Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Jena
Förderkennzeichen:	01VSF16005
Akronym:	SAVOIR
Projekttitel:	Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktion, Regionale Unterschiede
Autoren:	Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner, Prof. Dr. Friedemann Nauck, PD Dr. Ulrich Wedding, Prof. Dr. Werner Schneider, Dr. Antje Freytag, Cordula Gebel für die SAVOIR-Forschungsgruppe
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 31. Oktober 2019

Vorbemerkung 1
1. Zusammenfassung 3
2. Beteiligte Projektpartner 4
3. Einleitung 5
4. Projektdurchführung 7
5. Methodik 8
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen 13
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung 30
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 31
9. Anlagen 38
10. Referenzen 39
Abkürzungsverzeichnis 42

Vorbemerkung

Auch wenn der Ausdruck „SAPV-Team“ umgangssprachlich für unterschiedliche Organisationsformen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geläufig ist, wird im folgenden Text der generische Begriff „SAPV-Leistungserbringer“ verwendet. Der Begriff „SAPV-Team“ bringt oft eine typische Selbstbeschreibung der SAPV-Versorgungsakteure zum Ausdruck, die in unterschiedlichen Weisen und verschiedenen Bedeutungen im Feld verwendet wird und somit als abstrakte Kategorie zur analytischen Strukturbeschreibung untauglich ist, zumal der Begriff „Team“ auch als Kennzeichnung für eine spezifische Form von SAPV-Strukturen (beispielsweise im Kontrast zu „Netzwerk“) verstanden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

werden könnte. Wir orientieren uns dabei auch an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, in der ebenfalls der Begriff „Leistungserbringer“ an Stelle von „SAPV-Team“ verwendet wird.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Seit 2007 ist die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V ein Bestandteil der Regelleistung der GKV. Diese Versorgungsleitung wurde in der SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) ausgearbeitet und umfasst vorrangig Einschlusskriterien sowie Leistungsarten und -umfang. Weniger konkret wurden strukturelle Anforderungen sowie Qualitätskriterien thematisiert. Bundesweit haben sich unterschiedlichste SAPV-Versorgungsformen ausgebildet. Diese unterscheiden sich sowohl in den Vertrags-, Versorgungs- und Finanzierungsmodellen als auch in den Prozessmerkmalen (u.a. Behandlungsintensität, Organisationsstruktur, Kooperationspartner, Netzwerke). Das Projekt SAVOIR (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede) erforscht die Umsetzung der SAPV-Richtlinie des G-BA (§ 92a Abs. 2 Satz 5 SGB V) unter Einbezug der unterschiedlichen Perspektiven von Patienten[1], Leistungserbringern, Hausärzten und Kostenträgern.

Methodik: Die Evaluation gliedert sich in 5 Teilprojekte mit je eigenen methodischen Herangehensweisen zur Bearbeitung der folgenden Aspekte (TP): 1) Zusammenhang von Strukturmerkmalen der SAPV auf Versorgungsparameter; 2) Patientenperspektive; 3) Perspektive von SAPV-Leistungserbringern und weiterer Versorgungsakteure im Kontext von SAPV; 4) Perspektive der Hausärzte; 5) Perspektive der Kostenträger. Die Datenbasis umfasst Strukturdaten der SAPV-Leistungserbringer, Behandlungs- und Patientendaten extrahiert aus elektronischen Routinedokumentationssystemen, prospektive längsschnittliche Erhebung der Prozess-/Ergebnisqualität aus Patientenperspektive ausgewählter SAPV-Leistungserbringer, qualitative Datenerhebung in ausgewählten SAPV-Leistungserbringern, schriftliche Befragung von Hausärzten und retrospektive Analyse der GKV-Routinedaten von verstorbenen Barmer-Versicherten aus dem Jahr 2016.

Ergebnisse: Das SAPV-Konzept wird von allen an der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten Beteiligten im Großen und Ganzen als positiv empfunden. Die Patienten sind sehr zufrieden mit verschiedenen Aspekten der SAPV-Versorgung. Trotz der hohen Symptomlast auf Seiten der Patienten zeigte sich eine Stabilisierung einiger Symptome nach Initiierung der SAPV. Die Zufriedenheit mit SAPV scheint weniger von der Symptomlast bzw. -linderung abzuhängen als von der Qualität der Kommunikation und Erreichbarkeit der SAPV. Nicht onkologische Patienten sind bei der Versorgung mit SAPV gemessen an dem Anteil nicht-onkologischer Diagnosen als Todesursache deutlich unterrepräsentiert. Es zeigte sich eine hohe Heterogenität bei den Strukturen und Prozessen aber auch bei der Versorgungskultur der einzelnen SAPV-Leistungserbringer. Die Projektergebnisse liefern keine

[1] Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

eindeutigen Hinweise auf bestimmte strukturelle Merkmale, die mit Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziiert sind. Der SAPV-Organisationsstruktur kommt jedoch im Vergleich zu eher ‚kulturellen' Aspekten wie Kommunikation, Anerkennung von Autonomie bis hin zur Erreichbarkeit als wesentlichem Faktor für ‚Sicherheit' seitens der Patienten und An-/Zugehörigen geringere Relevanz zu. Ca. 20% der SAPV-Verordnungen werden von Krankenhausärzten ausgestellt. Ein Teil der Hausärzte fühlt sich durch die SAPV-Leistungserbringer nicht immer eingebunden und ausreichend informiert. In den Daten ergaben sich Hinweise auf partielle Substitution von AAPV durch SAPV. Insgesamt werden deutlich mehr Patienten mit SAPV versorgt als bislang berichtet. Die GKV-Sekundärdatenanalyse ergab außerdem Hinweise auf eine Reduktion von möglicher Überversorgung bei Patienten mit SAPV gegenüber Patienten, die (ausschließlich) AAPV erhielten.

Diskussion: Auf der Grundlage der Datenanalysen werden Empfehlungen zur Modifikation der SAPV-Richtlinie abgeleitet und mit weiteren Vorschlägen für die Gestaltung der ambulanten Palliativversorgung ergänzt.

2. Beteiligte Projektpartner

Einrichtung/Institut	Projektleitung	Ansprechpartner
Abteilung Palliativmedizin der Klinik für Innere Medizin II des Universitätsklinikums Jena	Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner (Konsortionalführung)	Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen	Prof. Dr. med. Friedemann Nauck	Dipl. Psych. Maximiliane Jansky
Abteilung Palliativmedizin der Klinik für Innere Medizin II des Universitätsklinikums Jena	PD Dr. Ulrich Wedding	Dipl. Psych. Cordula Gebel
Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung, Universität Augsburg	Prof. Dr. Werner Schneider	Prof. Dr. Werner Schneider
Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena	Dr. rer. pol. Antje Freytag	Dr. rer. pol. Antje Freytag
Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) SAPV	Michaela Hach	Michaela Hach
Barmer GEK	Dr. Ursula Marschall	Dr. Ursula Marschall
Zentrum für Klinische Studien des Universitätsklinikums Jena	Cornelia Eichhorn	Cornelia Eichhorn Dr. Thomas Lehmann
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	Heiner Melching	Heiner Melching

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3. Einleitung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V zu einer Regelleistung der GKV. Sie ist u.a. abzugrenzen gegen die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV). Eine Konkretisierung dieser Versorgungsleistung erfolgte durch den G-BA in der SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) vor allem hinsichtlich Einschlusskriterien, Leistungsarten und -umfang. Strukturelle Anforderungen sowie Qualitätskriterien wurden in der SAPV-RL nur am Rande thematisiert. Im Jahr 2014 erfolgten 40.913 Erstverordnungen (G-BA 2014). Die Gesamtkosten lagen bei 264 Mio. €, die der ärztlichen und pflegerischen Leistungen bei 216 Mio. € (G-BA 2014). Angaben zu Umfang und Kosten der AAPV fehlen. Im Jahr 2014 existierten in Deutschland 250 SAPV-Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen (G-BA 2014). In den Bundesländern haben sich sehr verschiedene Vertrags-, Versorgungs- und Finanzierungsmodelle entwickelt (Jansky, Lindena & Nauck 2011), die wiederum heterogene Prozesse (Behandlungsintensität und -dauer, Ein- und Ausschlusskriterien, unterschiedliche Vernetzungen und Interaktionen mit Hospizen, Hausärzten, Pflegenden, Kliniken) zur Folge haben.

Bisherige Analysen der SAPV-Versorgung beschränken sich mit wenigen Ausnahmen auf eine Deskription von Strukturen und Versorgungszahlen (Schneider 2013). So untersuchte das Projekt „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann-Stiftung regionale Unterschiede der Anzahl der SAPV-Erstverordnungen in bestimmten Patientenpopulationen (Radbruch, Andersohn & Walker 2015). Die beobachteten Differenzen wurden im Zusammenhang mit Prozessmerkmalen anderer palliativer Versorgungen (z.B. AAPV, stationäre Behandlung) diskutiert. Darüber hinaus mangelt es in den bisherigen Analysen an der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven von Patienten / An-/Zugehörige, Leistungserbringern, Hausärzten und Kostenträgern. Eine besondere Notwendigkeit einer Evaluation der SAPV-RL besteht bei den folgenden Themenkomplexen:

(1) Heterogenität von Organisationsstrukturen und Versorgungsprozessen in der SAPV: Die offene Formulierung der SAPV-RL [2] hat zu einer sehr heterogenen Ausgestaltung konkreter Versorgungspraktiken vor Ort geführt. Dazu zählen insbes. Trägerschaft, Organisationstruktur, Einbeziehung weiterer Professionen, vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Aber auch regionale Faktoren (Land/Stadt) können Unterschiede bedingen (Schneider et al. 2014). Daneben haben sich in einigen KV-Bezirken abweichende Konzeptionen in der SAPV-Praxis entwickelt.

[2] „…SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind…“

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auch die Versorgungsprozesse unterscheiden sich z.T. erheblich (Beratung, Teil-, Vollversorgung). Unbekannt sind die Auswirkungen der verschiedenen Strukturen und Regelungen auf die konkrete Patientenversorgung.

(2) Unterschiedliche Perspektiven: Von besonderer Bedeutung ist die Berücksichtigung der Perspektiven der Betroffenen und der involvierten Versorgungsakteure (Stadelbacher, Eichner & Schneider 2015). (a) Patienten- / An-/ Zugehörigenperspektive: Zwar stehen – laut SAPV-RL – die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten sowie vertrauter Personen im Zentrum der Versorgungspraxis, jedoch existieren hierzu keine Vorgaben zur Qualitätssicherung aus Patientenperspektive. Auch in den vorhandenen Untersuchungen zu SAPV ist die Patientenperspektive gar nicht (Radbruch et al. 2015) oder nur im ausgewählten qualitativen Zugriff auf konkrete Fallkonstellationen (Schneider et al. 2014; Schneider 2015) berücksichtigt worden. Eine Beurteilung der Evidenz ohne Berücksichtigung der Patienten- / An-/Zugehörigenperspektive bleibt lückenhaft (Deutscher Ethikrat 2016; Koch et al. 2012). (b) Perspektive der Versorgungsakteure[3]: Da SAPV neben dem Patienten ein komplexes soziales Umfeld von An-/Zugehörigen und beteiligten Dienstleistern aller Art adressiert (z.B. Hausärzte, Pflegedienste, ambulante Hospizdienste, Sanitätshäuser bis hin z.B. zu Pflegeheimen), genügt es nicht, Evidenz von SAPV im Sinne eines eindimensionalen, kausalen Ursache-Wirkungsmodelles zu fassen. Vielmehr muss SAPV als ein im Umfeld des Patienten lokalisiertes, differenziertes und komplexes soziales Interaktionsgeschehen mit vielfältigen Gleichzeitigkeiten, unterschiedlichen Ursachen-Wirkungs-Zuschreibungen und verschiedenen Folgen für das Versorgungsfeld vor Ort konzeptualisiert werden. Folglich gilt es, empirisch zu rekonstruieren, wie Kooperationen als Versorgungspraxis typischerweise ausgestaltet werden, um so praxisrelevante Kontextfaktoren für Wirkung und Qualität von SAPV identifizieren können. (c) Vernetzung und Rolle der Hausärzte: Die bisherige Praxis zeigt, dass die Hausärzte in der SAPV-Praxis in mehrfacher Hinsicht eine entscheidende Rolle spielen. Erstens „triggern“ sie meist durch ihre Verordnung eine SAPV-Versorgung, zweitens sind sie in aller Regel weiter in die Betreuung „ihrer“ SAPV-Patienten involviert, und drittens verantworten sie parallel die AAPV. Diese Schlüsselposition erfordert eine intensive Evaluierung ihrer Rolle und die Berücksichtigung bei Weiterentwicklung der Bedingungen für die SAPV und der SAPV-RL. (d) Perspektive der Kostenträger: Bisher vorliegende Auswertungen von GKV-Routinedaten bilden spezifische Teilaspekte palliativmedizinischer Versorgung ab (Gaertner et al. 2013). Wie es in der realen Versorgung an ausreichender Trennschärfe zwischen SAPV und AAPV mangelt (G-BA 2014), fehlt bislang auch eine angemessene Abbildung der AAPV an der Grenze zur SAPV mittels GKV-Routinedaten.

[3] Die Berücksichtigung weiterer an der Versorgung Beteiligter wird in der aktuellen SAPV-Richtlinie eingefordert, jedoch nur partiell konkretisiert („verbindliche Kooperationsvereinbarungen“, „Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten“).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(3) Gesundheitsökonomische Relevanz: Vorbereitete, strukturierte Therapieentscheidungen am Lebensende und Vermeidung von Übertherapie (z.B. tumorspezifische Therapie, stationäre Krankenhausaufenthalte, Intensivmedizin) sind von hoher gesundheitsökonomischer Relevanz.

(4) Gesellschaftliche Relevanz: Entsprechend der Empfehlungen des nationalen Ethikrates, gilt es das Patientenwohl als wesentliches Leitprinzip der medizinischen Versorgung zu verankern (Deutscher Ethikrat 2016).

(5) Weitere Themen: (a) mögliche Unterversorgung von Patienten mit nicht-onkologischer Erkrankung: Gemäß Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2017 rund 25% der Todesfälle in Deutschland auf maligne Erkrankungen zurück zu führen, 80% der in der SAPV versorgten Patienten litten an malignen Erkrankungen. Dies legt eine potentielle Unterversorgung für Betroffene mit anderen Krankheitsbildern nahe, (b) fehlende frühe Einbindung: Viele Untersuchungen zeigen, dass die Einbindung von spezialisierter Palliativversorgung früh im Krankheitsverlauf zu einer Besserung von patientenberichteten Endpunkten führt, SAPV Einbindung erfolgt spät im Krankheitsverlauf (Gaertner, Wedding & Alt-Epping 2015), (c) Eine systematische Erfassung, in welchen Bereichen SAPV Akteure Unter- oder Überversorgung wahrnehmen, steht bisher aus.

Eine systematische, bundesweite Evaluierung des Status quo der SAPV ist bislang nicht vorgenommen worden. Daher ist eine umfassende Bewertung der Versorgungsqualität und des Versorgungsumfangs der SAPV und der sie bestimmenden Faktoren notwendig, um die SAPV-RL weiterzuentwickeln.

4. Projektdurchführung

Das vorliegende Evaluationskonzept gliedert sich in 5 Teilprojekte (TP), die sich jeweils ergänzen. Dazu gehören (siehe Abbildung 1): (a) die standardisiert mess- und analysierbaren Auswirkungen von SAPV-Vertrags- und Strukturmerkmalen auf die Versorgung (TP1) ebenso wie die (b) nicht-standardisiert bzw. qualitativ zu analysierende Versorgungsqualität aus Sicht ausgewählter SAPV-Leistungserbringer (TP3), (c) die Interaktion zwischen den an der SAPV beteiligten Leistungserbringern und weiteren Versorgungsakteuren (Hausärzte, Onkologen, Geriater, Hospiz- und Pflegedienste etc.) (TP3), (d) die Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten und An-/Zugehörigen („patient-reported-outcomes“) (TP2), (e) die Wechselwirkungen zwischen SAPV und der Rolle der Hausärzte (u.a. Abgrenzung zu AAPV) (TP4), sowie eine detaillierte quantitative Darstellung der Versorgung palliativer Patienten anhand von GKV-Routinedaten und daraus ableitbaren Hinweisen auf Unter-, Über- und Parallelversorgung (TP 5).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

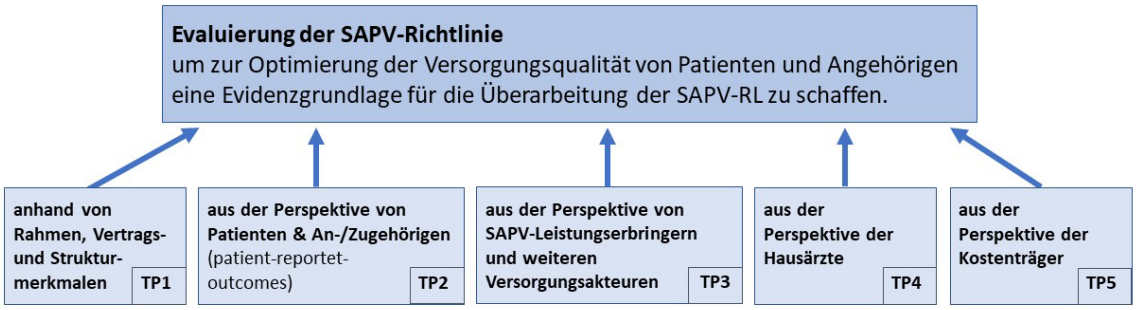


Abbildung 1: Überblick SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie

Der mit dem Konsortialprojekt verfolgte Ansatz fokussiert auf folgende Aspekte:

- Welche regionalen Unterschiede existieren in der Leistungserbringung der SAPV?
- Gibt es Hinweise auf Unterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der SAPV und auf Zusammenhänge zwischen diesen Qualitätsdimensionen?
- Welche Evidenz liegt vor zur „Wirksamkeit" der SAPV aus der Perspektive der Beteiligten?
- Gibt es Evidenz für Unter-, Über- und Parallelversorgung?
- Die Ergebnisse aller dieser Analysen münden in Empfehlungen zur Weiterentwicklung der SAPV-RL

Das Projekt zeichnet sich durch die teilprojektübergreifende Nutzung von Daten und eine Kombination quantitativer und qualitativer Ansätze aus. Die Details zur Projektdurchführung sind bei den jeweiligen Teilprojekten im Abschnitt Methodik ausgeführt.

5. Methodik

Teilprojekt TP 1: Strukturmerkmale der SAPV und ihr Einfluss auf Versorgungsparameter

Ziel ist eine umfassende Erfassung und Untersuchung der in der SAPV bestehenden Organisationsstrukturen und Voraussetzungen (formal durch vertragliche Regelungen festgehalten) und deren Auswirkungen auf die konkrete Leistungserbringung.

Design: Die Evaluation erfolgte in mehreren Stufen: Im ersten Schritt (1a) wurden bundesweit die SAPV-Strukturen erhoben. Gleichzeitig (Schritt 1b) wurden die vertraglichen Strukturen mit den Kostenträgern in der SAPV erhoben. Auf Grundlage dieser Merkmale wurden SAPV-Leistungserbringer ausgewählt, bei denen auf Patientenebene Versorgungsdaten erhoben wurden (Schritt 2). Diese wurden in Bezug auf die Versorgungsparameter hinsichtlich regionaler bzw. struktureller Unterschiede analysiert.

Datenerhebung: Schritt 1a: Die Strukturdaten wurden über den Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin (DGP) erhoben (siehe Anlage TP1_A1). Die Vertragsbestandteile (Schritt 1b) wurden durch die BAG-SAPV in enger Absprache mit den TP-Leitern recherchiert und strukturiert (siehe Anlage

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

TP1_A2). Die prospektive Erhebung der Patienten- und Behandlungsdaten (Schritt 2) erfolgte über 6 Monate. Die anonymisierten Patientendaten wurden anhand elektronischer Patientendokumentationen der Systeme PalliDoc (StatConsult) und ISPC (smart-Q) erhoben. Zusätzlich wurden folgende Patientendaten aus der Dokumentation ausgelesen: letzte Symptomerfassung, Anfahrtsweg, Anzahl Hausbesuche nach Berufsgruppen, Anzahl Krankenhausaufenthalte (siehe Anlage TP1_A3).

Stichprobe: Schritt 1a/1b: umfassende Datenerfassung aller SAPV-Leistungserbringer und deren Verträge. Insgesamt konnten Strukturdaten von 196 SAPV-Leistungserbringern und Palliativ-Konsiliardiensten (PKDs) erhoben werden. Schritt 2: Die Auswahl der Leistungserbringer anhand der in Schritt 1a/1b erhobener Strukturklassifikationen sollte auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobe von SAPV-Leistungserbringern (jeweils 1/3 Leistungserbringer aus jedem der 17 KV-Bezirke) erfolgen. Dieses Vorgehen wurde zugunsten einer möglichst breiten Rekrutierung verworfen. Die Rekrutierung erfolgte mit Unterstützung der DGP sowie der BAG SAPV. Insgesamt wurden dann Daten von 51 SAPV-Leistungserbringern mit insgesamt 3.321 Patienten aus der elektronischen Routinedokumentation erfasst, wobei die KV-Bezirke jedoch nicht gleichermaßen repräsentiert waren.

Datenanalyse: Schritt 1a und b: a) Grafische, deskriptive Darstellung von Struktur- und Vertragsvariablen und der Korrelation, b) Variablenreduktion auf der Ebene der Struktur- und Vertragsdaten mittels latenter Klassenanalyse; Schritt 2: hierarchische multiple Mehrebenenmodelle, um den Zusammenhang zwischen den Einflussfaktoren (Prädiktoren) auf der Strukturebene (aus Schritt 1b) und Patientenebene mit den Versorgungsparametern (Kriterien) zu ermitteln.

Teilprojekt TP 2: Qualitätssicherung in der Ambulanten PalliativverSorgung (QUAPS) – eine quantitative Erhebung zur Versorgung aus Patienten- und An-/Zugehörigenperspektive

Ziel ist zu untersuchen, inwieweit und unter welchen Bedingungen die in der SAPV-Richtlinie genannten Ziele „die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, S.3), aus der Perspektive der Patienten erreicht werden. Daraus sollen Empfehlungen zu einer Verbesserung der SAPV-Versorgung aus Patientenperspektive erarbeitet werden.

Design: TP2 umfasst eine prospektive quer- und längsschnittliche Befragung zur Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientenperspektive. Es wurden zwei Fragebogeninstrumente verwendet: der IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale, u. a. Murtagh et al. 2019, Anlage TP2_A2) in deutscher Übersetzung wurde zweimalig (bei Patienteneinschluss und 4-10 Tage nach Einschluss) eingesetzt, der QUAPS (Qualitätssicherung in der Ambulanten Palliativ-Versorgung, Berghaus et al. 2019, Anlage TP2_A1) einmalig zum zweiten Messzeitpunkt. Qualitative Daten wurden mittels Freitextangaben in den Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten erhoben. Die Patienten füllten den Fragebogen entweder allein oder mit Unterstützung der An-/Zugehörigen aus.

Datenerhebung: Zur Erfassung der patientenbezogenen Outcomedaten wurde ein bundesweit repräsentativer Einschluss der SAPV-Leistungserbringer angestrebt. In einem randomisierten Verfahren wurde die Reihenfolge der anzusprechenden Leistungserbringer festgelegt. Angestrebt wurde der Einschluss von 50 SAPV-Leistungserbringern mit der Befragung von 25 Patienten je Team. Der ursprüngliche Plan aus allen 17 Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) teilnehmende SAPV-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Leistungserbringer zu rekrutieren musste im Verlauf angepasst werden, da sich nicht aus allen KV-Bezirken SAPV-Leistungserbringer zur Mitarbeit bereit erklärten bzw. die Einschlusskriterien erfüllten. Die im TP2 verwendeten Struktur- und Prozessdaten wurden in TP1 erhoben und zur weiteren Verarbeitung an TP2 zur Verfügung gestellt.

Stichprobe: Die an TP 2 teilnehmenden Patienten sind eine Teilmenge der in TP 1 eingeschlossenen Patienten. Die Patientenrekrutierung erfolgte nach einer Schulung der teilnehmenden SAPV-Leistungserbringer. Insgesamt nahmen 1000 Patienten von 42 SAPV –Leistungserbringern teil. Die einzelnen SAPV-Leistungserbringer erhoben zwischen 2 bis 47 Patientendatensätze.

Datenanalyse: Die Auswertung der Daten erfolgte mittels der Software IBM SPSS Statistics 24. Neben der deskriptiven Beschreibung der Ergebnisse wurden inferenzstatistische Tests (Chi2-Tests, T-Tests, Varianzanalysen, multiple Regressionsanalysen) durchgeführt. Bei der Auswertung der qualitativen Aussagen, wurden randomisiert von 20 teilnehmenden Patienten die Freitextangaben aus dem IPOS ausgewählt und für die Entwicklung von Kategorien verwendet. Zunächst wurden 5 Grobkategorien (Körperliche Symptome, Psychische Symptome, Soziale Aspekte, Praktisches/Alltagsbewältigung, Medizinische Versorgung, siehe Tabelle TP2-1) entwickelt, die wiederrum in Feinkategorien (u.a. Schläfrigkeit, Schwäche, Angst, Depressivität, Sorge um die Familie, Einsamkeit, Probleme bei der Ernährung) unterteilt wurden. Die Freitextangaben aller Fragebögen wurden daraufhin kategorisiert. Die inhaltliche Interpretation der Ergebnisse wurde in der Diskussion mit drei Experten aus dem Fachbereich Palliativmedizin (Arzt, Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin) durchgeführt.

Teilprojekt TP 3: Was ist gute Versorgungspraxis? – Versorgungsqualität aus Sicht von SAPV-Leistungserbringern und weiterer Leistungserbringer in der SAPV

Ziel ist die Rekonstruktion der Handlungsstrategien, Deutungen und Bewertungskategorien, die SAPV-Leistungserbringer und weitere, mit ihnen vernetzte Leistungserbringer (Hausärzte, Pflegedienste, Hospizdienste etc.) in der alltäglichen SAPV-Praxis vor Ort bei ihrer Einschätzung von Versorgungsqualität verwenden und an denen sie ihr Handeln orientieren.

Design: TP 3 nahm die ‚guten Versorgungspraxis' bzw. die Kennzeichen von Versorgungsqualität sowie die praktische Ausgestaltung von SAPV vor Ort in den Blick, wie sie sowohl durch die jeweiligen SAPV-Dienste als auch durch die weiteren beteiligten Versorgungsakteure geleistet, wahrgenommen und gedeutet wird. Die vor Ort vorfindbaren Versorgungspraktiken, die damit einhergehenden Schwierigkeiten und Möglichkeiten wurden mittels ‚vergleichender Einzelfallstudien' im Rahmen einer multiperspektivischen Feldstudie entlang eines nicht-standardisierten, qualitativen Evaluationsdesigns rekonstruiert.

Datenerhebung: Die Datenerhebungen erfolgten bundesweit über mehrtätige Feldaufenthalte vor Ort und konzentrierten sich auf qualitative problemzentrierte Leitfadeninterviews mit den in die SAPV-Praxis involvierten Versorgungsakteuren. Für die Interviews wurden Leitfäden mit offenen Fragen entwickelt, welche die Erfassung der jeweiligen subjektiven Perspektiven der Dienstmitglieder sowie der anderen Versorgungsakteure auf die Praxis der SAPV ermöglichen. Der Datenkorpus von TP3 mit den genannten Interviewdaten wurde außerdem durch Feldnotizen, die zu Teambesprechungen und Hausbesuchen erstellt wurden, komplettiert.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Stichprobe: Das Sample bestand aus 10 Sampling Points. Ein Sampling-Point und damit ein Fall setzt sich zusammen aus dem SAPV-Dienst selbst sowie Netzwerkpartnern und weiteren Versorgungsakteuren, z. B. Hausärzten, Pflegeheimen, ambulanten Hospizdiensten bis hin zu Sanitätshäusern. Insgesamt wurden 113 problemzentrierte Leitfadeninterviews durchgeführt

Datenanalyse: Die Auswertung umfasste inhaltsanalytische und sinnrekonstruktive Auswertungstechniken. Detaillierte Informationen zur Datenerhebung und -auswertung siehe Anlagen TP3_A1, TP3_A2 und TP3_A3.

Teilprojekt TP 4: **Hausärztlichen Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb von SAPV**

Ziel ist die quantitative Analyse der zentralen Rolle der Hausärzte in der Versorgung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV: In welchem Ausmaß und Umfang übernehmen Hausärzte die Verantwortung und Ausübung palliativmedizinischer Tätigkeiten und inwieweit ziehen sie dabei SAPV hinzu?

Design: Teilprojekt 4 beinhaltet eine querschnittliche, quantitative Befragungsstudie von Hausärzten.

Datenerhebung: Die Befragung von Hausärzten aus insgesamt acht KV-Regionen erfolgte mittels eines selbst konzipierten, pilotierten Fragebogens auf postalischem Weg. Der standardisierte Fragebogen (siehe Anlage TP4_A1) wurde literatur- und interviewbasiert entwickelt und in einer mehrstufigen Pilotphase getestet (detaillierte Beschreibung: siehe Anlage TP4_A2). Die Auswahl der KV-Regionen basierte auf den von den Projektpartnern in TP1 recherchierten und systematisch zusammengestellten SAPV-Struktur- und Vertragsparametern und verfolgte das Ziel, größtmögliche diesbezügliche Heterogenität abzubilden.

Stichprobe: Eine Zufallsstichprobe von insgesamt 6000 Hausärzten, hausärztlich tätigen Internisten und praktischen Ärzten aus acht Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (n=750 pro KV) wurden ermittelt und angeschrieben.

Datenanalyse: Das Ausmaß an hausärztlicher palliativmedizinischer Aktivität wurde über den Aktivitäts-Score (als Mittelwert aus 32 im Fragebogen erhobenen palliativmedizinischen Aktivitäten) abgebildet. Zur Abbildung der hausärztlich empfundenen Wichtigkeit der SAPV wurde analog der Wichtigkeits-Score gebildet. Neben statistisch-deskriptiven Analysen wurden univariate und multiple Regressionsanalysen mittels IBM SPSS Statistics 25 der Tätigkeitsparameter zu den Praxis-, Patienten- und Kontextfaktoren durchgeführt (detaillierte Beschreibung: siehe Anlage TP4_A2).

Teilprojekt TP 5: Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten

Ziel ist die Abgrenzung und Beschreibung der unterschiedlichen palliativmedizinischen Versorgungsformen, ihrer Inhalte, ihrer Patienten und ihrer weiteren medizinischen Inanspruchnahme auf der Basis von GKV-Routinedaten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Design: Die GKV-Routinedatenstudie wurde nach den Grundsätzen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Auf Basis von im WDWH der BARMER zur Verfügung gestellten pseudonymisierten Routinedaten wurde eine retrospektive Kohortenstudie durchgeführt.

Datenerhebung: Es wurden retrospektive Behandlungsdaten bzgl. Inanspruchnahme von palliativmedizinischer Versorgung und anderer medizinischer Leistungen ausgewertet. Dafür wurden pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten und Leistungsdaten herangezogen. Als Bezugszeiträume wurden Versicherten- individuell -ausgehend vom Todesdatum- die Zeiträume drei Monate (91 Tage, t1) und sechs Monate (183 Tage, t2) vor dem Tod betrachtet. Der Zeitraum zwischen dem siebten und zwölften Monat vor dem Tod wird als Vorbetrachtungszeitraum (t3) angesehen.

Stichprobe: Primäre Einschlussbedingung für die Studienpopulation war ein Sterbedatum im Jahr 2016. Weitere Einschlussbedingungen waren eine vor dem Tod mind. zweijährige durchgängige Versicherung bei der datenbereitstellenden Krankenkasse (um entsprechende Vorerkrankungen sowie die (palliativ)medizinische Inanspruchnahme vor dem Tod lückenlos analysieren zu können) sowie ein Alter von mindestens 19 Jahren zum Zeitpunkt des Todes. Die Zuordnung der Versicherten zu den entsprechenden Kohorten der palliativmedizinisch versorgten Versicherten erfolgte anhand der Abrechnung/Kodierung einer einschlägigen Abrechnungsziffer innerhalb der letzten sechs Lebensmonate.

Datenanalyse: Die Auswertung der Daten erfolgte überwiegend deskriptiv; für den Kohorten-Vergleich bezüglich der Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren wurden zusätzlich multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Status Pflegeheimbewohner und Charlson-Komorbiditäts-Index als unabhängige Variablen wurden die Odds-Ratios der SAPV-Kohorten gegenüber der Kohorte nur AAPV als Referenzgruppe ermittelt. Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte mittels SAS Enterprise Guide 7.1.

Methodisches Vorgehen zur Modifikation der SAPV-Richtlinie

Zunächst wurden durch jedes Teilprojekt Vorschläge formuliert, die auf Ergebnissen des jeweiligen TP beruhten. Die Empfehlungen bezogen sich auf:

1. Änderungen des Wortlauts der Richtlinie,
2. Ergänzungen der Richtlinie,
3. Empfehlungen außerhalb der Richtlinie.

Die aus den SAVOIR-Forschungsergebnissen abgeleiteten und begründeten Vorschläge bildeten im zweiten Schritt die Grundlage für die Konsensuskonferenz am 25.10.2019 in Jena. An der Konsenskonferenz nahmen neben den Experten aus den einzelnen Teilprojekten, eine Vertreterin der BAG-SAPV, sowie Experten aus den Innovationsfondsprojekten ELSAH und APVEL teil. Formal abstimmungsberechtigt waren die offiziellen Konsortialpartner von SAVOIR. Dabei wurden alle Vorschläge im Plenum diskutiert und ggf. modifiziert.

Folgendes Vorgehen wurde gewählt:

- Präsentation der formulierten Empfehlungen mit der Möglichkeit zu Rückfragen bzgl. des methodischen Vorgehens oder der inhaltlichen Interpretation.
- Sammlung aller Kommentare und Zusammenfassung ähnlicher Kommentare
- Diskussion und ggf. Formulierung begründeter Alternativen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Am Ende dieses Diskussionsprozesses stimmten alle Konsortialpartner den modifizierten Änderungsvorschlägen zu.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Teilprojekt TP 1: Strukturmerkmale der SAPV und ihr Einfluss auf Versorgungsparameter

Strukturen: Insgesamt konnten Strukturdaten von 196 SAPV-Leistungserbringern und Palliativ-Konsiliardiensten (PKDs) erhoben werden (bezogen auf die Einträge im Wegweiser der Deutschen Palliativgesellschaft ergibt sich eine Rücklaufquote von 69,3%, die in den einzelnen Bundesländern zwischen 32,4 und 100% liegt) (siehe TP1_A4 – Tabelle 1). Die SAPV-Leistungserbringer werden überwiegend von Pflegefachkräften (34,7%) oder Ärzten (25%) geleitet (siehe TP1_A4 – Tabelle 3) und hatten im Mittel 18,5 Pflegefachkräfte und 10,4 Ärzte (siehe TP1_A4 – Tabelle 4). 37,8% der SAPV-Leistungserbringer gaben an mindestens eine psychosoziale Berufsgruppe im Dienst zu haben (Seelsorge: 23%; Sozialarbeit: 17,9%; Psychologie: 15,3%) (siehe TP1_A4 – Tabelle 5). Die Latente Klassenanalyse, basierend auf den erhobenen Strukturvariablen (n=186, bei 10 Leistungserbringern fehlten Variablen), zeigte die größte Trennschärfe bei vier Klassen von SAPV-Leistungserbringern, die wie folgt charakterisiert werden können[4]: (siehe TP1_A4 – Tabellen 41 und 42 sowie Abbildung 1):

1. Kleine unabhängige SAPV-Teams: Ärzte und Pflegefachkräfte direkt beim SAPV-Leistungserbringer angestellt, kleine Leistungserbringer (Ärzte <9 Personen, Pflegefachkräfte <9 Personen), zentralisierte Patientenversorgung (n=77; 41,4%)
2. Große Netzwerk-Teams: Externe niedergelassene Ärzte, externe Pflegefachkräfte aus Pflegediensten, große Leistungserbringer (Ärzte >9 Personen, Pflegende >9 Personen), dezentralisierte Patientenversorgung (n=49; 26,3%)
3. Kleine Netzwerk-Teams mit eigenen Pflegefachkräften: niedergelassene Ärzte oder Krankenhausärzte, Pflegefachkräfte direkt beim SAPV-Leistungserbringer angestellt, eher kleine Leistungserbringer (vor allem Pflegekräfte <9 Personen), zentralisierte und dezentralisierte Patientenversorgung (n=42; 22,6%)
4. Kleine klinikbasierte Teams: Ärzte und Pflegefachkräfte beim Krankenhaus angestellt, kleine Leistungserbringer, zentralisierte Patientenversorgung (n=18; 9,7%)

Abbildung 5 zeigt die prozentuale Verteilung der Teamtypen in den KV-Regionen. Hier fällt auf, dass in einigen Regionen große (Niedersachsen) und kleine Netzwerkteams (Thüringen, Westfalen-Lippe) vorherrschend sind, während in anderen Regionen überwiegend kleine unabhängige SAPV-Teams existieren (Hessen, Rheinland-Pfalz/Saarland). Viele Regionen weisen eine gemischte Struktur auf.

Vertragsstrukturen: In ganz Deutschland außer Westfalen-Lippe werden Verträge nach §132d SGB V geschlossen. Es handelt sich überwiegend um Musterverträge, die Vergütungsbedingungen werden zum Teil durch einzelne SAPV-Leistungserbringer ausgehandelt. In allen KV-Regionen wird die Leistung

[4] In der folgenden Aufzählung wird ausnahmsweise der Begriff „Team“ benutzt, um – konsistent mit den Ergebnissen von TP 3 - das Selbstverständnis der Akteure zum Ausdruck zu bringen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

von qualifiziertem[5], in 11 Regionen auch durch entsprechend in Qualifizierung befindlichem Personal erbracht (siehe TP1_A4 – Tabelle 10). Die Vergütungsmodelle sind überwiegend gemischt (Fallpauschale mit und ohne Leistungstag/Rufbereitschaft, Wochen-, und Tagespauschale, Tagespauschale bei Hausbesuch, Einzelleistungen (z.B. Hausbesuch), ein rein auf Einzelleistungen basierendes Vergütungssystem existiert nicht. Zwei Regionen sehen Mitwirkungspauschalen für Basisversorger vor, in drei Regionen ist die Erbringungen von jeglichen Leistungen nach SGB V bei SAPV-Vollversorgung explizit ausgeschlossen (siehe TP1_A4 – Tabelle 11).

Versorgungsprozesse: Bei 51 Leistungserbringern (siehe TP1_A4 – Tabelle 12) wurden Daten aus der elektronischen Routinedokumentation (PalliDoc oder ISPC) von insgesamt 3.321 Patienten in einem Rekrutierungszeitraum von 6 Monaten prospektiv erfasst (51% männlich, Altersdurchschnitt: 74,3 Jahre); 79,1% hatten mindestens eine Krebsdiagnose. Innerhalb des beobachteten Zeitraums verstarben 75,5% in der SAPV, von diesen verstarben 60,9% zu Hause, 17,2% im Pflegeheim, 14,1% im Krankenhaus (davon etwa die Hälfte, insgesamt 6,2% auf einer Palliativstation) (siehe TP1_A4 – Tabelle 178.). Der mittlere SAPV-Versorgungszeitraum betrug 52,1 Tage (Median 29; SD 65.6). Von den verstorbenen Patienten war ein Fünftel 7 Tage oder weniger (19,4 %), fast ein Drittel weniger als 15 Tage (32,5%) vor dem Tod in die SAPV aufgenommen worden (siehe TP1_A4 – Tabelle 30-32). Dabei wird der Versorgungszeitraum vermutlich überschätzt, da Patienten mit sehr kurzer Versorgung vermutlich eher nicht in die Studie eingeschlossen wurden. Das zeigen auch die Ergebnisse von TP 5, die höhere Anteil von sehr kurz versorgten Patienten aufweisen. Die mittlere Anzahl der Hausbesuche pro Patient betrug 17,1, diese erfolgten vor allem durch Pflegefachkräfte (13,1) und/oder Ärzte (4,2) (siehe TP1_A4 – Tabelle 19). 27,4% der Patienten wurden während der SAPV mindestens einmal in ein Krankenhaus eingewiesen (mittlere Krankenhaustage: 3,58) (siehe TP1_A4 – Tabelle 23 und 24). Schwäche, Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) sowie Appetitmangel waren laut Routinedokumentation die häufigsten Symptome sowohl am Anfang als auch am Ende der Versorgung (siehe TP1_A4 – Abbildungen 2-4 sowie Tabellen 35-40). Nicht onkologisch Erkrankte wiesen im Vergleich mit onkologisch erkrankten Patienten höhere Anfangswerte für Luftnot, Schwäche, Hilfebedarf bei ATL, Wunden und Desorientiertheit auf. Onkologisch erkrankte Patienten hatten etwas stärkere Schmerzen und Übelkeit. Die nicht onkologisch erkrankten Patienten waren zudem deutlich stärker eingeschränkt (ECOG 3,14 vs. 2,51 zu Beginn). Eine geringe Reduktion der Symptome konnte für Schmerzen, Übelkeit und Probleme mit der Organisation der Versorgung beobachtet werden, während Müdigkeit, Hilfebedarf bei ATL und Schwäche im Krankheitsverlauf zunahmen. Etwa ein Viertel der Patienten litt zu Beginn der Versorgung an mittlerer bis starker Depressivität (27%), 41% an mittlere bis starker Angst, mehr als die Hälfte (53,3%) hatte mindestens ein mittel oder stark ausgeprägtes psychisches Symptom (siehe TP1_A4 – Tabelle 26). Dies verweist auf die Wichtigkeit psychischer Unterstützung im Rahmen der SAPV-Versorgung, die jedoch nur sehr selten über den Einbezug externer Dienste geleistet wurde: bei Leistungserbringern, die nicht über eine psychosoziale Berufsgruppe als Teammitglied verfügten, waren nur bei 0,5% der Patienten Psychologen/ Psychotherapeuten, bei 0,4% ein Sozialdienst involviert (n=1711, Angabe zum Ende der Betreuung) (siehe TP1_A4 – Tabelle 27-29)

Im Rahmen der Mehrebenenanalyse konnte kein Zusammenhang zwischen Typ des SAPV-Leistungserbringers, Vertragsstrukturen und verschiedenen Versorgungsparametern (z.B. Dauer der Versorgung,

[5] Qualifiziert nach der SAPV-RL i.V. m. den Empfehlungen des GKV nach §132d Abs.2 SGBV

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Krankenhausaufenthalte, Notfallmaßnahmen, Symptomschwere, detaillierte Liste siehe Anhang TP1_A4) nachgewiesen werden (siehe TP1_A4 – Tabellen 43/1 und 43/2).

Teilprojekt TP 2: Qualitätssicherung in der Ambulanten PalliativverSorgung (QUAPS) – eine quantitative Erhebung zur Versorgung aus Patienten- und An-/Zugehörigenperspektive

Im TP 2 wurden die Symptomlast und die Bedürfnisse von SAPV-betreuten Patienten mittels IPOS-Fragebogen und die Qualität der Betreuung durch den QUAPS-Fragebogen erfasst. Ferner konnten Freitextangaben gemacht werden. Die an TP 2 teilnehmenden Patienten sind eine Teilmenge der in TP 1 eingeschlossenen Patienten. Insgesamt beteiligten sich 42 SAPV-Leistungserbringer (geplant: 50) aus 9 Bundesländern an TP 2; 1000 Patienten (geplant: 1250) konnten in die Befragung von TP 2 eingeschlossen werden. Im Folgenden werden bei Angaben die relativen Prozente berichtet. Die Rate der fehlenden Werte bei den demografischen Daten lag je nach Item bei bis zu 30%. 52% der Patienten waren Männer. Das Altersspektrum reichte von 30 Jahre bis 98 Jahre (Mittelwert: 73 Jahre). 91,5% lebten zu Beginn der Versorgung zu Hause; 7,6% in einem Pflegeheim. Zum Ende des Beobachtungszeitraums lebten 74,4% zu Hause; 9,7% in einem Krankenhaus; 8,6% in einem Pflegeheim und 7,0% in einem Hospiz. 85,6% der Patienten hatten eine onkologische Diagnose.

Die befragten Patienten gaben zum ersten Messzeitpunkt die häufigste körperliche Symptomlast (Angabe: mäßig / stark / sehr stark) für die Bereiche Schwäche (92,7%), eingeschränkte Mobilität (92%) und Müdigkeit (80,2%) an. Weniger intensiv wurden Appetitlosigkeit (67,8%), Schmerzen (62,2%), Atemnot (42,9%) und gastrointestinale Symptome (Obstipation 41,2%; Übelkeit 34,3%; Erbrechen 17,3%) beurteilt. Aus dem psychosozialen Symptomkomplex gaben die Patienten hohe Werte (Angabe: manchmal / meistens / immer) für die Items Besorgtheit/ Beunruhigung von Familie/Freunden (96,6%), der eigenen Person gegenüber (86,7%) sowie Traurigkeit (82,7%) an (Mittelwerte und Standardabweichungen vom IPOS siehe Anlage TP2_A3).

Zwei Drittel der Patienten konnten im Verlauf der SAPV-Behandlung ein zweites Mal zur Symptomlast und ihren Bedürfnissen befragt werden, diese Zweitbefragung fand im Mittel 12 Tage nach SAPV-Einschluss statt.

Dabei zeigte sich im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt eine geringe, jedoch statistisch signifikante Verringerung der Symptomlast im Bereich Schmerz, Appetitlosigkeit und bei gastrointestinalen Symptomen. Im Bereich Schläfrigkeit und im Bereich eingeschränkter Mobilität erhöhte sich die Symptomlast geringfügig. Keine Änderung der Symptomintensität berichteten die Patienten in den Bereichen Schwäche und Atemnot. Im psychosozialen Bereich verringerten sich statistisch signifikant die empfundene Besorgtheit und Beunruhigung von Familie und Freunden, der eigenen Person und die eigene Traurigkeit (siehe Anlage TP2_A3).

Offenbar gelang es zumindest teil- und zeitweise, die Verschlechterung der begleitenden Symptome aufzuhalten. Diese Ergebnisse sind insbesondere vor dem Hintergrund der in TP1 berichteten Überlebenszeiten bemerkenswert, da es sich um schwerkranke Menschen in der letzten Phase ihres Lebens handelt, die generell stark belastet sind. So schätzten die Patienten ihre globale Belastung als hoch ein (Distress-Thermometer Skala von 0 bis 10, MW=6,52). 81,3% der Patienten berichteten im Screeninginstrument Distress-Thermometer einen Score über 4, was auf einen dringenden weiterführenden Betreuungsbedarf hinweist.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der qualitativen Analyse der Freitextangaben, die zu beiden Befragungszeitpunkten möglich waren, gaben die Patienten wenig überraschend am häufigsten (in 70-80%) körperliche Beschwerden an (vgl. Tabelle TP2–1). Am zweithäufigsten wurden psychische Symptome benannt, die zwischen 14 bis 25% der Nennungen ausmachten. Auffällig war dabei die häufige Benennung von Symptomen, die in einigen Fällen an eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne denken ließen. Marginal war die Nennung sozialer Aspekte, die nur zwischen 1-3% der Fälle ausmachte. Dieser deutliche Unterschied legt eine Differenzierung zwischen psychischen und sozialen Belangen nahe, die sich auch auf die involvierten Berufsgruppen beziehen sollte. Ein pauschales Einstufen aller nicht-körperlichen Beschwerden als ‚psycho-sozial' verwischt die Bedarfslage und schlimmstenfalls die psychologisch-psychiatrische Unterversorgung der hier untersuchen Patientenpopulation.

Tabelle TP2–1: Zusammenfassung der qualitativen Äußerungen (Häufigkeitsauszählung in Kategorien)

Items	Körperliche Symptome	Psychische Symptome	Soziale Aspekte	Praktisches/ Alltags-bewältigung	Medizinische Versorgung	Rest	Σ
IPOS t1	F1.1-F1.6 Σ	1130	264	48	43	25	22	1532
	% (von 1507)	75	17,5	3,2	2,8	1,6	1,4	
	Weitere Symptome 1-4 Σ	542	190	6	8	11	10	767
	% (von 772)	70,2	24,6	0,8	1	1,4	1,3	
IPOS t2	F1.1-F1.8 Σ	801	139	27	11	24	19	1021
	% (von 1005)	80	14	3	1	2	2	
	Weitere Symptome 1-4 Σ	353	119	2	6	1	9	490
	% (von 489)	72	24	0,4	1,2	0,2	1,8	

Betrachtet man die Subpopulation der onkologisch erkrankten Patienten mit denen, die nicht onkologisch erkrankt sind, mittels ANOVA mit Messwiederholung, zeigte sich, dass die Gesamtsymptomlast (IPOS-Gesamtskala) beider Gruppen über die Messzeitpunkte sinkt (Haupteffekt der Zeit). Außerdem trat ein Haupteffekt der Subpopulationen auf, was auf einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Patientengruppen hindeutet. Die nicht onkologisch erkrankten Patienten litten etwas stärker unter Atemnot, Schwäche, Mundtrockenheit, Schläfrigkeit und eingeschränkter Mobilität als onkologische Patienten. Demgegenüber gaben onkologische Patienten ein höheres Ausmaß an Übelkeit an. Auch die globale eingeschätzte Belastung im Distress-Thermometer fiel bei den nicht onkologisch erkrankten Patienten generell etwas höher aus. Der Anteil an onkologischen Patienten unterschied sich zwischen den einzelnen SAPV- Leistungserbringern erheblich (Range: 63,2% bis 100%).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Qualität der Betreuung durch die SAPV- Leistungserbringer wurde von den Patienten als sehr gut bewertet, so äußerten 80,3% der Befragten mit der SAPV-Betreuung voll zufrieden zu sein. 88,4% der Patienten gaben an, dass sie meistens so viele Informationen erhalten hätten, wie sie gewollt haben und 84,5 % der Patienten, dass praktische Probleme immer oder größtenteils bearbeitet wurden. In Tabelle TP2-2 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des QUAPS-Fragebogens dargestellt.

Die Prozessitems „telefonische Erreichbarkeit“ (Einschätzung „sehr gut“ t2=82,9%) und das „Zeit nehmen für die Patienten“ (Einschätzung „sehr gut“ t2=83,5%) wurde von den Patienten hervorgehoben. Hierbei ergaben sich signifikante Korrelationen mit der Gesamtbetreuungszufriedenheit (telefonische Erreichbarkeit r=0,49, Zeit nehmen r=0,45), was darauf hindeutet, dass für die Patienten nicht nur die konkrete Behandlung von Symptomen, sondern das Wissen um die Erreichbarkeit und Kontaktierung im SAPV-Kontext wichtig ist (Sicherheitsbedürfnis).

Tabelle TP2-2: Mittelwerte des QUAPS-Fragebogens

Item	MW	SD
Zeit, die sich das Team für mich nimmt,	3,81	0,46
telefonische Erreichbarkeit	3,78	0,56
Gespräche/ Kommunikation	3,69	0,61
Unterstützung bei praktischen und organisatorischen Problemen	3,67	0,59
Achten meiner Entscheidungen	3,66	0,61
Wartezeit auf Hausbesuche	3,64	0,59
Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten	3,58	0,65
Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit	3,57	0,64
Die Einweisung in Pflegemaßnahmen	3,54	0,67
Hilfe beim Akzeptieren meiner Situation	3,50	0,68
Auffangen bei seelischen Nöten	3,47	0,72
Fördern meiner Selbständigkeit	3,42	0,77
Die Linderung von Beschwerden	3,42	0,73
Begleiten bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod	3,37	0,83
QUAPS-Gesamtskala	**3,59**	**0,47**
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Betreuung durch das Palliativteam?	3,78	0,47
Wurden Ihre Erwartungen an das Palliativteam erfüllt?	3,71	0,55

Note: 0 „sehr schlecht“ bis 4 „sehr gut“, QUAPS Gesamtskala = Mittelwert Items 1- 14

In einer linearen Regression haben sich 67% der Gesamtzufriedenheit mit der SAPV-Versorgung durch die Fragen des QUAPS- Fragebogens erklären lassen. Dabei waren vor allem die Items „Zeit die sich das Team nimmt“, „Wartezeit auf Hausbesuche“, „Gespräche/Kommunikation“, „Achten meiner Entscheidungen“, sowie die „Erwartungen an das SAPV-Team“ relevant. Die Gesamtsymptomlast (IPOS) der Patienten war dagegen kaum mit der Gesamtzufriedenheit der Betreuung durch die SAPV- Leistungserbringer assoziiert.

Bezüglich der verschieden Strukturen und Prozesse der einzelnen SAPV-Leistungserbringer zeigten sich nur geringe Zusammenhänge mit den untersuchten patientenberichteten Outcomevariablen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Betrachtet man die in TP 1 auf Basis der Strukturdaten ermittelten Klassen der SAPV-Leistungserbringer mittels ANOVA mit Messwiederholung, zeigte sich wie bereits berichtet, dass die Gesamtsymptomlast (IPOS-Gesamtskala) über die Messzeitpunkte sinkt (Haupteffekt der Zeit). Außerdem trat kein statistisch bedeutsamer Haupteffekt der in TP1 klassifizierten Strukturmerkmale (z.B. klinikbasierte vs. unabhängige oder kleine vs. große Teams) der SAPV-Leistungserbringer auf. Zwar zeigte sich eine statistisch bedeutsame Interaktion zwischen den Klassen der SAPV-Leistungserbringer und der Zeit. Diese fiel jedoch in ihrer Effektgröße vernachlässigbar gering aus. Dementsprechend sollten Ansätze, die eine Verbesserung der Qualität der Patientenbetreuung zum Ziel haben, weniger die Strukturoptimierung in den Mittelpunkt stellen, als eher in den Blick zu nehmen, wie die Prozesse der Betreuung durch die SAPV-Leistungserbringer hochwertig gestaltet werden können: Diese Schlussfolgerungen korrespondieren auch mit den Ergebnissen von TP3 - „Kultur“ ist ebenso wichtig wie „Struktur“.

Limitationen dieses TP liegen in einem möglichen Befragungsbias (Teilnahmeentscheidung durch SAPV-Leistungserbringer, Antwortverzerrung bei Befragung durch SAPV-MA, Nicht-Einschluss sehr kranker Patienten), der nicht repräsentativen Abbildung der KV-Bezirke und einem fehlenden Vergleich mit nicht SAPV-betreuten Patienten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des TP2 deutlich die hohe körperliche und psychische Belastung der palliativmedizinischen Patientenpopulation bei gleichzeitiger sehr hoher Zufriedenheit mit der von den SAPV-Leistungserbringern bereitgestellten Versorgung. Die Zufriedenheit scheint weniger von der Symptomlast bzw. -besserung abzuhängen, als von der Zeit, Kommunikation und Erreichbarkeit, also insgesamt dem Ermöglichen von Sicherheit in unsicherer Situation. Zudem ist die hohe Zufriedenheit weitgehend unabhängig von Strukturmerkmalen der untersuchten SAPV- Leistungserbringer.

