 2009, URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html>. (27.06.2015)

Deutscher Palliativverband: Geschichte der Palliativmedizin. O.J., URL: <http://www.palliativ-portal.de/Historie> (23.06. 2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: Definition. 2009, URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> (07.06.16)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: Gemeinsame Hinweise von DHPV und DGP zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). 2008, URL: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2008-11-28_gem-hinweise-sapv-dgp-dhpv.pdf (07.06.16)

Fink, Matthias: Weiterbildung Palliativmedizin. O.J., URL: <http://www.aim-hannover.de/newsletter/2015-02/newsletter-pal-1.html> (27.06.2015)

Hach, Michaela: FVSAPVH Präsentation Daten Gesamtjahr 2014. O.J.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Die Hospizbewegung. O.J., URL: http://www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html (23.06.2015)

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration Wiesbaden und Kassenärztliche
Vereinigung Hessen: Regionaler Gesundheitsreport 2014 Landkreis Limburg-Weilburg.
O.J., URL: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gesundheitsreport-2014_limburg_weilburg.pdf (27.06. 2015)

Landesärztekammer Hessen, Weiterbildungsordnung Für Ärztinnen und Ärzte in
Hessen. 2015, URL:
http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2005_10.pdf (25.06.2015)

Verband der Ersatzkassen e.V., SAPV Mustervertrag Hessen. 2009, URL:
<http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/hessen/SAPVHessen.pdf> (4.03.2015)

Publikationsverzeichnis

Bajwah, Sabrina, and Irene J. Higginson. "General practitioners' use and experiences of palliative care services: a survey in south east England." *BMC palliative care* 7.1 (2008): 18.

Beccaro, Monica, et al. "Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care." *Journal of pain and symptom management* 46.3 (2013): 335-344.

Bestall, Janine C., et al. "Access and referral to specialist palliative care: patients' and professionals' experiences." *International journal of palliative nursing* 10.8 (2004): 381-389.

Borgsteede, Sander D., et al. "Good end-of-life care according to patients and their GPs." *British Journal of General Practice* 56.522 (2006): 20-26

Dahlhaus, Anne, et al. "German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study." *Family practice* 31.2 (2014): 209-214.

Desmedt, Marianne, and H. Michel. "Palliative home care: improving co-operation between the specialist team and the family doctor." *Supportive care in cancer* 10.4 (2002): 343-348

Gardiner, Clare, Merryn Gott, and Christine Ingleton. "Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review." *British Journal of General Practice* 62.598 (2012): e353-e362.

Goldschmidt, Dorthe, et al. "Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses." *Palliative Medicine* 19.3 (2005): 241-250

Klindtworth, Katharina, Nils Schneider, and Jutta Bleidorn. "Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung?" *ZFA* April, (2014): S. 160

Mitchell, Geoffrey K. "How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review." *Palliative Medicine* 16.6 (2002): 457-464

Pype, Peter, et al. "Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study." *BMC family practice* 15.1 (2014): 36.

Schelling J. „Vergütung von Palliativmedizin in der hausarztzentrierten Versorgung“, *ZFA* Oktober (2014), S. 402-403

Schneider, Nils, et al. "Spezialisierte ambulante Palliativversorgung." *Der Schmerz* 25.2 (2011): 166-173.

Shipman, Catherine, et al. "Educational opportunities in palliative care: what do general practitioners want?" *Palliative medicine* 15.3 (2001): 191-196.

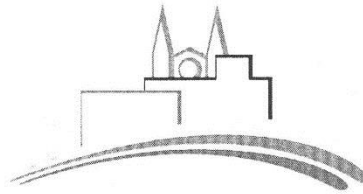
Shipman, Catherine, et al. "How and why do GPs use specialist palliative care services?" *Palliative Medicine* 16.3 (2002): 241-246.

Taubert, Mark, and Annmarie Nelson. "Out-of-hours GPs and palliative care-a qualitative study exploring information exchange and communication issues." *BMC palliative care* 9.1 (2010): 18.