Teilprojekt TP 3: Was ist gute Versorgungspraxis? – Versorgungsqualität aus Sicht von SAPV-Teams und weiterer Leistungserbringer in der SAPV

Der systematische Fallvergleich von zehn ausgewählten qualitativen Feldstudien in TP3 zeigt, dass sich die Sichtweisen auf Qualität zwischen verschiedenen SAPV-Leistungserbringern und den weiteren Versorgungsakteuren grundlegend unterscheiden. Dabei kann die SAPV-Praxis in der Wahrnehmung und Deutung der Versorgungsakteure entlang a) zweier idealtypischer organisationaler *Struktur*charakteristika sowie b) dreier idealtypischer Versorgungs*kulturen* unterschieden und hinsichtlich der jeweiligen Perspektiven der Versorgungsakteure, der Ausgestaltung der Versorgungspraxis sowie der jeweils typischen Bewertungskriterien für gute Versorgungsqualität beschrieben werden.

a) Mit Blick auf die Organisations*struktur* der SAPV variieren die Perspektiven der Versorgungsakteure entlang der grundlegenden Unterscheidung, inwieweit das praktische Organisationsmuster der Versorgung dem Konzept der Einheit oder der Plattform folgt. *Einheit*: Die SAPV-Leistungen werden in einem Kernteam (siehe TP 1, Klasse 1 und 4, teilw. Klasse 3) arbeitsvertraglich angestellter Mitarbeiter in einem dauerhaft stabilen Versorgungszusammenhang erbracht (im Weiteren auch „Einheits-SAPV“). *Plattform* (siehe TP 1, Klasse 2, teilw. Klasse 3): Lediglich Beratung und Koordination werden von angestellten Mitarbeitern, die medizinischen und pflegerischen Leistungen der Teil- und Vollversorgung werden jeweils von kooperierenden, externen niedergelassenen Haus- und Fachärzten bzw. Pflegediensten erbracht (im Weiteren auch „Plattform-SAPV“). In Bezug auf förderliche

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Faktoren für die Versorgungsqualität werden sowohl von den Akteuren der Plattform als auch von den Akteuren der Einheit eine Reihe von Argumenten und ‚Belegen' für die Vorteile ihres jeweils verfolgten Strukturkonzepts ausgewiesen. Dies sind bei der *Plattform* insbesondere die Flexibilität je nach Anzahl zu versorgender Patienten durch die Einbindung einer Vielzahl von Versorgungspartnern in die SAPV, welche die Versorgung auch in räumlich großen Gebieten eher möglich machen. Von den Akteuren der *Einheits-SAPV* wird dagegen vor allem ihr hohes, erfahrungsgesättigtes Fachwissen hervorgehoben, das durch die Spezialisierung auf SAPV-Patienten und den täglichen engen fachlichen Austausch in der Kooperation im Sinne eines ‚Teams' gefördert und gestärkt wird bzw. werden soll.

b) Die empirisch beobachtbare SAPV-Praxis vor Ort kann entlang drei verschiedener Versorgungs*kulturen* rekonstruiert und systematisiert werden, welche die jeweiligen konkreten Handlungsstrategien, Deutungsmuster und Bewertungskategorien der Akteure orientieren: Dualismus, Prozeduralismus und Holismus. In der *dualistischen* Versorgungskultur liegt der Fokus auf der Behandlung physischer Symptome (Symptomlinderung) des Patienten mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden ‚Schmerzfreiheit'. An-/Zugehörige werden hier als Teil der Versorgungsstruktur betrachtet. Entstehungsgeschichtlich ist sie am Krankenhaus oder Pflegedienst orientiert und in einer – gleichviel ob als Einheit oder als Plattform – meist klaren hierarchischen Struktur organisiert. In der *prozeduralistischen* Kultur wird besonders auf die Sondierung und praktische Umsetzung des Patientenwillens Wert gelegt, um die Gefahr einer drohenden ungeordneten und ungesicherten Versorgung zu verhindern. An-/Zugehörige fungieren hier vor allem als Ko-Akteure in den Entscheidungsfindungsverfahren. Es gibt in der Regel keine organisationalen Vorstrukturen, die als ‚Blaupause' dienen, und die Arbeitsstruktur ist – wiederum gleichviel ob als Einheit oder als Plattform – weniger hierarchisch, aber dennoch mit einer klaren Verantwortungsverteilung. Die *holistische* Kultur sieht als Ziel der SAPV primär die Ermöglichung eines ‚guten' Sterbens im Sinne einer für alle Beteiligten sinnstiftenden Lebenserfahrung. An-/Zugehörige werden hier als Teil des Falles und ebenfalls als Adressaten bzw. als Ziel einer guten Versorgung betrachtet. Diese Versorgungskultur entsteht typischerweise aus dem hospizlichen Kontext und vermeidet sowohl in der Variante ‚Einheit' wie auch ‚Plattform' hierarchische zugunsten egalitär-kooperativer Strukturen.

Alle drei Versorgungskulturen finden sich folglich in ihren verschiedenen Ausprägungen bei den beiden Strukturvarianten ‚Einheit' und ‚Plattform'. Hieraus folgt, dass die unter a) genannten Strukturmerkmale – konkret: die Organisationsformen von SAPV als mehr oder weniger abgegrenztes Team oder als Organisationsplattform mit entsprechenden Netzwerkstrukturen – die jeweils gelebte Versorgungskultur vor Ort weder determinieren noch mit ihr systematisch korrespondieren. Umgekehrt gilt ebenso: Die jeweils gelebte Kultur ist nicht per se mit einer spezifischen Strukturpräferenz assoziiert.

Die qualitativen Ergebnisse aus TP3 unterstützen und ‚abstrahieren' die quantitativen Ergebnisse von TP1, welches eine entsprechende Strukturheterogenität der SAPV-Leistungserbringer (siehe TP 1) zeigen konnte. Darüber hinaus ergänzen sie diese Befunde insofern, als zusätzlich auch unterschiedliche Versorgungskulturen, die sich unmittelbar auf die Behandlungsprozesse und -qualitäten auswirken und strukturunabhängig sind, identifiziert werden konnten. Und diese Ergebnisse korrespondieren ebenso mit den Befunden von TP2 bezüglich der geringeren Relevanz der SAPV-Organisationsstruktur im Vergleich zu den eher ‚kulturellen' Aspekten wie Kommunikation, Anerkennung von Autonomie bis hin zur Erreichbarkeit als wesentliche Faktor für ‚Sicherheit' seitens der Patienten und An-/Zugehörigen. Die Unterschiede in den Versorgungskulturen weisen darüber

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

hinaus darauf hin, dass allein die Verfügbarkeit von Mitarbeitern psychosozialer Berufsgruppen in der SAPV nicht automatisch zur Berücksichtigung sozialer und psychischer Probleme der An-/Zugehörigen als ‚unit of care' führt, sondern im jeweiligen ‚Teamverständnis' eine Offenheit und Sensibilität für diese Fragen vorhanden sein muss. Denn während An-/Zugehörige bei holistisch orientierten SAPV-Leistungserbringern zum Bestandteil ‚des Falles' werden können, werden sie in dualistischen und prozeduralistischen Versorgungskulturen primär unter versorgungsinstrumentellen Gesichtspunkten betrachtet. Auch die Frage, was typischerweise ein SAPV-Fall ist, variiert entlang der Versorgungskultur. So wird bei SAPV-Leistungserbringern mit dualistischer Versorgungskultur ein Anspruch auf SAPV in der Regel noch immer eher mit einer onkologischen Grunderkrankung assoziiert, während die Indikation für eine SAPV-Behandlung in holistischen und prozeduralistischen Kulturen eher an Hand der jeweiligen Symptomlast insgesamt gestellt wird.

Somit kann die empirisch rekonstruierbare Kombinatorik von Organisationsstrukturen und Organisations- bzw. Versorgungskulturen, welche die jeweilige SAPV-Praxis bis hin zu den vor Ort verfolgten Qualitätskriterien beschreibt, sowohl als Ergebnis je historisch gewachsener, divergierender Deutungen und Bewertungen von guter Versorgungspraxis interpretiert werden, die z.B. mit der beruflichen Sozialisation der Versorgungsakteure sowie den konkreten Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungsregionen (z.B. hinsichtlich Vernetzung) zusammenhängen, als auch als ein Resultat der regional sehr unterschiedlich ausgestalteten SAPV-Verträge (so wird beispielsweise im Mustervertrag Niedersachsen die Vernetzung aller Beteiligten hervorgehoben, während im Mustervertrag Bayern der interdisziplinäre Charakter der SAPV betont wird; siehe zu den Verträgen TP1).Dabei ist festzuhalten, dass – den Befunden von TP3 folgend – Empfehlungen für die SAPV-Richtlinie weniger an den Strukturen als vielmehr auch und vor allem an versorgungskulturellen Aspekten ansetzen sollten, da dort, wo ein ‚kultureller Wandel' der Versorgung erforderlich erscheint, Veränderungen in der Praxis sich nicht allein durch den ‚Hebel' einer Modifikation von Strukturbedingungen herbeiführen lassen.

Was gute SAPV-Praxis aus Sicht der Versorgungsakteure – insbesondere der SAPV-Leistungserbringer – kennzeichnet, ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse differenziert zu beantworten: Die Deutung, Bewertung und Herstellung guter Versorgungspraxis ist immer Effekt der jeweiligen Versorgungskultur und der präferierten Organisationsstruktur, die beide wiederum eingebunden sind in die vor Ort gegebenen und z.T. sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Daraus folgt: SAPV braucht Offenheit, Flexibilität und Gestaltungsspielräume vor Ort, um jeweils ‚gut' ausgestaltet werden zu können.

Hinsichtlich der im Förderantrag entwickelten Forschungsfrage, welche förderlichen und hemmenden Faktoren für eine erfolgreiche SAPV von den Leistungserbringern wahrgenommen werden, ist daher festzustellen, dass es sich bei der SAPV um eine flexibel gestaltbare Form der Versorgung handelt, die sich sowohl an die vor Ort gegebenen Rahmenbedingungen anpassen, als auch auf ihre Organisationsumwelt Einfluss nehmen kann. Aus Sicht von SAPV-Akteuren und weiterer Leistungserbringer lassen sich dafür die im Anhang (siehe Anlage TP3_A4) näher ausgeführten förderlichen und hemmenden Faktoren benennen.

Teilprojekt TP 4: **Hausärztlichen Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb von SAPV**

TP4 hatte zum Ziel, zu untersuchen, in welchem Ausmaß und Umfang Hausärzte die Verantwortung und Ausübung für palliativmedizinische Tätigkeiten übernehmen, und inwieweit sie dabei SAPV hinzuziehen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Netto-Rücklaufrate der postalischen Hausärzte-Befragung betrug insgesamt 19,1% (n=1144 von 6000) mit deutlichen Unterschieden innerhalb der einzelnen KV-Regionen (vgl. Tabelle TP4-1). Mit 16,3% der Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (vs. 3,5% bei allen Hausärzten) handelt es sich um eine Stichprobe mit überdurchschnittlich intensiven Berührungen mit der Palliativmedizin. Etwa 10% der befragten Hausärzte gaben an, auch als Teil eines SAPV-Leistungserbringers tätig zu sein.

Die teilnehmenden Hausärzte gaben an, in hohem Maß palliativmedizinisch aktiv zu sein. Der aggregierte Aktivitäts-Score betrug im Mittel 3,06 (1=nie; 4=immer) und variierte regional zwischen 2,77 (Berlin) und 3,23 (Westfalen-Lippe). Die palliativmedizinische Aktivität der Hausärzte umfasste sehr häufig (>90% der Antwortenden) die Behandlung von Nebenerkrankungen/chronischen Erkrankungen, die Einbeziehung eines Pflegedienstes, die Verordnung häuslicher Krankenpflege, die Linderung von Symptomen sowie Beratung/Hilfestellung zu Patientenverfügungen/ Vorsorgevollmacht. Seltener (<70%) wurden apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen, Besuche und Telefonate außerhalb der Praxiszeiten und konsiliarische Erörterungen/Beurteilungen durchgeführt.

Tabelle TP4-1: Rücklauf (netto)

KV-Region	n	Anteil (%) an N=750
Bayern	153	20,4
Berlin	95	12,7
Hessen	122	16,3
Niedersachsen	146	19,5
Sachsen-Anhalt	171	22,8
Schleswig-Holstein	142	18,9
Thüringen	196	26,1
Westfalen-Lippe	119	15,9
Summe	**1144**	**19,1**

Die eigene palliativversorgende Aktivität ist umso höher, je länger die Niederlassung bereits andauert, je mehr Palliativversorgung als ein zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit betrachtet wird, je höher die selbst eingeschätzte palliativversorgende Kompetenz und die formale Qualifikation zur Palliativversorgung sind und je höher der Hausarzt die Qualität der umgebenden palliativen Versorgungsstrukturen (ohne SAPV) einschätzt. Aber auch die Qualität des eigenen Personals, das bspw. Hausbesuche übernehmen kann, führt zu einer höheren palliativmedizinischen Aktivität unter den befragten Hausärzten.

85,5% der befragten Hausärzte geben an, in ihrer hausärztlichen Tätigkeit bereits mindestens einmalig eine SAPV-Verordnung ausgestellt zu haben. Nach SAPV-Involvierung bleiben die Hausärzte in 77% der Fälle „immer“ oder „häufig“ eingebunden. Das restliche Viertel der Hausärzte fühlt sich während einer SAPV-Behandlung ihrer Patienten – insbesondere bei der Verordnung von SAPV durch das Krankenhaus – unzureichend eingebunden und informiert. Bei nur 4% der Befragten wird eine SAPV-Verordnung häufig oder immer durch den MDK abgelehnt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hausärzte schätzen die Bedeutung der SAPV bei der Bewältigung der eigenen palliativen Versorgungsaufgaben bei ihren Patienten in der Häuslichkeit als hoch ein: Der aggregierte Wichtigkeits-Score betrug im Mittel 2,27 (1=nicht erforderlich; 2=wichtig; 3=sehr wichtig). Die von Hausärzten als am wichtigsten eingeschätzten SAPV-Aktivitäten liegen dabei in der Unterstützung bei apparativen Maßnahmen (z.B. Morphinpumpen, Infusionen, Portsysteme), der 24/7-Verfügbarkeit und der Unterstützung in der finalen Phase.

Je mehr der Hausarzt selbst palliativmedizinisch aktiv ist, umso weniger wichtig beurteilt er die SAPV. Ist die palliativmedizinische Aktivität gering, steigt die Wichtigkeit der SAPV. Die hausärztliche Einschätzung der SAPV-Bedeutung korrespondiert mit der (selbst angegebenen) Anzahl an SAPV-Verordnungen (vgl. Tabelle TP4-2). Bei BQKPMV-abrechnenden Ärzten ist die Wertschätzung der SAPV geringer, möglicherweise, weil BQKPMV nicht ergänzend zur SAPV beim gleichen Patienten abgerechnet werden kann.

Tabelle TP4-2: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	2,302	0,315	7,318	<,001	1,684	2,920
Alter	0,006	0,004	1,598	0,111	-0,001	0,013
Geschlecht (weiblich)	0,076	0,041	1,840	0,066	-0,005	0,157
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,003	-0,828	0,408	-0,009	0,004
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,025	0,114	-0,221	0,825	-0,249	0,199
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,006	0,114	-0,049	0,961	-0,230	0,219
MVZ*	0a					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,092	0,079	1,166	0,244	-0,063	0,246
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,017	0,058	0,285	0,776	-0,098	0,131
Kleinstadt	-0,022	0,058	-0,371	0,710	-0,137	0,093
Mittelstadt	-0,008	0,062	-0,133	0,894	-0,129	0,113
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,229	0,218	1,049	0,295	-0,200	0,658
BQKPmV	0,085	0,274	0,309	0,758	-0,455	0,624
40h-Kursweiterbildung	0,037	0,054	0,687	0,492	-0,068	0,142
3 Monate in PV gearbeitet	0,109	0,079	1,381	0,168	-0,046	0,265
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,097	0,158	0,613	0,540	-0,214	0,407
BQKPmV	-0,227	0,266	-0,855	0,393	-0,749	0,295
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,289	0,228	-1,268	0,205	-0,737	0,159
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	-0,002	0,002	0,961	0,337	-0,005	0,002
Patienten pro Quartal	-2,002 *10-5	6,208 *10-5	-0,323	0,747	0,000	0,000

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
palliative Patienten pro Quartal	0,001	0,001	1,015	0,311	-0,001	0,003
Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	1,069	0,286	-0,001	0,004
Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,002	0,001	-1,589	0,113	-0,004	0,000
Selbstverständnis	-0,062	0,027	-2,246	**0,025**	-0,116	-0,008
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,011	0,036	-0,291	0,771	-0,082	0,061
hausärztliche Aktivität	**-0,283**	**0,051**	**-5,512**	**<,001**	**-0,384**	**-0,182**
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,003	0,004	-0,712	0,477	-0,010	0,005
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,088	0,023	3,752	**<,001**	0,042	0,134
Ablehnung der SAPV-Verordnung durch MDK	-0,007	0,039	-0,185	0,854	-0,084	0,069
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	-0,016	0,055	-0,284	0,776	-0,124	0,092
Versorgungsqualität SAPV-Team/PKD	0,119	0,036	3,273	**0,001**	0,048	0,190
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,037	0,105	0,356	0,722	-0,169	0,243
Berlin	0,126	0,131	0,958	0,338	-0,132	0,383
Hessen	0,128	0,110	1,159	0,247	-0,089	0,344
Niedersachsen	0,153	0,109	1,407	0,160	-0,061	0,367
Sachsen-Anhalt	0,092	0,109	0,844	0,399	-0,122	0,307
Schleswig-Holstein	0,179	0,110	1,620	0,106	-0,038	0,396
Thüringen	0,145	0,106	1,369	0,172	-0,063	0,353
Westfalen-Lippe*	0					

*Note: β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz, korrigiertes R-Quadrat= 0,183, F(36, 559)=4,465, n=559*

Hausärzte schätzen die Qualität des kooperierenden SAPV-Leistungserbringers (im Fragebogen wurde als allgemein gebräuchlicher Oberbegriff für jedwede SAPV-Leistungserbringerstruktur der Begriff „SAPV-Team“ verwendet) umso höher ein, wenn der SAPV-Leistungserbringer bei Fragen zu jeder Zeit erreichbar ist, wenn regelmäßige Fallbesprechungen mit ihm durchgeführt werden können, wenn SAPV-Vollversorgung angeboten wird, je weniger Hausärzte selbst palliativversorgend aktiv sind und je mehr sie sich durch den SAPV-Leistungserbringer eingebunden fühlen. Hingegen nehmen Hausärzte das Vorhandensein einer dritten (psychosozialen) Berufsgruppe offenbar nicht als relevantes SAPV-Qualitätsmerkmal wahr.

Für eine vollumfängliche Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion siehe Anlage TP4_A2.

Die Befragungsergebnisse unterliegen zum Einen der Limitation, dass es sich um Eigenangaben der befragten Hausärzte handelt und zum Anderen der Einschränkung, dass palliativmedizinisch aktive Hausärzte unter den Respondern stärker vertreten sind als in der Grundgesamtheit, hier also ein Selektionsbias vorliegt, der in multiplen Analysen jedoch isoliert werden konnte.
Aus den oben genannten Befunden leiten sich folgende Einsichten ab: Hausärzte schätzen die Bedeutung der SAPV bei der Bewältigung der eigenen palliativen Versorgungsaufgaben bei ihren Patienten in der Häuslichkeit. Neben der objektiven Indikation für SAPV und dem möglicherweise expliziten Patienten- und/oder An-/Zugehörigenwunsch nach SAPV – der in der Erhebung nicht erfasst wurde – wird die Wertschätzung und Hinzuziehung von SAPV durch Hausärzte wesentlich beeinflusst durch die unterschiedlich ausgeprägte eigene palliativmedizinische Aktivität. SAPV wird insofern in

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

einem gewissen Maße „substitutiv“ genutzt und ersetzt mancherorts möglicherweise die AAPV. Darüber hinaus leitet sich folgende Überlegung ab: Da neben den objektiven Indikationskriterien auch andere Faktoren die hausärztliche SAPV-Verordnung triggern, ist nicht davon auszugehen, dass zukünftig eine alleinige Einschränkung oder Ausweitung der Indikationskriterien für SAPV mittels Richtlinie eine unmittelbare Wirkung auf die Menge der verordneten SAPV zeigen würde.

Teilprojekt TP 5: Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten

TP5 hatte zum Ziel, die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung im Vergleich zu anderen palliativen Versorgungsformen in Deutschland auf der Basis von GKV-Routinedaten zu beschreiben.

In der Studienpopulation von 95.962 in 2016 verstorbenen erwachsenen BARMER-Versicherten wurde im letzten halben Jahr vor dem Tod insgesamt bei 32,7% der Versicherten (VS) mindestens eine palliative Leistung (SAPV, AAPV, Palliativversorgung im Krankenhaus, stationäres Hospiz) abgerechnet: SAPV: 13,1%; AAPV: 24,4% (BQKPMV war vor 2017 noch nicht abrechenbar). Bei 8,1% der VS wurde mind. eine stationäre palliativmedizinische und bei 3,3% eine stationäre Hospizleistung abgerechnet. Der Anteil der mit SAPV versorgten Versicherten fällt mit 13,1% deutlich höher aus als dieser im Bertelsmann-Faktencheck für die Jahre 2010-2014 mit 3,5% berichtet wird (Radbruch et al., 2015), der SAPV-Verordnungen im Krankenhaus nicht erfasste. Der Anteil von Verstorbenen mit AAPV-Leistungen lag mit 24,4% im Jahr 2016 auf demselben Niveau wie es von Radbruch et al. für 2014 berichtet wurde. Zieht man aber (wie bei Radbruch et al.) ausschließlich die EBM-Ziffern der AAPV heran, so lag die Inanspruchnahme in 2016 bei nur noch 19,3%. Während also bei der SAPV eine starke Zunahme festzustellen ist, ist die Inanspruchnahme von AAPV deutlich zurückgegangen.

Zwischen den KV-Regionen ist eine deutliche regionale Ungleichverteilung festzustellen: so schwankt der Anteil der VS mit SAPV zwischen 6,3% in Rheinland-Pfalz und 22,9% Westfalen-Lippe[6], mit AAPV zwischen 16,9% in Brandenburg und 34,1% in Bayern, mit stationärer Palliativversorgung zwischen 6,7% in Schleswig-Holstein und Hessen und 13,0% in Thüringen.

Einschränkend zu bemerken ist, dass die Inanspruchnahme von SAPV immer noch unterschätzt ist: Es konnten nur die SAPV-Abrechnungen herangezogen werden, die in elektronischer Form vorlagen; SAPV-Abrechnungen in Papierform waren nicht auswertbar. Diese Limitation macht sich insbesondere bei der KV-Region Berlin bemerkbar. Ebenso kann auch für die AAPV davon ausgegangen werden, dass diese tendenziell unterdokumentiert ist (z.B. durch die fehlende Abrechnung palliativer Ziffern bzw. geriatrischer Pauschalen anstelle von AAPV-Ziffern).

SAPV beginnt bei 15,6% der Versicherten erstmalig 3 Tage vor dem Todestag, bei 28,1% erstmalig 7 Tage vor dem Todestag, bei 43,5% erstmalig 15 Tage vor dem Todestag. Auch diese Kenngröße variiert zwischen den KV-Regionen. Die Ergebnisse deuten außerdem an, dass viele SAPV-Verordnungen aus dem Krankenhaus heraus erfolgen: Bei 20,6% der VS mit SAPV beginnt diese innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Bei mehr als der Hälfte der betroffenen Patienten wurde im

[6] Patienten, die vom Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) behandelt wurden, werden als SAPV-Patient gezählt (siehe „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ der KV Westfalen-Lippe),

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

selben Zeitraum keine AAPV (mehr) abgerechnet, was bedeuten kann, dass hier keine Einbindung eines Hausarztes nach Krankenhausentlassung mehr erfolgte.

VS, die SAPV erhalten, sind jünger, häufiger männlich, und seltener Pflegeheimbewohner als Patienten die nur AAPV erhalten. Weiterhin weisen VS mit SAPV noch immer (2016) einen deutlich höheren Anteil an Krebserkrankten auf als diejenigen, die ausschließlich AAPV erhalten haben (76,0% in der Kohorte „nur SAPV“ bzw. 81,3% in der Kohorte „SAPV+AAPV“ vs. 52,8% in der Kohorte „nur AAPV“). Auch lässt sich bei SAPV-Patienten ein höherer Charlson-Morbiditätsindex feststellen, was auf einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf von Patienten mit SAPV-Verordnung hindeutet (vgl. Tabelle TP5-1).

Tabelle TP5-1: Soziodemographische und versorgungsbezogene Merkmale der Versicherten nach Kohorten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Merkmale		Kohorten					
	Ausprägung	**keine PV**	**nur AAPV**	**nur SAPV**	**SAPV+ AAPV**	**nur stat. PV**	**gesamt**
Geschlecht	weiblich [%]	49,8	55,9	48,6	51,3	49,0	50,8
Alter	Mean	78,8	78,7	76,4	75,3	74,1	78,3
	Std	13,2	12,9	14,9	15,1	15,7	13,6
Kreistyp	städtisch [%]	72,0	70,5	71,0	73,0	70,2	71,7
Pflegestufe	keine [%]	40,2	13,3	7,4	6,9	44,2	31,5
Pflegeheim-bewohner	ja [%]	26,8	44,1	28,6	30,2	10,8	29,5
Stationäres Hospiz	ja [%]	0,0	6,9	13,9	16,8	2,3	3,3
Stationäre PV	ja [%]	0,0	11,7	22,8	25,0	100,0	8,1
Morbidität (Charlson-Index)	Mean	3,6	4,9	5,7	6,1	5,3	4,2
	Std	3,2	3,9	4,3	4,4	4,3	3,7
Tumor	ja [%]	27,8	52,8	76,0	81,3	79,6	40,3

Die durchschnittlichen Gesamtkosten je Versichertem innerhalb der letzten 3 Lebensmonate betrugen:

- in der Kohorte „nur AAPV“: 10.821€ (SD 13.762€)
- in der Kohorte „nur SAPV“: 17.038€ (SD 15.028€)
- in der Kohorte „SAPV+AAPV“: 16.632€ (SD 14.054€)
- in der Kohorte „keine PV“: 12.061€ (SD 22.133€).

Dabei wurden Kosten für AAPV und SAPV, (sonstige) ambulante ärztliche Leistungen, stationäre Palliativversorgung, (sonstige) stationäre Versorgung, Versorgung in stationären Hospizen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (dabei auch die von SAPV-Leistungserbringern verordneten), Rehabilitation und häusliche Krankenpflege [7] berücksichtigt (vgl. Anhang TP5_A1). Kosten von

[7] Dabei ist zu berücksichtigen, dass in einigen Bundesländern im Rahmen von SAPV-Vollversorgung keine zusätzliche Verordnung häuslicher Krankenpflege möglich ist.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rettungsdiensteinsätzen, zahnärztlicher Versorgung sowie der Pflege nach SGB XI[8] wurden nicht berücksichtigt. Die ermittelten Kostenunterschiede verstehen sich rein deskriptiv. Neben der Tatsache, dass die Versorgung in der SAPV kostenintensiver ist als die Versorgung in der AAPV, ist davon auszugehen, dass die Gesamtkostenunterschiede zu einem großen Teil durch die höhere versorgungsrelevante Morbiditätslast von SAPV-versorgten Patienten begründet sind (s.o.). Zwischen den KV-Regionen lassen sich auch bei den Versorgungskosten große Schwankungen feststellen, die einerseits auf die unterschiedlich vergüteten palliativen Versorgungsleistungen, andererseits auf die unterschiedliche Höhe der Inanspruchnahme sonstiger medizinischer Leistungen zurückzuführen sein dürften.

Adjustierte Auswertungen (Adjustierungsfaktoren: Alter, Geschlecht, Charlson-Morbiditätsindex, Pflegeheim-Aufenthalt, (ggf.) Tumor-Erkrankung) zur Versorgungsqualität für die ambulanten palliativen Versorgungsformen AAPV, SAPV sowie AAPV+SAPV zeigen, dass es unter SAPV, die mindestens 14 Tage bzw. 30 Tage vor dem Tod begann, in diesen letzten 14 bzw. 30 Lebenstagen zu weniger Krankenhausaufenthalten, zu weniger intensivmedizinischen Aufenthalten, zu weniger Chemotherapien und einem geringfügigeren Einsatz von Magensonden (PEG) kam. Dies weist auf einen potenziell geringeren Grad an Überversorgung am Lebensende in der SAPV hin. Eine Ausnahme davon bildet die parenterale Ernährung, die unter SAPV häufiger zum Einsatz kam. Der Sterbeort war unter SAPV seltener das Krankenhaus als unter nur AAPV: 22,0% der VS mit SAPV; 18,7% mit SAPV+AAPV und 36,9% mit nur AAPV verstarben im Krankenhaus (vgl. Tabelle TP5-2 & Tabelle TP5-3).

Wesentliche Limitationen dieser Analysen bestehen a) in der Unsicherheit darüber, inwieweit die jeweiligen Versorgungsentscheidungen, die den gemessenen aggregierten Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, im Einzelfall angemessen oder unangemessen waren, und b) in der fehlenden Verknüpfung mit patienten-berichteter Versorgungsqualität.

Tabelle TP5-2: Bildung von Subgruppen für Analysen zur Versorgungsqualität

Qualitäts-/Versorgungsindikatoren	Kohorten/Subgruppen					
	nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV	
	n	%	n	%	n	%
VS in Kohorten	16.294	100,0	4.934	100,0	7.591	100,0
Krankenhausaufenthalt (ohne pall. OPS) | Behandlung auf Intensivstation						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod	9.633	59,1	1.785	36,2	2.998	39,5
Chemotherapie						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod & mit Tumor	5.532	34,0	1.482	30,0	2.611	34,4
Anlage/Wechsel einer PEG | Parenterale Ernährung						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod & ohne gastrointestinalen Tumor	7.860	48,2	1.264	25,6	2.077	27,4

Note: (VS Versicherte, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, PV Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie, mind. mindestens)

[8] Aufgrund eines Umbruchs in der Datenstruktur der SGB XI-Daten im W-DWH der BARMER im Jahr 2016 waren die Pflegekosten nicht auswertbar.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 5-3: Indikatoren zur Versorgungsqualität im Vergleich zwischen Versicherten mit AAPV und SAPV, Ergebnisse logistischer Regressionsanalysen[1]

Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren	Kohorten [% (n)]			Odds Ratios [CI]	
	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur SAPV vs. nur AAPV	SAPV+AAPV vs. nur AAPV
Versterben im Krankenhaus, % (n)**	36,9 (3.558)	22,0 (392)	18,7 (560)	0,274 [0,241-0,312]	0,229 [0,205-0,257]
Krankenhausaufenthalt[2] innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	41,6 (4.006)	27,2 (485)	26,7 (800)	0,328 [0,290-0,371]	0,338 [0,305-0,374]
Behandlung auf Intensivstation innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	5,9 (571)	1,3 (24)	1,7 (52)	0,165 [0,109-0,250]	0,223 [0,166-0,298]
Chemotherapie innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	13,6 (752)	10,0 (148)	7,5 (196)	0,537 [0,441-0,654]	0,403 [0,338-0,480]
Parenterale Ernährung innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	1,5 (121)	4,8 (61)	5,5 (115)	1,892 [1,363-2,626]	2,262 [1,723-2,968]
Anlage/Wechsel einer PEG innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)	0,7 (58)	0,6 (8)	0,6 (13)	0,609 [0,286-1,295]	0,610 [0,329-1,134]

Note: CI Konfidenzintervall, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, PEG Perkutan-endoskopische Gastrostomie;

*[1]Chi-Q-Test (Adjustierungsfaktoren: Geschlecht, Alter, Pflegeheimbewohner und Charlson-Komorbiditätsindex), *p<.05, **p<.001; [2]ohne palliative OPS (8-982, 8-98e)*

Zusammengefasst weisen die Ergebnisse von TP5 zur Versorgungsqualität darauf hin, dass Patienten in der SAPV hinsichtlich Sterbeort und Vermeidung von Übertherapie am Lebensende im Bundesdurchschnitt günstigere Ergebnisse erreichen als AAPV-behandelte Patienten. Gleichzeitig ist festzustellen, dass im Zuge der Verbesserung der palliativen Versorgungssituation in Deutschland auch die Inanspruchnahme von SAPV gegenüber früheren Erhebungen bzw. Bedarfsschätzungen deutlich zugenommen hat, während die Inanspruchnahme von AAPV zurückgeht, und dies obwohl der Bedarf an palliativer Versorgung insgesamt allgemein deutlich höher eingeschätzt wird (Radbruch et al. 2015; Melching 2015). Wie bereits in TP4 herausgearbeitet, deuten auch diese Ergebnisse daraufhin, dass SAPV teilweise AAPV zu ersetzen scheint. Dass dabei neben der objektiven Indikation für SAPV auch die Verfügbarkeit anderer palliativer Versorgungsformen für die Verordnung von SAPV eine Rolle spielt, hat nicht nur TP4 gezeigt, sondern kommt auch in der in TP5 dargestellten großen regionalen Heterogenität der Inanspruchnahme zum Ausdruck.

Die zukünftige Ausgestaltung der SAPV kann insofern nicht isoliert von der Entwicklung und Ausgestaltung der übrigen palliativen Versorgungsformen betrachtet werden. Eine vielmehr integrierte Betrachtungsweise sollte davon geleitet sein, die jeweils niederschwelligste, ressourcenschonendste Versorgungsform zur Anwendung zu bringen, mit der die palliativen Versorgungsziele für jeden Patienten und seine Zugehörigen in der jeweiligen Versorgungsregion erreicht werden können.

Schließlich ist in einem erweiterten Kontext zu berücksichtigen, dass die für palliative Zwecke eingesetzten Ressourcen (u.a. Pflegekräfte, Hausärzte) mit anderen, nicht palliativen Verwendungen konkurrieren können. Auch diese Opportunitätskosten palliativer Versorgung(sformen) sind bei deren weiterer Ausgestaltung zu bedenken, so z.B. wenn an eine weitere Ausweitung der SAPV gedacht wird.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für eine vollumfängliche Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion siehe Anlage TP5_A2.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Projektes verdeutlichen zunächst, dass aus der Perspektive nahezu aller an der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten Beteiligter das SAPV-Konzept als positiv eingeschätzt wird. Erstmalig konnte dabei auch die Sicht von Patienten einbezogen werden, die – trotz teilweise hoher Symptomlast – eine hohe Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der SAPV-Versorgung zum Ausdruck bringen. Sowohl die Analyse der Daten aus der elektronischen Routinedokumentation der SAPV-Leistungserbringer (TP 1) als auch die Patientenbefragung (TP 2) zeigte eine Stabilisierung und sogar partielle Verbesserung einiger Symptome nach Initiierung der SAPV, was angesichts der Erkrankungsschwere, einer fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung und der kurzen Lebenszeit der Patienten (32,5% der Patienten verstarb in weniger als 15 Tagen nach Beginn der SAPV) nicht selbstverständlich erscheint.

Die GKV-Sekundärdatenanalyse ergab Hinweise auf eine Reduktion von möglicher Überversorgung bei 3 von 4 Indikatoren bei Patienten mit SAPV gegenüber Patienten, die AAPV erhielten (Durchführung von Chemotherapie, Krankenhauseinweisung, Behandlung auf einer Intensivstation kurz vor Lebensende). Allerdings erhielten SAPV-Patienten häufiger eine parenterale Ernährung als AAPV-Patienten.

➔ **Das Konzept der SAPV ist auch in der derzeitigen Form als sehr erfolgreich zu bewerten. Überversorgung kann durch SAPV teilweise reduziert werden. Dabei sind die Vorteile einer vermehrten oder früheren Einbeziehung von SAPV (ebenso wie die damit verbundene Kosten-Effektivität) jedoch ungeklärt.**

Es zeigte sich erwartungsgemäß eine ausgesprochen hohe Heterogenität zwischen den Strukturen und Prozessen aber auch des Grundverständnisses (TP3) unterschiedlicher SAPV-Leistungserbringer. Diese Unterschiede waren jedoch nicht mit untersuchten Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziiert.

➔ **Die Projektergebnisse liefern keine eindeutigen Hinweise auf bestimmte strukturelle Merkmale, die mit besserer oder schlechterer Versorgungsqualität assoziiert sind. Die Heterogenität spiegelt möglicherweise unterschiedliche Versorgungssettings (Verfügbarkeit von Hospizen, ambulanter Pflege etc.) und damit den Einfluss regionaltypischer Strukturen und Prozesse wider. Zu beachten ist, dass aus den beiden KV-Regionen mit deutlich abweichenden SAPV-Strukturen (Berlin, Westfalen-Lippe) keine Daten aus den TP 1 und 2 vorlagen.**

Nicht onkologische Patienten sind – trotz ausgeprägter Symptombelastung - bei der Versorgung mit SAPV gemessen am Anteil nicht-onkologischen Diagnosen unter den Todesursachen noch immer deutlich unterrepräsentiert, auch wenn ihr Anteil gegenüber früheren Erhebungen zugenommen hat.

➔ **Die palliative Versorgungssituation und die Bedürfnisse nicht-onkologischer Patienten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung, die bisher keine palliative Betreuung erhalten, sollte weiter untersucht und ihr möglicher Bedarf an SAPV überprüft werden.**

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ca. 20% der SAPV-Verordnungen werden von Krankenhausärzten ausgestellt. Ein Teil der Hausärzte fühlt sich nicht immer eingebunden und ausreichend informiert.

➔ **Hausärzte sollen bei der Initiierung von SAPV frühzeitig eingebunden und informiert werden.**

Die Inanspruchnahme von SAPV hat gegenüber früheren Jahren deutlich zugenommen und hat anteilsmäßig inzwischen einen Umfang erreicht (13,1% der Verstorbenen), der höher liegt als frühere, wenngleich grobe SAPV-Bedarfsschätzungen ergaben. Weiter gibt es Hinweise auf partielle Substitution von AAPV durch SAPV; fehlende AAPV-Strukturen werden teilweise durch die SAPV ersetzt.

➔ **Bei Untersuchungen zur Angemessenheit palliativmedizinischer Leistungen, ebenso wie bei der Weiterentwicklung ambulanter Palliativstrukturen sollten SAPV und AAPV immer gemeinsam betrachtet werden.**

Das Konsortium empfiehlt folgende Modifikationen der SAPV-Richtlinie, die aus Ergebnissen dieses Projektes abgeleitet werden können:

Paragraph SAPV-Richtlinie	(ausformulierte) Empfehlungen zum Wording der RL	Ableitung aus Ergebnissen der Teilprojekte:
§1 Grundlagen und Ziele	(1) Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern und dem Sicherheitsbedürfnis von Patienten und An-/Zugehörigen Rechnung zu tragen.	TP 2
§2 Anspruchs-voraussetzungen	Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung jeglicher Genese leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist	TP 1 TP 5
§3 Anforderung an die Erkrankungen		
§4 Besonders aufwändige Versorgung	(4) Ergänzung: Die Versorgung des Patienten berücksichtigt die individuellen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Betroffenen und bezieht die An-/Zugehörigen und deren Bedürfnisse mit ein.	TP 1 TP 2
§5 Inhalt und Umfang der SAPV		
§6 Zusammenarbeit Leistungserbringer		
§7 Verordnung von SAPV	(1) kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage, wobei der Hausarzt im Rahmen des Entlassmanagements zeitnah zu informieren ist.	TP 4 TP 5
§8 Prüfung der Leistungsansprüche		

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Das Konsortium empfiehlt ferner folgende Modifikationen der SAPV-RL auf der Basis von Projektergebnissen und/oder Expertenkonsens:

§1 Grundlagen und Ziele

> (6) [2]~~Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden~~
>
> Satz hier streichen, da dieser Sachverhalt in §5 widerholt wird

§3 Anforderung an die Erkrankungen

> (3) [1]Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychischen~~n~~ und sozialen~~n~~ Begleitung im Vordergrund der Versorgung stehen ...
>
> *Begr.: Begleitung* ist aus sozialrechtlicher Sicht der adäquatere Begriff

§5 Inhalt und Umfang der SAPV

> Es soll in geeigneter Weise sichergestellt werden, dass die Beteiligung der Hospizdienste deren unterschiedliche Selbstverständnisse und Unterstützungsmöglichkeiten ausreichend berücksichtigt.
>
> *Begr.* In TP3 ergaben sich Hinweise darauf, dass sich Hospizdienste bisweilen von den Erwartungen der SAPV-Erbringer hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit der Ehrenamtlichen sowie der zu übernehmenden psychischen und sozialen Aufgaben sowohl überfordert als auch unterfordert sehen.

§5 Inhalt und Umfang der SAPV

> Streichen: (2) [4]~~Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen~~
>
> *Begr.* Dies ist eine Wiederholung allgemeingültiger sozialrechtlicher Vorschriften (TP3).

§6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

> Hausärzte, die BQKPMV abrechnen, schätzen die SAPV als weniger wichtig ein und ziehen diese seltener hinzu. Dies könnte einerseits daran liegen, dass diese Ärzte tatsächlich weniger SAPV-Bedarf sehen, anderseits aber auch an der fehlenden parallelen Abrechenbarkeit von BQKPMV und SAPV, die das Hinzuziehen eines SAPV-Leistungserbringers unattraktiv machen. Es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um die daraus möglicherweise resultierenden Versorgungsdefizite gegen eine GKV-Ausgabenausweitung, die mit einer parallelen Abrechenbarkeit von BQKPMV und SAPV verbunden sein könnte, abwägen zu können.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Qualitätssicherung soll die Patienten- und An-/Zugehörigenperspektive berücksichtigen. Qualitätssicherung stellt für die SAPV-Leistungserbringer eine zusätzliche Aufgabe dar. Zur Erleichterung der Wahrnehmung dieser Aufgabe ist die Integration von patient-reported outcome (PRO)- und patient-reported-experience (PRE)- Items in die vorhandenen Dokumentationssysteme sinnvoll. Hierzu ist u.a. eine Abstimmung der Dokumentationssysteme auf gemeinsame Standards der Erfassung und Datenübermittlung erforderlich.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Gesamtkonsortium:

Freytag A, Jansky M, Schneider W, Vollmar H, Wedding U, & Meißner W. SAVOIR – ein vom Innovationsfond gefördertes Projekt zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie (Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede). s-0038-1669261.12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2018; 19(05).

Freytag A, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Jansky, M, Krauss S, Lehmann T, Marschall U, Nauck F, Schneider W, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Meissner. Savoir Study group. Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. BMC Palliat Care. 2019;18(1):12. Verfügbar unter:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348077/

TP1 (KP-Universitätsmedizin Göttingen):

Hach M, Jansky M, Parhizkari S, Nauck F. Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland. s-0038-1669340. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2018; 19(05).

Jansky M, Parhizkari S, Hach M, Bergmann L, Nauck F. Structures and Policy Framework in Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany—A Nationwide Assessment. PO14 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). Palliative Medicine. 2018; 32(1_suppl):3–330.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Jansky M, Parhizkari S, Nauck F. Influence of Structures and Policy Framework on Patient Care in Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany—An Analysis of Routine Documentation Data. PO255 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). Palliative Medicine. 2018; 32(1_suppl):3–330.

Jansky M, Bergmann L, Freytag A, Hach M, Lehmann T, Meißner W, Mühler F, Parhizkari S, Schneider W, Wedding U, Nauck F, SAVOIR Study Group. EAPC Abstracts—Structures of Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany—A Nationwide Assessment P01-231. Palliative Medicine. 2019; 33(1):158.

Parhizkari S, Jansky M, Bergmann L, Nauck F. Strukturmerkmale der SAPV und regionale Versorgungsstrukturen – Ergebnisse einer Erhebung über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung. s-0038-1669339. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin. 2018; 19(05).

Geplante Veröffentlichungen

Jansky M et al. Organisatorische und personelle Strukturen der SAPV.

Jansky M et al. Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen der SAPV.

Jansky M et al. Patientenversorgung in der SAPV - eine bundesweite Erhebung von Daten der Routinedokumentation.

TP2 (Abt. für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Jena):

Geplante Veröffentlichungen

Gebel C, Kruschel I, Rothaug J, Nageler C, Jansky M, Meissner W, Wedding U. Patientenperspektive auf die Wirkung und Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).Vorstellung der Ergebnisse des Teilprojekt 2 der SAVOIR-Studie auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; 09.-12.09.2020; Wiesbaden, Deutschland.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gebel C, Kruschel I, Rothaug J, Nageler C, Jansky M, Meissner W, Wedding U. Patientenperspektive auf die Wirkung und Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).Deutsche Publikation zu den Ergebnissen der Outcomeparameter.

TP3 (KP-Universität Augsburg):

Bauer A, Krauss SH. Kulturen der Palliativversorgung – Dualismus, Prozeduralismus, Holismus. Vortrag auf dem Workshop transmortale X: Neue Forschungen zum Thema Tod; 21. März 2020; Kassel, Deutschland – abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Krauss SH. Care und Dienstleistung: Versuch einer Synthese am Beispiel spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Vortrag auf der Frühjahrstagung der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie; 19./20. März 2020; Leipzig, Deutschland – abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Bauer A. Rationalitäten und Routinen des Sterben-Machens – Normative Orientierungen und professionelle Problemlösungskompetenz in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Bauer A, Greiner F, Lippok M, Krauss SH, Peuten S (Hg.). Rationalitäten des Lebensendes - Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer. Sonderband in der Reihe: Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven – G.IP. 2020, Baden-Baden: Nomos. (angenommen)

Krauss SH. Who cares? Rationalitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Zeit. In: Bauer A, Greiner F, Lippok M, Krauss SH, Peuten S (Hg.). Rationalitäten des Lebensendes - Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer. Sonderband in der Reihe: Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven – G.IP.2020, Baden-Baden: Nomos. (angenommen)

Bauer A. Sterbeideale in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Ansprüche und Erwartungen an Sterbeprozesse bei der Begleitung Sterbender zu Hause. Vortrag auf dem Dreiländerkongress Gesundheits- und Medizinsoziologie; 28. August 2019; Winterthur, Schweiz.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bauer A. Atopie des Sterbens. Raum und Zeit bei der organisierten, palliativmedizinischen Begleitung Sterbender zu Hause. Vortrag im Rahmen des Nachwuchsworkshops des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung: Rationalitäten des Lebensendes. Sterbekulturen in Vergangenheit und Gegenwart; 8. März 2019; Augsburg, Deutschland.

Krauss S H. Who cares? Rationalitäten der Versorgung Sterbender zwischen Über- und Unterversorgung. Vortrag im Rahmen des Nachwuchsworkshops des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung: Rationalitäten des Lebensendes. Sterbekulturen in Vergangenheit und Gegenwart; 7. März 2019; Augsburg, Deutschland.

Krauss SH. Notions of Care in Palliative Care: SOPC in Germany. Vortrag auf der Abschlusskonferenz des Forschungsverbunds ForGenderCare: Blurring Boundaries: Rethinking Gender and Care; 14. März 2019; Augsburg, Deutschland.

Krauss SH, Bauer A, von Hayek J, Jansky M, Stichling K, Schneider W, SAVOIR Study Group. Factors for a Successful Performance: Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany - Outcomes on the Basis of Interviews with SAPV Teams and Network Partners. Posterpräsentation am 16. Weltkongress der European Association for Pallliative Care (EAPC); 23. Mai 2019; Berlin, Deutschland.

Geplante Veröffentlichungen

Bauer A, Krauss SH, Schneider W: Versorgungsqualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – eine qualitative Studie, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). (Manuskript in Vorbereitung)

Krauss SH, Bauer A, Schneider W: Versorgungskulturen in der ambulanten Palliativversorgung: An- und Zugehörige aus Sicht von SAPV-Diensten, in: Pflege und Gesellschaft (PfleGe). (Manuskript in Vorbereitung)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

TP4 (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena)

Freytag A, Krause M, Lehmann T, Völker ML, Kaufmann M, Ditscheid B, Schulz S, Schneider W, Meissner W, Stichling K, SAVOIR-Studiengruppe. Einflussfaktoren für den Umfang hausärztlicher Palliativversorgung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie (Poster). 53 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 12.09.-14.09.2018; Erlangen, Deutschland.

Krause M, Stichling K, Kaufmann M, Babin L, Berg C, Prässler A, Ditscheid B, Vollmar HC, Freytag A, SAVOIR-Studiengruppe. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Maßnahmen zur Steigerung des Rücklaufs einer schriftlichen Hausarzt-Befragung (Poster). 52 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck, Österreich.

Stichling K, Krause M, Kaufmann M, Ditscheid B, Lehmann T, Wolf F, Schulz S, Jansky M, Krauss S, Bauer A, Schneider W, Gaser E, Meissner W, Vollmar HC, Freytag A, SAVOIR-Studiengruppe. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV: Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR (Vortrag). 52 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck, Österreich.

Stichling K, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, Krauss S, Lehmann T, Meißner W, Schulz S, Vollmar HC, Wedding U, Freytag A, SAVOIR Study Group. General Practicioners' Evaluation of Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany (Poster). 16th World Congress of the European Association for Palliative Care; 23.05.-25.05.2019; Berlin, Deutschland.

Stichling K. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR. (Dissertationsschrift). Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena; 2019.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Stichling K, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, Lehmann T, Meißner W, Nauck F, Schneider W, Schulz S, Vollmar HC, Wedding U, Bleidorn J, Freytag A, SAVOIR Study Group. Factors influencing GPs' perception of specialised outpatient palliative care (SAPV) importance – results of a cross-sectional study. (under review bei BMC Palliative Care)

Stichling K. Bericht über die Ergebnisse der SAVOIR-Studie zum 36. Runden Tisch Hospizarbeit und Palliativmedizin Thüringen; 26.2.2020; Erfurt, Deutschland.

Factsheet/Flyer: Hausärztliche Palliativversorgung und SAPV. Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragenbogenerhebung 2018. https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Forschung/Laufende+Projekte.html

Geplante Veröffentlichungen

Freytag A. Von der Ökonomie in die Praxis - wie unterschiedlich sehen die SAPV-Strukturen in Deutschland aus?, eingeladener Vortrag im Klinischen Symposium: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung revisited - wissenschaftliche Evaluation der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). 126. DGIM Kongress; 25.4.2020; Wiesbaden, Deutschland – abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie,

Freytag A. Vorstellung der Ergebnisse der Teilprojekte 4 und 5 der SAVOIR-Studie auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; 09.-12.09.2020; Wiesbaden, Deutschland.

Stichling K, … . Schulz S. Freytag A. (für die SAVOIR-Studiengruppe): Deutsche Publikation zu den Ergebnissen der Freitextanalyse.

Gemeinsame Publikation mit Projekt APVEL Arbeitspaket 1.2 zu hausärztlichen Berührungen mit und Fortbildungen auf dem Gebiet der Palliativversorgung.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

TP5 (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena)

Ditscheid B, Krause M, Eichhorn C, Lehmann T, Marschall U, Meißner W, Vollmar HC, Freytag A. Inanspruchnahme palliativmedizinischer Versorgung am Lebensende: Versorgungsformen und regionale Verteilung (Vortrag). 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 10.10.-12.10.2018; Berlin, Deutschland.

Ditscheid B, Krause M, Jansky M, Lehmann T, L'hoest H, Maddela S, Mboulla M, Meißner W, Schulz S, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. Palliative care at the end-of-life: Who receives what type of care in Germany? - A claims data analysis (Oral presentation). 16th World Congress of the European Association of Palliative Care (EAPC); 23-25 May 2019; Berlin, Germany.

Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, L'hoest H, Marschall U, Meißner W, Freytag A, für die SAVOIR-Studiengruppe. Abbildung der Inanspruchnahme palliativer Versorgung anhand bundesweit und regional verfügbarer Verordnungsziffern und Leistungsabrechnungen (Vortrag). 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 09.-11.10.2019; Berlin, Deutschland.

Freytag A. Bericht über die Ergebnisse der SAVOIR-Studie zum 36. Runden Tisch Hospizarbeit und Palliativmedizin Thüringen; 26.2.2020; Erfurt, Deutschland.

Krause M, Ditscheid B, Hennig B, Jansky M, Lehmann T, Maddela S, Meißner W, Schulz S, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. Quality of end-of-life care - Comparing claims data based quality indicators between different types of palliative care in Germany (Oral presentation). 16th World Congress of the European Association of Palliative Care (EAPC); 23-25 May 2019; Berlin, Germany.

Freytag A. Von der Ökonomie in die Praxis - wie unterschiedlich sehen die SAPV-Strukturen in Deutschland aus?, eingeladener Vortrag im Klinischen Symposium: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung revisited - wissenschaftliche Evaluation der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). 126. DGIM Kongress; 25.4.2020; Wiesbaden, Deutschland - abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Geplante Veröffentlichungen

Ditscheid B , … Freytag A. (für die SAVOIR-Studiengruppe): Versorgungsziele, Versorgungskosten und Patientenmerkmale palliativ versorgter GKV-Versicherter im regionalen Vergleich. Abstract zur Einreichung als Vortrag zum 19. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung; 30.09.-02.10.2020; Berlin, Deutschland.

Ditscheid B, … Freytag A. (für die SAVOIR-Studiengruppe). Inanspruchnahme und regionale Verteilung palliativer Versorgung am Lebensende – Eine Analyse mittels GKV-Routinedaten. Manuskript in Vorbereitung zur Einreichung beim Dt. Ärzteblatt. (In Arbeit)

Ditscheid B, … Freytag A (für die SAVOIR-Studiengruppe). Deutsche Publikation zum regionalen Vergleich von Outcomes und Kosten der Palliativversorgung von Patienten am Lebensende auf der Basis von GKV-Routinedaten.

Freytag A. Vorstellung der Ergebnisse der Teilprojekte 4 und 5 der SAVOIR-Studie auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; 09.-12.09.2020; Wiesbaden, Deutschland,

Krause M, … Freytag A (for the SAVOIR Study Group). Quality of palliative care at the end of life – results of a claims data analysis (vorläufiger Titel). Manuskript in Vorbereitung zur Einreichung bei Palliative Medicine. (In Arbeit)

9. Anlagen

Anlagennummer	Bezeichnung
TP1_A1	TP1 Fragebogen Strukturerhebung
TP1_A2	TP1_Vertragsmerkmale
TP1_A3	TP1_Datensatz_Patientendaten
TP1_A4	TP1_Auswertungstabellen
TP2_A1	TP2_Fragebogen QUAPS
TP2_A2	TP2_Fragebogen IPOS
TP2_A3	TP2_Anlagen
TP3_A1	TP3 Datenauswertung
TP3_A2	TP3 Leitfaden
TP3_A3	TP3 Datenkorpus

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

TP3_A4	TP3 Förderliche und hemmende Faktoren
TP4_A1	TP4-Fragebogen Hausarztbefragung
TP4_A2	Stichling K. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR. (Dissertationsschrift). Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena; 2019.
TP5_A1	TP5- Kosten [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- & geschlechtsstandardisiert
TP5_A2	Abschlussbericht TP5: Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten: Versorgungsinhalte, Patientenprofile und medizinische Inanspruchnahme aus Kostenträgerperspektive

10. Referenzen

Berghaus D, Schütz A, Hammer U, Gaser E, Wedding U, Meißner W. Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (QUAPS) – Praktikabilität eines Fragebogens. Der Schmerz. 2019;33(3):236-43.

Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus – Stellungnahme [Internet]. 2016 [zitiert 11.04.2020]. Verfügbar unter: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin [Internet]. 2016 [zitiert Frühjahr 2017]. Verfügbar unter: http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/

Statistisches Bundesamt (Destatis). Sterbefälle 2017 nach den 10 häufigsten Todesursachen der ICD-10 [Internet]. 2020 [zitiert 12.05.2020]. Verfügbar unter:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html

Gaertner J, Drabik A, Marschall U, Schlesiger G, Voltz R, Stock S. Inpatient Palliative Care: A nationwide analysis. Health Policy. 2013;109(3):311-8.

Gaertner J, Wedding U, Alt-Epping B. Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. Der Onkologe. 2015;21.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014. Gemeinsamer Bundesausschuss; 2014.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL). Gemeinsamer Bundesausschuss; 2020. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2178/SAPV-RL_2020-05-28_iK-2020-06-01.pdf

Jansky M, Lindena G, Nauck F. Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen. Palliativmedizin. 2011;12(04):164-74.

Koch A, Gaser E, Gretzinger S, Hempel CM, Wedding U, Meißner W. Qualitätssicherung in der Ambulanten PalliativverSorgung (QUAPS). Palliativmedizin. 2012;13(05):QB_4.

Melching H. Palliativversorgung - Modul 2 - Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.); 2015.

Murtagh FEM, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). Palliative Medicine. 2019;33(8):1045-57.

Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Palliativversorgung – Modul 3: Überversorgung kurativ, Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.); 2015.

Schneider W. Mehr als Symptomkontrolle: ‚Wirksamkeit' in der SAPV. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2013: 97-110.

Schneider W, Eichner E, Thoms U, Kopitzsch F, Stadelbacher S. Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern –Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)- Ergebnisbericht Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Paula Kubitscheck-Vogel Stiftung; 2014.

Schneider N. Anforderungen an eine patientenorientierte ambulante Palliativversorgung. 2015.

Stadelbacher S, Eichner E, Schneider W. Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2015;11(1):8-10.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ANOVA	Analysis of Variance
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BAG-SAPV	Bundes-Arbeits-Gemeinschaft SAPV
BQKPmV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EB	ERgebnisbericht
ECOG	Performance-Status der Eastern Cooperative Oncology Group
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KV	kassenärztliche Vereinigung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IPOS	Integrated Palliative Care Outcome Score
ISPC	Informationssystem Palliative Care
KI	Konfidenzintervall
MDK	medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MS	Meilenstein
MW	Mittelwert
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
n	Fallzahl
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PalliDoc	Software StatConsult zur Dokumentation in der Palliativversorgung
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
PV	Palliativversorgung
QUAPS	Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	SAPV Richtlinie
SAVOIR	Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede
SB	Schlussbericht
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences von IBM*
T	empirischer T-Wert
t1	Messzeitpunkt 1
t2	Messzeitpunkt 2
TP	Teilprojekt
VS	Versicherte
WDWH	Wissenschaftlichen Datawarehouse

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage TP1_A1 - TP1 Fragebogen Strukturerhebung

SAVOIR
Datenerhebung

Wer hat die organisatorische Leitung Ihres SAPV-Dienstes?

☐ Arzt/Ärztin
☐ Pflegekraft
☐ Andere

Angaben zur ärztlichen Leitung Ihres SAPV-Dienstes

☐ Hausarzt/-ärztin
☐ Krankenhausarzt/-ärztin (Fachrichtung?)
☐ Facharzt/-ärztin (Fachrichtung?)
☐ SAPV-Arzt/Ärztin (Fachrichtung?)

Wie hoch ist der Stellenanteil der Mitarbeiter in Ihrem SAPV-Team?
Wie viele ehrenamtliche Mitarbeiter arbeiten in Ihrem Team?

Ärztliche Mitarbeiter…

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team
Davon mit Weiterbildung Palliativmedizin
Davon beim SAPV-Team angestellt

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der niedergelassenen Ärzte (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der niedergelassenen Ärzte (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Vollzeit)
Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Teilzeit)
Über andere Strukturen angestellt (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)
Über andere Strukturen angestellt (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team
Davon mit Weiterbildung Palliativmedizin
Davon beim SAPV-Team angestellt

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus Pflegediensten (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus Pflegediensten (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Vollzeit)
Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Teilzeit)
Über andere Strukturen angestellt (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)
Über andere Strukturen angestellt (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)

AltenpflegerInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team
Davon mit Weiterbildung Palliativmedizin

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

PsychologInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

SeelsorgerInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

SozialarbeiterInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Mitarbeiter aus weiteren Berufsgruppen

(welche?)
Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Organisationsstruktur des SAPV-Teams

O SAPV-Koordination und Patientenversorgung zentral organisiert
(eigene Team-Räumlichkeiten zur täglichen Behandlungsplanabstimmung, bi- bzw. multiprofessionellen Teambesprechung für aktuell versorgte Patienten)

O SAPV-Koordination zentral (z.B. in Palliativstützpunkt), Patientenversorgung dezentral organisiert
(Zusammenschluss verschiedener Organisationsstrukturen (z.B. Arztpraxis, Klinik, Pflegedienst))

O SAPV-Koordination und Patientenversorgung dezentral organisiert
Zusammenschluss berufsspezifischer Anteile über jeweilige Organisationsstruktur (z.B. Arztpraxis; Klinik, Pflegedienst), gemeinsame Behandlungsplanabstimmung

O Berufsgruppenspezifische Anteile der SAPV getrennt organisiert
(z.B. ärztliche Mitarbeiter/innen delegieren pflegerische Aufgaben an externe Dienste)

Wie wird Ihr SAPV-Team finanziert?

☐ SAPV-Vertrag nach §132d SGB V (SAPV-Vertrag/ § 37b SGB V)
☐ SAPV-Vertrag nach § 140a SGB V (Integrierte Versorgungsverträge)
☐ SAPV-Vertrag nach § 73b SGB V (Haushaltszentrierte Verträge)
☐ Sonstige

Welche PatientInnen wurden im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut?

☐ PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen
☐ PatientInnen mit internistischen Erkrankungen
☐ PatientInnen mit neurologischen Erkrankungen
☐ PatientInnen mit AIDS
☐ Kinder und Jugendliche

Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Kalenderjahr betreut?

Anzahl
Davon innerhalb der SAPV-Versorgung verstorben
Anzahl der in die SAPV aufgenommener Patienten mit onkologischen Erkrankungen

Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Kalenderjahr in den einzelnen Versorgungsstufen versorgt?

Vollversorgung
Teilversorgung
Koordination
Beratung
keine Unterscheidung

Die Versorgungsdauer im letzten Kalenderjahr betrug in Tagen?

Minimal
Mittel
Maximal

Für welches Versorgungsgebiet haben Sie die Sicherstellung mit SAPV und den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart bzw. übernommen?

durchschnittliche Entfernung zu den versorgten Patient/innen (km)
durchschnittliche Fahrzeit zu den versorgten Patient/innen (Minuten)

Einwohnerzahl des Versorgungsgebiets

Gibt es eine Warteliste für Ihren Dienst?
O ja
O nein
Wenn Ja, durchschnittliche Wartezeit? (in Tage)

Gibt es verbindliche Kooperationen mit anderen Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung?
Wir kooperieren in der Patientenversorgung mit…
Anderen SAPV Diensten
Stationärem Hospiz
Palliativdienst im Krankenhaus
Palliativstation
Tumorzentrum
Ambulanter Hospizdienst/Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst
Krankenhaus
Pflegeheim
Hausarztpraxis / Facharztpraxis
Pflegedienst (LE HKP + SGBXI)
Pflegedienst (LE 140a SGBV)
Psychologe/Psychotherapeut
Sozialarbeiter/Sozialdienst
Apotheke
Physiotherapeuten
Seelsorger
Andere

Wir haben einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit…
Anderen SAPV Diensten
Stationärem Hospiz
Palliativdienst im Krankenhaus
Palliativstation
Tumorzentrum
Ambulanter Hospizdienst/Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst
Krankenhaus
Pflegeheim
Hausarztpraxis / Facharztpraxis
Pflegedienst (LE HKP + SGBXI)
Pflegedienst (LE 140a SGBV)
Psychologe/Psychotherapeut
Sozialarbeiter/Sozialdienst
Apotheke
Physiotherapeuten
Seelsorger
Andere

Welche weiteren Angebote werden von Ihrem SAPV-Dienst angeboten?
Trauerbegleitung
Fort-/ Weiterbildung
Fallkonferenzen

Regelmäßige Supervisionen für Team-Mitarbeiter
Qualitätszirkel

Nehmen Sie am Hospiz- und Palliativregister teil?
O ja
O nein

Sind Sie Mitglied in einem regionalen/lokalen Netzwerk o. ä. zur Hospiz- und Palliativversorgung?
O ja
O nein

Die 24-Stundenbereitschaft wird vornehmlich gewährleistet durch:
☐ Arzt/Ärztin
☐ Pflegefachkraft
☐ SozialarbeiterIn
☐ Andere

Das Aufnahmegespräch (Erstassessment als Hausbesuch) wird vornehmlich durchgeführt durch:
☐ Arzt/Ärztin
☐ Pflegefachkraft
☐ SozialarbeiterIn

Welche Berufsgruppen nehmen an den Teambesprechungen teil?
☐ Arzt/Ärztin
☐ Pflegefachkraft
☐ SozialarbeiterIn
☐ Ehrenamtliche/r
☐ Andere

Führen Sie regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit durch?
O ja
O nein
Wenn Ja, mit wem?
☐ PatientInnen
☐ Angehörige

Vertragsmerkmale der SAPV	
Strukturmerkmale Pallitive-Care-Team	
Organisationsform	Eigenständige Organisationseinheit I Kernteam Arzt/Pflege Eigenständige Organisationseinheit plus weitere Berufsgruppe Monoprofessionell Arzt Triangolie I KV Basisversorger plus I Kooperationen I Trägerverbund, unterschiedliche Berufsgruppen in gem. Trägerschaft Netze I KoordinationszentraleI Basisversorger Plus Konsiliardienste
Mitarbeiter	Partielle Tätigkeit Stammpersonals Hauptberuflichkeit des Stammpersonals Kooptierung einzelner MA zum Stammpersonal I Honorarverträge
Abdeckung	SAPV Flächendeckung SAPV KJ
Personelle Qualifikation	ausschließlich besonders qualifizierte MA gem. RL Einsatz von MA in Qualifizierung befindlich möglich keine besondere Qualifikation nötig Mixed I alle Varianten im Team möglich
Vertragsdaten I Leistungsgliederung	
Formaler Vertragsrahmen	SAPV Vertrag nach §132d SGBV Einzelvertrag nach §132d SGBV Mustervertrag I Rahmenvertrag n. §132d SGBV Verband I Einzelvertrag Team Vertrag über KV Home Care 132d SAPV angelehnter Vertrag (auf Grundlage der §§ 73b oder 140a) Besonderheiten: Berliner Aktionsbündnis Letter of Intent für Pflege
Vertragsver-handlung	Vertrags- Vergütungsverhandlung durch einzelnes PCT I Vertrags- und Vergütungsverhandlung "Mustervertrag" über Verband I Bündnis LE IKV I IG I LAG Vertragsverhandlung "Mustervertrag" über VerbandI Bündnis - Vergütungsverhandlung durch PCT
Leistungsgliederung	Komplexvertragsleistung I k.Angabe zum Versorgungstag Komplexvertragsleistung I.Angabe zum Versorgungstag Komplexvertragsleisung i. Verbindung mit Einzelleistungen I.A. Aufwendung und Zeitbezogene Pauschale, zuätzliche Einzelleistung, Pauschale Noteinsätze Komplexpauschale & Einzelleistung ohne Zeitbezug Nur Einzelleistungen
Sonstige	Schiedsstelle vorhanden Open House-Model
Dokumente bei KK (zusätzlich zu FO 63)	Ergebnisassessment Anlage zur VO perspektivische Festlegung des LE zur Leistungserbringung

	vorab
	MDK Prüfbogen regelhaft
	MDK Prüfbogen auf Anfrage I vereinzelt
Qualitätssicherung	gemeinsame Datenerhebung der LE im Bundesland
	Einzelerhebung durch Team
	TN an HOPARE
	Erhebung nach Kerndatensatz DGP/DHPV vertraglich gefordert
	Anderes I Eigenes System
	Gemeinsamer Qualitätsbericht der LE des BL anhand Dokumentation
Leistungsfinanzierung I Abrechnung	
Allgemein	Komplexpauschale Leistungtag
	Komplexpauschale gänzlich ohne Angabe Leistungstag
Pauschalen	Fallpauschale bis 7 Tage, dann Tagespauschale im Besuchsfall
	Fallpauschalen od. Tagespauschalen mit zeitlicher Deckelung der Versorgungstage
	Pauschalen anhand Versorgungstiefe I TV mit Wochenpauschale, VV mitzeitbezogener Besuchspauschale,zusätzliche Einzelleistungen, Noteinsätze Pauschal, ärztl. Leistungsanteile SAPV über KV
	Tagespauschale im Besuchsfall
	Reine Tagespauschale über Behandlung- bzw. Verordnungsszeitraum
	Tagespauschale Leistungstag I Hinweis: Ruf- und Einsatzbereitschaft keine alleinige Leistung
	Differenzierte Aufwandpauschale I 7 Pauschalen Berechnung nach Aufwand/Zeit)
	Differenzierte Aufwandpauschale I 3 Grund- Pauschalen I Plus extra Pauschale für Hausbesuch
	Differenzierte Aufwandpauschale je nach Versorgungsform (Beratung-Koordination-TV-VV)
	besondere Mittwirkungspauschalen für Basisiversorger (nicht PCT)
Abrechnung	monatlich bei der Krankenkasse
	über die KV mit "Pseudoziffern"
Leistungsnachweis	Leistungsnachweise immer regelhaft
	Leistungsnachweise nur auf Anfrage
	Jährlicher Leistungsbericht an KK
Team-/Historie vor SAPV	Ambulante Palliativversorgung vor SAPV (z.B. IV-Vertrag)
	Pilotprojekt über Soz.Min (15 Piloten-daraus entstanden 9 Teams)
AAPV-Regelungen	Vertrag AAPV & SAPV (nach §140a) I Integratives Palliativzentrum
	Niederschwelliges Beratungsangebot über angeschlossenen Hospizdienst I EA
	Brückenpflege
	PKD
	QPA und modifizierte HKP
	HKP neben SAPV abrechenbar

Datensatz zur Erfassung der Patientendaten aus ISPC und Pallidoc			
Name	Typ	Beschriftung	Werte
Demografische und krankheitsbezogene Daten			
team_id	numerisch	Identifikationsnummer des Teams	automatische Vergabe
patient_id	numerisch	Identifikationsnummer	automatische Vergabe
consent	numerisch	Der Patient stimmt der Datenübermittlung zu	0=nein; 1=ja;
consent_QUAPS	numerisch	Der Patient stimmt der Befragung zur Patientenzufriedenheit zu	0 = Einwilligung liegt nicht vor - Ablehnung 1= Einwilligung liegt nicht vor - aus gesundheitlichen/sprachlichen Gründen 2= Einwilligung liegt nicht vor - aus organisatorischenn Gründen 3= Einwilligung liegt nicht vor - Einwilligung zurückgezogen 4= Einwilligung liegt vor
consent_by	numerisch	Zustimmung zur Datenübertragung durch	1=Patient; 2=Vertreter (dokumentiert die Entscheidungsfähigkeit der Patienten)
date_ass_A	Datum	Datum Erfassung zu Beginn	Datum des ersten Assessments (aus dem die Symptomliste stammt)
date_ass_E	Datum	Datum Erfassung zum Ende	Datum des letzten Assessments (aus dem die Symptomliste stammt)
Geburtsjahr	Datum	Geburtsjahr des Patienten	
date_admission	Datum	Aufnahmedatum	
gender	numerisch	Geschlecht des Patienten	1=männlich; 2=weiblich; 3=
Religion	string	Religionszugehörigkeit	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
Schulbildung	string	Schulbildung	1=kein Abschluss; 2=Hauptschulabschluss/8. Klasse POS; 3=Mittlere Reife/10. Klasse POS; 4=Fachhochschulreife/Abitur/EOS; 5=Fachhochschulabschluss; 6=Hochschulabschluss; 7=Sonstiges
Erwerbsstatus	string	Erwerbsstatus	1=kein Abschluss; 2=Hauptschulabschluss/8. Klasse POS; 3=Mittlere Reife/10. Klasse POS; 4=Fachhochschulreife/Abitur/EOS; 5=Fachhochschulabschluss; 6=Hochschulabschluss; 7=Sonstiges
Beruf	string	Beruf	1=ungelernt; 2=Selbständige; 3=Selbständige Akademiker; 4=Beamter; 5=Angestellter; 6=Arbeiter
MH_selbst	string	Geburtsland Patient	0=Deutschland; 1=Anderes Land
MH_Mutter	string	Geburtsland Mutter des Patienten	0=Deutschland; 1=Anderes Land

MH_Vater	string	Geburtsland Vater des Patienten	0=Deutschland; 1=Anderes Land
living_A/E	string	Wohnsituation zu Anfang und Ende	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
distance	numerisch	Anfahrtsweg zum Patient in km	
diagnose	string	Hauptdiagnosen zu Beginn	ICD 10-Codes, durch Komma getrennt
function_A/E	numerisch	ECOG zu Anfang und Ende	0=normale Aktivität; 1=gehfähig, leichte Arbeit möglich; 2=nicht arbeitsfähig;3=begrenzte Selbstversorgung, >50% bettlägerig; 4=permanent bettlägerig
Versorgungsnetz jeweils zu Anfang und Ende			
care_1_A/E	numerisch	Hausarzt	1=ja
care_2_A/E	numerisch	Ambulante Pflege	1=ja
care_3_A/E	numerisch	Palliativarzt (QPA, BQKPMV)	1=ja
care_4_A/E	numerisch	Palliativpflege (HKP-RL, AHPP, APD)	1=ja
care_5_A/E	numerisch	Palliativberatung (AHPB)	1=ja
care_6_A/E	numerisch	Ehrenamtlicher Dienst z.B. ambulanter Hospizdienst	1=ja
care_7_A/E	numerisch	Palliative-Care-Team, z.B. SAPV	1=ja
care_8_A/E	numerisch	MVZ	1=ja
care_9_A/E	numerisch	KH	1=ja
care_10_A/E	numerisch	Palliativstation	1=ja
care_11_A/E	numerisch	Palliativdienst im KH	1=ja
care_12_A/E	numerisch	Pflegeheim	1=ja
care_13_A/E	numerisch	Stationäres Hospiz	1=ja
care_14_A/E	numerisch	Psychologe/Psychotherapeut	1=ja
care_15_A/E	numerisch	Sozialdienst	1=ja
care_16_A/E	numerisch	Ernährungsteam	1=ja
care_17_A/E	numerisch	Wundmanagement	1=ja
care_18_A/E	numerisch	Physiotherapie	1=ja
care_19_A/E	numerisch	Stomapflege	1=ja
care_20_A/E	numerisch	sonstige	1=ja

gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

Vorausverfügungen jeweils zu Anfang und Ende			
adv_dir_1_A/E	numerisch	Patientenverfügung	1=ja
adv_dir_2_A/E	numerisch	Vorsorgevollmacht	1=ja
adv_dir_3_A/E	numerisch	Betreuung	1=ja
adv_dir_4_A/E	numerisch	ACP	1=ja
Symptome jeweils zu Anfang und Ende			
sympt_1_A/E	numerisch	Schmerz	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_1_A/E	numerisch	VAS Schmerz	0 - 10
sympt_2_A/E	numerisch	Übelkeit	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_3_A/E	numerisch	Erbrechen	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_4_A/E	numerisch	Luftnot	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_5_A/E	numerisch	Verstopfung	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_6_A/E	numerisch	Schwäche	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_7_A/E	numerisch	Appetitmangel	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_8_A/E	numerisch	Müdigkeit	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_9_A/E	numerisch	Ausgeprägte Wunden/Dekubitus	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_10_A/E	numerisch	Hilfebedarf bei ATL	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_11_A/E	numerisch	Depressive Verstimmung/Depressivität	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_12_A/E	numerisch	Angst	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_13_A/E	numerisch	Anspannung	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_14_A/E	numerisch	Unruhe	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_15_A/E	numerisch	Desorientiertheit	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_16_A/E	numerisch	Probleme mit Organisation der Versorgung	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_17_A/E	numerisch	Überforderung der Familie/des Umfeldes	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_ass_bd	numerisch	Symptomassessment in den letzten 72 h vor Versterben	0=nein; 1=ja
Medikation und Therapien			
tum_ther	numerisch	Tumorpsezifische Therapie im Versorgungsprozess	0=nein; 1=fortgesetzt; 2=initiiert

rad_ther	numerisch	Strahlentherapie im Versorgungsprozess	0=nein; 1=fortgesetzt; 2=initiiert
Versorgungsende			
date_end	Datum	Datum Versorgungsende/Tod	
cause_end	string	Beendigungsgrund	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
place_death	string	Sterbeort	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
satisfaction	numerisch	Zufriedenheit mit der Behandlung	0=sehr schlecht; 1=schlecht; 2=mittel; 3=gut; 4=sehr gut
Hausbesuche			
time	numerisch	durchschnittlicher Anfahrtszeit zum Patient in Minuten	
total_numb_visits	numerisch	Insgesamte Anzahl von Hausbesuchen	Zur Berechnung, wie viele Hausbesuche gemeinsam von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt wurden
numb_visit_phy	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch den Arzt	Jeder Besuch, der gemeinsam gemacht wurde, soll jeweils einzeln in die Berechnung eingehen.
length_visit_phy	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch den Arzt	
numb_visit_nurse	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch die Pflege	
length_visit_nurse	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch die Pflege	
numb_visit_soc	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch Sozialarbeiter	
length_visit_soc	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Sozialarbeiter	
numb_visit_psych	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch Psychologe	
length_visit_psych	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Psychologe	
numb_visit_chap	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch Seelsorge	
length_visit_chap	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Seelsorge	
numb_visit_other	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch andere Berufsgruppen	
length_visit_other	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch andere Berufsgruppen	
assessment_phys_nurse	numerisch	Erstassessment durch Pflege und Arzt gemeinsam durchgeführt?	0=nein; 1=ja
patientenbezogene Telefonate			
total_numb_calls	numerisch	Insgesamte Anzahl von patientenbezogene Telefonaten	Zur Berechnung, wie viele Telefonate gemeinsam von

			verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt wurden
numb_calls_phy	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch den Arzt	Jedes Telefonat, das gemeinsam gemacht wurde, soll jeweils einzeln in die Berechnung eingehen.
length_calls_phy	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch den Arzt	
numb_calls_nurse	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch die Pflege	
length_calls_nurse	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch die Pflege	
numb_calls_soc	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch Sozialarbeiter	
length_calls_soc	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch Sozialarbeiter	
numb_calls_psych	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch Psychologe	
length_calls_psych	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch Psychologe	
numb_calls_chap	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch Seelsorge	
length_calls_chap	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch Seelsorge	
numb_calls_other	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch andere Berufsgruppen	
length_calls_other	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch andere Berufsgruppen	
Krankenhausaufenthalte			
number_hospitalisations	numerisch	Anzahl Krankenhausaufenthalte während Versorgung	
number_emerg	numerisch	Anzahl Notfalleinweisungen	
days_hospitalisation	numerisch	Insgesamt während der Versorgung im Krankenhaus verbrachte Tage	
numb_911	numerisch	Anzahl Notarzteinsätze	
SAPV-Verordnungen			
date_EV_SAPV	Datum	Datum der Erstverordnung SAPV	

level_EV_SAPV	numerisch	Versorgungsstufe der Erstverordnung	1=Beratung; 2=Koordination; 3=additiv unterstützende Teilversorgung; 4=Vollständige Versorgung
length_EV	numerisch	Dauer der Verordnung	
rejection_insur	numerisch	Ablehnung durch KK	1=ja
days_approval	numerisch	Genehmigungszeitraum	Zeitraum
cause_EV_SAPV_1	numerisch	ausgeprägte Schmerzsymptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_2	numerisch	ausgeprägte urogenitale Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_3	numerisch	ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_4	numerisch	ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_5	numerisch	ausgeprägte ulzeriernde Wunden/Tumore	1=ja
cause_EV_SAPV_6	numerisch	ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_7	numerisch	sonstiges komplexes Symptomgeschehen	1=ja
adm_EV_SAPV	numerisch	Verordner der Erstverordnung	1=Hausarzt; 2=Krankenhausarzt
number_FV	numerisch	Anzahl Folgeverordnungen	
date_FV_1-5	Textfeld	Datum der jeweiligen Folgeverordnung	für jede Folgeversorgung eine Ausgabe; maximal Ausgabe von 5 FV
level_FV_1-5	numerisch	Versorgungsstufe der jeweiligen Folgeverordnung	1=Beratung; 2=Koordination; 3=additiv unterstützende Teilversorgung; 4=Vollständige Versorgung
length FV_1-5	numerisch	Zeitraum der jeweiligen Folgeverordnungen	
days_SAPV	numerisch	Versorgungstage insgesamt	Errechnet aus den jeweiligen Versorgungstagen abzüglich Pausen
days pause	numerisch	Tage ohne SAPV-Verordnung im gesamten Versorgungszeitraum	Summe aller Pausentage während der gesamten Versorgungszeit

Tabelle 1: Anzahl gültiger Strukturdatensätze sowie SAPV-Leistungserbringer im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung (Stand: November 2017)

Bundesländer	erhoben	Wegweiser	%
Baden Württemberg	28	37	75,7
Bayern	31	43	72,1
Berlin	4	10	40,0
Brandenburg	3	8	37,5
Bremen	2	2	100,0
Hamburg	6	8	75,0
Hessen	22	22	100,0
Mecklenburg-Vorpommern	5	10	50,0
Niedersachsen	38	47	80,9
Nordrhein	7	13	53,8
Rheinland-Pfalz	6	7	85,7
Saarland	2	4	50,0
Sachsen	10	12	83,3
Sachsen-Anhalt	5	8	62,5
Schleswig-Holstein	8	9	88,9
Thüringen	7	9	77,8
Westfalen-Lippe	11	34*	32,4
Gesamt	**196**	**283**	**69,3**

*Erhebung erfolgte über vom Berufsverband bereit gestellte Liste.

Tabelle 2: Gründungsjahre der SAPV-Leistungserbringer

Jahr	Anzahl	%
bis einschließlich 2007	14	7,1
2008 bis 2015	146	74,5
ab 2016	10	5,1
fehlend	26	13,3

Tabelle 3: Organisatorische und ärztliche Leitung des SAPV-Leistungserbringers durch

	Leitung durch	Anzahl	%

Organisatorische Leitung durch	Arzt	49	25,0
	Pflege	68	34,7
	andere	27	13,8
	Arzt und Pflege	33	16,8
	Arzt und andere	3	1,5
	Pflege und andere	7	3,6
	Arzt, Pflege und andere	7	3,6
	fehlend	2	1,0
Ärztliche Leitung durch (Mehrfachantworten möglich)	Hausarzt	41	20,9
	Krankenhausarzt	34	17,3
	Facharzt	51	26,0
	SAPV-Arzt	103	52,6
	Keine ärztliche Leitung	13	6,6
	Fehlend	1	0,5

Tabelle 4: VZÄ und Anzahl der Mitarbeiter insgesamt, Ärzte und Pflege (Angaben zu Pflegenden basieren auf den Angaben zu Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Altenpflegern) (n=196)

		Mittelwert	SD	Median	Range	fehlende
Mitarbeiter/innen insgesamt	VZÄ	6,9	6,07	5,175	0-50	16
	Anzahl Personen	19,5	32,1	12	0-298	6
Ärzt/innen	VZÄ	3,4	3,2	2,5	0-19	94
	Anzahl Personen	10,4	9,3	8	1 bis 52	10
Pflegende	VZÄ	6,7	10,8	4,5	0-113	38
	Anzahl Personen	18,5	28,1	8,5	2-239	7

Tabelle 5: Angaben zu weiteren Berufsgruppen (n=196)

Weitere Berufsgruppen	% der Leistungserbringer
Psycholog/innen	15,3
Seelsorger/innen	23,0
Sozialarbeiter/innen	17,9
Mind. eine psychosoziale Berufsgruppe	37,8
Koordination	20,4
Verwaltung	42,9
Sekretariat	6,1
Andere weitere Berufsgruppe	6,6

Tabelle 6: Beteiligte Strukturen (n=196)

	Ärzte	Pflegende
Klinik	43,9	19,9
Niedergelassen/Pflegedienst	67,3	32,7
SAPV-Leistungserbringer	40,3	63,8
andere Strukturen	18,4	10,7
mehr als eine Struktur	55,1	27
fehlend	4,1	6,6

Tabelle 7: Strukturen, über die Ärzte und Pflegende in den SAPV-Leistungserbringer angestellt sind (n=196)

Struktur	**Ärzte**		**Pflegende**	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Ausschließlich Klinik	11	5,6	16	8,2
Ausschließlich Praxis/Pflegedienst	41	20,9	31	15,8
Ausschließlich SAPV-Leistungserbringer	25	12,8	78	39,8
Ausschließlich andere Strukturen	3	1,5	5	2,6
Klinik und Praxis/Pflegedienst	35	17,9	1	0,5
Klinik und SAPV-Leistungserbringer	14	7,1	14	7,1
Praxis/Pflegedienst und SAPV	1	0,5	18	9,2
Praxis/Pflegedienst und andere Strukturen	14	7,1	5	2,6
SAPV und andere Strukturen	12	6,1	3	1,5
Klinik, Praxis/Pflegedienst, SAPV-Leistungserbringer	2	1,0	4	2,0
Klinik, Praxis/Pflegedienst, andere Strukturen	12	6,1	3	1,5
Praxis/Pflegedienst, SAPV, andere Strukturen	6	3,1	4	2,0
alle Institutionen	5	2,6	1	0,5
fehlend	7	3,6	13	6,6

Tabelle 8: Weitere Organisationsmerkmale (n=196)

		%
Organisationsform	Koordination und Patientenversorgung zentral	60,7
	Koordination zentral, Patientenversorgung dezentral	29,1
	Koordination und Patientenversorgung dezentral	4,6
	Arzt und Pflege getrennt	3,1
	andere	2,6

Vertrag nach	132d SGB V	93,3
	140a SGB V	2,1
	73b SGB V	2,6
	Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (Westfalen-Lippe)	4,6
24-Stundenbereitschaft durch	Arzt	72,4
	Pflege	85,7
	Sozialarbeiter	0,5
	Andere Berufsgruppen	1,0
Erstaufnahme durch	Arzt	63,8
	Pflege	85,2
	Sozialarbeiter	1,5

Tabelle 9: Kooperationspartner und schriftlicher Kooperationsvertrag in % der Leistungserbringer (n=196)

	Kooperation mit (%)	**Schriftlicher Kooperationsvertrag mit %**
Ambulanter Hospizdienst	98	76,5
Palliativstation	95,4	27
Stationärem Hospiz	94,4	35,2
Apotheke	93,9	58,7
Pflegeheim	91,8	38,8
Krankenhaus	91,3	37,8
Pflegedienst HKP/SGBXI	88,8	39,8
Hausarztpraxis/Facharztpraxis	86,2	29,1
Sozialarbeiter	71,4	10,7
SAPV oder PKD	71,9	11,2
Tumorzentrum	68,6	28,6
Physiotherapeuten	67,9	9,2
Psychologe/Psychotherapeut	65,3	17,3
Palliativdienst im Krankenhaus	56,6	9,2
Pflegedienst 140a SGBV	35,2	11,2

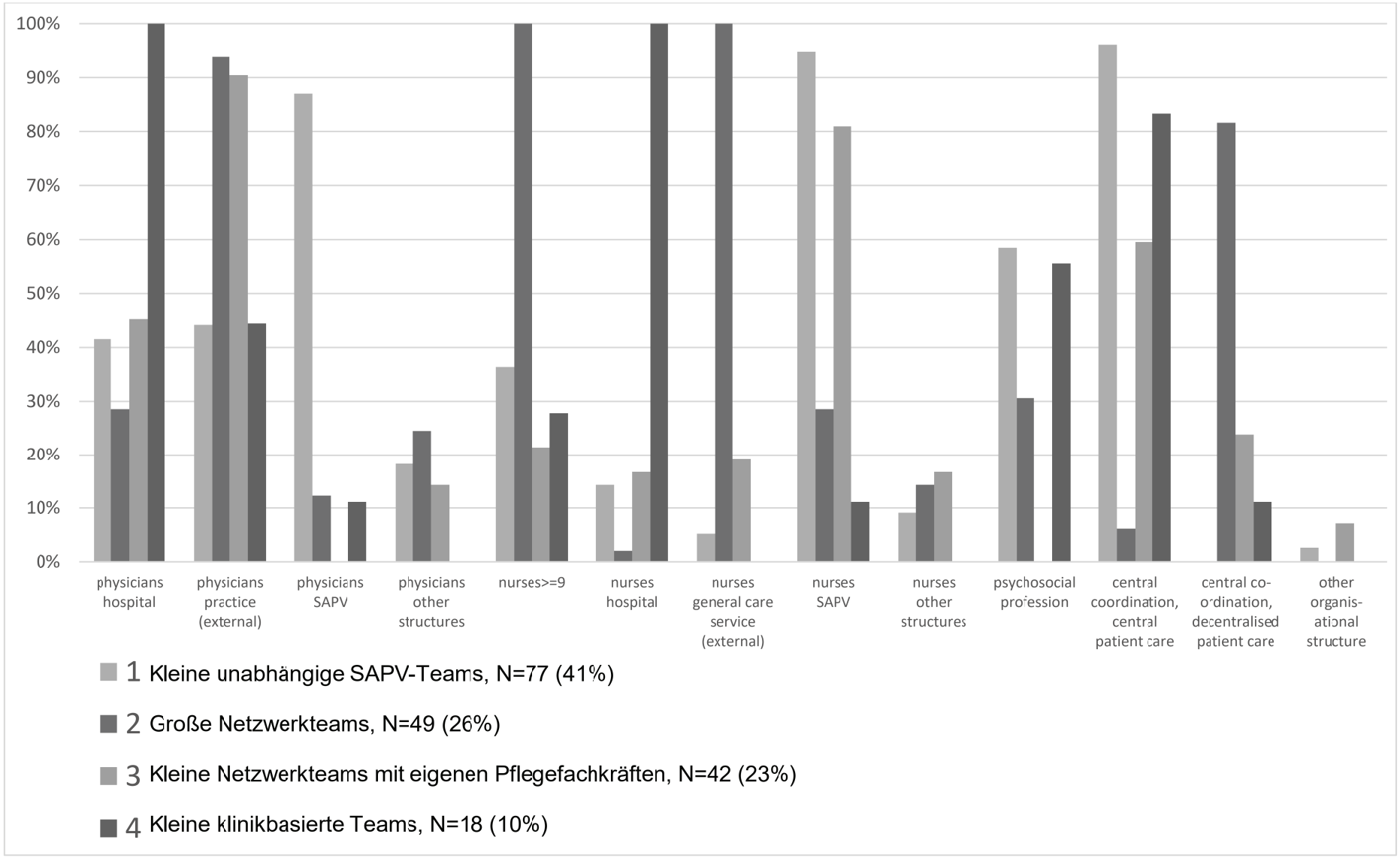


Abbildung 1: Teamtypen nach Latenter Klassenanalyse

Tabelle 10: Aspekte der SAPV-Musterverträge

	Version von	Vergütung liegt bei	Geschlossen zwischen	Personelle Voraussetzungen	Kooperation außerhalb SAPV	Rufbereitschaft durch	Neben VV HKP abrechen-bar?	Koordination/Beratung allein abrechenbar	Volle Zahlung bei nicht-Genehmigung
Bayern	09/2010	Nein	KK und LE	4 Planstellen; Ärzte/Pflegende jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie		Arzt und Pflege	Ja	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage
BaWü	01/2010	Ja	KK und LE	Ärzte/Pflegende/Koordination jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie. Übergangsregelung für neu gegründete PCTs dürfen innerhalb von 3 Jahren Mitarbeiter in Weiterbildung einsetzen		Arzt und Pflege	Ja	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage
Berlin Arzt	12/2016	Ja (vom 01.07.2010)	KV und Home Care bzw. Pflegeverbund und KK	Qualifiziert nach Richtlinie	Mit spezialisiertem Palliativpflegedienst	Arzt	Nicht relevant	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage AUSSER es ist bereits zu Verordnung eindeutig, dass kein Leistungsanspruch besteht
Berlin Pflege	12/2016	Ja	KV und Home Care bzw.	Teamleitung und 3 Vollzeit-Pflegekräfte qualifiziert nach Richtlinie	Mit spezialisiertem Palliativarzt	Pflege	Unklar - Soll durch SAPV-	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage AUSSER es ist bereits zu Verordnung eindeutig, dass kein Leistungsanspruch besteht

			Pflegeverbund und KK				Pflegedienst sicher gestellt werden		
Brandenburg	04/2009	Ja	KK und LE	Ärzte/Pflegende/Koordination jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie		Pflege oder Arzt	Nein (auch nicht bei Teilversor-gung)	Unklar	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage AUSSER es ist bereits zu Verordnung eindeutig, dass kein Leistungsanspruch besteht
Bremen	08/2009	Nein	KK und LE	3 Ärzte, 4 Pflegekräfte, jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie		Arzt und Pflege		Unklar	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage
Hamburg	02/2010	Nein	KK und LE	3 Ärzte, 4 Pflegekräfte, jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie. 4 Vollzeitstellen Pflege über einen Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege, davon mindestens 2 in Vollzeit, eine pflegefachliche Leitung	Apotheke, AHD	Arzt und Pflege	Ja	Unklar	
Hessen VDEK	05/2009	Ja	KK und LE	Ärzte/Pflegende jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie. In Weiterbildung befindliche Mitarbeiter		Arzt und Pflege	Ja	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage

Hessen AOK	Liegt nicht vor									
MV	Unklar	Ja	KK und LE	Ärzte/Pflegende jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie			Pflege oder Arzt	Nein	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage
Nds	01/2010	Ja (Änderung 01.07.2017)	KK und LE	Ärzte/Pflegende jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie. Kooperierende Vertragsärzte benötigen nur 40 Stunden Weiterbildung	Verpflichtende Kooperation mit Apotheke		Pflege oder Arzt	Nein	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage
Nrdrn	06/2009	Ja		3 Ärzte, 4 Pflegekräfte, jeweils qualifiziert gemäß Richtlinie, überwiegend oder ausschließlich in SAPV tätig	Seelsorge und Sozialarbeit, Apotheke und ambulanter Hospizdienst	und	Arzt und Pflege	Ja	Ja	Erstattung bei fristgerechter Verordnungsvorlage
RLP	Gekündigt									
Sachsen-Anhalt	03/2010	Ja	KV und Palliativ-zentren	Unklar, betrifft nur Leistungen durch Vertragsärzte im Rahmen der SAPV						

Sachsen/Thü-ringen		Nur Struktur		Mind. 5 qualifizierte Ärzte mit Tätigkeitsschwerpunkt PV; 2 davon mit mind. 19 h/Woche ausschließlich SAPV	Seelsorge/Sozialarbeit/AHD/Krankenhaus mit Palliativstation	Arzt und Pflege	Ja		Nur für nachweislich notwendigen Leistungen zur Krisenintervention, nur wenn nicht erkennbar gewesen wäre, dass die Leistung nicht berechtigt ist
				4 Pflegekräfte in Vollzeit, beschäftigt bei SAPV, 2 davon können gesplittet werden mit mindesten 50% Stelle	AHD/KH muss, ansonsten sollte Sozialarbeit, Psychologe eingebunden werden				
Saarland	Gekündigt								
S-H	2009	Ja	KK und LE	Qualifiziert nach Richtlinie		Arzt oder Pflege	Ja	Ja	Keine Angabe
WL PKD	04/2009	Ja	KV und LE	Mind. 3 Ärzte, mind. 1 Pflegekraft als Koordination, qualifiziert gemäß Richtlinie	Haus- und Fachärzte	Mindes-tens Arzt	Ja	Ja	Keine Angabe

Tabelle 11: Vergütungsstrukturen nach Vertragsregion und Versorgungsstufe

		BW	BY	BE A	BE P	BB	HB	HH	HE	MV	NI	N	WL	RL	SL	SN	ST	SH	TH	G
	Differenziert nach Versorgungsstufen?	x		x		x			x	x		x				x			x	8
Vollversorgung	Fallpauschale **ohne** Leistungstag	x	Individuell nach Leistungserbringer	x		x				x	x	x	x	x	x	Individuell verhandelt	x***		Individuell verhandelt	9
	Fallpauschale **mit** Leistungstag				x				x											2
	Wochenpauschale				x	x											x***			2
	Tagespauschale								x*	x	x	x	x*	x*	x*					7
	Tagespauschale im Besuchsfall	x																		1
	Einzelleistungen	x		x	x						x			x	x		x***			6
	Leistungen nach §37 SGB V ausschließlich im Rahmen der SAPV				x	x				x	x									4
Teilversorgung	Fallpauschale **ohne** Leistungstag	x	Individuell nach Leistungserbringer	x		x				x	x	x	x	x	x	x	x***		x	11
	Fallpauschale **mit** Leistungstag				x				x							x			x	4
	Wochenpauschale			x	x	x											x***			3
	Tagespauschale								x*	x	x			x*	x*					5
	Tagespauschale im Besuchsfall	x																		1
	Einzelleistungen	x		x	x					x	x	x	x	x	x	x**	x***		x**	11
	Leistungen nach §37 SGB V ausschließlich im Rahmen der SAPV					x														1
Koordinatio	Fallpauschale **ohne** Leistungstag		Individuell nach	x		x				x	x	x	x	x	x	x	x***		x	10

	Fallpauschale **mit** Leistungstag		Leistungserbringer		x			x						x			x	4
	Wochenpauschale				x										x***			1
	Tagespauschale							x	x	x			x*	x*				5
	Tagespauschale im Besuchsfall																	0
	Einzelleistungen	x		x	x					x	x	x	x	x	x**	x***	x**	9
Beratung	Fallpauschale **ohne** Leistungstag		Individuell nach Leistungserbringer	x		x			x	x		x	x	x	x	x***	x	9
	Fallpauschale **mit** Leistungstag				x										x		x	3
	Wochenpauschale				x											x***		1
	Tagespauschale								x	x			x*	x*				4
	Tagespauschale im Besuchsfall																	0
	Einzelleistungen	x		x	x			x		x	x	x	x	x	x**	x***	x**	11
	Leistungen nach §37 SGB V ausschließlich im Rahmen der SAPV																	0
Weitere Aspekte	Pauschale für Rufbereitschaft		Individuell nach Leistungserbringer										x					1
	Wegaufwendung								x			x						2
	Pauschalen für beteiligte Hausärzte und Fachärzte vorgesehen					x						x				x		3

*im Leistungsfall

**Anzahl Leistungen insgesamt gedeckelt

***nur ärztliche Anteile bekannt

Tabelle 12: Teilnehmende Leistungserbringe nach Bundesland

Bundesland	teilnehmende Leistungserbringer	Leistungserbringer insgesamt	% der Leistungserbringer je Bundesland
Baden-Württemberg	8	35	22,9
Bayern	12	44	27,3
Berlin	0	9	0,0
Brandenburg	0	9	0,0
Bremen	0	3	0,0
Hamburg	2	8	25,0
Hessen	3	28	10,7
Mecklenburg-Vorpommern	2	10	20,0
Niedersachsen	9	48	18,8
Nordrhein	0	31	0,0
Rheinland-Pfalz	1	8	12,5
Saarland	0	4	0,0
Sachsen	6	12	50,0
Sachsen-Anhalt	1	7	14,3
Schleswig-Holstein	2	9	22,2
Thüringen	5	9	55,6
Westfalen-Lippe	0	34	0,0
	51	308	16,6

Tabelle 13: Teamtypen nach Latenter Klassenanalyse

		Häufigkeit Patienten	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit Teams	Prozent Teams
Gültig	Kleine unabhängige SAPV-Teams	1642	49,4	51,0	77	41,4
	Große Netzwerkteams	370	11,1	11,5	49	26,3
	Kleine Netzwerkteams mit eigenen Pflegekräften	621	18,7	19,3	42	22,6
	Kleine klinikbasierte Teams	585	17,6	18,2	18	9,7
	Gesamt	3218	96,9	100,0		
Fehlend	System	103	3,1			
Gesamt		3321	100,0			

Tabelle 14: Alter und Anfahrtsweg

		Alter*	Anfahrtsweg km
N	Gültig	3321	2517
	Fehlend	0	804
	Gültige %	100,00	75,79
Mittelwert		74,3219	20,0354
Median		77,0000	16,0000
Std.-Abweichung		12,13594	16,25057
Minimum		14,00	1,00
Maximum		101,00	94,00

*Es wurde das Alter bei Versorgungsende berechnet, in 117 Fällen war die Versorgung zum Zeitpunkt des Datenexports noch nicht abgeschlossen oder das Datum des Versorgungsendes lag aus anderen Gründen nicht vor, weshalb in diesen 117 Fällen das Alter bei Aufnahme berechnet wurde.

Tabelle 15: Beendigungsgrund

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Tod	2327	70,1	75,5
	Stabilisierung	207	6,2	6,7
	Krankenhaus	133	4,0	4,3
	Hospiz	45	1,4	1,5
	AAPV	37	1,1	1,2
	Wohnortwechsel	15	,5	,5
	Abbruch durch Patient	14	,4	,5
	Sonstige	13	,4	,4
	Unklar, aber nicht Tod	292	8,8	9,5
	Gesamt	3083	92,8	100,0
Fehlend	System	238	7,2	
Gesamt		3321	100,0	

Tabelle 16: Anteil onkologischer Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Nicht-onkologisch	662	19,9	20,9
	onkologisch	2498	75,2	79,1
	Gesamt	3160	95,2	100,0
Fehlend	System	161	4,8	
Gesamt		3321	100,0	

Tabelle 17: Sterbeort

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	zu Hause	1512	45,5	59,1
	Krankenhaus allgemein	255	7,7	10,0
	Krankenhaus Palliativstation	176	5,3	6,9
	Pflegeheim	453	13,6	17,7
	Hospiz	161	4,8	6,3
	Gesamt	2557	77,0	100,0
Fehlend	System	764	23,0	
Gesamt		3321	100,0	

Tabelle 18: Sterbeort, nur Subgruppe Verstorbener (Beendigungsgrund−Tod)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	zu Hause	1416	60,9	62,7
	Krankenhaus allgemein	184	7,9	8,1
	Krankenhaus Palliativstation	144	6,2	6,4
	Pflegeheim	401	17,2	17,8
	Hospiz	114	4,9	5,0
	Gesamt	2259	97,1	100,0
Fehlend	System	68	2,9	
Gesamt		2327	100,0	

Tabelle 19: Hausbesuche Anzahl

		Insgesamte Anzahl von Hausbesuchen	Anzahl Hausbesuche durch den Arzt	Anzahl Hausbesuche durch die Pflege	Anzahl Hausbesuche durch Sozialarbeiter	Anzahl Hausbesuche durch Psychologe	Anzahl Hausbesuche durch Seelsorge	Anzahl Hausbesuche psychosoziale Berufsgruppen	Anzahl Hausbesuche durch andere Berufsgruppen
N	Gültig	3237	3213	3126	2524	2524	2524	2528	2861
	Fehlend	84	108	195	797	797	797	793	460
	Gültige %	97,47	96,75	94,13	76,00	76,00	76,00	76,12	86,15
Mittelwert		17,15	4,18	13,08	,14	,00	,01	,1483	1,50
Median		8,00	3,00	6,00	,00	,00	,00	,0000	,00
Std.-Abweichung		35,487	5,625	32,839	,658	,082	,101	,67793	6,966
Minimum		1	0	0	0	0	0	,00	0
Maximum		635	100	628	13	3	3	13,00	140

Tabelle 20: Patientenbezogen Telefonate, Anzahl

		Insgesamte Anzahl von patientenbezo-genen Telefonaten	Anzahl patientenbezo-gene Telefonate durch den Arzt	Anzahl patientenbezo-gene Telefonate durch die Pflege	Anzahl patientenbezo-gene Telefonate durch Sozialarbeiter	Anzahl patientenbezo-gene Telefonate durch Psychologe	Anzahl patientenbezo-gene Telefonate durch Seelsorge	Anzahl Telefonate psychosozial e Berufsgrupp e	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch andere Berufsgruppen
N	Gültig	3185	3019	3051	2527	2527	2527	2528	2892
	Fehlend	136	302	270	794	794	794	793	429
	Gültige %	95,90	90,91	91,87	76,09	76,09	76,09	76,12	87,08
Mittelwert		18,68	3,44	13,27	,35	,00	,01	,3556	3,22
Median		9,00	1,00	6,00	,00	,00	,00	,0000	,00
Std.-Abweichung		29,928	8,534	22,190	1,771	,063	,127	1,77630	8,297
Minimum		0	0	0	0	0	0	,00	0
Maximum		501	277	301	30	3	3	30,00	97

Tabelle 21: Anzahl Kontakte (Kontakte = Hausbesuche + Telefonate)

		Anzahl Kontakte	Anzahl Kontakte Ärzte	Anzahl Kontakte Pflege	Anzahl Kontakte Sozialarbeiter	Anzahl Kontakte Psychologen	Anzahl Kontakte Seelsorger	Anzahl Kontakte psychosoziale Berufsgruppen
N	Gültig	3185	3013	3020	2524	2524	2524	2528
	Fehlend	136	308	301	797	797	797	793
	Gültige %	95,90	90,73	90,94	76,00	76,00	76,00	76,12
Mittelwert		35,8964	7,6728	26,5424	,4865	,1513	,0131	,5040
Median		19,0000	4,0000	14,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Std.-Abweichung		55,11370	12,07446	45,56700	2,21143	3,54375	,20934	2,22658
Minimum		1,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		826,00	321,00	800,00	43,00	120,00	6,00	43,00

Tabelle 22: Hausbesuche, Durchschnittliche Dauer (in Minuten)

		Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch den Arzt	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch die Pflege	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Sozialarbeiter	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Psychologe	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Seelsorge	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch andere Berufsgruppen
N	Gültig	3213	3126	2524	2524	2524	2861
	Fehlend	108	195	797	797	797	460
	Gültige %	96,75	94,13	76,00	76,00	76,00	86,15
Mittelwert		51,6336	49,5778	4,61	,15	,16	8,2976
Median		48,0000	47,0000	,00	,00	,00	,0000
Std.-Abweichung		28,54144	22,40475	17,468	3,520	2,921	19,65843
Minimum		,00	,00	0	0	0	,00
Maximum		180,00	180,00	120	120	78	349,44

Tabelle 23: Krankenhauseinweisungen und Notfallmaßnahmen, gesamte Anzahl

		Anzahl Krankenhausaufenthalte während Versorgung	Insgesamt während der Versorgung im Krankenhaus verbrachte Tage	Anzahl Notfall-einweisungen	Anzahl Notarzteinsätze
N	Gültig	2785	2785	2785	2785
	Fehlend	536	536	536	536
	Gültige %	83,86	83,86	83,86	83,86
Mittelwert		,43	3,57	,04	,01
Median		,00	,00	,00	,00
Std.-Abweichung		,957	10,978	,220	,091
Minimum		0	0	0	0
Maximum		15	192	3	2

Tabelle 24: Krankenhauseinweisungen und Notfallmaßnahmen, mindestens ein Ereignis

		Krankenhauseinweisung ja/nein	Notfalleinweisung ja/nein	Notarzteinsatz ja/nein	Nofallmaßnahme ja/nein
N	Gültig	2785	2785	2785	2785
	Fehlend	536	536	536	536
	Gültige %	83,86	83,86	83,86	83,86
% Patienten mit mind. einem Ereignis		27,40 %	3,88 %	0,61 %	4,24 %

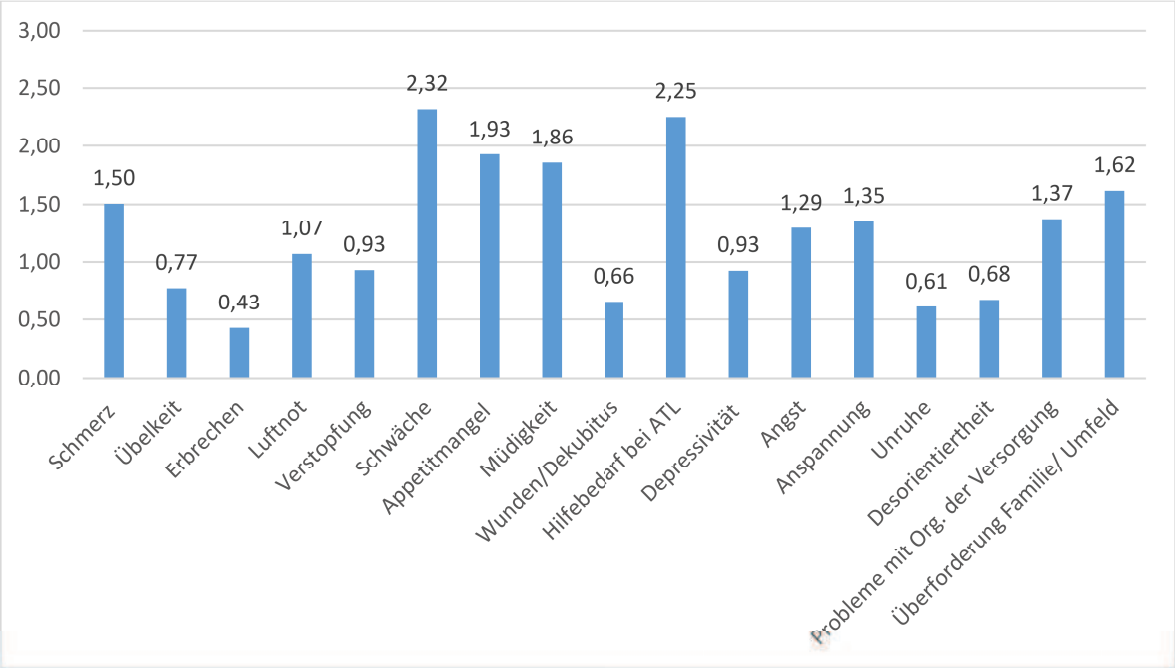


Abbildung 2: Symptommittelwerte (Skala 0-3) zu Beginn in der Gesamtstichprobe

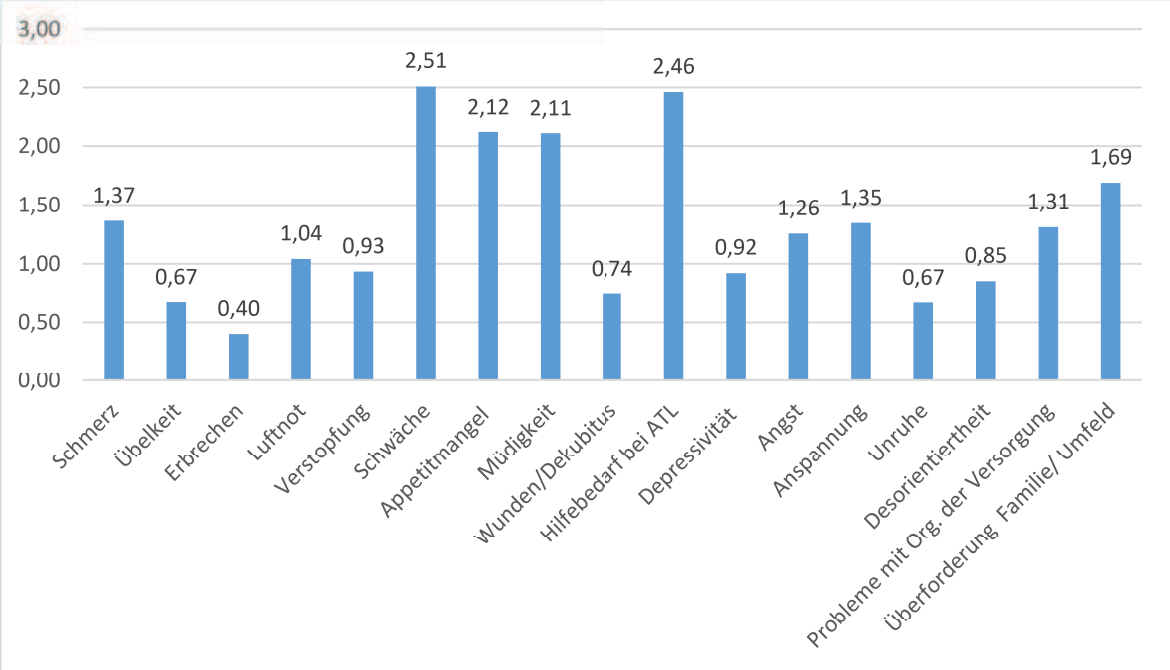


Abbildung 3: Symptommittelwerte (Skala 0-3) zum Ende in der Gesamtstichprobe

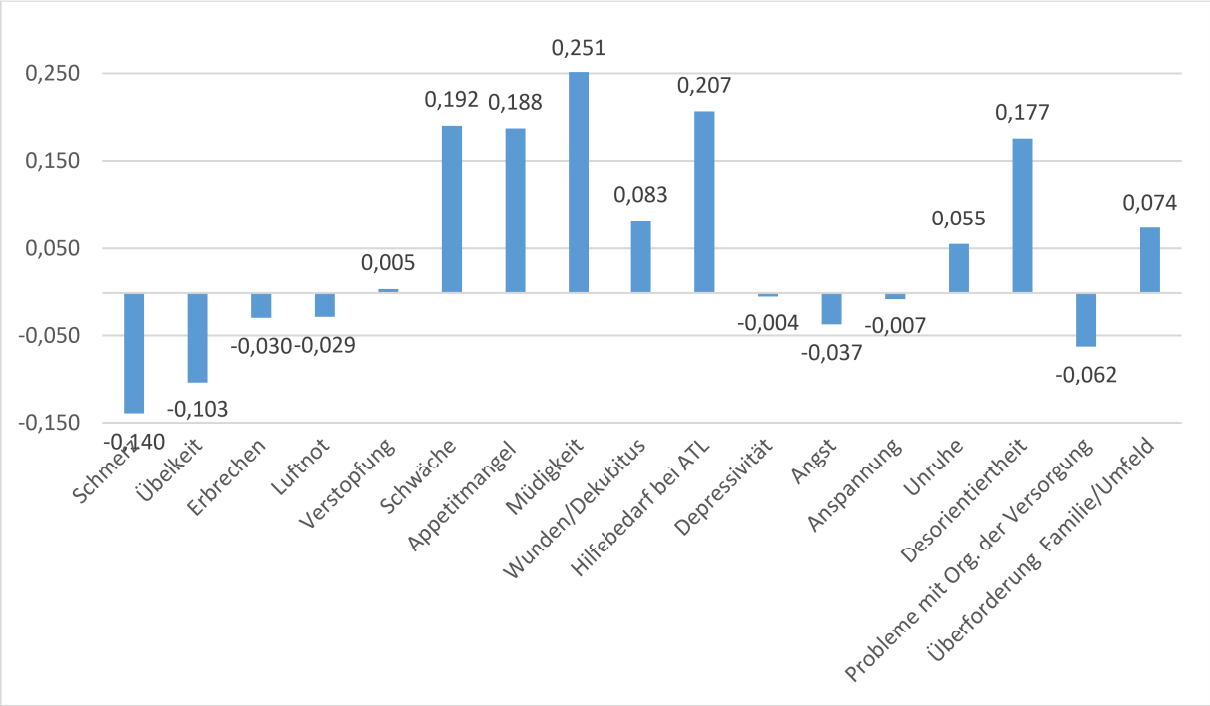


Abbildung 4: Mittlere Differenz der Symptommittelwerte (Skala -3 bis 3) Anfang und Ende in der Gesamtstichprobe