Anhang Fragebogen

KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
ST VINCENZ mbH
Auf dem Schafsberg • 65549 Limburg/Lahn

Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH • Postfach 1654 • 65536 Limburg/Lahn



ST VINCENZ KRANKENHAUS

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Justus-Liebig-Universität Gießen

**Abteilung für Hämatologie
und internistische
Onkologie/Palliativmedizin**

**Chefarzt
Priv. Doz. Dr. med. T. Neuhaus**

Telefon: 0 64 31 / 2 92 43 31
Telefax: 0 64 31 / 2 92 43 46
e-mail: t.neuhaus@st-vincenz.de

Sprechstunden nach Vereinbarung

Limburg, den 27.05.2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
wie Sie sicherlich wissen wurde vor mehr als drei Jahren die Palliativstation im St. Vincenz-Krankenhaus in Limburg eröffnet; zudem ist seit über einem Jahr das ambulante Palliativnetzwerk Limburg-Weilburg aktiv. Beide Einrichtungen haben zum Ziel, die palliativmedizinische Versorgung unserer Patienten in der Region zu unterstützen.
Im Rahmen eines Dissertationsprojektes möchte ich nun erfahren wie Sie als Hausärztin und Hausarzt bzw. als niedergelassene/r Fachärztin und Facharzt zu diesen palliativmedizinischen Angeboten stehen, ob Sie sie nutzen, und wenn ja, mit welchen Erfahrungen ob es Kritik und Verbesserungsvorschläge gibt, wie Sie sich eine Zusammenarbeit zukünftig vorstellen usw. Neben einer Erfassung des *status quo* hat das Projekt zum Ziel, die palliativmedizinische Versorgung unserer gemeinsamen Patienten zu optimieren.
Ich möchte Sie daher höflichst bitten sich etwa 8 Minuten Zeit zu nehmen, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die Bögen mit dem beiliegenden bereits frankierten Umschlag an die Onkologische Ambulanz des St. Vincenz-Krankenhauses zurück zu schicken. Da mich Ihre persönliche Einschätzung interessiert, habe ich diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind, einzeln angeschrieben.
Selbstredend werden die Fragen anonym erfasst und ausgewertet.

Ich darf mich im Voraus ganz herzlich für Ihre Mitarbeit bedanken und verbleibe mit freundlichen kollegialen Grüßen

PD Dr. Thomas Neuhaus

St. Vincenz Krankenhaus Limburg
65549 Limburg, Auf dem Schafsberg
65536 Limburg, Postfach 16 54
Tel. (06431) 292-0, Fax (06431) 292-4163
E-mail: info@st-vincenz.de; www.st-vincenz.de

Gesundheitszentrum St. Anna
65589 Hadamar, Nonnengasse 19
Tel. (06433) 87-0, Fax (06433) 87-6344
E-mail: info@st-anna-gesundheitszentrum.de
www.st-anna-gesundheitszentrum.de

Bankverbindung:
Limburger Volksbank eG
KTO: 45 5008 (BLZ:511 900 00)
Kreissparkasse Limburg
KTO: 20396 (BLZ:511 500 18)

Vorsitzender des
Verwaltungsrates: RA Erwin Reuhl
Geschäftsführer: Guido Wemert
Sitz der Gesellschaft: Limburg
Amtsgericht Limburg a.d. Lahn 7 HRB 1885

Fragebogen zur Palliativversorgung

Alter: < 40 40-50 50-60 >60

Geschlecht: w m

Niedergelassen seit (Jahren): <10 10-20 20-30 >30

Praxisstrukturen:

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis mit ___ Ärzten
Hausärztliche Versorgung oder Fachärztin/-arzt für _____

Palliativversorgung:

Ich versorge pro Quartal ~ ___ Palliativpatienten.

Ich habe bisher ~ ___ Patienten auf die Palliativstation eingewiesen.

Ich habe bisher ~ ___ Patienten in das Palliativnetzwerk überwiesen.

Bitte kreuzen Sie diejenige der nachfolgende/n Aussage/n an, die für Sie am ehesten zutrifft/zutreffen (Mehrfachnennungen möglich):

- Mir ist das Palliativnetzwerk nicht bekannt
- Ich habe das Palliativnetzwerk bisher nicht genutzt
- Ich werde das Palliativnetzwerk nie nutzen
- Ich habe das Palliativnetzwerk bisher nur selten genutzt
- Ich werde das Palliativnetzwerk nur selten nutzen
- Ich habe das Palliativnetzwerk regelmäßig und häufiger genutzt
- Ich werde das Palliativnetzwerk regelmäßig und häufiger nutzen

Zufriedenheit mit der Palliativstation:

Ich halte die Palliativstation für eine wichtige Einrichtung (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Mit der Versorgung meines/r Patienten auf der Palliativstation war ich

insgesamt: zufrieden eher zufrieden

weniger zufrieden nicht zufrieden

Mit dem Ablauf der Aufnahme meines/r Patienten auf die Palliativstation war

ich insgesamt: zufrieden eher zufrieden

weniger zufrieden nicht zufrieden

Mit dem Ablauf der Entlassung meines/r Patienten von der Palliativstation war

ich insgesamt: zufrieden eher zufrieden

weniger zufrieden nicht zufrieden

Ich würde wieder einen Patienten auf die Palliativstation einweisen:

Ja, definitiv Eher zurückhaltend Auf keinen Fall

Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit dem Palliativnetzwerk:

Ich halte das Palliativnetzwerk für eine wichtige Einrichtung (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Mit der Versorgung meines/r Patienten im Palliativnetzwerk war ich

insgesamt: zufrieden eher zufrieden

weniger zufrieden nicht zufrieden

Mit dem Ablauf der Aufnahme meines/r Patienten in das Palliativnetzwerk war ich insgesamt: zufrieden eher zufrieden
weniger zufrieden nicht zufrieden

Mit der Zusammenarbeit mit den Kollegen des Palliativnetzwerkes war ich insgesamt: zufrieden eher zufrieden
weniger zufrieden nicht zufrieden

Nach der Einbindung des Palliativnetzwerkes war ich nur noch selten beim Patienten: (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Ich war an Therapieentscheidungen maßgeblich beteiligt (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Durch die Arbeit des Palliativnetzwerkes hat sich die ambulante Palliativversorgung meines/r Patienten verbessert. (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Die Zusammenarbeit mit dem Palliativnetzwerk erfolgte in kooperativer Atmosphäre (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Nach der Einbindung des Patienten in das Palliativnetzwerk führte ich die hausärztliche Versorgung weitgehend unverändert weiter (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Ich war froh, dass ich bei der Betreuung meines/r Palliativpatienten unterstützt wurde (1 = ich stimme uneingeschränkt zu bis 6 = ich stimme überhaupt nicht zu): _____

Bitte kreuzen Sie diejenige der nachfolgende/n Aussage/n an, die für Sie am ehesten zutrifft/zutreffen (Mehrfachnennungen möglich):

- Ich verstehe mich als Teil des Palliativteams
- Ich möchte mehr in Therapieentscheidungen eingebunden werden
- Ich sehe die/den Hausärztin/-arzt als primären und wichtigsten Palliativmediziner/in

- Die Zusammenarbeit zwischen dem Palliativnetzwerk und der/dem Hausärztin/-arzt muss besser strukturiert werden

Falls ja: Haben Sie Vorschläge? _____

Ich würde wieder einen Patienten in das Palliativnetzwerk einweisen:

Ja, definitiv Eher zurückhaltend Auf keinen Fall

Ich würde gerne selbst als Ärztin/Arzt im Palliativnetzwerk tätig sein:

Ja, definitiv Eher zurückhaltend Auf keinen Fall

Falls (eher) ja:

- Ich plane dies konkret und bin bereits Palliativmediziner bzw. ich plane oder mache gerade die entsprechende Ausbildung

- Bisher fehlt mir die Zeit für die Ausbildung zur/m Palliativmediziner/in

- Bisher fehlt mir die Zeit, im Palliativnetzwerk tätig zu sein

- Ich würde an einem in der Region stattfindenden Basiskurs (~40 h) gerne teilnehmen

- Sonstiges: _____

Falls (eher) nein:

- Mir fehlt die Zeit, um im Palliativnetzwerk tätig zu sein

- Ich traue mir die Tätigkeit nicht zu

- Die Mehrbelastung wird m. E. nicht entsprechend entlohnt

- Sonstiges: _____

Persönliche Kommentare und Anmerkungen:

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!!!

Ehrenwörtliche Erklärung

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Mein erster Dank gilt meinem Schöpfer.

Danke an meinen Doktorvater, der mich trotz seines Gesundheitszustandes und seiner enormen Arbeitsbelastung kontinuierlich begleitete und mir das Thema zur Verfügung stellte.

Danke an Sebastian und Peter Schermuly, die mir die Daten als Grundlage für die Arbeit zur Verfügung stellten und mir im Rahmen von Hausbesuchen die Möglichkeit gaben, direkte Einblicke in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung des Kreises Limburg-Weilburg zu bekommen.

Danke auch an alle Ärzte und nicht ärztlichen Interviewpartner, die sich Zeit für mein Anliegen nahmen und gerne Auskunft gaben. Insbesondere auch vielen Dank an Frau Michaela Hach, die mir den Werdegang des SAPV-Teams in Hessen näherbrachte und mir zusätzliche Tabellen zur Verfügung stellte.

Vielen Dank an meine Familie und Freunde, die mich immer unterstützten. Einen ganz besonderen Dank an meine Schwester und meinen Schwager, die mir den mathematischen Teil abnahmen, um die Zahlen in den Tabellen richtig darzustellen und Korrektur lasen.

Danke auch an Familie Böger, die mir den Abstract übersetzten.