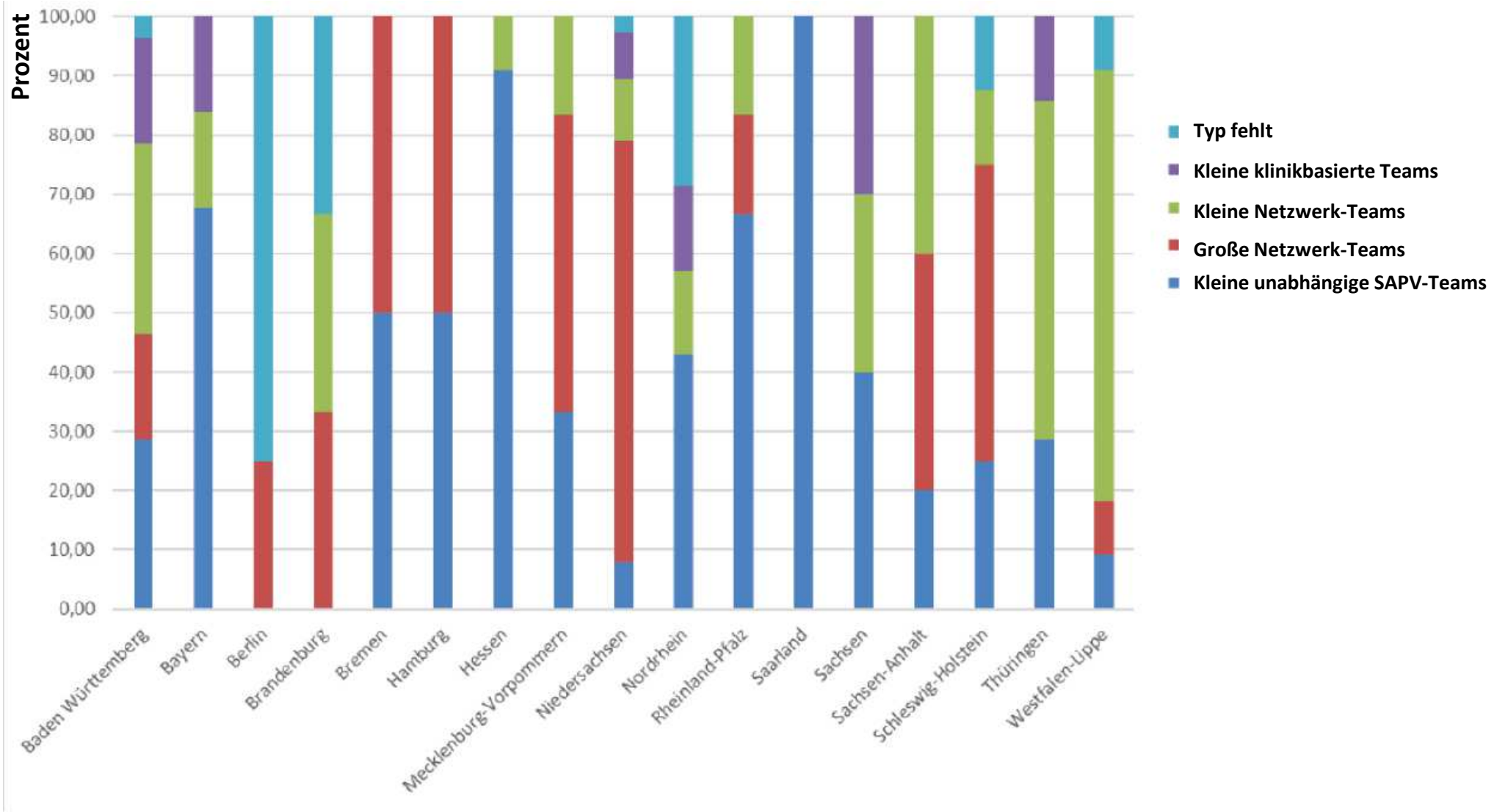


Abbildung 5: Verteilung der unterschiedlichen, durch die LCA identifizierten Teamtypen nach Bundesland

Abbildung 4: Änderungen von Anfang zu Ende

Tabelle 25: ECOG

		ECOG zu Anfang	ECOG zum Ende	Differenz ECOG
N	Gültig	2253	2283	2080
	Fehlend	1068	1038	1241
Mittelwert		2,66	2,78	,1471
Median		3,00	3,00	,0000
Std.-Abweichung		,886	,866	,54477
Minimum		0	0	-3,00
Maximum		4	4	4,00

Tabelle 26: Anteil Patienten mit mindestens einem mittleren oder starken psychische Symptom (Depressivität, Angst, Anspannung, Unruhe); Anteil Patienten mit mindestens einem starken psychische Symptom

		Mindestens ein psychischesSymptom mit mittlerer oder starker Ausprägung vorhanden ja/nein		Mindestens ein psychisches Symptom mit starker Ausprägung vorhanden ja/nein	
		A	E	A	E
N	Gültig	2739	2739	2739	2739
	Fehlend	582	582	582	582
% Patienten		53,34 %	52,83 %	22,45 %	23,15 %

Tabelle 27: Versorgungsnetz Anfang (A) und Ende (E)

		Hausarzt		Ambulante Pflege		Palliativ-arzt (QPA, BQKPMV)		Palliativpflege (HKP-RL, AHPP, APD)		Palliativberatung (AHPB)		Ehrenamtlicher Dienst z.B. ambulanter Hospizdienst		Palliative-Care-Team, z.B. SAPV	
		A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
N	Gültig	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977
	Fehlend	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344
	Gültige %	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64
% ja		93,96 %	91,80 %	49,51 %	50,82 %	39,53 %	42,59 %	9,98 %	13,20 %	0,38 %	0,64 %	10,50 %	11,89 %	72,51 %	73,56 %

Tabelle 28: Versorgungsnetz Anfang (A) und Ende (E)

		MVZ		KH		Palliativstation		Palliativdienst im KH		Pflegeheim		Stationäres Hospiz		Psychologe/ Psychotherapeut	
		A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
N	Gültig	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977
	Fehlend	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344
	Gültige %	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64
% ja		0,14 %	0,10 %	17,10 %	15,65 %	4,78 %	6,25 %	4,92 %	4,33 %	12,32 %	12,83 %	4,40 %	6,38 %	0,94 %	1,21 %

Tabelle 29: Versorgungsnetz Anfang (A) und Ende (E)

		Sozialdienst		Ernährungsteam		Wund-management		Physiotherapie		Stomapflege		sonstige	
		A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
N	Gültig	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977	2866	2977
	Fehlend	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344	455	344
	Gültige %	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64	86,30	89,64
%	ja	0,56 %	0,44 %	4,22 %	4,27 %	2,13 %	2,35 %	4,33 %	4,40 %	1,67 %	1,58 %	86,25 %	83,00 %

Tabelle 30: Versorgungsdauer und Versorgungstage

		Differenz Aufnahme Ende	Versorgungstage insgesamt
N	Gültig	3204	3321
	Fehlend	117	0
	Gültige %	96,48	100,00
Mittelwert		69,1314	52,23
Median		31,0000	29,00
Std.-Abweichung		124,73520	65,601
Minimum		,00	0
Maximum		1912,00	858

Tabelle 31: Versorgungsdauer, nur für Subgruppe der Verstorbenen (Beendigungsgrund=Tod).

		Differenz Aufnahme Ende
N	Gültig	2327
	Fehlend	0
Mittelwert		61,3111
Median		28,0000
Std.-Abweichung		105,74575
Minimum		,00
Maximum		1673,00

Tabelle 32: Differenz zwischen Aufnahmedatum und Datum des Versorgungsendes in Tagen, nur für die Subgruppe der Verstorbenen (Beendigungsgrund=Tod), in plausiblen Kategorien

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Aufnahme 0 bis 7 Tage vor Tod	451	19,4	19,4
	Aufnahme 8 bis 14 Tage vor Tod)	306	13,1	13,1
	Aufnahme 15 bis 31 Tage vor Tod	476	20,5	20,5
	Aufnahme 32 bis 92 Tage vor Tod	632	27,2	27,2
	Aufnahme 93 bis 184 Tage vor Tod	309	13,3	13,3
	Aufnahme 185 oder mehr Tage vor Tod	153	6,6	6,6
	Gesamt	2327	100,0	100,0

Tabelle 33: Versorgungsstufe der Erstverordnung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Beratung	132	4,0	4,3
	Koordination	168	5,1	5,5
	Teilversorgung	2418	72,8	78,9
	Vollversorgung	345	10,4	11,3
	Gesamt	3063	92,2	100,0
Fehlend	System	258	7,8	
Gesamt		3321	100,0	

Tabelle 34: Verordner der Erstverordnung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Hausarzt	1998	60,2	75,9
	Krankenhausarzt	635	19,1	24,1
	Gesamt	2633	79,3	100,0
Fehlend	System	688	20,7	
Gesamt		3321	100,0	

Tabelle 35: Symptome am Anfang

		Schmerz am Anfang	Übelkeit am Anfang	Erbrechen am Anfang	Luftnot am Anfang	Verstopfung am Anfang	Schwäche am Anfang	Appetit-mangel am Anfang	Müdigkeit am Anfang	Ausgeprägte Wunden/Dekubitus am Anfang
N	Gültig	2529	2353	2070	2528	2353	2596	2688	1960	2590
	Fehlend	792	968	1251	793	968	725	633	1361	731
	Gültige %	76,15	70,85	62,33	76,12	70,85	78,17	80,94	59,02	77,99
Mittelwert		1,5049	,7748	,4295	1,0700	,9295	2,3184	1,9295	1,8579	,6587
Median		1,0000	,0000	,0000	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000	2,0000	,0000
Std.-Abweichung		,99329	,96640	,82704	1,02879	,99409	,73456	,99790	,87553	,97405
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Tabelle 36: Symptome am Anfang

		Hilfebedarf bei ATL am Anfang	Depressive Verstim-mung/De-pressivität am Anfang	Angst am Anfang	Anspannung am Anfang	Unruhe am Anfang	Desorientiert-heit am Anfang	Probleme mit Organisation der Versorgung am Anfang	Überforderung der Familie/des Umfeldes am Anfang
N	Gültig	2590	2085	2310	1015	2232	2089	2430	2440
	Fehlend	731	1236	1011	2306	1089	1232	891	881
	Gültige %	77,99	62,78	69,56	30,56	67,21	62,90	73,17	73,47
Mittelwert		2,2541	,9261	1,2939	1,3532	,6128	,6770	1,3743	1,6156
Median		2,0000	1,0000	1,0000	1,0000	,0000	,0000	1,0000	2,0000
Std.-Abweichung		,82376	1,00970	1,04281	1,00964	,82898	1,01227	1,04342	,96266
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Tabelle 37: Symptome am Ende

		Schmerz am Ende	Übelkeit am Ende	Erbrechen am Ende	Luftnot am Ende	Verstopfung am Ende	Schwäche am Ende	Appetit-mangel am Ende	Müdigkeit am Ende	Ausgeprägte Wunden/Dekubitus am Ende
N	Gültig	2529	2353	2070	2528	2353	2596	2688	1960	2767
	Fehlend	792	968	1251	793	968	725	633	1361	554
	Gültige %	76,15	70,85	62,33	76,12	70,85	78,17	80,94	59,02	83,32
Mittelwert		1,3654	,6719	,3995	1,0411	,9341	2,5099	2,1179	2,1094	,7413
Median		1,0000	,0000	,0000	1,0000	1,0000	3,0000	2,0000	2,0000	,0000
Std.-Abweichung		,99572	,93376	,80555	1,03743	1,00272	,69900	,99786	,89697	1,00480
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Tabelle 38: Symptome am Ende

		Hilfebedarf bei ATL am Ende	Depressive Verstim-mung/De-pressivität am Ende	Angst am Ende	Anspannung am Ende	Unruhe am Ende	Desorientiert-heit am Ende	Probleme mit Organisation der Versorgung am Ende	Überforderung der Familie/des Umfeldes am Ende
N	Gültig	2590	2085	2310	1015	2232	2089	2430	2440
	Fehlend	731	1236	1011	2306	1089	1232	891	881
	Gültige %	77,99	62,78	69,56	30,56	67,21	62,90	73,17	73,47
Mittelwert		2,4614	,9223	1,2566	1,3463	,6680	,8539	1,3121	1,6893
Median		3,0000	1,0000	1,0000	1,0000	,0000	,0000	1,0000	2,0000
Std.-Abweichung		,77565	1,00273	1,04851	1,03573	,85607	1,08169	1,05330	1,00029
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Tabelle 39: Symptome Veränderung von Anfang zu Ende

		Schmerz Differenz	Übelkeit Differenz	Erbrechen Differenz	Luftnot Differenz	Verstopfung Differenz	Schwäche Differenz	Appetit-mangel Differenz	Müdigkeit Differenz	Ausgeprägte Wunden/De-kubitus Differenz
N	Gültig	2529	2353	2070	2528	2353	2596	2688	1960	2767
	Fehlend	792	968	1251	793	968	725	633	1361	554
	Gültige %	76,15	70,85	62,33	76,12	70,85	78,17	80,94	59,02	83,32
Mittelwert		-,1396	-,1028	-,0300	-,0289	,0047	,1915	,1884	,2515	,0827
Median		,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Std.-Abweichung		,90308	,81104	,66325	,79743	,89807	,70697	,93134	,85755	,63608
Minimum		-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Tabelle 40: Symptome Veränderung von Anfang zu Ende

		Hilfebedarf bei ATL Differenz	Depressive Verstim-mung/De-pressivität Differenz	Angst Differenz	Anspannung Differenz	Unruhe Differenz	Desorientiert-heit Differenz	Probleme mit Organisation der Versorgung Differenz	Überforderung der Familie/des Umfeldes Differenz
N	Gültig	2590	2085	2310	1015	2232	2089	2430	2440
	Fehlend	731	1236	1011	2306	1089	1232	891	881
	Gültige %	77,99	62,78	69,56	30,56	67,21	62,90	73,17	73,47
Mittelwert		,2073	-,0038	-,0373	-,0069	,0552	,1770	-,0622	,0737
Median		,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Std.-Abweichung		,67844	,71921	,81085	,82718	,60154	,73739	,93769	,84730
Minimum		-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-2,00	-3,00	-3,00	-3,00
Maximum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Tabelle 41: Latente Klassenanalyse - Anpassungsgüte des Modells für verschiedene Klassenzahlen (AIC: Akaike Informationskriterium, BIC: Bayessches Informationskriterium)

Anzahl Klassen	Maximum log-Likelihood	AIC	BIC	Likelihood ratio	Chi-Quadrat Anpassungs-güte
1	-1264,0	2552,0	2590,7	846,7	4598,4
2	-1130,4	2310,8	2391,5	579,6	2971,4
3	-1093,4	2262,8	2385,4	505,6	3986,7
4	**-1060,6**	**2223,3**	**2387,8**	**440,0**	**2647,0**
5	-1030,3	2190,7	2397,1	381,4	2022,8
6	-1018,5	2191,0	2439,4	355,8	1568,9

Tabelle 42: Bedingte Antwortwahrscheinlichkeit für die einzelnen Teamstruktur-Kriterien in den latenten Klassen (Conditional item response probabilities)

Kriterium für Teamstruktur	Klasse			
	1	**2**	**3**	**4**
Ärzte aus Klinik im Team	0,41	0,31	0,46	1,00
Ärzte aus Praxis im Team	0,45	0,94	0,92	0,44
Ärzte aus SAPV-Team	0,82	0,13	0,00	0,12
Ärzte aus anderen Strukturen	0,18	0,24	0,14	0,00
Anzahl Pflegekräfte >=9	0,34	1,00	0,21	0,29
an Klinik angestellte GKP	0,15	0,03	0,17	1,00
in Pflegediensten angestellte GKP	0,05	1,00	0,18	0,00
beim SAPV-Team angestellte GKP	0,93	0,31	0,82	0,10
über andere Strukturen angestellte GKP	0,08	0,15	0,18	0,00
Weitere psychosoziale Berufsgruppe im Team	0,55	0,31	0,00	0,56
Koordination und Patientenversorgung zentral	0,96	0,09	0,56	0,82
Koordination zentral, Patientenversorgung dezentral	0,00	0,79	0,27	0,13
andere Organisationsstruktur	0,04	0,13	0,17	0,05

Tabelle 43/1: Mehrebenenanalyse zum Einfluss des Teamtyps auf verschiedene Versorgungsparameter, bei zunächst durchgeführter univariater Analyse und anschließendem Einschluss aller Kontrollvariablen für die univariaten Analysen mit $p < 0,05$.

[1] Anzahl kontrolliert auf SAPV-Tage [2] am Ende, kontrolliert auf Anfangswert [3] am Ende [4] Subgruppe Verstorbener [5] kontrolliert auf SAPV-Tage und Vertragsvariablen

	Krankenhaus-einweisungen[1]	Notfall-einweisungen[1]	Notfallmaß-nahmen[1]	Schmerzen[2]	Übelkeit[2]	Erbrechen[2]	Luftnot[2]	Verstopfung[2]	Schwäche[2]	Appetit-mangel[2]
Mehrebenenanalysen - univariat										
Teamtyp alle p-Wert	0,236	0,859	0,705	0,005	0,014	0,007	0,016	0,135	0,493	0,254
ω^2				0,002	-0,002	0,007				
Mehrebenenanalysen - kontrolliert auf alle signifikanten Kontrollvariablen										
Teamtyp alle p-Wert				0,635	0,612	0,630	0,025			
Einbezogene Kontrollvariablen				Schmerz/ Übelkeit/ Luftnot/ Verstopfung/ Schwäche/ Appetitmangel/ Müdigkeit/ Hilfebedarf bei ATL / Angst/ Anspannung am Anfang	Onkologisch Wohnsituation Anfang Übelkeit/ Erbrechen/ Schmerz/ Verstopfung/ Hilfebedarf bei ATL am Anfang Alter Versorgungs-tage insgesamt	Onkologisch Wohnsituation Anfang Erbrechen/ Schmerz/ Verstopfung/ Appetitmangel/ Desorientiertheit am Anfang	Wohnsituation Anfang Erbrechen/ Luftnot/ Depressivität/ Angst am Anfang			
Ausgeschlossene Kontrollvariablen (aufgrund Analyse fehlender Werte)				Unruhe am Anfang	./.	./.	Unruhe am Anfang			
N				1327	1397	1320	1452			
ω^2							0,001			

Tabelle 43/2: Mehrebenenanalyse zum Einfluss des Teamtyps auf verschiedene Versorgungsparameter, bei zunächst durchgeführter univariater Analyse und anschließendem Einschluss aller Kontrollvariablen für die univariaten Analysen mit $p < 0,05$.

[1] Anzahl kontrolliert auf SAPV-Tage [2] am Ende, kontrolliert auf Anfangswert [3] am Ende [4] Subgruppe Verstorbener [5] kontrolliert auf SAPV-Tage und Vertragsvariablen

	Müdigkeit[2]	Ausgeprägte Wunden/ Dekubitus[2]	Hilfebedarf bei ATL[2]	Depressivität[2]	Angst[2]	Anspannung[2]	Unruhe[2]	Psychische Symptome[3]	Desorientiertheit[3]	Probleme mit Organisation der Versorgung[3]
Mehrebenenanalysen - univariat										
Teamtyp alle p-Wert	0,402	0,257	0,486	0,309	0,020	0,048	0,401	0,087	0,321	0,663
ω^2										
Mehrebenen-analysen - kontrolliert auf alle signifikanten Kontrollvariablen										
Teamtyp alle p-Wert					0,860	0,463				
Einbezogene Kontrollvariablen					Alter Wohnsituation Anfang Versorgungstage insgesamt Schmerz/ Übelkeit/ Luftnot/ Verstopfung/ Depressivität/ Angst/ Anspannung/ Überforderung der Familie/des Umfeldes am Anfang	Alter Versorgungstage insgesamt Schmerz/ Übelkeit/ Luftnot/ Verstopfung/ Depressivität/ Angst/ Anspannung/ Überforderung der Familie/des Umfeldes am Anfang				
Ausgeschlossene Kontrollvariablen (aufgrund Analyse fehlender Werte)					Unruhe am Anfang	Unruhe am Anfang				
N					1193	1259				
ω^2										

Tabelle 43/3: Mehrebenenanalyse zum Einfluss des Teamtyps auf verschiedene Versorgungsparameter, bei zunächst durchgeführter univariater Analyse und anschließendem Einschluss aller Kontrollvariablen für die univariaten Analysen mit $p < 0,05$.

[1] Anzahl kontrolliert auf SAPV-Tage [2] am Ende, kontrolliert auf Anfangswert [3] am Ende [4] Subgruppe Verstorbener [5] kontrolliert auf SAPV-Tage und Vertragsvariablen

	Überforderung des Umfeldes[3]	Sterbeort zuhause	Sterbeort zuhause und Pflegeheim[4]	Aufnahme mindestens 8 Tage vor Versterben [4]	Anzahl Hausbesuche insgesamt [5]	Anzahl Hausbesuche Ärzte[5]	Anzahl Hausbesuche Pflege [5]	Anzahl Hausbesuche psychosozial [1]
Mehrebenenanalysen - univariat								
Teamtyp alle p-Wert	0,286	0,553	0,209	0,441	0,181	0,358	0,257	0,716
ω^2				-0,012				
Mehrebenen-analysen - kontrolliert auf alle signifikanten Kontrollvariablen								
Teamtyp alle p-Wert								
Einbezogene Kontrollvariablen								
Ausgeschlossene Kontrollvariablen (aufgrund Analyse fehlender Werte)								
N								
ω^2								

Befragung von Patienten

Patienten-ID:_____

Wie schätzen Sie die Arbeit des Palliativteams ein?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

		Sehr schlecht 0	1	2	3	Sehr gut 4	Nicht beurteilbar
1.	Die telefonische Erreichbarkeit ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
2.	Die Wartezeit auf Hausbesuche ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
3.	Die Zeit, die sich das Team für mich nimmt, ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
4.	Die Gespräche/ Kommunikation mit mir ist…	❒	❒	❒	❒	❒	❒
5.	Die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten (Chancen, Grenzen, Nebenwirkungen) ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
6.	Die Einweisung in Pflegemaßnahmen (Durchführung, Wirkung, Grenzen) ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
7.	Die Linderung von Beschwerden (z.B. bei Luftnot, Schmerzen, Übelkeit etc.) ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
8.	Die Unterstützung bei praktischen und organisatorischen Problemen (z.B. Beratung Pflegebett, o.ä.) ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
9.	Das Mich-Auffangen bei seelischen Nöten ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
10.	Das Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
11.	Die Hilfe beim Akzeptieren meiner Situation ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
12.	Das Achten meiner Entscheidungen ist …	Sehr schlecht ❒	❒	❒	❒	Sehr gut ❒	Nicht beurteilbar ❒

13. Das Fördern meiner Selbständigkeit im Rahmen meiner Möglichkeiten ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
14 Das Mich-Begleiten bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist …	❒	❒	❒	❒	❒	❒
15. Wurden Ihre Erwartungen an das Palliativteam erfüllt?	❒	❒	❒	❒	❒	❒
16. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Betreuung durch das Palliativteam?	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Bitte kreisen Sie an der Skala die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Gar nicht belastet Extrem belastet

Neben dem Ambulanten Palliativteam werden Sie vielleicht noch von anderen Diensten versorgt, zum Beispiel Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst, Ernährungsdienst, Physiotherapie, Wundmanagement, Hospizdienst u.a.. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage für Sie zutrifft.

Dieses breite Angebot ist für mich:

	Sehr stark				Gar nicht
…hilfreich	❒	❒	❒	❒	❒
…notwendig	❒	❒	❒	❒	❒
…unübersichtlich	❒	❒	❒	❒	❒
…schlecht zugänglich	❒	❒	❒	❒	❒
…nicht ausreichend	❒	❒	❒	❒	❒

❒ Ich kann diese Frage nicht beurteilen

Was wäre Ihnen noch wichtig, was sie uns mitteilen möchten:

_____

_____

_____

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

❒ Patient alleine ❒Patient mit Hilfe eines Angehörigen ❒ Patient mit Hilfe eines Teammitarbeiters

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre Antworten sind sehr wichtig für uns!

Anlage TP2_A2 - TP2_Fragebogen IPOS

IPOS Patienten –Version

Name: **Datum:**

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

1. _____
2. _____
3. _____

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

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark
Schmerzen	❒	❒	❒	❒	❒
Atemnot	❒	❒	❒	❒	❒
Schwäche oder fehlende Energie	❒	❒	❒	❒	❒
Übelkeit (das Gefühl, erbrechen zu müssen)	❒	❒	❒	❒	❒
Erbrechen	❒	❒	❒	❒	❒
Appetitlosigkeit	❒	❒	❒	❒	❒
Verstopfung	❒	❒	❒	❒	❒
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	❒	❒	❒	❒	❒
Schläfrigkeit	❒	❒	❒	❒	❒
Eingeschränkte Mobilität	❒	❒	❒	❒	❒

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

1.	❒	❒	❒	❒	❒
2.	❒	❒	❒	❒	❒
3.	❒	❒	❒	❒	❒

In den letzten 3 Tagen:

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgte oder beunruhigt?	❒	❒	❒	❒	❒
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgte oder beunruhigt?	❒	❒	❒	❒	❒
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	❒	❒	❒	❒	❒

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	❒	❒	❒	❒	❒
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	❒	❒	❒	❒	❒
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	❒	❒	❒	❒	❒

	Probleme angegangen Keine Probleme	Probleme größtenteils angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	❒	❒	❒	❒	❒

	Ich alleine	Mit Hilfe eines Angehörigen oder Freundes	Mit Hilfe eines Mitarbeiters
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	❒	❒	❒

Tabelle TP2_A3_1: Tabelle Ausfüllverhalten t1 und t2

Fragebogen wurde	T1	T2
allein ausgefüllt	31,3 %	29,4%
mit Hilfe eines Zugehörigen ausgefüllt	62,8 %	64,8%
mit Hilfe eines SAPV-Team-Mitarbeiters	5,9%	5,8%

Tabelle TP2_A3_2: Mittelwerte und Standardabweichungen des IPOS zu t1 und t2

		t1		t2		
		MW	SD	MW	SD	Test
1	Schmerzen	1,89	1,23	1,72	1,14	t=3,61, p<.05, d=0,14
2	Atemnot	1,35	1,25	1,40	1,23	t=-1,54, p>.05
3	Schwäche	2,90	0,92	2,85	0,95	t=0,17, p>.05
4	Übelkeit	1,13	1,25	1,00	1,17	t=2,88, p<.05, d=0,11
5	Erbrechen	0,61	1,07	0,52	0,99	t=2,18, p<.05, d=0,08
6	Appetitlosigkeit	2,11	1,33	1,98	1,36	t=2,09, p<.05, d=0,09
7	Verstopfung	1,29	1,35	1,13	1,28	t=3,14, p<.05, d=,0,12
8	Mundtrockenheit	1,70	1,29	1,56	1,29	t=1,70, p>.05
9	Schläfrigkeit	2,36	1,05	2,40	1,07	t=2,04, p<.05, d=0,08
10	Eingeschränkte Mobilität	2,97	0,95	2,96	0,98	t=2,01, p<.05, d=0,08
11	Patient besorgt/beunruhigt	2,67	1,12	2,45	1,14	t=4,66, p<.05, d=0,21
12	Zugehörige besorgt/ beunruhigt	3,25	0,88	3,08	0,98	t=4,80, p<.05, d=0,18
13	Traurigkeit	2,42	1,13	2,22	1,14	t=3,93, p<.05, d=0,16
14	Frieden mit sich selbst	1,61	1,14	1,52	1,03	t=2,55, p<.05, d=0,10
15	Gefühle teilen mit Zugehörigen	1,00	1,12	0,97	1,10	t=0,99, p>.05
16	ausreichend Informationen	0,83	0,92	0,71	0,86	t=3,06, p<.05, d=0,11
17	Lösung praktischer Probleme	1,00	1,02	0,80	0,90	t=4,87, p<.05, d=0,18
	IPOS-Gesamtskala	1,84	0,54	1,55	0,78	t=11,87, p<.05, d=0,49

Note: Item 1 bis 10: 0 „gar nicht“ bis 4 „extrem stark“, Item 11 bis 13: 0 „gar nicht“ bis 4 „immer“, Item 14 bis 16 0 „ immer“ bis 4 „gar nicht“, Item 17 0 „Probleme angegangen, keine Probleme“ bis 4 „Probleme nicht angegangen“, IPOS-Gesamtskala = Mittelwert aller IPOS-Items

Tabelle TP2_A3_3: Mittelwert und Standardabweichungen des Distress-Parameters

Itemtext	MW	SD
Bitte geben Sie die Zahl an, die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.	6,52	2,47

Note: 0 „gar nicht belastet“ bis 10 „extrem belastet“

Datenerhebung und Datenauswertung im Detail

1 Ethnografisch orientierte Vor-Ort-Fallstudien

Die Fallstudien wurden als ethnografisch orientierte Vor-Ort-Studien durchgeführt, bei denen die persönlichen Interviews mit den verschiedenen Akteuren im Zentrum standen, flankiert von Begleitungen und Beobachtungen der Praxis vor Ort.

1.1 Zum Erhebungsinstrument: Das problemzentrierte Interview

In SAVOIR TP 3 kam als Erhebungsinstrument das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel zum Einsatz (vgl. Witzel 2000). Für diese nicht-standardisierte Erhebungsmethode wurden Interviewleitfäden konzipiert, mit denen in den Interviews verschiedene Problemkomplexe möglichst umfassend beleuchtet werden sollten. Die Interviewleitfäden beinhalteten Aufforderungen zur Narration und die Möglichkeit zu detaillierten, erzählgenerierenden Nachfragen, orientiert am Erkenntnisinteresse. In den Leitfäden wurden u. a. die Arbeitsabläufe, besondere, problematische und charakteristische Patientenversorgungen, die Zusammenarbeit sowohl innerhalb der SAPV als auch mit Netzwerkpartnern sowie die Struktureffekte der SAPV in der Versorgungsregion thematisiert (siehe hier im Anhang, Anlage 2 unter TP 3).

Es wurden drei verschiedene Leitfäden für Interviews mit einzelnen Mitarbeitern der SAPV entwickelt: Für die Teamleitung, für die Palliative Care Fachkräfte/Palliativmediziner und für die so genannte ‚dritte Berufsgruppe' (also z. B. Sozialarbeit oder Psychologie), wobei sich die Leitfäden nur möglichst geringfügig und nur wo notwendig unterscheiden. Die Leitfäden für die weiteren Leistungserbringer orientieren sich weitgehend an den Leitfäden der Mitarbeiter der SAPV, wurden aber an die jeweiligen Adressaten angepasst. Insgesamt wurden vier verschiedene Leitfäden entwickelt: Für ambulante Pflegedienstkräfte, für den ambulanten Hospizdienst, für Hausärzte und für Apotheken und Sanitätshäuser. In leicht abgewandelter Form wurden diese Leitfäden auch für die stationären Hospize und Pflegeheime verwendet; ebenso wurden für Seelsorger und Palliativstationen leicht abgeänderte Versionen der Leitfäden für Mitarbeiter verwendet. Zusätzlich wurde ein Leitfaden für eine Fokusgruppe entwickelt, der ebenfalls dieselben Themengebiete umfasste.

Basis für alle Leitfäden war der Leitfaden für die Palliative Care Fachkräfte bzw. Palliativmediziner der SAPV. Im ersten Abschnitt beinhaltet der Leitfaden Fragen zum Arbeitstag (z. B. zur Aufgabe, Personen, mit denen zusammengearbeitet wird, zur Rolle von Zeit und zu technischen Hilfsmitteln) sowie zu Belastungen und Problemen im Arbeitsalltag. Im zweiten Abschnitt werden die Interviewten aufgefordert, Fälle zu schildern, die in besonderer Erinnerung geblieben sind, die gelungen sind und die problematisch waren. Im dritten Abschnitt geht es darum, Kennzeichen des Teams bzw. des SAPV-Leistungserbringers zu eruieren und im vierten Abschnitt um die Zukunft des Leistungserbringers und der Palliativversorgung. Den Abschluss bildet fünftens die Frage: „Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?" bzw. zusätzlich die Möglichkeit zu Ergänzungen. Der Leitfaden für die ‚dritten Berufsgruppen' unterscheidet sich davon kaum, ergänzt ist jedoch eine Frage zu den Unterschieden der eigenen Arbeit im Vergleich zu den anderen Beschäftigten. Der Leitfaden für die Teamleitung bzw. die Leitung des Leistungserbringers unterscheidet sich dagegen deutlicher,

hier wurden die Fragen nach gelungenen und problematischen Fällen durch Fragen nach der Organisation und den anderen Leistungserbringern ersetzt, die den Kern dieses Leitfadens bilden.

1.2 Ethnografische Orientierung der Vor-Ort-Fallstudien

Neben dem Führen von Interviews mit SAPV-Mitarbeitern und Netzwerkpartnern wurden die Feldaufenthalte durch eine ‚ethnografischen Orientierung' flankiert, indem im Rahmen der mehrtätigen Aufenthalte in der Region des SAPV-Leistungserbringers dessen Praxisalltag begleitet werden konnte. Um die Erkenntnisse darauf festzuhalten, wurden Beobachtungsprotokolle und Feldnotizen angefertigt. Gegenstand waren unter anderem „materielle Settings, wortlose Alltagspraktiken, stumme Arbeitsvollzüge" (Hirschauer 2001: 437). Ziel war, dass „etwas zur Sprache gebracht wird, was vorher nicht Sprache war", also die „‚Schweigsamkeit' des Sozialen" zu brechen (Hirschauer 2001: 430). Diese Texte flossen i. d. R. nicht direkt in die Analyse mit ein, sondern dienten eher als Hintergrundinformationen, um eine tiefere Einsicht in die Logik der Praxis der SAPV zu gewinnen. Abbildung 1 gibt einen groben Überblick darüber, worauf sich die Beobachtungen der Forscherinnen besonders fokussierten.

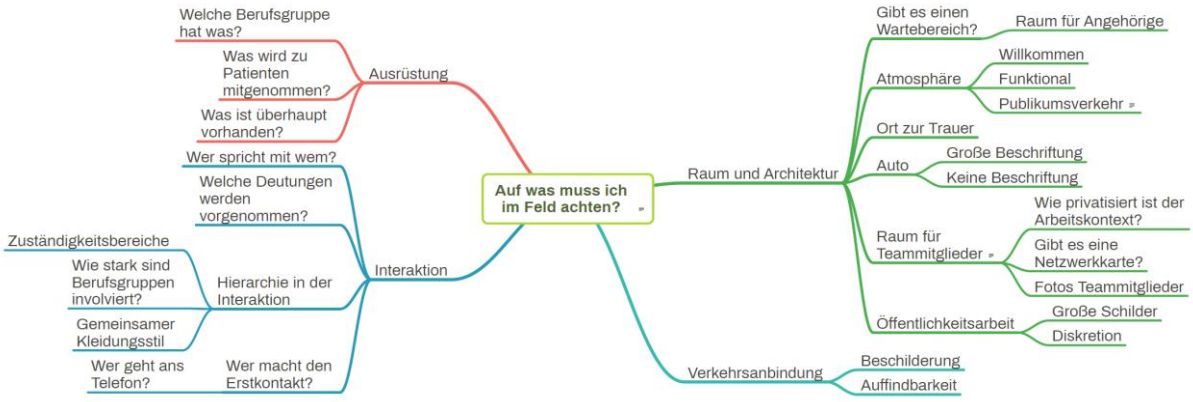


Abbildung 1 Mögliche Themen für Feldnotizen

Es entstanden so Beobachtungsprotokolle und Feldnotizen zu drei verschiedenen Bereichen:

a) Allgemeine Informationen zum SAPV-Leistungserbringer

Es wurden Notizen dazu verfasst, was die Forscherinnen allgemein bei ihrem Aufenthalt bei einem SAPV-Leistungserbringer beobachten konnten. Hier wurden vor allem die Beschaffenheit der Räume und der Gebäude der SAPV thematisiert. Die Beobachtungsprotokolle sollten die unterschiedlichen Atmosphären wiedergeben, die bei den Leistungserbringern vorgefunden wurden. Es ging hier um Fragen wie z. B. nach der Privatisierung des Arbeitskontextes, der Lage der SAPV im Versorgungsgebiet, die Auffindbarkeit und Erreichbarkeit der SAPV oder die interne räumliche Struktur.

b) Beobachtungsprotokolle von Teambesprechungen

Um etwas über die Interaktionsdynamiken der SAPV-Mitarbeiter untereinander zu erfahren, nahmen die Forscherinnen – wenn dies vom SAPV-Leistungserbringer ermöglicht wurde – an interdisziplinären Fallbesprechungen oder morgendlichen Übergabegesprächen teil und fertigten dazu detaillierte Beobachtungsprotokolle an. Diese Protokolle spiegeln wider, welche Themen in der Besprechung vorkommen, wie unterschiedliche Professionen miteinander interagieren, wie über Patienten

gesprochen wird und wie und ob in diesen Besprechungen gemeinsam Probleme bearbeitet werden. Die beobachteten Fallbesprechungen unterscheiden sich in ihrer Länge stark, bewegen sich zwischen etwa 45 Minuten und vier Stunden.

c) Beobachtungsprotokolle von Hausbesuchen

Um sich ein Bild von der konkreten SAPV-Praxis zu Hause bei den Patienten vor Ort machen zu können, begleiteten die Forscherinnen – wenn dies vom SAPV-Leistungserbringer ermöglicht wurde – Palliativmediziner und Palliativfachpflegekräfte bei ihren Hausbesuchen. Auch von diesen Begleitungen wurden Beobachtungsprotokolle angefertigt, mit dem Ziel, ein tieferes Verständnis für die Tätigkeit der Mitarbeiter der SAPV zu gewinnen. Außerdem konnte durch die Begleitung von Hausbesuchen die die in den Interviews beschriebene Praktik in einen Zusammenhang mit der tatsächlich gelebten Praxis gebracht werden

Insgesamt entstanden so Beobachtungsprotokolle von 18 Fallbesprechungen und 31 Hausbesuchen.

2 Datenerhebung und Datenauswertung: Die Grounded-Theory-Methodologie

2.1 Grundsätze der Grounded-Theory und Umsetzung im Projekt

Bei der Datenerhebung und Datenauswertung orientierte sich TP3 an der Grounded-Theory-Methodologie (GTM). Die GTM wurde ursprünglich in den 1960er Jahren von Barney J. Glaser und Anselm Strauss entwickelt (Glaser/Strauss 1998), mit dem Ansinnen, die damals in den Sozialwissenschaften vorherrschenden Unterscheidung zwischen Theorie und Empirie zu unterlaufen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 192). Ziel der GTM ist es, Theorien anhand von empirischem Material zu generieren und sukzessive immer weiter zu verfeinern.

Der Forschungsprozess beginnt mit gezielt offen gehaltenen Forschungsfragen, gerahmt von forschungsleitenden Annahmen und orientiert an dem formulierten Erkenntnisinteresse, die anhand kontinuierlicher Datenerhebung und -auswertung im gesamt Forschungsverlauf differenziert und konkretisiert werden. Erste empirische Ergebnisse des Auswertungsprozesses werden direkt in den weiteren Prozess der Datenerhebung eingespeist. Induktive und deduktive, theoriegeleitete Analyseschritte wechseln sich somit kontinuierlich ab (vgl. ebd.: 197 f.). Aus diesem Grund waren Datenerhebung und Datenauswertung in TP 3 keine disjunkten Prozessschritte, sondern verliefen parallel. Um den Prozess der Datenerhebung durch die Auswertung beeinflussen zu können, wurden nicht alle zehn Sampling Points vorab strikt festgelegt, sondern erst nach und nach im Forschungsprozess, auf der Basis der jeweils vorgenommenen Auswertungsschritte zu den bereits erhobenen Daten und der dabei erzielten Erkenntnisse, ausgewählt (Theoretical Sampling). Die Datenerhebung und -auswertung wurde von einem ständigen Abgleichen der Auswahlkriterien begleitet, bei dem möglichst ähnliche sowie möglichst unterschiedliche Phänomene oder Fälle zueinander in Bezug gesetzt wurden (minimale und maximale Fallkontrastierung; vgl. ebd.: 206).

Entsprechend der GTM wurden die erhobenen Daten – im Fall von TP 3 waren dies verschriftlichte problemzentrierte Interviews – codiert. Bei diesem Vorgang geht es darum, „Rohdaten in Konzepte zu überführen." (ebd.: 204) Aus Konzepten (Codes) können dann nach und nach abstraktere Kategorien

gebildet werden. Während des Auswertungsprozesses wurden außerdem – wie von der GTM vorgesehen – zahlreiche Memos verfasst, in denen erste Ideen und Hypothesen im Hinblick auf die Theoriegenerierung festgehalten wurden. Auch diese Memos flossen in die Datenerhebung ein.

Die Datenauswertung folgte dem „Kodierparadigma“ (ebd.:209) der GTM. Begonnen wurde mit dem *offenen Codieren*. Hier wurde zunächst das Material gesichtet und ‚verschlagwortet‘. Diese Phase des Codierens ist noch recht ‚experimentell‘ angelegt, um offen für spätere Revisionen zu sein. Aus den vergebenen ‚Schlagworten‘, also den Codes, entstand dann sukzessive ein komplexes Codesystem mit (Ober- und Unter-)Kategorien. Beim *axialen Codieren* wurden solche Kategorien ausgewählt (z. B. die Kategorie „SAPV-Verordnung“) und intensiver betrachtet, die von den interviewten Leistungserbringern als bedeutsam und wichtig zum Ausdruck gebracht wurden. Dabei ging es darum, Bezüge zu anderen Kategorien herauszuarbeiten (z. B. „Belastung“). Ist eine Kategorie gefunden worden, die für die ‚Theoriebildung‘ (z.B.: Welche Strukturmerkmale der Versorgungspraxis hängen für welche Leistungserbringer mit welchen förderlichen Faktoren zusammen?) besonders relevant war, so wurde diese als eine *Schlüsselkategorie* klassifiziert (z. B. „Plattform-SAPV“). Solche Schlüsselkategorien standen im Fokus des dritten Codierschritts, des *selektiven Codierens*. Es werden dann nur noch diejenigen Kategorien erfasst, die im Hinblick auf die soweit identifizierten Schlüsselkategorien als relevant weiter überprüft, differenziert und systematisiert wurden. Der gesamte Codierprozess sowie das Memorieren wurden mit der Software MAXQDA 2018 realisiert.

Idealerweise laufen die Datenerhebungs- und -auswertungsschritte alternierend so lange weiter, bis eine sogenannte „theoretische Sättigung“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 200) erreicht wurde, d. h., dass neue Daten keine Veränderung der ‚Theorie‘ mehr herbeiführen können. Konkret: Das alle weiteren Analysen (zu den bereits erhobenen oder ggf. neu gewonnenen Daten) keine neuen Befunde (neue Codes, neue Achsen etc.) mehr generieren. Um den Meilensteinplan einhalten zu können und gemäß den vorhandenen Ressourcen, wurde in TP 3 die Datenerhebung nach zehn Fallstudien beendet, wobei sich gezeigt hat, dass mittels der dabei erhobenen Daten und mit Fokus auf die formulierten Forschungsfragen wesentliche Zusammenhänge zwischen kulturellen und strukturellen Dimensionen sowie förderlichen und hemmenden Faktoren aus Sicht verschiedener Leistungserbringer rekonstruiert und überprüft werden konnten.

2.2 Konkretes Vorgehen bei der Datenanalyse

Die Interviews wurden zunächst durch ein Transkriptionsbüro und teilweise von im Projekt tätigen wissenschaftlichen Hilfskräften transkribiert, also in Schriftform gebracht, und anonymisiert. Die Qualität der Transkription wurde von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen kontrolliert. Anschließend wurden die Interviewdaten in ein Computerprogramm für die Analyse von Textdaten (MAXQDA) übertragen. Dort erfolgte eine Durchsicht und erste Analyse aller Interviews durch die Zuweisung von Codes für einzelne Textstellen, einerseits entlang der bereits durch den Fragebogen gesetzten Themen (deduktiv), andererseits aus dem Material heraus (induktiv). Es entstanden 73 Codes und Subcodes. Für jeden Code wurde ein Codememo mit einem Ankerbeispiel aus dem Material erstellt, um Klarheit über die Anwendung der Codes zu schaffen. Nach einer ersten Codierung der ersten vier Fallstudien wurde das Codesystem einer Revision unterzogen und es wurden diverse Änderungen vorgenommen, insbesondere in der Form, dass Codes entfernt bzw. umsortiert wurden. Das Interviewmaterial wurde von den beiden Projektmitarbeiterinnen und weiteren Forschungsmitarbeiterinnen an der Professur in mehreren Phasen codiert. Dabei wurde jedes Interview mindestens zwei Mal von zwei

verschiedenen Personen durchgearbeitet. In der über ein Jahr andauernden Codierarbeit wurden über 8.000 Textsegmente mit Codes versehen. Begleitend zum Codieren wurden von den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zusätzlich 930 Memos verfasst. Ausgewählte Textausschnitte wurden außerdem in kleineren Interpretationsgruppen analysiert.

Die sukzessive erfolgten Auswertungen der erhobenen und in Textform transkribierten verbalen Daten sowie der Notizen und Protokolle (unterstützt durch den Einsatz von MAXQDA) instruierten zum einen entlang entsprechender, aus den Daten entwickelter Codes und Kategorien die jeweils nächsten Einzelfallstudien und wurden zum anderen auch hinsichtlich möglicher typischer Unterscheidungen und Vergleichsdimensionen geprüft und memoriert. Aus dem auf dieser Basis schließlich durchgeführten systematischen Fallvergleich konnten generalisierbare, typische Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Organisationsstrukturen und -kulturen sowie zu der jeweiligen Versorgungspraxis vor Ort und deren Wahrnehmungen, Deutungen insbes. auch hinsichtlich der Versorgungsqualität rekonstruiert werden.

2.3 Auswahl der Studienpopulation und ergänzende Informationen zur Datenerhebung

Die Auswahl der 10 Sampling-Points erfolgte bundesweit entlang eines ‚theoretical samplings' und anhand verschiedener Merkmalskonstellationen (wie z.B. Rechtsformen, Kennzeichen der Organisationsstruktur, regionale Zuordnungen bis hin zu organisationskulturellen Merkmalen), die maximale Varianz im Gesamtsample der 10 Einzelfallstudien gewährleisten sollte.

Die Feldaufenthalte vor Ort, einschließlich aller Interviews, wurden von den wissenschaftlichen Projektmitarbeiterinnen geplant und durchgeführt. Die Rekrutierung und Durchführung der Feldstudien der teilnehmenden SAPV-Leistungserbringer fand über einen Zeitraum von Mitte Februar 2018 bis März 2019 statt. Zum geplanten Sample passende SAPV-Leistungserbringer wurden per Post angeschrieben und danach telefonisch kontaktiert. Dem Anschreiben wurde ein Kurzfragebogen beigefügt, der vor der konkreten Terminvereinbarung ausgefüllt werden sollte und der zu generellen Angaben zum SAPV-Leistungserbringer in Form einer Abfrage auffordert (u. a.: seit wann besteht SAPV-Vertrag, in welchem Rhythmus finden Teamtreffen statt, Art des Vergütungssystems, Anzahl Personen je Berufsgruppe). Mit dem Anschreiben wurden die jeweiligen Landesvertretungen der SAPV, sofern vorhanden, über eine Kontaktaufnahme zu einem SAPV-Leistungserbringer in ihrem Bundesland informiert und um Unterstützung gebeten, falls von Seiten des Teams Rückfragen kommen sollten.

Literatur

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1998 [1967]). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Verlag Hans Huber.

Hirschauer, Stefan (2001): Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung, in: Zeitschrift für Soziologie 30(6), S. 429-451.

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Grounded-Theory-Methodologie. In: dies.: Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. erweiterte Auflage. München: Oldenbourg, S. 190–223.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview, In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1(1), Art. 22, 25 Absätze.

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.4. Wie viele Fälle betreuen Sie gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? Halten Sie vor Ort auch Hilfsmittel für Patienten vor? 1.7. Was an Ihrer Arbeit in der SAPV kann nicht von der AAPV geleistet werden, ist also SAPV-spezifisch?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Woher kommen die Patienten zu Ihnen? Wie sind die Abläufe bei einem neuen Fall? Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Wann und wie kommen Ihrer Erfahrung nach externe Versorger ins Spiel (Hausärzte, Pflegedienste, Hospiz, Sanitätshäuser etc.)?

	1.5. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.6. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.7. Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung in der SAPV kann ja unterschiedlich ausgestaltet werden. Wie sieht das bei Ihnen aus? 1.8. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.9. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.10. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.11. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.12. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.13. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung) Wie wirkt sich die SAPV auf Notarzteinsätze und Krankenhausaufenthalte aus?
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?

3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall' 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.3. An was machen Sie ‚das Problematische' bei diesem Fall fest? 3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist? (Nachfrage: Wie ist der Umgang mit Belastungen? Was wird für das Miteinander im Team getan?)	1. Teamspezifika 1.1. Was kennzeichnet Ihr Team? 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team? 1.4. Wie teilen Sie sich die Arbeit im Team auf (Zuständigkeiten)? 1.5. Wenn Sie keinen Dienst haben und jemand anders zu Ihrem Patienten fährt, wie ist das für Sie? 1.6. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.7. Wie wird im Team kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.8. Wie lange sind Sie schon in diesem Team? 1.9. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft des Teams	
1. Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung	1. Zukunft des SAPV-Teams 1.1. Wie sehen Sie die Zukunft Ihres SAPV-Teams (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)?

allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 1.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. <u>Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?</u>	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 1.4. Wie viele Fälle bereut Ihr Dienst gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Was an Ihrer Arbeit in der SAPV kann nicht von der AAPV geleistet werden, ist also SAPV-spezifisch?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.4. Kommt es vor, dass Patienten eigentlich SAPV-Fälle wären, aber keine SAPV verordnet bekommen? Was sind Hindernisse für eine Verordnung von SAPV? 1.5. Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung in der SAPV kann ja unterschiedlich ausgestaltet werden. Wie sieht das bei Ihnen aus? 1.6. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? Wird in Ihrem Team häufig nachts oder am Wochenende gearbeitet?

	1.7. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.8. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.9. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.10. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern?
2. Ich möchte mit Ihnen ein erweitertes Organigramm Ihres Dienstes erstellen. Wer gehört zum Kernteam? Welche Aufgaben übernehmen bei Ihnen externe Kooperationspartner? Könnten Sie uns dies bitte grafisch darstellen?	2. Organisation und Netzwerk 2.1. Wie ist Ihr SAPV-Dienst aufgebaut? 2.2. Wer gehört zum Kernteam? 2.3. Welche Aufgaben übernehmen externe Kooperationspartner? 2.4. Wie und wie oft wird im Netzwerk mit externen Partnern kommuniziert? Wer ist dafür zuständig? An welchen Stellen kommt es zu Problemen? 2.5. Wie werden nächtliche Sitzwachen organisiert?
3. Wie sind die Abläufe bei einem neuen Fall? (Können Sie dies anhand eines Beispiels schildern?)	3. Organisationsroutinen 3.1. Woher kommen neue Patienten zu Ihnen? 3.2. Wie sind die Abläufe bei einem neuen Patienten? 3.3. Wer kommt als erstes zu einem neuen Patienten? Was geschieht dort? 3.4. Wer kommt normalerweise mit zu Hausbesuchen? 3.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was wird hier besonders wichtig? 3.6. Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 3.7. Wer wird nach dem Tod wie informiert? Wer kommuniziert mit dem Hausarzt des Verstorbenen?
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist? (Nachfrage: Wie ist der Umgang mit Belastungen? Was wird für das Miteinander im Team getan?)	1. Teamspezifika 1.1. <u>Was kennzeichnet Ihr Team? Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team?</u> 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Arbeiten alle in Ihrem Team im selben Stil? Woran erkennen Sie das?

	1.4. Wie werden Entscheidungen getroffen? Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.5. Wie wird im Team kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.6. Wie gehen Sie in Ihrem Team mit Auslastungsschwankungen um? Was geschieht bei hoher Auslastung? Was geschieht in Flautezeiten? Was geschieht mit Patienten, die auf der Warteliste stehen? 1.7. Wie hoch ist der Krankenstand? Gibt es häufige Mitarbeiterwechsel? Ist es schwierig, qualifizierte Mitarbeiter zu finden? 1.8. Wie gehen Sie mit Teamkrisen um? Erinnern Sie sich an ein Beispiel für solch eine Krise? Wie konnten Sie die Krise lösen? 1.9. Wie gehen Sie mit persönlichen Krisen einzelner Mitarbeiter um? Was geschieht wenn ein Mitarbeiter selbst einen Trauerfall hat? 1.10. Wie lange leiten Sie schon dieses Team? 1.11. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft und Struktureffekte des Teams	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert? (Oder: Können Sie sich an ein besonderes Ereignis erinnern, das von Ihrem SAPV-Team in die Region hineingewirkt hat?)	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung Ihres SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. Hausarzt, AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet Ihr Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Machen Sie Öffentlichkeitsarbeit? Wie glauben Sie, wird Ihr SAPV-Team in der Öffentlichkeit wahrgenommen? Oder allgemeiner: Welches Image hat die SAPV als Ganzes?
2. Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft des SAPV-Teams 2.1. Wie sehen Sie die Zukunft Ihres SAPV-Teams (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 2.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird?

	2.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Leitfaden Dritte Berufsgruppe (z.B. Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge) Universität Augsburg – Teilprojekt 3 – SAVOIR (01VSF16005)

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.4. Wie unterscheidet sich Ihre Arbeit von anderen Teammitgliedern? Welche Ihrer Tätigkeiten wird nur von Ihnen gemacht, welche auch von anderen? In welcher Form sind Sie in die Arbeit mit Patienten eingebunden? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Über das Genannte hinaus, gibt es noch weiteres, was Sie tun (z.B. Moderation von Teambesprechungen, Supervision)?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist?

	1.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.6. Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung in der SAPV kann ja unterschiedlich ausgestaltet werden. Wie sieht das bei Ihnen aus? 1.7. Holen Sie selbst auch externe Versorger hinzu? Welche? 1.8. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.9. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.10. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.11. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.12. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall' 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.3. An was machen Sie ‚das Problematische' bei diesem Fall fest?

	3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist? (Nachfrage: Wie ist der Umgang mit Belastungen? Was wird für das Miteinander im Team getan?)	1. Teamspezifika 1.1. Was kennzeichnet Ihr Team? 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team? 1.4. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.5. Wie wird im Team kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.6. Wie lange sind Sie schon in diesem Team? 1.7. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft des Teams	
1. Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft des SAPV-Teams 1.1. Wie sehen Sie die Zukunft Ihres SAPV-Teams (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln?

	1.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft? 1.7. Welche Rolle wird Ihre Berufsgruppe (dabei) spielen?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Stellen Sie sich bitte kurz vor und nennen Sie uns kurz Ihre Aufgaben!	
2. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit bei der Erfüllung der genannten Aufgaben?	
3. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Herausforderungen im Arbeitsalltag 3.1 Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 3.2 In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3 Wie gehen Sie damit um? 3.4 Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 3.5 Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Denken Sie bitte mal an einen der letzten abgeschlossenen Fälle, wie waren dort die Abläufe? Woher kam dieser Patient zu Ihnen? Wie kam er in die SAPV? Und was passierte dann?	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was war an diesem Fall SAPV-spezifisch? Woran haben Sie das erkannt? 1.2. Zu welchem Zeitpunkt kommt wer von Ihnen zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.3. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.4. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.5. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.6. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.7. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.8. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.9. Wann und wie kommen Ihrer Erfahrung nach externe Versorger ins Spiel (Hausärzte, Pflegedienste, Hospiz, Sanitätshäuser etc.)? 1.10. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)?

	1.11. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist?	1. Teamspezifika 1.1. Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team? 1.2. Wenn Sie keinen Dienst haben und jemand anders zu Ihrem Patienten fährt, wie ist das für Sie? 1.3. Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.4. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.5. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft des Teams	
1. Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft des SAPV-Teams 1.1. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.2. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Haben Sie eine palliativmedizinische Zusatzausbildung absolviert? 1.2. Sind Sie BQKPmV-Arzt?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? 1.2. Wann verordnen Sie SAPV? Welche Leistungen verordnen Sie? 1.3. Inwieweit bleiben Sie weiter in die Versorgung eingebunden? 1.4. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.6. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 2.4. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.5. Wer war beteiligt? 2.6. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.7. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.8. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall‘ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. An was machen Sie ‚das Problematische‘ bei diesem Fall fest?

	3.3. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.4. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.5. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
III. Zukunft und Struktureffekte des Teams	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung des SAPV-Teams zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung des SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet das SAPV-Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Wie fördert der SAPV-Dienst die Vernetzung unterschiedlicher Akteure in der Region?
2. Was meinen Sie, wie wird Ihre palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
IV. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus, insbesondere im Hinblick auf SAPV-Patienten?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 1.4. Wie viele Fälle betreuen Sie gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Wie ändert sich Ihre Arbeit, wenn Sie mit SAPV-Patienten zu tun haben? Was leisten Sie bei SAPV-Patienten zusätzlich, im Unterschied zu anderen Patienten?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wie kommen die SAPV-Patienten zu Ihnen? Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Was ändert sich für Sie, wenn ein Patient keine SAPV mehr bekommt? (Intermittierung) 1.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten?

	1.6. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.7. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der Praxis? 1.8. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.9. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.10. Wann werden Sie zu einem SAPV-Fall hinzugezogen? Wann und wie kommen noch weitere Versorger ins Spiel? (z. B. Hausärzte, Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, Seelsorger, Sozialarbeiter) 1.11. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Ihnen und Patienten / Angehörigen (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.12. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wissen Sie, wie dieser Patient in die SAPV kam? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
3. Erinnern Sie sich an einen SAPV-Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall' 3.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wissen Sie wie dieser Patient in die SAPV kam? 3.3. An was machen Sie ‚das Problematische' bei diesem Fall fest? 3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt?

	3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Kooperation mit SAPV	
1. Gibt es etwas, das Ihnen bei der Zusammenarbeit mit der SAPV besonders in Erinnerung geblieben ist?	1. Kooperation mit SAPV 1.1. Was ist das Besondere an der Arbeit mit diesem SAPV-Team? 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Wie oft treffen Sie sich mit dem SAPV-Team? 1.4. Wie teilen Sie sich die Arbeit im Team auf (Zuständigkeiten)? 1.5. Wie binden Sie ehrenamtliche Hospizhelfer in die Betreuung von SAPV-Patienten ein? 1.6. Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.7. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.8. Wie wird mit der SAPV kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.9. Wie lange arbeiten Sie schon mit der SAPV zusammen? 1.10. Hat sich Ihre Arbeit mit der SAPV im Laufe der Zeit verändert?
IV. Zukunft der Kooperation mit SAPV	
1. Was meinen Sie, wie wird Ihre Zusammenarbeit mit der SAPV in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft der Kooperation mit SAPV 1.1. Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team in der Zukunft (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln?

	1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 1.6. Welche Rolle werden ehrenamtliche Hospizhelfer hier spielen? 1.7. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus, insbesondere im Hinblick auf SAPV-Patienten?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 1.4. Wie viele Fälle betreuen Sie gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Wie ändert sich Ihre Arbeit, wenn Sie mit SAPV-Patienten zu tun haben? Was leisten Sie bei SAPV-Patienten zusätzlich, im Unterschied zu AAPV-Patienten?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wie kommen die SAPV-Patienten zu Ihnen? Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.5. Wie gehen Sie bei einem Patienten vor, bei dem SAPV noch nicht verordnet wurde, der für Sie für aber eindeutig ein SAPV-Fall ist?

	1.6. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.7. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.8. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der Praxis? 1.9. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.10. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.11. Wann werden Sie zu einem SAPV-Fall hinzugezogen? Wann und wie kommen noch weitere Versorger ins Spiel? (z. B. Hausärzte, Krankenhaus, Hospiz, Seelsorger, Sozialarbeiter) 1.12. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Ihnen und Patienten / Angehörigen (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.13. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wissen Sie, wie dieser Patient in die SAPV kam? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
3. Erinnern Sie sich an einen SAPV-Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall' 3.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wissen Sie wie dieser Patient in die SAPV kam?

	3.3. An was machen Sie ‚das Problematische' bei diesem Fall fest? 3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Kooperation mit SAPV	
1. Gibt es etwas, das Ihnen bei der Zusammenarbeit mit der SAPV besonders in Erinnerung geblieben ist?	1. Kooperation mit SAPV 1.1. Was ist das Besondere an der Arbeit mit diesem SAPV-Team? 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Wie oft treffen Sie sich mit dem SAPV-Team? 1.4. Wie teilen Sie sich die Arbeit im Team auf (Zuständigkeiten)? 1.5. Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.6. Wenn Sie keinen Dienst haben und jemand anders zu Ihrem Patienten fährt, wie ist das für Sie? 1.7. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.8. Wie wird mit der SAPV kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.9. Wie lange arbeiten Sie schon mit der SAPV zusammen? 1.10. Hat sich Ihre Arbeit mit der SAPV im Laufe der Zeit verändert?
IV. Zukunft der Kooperation mit SAPV	
1. Was meinen Sie, wie wird Ihre Zusammenarbeit mit der SAPV in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft der Kooperation mit SAPV 1.1. Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team in der Zukunft (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird?

	1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 1.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Mit wie vielen SAPV-Teams arbeiten Sie zusammen? 1.2. Wie ist die Zusammenarbeit mit der SAPV geregelt? 1.3. Wie wird Kommuniziert? Mit wem wird kommuniziert? 1.4. Gibt es typische Probleme bei der Zusammenarbeit mit der SAPV?
II. Arbeitsalltag	
2. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	2. Typischer Arbeitstag 2.1. Was sind Ihre Aufgaben? 2.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 2.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 2.4. Wie viele Fälle bereut Ihre Station gleichzeitig? 2.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 2.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie?
3. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Herausforderungen im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3. Wie gehen Sie damit um? 3.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 3.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
III. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? 1.2. Wann verordnen Sie SAPV? Welche Leistungen verordnen Sie? 1.3. Wann verordnen Sie AAPV? 1.4. Könnten Sie uns bitten den genauen Ablauf einer Überleitung eines Patienten in die SAPV schildern? 1.5. Gibt es Probleme bei der Folgeverordnung durch einen Hausarzt? 1.6. Inwieweit bleiben Sie weiter in die Versorgung eingebunden? 1.7. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das?

	1.8. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.9. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.10. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 2.4. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.5. Wer war beteiligt? 2.6. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.7. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.8. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall‘ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. An was machen Sie ‚das Problematische‘ bei diesem Fall fest? 3.3. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.4. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.5. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
IV. Zukunft und Struktureffekte des Teams	

1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung des SAPV-Teams zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung des SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet das SAPV-Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Wie fördert der SAPV-Dienst die Vernetzung unterschiedlicher Akteure in der Region?
2. Was meinen Sie, wie wird Ihre palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Mit wie vielen SAPV-Teams arbeiten Sie zusammen? 1.2. Wie ist die Zusammenarbeit mit der SAPV geregelt? 1.3. Wie wird Kommuniziert? Mit wem wird kommuniziert? 1.4. Gibt es typische Probleme bei der Zusammenarbeit mit der SAPV? 1.5. Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen PKD?
II. Arbeitsalltag	
2. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	2. Typischer Arbeitstag 2.1. Was sind Ihre Aufgaben? 2.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 2.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 2.4. Wie viele Fälle bereut Ihre Station gleichzeitig? 2.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 2.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie?
3. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Herausforderungen im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, …) 3.3. Wie gehen Sie damit um? 3.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 3.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
III. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? 1.2. Wann verordnen Sie SAPV? Welche Leistungen verordnen Sie? 1.3. Wann verordnen Sie AAPV? 1.4. Könnten Sie uns bitten den genauen Ablauf einer Überleitung eines Patienten in die SAPV schildern? 1.5. Gibt es Probleme bei der Folgeverordnung durch einen Hausarzt? 1.6. Wann bleibt ein Patient bei Ihnen auf der Station?

	1.7. Wie lange dürfen Patienten maximal bei Ihnen auf der Station bleiben? 1.8. Inwieweit bleiben Sie weiter in die Versorgung eingebunden? 1.9. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.10. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.11. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.12. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 2.4. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.5. Wer war beteiligt? 2.6. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.7. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.8. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall' 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. An was machen Sie ‚das Problematische' bei diesem Fall fest? 3.3. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.4. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.5. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?

IV. Zukunft und Struktureffekte des Teams	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung des SAPV-Teams zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung des SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet das SAPV-Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Wie fördert der SAPV-Dienst die Vernetzung unterschiedlicher Akteure in der Region?
2. Was meinen Sie, wie wird Ihre palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Mit wie vielen SAPV-Teams arbeiten Sie zusammen? 1.2. Haben Sie oder Ihre Mitarbeiter eine palliativmedizinische Zusatzausbildung absolviert? 1.3. Mit wem haben Sie zu tun? (Patienten, Angehörige, SAPV-Team)
II. Zusammenarbeit mit SAPV	
1. Bitte schildern Sie anhand eines Beispiels, welche Aufgaben Sie typischerweise bei einem SAPV-Fall übernehmen.	1. Zusammenarbeit mit SAPV 1.1. Wie ist die Zusammenarbeit mit der SAPV geregelt? 1.2. Wer fordert Ihre Dienste an? 1.3. Wie würden Sie eine besonders gelungene Zusammenarbeit beschreiben? 1.4. Was sind typische Probleme bei der Zusammenarbeit mit SAPV? 1.5. Was halten Sie speziell nur für die SAPV vorrätig? (Abgrenzung zu AAPV) 1.6. Kommt es zu Versorgungsengpässen? Was passiert dann? 1.7. Was geschieht, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird, aber die Verordnung noch nicht vorliegt?
III. Zukunft und Struktureffekte der SAPV	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Einführung von SAPV zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Einführung von SAPV von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Wie hat sich die SAPV auf die Vernetzung verschiedener Akteure in der Region ausgewirkt?
2. Was meinen Sie, wie wird die palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird?

allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
IV. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

TP3_A3 - TP3 Datenkorpus

Sampling Points

1			2			3			4			5		
Berufsgruppe	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**
Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:06:43	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung)	Einzelinterview	01:06:19	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung)	Einzelinterview	01:01:53	Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	00:48:13	Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:02:15
Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:19:22	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:01:44	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:03:10	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:21:23	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:57:35
Palliativmediziner	Einzelinterview	01:20:06	Pflegerische Leitung SAPV	Einzelinterview	01:22:22	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:08:46	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:58:06	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:58:26
Case Management	Einzelinterview	01:28:59	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:02:52	Palliativpflegefachkraft (Pflegerische Leitung)	Einzelinterview	01:03:11	Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:22:23	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:00:03
Pflegefachkraft Palliativpflegedienst	Einzelinterview	00:58:08	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:56:18	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:03:41	Leitung Apotheke	Einzelinterview	00:28:00	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:49:15
Pflegefachkraft Palliativpflegedienst	Einzelinterview	01:11:40	Pflegefachkraft Palliativpflegedienst	Einzelinterview	01:14:09	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:11:34	Leitung Pflegedienst	Einzelinterview	00:43:49	Pflegedienstleitung, Pflegekraft	Foksgruppeninterview	01:01:19
Hausarzt	Einzelinterview	00:24:07	Oberarzt Palliativstation	Einzelinterview	00:31:01	Psychologe	Einzelinterview	01:06:41				Geschäftsführung Pflegeheim, Pflegekraft	Foksgruppeninterview	01:04:38
Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	01:07:34	Stationsleitung Palliativstation	Einzelinterview	00:38:02	Leitung Pflegedienst	Einzelinterview	01:04:03				Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	00:43:55
Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:01:10	Leitung Palliativstation	Einzelinterview	00:37:18	Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:32:30				Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:19:34
			Seelsorge	Einzelinterview	01:11:01	Leitung Apotheke	Einzelinterview	00:31:48				Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:18:57
						Einsatzleitung Hospizverein	Einzelinterview	01:13:18				Geschäftsführung Apotheke, PTA	Foksgruppeninterview	00:29:36
						Hausarzt	Telefoninterview	00:28:49				Chefarzt Krankenhaus	Einzelinterview	00:48:43
						Hausarzt	Telefoninterview	00:11:24						
						Hausarzt	Telefoninterview	00:12:39						

Sampling Points

6			7			8			9			10		
Berufsgruppe	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**	**Berufsgruppe**	**Art**	**Dauer**
Palliativmediziner	Einzelinterview	01:00:32	Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	00:59:08	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung SAPV)	Einzelinterview	00:50:13	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:40:07	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:41:03
Palliativmediziner	Einzelinterview	00:33:57	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung)	Einzelinterview	00:55:44	Case Management, Case Management	Fokusgruppenint erview	00:48:49	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:55:03	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:59:00
Palliativpflegefachkraft (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	00:58:59	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:03:58	Palliativpflegefachkraft (Leitung SAPV)	Einzelinterview	01:06:03	Case Management (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:12:35	Palliativpflegefachkraft (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:03:50
Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:02:40	Palliativpflegefachkraft (Pflegerische Leitung)	Einzelinterview	01:05:18	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:04:08	Case Management	Einzelinterview	01:09:22	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:00:44
Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:34:04	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:58:13	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:01:55	Case Management	Einzelinterview	01:04:09	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:51:09
Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:01:50	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:00:55	Verwaltung	Einzelinterview	00:30:02	Chefarzt Palliativstation	Einzelinterview	01:00:56	Hausarzt	Einzelinterview	00:28:17
Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	00:48:47	Soziale Arbeit	Einzelinterview	01:05:08	Pflegedienstleitung Pflegeheim	Einzelinterview	00:52:23	Seelsorge	Einzelinterview	01:04:49	Palliativmediziner, Palliativmediziner, Palliativpflegefachkraft, Palliativpflegefachkraft, Palliativpflegefachkraft (SAPV-Leitung)	Fokusgruppeninterview	00:47:49
Seelsorge	Einzelinterview	00:57:26	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:58:13	Oberarzt Palliativstation	Einzelinterview	01:14:11	Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	01:04:04	Pharmazeutisch-technischer Angestellter Apotheke	Einzelinterview	00:19:31
Leitung Apotheke	Einzelinterview	00:13:37	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:03:55	Pflegekraft Palliativstation	Einzelinterview	00:33:39	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:52:43	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:58:06
Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:16:17	Pflegedienstleitung, Bereichsleitung ambulanter Pflegedienst	Fokusgruppeninterview	00:56:19	Case Management Palliativmedizinischer Dienst	Einzelinterview	00:53:52	Leitung Ambulanter Pflegedienst	Einzelinterview	01:08:58	Leitung Pflegedienst	Einzelinterview	00:52:41
			Pflegedienstleitung Pflegeheim	Einzelinterview	00:56:19	Leitung Palliativmedizinischer Dienst	Einzelinterview	00:51:34	Apotheke	Einzelinterview	00:18:09	Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:39:40
			Leitung Apotheke	Telefoninterview	00:50:35	Leitung Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:55:13						
						Geschäftsführer Apotheke	Telefoninterview	00:29:09						
						Pflegedienstleitung Palliativstation	Einzelinterview	00:40:09						
						Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:14:42						
						Leitung Ambulanter Pflegedienst	Einzelinterview	01:00:21						

Förderliche und hemmende Faktoren aus Sicht der SAPV-Leistungserbringer und Sicht der weiteren Leistungserbringer auf die SAPV

1. SAPV-Leistungserbringer

1.1 In Bezug auf die Versorgungskulturen:

	Förderliche Faktoren	*Hemmende Faktoren*
Dualistisch	• Im Zentrum steht die medizinisch-pflegerische Versorgung, daher ist eine gute Versorgung davon abhängig, dass die psycho-sozialen Leiden und Probleme erfolgreich externalisiert werden können (an andere Anbieter). Daraus folgt: Leistungserbringer aus dem psychosozialen Bereich sind vor Ort verfügbar, z. B. Seelsorger und ambulanter Hospizdienst, um Aufgaben zu übernehmen, die von der SAPV selbst nicht geleistet werden; • Stationäre Einrichtungen sind vor Ort vorhanden, um Patienten überzuleiten, falls das Ziel Symptomlinderung zu Hause nicht erreicht wird; • Hierarchien (zwischen Leitungs-ebene und Mitarbeitern sowie Ärzten und Pflegekräften); • Kooperatives Umfeld: Angehörige und andere Versorger orientieren sich an den Vorgaben der Ärzte; • Angehörige werden als Versorger betrachtet, die dann förderlich sind, wenn sie gut angeleitet werden können und ihre Aufgaben verlässlich übernehmen.	• Keine oder kaum weitere Leistungserbringer (also z. B. ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativ-stationen) vor Ort; • Unklare Aufgabenverteilung, unklare Hierarchien; • Prekäres soziales Umfeld: Wenn die Angehörigen selbst hohen Unterstützungsbedarf haben, kann sich das erschwerend auf die SAPV-Praxis auswirken, bei der es – der dualistischen Orientierung entsprechend – vorrangig um die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten gehen soll). Gerade hier ist dann zur Verbesserung der Situation das Einbinden weiterer Akteure unabdingbar.
Prozeduralistisch	• Klare Vorgaben, Gesetze und Rahmenbedingungen; • Deutungsgewissheit über die Situation vor Ort beim Patienten; • Einhaltung von Verfahren und Prozeduren, insbes. hinsichtlich der Versorgungsplanung; • Fachliche Expertise der Mitarbeiter, die durch formale Abschlüsse	• Wenig oder keine Vorgaben, Gesetze und Rahmenbe-dingungen (SAPV muss Leitlinien für die eigene Versorgungspraxis selbst erstellen und ggf. bei anderen Leistungserbringern durchsetzen); • Instabile und ungewisse Situation beim Patienten, die

	(Zertifikate, Urkunden, Zusatzbezeichnungen) erreicht wird.	eine verlässliche prozedurale Planung erschwert oder gar verhindert und damit in eine ungeplante Versorgung mündet; • Unklare rechtliche Situationen; • Dissens zwischen Patienten, Angehörigen und/oder weiteren Leistungserbringern; • Fehlende Kommunikations-fähigkeit oder -bereitschaft des Patienten, seinen Willen auszudrücken; • ‚Unangemessener' Wille des Patienten, der nicht in handlungsleitende Praxisrichtlinien übersetzt werden kann; • Später Eintritt der SAPV, da dann keine Zeit bleibt, den Willen zu eruieren und festzuhalten.
Holistisch	• Verfügbarkeit eines breiten Spektrums an unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern. Einbeziehung auch nicht-medizinischer Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Psychologie); • Für die nötige Kommunikations- und Unterstützungsarbeit fördernd ist eine kooperative Grundhaltung und ‚psychologische' Geschultheit der SAPV-Akteure; • Eine flache Hierarchie fördert die Flexibilität in der Versorgung vor Ort; • Vorhandensein eines vielfältigen sozialen Umfeldes beim Patienten, das in die Versorgung aktiv mit einbezogen werden kann; • Ein guter Zugang auch zu den Angehörigen, die als ‚unit-of-care' adressiert werden; generell: gute persönliche Beziehung zu den Betroffenen; • Ausreichend Zeit in der Fallversorgung: ganzheitliche Adressierung des Falles (Patient und Angehörige) bedarf flexibler zeitlicher Ressourcen; • Eintritt der SAPV: frühes Hinzuholen der SAPV ermöglicht ein Kennenlernen des Falles als Voraussetzung für adäquate Adressierung;	• Zur Organisationskultur passende Mitarbeiter werden nicht gefunden; • Nicht-Thematisierung von Tod und Sterben auf Seiten der Patienten und Angehörigen (erschwert psychologische Arbeit); • Kein Zugang zu Patient und Angehörigen als hinderlich für die ganzheitliche Arbeit; • Zeitknappheit als hemmender Faktor für qualitativ hochwertige SAPV-Arbeit; • Später Eintritt der SAPV, so dass die komplexe psycho-soziale Bedarfslage nicht mehr angemessen aufgegriffen werden kann; • Konflikte mit bzw. Konkurrenz zu ambulanten Hospizdiensten, wenn klare Aufgabenteilung nicht gelingt.

	• Abstimmungen über Aufgabenteilungen zwischen ambulanten Hospizdiensten und der SAPV; • Weitere Quellen für Finanzierung der Tätigkeit, insbesondere durch Spenden.	

1.2 In Bezug auf die Versorgungsstrukturen:

	Förderliche Faktoren	***Hemmende Faktoren***
Einheit	• Gute Verfügbarkeit von Fachkräften, die hauptberuflich bei der SAPV mitarbeiten wollen; • Zeit für gemeinsame Abstimmungen und Besprechungen aller Mitarbeiter zusammen (Teambesprechungen), die auch Entlastungsfunktion haben; • Qualifikation: Hauptberufliche Tätigkeit in der SAPV führt zu Routinisierung und Professionalisierung; • durch die relativ feste interne Kooperation sind stabile personelle Teams, die auch als Personen gut zusammenarbeiten können, förderlich; Personalstruktur und -kultur sind in der Einheit anders gewichtet als in der Plattform; • hierarchische Strukturen verschaffen Sicherheit im Team für die eigene Arbeit.	• Zu wenig ausgebildete Fachkräfte bzw. diese sehen sich durch eine dauerhafte hauptberufliche Tätigkeit bei der SAPV überfordert; • Größe des Teams: Zu wenig Zeit für Austausch im gesamten „Team“ bei großen SAPV-Leistungserbringern mit hoher Mitarbeiter- und Patientenanzahl; • Zu großes Versorgungsgebiet, da dann Gefahr zu langer Arbeitswege.
Plattform	• Genügend qualifizierte niedergelassene Ärzte (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) vor Ort verfügbar, die nebenberuflich bei der SAPV mitarbeiten; • Ambulante Pflegedienste vor Ort verfügbar, mit ausreichender Kapazität und mehreren qualifizierten Pflegefachkräften (Palliative Care); • Transparente und effiziente interne Organisation der Netzwerkarbeit innerhalb der SAPV, Kommunikation, Koordination; • formale Kooperationsverträge bieten (Erwartungs-)Sicherheit;	• Zu wenig qualifizierte Ärzte vor Ort oder zu wenige Ärzte, die bereit sind für eine Zusammenarbeit mit der SAPV, bzw. es gelingt der SAPV nicht, Ärzte für eine nebenberufliche Mitarbeit zu gewinnen; • Zu wenig ambulante Pflegedienste bzw. diese mit zu wenig qualifizierten Fachkräften oder zu wenig Kapazitäten.

	• Performanz beim Patienten muss sichergestellt werden; wichtig ist z.B. ein abgestimmtes Informationsmanagement, so dass nicht verschiedene Akteure die gleichen Informationen beim Patienten abfragen.	

1.3 Über alle Versorgungskulturen und -strukturen hinweg:

Förderliche Faktoren	***Hemmende Faktoren***
Infrastrukturelle Versorgungslandschaft/ Versorgungssicherheit: • verfügbare (kompetente) Hausärzte als wichtiges Kriterium für einen adäquaten Einsatz der SAPV (keine Über-/Unterversorgung der Patienten, keine ‚Spontaneinsätze').	Fehlende/defizitäre Versorgungsinfrastruktur: • Weniger Planungssicherheit bei SAPV-Einsätzen; • Gefahr der Unterversorgung: Unterversorgung durch zu geringe Verfügbarkeit weiterer Akteure (z. B. wenn Angehörige nicht vorhanden oder überfordert sind, der ambulante Pflegedienst keine Kapazität mehr hat, stationäre Einrichtungen der Palliativversorgung nicht verfügbar sind).
Ausgleich der hohen Arbeitsbelastung • Psychische Belastung kann durch Maßnahmen wie Gespräche im Kollegenkreis aber auch mit Professionellen (Supervision) adressiert und abgebaut werden; • Hohe Belastung durch wenig planbare, kurzfristige Einsätze bei Patienten, aber freie Verfügbarkeit über die Zeit (Zeitsouveränität).	Hohe Arbeitsbelastung ohne Ausgleich • Psychische Belastungen, die nicht bearbeitet werden können; • Hohe Belastung durch wenig planbare, kurzfristige Einsätze bei Patienten und keine oder wenig Zeitsouveränität.
• Möglichst frühe Einbindung der SAPV, damit genügend Zeit für die Planung (z. B. Hilfsmittel) und die Durchführung (insbes. Erreichen der Symptomlinderung) bleibt.	Späte Einbindung der SAPV • es bleibt zu wenig Zeit für die Planung (z. B. Hilfsmittel) und die Durchführung (z. B. Symptomkontrolle);
• Stabiles soziales Umfeld, das die Betreuung und Versorgung zuhause erst ermöglicht bzw. verlässlicher gestalten lässt.	• Keine Angehörigen vor Ort, die unterstützen/pflegen.
	• Keine Einsicht, fehlende Kooperation der Betroffenen; unrealistische Erwartungen und überhöhte Ansprüche an die SAPV (insbesondere an verfügbare Zeit, Anteilnahme und konkrete Versorgungsleistungen).
	• Zu viel Bürokratie wird als hinderlich betrachtet, Forderung nach Vereinfachung und Vereinheitlichung der Abläufe.
Gute Infrastruktur: • Genügend Parkplätze (urbane Gebiete); • Gute Verkehrsanbindungen mit wenig Staus (urbane Gebiete);	Schlechte Infrastruktur: • Lange Parkplatzsuche (urbane Gebiete); • Staus (urbane Gebiete); • Lange Anfahrtswege (ländliche Gebiete);

• Dichtes Straßennetz, kurze Anfahrtswege (ländliche Gebiete); • Gute Mobilfunknetze (ländliche Gebiete).	• Schlechte Mobilfunkverbindungen (ländliche Gebiete).

2. Weitere Leistungserbringer und ihre Sichtweise auf die SAPV

Für die weiteren Versorger in einer Region stellt die SAPV vor allem eine Entlastung dar. Im Folgenden werden der Reihe nach die Sichtweisen verschiedener anderer Leistungserbringer auf die SAPV dargestellt. Es wird dabei auf die *Relevanz* der SAPV für den jeweiligen Leistungserbringer, auf die *förderlichen und hemmenden Faktoren* bei der Zusammenarbeit sowie auf mögliche *typische Zusammenhänge* hinsichtlich der in TP3 herausgearbeiteten SAPV-Struktur/Kultur-Systematik eingegangen.

2.1 Sichtweise der Hausärzte

Relevanz für Patient: Mit der SAPV erhält der Patient mehr Hausbesuche, insbesondere auch am Wochenende. Durch die fachliche Kompetenz der SAPV erreichen Hausärzte gemeinsam mit der SAPV eine bessere Symptomkontrolle.
Relevanz für das eigene Tun: Die SAPV entlastet den Hausarzt vor allem an Wochenenden oder in der Urlaubszeit. Sie ist ein hilfreicher Ratgeber, sollte sich der Hausarzt in bestimmten Situationen unsicher fühlen.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Für eine gute Zusammenarbeit wird es als förderlich gesehen, wenn die SAPV kontinuierlich Informationen über den Patienten an den Hausarzt weitergibt.

Förderliche Faktoren:

- Fachliche Unterstützung durch die SAPV;
- Zeitliche Entlastung, vor allem an Wochenenden;
- Laufende Information über den Verlauf der Versorgung durch die SAPV.

Hemmende Faktoren:

- Abbruch der Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient, vor allem wenn die SAPV keinerlei Informationen über den Patienten mehr an den Hausarzt weiterleitet;
- Fehlende Abstimmung mit Krankenhäusern: Verordnung werden ohne Rücksprache mit dem Hausarzt ausgestellt, sind jedoch nur sieben Tage gültig; Druck auf den Hausarzt, eine Folgeverordnung auszustellen, was seine Behandlungsautonomie untergräbt.

Zusammenhang Kultur/Struktur*:* Es konnte kein empirisch belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise der Hausärzte auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.2 Sichtweise der Ambulanten Hospizdienste

Relevanz für Patient: Durch die SAPV können mehr Patienten zu Hause sterben und sind dort medizinisch-pflegerisch gut versorgt.
Relevanz für das eigene Tun: Durch die SAPV kommt ein weiterer Akteur im häuslichen Umfeld der Patienten hinzu, sodass weniger Raum für ambulante Hospizdienste bleibt.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist eine klare Arbeitsteilung förderlich. Die SAPV sollte sich auf die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten konzentrieren, wohingegen die ambulanten Hospizdienste für die psycho-soziale Begleitung zuständig sind.

Hemmende Faktoren:

- Kulturelle Unterschiede zwischen SAPV und Hospizdiensten (SAPV als spezialisierte Experten vs. Hospizdienst als ‚Graswurzel'-Bürgerbewegung);
- Wechselseitige Deutungsungewissheit hinsichtlich der Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzen und daraus resultierende Konkurrenz.

Förderliche Faktoren:

- Kommunikationsformen, bei denen sich die ambulanten Hospizdienste ‚auf Augenhöhe' mit den Mitarbeitern der SAPV wahrnehmen können;
- Klare Aufgabenverteilung: Zuständigkeit für medizinische Belange liegt bei der SAPV, psycho-soziale Begleitung ist das alleinige Ressort der ambulanten Hospizdienste.

Zusammenhang Kultur/Struktur*:* Dadurch, dass die SAPV als weiterer Akteur im häuslichen Umfeld hinzukommt, verringert sich potenziell der Raum für die Beteiligung ehrenamtlicher Hospizhelfer. Zu Problemen in der Zusammenarbeit führt dies typischerweise bei SAPV-Leistungserbringern mit holistischer Versorgungskultur. Der Anspruch der ‚ganzheitlichen' Versorgung durch die SAPV führt aus Sicht der Hospizdienste zu weniger Platz beim Patienten zu Hause und folglich zu einer Verdrängung von ehrenamtlichen Hospizhelfern. Die holistische Versorgungskultur kann aus Sicht der Hospizdienste eine direkte Konkurrenz hinsichtlich der psychosozialen Begleitung von Sterbenden zu Hause sein. Die Zusammenarbeit mit SAPV-Leistungserbringern mit einer dualistischen Versorgungskultur wird hingegen die Zusammenarbeit als unproblematisch und für beide Seiten gewinnbringend beschrieben. Ein förderlicher Faktor, der zu dieser guten Zusammenarbeit mit der dualistischen SAPV führt, ist die klare Verteilung der Zuständigkeiten: Die SAPV übernimmt die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten, wohingegen die psychosoziale Begleitung in der Zuständigkeit der ambulanten Hospizdienste liegt.

2.3 Sichtweise der Krankenhäuser

Relevanz für Patient: Patienten können durch die SAPV länger in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben.
Relevanz für das eigene Tun: Insbesondere Palliativstationen werden entlastet, da nun häufiger die Verlegung eines Patienten nach Hause möglich ist.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist ein kontinuierlicher Informationsfluss insbesondere im Hinblick auf geplante Verlegungen von oder in das Krankenhaus förderlich.

Hemmende Faktoren:

- Probleme beim Informationsfluss über Patienten (insb. über geplante Verlegungen);
- Kapazitätsprobleme auf Seiten der SAPV oder des Krankenhauses, sodass Übergänge zwischen den Versorgungsformen nicht verzögerungsfrei durchgeführt werden können.

Förderliche Faktoren:

- Formalisierung von Prozessen, Einhalten von Absprachen.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.4 Sichtweise der Pflegeheime

Relevanz für Patient: Patienten profitieren durch die SAPV von einer fachlich kompetenten medizinisch-pflegerischen Versorgung, wie sie allein durch das Pflegeheimpersonal nicht geleistet werden kann.
Relevanz für das eigene Tun: Die SAPV entlastet die Pflegeheimmitarbeiter, die sich nun stärker auf die Grundpflege konzentrieren können. Außerdem profitieren die Pflegeheimmitarbeiter von der professionellen Anleitung durch SAPV-Mitarbeiter.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit mit der SAPV wird durchgehend als sehr positiv wahrgenommen.

Förderliche Faktoren:

- Edukation der Pflegeheimmitarbeiter durch die SAPV;
- Fachliche Kompetenz insb. bei der Schmerztherapie, die die Arbeit der Mitarbeiter im Pflegeheim ergänzt.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.5 Sichtweise der Pflegedienste

Relevanz für Patient: Patienten mit SAPV profitieren von einer fachlich kompetenten medizinisch-pflegerischen Versorgung und von einer schnelleren Versorgung mit Hilfsmitteln. Darüber hinaus genießen SAPV-Patienten eine 24h-Rufbereitschaft, die von vielen Pflegediensten so nicht geleistet werden kann.
Relevanz für das eigene Tun: Die SAPV entlastet die Pflegedienstmitarbeiter von organisatorischen Arbeiten im Zusammenhang mit Hilfsmitteln. Außerdem profitieren die Mitarbeiter der Pflegedienste von der professionellen Anleitung durch Mitarbeiter der SAPV.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist ein kontinuierlicher Informationsfluss insbesondere im Hinblick auf geplante Verlegungen von oder in das Krankenhaus förderlich.

Förderliche Faktoren:

- 24h-Rufbereitschaft der SAPV zur Rückversicherung der Pflegedienstmitarbeiter;
- Besondere Kooperationsverträge der SAPV ermöglichen schnellere Bereitstellung von Hilfsmitteln, weshalb eine Zusammenarbeit mit der SAPV als Arbeitserleichterung wahrgenommen wird;
- Fachliche Kompetenz der SAPV.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.6 Sichtweise der stationären Hospize

Relevanz für Patient: Patienten können durch die SAPV länger in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben.
Relevanz für das eigene Tun: Die stationären Hospize werden entlastet, da die Patienten häufiger länger zu Hause bleiben können.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Für eine gute Zusammenarbeit ist förderlich, wenn die SAPV-Mitarbeiter selbst Berufserfahrung im stationären Hospiz gemacht haben, um mit den Anforderungen

an eine Hospizeinweisung vertraut zu sein. So kann sichergestellt werden, dass Patienten nicht zu früh oder zu spät ins Hospiz eingewiesen werden.

Hemmende Faktoren:

- Mangelnde Kommunikation zwischen Hospiz und SAPV, z. B. über Anfragen zu freien Hospizplätzen oder über Weiterbildungsangebote der SAPV;
- Deutungsungewissheit auf Seite der SAPV darüber, ab wann ein Patient in ein Hospiz aufgenommen werden kann. Patienten werden durch die SAPV entweder zu früh oder zu spät in ein Hospiz überwiesen.

Förderliche Faktoren:

- Teilnahme von SAPV-Mitarbeitern bei den Dienstbesprechungen des stationären Hospizes SAPV-Mitarbeiter haben Berufserfahrung im stationären Hospiz gesammelt und sind daher mit den Anforderungen an eine Hospizeinweisung vertrauter, als SAPV-Mitarbeiter, denen diese Berufserfahrung fehlt.

***Zusammenhang Kultur/Struktur**:* Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.7 Sichtweise der Sanitätshäuser

Relevanz für Patient: Patienten werden möglichst schnell mit Hilfsmitteln versorgt.
Relevanz für das eigene Tun: SAPV-Patienten müssen mit besonders hoher Priorität versorgt werden. Genehmigungsverfahren der Krankenkassen können oft nicht abgewartet werden, sodass es im Fall einer Ablehnung zu Abschreibungen kommt.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist ein spezieller Kooperationsvertrag zwischen SAPV und Krankenkasse zur Belieferung der SAPV durch ein bestimmtes, ortsansässiges Sanitätshaus sowie ein vertraglich geregelter Verzicht auf langwierige Genehmigungsverfahren förderlich.

Förderlicher Faktor:

- Spezielle Kooperationsverträge zwischen Krankenkasse und SAPV hinsichtlich der Bereitstellung von Hilfsmitteln für SAPV-Patienten sind förderlich für die Arbeit von Sanitätshäusern. Langwierige Genehmigungsverfahren von Hilfsmitteln können vermieden und eine zeitnahe Versorgung der Patienten gewährleistet werden.

***Zusammenhang Kultur/Struktur**:* Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.8 Sichtweise der Apotheken

Relevanz für Patient: Patienten können durch die SAPV schnell und umfangreich mit BtM versorgt werden.
Relevanz für das eigene Tun: Die Lagerhaltung von BtM wird speziell auf das Patientenklientel der SAPV angepasst, sodass sichergestellt werden kann, dass BtM möglichst schnell beim Patienten sind.
Relevanz für die Zusammenarbeit: Die SAPV ist für Apotheken ein wichtiger Kunde, auf dessen Bedürfnisse sich die Apotheken einstellen. Förderlich für die Zusammenarbeit ist, wenn die Mitarbeiter der Apotheke die Ärzte der SAPV persönlich kennen und so *im Notfall* auch auf ‚Vertrauensbasis' BtM schnell und ‚unbürokratisch' bereitgestellt werden können.

Förderlicher Faktor:

- Persönliche Bekanntschaft mit insb. Ärzten der SAPV zur schnellen Bereitstellung von BtM ist ein förderlicher Faktor aus Sicht der Apotheken.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

3. Folgende *Struktureffekte* sind als Einflüsse auf die Versorgungsregion erkennbar:

Entlastung: Ein Effekt der SAPV auf andere Leistungserbringer besteht in einem Entlastungseffekt, insbesondere für Alten- und Pflegeheime, für die Palliativstationen, für Pflegedienste und für niedergelassene Ärzte. Da die Patienten nun länger in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können, verbringen sie weniger Zeit in stationären Einrichtungen (v. a. Palliativstationen sowie Alten- und Pflegeheime).

Bedeutungswandel: Insbesondere die Mitarbeiter der SAPV selbst sehen einen Effekt des Bedeutungswandels, der durch die SAPV angestoßen oder begleitet wurde. Während das Thema „Palliativversorgung" vor der Einführung der SAPV ein negatives Image hatte und Ablehnung erfuhr, gebe es nun mehr Akzeptanz und ein breiteres Wissen in der Allgemeinheit darüber. Das Thema habe insgesamt an Relevanz gewonnen.

Weiterbildung und Vernetzung: Ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Palliativversorgung über die Sektorengrenzen hinweg sind in der SAPV Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Diese dienen nicht nur dazu, die Qualität der Palliativversorgung insgesamt zu steigern, sondern sie sind ebenso Teil einer Strategie zum Aufbau und Pflege eines Netzwerks. Die Durchführung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen gehören in jeder SAPV typischerweise zum Aufgabengebiet. Die Zielgruppen der Weiterbildungen sind i. d. R. Pflegeheime, Pflegedienste, Sanitätshäuser, Apotheken aber auch niedergelassenen Ärzte. Insbesondere in als Plattform strukturierten SAPV-Leistungserbringern nimmt die Fort- und Weiterbildung von Pflegedienstmitarbeitern eine Schlüsselrolle im Versorgungskonzept ein: Da die SAPV hier weitgehend auf die Mitarbeit ambulanter Palliativpflegedienste angewiesen ist, profitiert die SAPV davon, selbst an der Ausbildung von Palliativfachpflegekräften mitzuwirken, weil so das Angebot an in der SAPV einsetzbaren Pflegefachkräften steigt.

Förderung der Hospizkultur: Ein letzter, besonderer Struktureffekt der SAPV lässt sich nicht in der Breite beobachten, ist aber für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in einer Region von großer Relevanz. Vor allem in dünn besiedelten ländlichen Regionen mit einer sich noch in der Entwicklung befindlichen Palliativversorgungslandschaft ist für die SAPV die Errichtung eines stationären Hospizes besonders relevant, fehlt es hier doch typischerweise nicht nur an ambulanten spezialisierten Palliativversorgungsangeboten, sondern genauso an stationären Angeboten der spezialisierten Palliativversorgung.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin | SAVOIR | Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hausarztbefragung zum hausärztlichen Handeln an der Nahtstelle von AAPV und SAPV

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber (keinen Bleistift).
- Kreuzen Sie die Kästchen deutlich an: ☒ . Bei versehentlicher Falschauswahl füllen Sie bitte das falsch angekreuzte Kästchen ganz aus ■ und kreuzen Ihre Auswahl erneut an: ☒.
- Da die Aufzählung der männlichen und weiblichen Form oft zu schwer lesbaren Sätzen führt, verwenden wir die männliche Form oder die Mehrzahl. Sie steht für Männer und Frauen gleichermaßen.

A01	Wie alt sind Sie?	☐☐
A02	Welchem Geschlecht gehören Sie an?	☐ weiblich ☐ männlich
A03	Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt im ambulanten Sektor tätig?	☐☐ Jahre (inkl. ärztl. Weiterbildungszeit)
A04	Sind Sie in einer Einzelpraxis oder einer Kooperationsform tätig?	☐ 1 Einzelpraxis ☐ 2 Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ☐ 3 MVZ
A05	Sind Sie im Angestelltenverhältnis tätig?	☐ ja ☐ nein
A06	Welcher Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehören Sie an?	☐ 1 Bayern ☐ 2 Berlin ☐ 3 Hessen ☐ 4 Niedersachsen ☐ 5 Sachsen-Anhalt ☐ 6 Schleswig-Holstein ☐ 7 Thüringen ☐ 8 Westfalen-Lippe
A07	In welcher Region befindet sich die Praxis, in der Sie tätig sind?	☐ 1 Landgemeinde (≤ 5 000 Einwohner) ☐ 2 Kleinstadt (> 5 000 – 20 000 Einwohner) ☐ 3 Mittelstadt (> 20 000 – 100 000 Einwohner) ☐ 4 Großstadt (> 100 000 Einwohner)
A08	Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt pro Woche? (geschätzt)	☐☐
A09	Wie viele Patienten behandeln Sie insgesamt durchschnittlich pro Quartal? (geschätzt)	☐☐☐☐
A10	Wie viele Hausbesuche führen Sie pro Woche durch? (geschätzt)	☐☐☐☐
A11	Wie viele palliative Patienten behandeln Sie pro Jahr? (geschätzt)	☐☐☐☐
A12	Wie viele Hausbesuche bei palliativen Patienten führen Sie in einem Quartal durch? (geschätzt)	☐☐☐☐

Berührungen mit der Palliativmedizin:
In welcher Form hatten Sie (in Ihrer ärztlichen Tätigkeit) bisher Berührungen mit der Palliativmedizin?
(Mehrfachantworten möglich)

A13

- ☐ _1 keine
- ☐ _2 ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten (Palliativstation, stationäres Hospiz etc.)
- ☐ _3 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (oder gleichwertig anerkannte Fortbildung)
- ☐ _4 Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)
- ☐ _5 Zulassung als „BQKPmV-Arzt“ (Vereinbarung nach §87 Abs.1b SGBV zur Besonders Qualifizierten und Koordinierten Palliativ-medizinischen Versorgung)
- ☐ _6 aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams
- ☐ _7 aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung (§73b/140a SGBV d.h. Integrierte Versorgung, Palliativnetze etc.)
- ☐ _8 ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!

	Die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden…	**stimme überhaupt nicht zu**			**stimme voll zu**
B01	…sollte zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein.	☐	☐	☐	☐
B02	…wird durch den Einbezug von Angehörigen erheblich erleichtert.	☐	☐	☐	☐
B03	…sollte durch den Hausarzt koordiniert sein.	☐	☐	☐	☐
B04	…sollte ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld sein.	☐	☐	☐	☐
B05	…sollte eine kontinuierliche Begleitung (bis zum Tod) durch den Hausarzt sein.	☐	☐	☐	☐
B06	…sollte ein Tätigkeitsfeld nicht-hausärztlicher (Fach-)spezialisten sein.	☐	☐	☐	☐

	Ich fühle mich in meiner hausärztlichen Tätigkeit sicher…	**nie**			**immer**
C01	…palliative Patienten zu erkennen.	☐	☐	☐	☐
C02	…das Therapieregime an die palliative Situation des Patienten anzupassen.	☐	☐	☐	☐
C03	…Gespräche mit Patienten über seine infauste Prognose zu führen.	☐	☐	☐	☐
C04	…im Umgang mit „aufwändig zu begleitenden“ Angehörigen bei Patienten mit palliativer Erkrankung.	☐	☐	☐	☐
C05	…(bisherige) Medikamente in der Finalphase abzusetzen/Maßnahmen zu beenden.	☐	☐	☐	☐
C06	…praktische Tätigkeiten (z.B. Portspülungen) durchzuführen.	☐	☐	☐	☐
C07	…mit anderen Versorgungserbringern (z.B SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst, Seelsorger) zusammenzuarbeiten.	☐	☐	☐	☐
C08	…den Patientenwunsch hinsichtlich Aufnahme, Weiterführung und Beendigung von Therapiemaßnahmen zu akzeptieren und umzusetzen.	☐	☐	☐	☐
C09	…den Patienten bei drohender eigener Kompetenzüberschreitung (rechtzeitig) an spezialisierte Versorgungsstrukturen abzugeben.	☐	☐	☐	☐
C10	…emotionale und für mich belastende Situationen auszuhalten.	☐	☐	☐	☐

		schlecht			**gut**
C11	**Bitte schätzen Sie Ihre palliativmedizinische Kompetenz/Erfahrung insgesamt ein!**	☐	☐	☐	☐

	Palliativmedizinische Infrastruktur: Ist im Umfeld Ihrer Praxis der jeweilige unten aufgeführte Akteur vorhanden? Falls ja, wie schätzen Sie die Versorgungsqualität ein?	Vorhandensein _1 nicht bekannt	ja	nein	Wenn vorhanden und mind. einmalig genutzt: Wie schätzen Sie die Versorgungsqualität ein? _2 schlecht – gut
D01	eigene, nicht-ärztliche Praxismitarbeiter für Hausbesuche bei palliativen Patienten (VERAH/NÄPA)		☐	☐	○ ○ ○ ○
D02	ambulante/r Pflegedienst/e	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D03	ambulanter Palliativ(pflege)dienst	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D04	weitere Dienste (ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste)	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D05	ambulanter PKD (Palliativer Konsiliardienst)	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D06	Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D07	(anderer) Vertragsarzt der „BQKPmV“	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D08	SAPV-Team	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D09	Palliativstation	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D10	stationäres Hospiz	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D11	HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha- und Arzneimittel)	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D12	**Bitte schätzen Sie die Versorgungsqualität der Sie umgebenden Palliativ-Infrastruktur insgesamt ein!**				schlecht – gut ☐ ☐ ☐ ☐

E01	**Haben Sie in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit schon einmal SAPV verordnet? Bitte kreuzen Sie an!**	☐ ja ☐ nein **(Falls nein, bitte weiter auf Seite 5)**
E02	Wie viele SAPV-Verordnungen stellen Sie pro Jahr aus (inklusive Folgeverordnungen)?	☐☐☐
E03	Von wie vielen Ihrer Patienten pro Jahr wissen Sie, dass eine SAPV-Verordnung durch andere Leistungserbringer (Krankenhaus/Fachärzte) eingeleitet wurde?	☐☐
E04	Bleiben Sie als Hausarzt bei Involvierung der SAPV regelhaft in die Behandlung des Patienten eingebunden?	nie – immer ☐ ☐ ☐ ☐
E05	Wie häufig kommt es vor, dass der MDK eine Ihrer SAPV-Verordnungen ablehnt?	☐ ☐ ☐ ☐

	Welche Leistungen nach Muster 63 verordnen Sie in den überwiegenden Fällen? **Bitte kreuzen Sie an!** (Mehrfachauswahl möglich)	
	Beratung	
F01	a) des behandelnden Arztes	☐
F02	b) der behandelnden Pflegekraft	☐
F03	c) der Patienten/der Angehörigen	☐
F04	Koordination der Palliativversorgung	☐
F05	additiv unterstützende Teilversorgung	☐
F06	Vollversorgung	☐

	Was kennzeichnet das SAPV-Team, mit dem Sie überwiegend zusammenarbeiten? Bitte kreuzen Sie an!	**nicht bekannt**	**ja**	**nein**
G01	SAPV-Team bietet Vollversorgung als Leistung an	☐	☐	☐
G02	ausreichende Aufnahmekapazität	☐	☐	☐
G03	Vorhalten verschiedener Professionen im Team (Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, ...)	☐	☐	☐
G04	gute materielle Ausstattung (z.B. Schmerzpumpen)	☐	☐	☐
G05	Möglichkeit zur (telefonischen) Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit)	☐	☐	☐
G06	regelmäßige Besprechung von Patientenkasuistiken mit allen Versorgungsakteuren (Fallbesprechungen)	☐	☐	☐
G07	Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen	☐	☐	☐
G08	Ärztliche Leitung des SAPV-Teams durch...	☐		
G09	...Klinikärzte		☐	
G10	...Hausärzte		☐	
G11	...ambulante Fachspezialisten (Anästhesisten, Onkologen, ...)		☐	
G12	Ansiedlung des SAPV-Teams...	☐		
G13	...bei einer Praxis oder als Praxen-Verbund		☐	
G14	...an einer Klinik		☐	
G15	...bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst		☐	
G16	...bei einem Pflegedienst		☐	
G17	...bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk, ...)		☐	

	Palliative Versorgung umfasst ein weites Spektrum an Aufgaben. Wie häufig übernehmen Sie die Verantwortung für die unten aufgeführten Aufgaben bei Ihren palliativen Patienten in der Häuslichkeit? _1					**Wie wichtig ist Ihnen dafür ein SAPV-Team/ PKD?** _2		
	Assessment und Versorgungsplanung:	**nie**			**immer**	**nicht erforderlich**	**wichtig**	**sehr wichtig**
H01	Eingangsassessment	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H02	Indikation zu SAPV stellen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H03	Beratung und Hilfestellung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H04	Erstellen/Führen eines Behandlungs- und Notfallplans	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H05	Beratung und Anleitung von Patient und Angehörigen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H06	Dokumentation/Reevaluation der Behandlungsmaßnahmen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
	Symptomlinderung:							
H07	Schmerz	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H08	Luftnot	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H09	Übelkeit/Erbrechen, Appetitlosigkeit, Obstipation	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H10	Fatigue, Depression, Angst/Panik, Delir	☐	☐	☐	☐	○	○	○
	Interventionen:							
H11	Bedarfsfeststellung und Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H12	Verordnung von Medikamenten bei Schmerzen und weiteren palliativmedizinischen Symptomen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H13	Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, die mein Budget stark belasten	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H14	Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H15	Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H16	Behandlung von Nebenerkrankungen/chron. Erkrankungen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H17	palliativmedizinische Wundbehandlung	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H18	künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H19	apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikamentenapplikation über Pumpensysteme)	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H20	Behandlung in der Finalphase	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H21	Reduktion/Beenden von Maßnahmen = Therapiebegrenzung	☐	☐	☐	☐	○	○	○
	Koordination:							
H22	Koordination aller diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen und Behandler/Akteure	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H23	Sorge für das psychosoziale Umfeld des Patienten	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H24	Einbeziehung eines ambulanten Hospizdienstes	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H25	Organisation von Arztbesuchen, Transporten, Einweisungen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H26	Fallbesprechungen mit weiteren eingebundenen Behandlern	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H27	Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
	Verfügbarkeit:							
H28	Hausbesuche durch mich	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H29	Hausbesuche durch eigene nicht-ärztliche Praxismitarbeiter	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H30	Besuchsbereitschaft während der Praxiszeiten	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H31	Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (inkl. Wochenende/Feiertage/nachts)	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H32	(nur) telefon. Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten	☐	☐	☐	☐	○	○	○

	Wie wichtig ist Ihnen eine <u>Verbesserung</u> folgender Rahmenbedingungen für Ihr palliativmedizinisches Handeln? Bitte kreuzen Sie an!	**Weiß nicht**	**eher nicht wichtig**	**wichtig**	**sehr wichtig**
J01	unmittelbare Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen	☐	☐	☐	☐
J02	aufwandsgerechtere Vergütung (Hausbesuche, telefonische Beratung, 24-Stunden-Betreuung, ...)	☐	☐	☐	☐
J03	erreichbare (interdisziplinäre) Forbildungsangebote für alle in die Versorgung involvierte Behandler	☐	☐	☐	☐
J04	Möglichkeit der Versorgungskoordinierung und des Überleitungs-managements durch speziell geschultes Personal (Case manager in Pflegediensten und HomeCare-Unternehmen)	☐	☐	☐	☐
J05	Einbeziehung der Trauerarbeit/Trauerbegleitung in das palliativmedizinische Versorgungskonzept	☐	☐	☐	☐
J06	standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten palliativversorgenden Leistungserbringern	☐	☐	☐	☐
J07	Stärkung der Hospizkultur	☐	☐	☐	☐
J08	Palliativversorgungsbedarf von Patienten in Pflegeeinrichtungen besser erkennen und decken	☐	☐	☐	☐
J09	ambulante Pflegedienste palliativmedizinisch besser qualifizieren	☐	☐	☐	☐
J10	Stärkung des Ehrenamts in der Palliativbetreuung	☐	☐	☐	☐
J11	Etablierung des Konzeptes „Advance care planning“ in der Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐
J12	Ausbau der SAPV-Kapazitäten	☐	☐	☐	☐
J13	Sonstiges, und zwar:				

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Hausarztbefragung zum hausärztlichen Handeln an der Nahtstelle von AAPV und SAPV
Institutsleitung: Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, MPH; Studienleitung: Dr. Antje Freytag
Ärztliche Mitarbeiterin: Kathleen Stichling, kathleen.stichling@med.uni-jena.de
Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Bachstr. 18, 07743 Jena

Anlage TP4_A2 - Stichling K. Hausärtzliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR. (Dissertationsschrift). Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena; 2019.

Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV –

eine Querschnittserhebung im Rahmen des Verbundprojektes

‚SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie:

Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede'

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät

der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Kathleen Stichling

geboren am 18.03.1990 in Gotha

Gutachter

1. **Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH……..**
2. **Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn……**
3. **Prof. Dr. med. Nils Schneider……..**

Tag der öffentlichen Verteidigung: ……

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 1

Zusammenfassung 2

1 Einleitung 3

1.1 Einführung 3

1.2 Stand der Forschung 5

1.2.1 Demografische Entwicklung und palliativer Versorgungsbedarf 5

1.2.2 Bedeutung der Palliative Care 5

1.2.3 Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting 6

1.2.4 Der Hausarzt als Akteur in der Palliativversorgung 7

1.2.5 Nahtstelle von AAPV und SAPV 13

2 Fragestellung und wissenschaftliche Einordnung 15

2.1 Einbettung in das Gesamt-Projekt 15

2.2 Fragestellungen 15

2.3 Neuheitsgrad und Ziel der Arbeit 16

3 Methoden 16

3.1 Studiendesign 16

3.2 Fragebogen 17

3.2.1 Fragebogenentwicklung 17

3.2.2 Fragebogenaufbau 20

3.3 Datenschutz und Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission 26

3.4 Stichprobenauswahl 27

3.4.1 Fallzahlberechnung 27

3.4.2 Auswahl der KVen 27

3.4.3 Recherche der Adressen und Ziehung der Stichprobe 30

3.5 Durchführung der Studie 32

3.5.1 Öffentlichkeitsarbeit 32

3.5.2 Fragebogenversand 32

3.5.3 Rücklaufmanagement 34
3.6 Statistische Auswertung der Daten 34
3.6.1 Datenaufbereitung 34
3.6.2 Deskriptive Analysen 37
3.6.3 Dependenzanalysen 38
4 Ergebnisse 38
4.1 Rücklauf 38
4.2 Datenqualität 40
4.3 Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte 41
4.3.1 Selbstverständnis/ Rolle im palliativmedizinischen Kontext 43
4.3.2 Palliativmedizinische Expertise 44
4.3.3 Palliativmedizinische Infrastruktur 46
4.3.4 SAPV-Verordnungspraxis 47
4.3.4 Kennzeichen der SAPV-Teams 48
4.3.5 Verbesserungen der Rahmenbedingungen 49
4.4 Beantwortung der Hauptfragen 50
4.4.1 Welche Aufgaben werden in der Palliativbetreuung durch Hausärzte in welchem Ausmaß übernommen? 50
4.4.2 Was beeinflusst das hausärztliche palliativmedizinische Tätigwerden? 55
4.4.3 Bei welchen Aktivitäten ist die Hinzuziehung der SAPV für Hausärzte wichtig? 56
4.4.4 Welche Determinanten beeinflussen die hausärztlich eingeschätzte Wichtigkeit der SAPV? 60
4.5 Beantwortung der Nebenfragen 61
4.5.1 Gibt es regionale Unterschiede in der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität sowie der Wichtigkeit der SAPV? 61
4.5.2 Was beeinflusst die hausärztlich wahrgenommene Qualität des SAPV-Teams? 64
5 Diskussion 65

5.1 Rücklauf und Repräsentativität der teilnehmenden Hausärzte 65
5.2 Kritische Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse 67
5.2.1 Die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung 67
5.2.2 Nahtstelle AAPV und SAPV 74
5.2.3 Die hausärztlich wahrgenommene Wichtigkeit der SAPV 75
5.2.4 Verbesserungen der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel des Gold Standard Framework (GSF) 78
5.3 Limitationen 81
6 Schlussfolgerungen 82
7 Abbildungsverzeichnis 85
8 Tabellenverzeichnis 86
9 Literaturverzeichnis 87
10 Eigenanteil an Datenerhebung und –auswertung und eigene Veröffentlichungen 105
11 Anlage 107
11.1 Anlage 1: Ergebnistabellen 107
11.2 Anlage 2: Anschreiben Hausärzte 168
11.3 Anlage 3: Reminder 168
11.4 Anlage 4: Fragebogen 170
11.5 Anlage 5: Genehmigung durch die Ethikkommission 172
11.6 Ehrenwörtliche Erklärung 179
11.7 Curriculum vitae 180
11.8 Danksagung 182

Abkürzungsverzeichnis

ACP:	*Advance Care Planning*
AAPV:	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ANOVA:	*Analysis of variance*
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BQKPmV:	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Behandlung
CI:	Konfidenzintervall
DGP:	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC:	*European Association of Palliative Care*
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GBA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP:	Gebührenordnungsposition
GSF:	*Gold Standard Framework*
HKP:	Häusliche Krankenpflege
IQR:	Interquartilsabstand
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV:	Kassenärztliche Vereinigung
MW:	Mittelwert
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa:	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
PKD:	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
RL:	Richtlinie
SAPV:	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SD:	Standardabweichung
SGB:	Sozialgesetzbuch
SOP:	*Standard operation procedure*
URL:	*Uniform Resource Locator*
VERAH:	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Zusammenfassung

Hintergrund: Hausärzte[1,2] spielen eine zentrale Rolle in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Dabei veranlassen sie nach Einschätzung der Bedarfslage auch die Verordnung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Da die SAPV in das bestehende Versorgungsangebot ergänzend hinzugezogen werden soll, bleibt der Hausarzt auch dann häufig in die Behandlung des Patienten eingebunden. **Ziel der Studie:** ist die Beschreibung der hausärztlichen palliativmedizinischen Tätigkeitsübernahme in Art und Umfang sowie eine Darstellung über die hausärztlich empfundene Wichtigkeit der SAPV und deren Einbeziehung, die der bundesweit heterogenen SAPV-Landschaft und den Versorgungsstrukturen Rechnung trägt. **Methode:** Es erfolgte eine querschnittliche quantitative Untersuchung mittels selbst konzipiertem, pilotiertem Fragebogen auf postalischem Weg im Frühjahr 2018. Hierfür wurde eine Zufallsstichprobe von insgesamt 6000 Hausärzten aus acht Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (n=750 pro KV) ermittelt und angeschrieben. Neben einer deskriptiven Darstellung wurden lineare univariate und multiple Regressionsanalysen mittels IBM SPSS Statistics 25 durchgeführt. **Ergebnisse:** Die Netto-Rücklaufrate betrug 19,1% (n=1144). Die befragten Hausärzte sind in einem hohen Maße palliativmedizinisch aktiv; jedoch mit deutlichen Unterschieden im Ausübungsumfang der einzelnen Tätigkeiten. Unterschiede bestehen auch in Abhängigkeit der KV-Zugehörigkeit. Bei Tätigkeiten, die selten oder nie ausgeführt werden (Durchführung apparativer/invasiver Maßnahmen, 24-Stunden-Erreichbarkeit) ist die Hinzuziehung von SAPV für Hausärzte besonders wichtig. Multivariate Analysen zeigten, dass folgende Variablen mit hoher palliativmedizinischer Aktivität assoziiert waren: Kompetenzempfinden, Selbstverständnis, Versorgungsqualität der umgebenden allgemeinen Infrastruktur, Qualifikation- und Abrechnungslevel, Patienten pro Quartal. Negativ korreliert zeigten sich: Versorgungsqualität des SAPV-Teams, Anzahl der SAPV-Verordnungen. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse deuten auf ein hohes Engagement der Hausärzte in der Palliativversorgung hin. Die Stärkung von Kompetenz, Erfahrung und/oder Qualifikation sowie Vergütung könnten die

[1] Mit dem Terminus „Hausarzt“ sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte gleichermaßen gemeint.

[2] Soweit in dieser Arbeit Bezeichnungen in der männlichen Sprachform verwendet werden, gelten diese Bezeichnungen auch für Frauen in der weiblichen Sprachform.

hausärztliche Einbringung in die Palliativversorgung weiter befördern. Eine flexible Hinzuziehung von SAPV in Abhängigkeit der vor Ort verfügbaren AAPV-Infrastruktur und deren Leistbarkeit scheint sinnvoll.

1 Einleitung

1.1 Einführung

In Deutschland stirbt jährlich etwa ein Prozent der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2019b), etwa 90% der Versterbenden benötigt laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) eine Betreuung unter palliativmedizinischen Aspekten.

Die Palliativversorgung kann ambulant oder stationär erfolgen. In der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland wird zwischen allgemeiner ambulanter palliativmedizinischer Versorgung (AAPV) und spezialisierter ambulanter palliativmedizinischer Versorgung (SAPV) unterschieden (siehe Tabelle 1). Die spezialisierten Palliativambulanzen und Tageshospize spielen aktuell in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle (Simon et al., 2016).

Tabelle 1: Versorgungsstrukturen im palliativen Kontext in Deutschland, angelehnt an S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015)

<table>
<tr><td></td><td>Allgemeine Palliativversorgung</td><td colspan="3">Spezialisierte Palliativversorgung</td></tr>
<tr><td>stationär</td><td>Allgemeine Krankenhausstation/ onkologische Station/ Pflegeeinrichtungen</td><td>Palliativ-station</td><td>Palliativ-dienst im Kranken-haus</td><td>Palliativ-medizinische Tagesklinik</td></tr>
<tr><td>ambulant</td><td>Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)</td><td>Spezialisierte ambulante Palliativ-versorgung (SAPV)</td><td>Spezialisierte Palliativ-ambulanz</td><td>Tages-hospiz</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Sektoren-übergreifend</td><td colspan="4">Stationäres Hospiz</td></tr>
<tr><td colspan="4">Hospizdienste/Ehrenamt</td></tr>
</table>

Die große Mehrheit der Betroffenen bedarf keiner spezialisierten Versorgung, sondern kann adäquat im Rahmen der AAPV abgedeckt werden (Radbruch & Payne, 2009). Hier können Hausärzte als wichtige Akteure verstanden werden (Becka et al., 2014), die traditionell die Versorgung und Betreuung von Palliativpatienten in der häuslichen Umgebung als ihre Aufgabe erachten (Schneider et al., 2010b). Bei komplexem Symptomgeschehen oder besonders hohem Versorgungsaufwand kann die SAPV ergänzend zu Maßnahmen der AAPV hinzugezogen werden. Diese wurde 2007 im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes gemäß § 37b SGB V einführt und deren Leistungen in der SAPV-Richtlinie konkretisiert. Durch einen großen Gestaltungsspielraum haben sich die Organisationsstrukturen der SAPV-Teams bundesweit sehr heterogen entwickelt.

Mit zunehmender Ausweitung der SAPV stieg auch die Zahl der SAPV-Verordnungen kontinuierlich an – jedoch mit anhaltend großen regionalen Unterschieden. Weil Hausärzte nach Einschätzung der Bedarfslage von Palliativpatienten Hauptinitiator der SAPV sind (Grabenhorst, 2017), ist anzunehmen, dass eben jene vor Ort vorzufindenden Strukturen das hausärztliche Verordnungsverhalten beeinflussen und eine Einbeziehung von SAPV wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher werden lassen. Auch aus der vorhandenen Literatur gibt es Hinweise darauf, dass nicht allein die Indikation eine Einbindung von Spezialisten bedingt (Dahlhaus et al., 2013; Beernaert et al., 2015a; Schneider et al., 2014).

Gleichzeitig führte die Ausweitung der SAPV zu einer Verschiebung des hausärztlichen Rollenverständnisses und Unsicherheiten in der Aufgabenverteilung (Mitchell et al., 2012).

Auch international existieren wenige Daten, in welchem Ausmaß und Umfang Hausärzte die Verantwortung und Ausübung für palliativmedizinische Tätigkeiten übernehmen (Liu et al., 2018). Die Identifizierung von beeinflussenden Faktoren auf das hausärztliche Handeln, das Erfassen von Versorgungslücken im Rahmen hausärztlicher Versorgung, wie auch die bisher wenig beforschte Rolle als Überweiser in die SAPV (Schneider et al., 2010b) liefert Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung einer zielgerichteten und effizienten Palliativversorgung, bei der der Hausarzt eine zentrale Rolle einnimmt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde daher eine umfangreiche Befragungsstudie unter 6000 Hausärzten aus acht Kassenärztlichen Vereinigungen

(KVen) der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Die Untersuchung fokussiert dabei auf das hausärztliche palliativmedizinische Handeln sowie auf die SAPV-Verordnungspraxis und deren beeinflussende Faktoren.

Sie wurde als Querschnittserhebung konzipiert und ist Teil des Gesamtforschungsprojektes „SAVOIR - Evaluation der SAPV-Richtlinie - Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“. Ziel ist es, die Faktoren herauszuarbeiten, die die Versorgungsqualität der SAPV beeinflussen und daher in einer zukünftigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) berücksichtigt werden sollten.

1.2 Stand der Forschung

1.2.1 Demografische Entwicklung und palliativer Versorgungsbedarf

Die Alterung der Bevölkerung in Deutschland wird sich in den nächsten Jahrzehnten erstärken (Statistisches Bundesamt, 2019a). Trotz gestiegener Geburtenhäufigkeit und Nettozuwanderung scheint sich ein Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter bei gleichzeitigem Anstieg der Seniorenzahlen abzuzeichnen. Die Zahl der Menschen im Alter ab 67 stieg bereits zwischen 1990 und 2018 um 54% (von 10,4 Millionen auf 15,9 Millionen). Hochrechnungen zufolge wird sie bis zum Jahr 2039 um weitere fünf bis sechs Millionen wachsen. Auch die Zahl der Menschen im Alter ab 80 Jahre nimmt dabei kontinuierlich zu.

Mit der Zunahme hochbetagter Menschen und damit einhergehend einer Verschiebung des Krankheitsspektrums zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität (Higginson, 2005) wird sich der Versorgungsbedarf schwerstkranker Patienten vermutlich weiter erhöhen (Becka et al., 2014). Aufgrund der erheblichen Auswirkungen auf die Versorgung der Betroffenen (Klindtworth et al., 2017; Tey et al., 2016), werden gerade auch praktische Fragen in der medizinischen und psychosozialen Betreuung multimorbider Menschen die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren wesentlich mitbestimmen (Müller-Busch, 2008).

1.2.2 Bedeutung der Palliative Care

Das primäre Ziel der Palliative Care ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Lebensqualität. Ursprünglich für Tumorerkrankungen entwickelt, gilt dieser Ansatz für alle Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen oder die Lebenserwartung begrenzenden Erkrankung (Deutscher Hospiz- und

Palliativverband e.V.). Der ganzheitliche Ansatz der Palliative Care integriert in seinem Therapiekonzept sowohl die Linderung von Schmerzen, wie auch das Behandeln belastender Beschwerden physischer, spiritueller oder psychosozialer Art (Sepulveda et al., 2002). Eine im JAMA publizierte Studie (Steinhauser et al., 2000) konnte zeigen, dass die suffiziente Symptomkontrolle und das Adressieren psychosozialer und spiritueller Probleme vorrangiges Anliegen Schwerstkranker und Sterbender war. Aber auch das häusliche Versterben wurde als Qualitätsmerkmal für eine gelingende Palliativversorgung wahrgenommen. Eine gute häusliche Versorgung vorausgesetzt, ist dies der Wunsch der allermeisten Patienten (Higginson & Sen-Gupta, 2000; Fegg et al., 2015; Neergaard et al., 2018).

Die Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten und deren Angehörigen stehen im Vordergrund der Palliativversorgung. Um diesen gerecht zu werden, wird die Zusammenarbeit und Vernetzung als „multiprofessionelles Team“ (aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Psychologen usw.) betont und durch die *European Association of Palliative Care* (EAPC) in der Definition der „Palliative Care“ ergänzt (Radbruch & Payne, 2011).

Der Begriff Palliative Care wird in Deutschland gleichbedeutend als Palliativversorgung verwendet. Neben der Hospizarbeit und der Palliativpflege ist die Palliativmedizin hier eine tragende Säule (Husebø & Mathis, 2017).

1.2.3 Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting

Die AAPV wird von Leistungserbringern der Primärversorgung erbracht. Diese sind in der Regel nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Dabei bilden vor allem Haus- und niedergelassene Fachärzte in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Hospizdiensten die Basis der ambulanten Versorgungsstruktur. International wird als Korrelat zur AAPV der Begriff „Primary Palliative Care“ verwendet (Schneider et al., 2010c). Schätzungen zufolge können mehr als 90% aller Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf adäquat in der AAPV versorgt werden (Voltz, 2008).

Die SAPV soll als Ergänzung zur AAPV verstanden werden. Sie wurde 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gemäß § 37b SGB V als Leistungsanspruch gesetzlich verankert. Die SAPV erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur und

beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Leistungen (in Form von Beratung, Teil- und Vollversorgung, Koordination).

Patienten haben nach § 37b Abs. 1 SGB V Anspruch auf SAPV, wenn sie „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung mit einem besonders aufwendigen Versorgungsaufwand“ sind und keine Hospitalisierung indiziert ist. Unverzichtbare Anforderungen an die SAPV-Teams sind daher Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und nachgewiesene Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer (DGP & DHPV, 2009). Die Leistungserbringer der SAPV sollen dabei eng mit den Vertretern der AAPV zusammenarbeiten (Lindena et al., 2011).

Ziel ist es, die Betreuung (und den Tod) des Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Auch für Privatpatienten ist die SAPV in der Regel konkret als Versicherungsleistung in Tarifen der privaten Krankenversicherung benannt.

Die Konkretisierung dieser Versorgungsleistung erfolgte durch den GBA in der SAPV-Richtlinie (SAPV-RL vom 20. Dezember 2007) vor allem hinsichtlich Einschlusskriterien, Leistungsarten und -umfang. Die Richtlinie lässt große Spielräume hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung von Organisationsstrukturen. So haben sich im Rahmen selektiv geschlossener Verträge mit einzelnen SAPV-Teams hinsichtlich der Trägerschaft, Teamstruktur, Einbindung anderer Professionen, Qualitätsanforderungen, Vergütungsregelungen etc. insbesondere auch regional sehr heterogene SAPV-Strukturen herausgebildet (Freytag et al., 2019; Jansky et al., 2011).

1.2.4 Der Hausarzt als Akteur in der Palliativversorgung

1.2.4.1 Hausärztliche Aufgaben

Jedem gesetzlich krankenversicherten Patienten im deutschen Gesundheitssystem steht eine Basisversorgung durch einen Hausarzt (Primärarzt) zu. Die Regelung der hausärztlichen Versorgung wird durch die jeweilige KV geregelt.

Gemäß § 73 SGB V beinhaltet die hausärztliche Versorgung die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Patientenbetreuung in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des familiären Umfeldes, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und

pflegerischer Maßnahmen, die Dokumentation und das Zusammenführen von Befunden.

Palliativmedizinische Versorgung und Begleitung des Patienten ist hausärztliche Aufgabe (Leitliniengruppe Hessen, 2009). Insbesondere mit Blick auf palliativmedizinische Versorgungsituationen ist als Weichenstellung eine palliative Ersterhebung obligat, um die Situation der Patienten und ihrer individuellen Bedürfnisse in medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen wahrzunehmen und im Sinne eines „informed consent“ eine entsprechende Behandlung zu gewährleisten (Schneider, 2015). Da sich sowohl der Krankheitsverlauf, als auch die Bedürfnisse des Patienten ändern können (Munday et al., 2009), müssen diese fortlaufend neu evaluiert und Therapieziele entsprechend adaptiert werden. Die Behandlung fußt auf einer fundierten Symptomtherapie, der Koordination der Behandlung und ggf. Hinzuziehung von spezialisierter Palliativversorgung nach § 37b SGB V.

Seitens der Primärversorger bedarf es an kooperativer Zusammenarbeit und der Ausschöpfung im Netzwerk vorhandener Betreuungsangebote (z.B. ambulante oder stationäre Hospize). Hierzu zählt auch die Einbeziehung eines Pflegedienstes oder die Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Der Wunsch nach einer häuslichen Betreuung kann oftmals erst durch die aktive Einbindung von Angehörigen in das Versorgungskonzept erfüllt werden (Gomes & Higginson, 2006). Sie sind Bestandteil antizipierender Maßnahmen, wie z.B. Schulung, Erstellung von Notfallplänen oder die Bereitstellung medikamentöser Notfallversorgung. Eine angemessene Angehörigenbetreuung und Trauerbegleitung nach dem Tod des Verstorbenen gehört ebenso wie die Betreuung des Sterbenden selbst in das hausärztliche Aufgabenspektrum.

Inwieweit der Hausarzt eine dauerhafte Rufbereitschaft gewährleisten und durch Weitergabe seiner privaten Rufnummer steter Ansprechpartner seiner Palliativpatienten bleiben will oder kann, muss von jedem Hausarzt selbstkritisch hinterfragt und selbstständig entschieden werden (Maisel, 2013). Der Informationsbereitstellung (z.B. klinische Daten in Form von Entlassbriefen und aktuellen Medikamentenlisten) kommt bei eigener „Nicht-Verfügbarkeit“ große Bedeutung zu (Schweitzer et al., 2009; Mitchell, 2014).

Auch im Ausbau des „Advanced Care Plannings“ (ACP), das eine vorausschauende und vorausplanende Kommunikation aller an der Versorgung und

Begleitung beteiligten Personen meint, ist der Hausarzt im Regelfall eingebunden. Ziel dabei ist es, in einem längeren Gesprächsprozess Patient und Angehörige auf mögliche Symptome und Szenarien am Lebensende vorzubereiten, sie zu beraten und ihre Wünsche für die letzte Lebensphase zu erfassen (Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin, 2013). Die Verschriftlichung kann dabei in Form von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht festgehalten werden.

1.2.4.2 Die hausärztliche Rolle

Hausärzte sind an der Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase maßgeblich beteiligt (Bruns et al., 2014). So zeigten Daten aus einer retrospektiven Beobachtungsstudie, dass eine hausärztliche Einbindung bei 99% der Verstorbenen in den letzten 3 – 6 Monaten stattfand; in den letzten 48 Lebensstunden waren Hausärzte bei 48% der Verstorbenen in die Versorgung involviert (Gágyor et al., 2013). In zunehmender Zahl sind Hausärzte auch in SAPV-Teams tätig und übernehmen in diesem Zusammenhang die palliativmedizinische Versorgung der Patienten.

Nach ihrem Selbstverständnis wird die Betreuung von Palliativpatienten – im Rahmen einer oftmals langjährig gewachsenen Arzt-Patienten-Beziehung – traditionell als hausärztliche Aufgabe betrachtet (Ewertowski et al., 2019; Schnakenberg et al., 2016; Peng et al., 2013; Silveira & Forman, 2012; van Oorschot & Schweitzer, 2003).

Obwohl die hausärztliche Rolle über die verschiedenen Krankheitsphasen des Patienten hinweg deutlich variieren kann (Liu et al., 2018; Dahlhaus et al., 2014), wünschen sich die meisten Hausärzte kontinuierlich in der häuslichen Versorgung an der Behandlung ihrer Patienten teilhaben zu können (van Eijk & Haan, 1998). Eine kontinuierliche Begleitung durch den Hausarzt ist auch der überwiegende Wunsch von schwerstkranken und sterbenden Menschen (Johnson et al., 2018; Halkett et al., 2015; Borgsteede et al., 2006).

Gerade aber die Versorgung von palliativen Patienten wird von Hausärzten als emotional und klinisch herausfordernd wahrgenommen (Selman et al., 2017). Untersuchungen weisen auf eine Reihe von Barrieren hin:

1. Schwierigkeiten in der Identifizierung von palliativen Patienten (Ding et al., 2018; Thoonsen et al., 2015)
2. Mangelndes Interesse (Malik et al., 2017; Rhee et al., 2008)

3. Mangelndes Wissen und Expertise (Mitchell et al., 2016; Beccaro et al., 2013; Rhee et al., 2008; Evans et al., 2003)
4. Ausübung von Hausbesuchen (Rhee et al., 2008)
5. Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten (Hoexum et al., 2012; Rhee et al., 2008)
6. Erheblicher Zeitaufwand (Volkert, 2019; Rhee et al., 2018; Geiger et al., 2016; Jünger et al., 2010; Borgsteede et al., 2006)
7. Unzureichende Vergütung (Weiskopf et al., 2018; Jünger et al., 2010; Brueckner et al., 2009)
8. Bürokratische Hürden (Volkert, 2019; Jünger et al., 2010; Groot et al., 2007)
9. Fehlen von technischem Equipment (Groot et al., 2007)

1.2.4.3 Qualifikationen und Abrechnungsvoraussetzungen

(Kassenärztlich tätige) Hausärzte können für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten seit dem Jahr 2013 die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abrechnen. Eine zusätzliche bzw. spezifische Qualifikation ist dafür nicht erforderlich. Die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechtigt seit Oktober 2017 zur Abrechnung einer weiteren Ziffer (Gebührenordnungsposition (GOP) 37314: „Pauschale für konsiliarische Erörterung und Beurteilung“) und ist zudem die Voraussetzung für die Mitarbeit in einem SAPV-Team (außer Sachsen-Anhalt). Zusätzliche AAPV-Ziffern können durch Teilnahme in einem SAPV-Team nicht abgerechnet werden; die entsprechende Honorierung erfolgt durch Abrechnung mit dem SAPV-Team.

Zum 01.01.2017 wurde die „Besonders Qualifizierte und Koordinierte palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPmV) eingeführt. Mit dem Ziel die Übergänge zwischen kurativer Behandlung und palliativmedizinischer Versorgung sowie der SAPV fließend zu gestalten, wurde die palliativmedizinische Versorgung (nach §87 Paragraph 1b SGB V) um diese Versorgungsstruktur ergänzt. Seinen Geltungsbereich hat die BQKPmV für häuslich versorgte Palliativpatienten, bei denen ein stark reduzierter Allgemeinzustand vorliegt, ohne jedoch die Indikation zur Krankenhauseinweisung oder SAPV-Verordnung zu erfüllen (Fehlen von komplexem Symptomgeschehen).

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle Haus- und Fachärzte berechtigt, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, die von der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung (KBV) und dem GBA festgelegt wurden. Die geforderten theoretischen Kenntnisse können durch die 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer abgedeckt werden. Die Genehmigung als BQKPmV-Arzt schafft durch die (extrabudgetäre) Abrechenbarkeit von vier der acht neu eingeführten GOPs vom 01.10.2017 (z.B. Koordinationspauschale) einen besonderen finanziellen Anreiz zum Erwerb dieser Qualifikation. Die Hausärzteschaft steht dieser neuen Versorgungsstruktur jedoch eher skeptisch gegenüber (Blank et al., 2018). Kritisiert wird insbesondere die Ausgrenzung der Hausärzte aus der palliativmedizinischen Versorgung, da die Qualifikation an unrealistische Weiterbildungsverpflichtungen bei laufendem Praxisbetrieb (14 Tage Hospitation im SAPV-Team, Versorgung von 15 Palliativpatienten) gekoppelt sei (Weigeldt, 2017). Vertreter der Palliativmedizin befürchten, dass die neuen EBM-Ziffern auch bei Patienten abgerechnet werden, die durch SAPV-Teams besser versorgt wären. Dies wird insbesondere deshalb kritisch gesehen, weil eine parallele Abrechenbarkeit von SAPV-Leistungen und BQKPmV (mit Ausnahme der Beratungsleistung) nicht möglich sind (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2018).

Gerade auch die Teilnahme an Selektivverträgen (nach §140a und 73b), die zu einer Abrechnung über die Regelversorgung hinaus befähigen, steht in Konkurrenz zur BQKPmV. Als Beispiel sei die KV Westfalen-Lippe genannt, bei der die allgemeine sowie spezialisierte Palliativversorgung weitestgehend über die Teilnahme an einem Selektivvertrag geregelt ist (Schlingensiepen, 2017). Erwähnenswert ist auch, dass die Implementierung der BQKPmV in die Patientenversorgung in einigen Bundesländern nur schleppend verläuft (z.B. in Niedersachsen).

Im pflegerischen Bereich wurde ebenfalls eine neue Leistung Nr. 24a in die Richtlinie der Häuslichen Krankenpflege (HKP-RL) eingeführt, die als Komplexleistung zur Symptomkontrolle bei sterbenden Menschen durch Pflegedienste eingesetzt werden kann. Eine gesonderte Qualifikation der Pflegekräfte ist dafür nicht erforderlich (Nauck & Jansky, 2018).

Tabelle 2 gibt einen orientierenden Überblick über die Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Hinblick auf gesetzliche Verankerung, Leistungsregelung und Qualifikationsanforderungen oder Akteure in der Palliativversorgung in Deutschland.

Tabelle 2: Palliativversorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Gesetzliche Verankerung, Leistungsregelung und Qualifikationsanforderungen)

Krankenbehandlung SGB V						
	AAPV					**SAPV**
	GKV-Versicherte mit Bedarf an PV (Basisversorgung)	GKV-Versicherte mit besonderem Bedarf an Palliativversorgung				GKV-Versicherte mit besonders aufwändigem Bedarf an PV
Gesetzliche Verankerung	§ 27 SGB V **Krankenbehandlung** „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“	§ 87 Abs. 1b SGB V „**Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung** (BQKPmV)“	§37 SGBV „**Belange von Palliativ-patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege**“	§140a SGBV **Besondere Versorgung**	§ 73b SGB V - § 119b SGB V	§37b i.V.m. §132d SGBV **„Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)“**
Leistungs-regelung	EBM HKP-Richtlinie Krankenhaus-strukturgesetz Heil- und Hilfsmittelkatalog	Bundesmantelvertrag Anlage 30	GBA- RL Häusliche Krankenpflege-Nr. 24a Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege	Besondere ambulante ärztliche Versorgungs-aufträge Einzelne Verträge mit Leistungs-erbringern	§ 73b SGB V: Verträge mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten § 119b SGB V: Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern	GBA- RL SAPV SAPV Vertrag mit den Krankenkassen, viele angelehnt an die Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Qualifikations-anforderung an Leistungsakteure	Berufliche Grundqualifikation der einzelnen beteiligten Berufsgruppen, keine besondere palliativmedizinische Qualifikation	Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team <u>oder</u> Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre <u>und</u> theoretische Kenntnisse (i.d.R 40-stündige Kursweiterbildung)	Zugelassener Pflegedienst mit beruflicher Grund-qualifikation	Regelung nach Vertrag	Regelung nach Vertrag	Anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer* <u>und</u> Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten
EBM= Einheitlicher Bewertungsmaßstab, SGB = Sozialgesetzbuch, PV= Palliativversorgung, RL=Richtlinie *bezieht sich nur auf Ärzte						

1.2.5 Nahtstelle von AAPV und SAPV

1.2.5.1 Die hausärztliche Rolle im Netzwerk der ambulanten Versorgung

Bei einer jüngst publizierten Studie, bei der die Versorgung durch AAPV bzw. SAPV aus Sicht von Patienten und Angehörigen dargestellt wurde (Mühlensiepen et al., 2019), konnten regelhafte Unterschiede in Bezug auf die Rollenverteilung der involvierten Leistungserbringer im Versorgungsnetzwerk identifiziert werden. In der AAPV ist der Hausarzt zentraler Ansprechpartner und Koordinator (Bauschke et al., 2014), auch wenn die Intensität der Einbringung durchaus variieren kann (Burt et al., 2006). Nach Hinzuziehung der SAPV verliert der Hausarzt aus Sicht der Patienten seine Rolle als medizinischer Experte und primärer Ansprechpartner (Schwabe et al., 2017). Patienten schreiben insbesondere den SAPV-Teams Expertise im Bereich der Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle zu (Mühlensiepen et al., 2019). Bedeutend ist für sie auch das subjektive Sicherheitsgefühl im Alltag im Notfall fachkundig und unmittelbar Hilfe zu bekommen (Schwabe et al., 2017). Wenn SAPV nicht an der Behandlung beteiligt ist, wird diese Aufgabe dem Hausarzt zugeschrieben (Johnson et al., 2018).

Diese Verschiebung der hausärztlichen Rolle und Verantwortlichkeit durch eine neue Versorgungsstruktur kann zu Konflikten und Rivalität führen (Seamark et al., 1993).

Mit der SAPV konfrontiert, wird von Hausärzten vor allem die Gefahr einer Fragmentierung der Gesundheitsversorgung (Brueckner et al., 2009) problematisiert, sowie die Reduktion der hausärztliche Beteiligung an der Patientenbetreuung auf „bürokratische Funktionen“ und ein forciertes Herausdrängen des Hausarztes aus der Versorgung wahrgenommen (Schneider et al., 2014).

Die SAPV wirkt für Hausärzte typischerweise dann konkurrierend und ausgrenzend, wenn Kommunikationsdefizite und mangelhafte Absprachen vorherrschen (Schneider et al., 2014; Shipman et al., 2002). Diese Beobachtung bildet die Grundlage dafür zu fragen, ob bestimmte SAPV-Team-Eigenschaften einen Einfluss auf die hausärztliche SAPV-Beurteilung haben könnten.

Die Mehrheit der Hausärzte steht einer Zusammenarbeit mit der SAPV dennoch positiv gegenüber (Kaiser et al., 2016; Sitte, 2011; Lloyd-Williams et al., 2000; Desmedt & Michel, 2002). Sie wirkt für Hausärzte entlastend, indem in entsprechend

komplexen, die AAPV überfordernden Versorgungssituationen Verantwortung für das Geschehen vor Ort übernommen wird (Schneider et al., 2014).

Eine hausärztliche Überforderung kann durch hohe Symptom- oder Problemlast des Patienten bedingt sein (Mitchell et al., 2018). Unter denen in der Palliativsituation vorkommenden Symptomen Schwäche, Müdigkeit, Appetitmangel, Schmerzen, Luftnot, Anspannung, Angst und Depressivität (Gellert, 2016; Lindena et al., 2011) werden bestimmte Symptome als besonders schwierig in der Therapie angesehen, vor allem Dyspnoe, Appetitmangel und Depression (Grande et al., 1997). Gerade in Abgrenzung zu den am häufigsten hausärztlich versorgten Akutdiagnosen (Inkontinenz, Erbrechen und Schmerzen) (Bleeker et al., 2007), führen die o.g. Situationen in der Behandlung zu einer hausärztlichen Kompetenzüberschreitung (Mitchell et al., 2018) mit resultierender SAPV-Einbindung (Dahlhaus et al., 2013). Gerade aber auch eine Dekompensation des häuslichen Umfeldes, die oftmals erst sehr spät erkannt wird (Vogel et al., 2019; Grunfeld et al., 2004), kann dann die Abmilderung durch eine SAPV erforderlich machen.

Aber auch situative oder strukturelle Gegebenheiten triggern die hausärztliche Wahrnehmung der SAPV als Entlastung: Zeitmangel, bessere Expertise der Spezialisten und die Wahrnehmung der Palliativversorgung als unvereinbare Tätigkeit mit anderen Pflichten werden als Hauptgründe für eine SAPV-Überweisung genannt (Giezendanner et al., 2017). Als besonderer Benefit wird auch die potenzielle Einsparung unter ökonomischen Aspekten (z.B. Budgetentlastung für teure Medikamente, Hilfsmittel) gesehen (Kaiser et al., 2016).

Auch die Erkenntnis, dass Hausärzte in ländlicheren Regionen mehr Engagement in verschiedenen Tätigkeiten der Patientenversorgung zeigen (Johnson et al., 2018; Hanks et al., 2008), obwohl sie stärker von begrenzten Ressourcen betroffen zu sein scheinen (Ding et al., 2019), zeigt die mögliche Abhängigkeit des hausärztlichen Tätigwerdens von kontextualen Faktoren .

Auf der anderen Seite scheint auch das Ausmaß der SAPV-Einbindung solchen Faktoren unterworfen zu sein. Schaut man sich die Anzahl der SAPV-Verordnungen seit Beginn der Einführung der SAPV in Deutschland an, lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der Verordnungen (Bertelsmann Faktencheck, 2015; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017) bei anhaltend großen regionalen Unterschieden – zum Beispiel auf KV-Ebene (Nauck & Jansky, 2018) – verzeichnen. Diese Beobachtung macht die wechselseitige Beeinflussung der kontextualen

Faktoren und der SAPV wahrscheinlich. Welche Rolle dem Hausarzt als Hauptinitiator der SAPV-Einbindung (Drieskens et al., 2008; Grabenhorst, 2017) zukommt und wie weit dem Vorhandensein und Funktionieren der palliativen Infrastruktur einer Bedeutung zukommt, ist bisher nicht geklärt.

2 Fragestellung und wissenschaftliche Einordnung

2.1 Einbettung in das Gesamt-Projekt

Die vorliegende Untersuchung ist Teil des Gesamtforschungsprojektes „SAVOIR“ (Evaluierung der SAPV-Richtlinie - Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede), das die Vielfalt der SAPV-Modelle sowie der damit einhergehenden regionalen Versorgungsstrukturen untersucht.

Ziel ist es, die Faktoren herauszuarbeiten, die die Versorgungsqualität der SAPV beeinflussen und daher in einer zukünftigen Richtlinie des GBA berücksichtigt werden sollten.

2.2 Fragestellungen

Die Hauptfragestellungen der Arbeit lauten:

1. Welche Aufgaben werden in der Palliativbetreuung durch Hausärzte in welchem Ausmaß übernommen?
2. Was beeinflusst das hausärztliche palliativmedizinische Tätigwerden?
3. Bei welchen Aktivitäten ist die Hinzuziehung eines SAPV-Teams bzw. palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD)[3] für Hausärzte wichtig?
4. Welche Determinanten beeinflussen die hausärztlich eingeschätzte Wichtigkeit der SAPV?

Als Nebenfragen wurden definiert:

1. Gibt es regionale Unterschiede in der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität sowie der Wichtigkeit des SAPV-Teams?
2. Was beeinflusst die hausärztlich wahrgenommene Qualität der SAPV?

[3] Im Weiteren ist mit der Verwendung des Begriffes SAPV ebenso der palliativmedizinische Konsiliardienst (PKD) zur Berücksichtigung der Strukturen in Westfalen-Lippe gemeint (siehe Kapitel 3.4.2)

2.3 Neuheitsgrad und Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist eine überregionale Analyse des Umfangs hausärztlicher Aufgaben und Funktionen in der Versorgung von Palliativpatienten ohne und mit Hinzuziehung der SAPV – also an der Nahtstelle zwischen AAPV und SAPV.

Eine bundesweite Evaluierung unter Berücksichtigung der hausärztlichen Perspektive, der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Bedingungen vor Ort (palliativmedizinische Infrastruktur) sowie der großen Fallzahl ist – soweit bekannt – die erste Untersuchung dieser Art. Während viele bisher durchgeführte Befragungen die hausärztliche Versorgung in Bezug auf spezifische Patientenkohorten beschreiben (Afshar et al., 2015), ist das Ziel dieser Untersuchung eine Beschreibung der hausärztlichen Tätigkeiten bei Palliativ-Patienten in der Häuslichkeit unter Alltagsbedingungen.

Auch der Einfluss der hehttps://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.htmlterogenen Ausgestaltungen von SAPV-Verträgen (und damit verbundenen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen) sowie die Einführung der BQKPmV auf den Umfang hausärztlicher AAPV-Aufgaben und SAPV-Verordnungen wurde bisher noch nicht näher untersucht, was in der vorliegenden Arbeit erfolgt.

Umfassende Kenntnisse der Einflussfaktoren für die hausärztliche Betreuung von Patienten am Lebensende sind entscheidende Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung einer zielgerichteten und effizienten Palliativversorgung, da der Hausarzt dabei eine zentrale Rolle einnimmt.

3 Methoden

3.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine querschnittliche, quantitative Befragungsstudie. Zielgruppe waren Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte aus insgesamt acht KVen. Hieraus wurde eine Zufallsstichprobe von n=6000 (n=750 pro KV) ermittelt. Diese wurde anonym zu einem einmaligen Zeitpunkt mit einem selbst konzipierten Fragebogen beschickt.

3.2 Fragebogen

3.2.1 Fragebogenentwicklung

Zur Darstellung differenzierter Ergebnisse aus einem Forschungsfeld in Breite, Vielfalt und Tiefe (Johnson et al., 2007) wird ein multimodales, qualitativ-quantitatives (mixed-method) Vorgehen empfohlen (Wisdom et al., 2012). Neben einer Recherche in nationaler und internationaler Literatur zu Arbeiten dieser oder artverwandter Thematiken, wurden zeitgleich semi-strukturierte Interviews mit Hausärzten durchgeführt. Die Ergebnisse mündeten in der Erstellung eines standardisierten Fragebogens.

3.2.1.1 Literaturrecherche

Im Rahmen der Analyse wurden Studien zum Tätigwerden von Hausärzten in der Palliativversorgung sowie deren Einbindung in spezialisierte palliative Versorgungsstrukturen nach einem systematischen Vorgehen mit pragmatischem Ansatz recherchiert. In Medline wurde nach entsprechenden MeSH-Terms gesucht. Als relevante Suchbegriffe wurden „family physician“, „general practitioner“ bzw. „general practice“ und „family practice“ in der ersten Begriffsebene festgelegt. Auf der zweiten Begriffsebene wurden die Schlagwörter „specialised/specialized outpatient palliative care“, „home care“, „home care service“, „hospice service“ verwendet. Außerdem wurden die Begriffe „survey“, „cross-sectional“ und „questionnaire“ verwendet. Anschließend wurden Kombinationen für die Eingabe in die Suchmaske der elektronischen Datenbank (mithilfe Bool’scher Operatoren) zusammengestellt. Die Verwendung der Begriffe in Singular- und/oder Plural-Form wurde nach der im englischen Sprachraum üblichen Form ausgewählt. Der Recherchezeitraum erstreckte sich vom Mai bis September 2017; Suchsprachen waren Deutsch und Englisch.

Die erzielten Treffer wurden auf Abstract-Ebene gesichtet und nach Übereinstimmung mit unserer Forschungsfrage in eine Literaturdatenbank (EndNote) eingepflegt. Als relevant erachtete Veröffentlichungen wurden im Volltext gelesen und ggf. für diese Arbeit verwendet.

In einem zweiten Schritt wurde eine Freitextsuche mit Google™ und Google Scholar™ sowie in der Online-Datenbank der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ durchgeführt. Besonderes Augenmerk lag hier auf Stellungnahmen und Gutachten

von Fachgesellschaften und zuständigen Gremien (z.B. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV, Deutscher Hausärzteverband, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin).

Eine Synopsis der vorhandenen Literatur im Hinblick auf bisherige Befragungsgegenstände von Hausärzten in der nationalen und internationalen Palliativversorgung wurde erstellt.

Im Verlauf der Arbeit fand dreimalig eine Nachrecherche in Medline sowie im Internet über o.g. Suchstrategie statt.

3.2.1.2 Semi-strukturierte Interviews

Parallel zur Durchführung des Literaturstudiums wurden zur Felderschließung semi-strukturierte Interviews mit palliativmedizinisch aktiven Ärzten (n=5) realisiert. Diese sind in unterschiedlichem Ausmaß an der (spezialisierten) Palliativversorgung beteiligt:

- n=2 Hausärzte, die gelegentlich SAPV verordnen,
- n=2 Hausärzte, die im SAPV-Team tätig sind,
- n=1 Klinikärztin, die im klinikansässigen SAPV-Team mitarbeitet.

Eine Rekrutierung dieser Ärzte, von denen vier als Lehrärzte des Instituts für Allgemeinmedizin erfasst sind, erfolgte über direkte Ansprache via Email. Die Länge der Interviews erstreckte sich von 45 – 120 Minuten.

3.2.1.3 Entwurfsphase: Pre-Test und Pilotierung

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Felderschließung durch die semi-strukturierten Interviews wurden herangezogen, um einen themenbezogenen Fragebogen mit überwiegend geschlossenen Fragen zu entwickeln. Die Themenauswahl für den Fragebogen orientierte sich zum einen an den vereinbarten Forschungsfragen im Projektantrag für den GBA, zum anderen an wenig beforschten Themenfeldern (siehe Kapitel 2.3).

Der erste Entwurf des Fragebogens wurde im November 2017 in einer interdisziplinären Konferenz am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena vorgestellt und diskutiert. In dieser Entwurfsfassung des Fragebogens wurde die große Anzahl an Themen und die damit einhergehende Länge kritisch angemerkt. Unter differenzierter Abwägung von Informationsgewinn und Länge des Fragebogens (vor allem im Hinblick auf die bekannt niedrige

Rücklaufrate bei Hausarztbefragungen (Cottrell et al., 2015)) entschieden wir uns für den Verzicht auf einen Themenkomplex zu Patienten- (bzw. symptom-)bezogenen Fragen.

Ein Pre-Test des Instruments im Feld erfolgte im November 2017 zum „Thüringer Tag der Allgemeinmedizin“ in Jena. Hier konnten n=7 Hausärzte für eine Pilotierung gewonnen werden. Kritische Anmerkungen wurden hinsichtlich Komplexität und Länge des Fragebogens sowie Verständnisprobleme (durch nicht eindeutige Formulierungen oder Wortwahl) getätigt. Außerdem wurde auf die fehlende Definition eines „palliativmedizinischen Patienten“ hingewiesen. Die Kategorisierungen bzw. Bezugszeiträume wurden z.T. kritisiert und mit Verbesserungsvorschlägen versehen. Anhand der Erfahrungen aus dieser Pilotierung bezüglich Verständlichkeit der Fragen, Antwortmuster, Non-Response/Fehler bei der Beantwortung einzelner Fragen sowie der Kommentare der Hausärzte wurde der Fragebogen nochmals leicht modifiziert.

Im Dezember 2017 wurde ein zweiter, (instituts-übergreifender) Expertenworkshop mit dem Ziel einer abschließenden Konzeption des Fragebogens durchgeführt. Resultierend aus diesem Austausch wurde vor allem eine Anpassung der Fragen unter linguistischen Gesichtspunkten vorgenommen.

Im zweiten, abschließenden Testlauf wurden zwei Thüringer Lehrärzte mit der Bitte um Beurteilung des Fragebogens hinsichtlich Verständnis, Vollständigkeit, Dauer des Ausfüllens und Layout angefragt. Die Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt; Kritikpunkte wurden nicht geäußert. Die angegebene Ausfülldauer belief sich auf 20 – 25 Minuten.

Unter der Annahme, dass die bundesweit heterogene Entwicklung der SAPV-Strukturen auch zu einem unterschiedlichen Verständnis der Begrifflichkeiten geführt haben könnte (die vermutlich besonders ausgeprägt in Berlin und Westfalen-Lippe sind), fragten wir je 10 zufällig ausgewählte Hausärzte aus beiden KVen per Fax für die Teilnahme an unserer Pilotierung an. Die Rücklaufquote betrug 15% (n=2 aus Westfalen-Lippe, n=1 aus Berlin). Da der Fragebogen jeweils vollständig ausgefüllt und keine Anmerkungen getätigt wurden, nahmen wir keine Änderung am Fragebogen bzw. keine KV-spezifische Anpassung in den Formulierungen einzelner Fragen vor.

3.2.2 Fragebogenaufbau

Im finalisierten sechs-seitigen Fragebogen wurden neun Themenkomplexe adressiert. Die endgültige Version des Instruments befindet sich in der Anlage (siehe Anlage 4). Im Folgenden wird der Aufbau der einzelnen Themenkomplexe beschrieben.

3.2.2.1 Soziodemographische Daten

Die ersten 12 Items wurden zur Erfassung der Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte aufgenommen: Alter, Geschlecht, Tätigkeitsdauer im ambulanten Sektor, Tätigkeitsform (Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)), Angestelltenverhältnis (ja/nein), KV-Zugehörigkeit, Lage der Praxis (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt), Arbeitsbelastung (Stunden pro Woche), Anzahl Scheine pro Quartal, Anzahl Hausbesuche pro Woche, Anzahl palliativer Patienten pro Jahr, Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal. Die Angabe der letztgenannten fünf Items erfolgte numerisch.

Die Einteilung der Regionstypen (hinsichtlich Lage der Praxis) erfolgte in Anlehnung an Definitionen des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung).

3.2.2.2 Berührungen mit der Palliativmedizin

Dieser Themenkomplex beinhaltet alle für Hausärzte in Deutschland relevanten Qualifikations- bzw. Abrechnungsmodalitäten in Hinblick auf die palliativmedizinische Versorgung. Die Auswahl von Mehrfachantworten war möglich.

3.2.2.3 Selbstverständnis

In Bezug auf die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden sollte auf einer 4-stufigen Likert-Skala (von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll zu“) die jeweils zutreffende Antwort angegeben werden. In den sechs Items aus diesem Themenblock soll die Rolle des Hausarztes in Koordination und kontinuierlicher Begleitung sowie der Stellenwert der Palliativversorgung in seinem hausärztlichen Tätigkeitsfeld herausgearbeitet werden.

Das Item „Die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden sollte zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein“ wird in folgenden Analysen

(univariat/multipel) zur Abbildung des hausärztlichen Selbstverständnisses herangezogen.

3.2.2.4 Palliativmedizinisches Kompetenzempfinden

In der Abfrage der selbsteingeschätzten Kompetenz/Erfahrung/Sicherheit/Expertise haben wir keine Unterscheidung in den Konstrukten der Konfidenz, also das Selbstvertrauen in das eigene Können, und der Kompetenz, der Fähigkeit der Umsetzung von Wissen in Handlungen (North et al., 2013), getroffen. Beide Begriffe werden häufig synonym verwendet (Lemire, 2013); auf einen differenzierten Gebrauch der Termini in unserem Fragebogen wurde daher ebenfalls verzichtet. Im Weiteren wird der Begriff Kompetenzempfinden zur Abbildung der selbsteingeschätzten Expertise bei verschiedenen palliativmedizinischen Aktivitäten verwendet.

Dazu wurden zehn Tätigkeitsfelder ausgesucht, bei denen die Hausärzte angegeben sollten, wie oft sie sich hinsichtlich dieser Tätigkeit sicher fühlen. Die Antwortmöglichkeiten wurden auf einer 4-stufigen Likert-Skala (von „nie“ bis „immer“) erfragt. Erfasst wurde ebenso eine Gesamteinschätzung der palliativmedizinischen Kompetenz (von „schlecht“ bis „gut“). Letztgenannte wird in folgenden Analysen als unabhängige Variable zur Abbildung des hausärztlichen Kompetenzempfindens/ Sicherheitsgefühls herangezogen.

3.2.2.5 Palliativmedizinische Infrastruktur

Ein enges Zusammenwirken verschiedener Akteure wird als Voraussetzung für eine gelingende Palliativversorgung und den Verbleib palliativer Patienten in der Häuslichkeit angesehen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2018). Die Auflistung potentieller Akteure im Rahmen der für Hausärzte möglichen Interaktions- bzw. Kooperationspartner umfasst: eigene, nicht-ärztliche Praxismitarbeiter für Hausbesuche (VERAH/NÄPA), ambulanter Pflegedienst, ambulanter Palliativ(pflege)dienst, weitere Dienste (ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste), Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt, (anderer) Vertragsarzt der BQKPmV, SAPV-Team, Palliativstation, stationäres Hospiz sowie HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha- und Arzneimittel).

Zur Berücksichtigung der besonderen Strukturen in Westfalen-Lippe wurde ebenso der PKD in die Liste aufgenommen. Erfragt wurden:

1. das Vorhandensein des jeweiligen Akteurs (ja/nein/nicht bekannt)
2. wenn vorhanden und mindestens einmalig genutzt: Einschätzung der Versorgungsqualität (von „gut“ bis „schlecht“)

Die o.g. Akteure wurden auf Basis der in den SAPV-Musterverträgen genannten Kooperationspartner (z.B. Mustervertrag Thüringen), vorhandener Literatur (Barclay et al., 1999) und unseren geführten Hausarztinterviews als relevant identifiziert.

Im letzten Item dieses Themenblockes sollte die Gesamt-Versorgungsqualität der den Hausarzt umgebenden Palliativ-Infrastruktur (Skalierung von „schlecht“ bis „gut“) angegeben werden.

3.2.2.6 SAPV-Verordnungspraxis

Der Themenblock zur SAPV-Verordnungspraxis beginnt mit der Frage, ob in der hausärztlichen Tätigkeit jemals SAPV verordnet wurde. Wurde SAPV bisher noch nicht verordnet, sollte der Antwortende diesen Fragenkomplex überspringen. Fragen zur Anzahl von SAPV-Verordnungen pro Jahr und Anzahl von SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer wurden numerisch abgefragt. Die Items zur regelhaften Einbindung nach SAPV-Initiierung und Häufigkeit einer Ablehnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wurden auf einer 4-stufigen Likert-Skala (von „nie“ bis „immer“) abgefragt.

Eine weitere Frage bezog sich auf die überwiegend verordnete Leistung nach „Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“.

In diesem Zusammenhang wurden in einem weiteren Themenblock Merkmale/Kennzeichen von SAPV-Teams abgefragt, mit denen die Hausärzte überwiegend zusammen arbeiten. Zur Erstellung dieser Liste durchsuchten wir den „Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin Deutschland“ der DGP mit Blick auf hausärztlich relevante Strukturmerkmale, die anschließend mit ausgewählten Partnern im Verbundforschungsprojekt konsentiert wurde. Die finale Auswahl beinhaltete:

- SAPV bietet als Leistung Vollversorgung an
- Vorhalten verschiedener Professionen im Team
- Gute materielle Ausstattung

- Möglichkeit zur (telefonischen) Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit)
- Regelmäßige Besprechung von Patientenkasuistiken mit allen Versorgungsakteuren
- Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen
- Ärztliche Leitung des SAPV-Teams durch: Klinikärzte, Hausärzte oder ambulante Fachspezialisten
- Ansiedlung des SAPV-Teams: bei einer Praxis/Praxis-Verbund, an einer Klinik, bei einem Hospiz/ambulanten Hospizdienst, bei einem Pflegedienst, bei sonstigen Institutionen (Palliativstützpunkt, Netzwerk etc.)

Die Antwortmöglichkeiten waren nominal (ja/nein/nicht bekannt). Wurden die Items „Ärztliche Leitung“ bzw. „Ansiedlung des SAPV-Teams“ als „nicht bekannt“ angegeben, wurden die entsprechenden Antwortmöglichkeiten als logisches Missing definiert.

3.2.2.7 Hausärztliches Aufgabenspektrum und empfundene Wichtigkeit der SAPV

Dieser Themenblock ist das Kernstück des Fragebogens. Um die hausärztliche Aktivität abzubilden, wurde ein Konstrukt entworfen, das in 32 Items die Aktivitäten/Tätigkeiten in der Versorgung palliativer Patienten in der Häuslichkeit aufgreift. Diese wurden zur besseren Übersicht zu fünf Kategorien aggregiert (Assessment und Versorgungsplanung, Symptomlinderung, Interventionen, Koordination sowie Verfügbarkeit).

Die Auswahl der Items und Kategorien wurde auf Grundlage folgender Quellen getroffen:

- Hausärztliche Aufgabenbereiche anhand der Literaturrecherche (Ramanayake et al., 2016; Maisel, 2013)
- SAPV-Musterverträge (§ Aufgabenbereiche),
- „Vereinbarung nach §87 Abs. 1b SBG V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (§5 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte)
- Empirische Berichte

Antworten sollten unter dem Gesichtspunkt gegeben werden, wie häufig die einzelnen Aktivitäten durch den Hausarzt bei der palliativmedizinischen Versorgung

ausgeführt werden (4-stufige Likert-Skala von „nie“ bis „immer“). Zu jedem einzelnen Item sollte in einem zweiten Schritt angegeben werden, wie wichtig dem Hausarzt ein SAPV-Team/PKD in Bezug auf die jeweilige Tätigkeit ist. Die Antwortskala erstreckt sich auf einer 3-stufigen Likert-Skala von „nicht erforderlich“ bis „sehr wichtig“.

3.2.2.8 Verbesserungen der Rahmenbedingungen

Zur Angabe von Verbesserungsvorschlägen mit Blick auf das palliativmedizinische Handeln wurden zwölf Items ausgewählt, die aus den folgenden Quellen abgeleitet wurden:

1. Im internationalen Kontext wurden fördernde Faktoren für die Entwicklung der primären Palliativversorgung auf Basis von 20 Länderprofilen (Schneider, 2014) beschrieben. Tabelle 3 zeigt die genannten Faktoren sowie die daraus abgeleiteten Verbesserungsvorschläge im Fragebogen.

Tabelle 3: Fördernde Faktoren für die Entwicklung der Palliativversorgung und die Umsetzung im Fragebogen

Fördernde Faktoren (Schneider 2014)	**Item im Fragebogen**
Fachliche Unterstützung und Ausbau von klinisch-praktischen Netzwerken	Unmittelbare Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen
Finanzierungssysteme, welche die Palliativversorgung sachgerecht erstatten (etablierte Primärversorgung)	Aufwandsgerechtere Vergütung (Hausbesuche, telefonische Beratung, 24h-Betreuung)
Qualifizierungsmöglichkeiten (z.B. postgraduale Zertifizierungsmöglichkeit von Hausärzten in Italien oder Spanien)	Erreichbare (interdisziplinäre) Fortbildungsangebote für alle in die Versorgung involvierte Behandler

2. Ansätze aus dem aus Großbritannien stammenden „Gold Standard Framework“ (GSF) (Thomas, 2003) – ein systematischer, evidenzbasierter Versorgungsansatz zur Optimierung der Versorgung von Patienten während der letzten Lebensmonate durch ihre Hausärzte (siehe Tabelle 4)

Tabelle 4: Schlüsselaufgaben des GSF und Umsetzung im Fragebogen

GSF - Schlüsselaufgaben	Item im Fragebogen
Coordination (Identified GSF coordinator practice, coordination, keyworker, co-ordination in other settings)	Möglichkeiten der Versorgungskoordinierung und des Überleitungsmanagements durch speziell geschultes Personal
Carer Support (Practical, emotional, bereavement)	Einbeziehung von Trauerarbeit/Trauerbegleitung in das palliativmedizinische Versorgungs-konzept
Communication, Coordination and Continuity of Care Out of Hours (Hand over form + out of hour protocols)	Standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten palliativversorgenden Leistungserbringern
Communication (ACP)	Etablierung des Konzeptes „Advance Care Planning“ in der Palliativversorgung
Continued learning: continued quality improvement	Ambulante Pflegedienste palliativmedizinisch besser qualifizieren

3. In der Literatur als defizitär beschriebene Umstände in der Palliativversorgung (mit daraus abgeleiteten Verbesserungsvorschlägen) (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Literaturgestützte Kritikpunkte in der aktuellen Palliativversorgung und Umsetzung im Fragebogen

Literaturgestützte Kritikpunkte in der aktuellen Palliativversorgung	Item im Fragebogen
Aktuelle Debatten um „Übertherapie“ und Rechtsfragen am Lebensende	Stärkung der Hospizkultur
Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen herausfordernd und unzureichend (Mitchell et al., 2011)	Palliativversorgungsbedarf von Patienten in Pflegeeinrichtungen besser erkennen und decken
Ehrenamtlicher Beitrag als wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung beschrieben (Burbeck et al., 2014; Vanderstichelen et al., 2018),	Stärkung des Ehrenamtes in der Palliativbetreuung

Literaturgestützte Kritikpunkte in der aktuellen Palliativversorgung	Item im Fragebogen
jedoch limitierte Zusammenarbeit mit anderen Versorgern/Einbindung (Vanderstichelen et al., 2019) sowie Ressourcenknappheit (Vanderstichelen et al., 2018)	
SAPV in Deutschland (noch) nicht flächendeckend ausgebaut (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016)	Ausbau der SAPV-Kapazitäten

Die Antwortmöglichkeiten erstreckten sich auf einer 3-stufigen Likertskala über („eher nicht wichtig“, „wichtig“, „sehr wichtig“). Darüber hinaus konnte das Antwortfeld „weiß nicht“ angegeben werden.

Für mögliche, nicht adressierte Verbesserungsvorschläge wurde ein Freitextfeld „Sonstiges“ geschaffen.

3.3 Datenschutz und Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission

Das standardisierte, quantitative Forschungsdesign in Form einer anonymen Hausarztbefragung ließ keinen Rückschluss auf den antwortenden Hausarzt zu.

In einem personalisierten Schreiben (siehe Kapitel 11.2 Anlage 2) wurden die Hausärzte über Datennutzung und –auswertung informiert. Dabei wurde explizit darauf hingewiesen, dass das Rücksenden des Fragebogens als Zustimmung zur Nutzung der Daten gilt.

Entsprechend den gesetzlichen Vorschriften wurden die studienbezogenen Daten (Fragebögen) ausschließlich in den Räumen der Abteilung Allgemeinmedizin aufbewahrt und nur für wissenschaftliche Zwecke genutzt. Die Speicherung der Daten erfolgte in einer dafür vorgesehenen elektronischen Datenbank. Die Übertragung der Daten erfolgte manuell.

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethik-Kommission des Universitätsklinikums Jena am 23. Oktober 2017 unter dem Aktenzeichen 5316-

10/17 genehmigt (siehe Kapitel 11.5 Anlage 5). Die Richtlinien des Datenschutzes wurden befolgt und eingehalten.

Eine Studienregistrierung erfolgte am Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) am 14.05.2017 (DRKS00014726).

3.4 Stichprobenauswahl

3.4.1 Fallzahlberechnung

Damit bis zu 10 Parameter gleichzeitig in explorativen Analysen (stabil) geschätzt (exploratives zweiseitiges Signifikanzniveau α=5%) und nach Bonferroni-Korrektur bis zu 50 Zielparameter zwischen Gruppen verglichen werden können, um einen mittelstarken Effekt (d=0,5) bei einer Power von 80% zu finden, wurde durch eine explorativen Poweranalyse eine benötigte Stichprobengröße von n=700 ermittelt.

In vorherigen schriftlichen Befragungen von Hausärzten des Jenaer Instituts für Allgemeinmedizin konnten Rücklaufraten von ca. 20% erzielt werden (Wolf und Freytag, 2017). Quoten in dieser Größenordnung wurden auch von anderen Arbeitsgruppen registriert (Kelley et al., 2003; Cottrell et al., 2015). Dementsprechend sollten bei dieser geschätzten Rücklaufquote insgesamt 3500 Hausärzte in sieben KVen (n=500 pro KV) angeschrieben und um Teilnahme an der Befragung gebeten werden. Als Ausbaustufe entschieden wir uns, 6000 Hausärzte aus acht KVen (n=750 pro KV) mit dem Fragebogen zu beschicken.

3.4.2 Auswahl der KVen

Die Auswahl der KVen erfolgte einerseits auf Grundlage größtmöglicher Diversität hinsichtlich geografischer Ausprägungen (Nord/Süd/Ost/West; Stadtstaat vs. Flächenstaat), als auch hinsichtlich der Ausprägungen der regionalen palliativen Versorgungsinfrastruktur (AAPV-Selektivverträge parallel vorhanden vs. nicht vorhanden) sowie rechtlicher Rahmenbedingungen von SAPV (kassenübergreifend übereinstimmende versus kassenindividuell unterschiedliche SAPV-Verträge innerhalb einer KV; Open-House-Modell ja/nein; Hausbesuche gedeckelt ja/nein). Ein zusätzliches Kriterium war der zum Zeitpunkt der Befragung flächendeckende Ausbau von SAPV (auch ablesbar am Anteil der Erstverordnungen der Verstorbenen).

Entsprechend dieser Kriterien wurde die folgende Auswahl getroffen:

1. *Bayern* – Als flächenmäßig größtes Bundesland der Bundesrepublik Deutschland weist Bayern große regionale Unterschiede hinsichtlich Fläche und Bevölkerung auf, die sich auch im unterschiedlichen Ausbau und Nutzung der palliativen Versorgungsinfrastruktur widerspiegeln (Bertelsmann Faktencheck, 2015). Neben diesen infrastrukturellen Besonderheiten ist auf Vertragsebene die Ergänzung der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung um Selektivverträge nach §140a ff SGB V (i-APV; integrierte allgemeine Palliativversorgung) zu erwähnen, an denen viele Hausärzte in Bayern teilnehmen.

2. *Berlin* – In Berlin gibt es – anders als in allen anderen Bundesländern - Verträge über SAPV zwischen einzelnen Leistungserbringern und der KV. Qualifizierte Ärzte können auf Antrag bei der KV Berlin SAPV leisten, wenn sie mit mindestens einem auf Palliativpflege spezialisierten Pflegedienst einen Vertrag geschlossen haben. Die Koordination und Vermittlung der verschiedenen Leistungsakteure, der Aufbau und Gewährleistung von Palliativ-Netzwerken und die Durchführung von Weiterbildungen findet durch einen gemeinnützigen Verein (Home Care e.V.). statt. Im Bundesvergleich zeigt sich, dass lediglich in Berlin mehr als 10% der Verstorbenen SAPV erhielten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016).

3. *Hessen* – In Hessen existiert eine flächendeckende SAPV-Struktur (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009). Als strukturelle Besonderheit in der Ausgestaltung sind hier sogenannte Kooptierungen (mit Hausärzten, Mitarbeitern Pflegedienste) zu nennen, wodurch insbesondere in ländlichen Regionen eine wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden soll.

4. *Niedersachsen* – Bei diesem Bundesland handelt es sich um ein großes Flächenland mit zahlreichen dünn besiedelten Regionen. Als struktureller Besonderheit kommt Niedersachen das Vorhandensein einzelner Ärztenetze (z.B. Plexxon) zu, bei denen die Abrechnung über zusätzliche APV-Ziffern gemäß §87b ermöglicht wird.

5. *Sachsen-Anhalt* – Sachsen-Anhalt ist ein ostdeutsches Flächenland. Die Heterogenität in der SAPV-Entwicklung spiegelt sich hier in dem Vorhandensein zweier großer SAPV-Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen wider: der Primärkassenvertrag und der Ersatzkassenvertrag. Während der Primärkassenvertrag flächendeckend ausgebaut ist, sind Defizite in der

Etablierung des Ersatzkassenvertrages evident. Die beiden Verträge unterscheiden sich in der Anforderung an vorzuhaltende Strukturen (z.B. Qualifikationen der teilnehmenden Ärzte).

6. *Schleswig-Holstein* – In diesem nördlichen Bundesland sind überwiegend an der Pflege angesiedelte SAPV-Modelle entstanden (z.B. Rotkreuz-Schwesternschaft).

7. *Thüringen* – Die SAPV-Verträge in Thüringen gelten weithin als unterfinanziert, mit z.T. gedeckelten Finanzierungen der erbrachten Leistung z.B. Hausbesuche (Gaser et al., 2017).

8. *Westfalen-Lippe* – Westfalen-Lippe ist Teil von Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsreichsten Bundesland. Dort gibt es zwei KV-Sitze (KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe). Wegen der zeitlich voraussichtlich überlappenden Hausärztebefragung des SAPV-Evaluationsprojekts „APVEL“ in Nordrhein, haben wir uns gegen eine Durchführung unserer Befragung in Nordrhein entschieden.

Die Organisation der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe erfolgt auf der Basis der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ nach § 116 b SGB V. Eine strikte Trennung zwischen AAPV und SAPV existiert hier nicht; das westfälisch-lippische Modell setzt dagegen auf die enge Zusammenarbeit von Hausärzten und PKD sowie anderen Berufsgruppen, die an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender beteiligt sind (Hofmeister, 2015; Schlingensiepen, 2017). Nach Identifikation eines Palliativpatienten durch den Hausarzt, erfolgt die Anmeldung im PKD. Dieser besteht aus mindestens vier palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten (mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin), der durch einen Palliative Care Koordinator (dreijährig ausgebildete, examinierte Pflegefachkraft) unterstützt wird (Lux et al., 2013). Nach Bedarf können weitere Kooperationspartner zur Behandlung des Patienten einbezogen werden. Der PKD steht den Hausärzten vom telefonischen Konsil bis zur kompletten Übernahme der Behandlung zur Verfügung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung, in die die Mehrheit der Hausärzte eingeschrieben ist (Schlingensiepen, 2017), ermöglicht die extrabudgetäre Vergütung von Hausbesuchen und Einschreibepauschalen.

3.4.3 Recherche der Adressen und Ziehung der Stichprobe

Die Ermittlung der Adressen aller vertragsärztlichen Hausärzte erfolgte manuell über frei zugängliche Online-Portale der jeweils zuständigen KV. Die Adressliste der Thüringer Ärzte wurde durch die KV in Form einer Excel-Mappe bereitgestellt. Über das Online-Portal der KV Niedersachsen konnte eine Gesamtübersicht aller Hausärzte generiert und heruntergeladen werden.

Die *Uniform Resource Locator* (URL) der jeweiligen Datenbank ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 6: Onlinedatenbanken zur Ermittlung der Adressen pro Kassenärztlicher Vereinigung

KV	URL
Bayern	https://arztsuche.kvb.de/cargo/app/erweiterteSuche.htm
Berlin	https://www.kvberlin.de/60arztsuche/suche.php
Hessen	https://www.arztsuchehessen.de/arztsuche/
Niedersachsen	http://www.arztauskunft-niedersachsen.de/arztsuche/index.action
Sachsen-Anhalt	http://arztsuche.kvsa.de/arztsuche
Schleswig-Holstein	https://arztsuche.kvsh.de/
Thüringen	Bereitstellung durch KV
Westfalen-Lippe	http://www.aekwl.de/index.php?id=3000
KV= Kassenärztliche Vereinigung, URL= Uniform Resource Locator	

Da die Suchmasken der einzelnen Portale Unterschiede aufwiesen, erfolgte die Abfrage nach Suchkriterien. Dabei wurde für eine Einschränkung auf die komplette KV und die Kriterien „Hausarzt (Allgemeinmedizin) UND Hausarzt (Innere Medizin / Internist)“ festgelegt. Pro KV wurde jeweils eine Excel-Arbeitsmappe angelegt, in der „Titel, Nachname, Name, Anschrift“ gespeichert wurden. Zusätzlich wurden Informationen – falls vorhanden – zur Tätigkeitsform des Arztes (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder MVZ) vermerkt.

Die Excel-Arbeitsmappen wurden anschließend auf Doppeleintragungen geprüft. Konnte eine Dopplung verifiziert werden (d.h. gleicher Arzt taucht x-fach im Datensatz auf), erfolgte eine Löschung der Dopplungen. Der Tabelle 7 sind die Anzahl der recherchierten Adressen, die Anzahl der Dopplungen pro KV, finale Anzahl verfügbarer Datensätze (nach Subtraktion der Dopplungen von der

Gesamtanzahl je KV) sowie die Anzahl der Vertragsärzte im Bundesarztregister (Stand 31.12.2017) zu entnehmen.

Tabelle 7: Anzahl der Adressen nach Kassenärztlicher Vereinigung

KV	Anzahl Hausärzte	Anzahl Dopplungen	finale Anzahl verfügbarer Datensätze
Bayern	6447	813	5634 (9246)*
Berlin	2579	56	2523 (2555)*
Hessen	4820	157	4663 (4029)*
Niedersachsen	4205	-	4205 (5171)*
Sachsen-Anhalt	1630	183	1447 (1461)*
Schleswig-Holstein	1314	11	1303 (2005)*
Thüringen	1492	-	1492 (1486)*
Westfalen-Lippe	NRW: 10413; WL:4359	-	4359 (6390)*
KV=Kassenärztliche Vereinigung, (*Anzahl Vertragsärzte nach Bundesarztregister, Stand 31.12.2017)			

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen wurde eine Adressliste durch das „Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie Köln“ (Stand: 2004) bereitgestellt. Es erfolgte eine Filterung des Datensatzes mithilfe der entsprechenden Postleitzahlen für den Bezirk Westfalen-Lippe, resultierend in n=4359 ermittelten Adressen.

Die Ermittlung der Zufallsstichprobe erfolgte über die Vergabe einer Zufallszahl pro Adresse/Datensatz mit anschließender Sortierung und Auswahl der ersten n=750 je KV. Die gefilterten Datensätze wurden aufbereitet: Für die spätere Erstellung eines Serienbriefes wurde die entsprechende Anrede eingepflegt und fehlende Daten (insbesondere Postleitzahl in der Region Berlin) ergänzt.

Da eine explorative Analyse auf Aktualität der zur Verfügung gestellten Adressliste für Westfalen-Lippe mithilfe des o.g. Online-Portals in nur ca. 20% der Fälle erfolgreich war, schloss sich eine Überprüfung des gesamten Datensatzes mit Ausschluss der veralteten Adressen an. Die Stichprobenziehung erfolgte analog zu den übrigen KVen.

Für die Möglichkeit von Unzustellbarkeit einzelner Briefe erstellten wir eine zweite Zufallsstichprobe von n=50 Ärzten pro KV.

3.5 Durchführung der Studie

3.5.1 Öffentlichkeitsarbeit

Um die Antwortbereitschaft der angeschriebenen Hausärzte zu erhöhen, wurde die Ankündigung der Befragung mit Vorstellung des Projektes in den regionalen Fachmedien Ärzteblatt, KV-Newsletter oder Rundschreiben des Hausärzteverbands der jeweiligen KV angestrebt. In jeder KV gelang die Unterbringung des Inserates in mindestens zwei dieser Medien. Details sind der Tabelle 8 zu entnehmen:

Tabelle 8: Ankündigung der Hausarztbefragung in regionalen Fachmedien,

	Ärzteblatt	KV-Newsletter	Rundschreiben des Hausärzteverbandes
Bayern	x	x	
Berlin		x	x
Hessen		x	x
Niedersachsen	x	x	x
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein	x	x	x
Thüringen	x	x	
Westfalen-Lippe	x	x	x
x - inseriert			

3.5.2 Fragebogenversand

3.5.2.1 Materialien

Die Versendung des Fragebogens erfolgte zusammen mit einem auf Hausärzte abgestimmten, zweiseitig bedruckten Anschreiben (siehe Kapitel 11.5 Anlage 5). Im Anschreiben wurde explizit auf folgende Umstände hingewiesen:

- Die Untersuchung dient allein wissenschaftlichen Zwecken.
- Sie wird ohne Einfluss Dritter organisiert und durchgeführt.

- Die Auswertung findet ohne Rückschluss auf die jeweilige Person statt (anonym).
- Datenschutzrechtliche Vorgaben werden gewährleistet.
- Die Weitergabe persönlicher Daten an Dritte ist ausgeschlossen.
- Eine Zustimmung zur Teilnahme wird angenommen, wenn der ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt wird.
- Freiwilligkeit zur Teilnahme an der Studie

Um mögliche Portokosten für die teilnehmenden Hausärzte zu vermeiden und die angestrebte Rücklaufquote von mindestens 20% zu erreichen, wurde neben Anschreiben und Fragebogen ein an das Institut in Jena adressierter, weißer portofreier DIN C6-Rückumschlag („Porto zahlt Empfänger“) beigelegt (Edwards et al., 2002; Kellerman & Herold, 2001). Für Rückfragen wurden der Name, die universitäre Telefonnummer und die E-Mail-Adresse eines Mitarbeiters des Instituts angegeben. Als „Belohnung“ (incentive) inkludierten wir einen einzelversiegelten Teebeutel der Marke „Goldmännchen“ (Sorte: „Bleib fit“) mit dem Aufkleber „Danke für Ihre Teilnahme“ und dem Logo des Instituts für Allgemeinmedizin Jena. Bei der Auswahl des Incentive orientierten wir uns an Empfehlungen von Stadtmüller et. al (Stadtmüller & Porst, 2005).

Zur Untersuchung der separaten Fragestellung zur Rücklauferhöhung durch farbige Materialien bei Hausarztbefragungen (Krause et al., 2018) erhielten jeweils die Hälfte der angeschriebenen Hausärzte (n=3000, n=375 pro KV) einen Fragebogen in Schwarz-Weiß-Druck auf weißem Papier (Versendung in weißem DIN-Lang-Umschlag), die andere Hälfte einen Fragebogen in Farbdruck auf blauem Papier (Versendung mit einem blauen DIN-Lang-Umschlag).

3.5.2.2 Versandzeitpunkt

Der Versand erfolgte in zwei Wellen (März und April 2018) mit jeweils vier KVen unter Berücksichtigung der Schulferien.

1. Welle: Bayern, Berlin, Niedersachsen, Thüringen
2. Welle: Hessen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe

3.5.2.3 Reminder

Vier und sechs Wochen nach Versand folgte ein Fax-Reminder mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung (siehe Anlage 3). Die Möglichkeit eines erneuten

Fragebogenversands wurde angeboten. Bedingt durch das Studiendesign, das eine personenbezogene Zuordnung der rückgesendeten Fragebögen nicht zulässt, wurden die Reminder an alle Hausärzte geschickt, bei denen eine Faxnummer ausfindig gemacht werden konnte.

3.5.3 Rücklaufmanagement

Die Rückläufe wurden tagesaktuell bearbeitet um eine zeitliche Statistik unter Berücksichtigung der blauen und weißen Fragebogenrücksendungen zu erstellen.

Zur Erfüllung relevanter Aspekte des Datenschutzes, insbesondere der Anonymisierung, wurden eingehende Fragebögen fortlaufend mit einer fünfstelligen ID versehen (W0000 bis W9999 bei weißen Fragebögen, sowie B0000 bis B9999 bei blauen Fragebögen).

Von den n=6000 versendeten Fragebögen konnten 75 initial nicht zugestellt werden.

3.6 Statistische Auswertung der Daten

3.6.1 Datenaufbereitung

Die ausgefüllten und rückgesendeten Fragebögen wurden durch eine wissenschaftliche Hilfskraft mithilfe der Software FORMS der Firma ReadSoft eingescannt und über eine vorher definierte Syntax in das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25 transferiert. Es erfolgte die Sichtprüfung jedes eingelesenen Fragebogens. Folgende Auffälligkeiten machten eine spätere Überprüfung / Korrektur in der SPSS-Datentabelle notwendig:

- Dezimalzahlen (z.B. wurde zwischen den Kästchen ein Kreuz gesetzt)
- Vom Arzt korrigierte Angabe/Durchstreichen eines Kästchens und Neuauswahl
- Nicht als Kreuz erkennbare Angabe (z.B. als Linie im Kästchen, mit Bleistift ausgefüllt)

Weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der Datenqualität beinhalteten:

- die Erstellung einer SOP zum Scanvorgang,
- die Instruktion der verantwortlichen Mitarbeiter anhand der SOP,
- die manuelle Verifizierung aller metrischen Variablen
- die Definition von Missings und logischen Missings

- die Zuführung zweifelhafter/uneindeutiger Fragebögen zu einer multiprofessionellen Absprache
- einen 10%-Check (Überprüfung des Datensatzes in SPSS in Abgleich mit dem Fragebogen, unter Kontrolle jedes Items), Auswertung der Fehler und Schulung der „Scanner-Verantwortlichen“
- die Überprüfung der Extremwerte bei metrischen Daten nach erster explorativer Datenanalyse in Abgleich mit dem Fragebogen – Plausibilitätsprüfung

3.6.1.1 Berechnung neuer Variablen

Für die Durchführung späterer Analysen war die Bildung neuer Variablen erforderlich:

Abhängige Variablen:

- Zur Abbildung des **Ausmaßes an hausärztlicher palliativmedizinischer Aktivität** wurde eine neue Variable aus dem Mittelwert der 32 palliativmedizinischen Aktivitäten (aus Tabelle H_01[4]) berechnet. Mit dieser neuen Variable, folgend als Aktivitäts-Score bezeichnet, wird die hausärztliche Aktivität auf einer kontinuierlichen Skala (Minimum=1, Maximum=4) bestimmt.
- Analog zu dieser Vorgehensweise wurde die **hausärztlich empfundene Wichtigkeit der SAPV** gebildet, im Folgenden als SAPV-Wichtigkeits-Score bezeichnet. Die Skala erstreckt sich hier von Minimum=1 bis Maximum=3. Die entsprechenden Limitationen dieser Vorgehensweise sind im Kapitel 5.3 aufgeführt.

Unabhängige Variablen:

- **Qualifikation und Abrechnungsvoraussetzungen** wurden aus dem Frageblock „Berührungen mit der Palliativmedizin“ (Tabelle A13) exzerpiert und in absteigender Reihenfolge (entsprechend der Qualifikations- bzw. Abrechnungsstufe) als jeweils eine neue Variable definiert (siehe Tabelle 9).

[4] Die Angabe von Tabellen mit Buchstaben bezieht im Weiteren auf den Fragebogen (siehe Anlage 4)

Tabelle 9: Qualifikations- und Abrechnungslevel

	Qualifikationslevel	Abrechnungslevel
1	Aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	Abrechnung über SAPV-Teams (=aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams)
2	Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	Abrechnung über Selektivverträge (=aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung)
3	BQKPmV	BQKPmV
4	40-stündige Kursweiterbildung	AAPV*+ Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
5	Ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten	AAPV*
6	Keine + ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit	
*Aggregiert aus „keine“, „ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit“, „ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten“ und „40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin“		

Die Referenz in allen Analysen ist „keine + ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit“ bzw. „AAPV“.

- Versorgungsqualität der palliativmedizinischen Infrastruktur (Tabelle D_2):
  1- **Versorgungsqualität der SAPV/des PKD**: Es erfolgte die Konstruktion einer neuen Variable, die die Versorgungsqualität des SAPV-Teams (D08) sowie des ambulanten PKD (D05) abbildet. Während in dieser Variablen für die KV Westfalen-Lippe nur die Bewertung des PKD (D05_2) zugelassen wurde, wurden für die übrigen KVen ausschließlich die Bewertung des SAPV-Teams (D08_2) einbezogen.
  2- **Versorgungsqualität der allgemeinen Infrastruktur:** Die Angaben zur Versorgungsqualität der übrigen Leistungserbringer wurden über Mittelwertbildung zu einer gesamten Variable aggregiert.

Darüber hinaus wurden zur Betrachtung einzelner Leistungserbringer Sinneinheiten zusammengefasst. Hierbei ergaben sich: Versorgungsqualität Pflege (ambulanter Pflegedienst und ambulanter Palliativ(pflege)dienst), Versorgungsqualität ambulante Ärzte (Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und anderer Vertragsarzt der BQKPmV), Versorgungsqualität stationär (Palliativstation und stationäres Hospiz).

Nicht aggregiert werden konnten: Versorgungsqualität nichtärztliche Mitarbeiter, Versorgungsqualität weiterer Dienste z.B. ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste, Versorgungsqualität von HomeCare-Unternehmen.

Das Item zur „Gesamt-Versorgungsqualität umgebender Palliativinfrastruktur“ (D12) wurde hierbei nicht berücksichtigt.

- **Anzahl der SAPV-Verordnungen**: Die Bildung eines Quotienten aus der Anzahl der SAPV-Verordnungen pro Jahr (Item E02) und der Anzahl palliativer Patienten pro Jahr (Item A11) erlaubt eine validere Auskunft über das SAPV-Verordnungsverhalten, als die Anzahl der SAPV-Verordnungen allein.

- Strukturmerkmale/Kennzeichen eines SAPV-Teams (Tabelle G): Neben der einzelnen Auswertung der Strukturmerkmale erfolgte eine Mittelwertbildung (G01 bis G07), die – im Gegensatz zu einer Summenbildung - unverzerrte Werte bei der Nichtbeantwortung einzelner Fragen liefert. Die neue Variable wird im Weiteren als „**Summenindex der SAPV-Strukturmerkmale**“ bezeichnet.

3.6.2 Deskriptive Analysen

Die statistische Auswertung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation. Die Daten wurden primär deskriptiv ausgewertet. Dabei wurden für die Beschreibung der Daten, je nach Verteilungsmuster, sowohl Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) als auch Mediane und Interquartilsabstände (IQR) angegeben.
Zur deskriptiven Darstellung der Ergebnisse wurde z.T. die 4-stufige Likert-Skala dichotomisiert (Selbstverständnis/Rolle, Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl,

Versorgungsqualität, hausärztliches Aufgabenspektrum und empfundene Wichtigkeit von SAPV, Verbesserungsvorschläge).

3.6.3 Dependenzanalysen

Die Stärke von Zusammenhängen zwischen zwei Parametern wurde mittels einfacher (univariater) Regression bzw. Rangkorrelation nach Spearman bestimmt und geprüft, ob diese signifikant sind. Der Zusammenhang bei mehr als zwei Variablen wurde mithilfe der multiplen linearen Regression berechnet. Für ein Regressionsmodell werden die Regressionskoeffizienten β mit 95%igem Konfidenzintervall sowie das Bestimmtheitsmaß R-Quadrat angegeben. Eine Prüfung der Voraussetzungen zur Durchführung dieser Methode (insbesondere der Varianzhomogenität durch Durbin-Watson-Test und graphischer Darstellung der Residuen sowie Multikollinearität) wurde jeweils vorangestellt. Durch die Gültigkeit des zentralen Grenzwertsatzes in unserer Stichprobe, wurde das Testen auf Normalverteilung verzichtbar (Rottmann & Auer, 2010; Blanca et al., 2017). Die Festlegung des Signifikanzniveaus erfolgte auf 5% ($p \leq 0{,}05$). Die Beurteilung der Effektstärke erfolgt nach Cohen d.

Mithilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse wurden Mittelwertdifferenzen zwischen unterschiedlichen Merkmalen und Gruppen auf Signifikanz überprüft. Es erfolgt die Angabe des F-Wertes, der Freiheitsgrade (df), p-Wert und eta-Quadrat. Die post-hoc-Tests wurden nach Bonferroni (und mit Tukey)-Korrektur durchgeführt.

Beim Aufbau und der Erstellung der Forschungsarbeit wurde sich an den Vorgaben des STROBE-Statements (Elm et al., 2014) sowie „Guter Praxis“ (Kelly et al., 2008) bei Befragungsstudien orientiert.

4 Ergebnisse

4.1 Rücklauf

Von den n=6000 versendeten Fragebögen wurden insgesamt 1166 Briefe zurückgesandt (19.4%). Unter den Rücksendungen befanden sich n=22 Dokumente, die aus folgenden Gründen nicht in die Analyse einbezogen werden:

- Rücksendung eines leeren Fragebogens (n=9)
- Rücksendung eines leeren Fragebogens, da nicht der Zielpopulation entsprechend (nicht hausärztlich tätig; n=5)

- Zusätzlich versendeter Fragebogen (auf hausärztliche Nachfrage; n=5)
- Irrläufer: Brief im Umschlag enthalten (n=2)
- Rücksendung eines ausgefüllten Fragebogens, jedoch ausschließlich kinderärztlich tätig (n=1)

Dies führt demnach zu einer Netto-Rücklaufrate von 19,1% (n=1144). Im Einzelnen verteilte sich der Rücklauf wie folgt auf die acht KVen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Netto-Rücklauf nach Kassenärztlicher Vereinigung

KV	n	Anteil (%) an n=750
Bayern	153	20,4
Berlin	95	12,7
Hessen	122	16,3
Niedersachsen	146	19,5
Sachsen-Anhalt	171	22,8
Schleswig-Holstein	142	18,9
Thüringen	196	26,1
Westfalen-Lippe	119	15,9
Summe	**1144**	**19,1**

KV=Kassenärztliche Vereinigung, n=Fallzahl

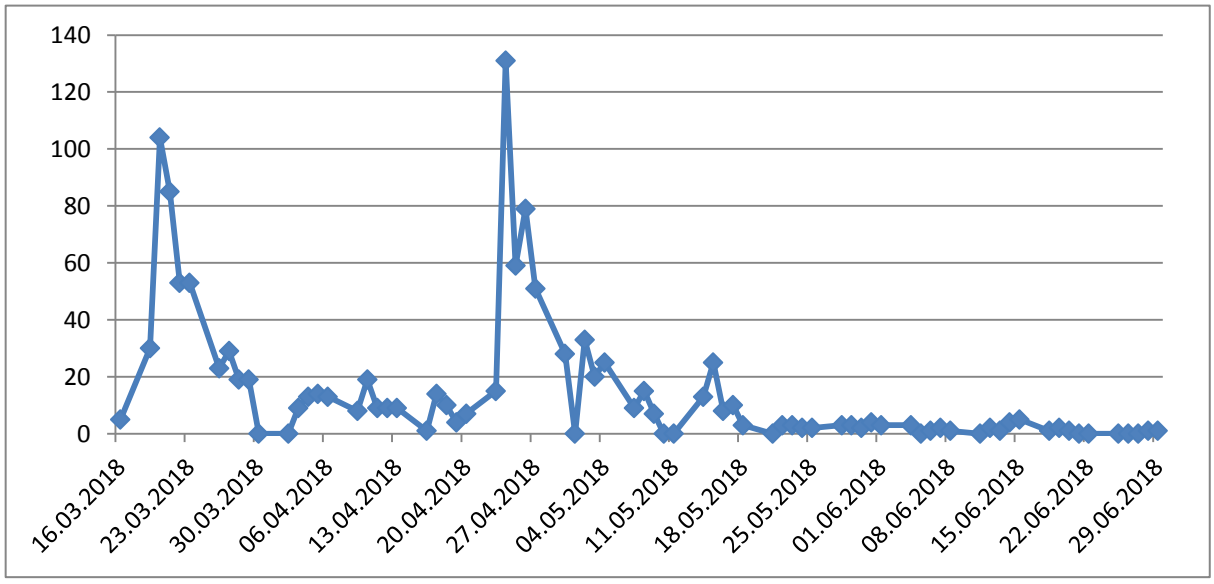


Abbildung 1: Rücklauf im zeitlichen Verlauf, erste und zweite Welle; n=1144

Des Weiteren erreichten uns zwei Emails von Ärzten, unter der Angabe nicht hausärztlich tätig zu sein.

Es erfolgten sieben Anrufe von Hausärzten/Personal, denen eine Teilnahme an unserer Befragung nicht möglich war. Als Gründe wurden angegeben: Praxisauflösung (n=1), selbst erkrankt (n=2), nicht das Fachgebiet (n=1), Praxis ist keine Hausarztpraxis (n=1), Arzt verstorben (n=1), länger nicht hausärztlich tätig (n=1). Zwei Hausärzte hatten Anmerkungen bezüglich unserer Befragung, wodurch sich ein Telefonat anschloss. Zwei Hausärzte erbaten die erneute Zusendung des Fragebogens bzw. Rückumschlages.

Als Reaktion auf den ersten Reminder erfolgten 48 Kontaktaufnahmen seitens der Hausärzte; davon 37 mit der Bitte um erneute Zusendung des Fragebogens.

Auf den zweiten Reminder folgten 34 Reaktionen. Daraufhin wurden erneut 25 Fragebögen versandt.

4.2 Datenqualität

Insgesamt zeigte sich eine zufriedenstellende Datenqualität mit überwiegend wenig fehlenden Daten. Die Themenblöcke mit den wenigsten Missings erzeugten die Fragen zu „Berührungen mit der Palliativmedizin“ (zwei Missings), Fragen zum Selbstverständnis/Rolle (31 Missings) und Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl (40 Missings). Als Missing-anfälliger erwies sich der Fragenkomplex zur Wichtigkeit der SAPV (insgesamt n=445 Fragebögen (39%) mit mindestens einem Missing). In einer Sensitivitätsanalyse zeigte sich jedoch, dass mehr als 98% der Hausärzte mindestens die Hälfte der Items zur Wichtigkeit des SAPV beantworteten. Da die Wichtigkeit des SAPV durch einen Summenindex ermittelt wird, führen die vereinzelten fehlenden Daten nicht zu einer Schwächung der durchgeführten Analysen. Die 6% der befragten Hausärzte, die keine einzige Antwort in dem Themenkomplex zur Wichtigkeit des SAPV beantwortet haben, werden in der Bildung des Summenindex ohnehin nicht berücksichtigt.

In einer anders gelagerten Sensitivitätsanalyse zur Überprüfung eines möglichen Deckeneffektes wurden jene Fragebögen identifiziert, bei denen über alle 32 Items hinweg die gleiche Antwort auffällig war. Bei 89% war kein einheitliches Antwortmuster zur Wichtigkeit des SAPV eruierbar, bei der hausärztlichen Aktivität waren es sogar 98% ohne einheitliches Antwortmuster.

Vor dem Hintergrund eines sehr umfangreichen Fragebogens mit mehr als 160 Items, ist die Anzahl von n=437 komplett ausgefüllten Fragebögen als hoch zu werten. Da es sich überwiegend um vereinzelte (anstatt systematische) Missings handelt, war eine Integration inkompletter Angaben z.B. durch multiple Imputation nicht erforderlich.

In einem 10%-Check (Überprüfung des Datensatzes in SPSS in Abgleich mit den entsprechenden Fragebögen unter itemweiser Kontrolle) zeigte sich in 0,0006% der Fälle ein fehlerhafter Eintrag (11 Fehler auf insgesamt 115 Fragebögen x 166 Items pro Fragebogen=19090 Items). Mit zwei Ausnahmen war dies durch eine fehlerhafte Erkennung der Scannersoftware bedingt. Dies trat insbesondere dann auf, wenn kein eindeutiges Kreuz im Antwortkästchen gesetzt wurde. In zwei Fällen erfolgte keine nachträgliche Korrektur einer metrischen Angabe. Erwähnenswert ist vor diesem Hintergrund auch, dass die Fehlerhäufigkeit insgesamt im zeitlichen Verlauf des Einlesens abnahm (d.h. zuletzt eingescannte Fragebögen zeigten weniger Fehler). Dies ist möglicherweise durch permanente Re-schulung der verantwortlichen Hilfskräfte und Sensibilisierung für Fallstricke in der Softwarebedienung zu erklären.

4.3 Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte

Teilnehmende Hausärzte waren zu 50,2% weiblich und arbeiteten seit durchschnittlich 20,4 Jahren im ambulanten Sektor. Frauen waren im Durchschnitt 53, Männer 56 Jahre alt. Die teilnehmenden Ärzte arbeiteten zu 49,2% in Einzelpraxen, zu 46,4% in Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften und zu 4,4% in MVZ. Die Region, in der sich die Praxis der teilnehmenden Hausärzte befand, lag zu 27,5% in einer ländlichen Gegend (Landgemeinde), zu 29% in einer Kleinstadt und zu 19,2% in einer Mittelstadt. In einer Großstadt waren 24,4% der Hausärzte tätig.

Sie behandelten im Median 1100 Patienten pro Quartal (Min.=200, Max.=2000, IQR=500), machten 10 Hausbesuche pro Woche (Min.=0, Max.=400, IQR=12), behandelten 10 palliative Patienten pro Jahr (Min.=0, Max.=300, IQR=13) und machten 10 Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal (Min.=0, Max.=500, IQR=15).

Tabelle 11 führt einige Charakteristika teilnehmender Hausärzte auf und setzt sie in Relation zur Grundgesamtheit im bundesdeutschen Schnitt (Bundesärztekammer, 2018).

Tabelle 11: Ärztestatistik (Stand: 31.12.2017) im Vergleich zu den Ergebnissen der vorliegenden Hausarztbefragung

	Ärtzestatistik der Bundesärztekammer (Stand:31.12.2017)	**Ergebnisse Hausarzt-befragung**
Geschlecht	Ambulant tätige Hausärzte n=37489 Männer: 20135 (53,7%) Frauen: 17354 (46,3%)	Ambulant tätige Hausärzte n=1144 Männer: 558 (49,9%) Frauen: 573 (50,1%)
Angestellten-verhältnis	n=37489 Niedergelassen: 31548 (84,15%) Angestellt: 5941 (15,85%)	n=1128 (16 ohne Angabe) Niedergelassen= 995 Angestellt:133 (11,8%)
	Niedergelassene Hausärzte n=31548 Altersstufen: <34: 117 (0,37%) 35-39: 949 (3,01%) 40-49: 5751 (18,23%) 50-59: 12393 (39,28%) 60-65: 7186 (22,78%) >65: 5152 (16,33%)	Niedergelassene Hausärzten n=995 Altersstufen: <34: 7 (0,7%) 35-39: 35 (3,52%) 40-49: 246 (24,72%) 50-59: 422 (42,41%) 60-65: 206 (20,70%) >65: 79 (7,94%)
Zusatzbe-zeichnung Palliativmedizin	Ambulant tätige Ärzte über alle Fachbereiche n=154369 Zusatzbezeichnung: n=5471 (3,5%)	Von n=1142; mit Zusatzbezeichnung: n=186 (16,3%)

Von den teilnehmenden Hausärzten arbeiteten aktuell 10% in einem SAPV-Team mit und 16,3% führten die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Hingegen gaben nur 4,9% an, bislang keine Berührungen mit der Palliativmedizin gehabt zu haben (siehe Abbildung 2).

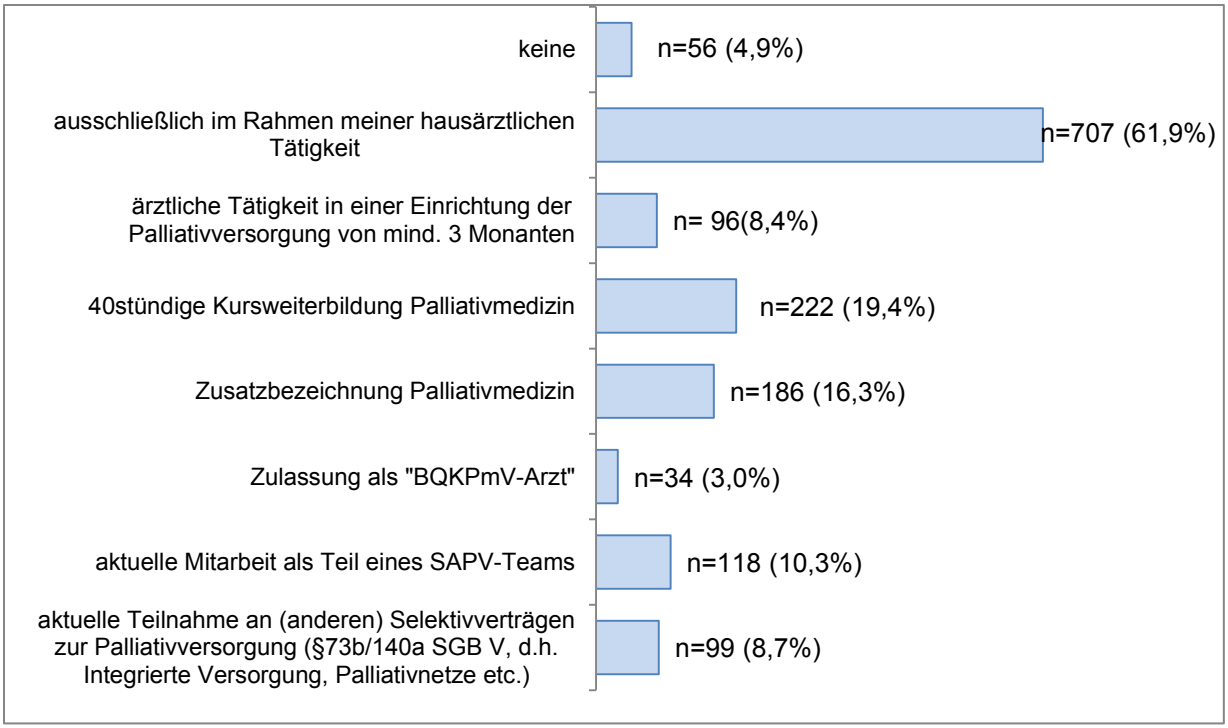


Abbildung 2: Berührungen mit der Palliativmedizin, n=1142

4.3.1 Selbstverständnis/ Rolle im palliativmedizinischen Kontext

Die Mehrheit der befragten Hausärzte gab an, dass die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden ein zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein sollte (66,9% „Stimme voll zu“/ 20,4% „stimme eher zu“). Damit einhergehend stimmten nur 9,5% der teilnehmenden Hausärzte der Behauptung vollständig zu, dass die Versorgung palliativer Patienten ein Tätigkeitsfeld nicht-hausärztlicher Fachspezialisten sein soll (17,9% „stimme eher zu“). In 85,4% der Fälle gaben die Hausärzte an, dass die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden eine kontinuierliche Begleitung durch den Hausarzt sein soll (51,6% „Stimme voll zu“/ 33,5% „stimme eher zu“), während etwa eine gleich große Anzahl (88,7%) zustimmen, dass die Koordination der Versorgung durch den Hausarzt erfolgen sollte (57,5% „stimme voll zu“/ 31,1% „stimme eher zu“). Für 90,7% ist die Palliativversorgung ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld (68,2% „stimme voll zu“/ 22,5% „stimme eher zu“), das durch Angehörige für die Mehrheit der Befragten (93,8%) erheblich erleichtert wird (69,2% „stimme voll zu“ 24,5%/ „stimme eher zu“). Abbildung 3 gibt die Ergebnisse (dichotomisiert) wieder.

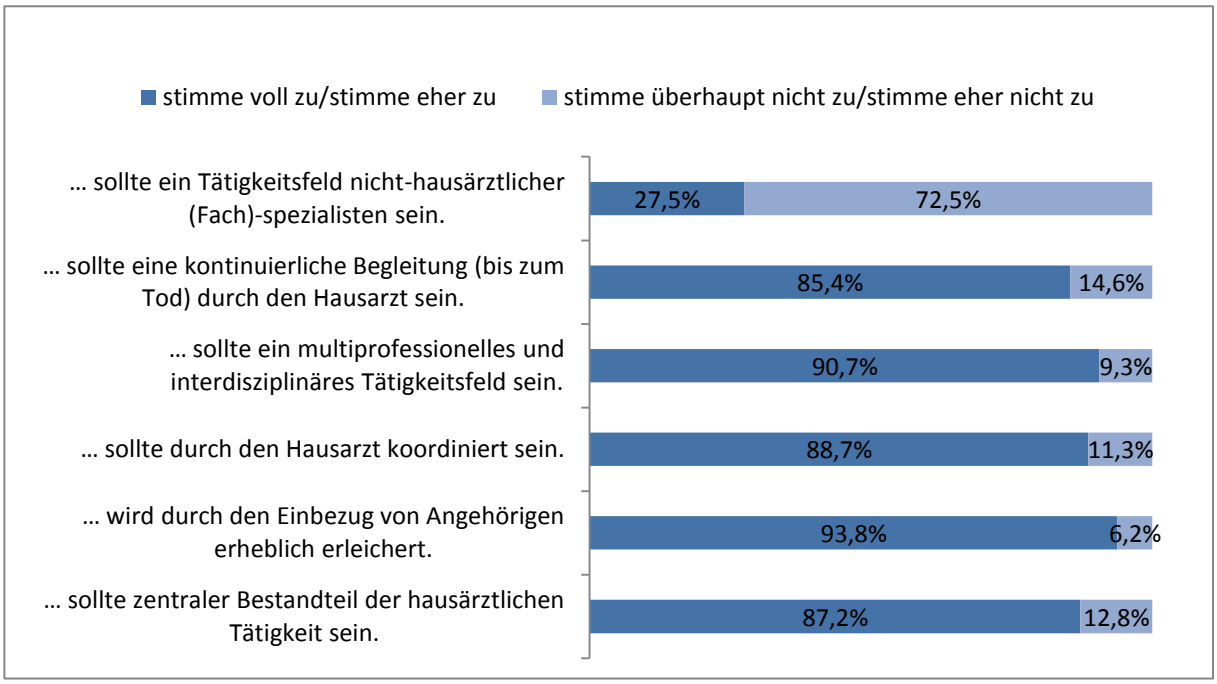


Abbildung 3: Selbstverständnis/ Rolle im palliativmedizinischen Kontext, dichotomisiert

4.3.2 Palliativmedizinische Expertise

Obwohl die Einschätzung des palliativmedizinischen Kompetenzempfinden/ Sicherheitsgefühl insgesamt von 89,9% (n=1008 von n=1111) der Hausärzte als „gut"/„eher gut" angegeben wird, sind deutliche Unterschiede innerhalb der verschiedenen Tätigkeitsfelder sichtbar. So gibt ein Viertel (28%, n=318) der Hausärzte an, sich „nie" oder „selten" sicher bei der Durchführung praktischer Tätigkeiten (z.B. Portspülungen) zu fühlen. Auch im Umgang mit „aufwändig zu begleitenden" Angehörigen bei Patienten mit palliativer Erkrankung geben 17,7% (n=200) der Teilnehmer an, nie oder selten Sicherheit zu verspüren. Abbildung 4 zeigt die Auswertung der angegebenen Einschätzung der Gesamt-Kompetenz/Sicherheitsgefühl; Abbildung 5 stellt die dichotomisierte Auswertung und Deskription über alle Tätigkeitsfelder dar.

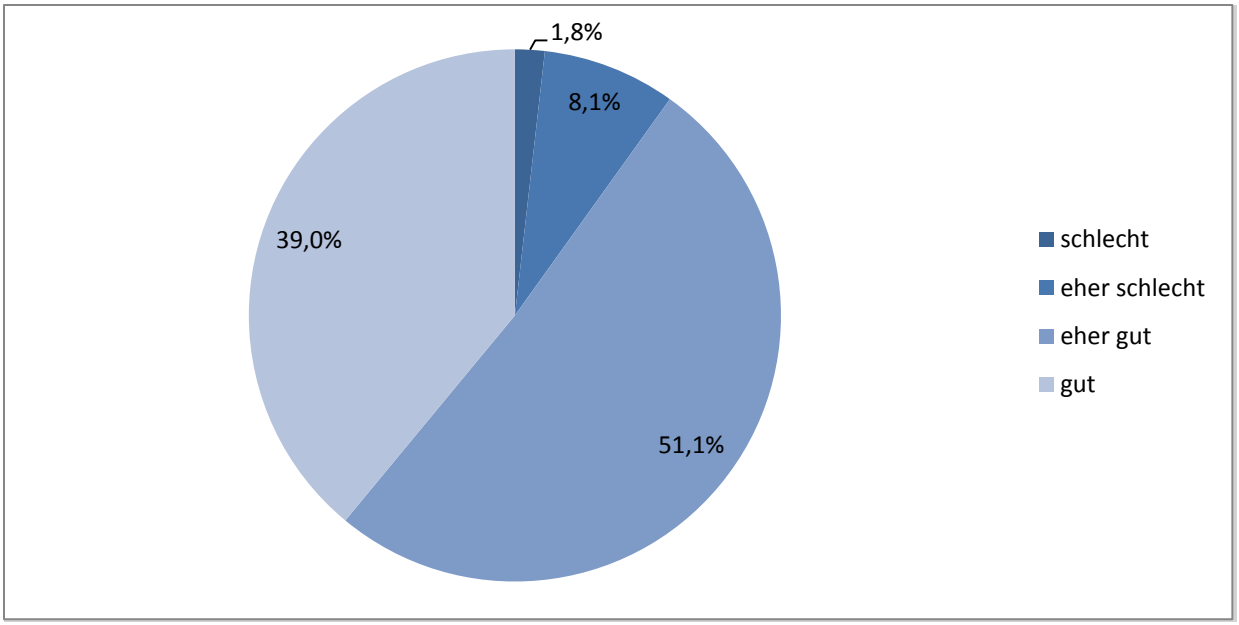


Abbildung 4: Gesamt-Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl, n=1121

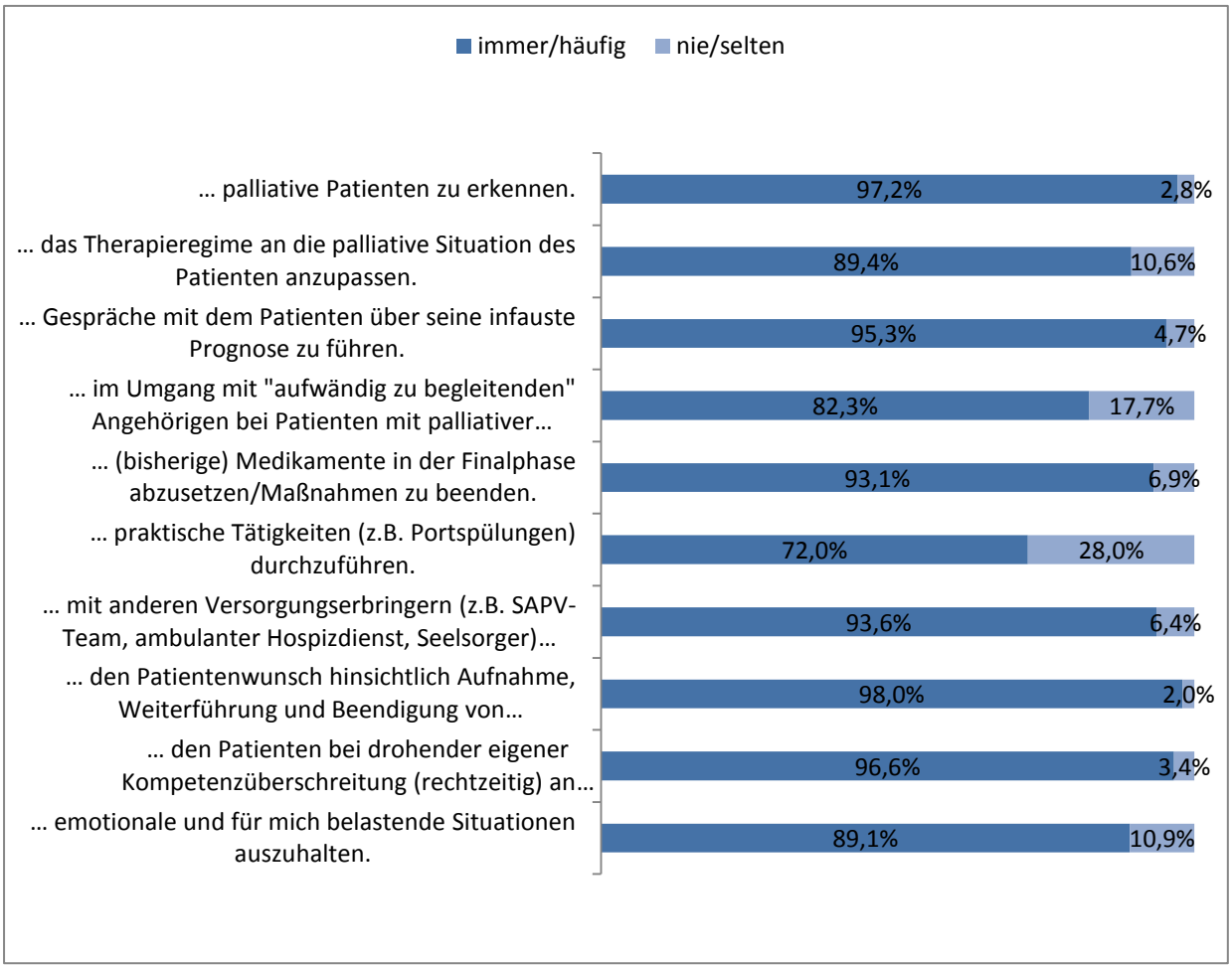


Abbildung 5: hausärztliches Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl in verschiedenen Tätigkeitsbereichen („Ich fühle mich in meiner hausärztlichen Tätigkeit sicher,…“)

4.3.3 Palliativmedizinische Infrastruktur

Abbildung 6 gibt das Antwortverhalten der teilnehmenden Ärzte hinsichtlich des Vorhandenseins der palliativen Infrastruktur wieder.

Für die Mehrheit der befragten Hausärzte ist ein ambulanter Pflegedienst (99%), ein SAPV-Team (90%) und ein ambulanter Palliativ(pflege)dienst (89%) im Umfeld der Praxis verfügbar. Hinsichtlich der stationären Versorgung geben die meisten Hausärzte das Vorhandensein eines stationären Hospizes (81%) sowie einer Palliativstation (86%) an. Jeweils 4% der Befragten sind diese Versorgungsstrukturen nicht bekannt. Dem gegenüber ist „ein (anderer) Vertragsarzt der BQKPmV“ für die wenigsten Hausärzte verfügbar (11%); 58% ist diese Struktur nicht bekannt.

Auffällig ist das Ankreuzverhalten der teilnehmenden Hausärzte hinsichtlich des PKD. Obwohl diese Versorgungsstruktur nur in Westfalen-Lippe existiert (und somit für n=119, 10,4% aller Befragten), geben insgesamt 41% aller Hausärzte das Vorhandensein dieses Dienstes an. Möglicherweise könnten die Hausärzte hier einen (stationären) PKD gemeint haben.

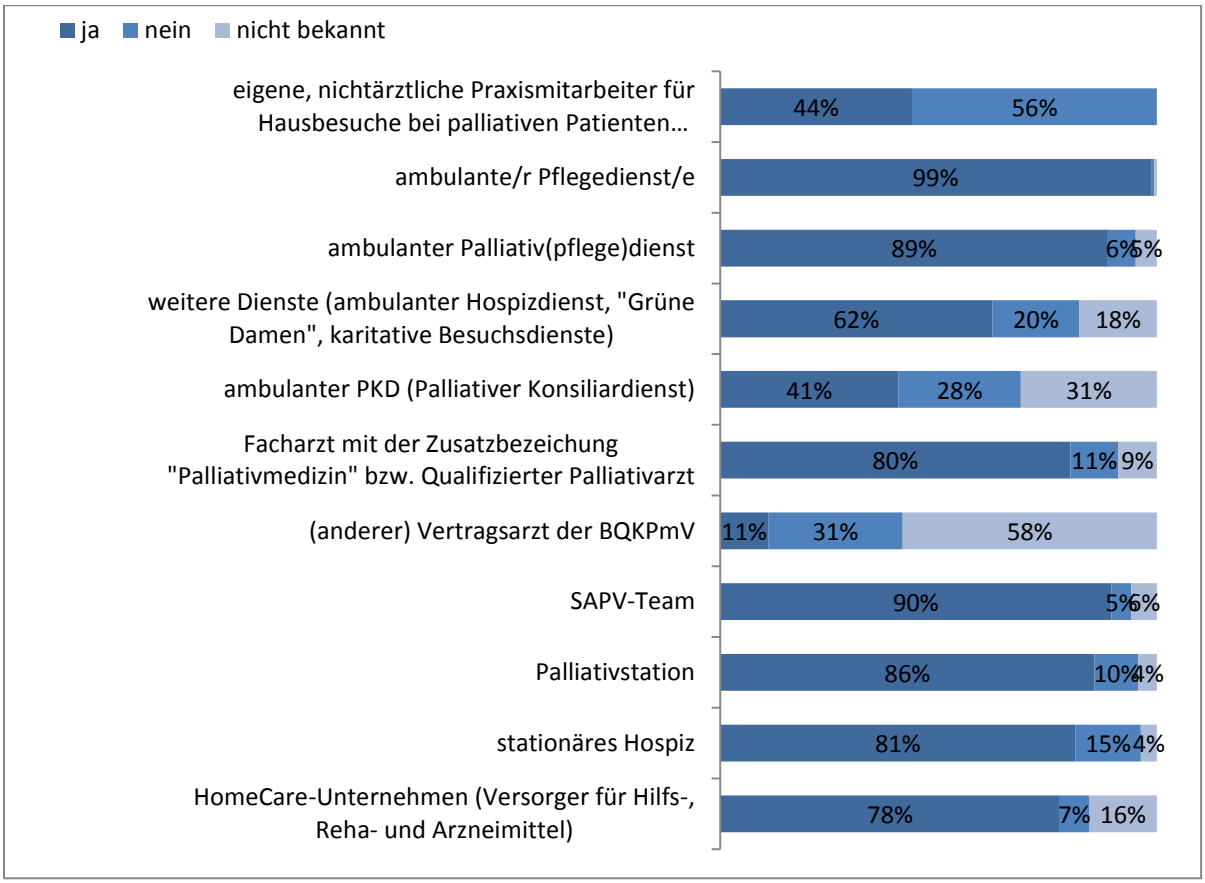


Abbildung 6: Vorhandensein der palliativen Infrastruktur

Abbildung 7 zeigt die Bewertung der einzelnen Leistungsakteure. Die Gesamt-Versorgungsqualität der Akteure bewerteten 92% der Befragten als „gut/eher gut“. Insgesamt wurden die Versorgungsqualitäten der spezialisierten Palliativversorgung als „gut/eher gut“ bewertet: Stationäres Hospiz (97%), Palliativstation (97%), ambulanter Palliativ(pflege)dienst (96%), SAPV-Team (95%), Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt (94%).

Nur 86% der Befragten bewerten den ambulanten Pflegedienst als „gut/eher gut“, dicht gefolgt vom „(anderer) Vertragsarzt der BQKPmV“ mit 89%.

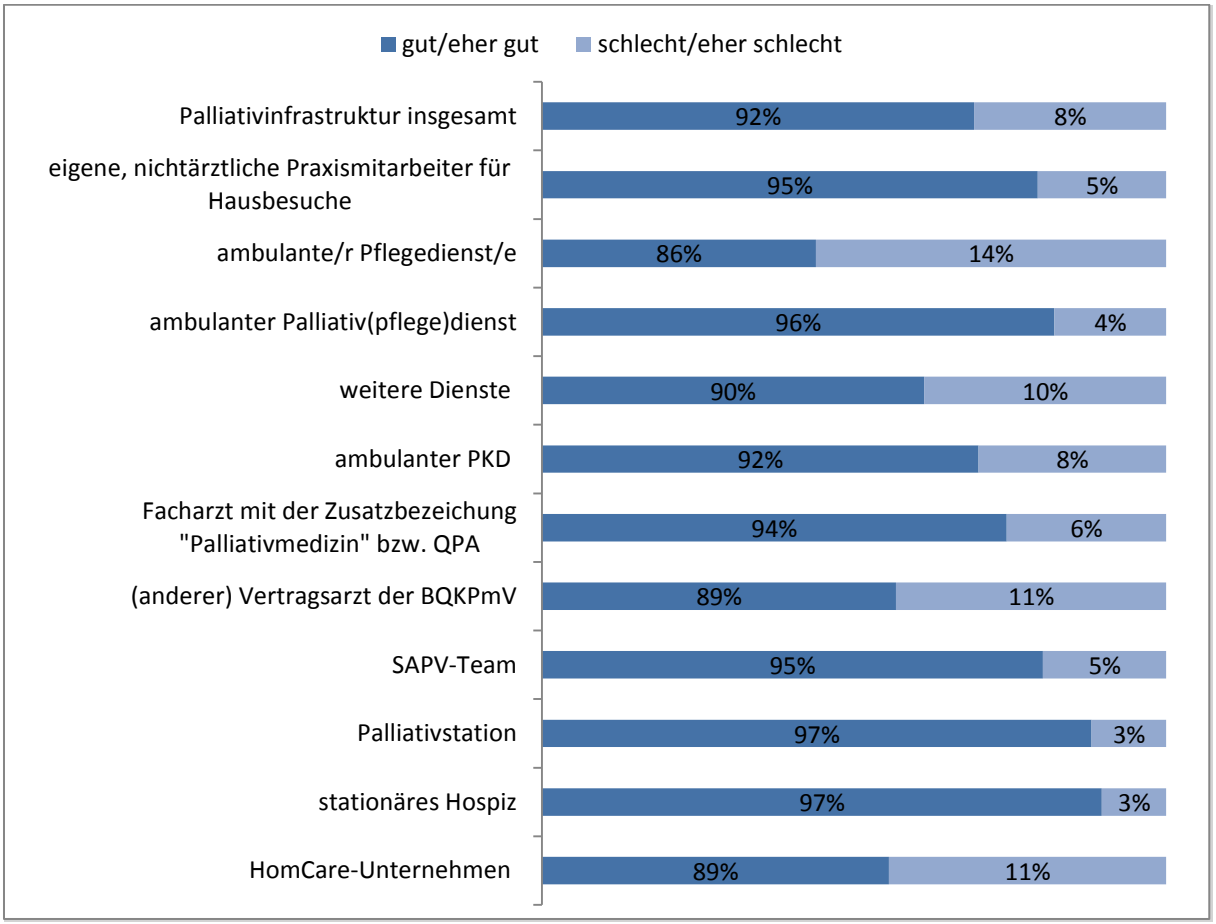


Abbildung 7: Bewertung der Leistungsakteure in der palliativen Infrastruktur, dichotomisiert

4.3.4 SAPV-Verordnungspraxis

85,5% der befragten Hausärzte geben an, in ihrer hausärztlichen Tätigkeit bereits mindestens einmalig eine SAPV-Verordnung ausgestellt zu haben. Von den Hausärzten, die bereits SAPV verordnet haben (n=966), werden im Median pro Jahr sechs SAPV-Verordnungen (inklusive Folgeverordnungen) ausgestellt (Min.=0; Max.=200, IQR=7). Die Einbindung der SAPV durch andere Leistungserbringer (z.B.

im Krankenhaus, Fachärzte) erfolgt im Median zweimal pro Jahr (Min.=0, Max=80, IQR=4). Nach SAPV-Involvierung bleiben die Hausärzte in 77% der Fälle „immer“ oder „häufig“ eingebunden. Bei einer kleinen Minderheit (4% der Befragten) wird eine SAPV-Verordnung häufig oder immer durch den MDK abgelehnt.

Hinsichtlich der verordneten Leistung nach „Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“ werden in den überwiegenden Fällen die „Koordination der Palliativversorgung“ (72%), „Beratung der Patienten und Angehörigen“ (64%) und die „additiv unterstützende Teilversorgung“ (62%) durch die befragten Hausärzte verordnet. Die Verordnung der Vollversorgung macht nur etwa 13% aller Leistungen aus. Einen noch kleineren Anteil an den Verordnungsleistungen hat nur die „Beratung des behandelnden Arztes“ mit 12%.

Bei der Verordnung einzelner Leistungen lassen sich keine häufig wiederkehrenden Kombinationsmuster identifizieren.

4.3.4 Kennzeichen der SAPV-Teams

Fast alle Hausärzte (89%) geben an, eine Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit dem SAPV-Team, mit dem sie überwiegend zusammenarbeiten bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit) gehabt zu haben. Für 5% bestehe diese Möglichkeit nicht; weiteren 6% sei dies nicht bekannt. Den befragten Hausärzten zufolge, bietet eine große Mehrheit der SAPV-Teams (83%) „Vollversorgung“ an (10% „nicht bekannt“). Bei 73% der Befragten sei eine ausreichende Aufnahmekapazität seitens der SAPV-Teams gegeben, weiteren 12% ist diese Information nicht bekannt. Eine gute materielle Ausstattung (z.B. Schmerzpumpen) wird von 69% der Teilnehmenden bejaht, sowie das Vorhalten verschiedener Professionen im Team (Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger) von 53%. Ob die kooperierenden SAPV-Teams diese Kennzeichen besitzen, ist 28% bzw. 31% der Hausärzte nicht bekannt.

Kontrastierend dazu werden regelmäßige Besprechungen von Patientenkasuistiken mit allen Versorgungsakteuren den antwortenden Hausärzten zufolge in nur 39% der Fälle angeboten; Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen existieren bei 45% der Befragten. Ein Viertel der Befragten (24% bzw. 26%) kann darüber keine Auskunft treffen.

Die ärztliche Leitung des entsprechenden SAPV-Teams wird durch Klinikärzte (38%), Hausärzte (40%) oder ambulante Fachspezialisten (49%) getragen. 11% der befragten Hausärzte ist dies nicht bekannt.

Die Ansiedlung der SAPV-Teams ist den Hausärzten zufolge:

- bei einer Praxis oder einem Praxen-Verbund (25%)
- an einer Klinik (35%)
- bei einem Hospiz/ ambulanten Hospizdienst (24%)
- bei einem Pflegedienst (12%)
- bei sonstigen Institutionen (z.B. Palliativstützpunkt) (37%)

6% der Hausärzte haben keine Information über die Ansiedlung des SAPV-Teams.

4.3.5 Verbesserungen der Rahmenbedingungen

Von den befragten Hausärzten erachten 91,5% eine bessere palliativmedizinische Qualifizierung der ambulanten Pflegedienste als wichtig oder sehr wichtig. Aber auch im Ausbau erreichbarer, interdisziplinärer Fortbildungsangebote (89,7%) und in einer aufwandsgerechteren Vergütung (89,6%) sieht die Mehrheit Verbesserungspotential.

Die Notwendigkeit des Ausbaus von SAPV-Kapazitäten wird auf Rang 9 platziert, mit 78,7%.

Die folgende Abbildung (Abbildung 8) führt die im Fragebogen aufgeführten Items mit entsprechenden Antworthäufigkeiten der befragten Hausärzte in absteigender Reihenfolge bzgl. der Angabe „wichtig/sehr wichtig“ auf.

Abbildung 8: Verbesserungen der Rahmenbedingungen

4.4 Beantwortung der Hauptfragen

4.4.1 Welche Aufgaben werden in der Palliativbetreuung durch Hausärzte in welchem Ausmaß übernommen?

Als die am häufigsten ausgeführten Tätigkeiten im palliativmedizinischen Kontext wurden angegeben (dichotomisierte Auswertung, „immer“/ „häufig“):

- Behandlung von Nebenerkrankungen/chronischen Erkrankungen (96%)
- Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen (95%)
- Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege (95%)
- Symptomlinderung: Behandlung von Schmerzen (94%)

- Beratung/Hilfestellung zu Patientenverfügungen/Vorsorgevollmacht (92%)

Die folgenden Tätigkeiten werden von Hausärzten nie oder selten ausgeführt:

- Apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen (66%)
- Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (57%)
- (Nur) telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten (50%)
- Hausbesuche durch eigene nicht-ärztliche Praxismitarbeiter (50%)
- Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen (44%).

Der aggregierte Aktivitäts-Score (siehe Kapitel 3.6.1) beträgt im Mittel MW=3,06 (Min.=1,0; Max.=4,0; SD=0,51, n=1112). Aufgegliedert nach Kategorie ergeben sich folgende Mittelwerte (siehe Tabelle 12):

Tabelle 12: Aktivitäts-Score (nach Kategorien)

	n	MW	SD
Assessment und Versorgungsplanung	1110	3,08	0,63
Symptomlinderung	1106	3,41	0,66
Interventionen	1108	3,17	0,56
Koordination	1103	2,90	0,66
Verfügbarkeit	1107	2,74	0,67
MW=Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=Fallzahl			

Abbildung 9 bis Abbildung 13 geben die Antworten der teilnehmenden Hausärzte in den einzelnen Tätigkeitsbereichen wieder. Die Auswertung erfolgte hierbei dichotomisiert.

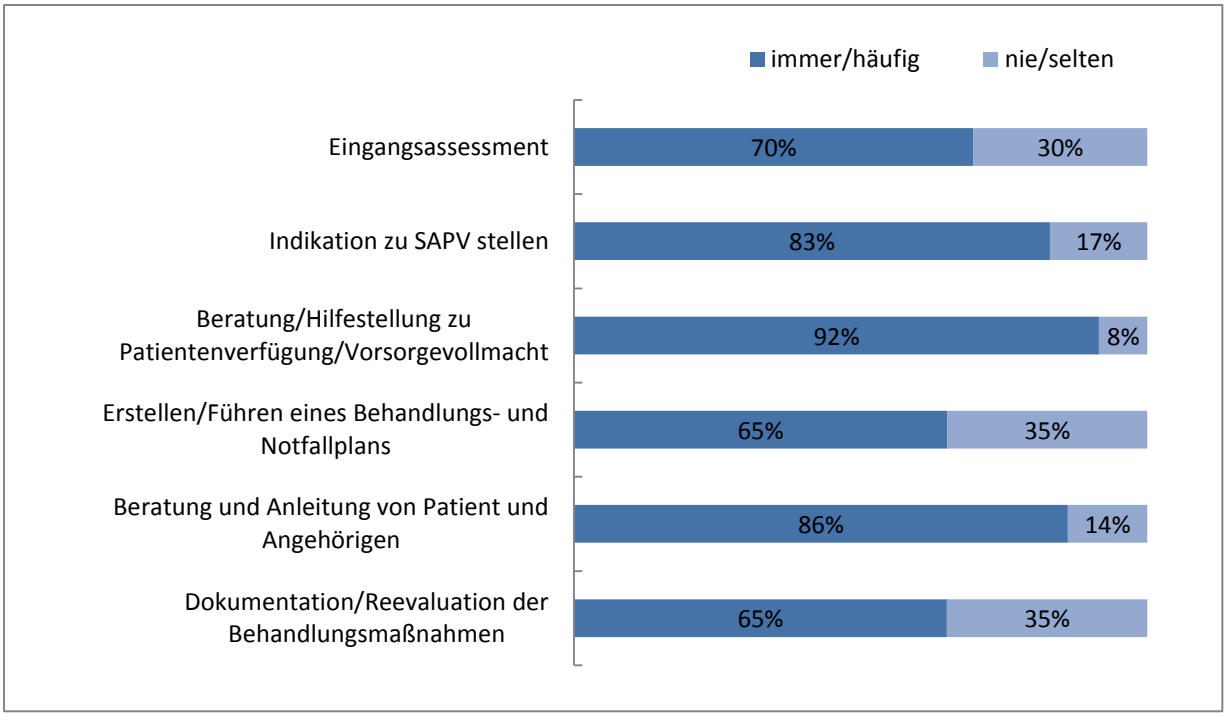


Abbildung 9: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Assessment und Versorgungsplanung

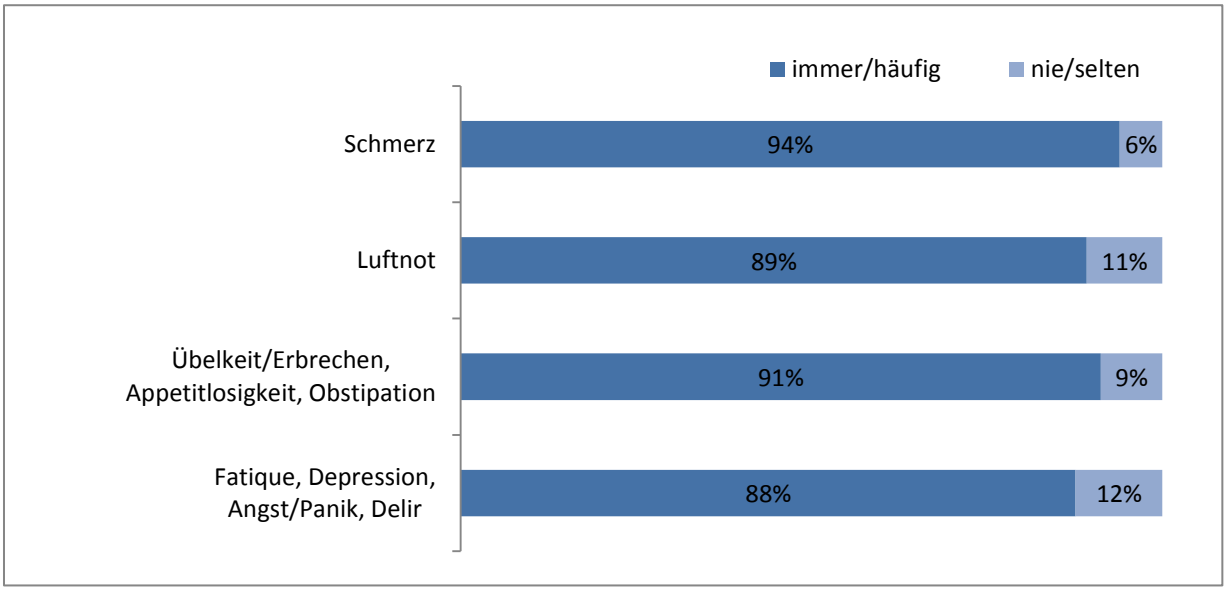


Abbildung 10: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Symptomlinderung

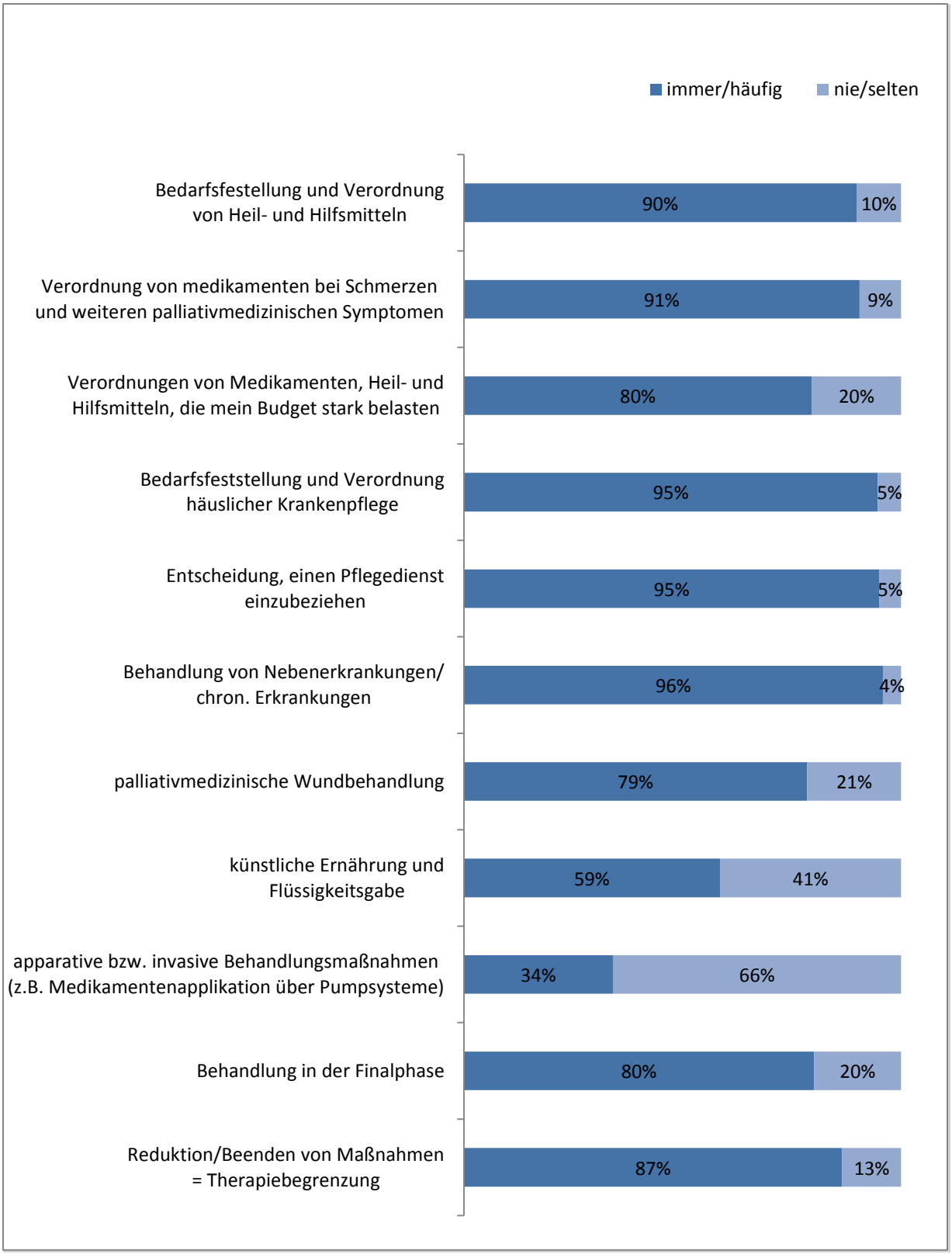


Abbildung 11: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Intervention

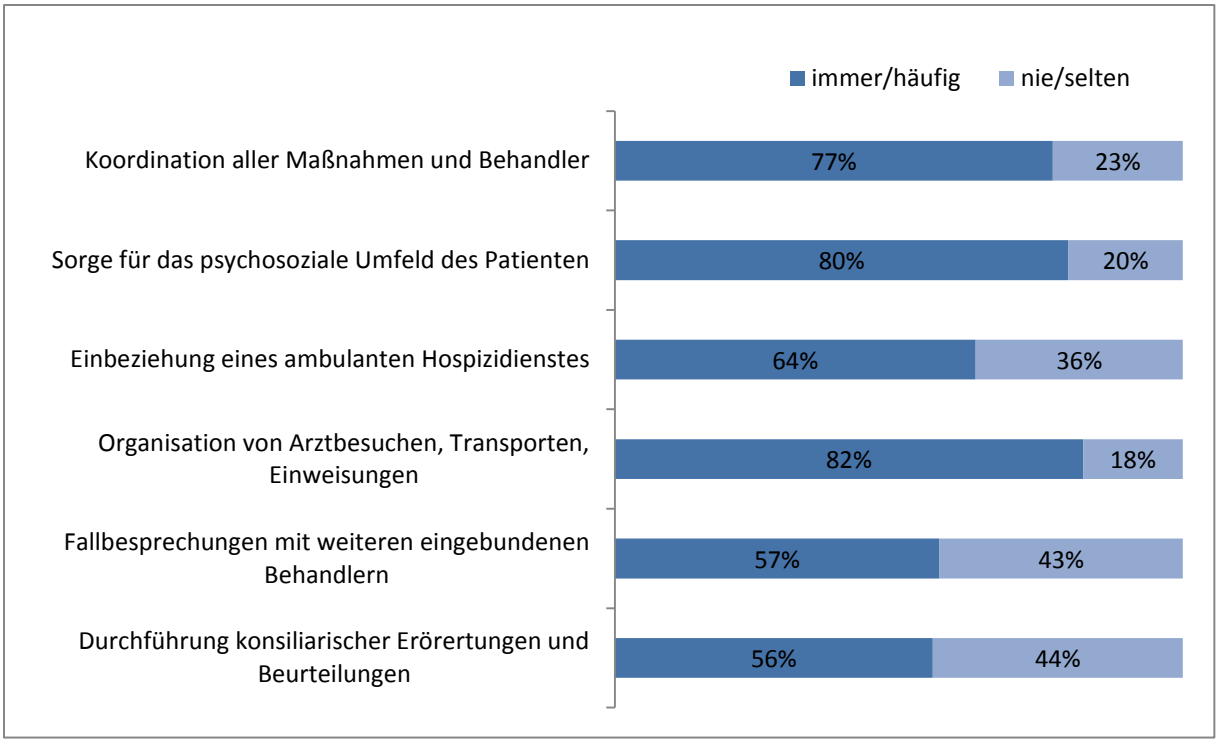


Abbildung 12: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Koordination

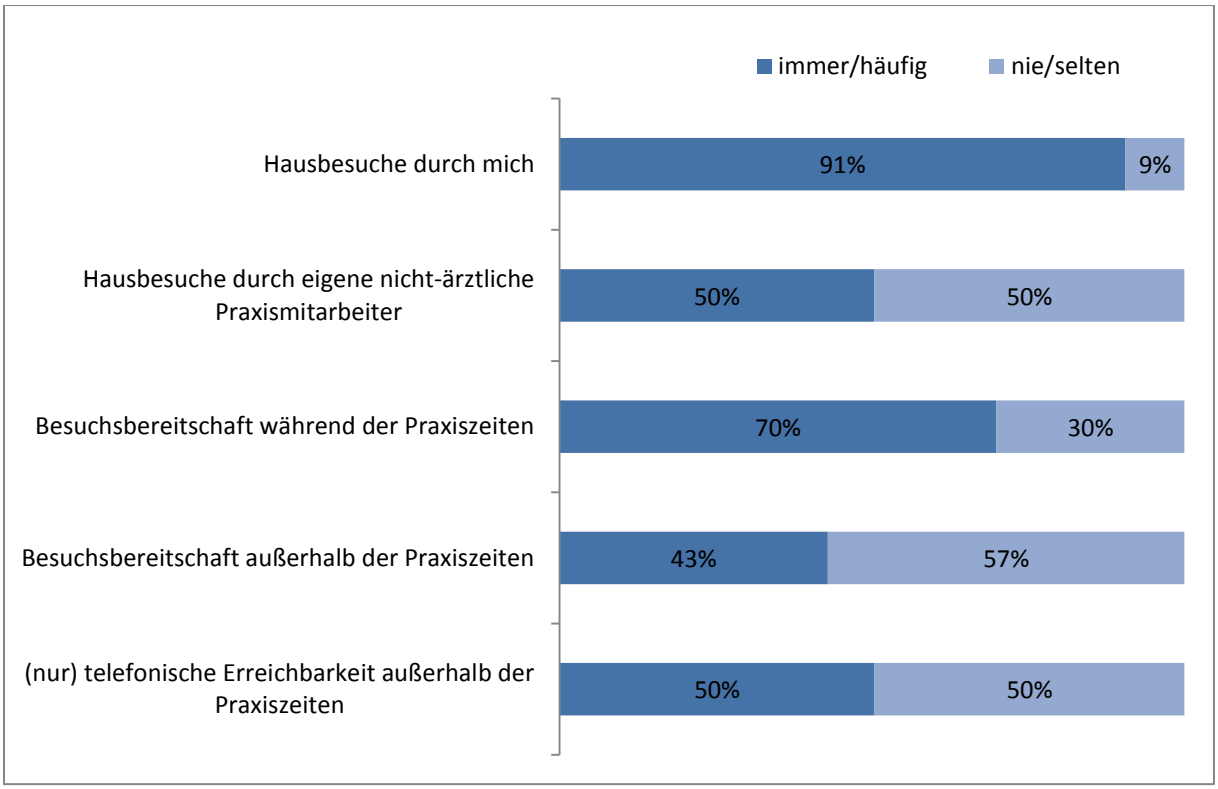


Abbildung 13: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Verfügbarkeit

4.4.2 Was beeinflusst das hausärztliche palliativmedizinische Tätigwerden?

Die Tabellen 16 bis 19 (siehe Anlage 1) zeigen Zusammenhänge verschiedener Einflussgrößen auf die hausärztliche palliativmedizinische Aktivität (gemessen am Aktivitäts-Score).

In der univariaten linearen Regressionsanalyse sind die folgenden Variablen positiv mit der hausärztlichen Aktivität assoziiert (aufsteigend entsprechend dem Regressionskoeffizienten): Anzahl der Patienten pro Quartal, Anzahl SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer, Hausbesuche pro Woche, Alter des Hausarztes, Arbeitsumfang pro Woche, Tätigkeitsdauer, Region der Praxis, Tätigkeitsform, Versorgungsqualität der allgemeinen Palliativinfrastruktur (aufgeschlüsselt nach Leistungserbringern: Pflege, eigene-nicht-ärztliche Mitarbeiter und weitere Dienste), Anzahl der SAPV-Strukturmerkmale, Selbstverständnis/Rolle, Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl, Qualifikations- und Abrechnungslevel.

Negativ assoziiert mit der hausärztlichen Aktivität sind: die Anzahl der SAPV-Verordnungen bezogen auf palliative Patienten sowie die Versorgungsqualität des SAPV/ des PKD.

Über den Einfluss regionaler Versorgungsstrukturen wird ausführlich im Kapitel 4.5.1 berichtet.

In der anschließenden Betrachtung im multiplen linearen Regressionsmodell (komplettes Modell siehe Tabelle 18), das 45,6% der Varianz erklärt (korrigiertes R^2=0,456, F(36, 648)=16,09 p<.001) kann für folgende Variablen ein statistisch signifikanter Zusammenhang beschrieben werden: Anzahl Patienten pro Quartal (β=9,18∗10^{-5}, p=.047, 95%CI= 1,16∗10^{-6}; 1,83∗10^{-4}), Tätigkeitsdauer (β=0,007, p=.004, 95%CI 0,002; 0,012), Anzahl der SAPV-Verordnungen bezogen auf palliative Patienten (β=-0,069, p=.003, 95%CI -0,115; -0,023), Versorgungsqualität der allgemeinen Infrastruktur (β=0,125, p=.003, 95%CI 0,043; 0,207), Versorgungsqualität der SAPV/ des PKD (β=-0,152, p<.001, 95%CI -0,209; -0,095) Selbstverständnis/Rolle (β=0,150, p<.001, 95%CI 0,109; 0,192), Kompetenzempfinden (β=0,223 p<.001, 95%CI 0,170; 0,277) und Qualifikationslevel für BQKPmV (β=0,542, p=.016, 95%CI 0,102; 0,982). Die „aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“ kann sowohl als Qualifikations- als auch Abrechnungslevel angesehen werden (β=0,352, p<.001, 95%CI 0,252; 0,452). In der Variable Abrechnungslevel (Referenz AAPV) ist zudem die Ausprägung „AAPV +

Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ mit β=-0,421 p=.027, 95%CI -0,795; -0,048 signifikant.
Eine Adjustierung um die aufgeschlüsselten Versorgungsqualitäten der einzelnen Leistungserbringer konnte aufgrund der Erzeugung hoher Drop-out-Raten (durch fehlende Werte) nicht erfolgen.

Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurden in einer separaten multiplen Analyse der Einfluss der gleichen unabhängigen Variablen auf die hausärztliche Aktivität unter Ausschluss der Hausärzte, die als Teil eines SAPV-Teams arbeiten (n=118), betrachtet (F(35,565)=10,62). Obwohl die Anzahl der palliativen Patienten dann keinen Einfluss mehr auf die hausärztliche Aktivität hat, zeigen sich keine Veränderungen in der Relation der Ergebnisse. Die erklärte Varianz in diesem Modell beträgt 37%, was nach Cohen (1992) einem starken Effekt entspricht.

Das komplette Regressionsmodell ist in der Anlage 1 (siehe Tabelle 19) zu finden.

4.4.3 Bei welchen Aktivitäten ist die Hinzuziehung der SAPV für Hausärzte wichtig?

Die Hinzuziehung der SAPV wird in den folgenden Aufgabenfeldern als wichtig bzw. sehr wichtig (dichotomisierte Auswertung) beschrieben:

- Apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen (95%)
- Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (92%)
- Behandlung in der Finalphase (91%)
- (nur) telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten (91%)
- Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen (90%).

Weniger bedeutend ist den Hausärzten die gewünschte Unterstützung der SAPV bezüglich folgender Aktivitäten:

- Beratung/Hilfestellung zu Patientenverfügungen/Vorsorgevollmacht (42%)
- Behandlung von Nebenerkrankungen/chron. Erkrankungen (39%)
- Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen (36%)
- Indikation zu SAPV stellen (36%)
- Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege (33%)

Der aggregierte SAPV-Wichtigkeits-Score (siehe Kapitel 3.6.1) beträgt im Mittel MW=2,27 (Min. = 1; Max. =3,0, SD= 0,51, n=1071). Aufgegliedert nach Kategorie ergeben sich folgende Mittelwerte (Tabelle 13).

Tabelle 13: SAPV-Wichtigkeits-Score (nach Kategorien)

	n	MW	SD
Assessment und Versorgungsplanung	1036	2,12	0,58
Symptomlinderung	1034	2,42	0,66
Interventionen	1054	2,26	0,56
Koordination	1033	2,29	0,56
Verfügbarkeit	1035	2,36	0,60
MW=Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=Fallzahl			

Abbildung 14 bis Abbildung 18 geben die empfundene Wichtigkeit der SAPV für die teilnehmenden Hausärzte in den einzelnen Tätigkeitsbereichen wieder.

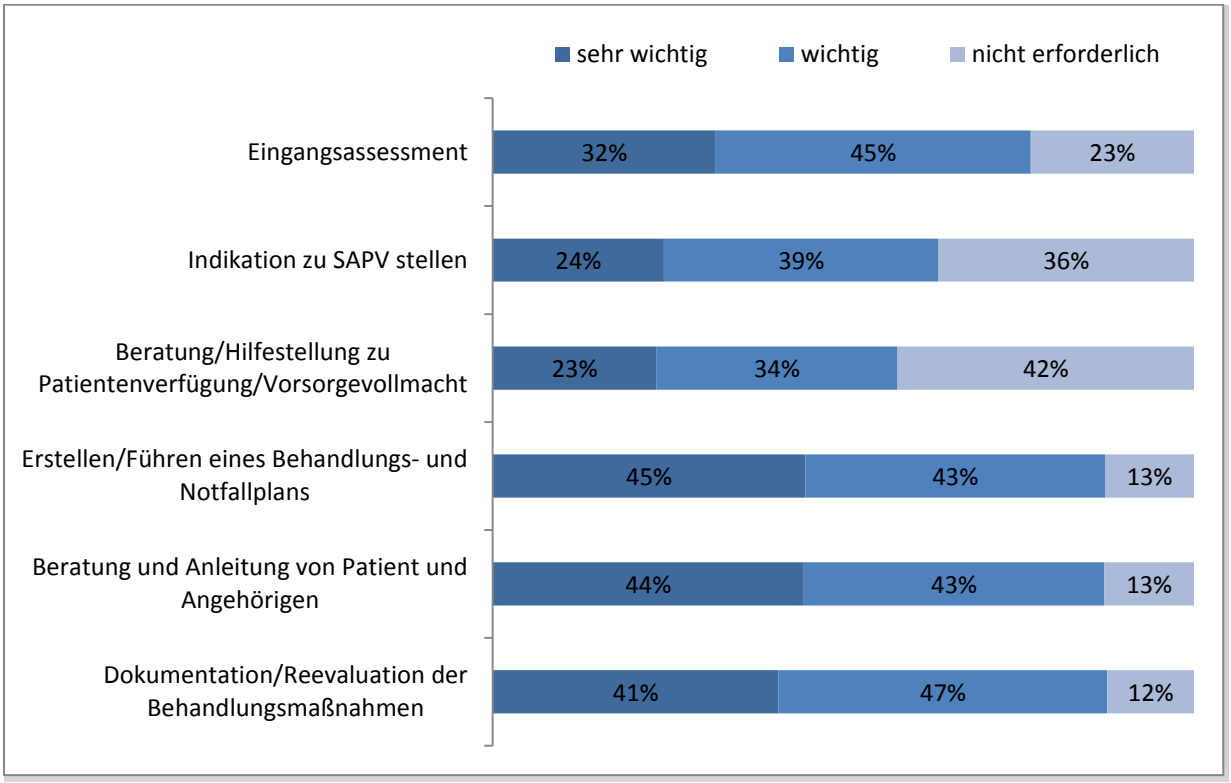


Abbildung 14: Wichtigkeit der SAPV: Assessment und Versorgungsplanung

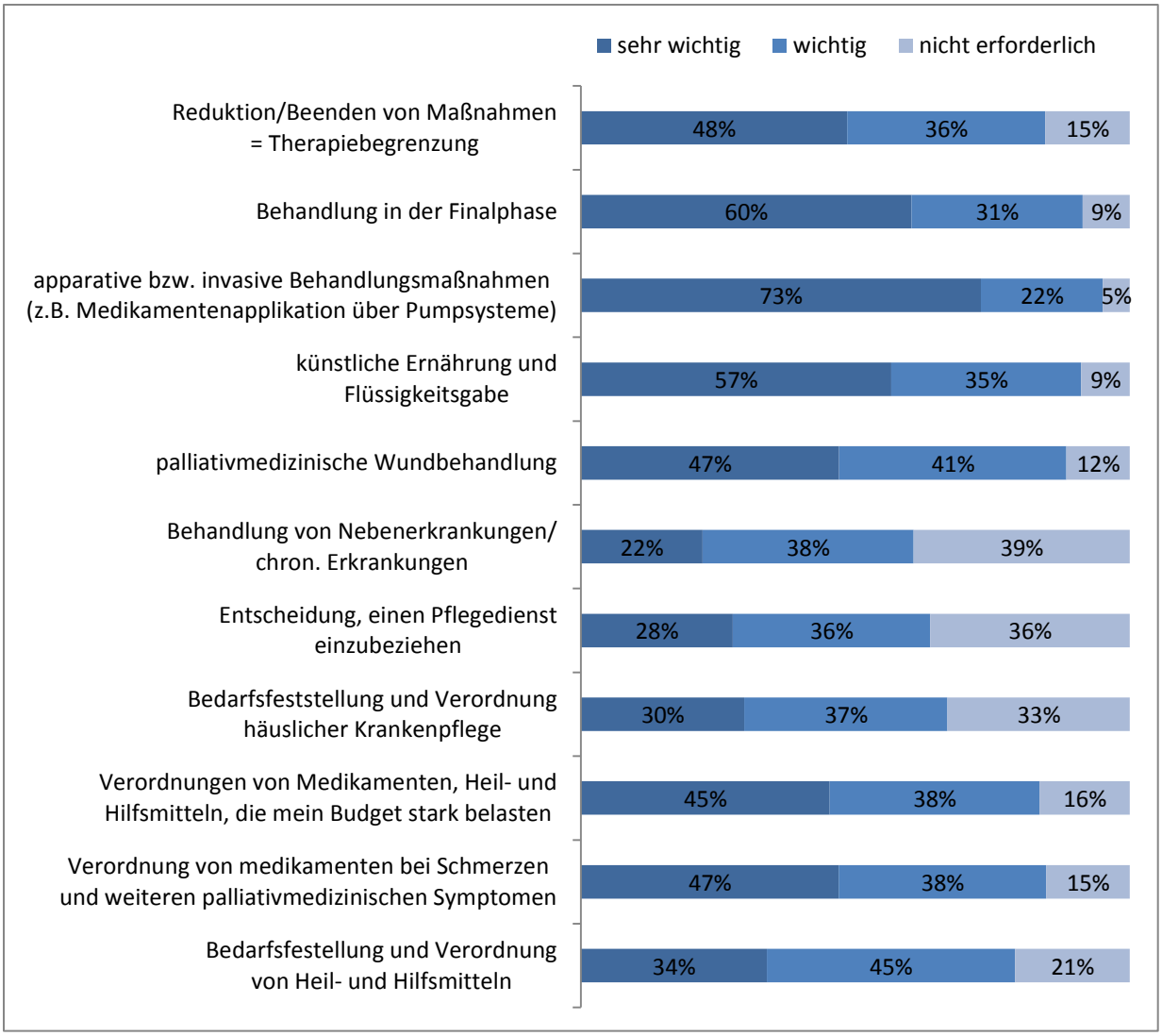


Abbildung 15: Wichtigkeit der SAPV: Intervention

Abbildung 16: Wichtigkeit der SAPV: Symptomlinderung

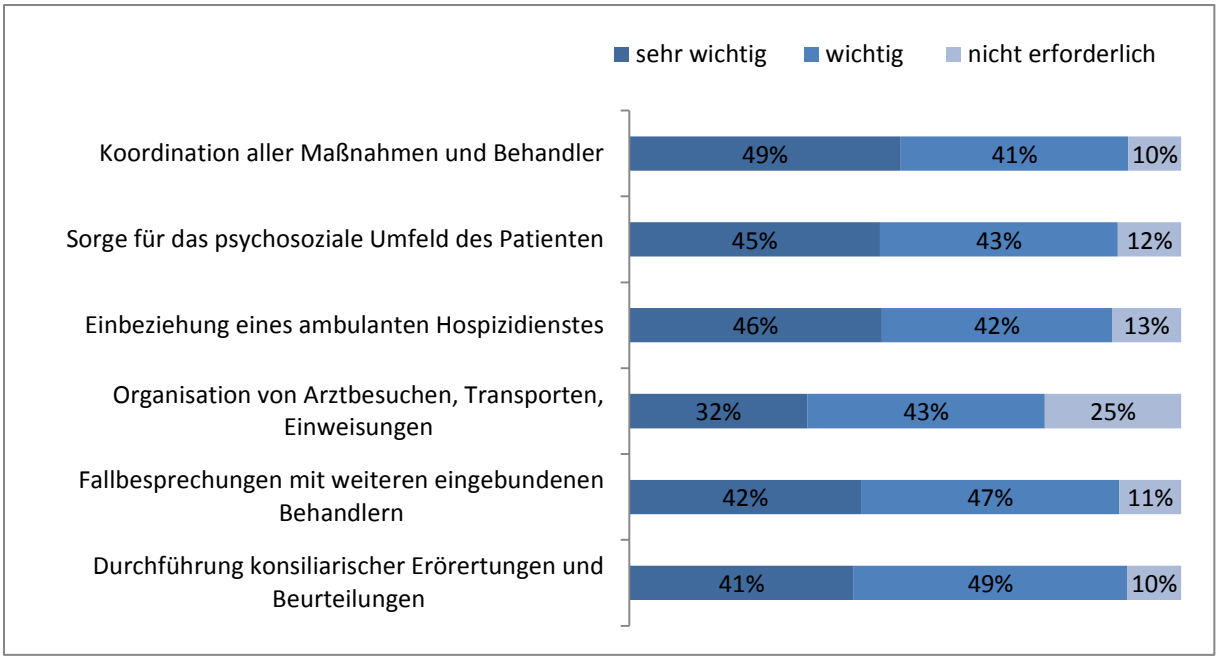


Abbildung 17: Wichtigkeit der SAPV: Koordination

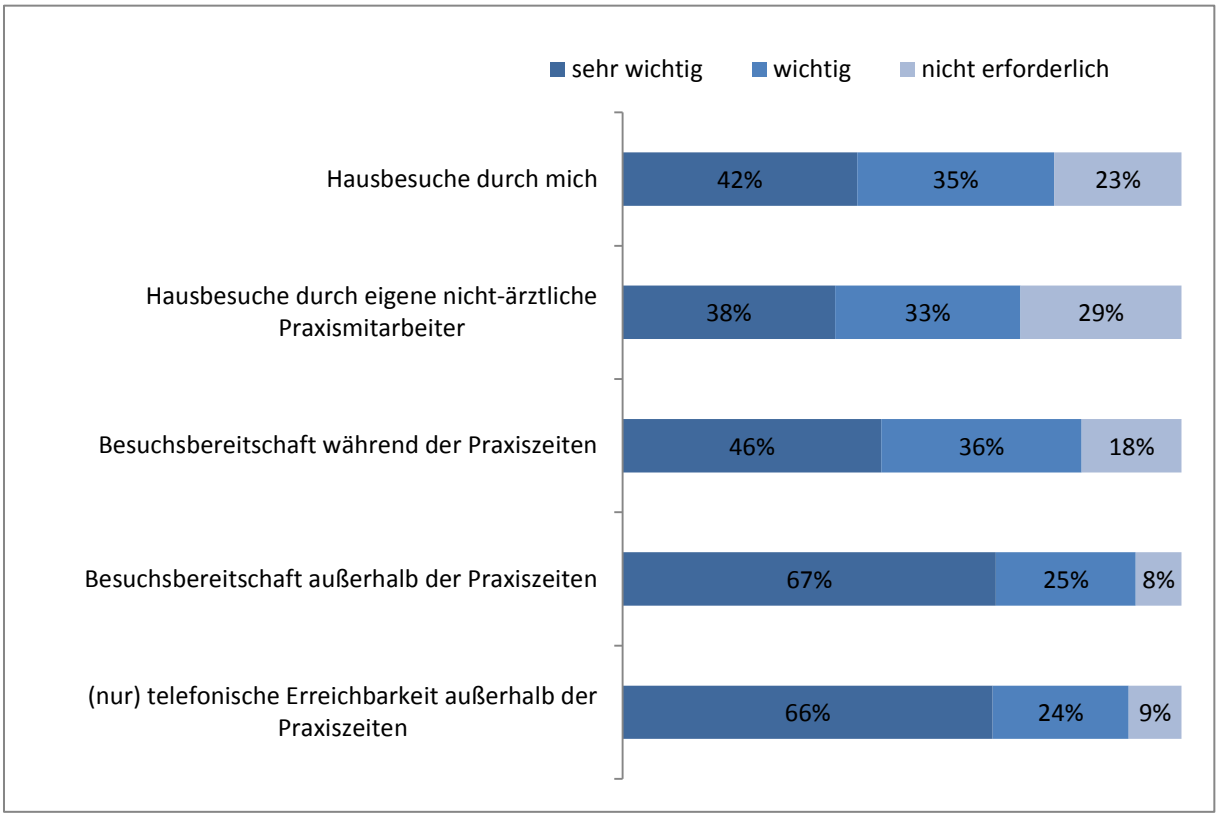


Abbildung 18: Wichtigkeit der SAPV: Verfügbarkeit

4.4.4 Welche Determinanten beeinflussen die hausärztlich eingeschätzte Wichtigkeit der SAPV?

Variablen, die zu einer höheren Einschätzung der Wichtigkeit der SAPV beitragen, sind (siehe Tabelle 20): Eingebunden sein nach SAPV-Involvierung, Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur (aufgegliedert nach Leistungserbringern: Versorgungsqualität der Pflege, Versorgungsqualität HomeCare-Unternehmen und Versorgungsqualität Ärzte), weibliches Geschlecht, Versorgungsqualität der SAPV.

In der univariaten Regressionsanalyse sind folgende Variablen invers mit dem SAPV-Wichtigkeits-Score assoziiert (aufsteigende Reihenfolge entsprechend Regressionskoeffizient): Tätigkeitsdauer, Arbeitsumfang pro Woche, Selbstverständnis/Rolle, Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl, hausärztliche palliativmedizinische Aktivität (Aktivitäts-Score), Abrechnungslevel BQKPmV.

Werden univariate Regressionen mit dem Ausschluss der Hausärzte, die als Teil eines SAPV-Teams tätig sind (n=118), durchgeführt, dann zeigen sich zusätzlich signifikante Werte (mit negativem Zusammenhang) für die Anzahl der Patienten pro Quartal und Anzahl der SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer.

Der Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der SAPV und der KV-Zugehörigkeit des Hausarztes wird in Kapitel 4.5.1 dargestellt.

Die multiple Regression (siehe Tabelle 22) zeigt, dass die aufgenommenen Variablen Einfluss auf die wahrgenommene Wichtigkeit der SAPV haben, $F(37,641)=5,05$ $p<.001$.

In der multiplen linearen Regression bleiben sechs Variablen signifikant: Alter des Hausarztes ($\beta=0,007$, $p=.042$, 95%CI= 0,00; 0,015), Selbstverständnis/Rolle ($\beta=-0,069$, $p=.010$, 95%CI= -0,121; -0,017), Eingebunden sein nach SAPV-Einbindung ($\beta=0,094$, $p<.001$, 95%CI= 0,050; 0,139), Versorgungsqualität der SAPV ($\beta=0,145$, $p<.001$, 95%CI= 0,077; 0,214), Qualifikationslevel „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“ ($\beta=0,238$, $p<.001$, 95%CI= 0,110; 0,366), hausärztliche Aktivität ($\beta=-0,257$, $p<.001$, 95%CI= -0,354; -0,160). Das korrigierte R^2 für dieses Modell ist $R^2=0,189$.

Unter Ausschluss der SAPV-Hausärzte (siehe Tabelle 23) bleiben in der multiplen Analyse diese Variablen signifikant; lediglich das Alter hat dann keinen erklärenden Einfluss auf die Wichtigkeit der SAPV ($\beta=0,006$ $p=.011$ 95%CI -0,001; 0,013). Für das Gesamtmodell gilt: $R^2=0,183$, $F(36, 559)= 4,47$ $p<.001$).

Der Zusammenhang der hausärztlich empfundenen Wichtigkeit der SAPV und der Anzahl der SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten) ergibt in einer Korrelationsanalyse nach Spearman $r_{sp}(919)=0{,}193$ $p<.001$. Dieser Zusammenhang lässt sich auch nach Ausschluss der SAPV-Hausärzte nachweisen ($r_{sp}(808)=0{,}209$ $p<.001$).

4.5 Beantwortung der Nebenfragen

4.5.1 Gibt es regionale Unterschiede in der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität sowie der Wichtigkeit der SAPV?

4.5.1.1 Hausärztliche palliativmedizinische Aktivität

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität (gemessen durch den Aktivitäts-Score) abhängig von der KV-Zugehörigkeit gibt. Es gibt vereinzelte Ausreißer (beurteilt mit dem Box-Plot). Die Varianzhomogenität ist gemäß dem Levene-Test gegeben ($p > .05$).

Bezüglich der hausärztlichen Aktivität ergeben sich nach Analyse folgende Werte für die einzelnen KVen (Tabelle 14):

Tabelle 14: Aktivitäts-Score nach KV

	n	MW	SD	95%- KI		Min	Max
				Untergrenze	Obergrenze		
Bayern	149	3,05	0,47	2,97	3,12	1,00	3,97
Berlin	86	2,77	0,57	2,65	2,90	1,00	3,91
Hessen	118	2,93	0,52	2,84	3,03	1,00	4,00
Niedersachsen	143	3,18	0,46	3,10	3,25	1,81	4,00
Sachsen Anhalt	167	3,05	0,53	2,97	3,13	1,31	4,00
Schleswig-Holstein	142	3,05	0,55	2,96	3,14	1,41	4,00
Thüringen	193	3,11	0,47	3,05	3,18	1,00	4,00
Westfalen-Lippe	114	3,23	0,50	3,14	3,32	1,63	4,00
Gesamt	**1112**	**3,06**	**0,52**	**3,03**	**3,09**	**1,00**	**4,00**

n=Fallzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, 95%-KI=95%iges Konfidenzintervall für den Mittelwert, Min=Minimum, Max=Maximum

Die KV-Zugehörigkeit hat einen Einfluss auf die palliativmedizinische Aktivität des Hausarztes (F(7,1104)=8,32 p<.001, η^2=0,05). Die Effektstärke nach Cohen entspricht einem schwachen Effekt.

Post-Hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur zeigen, dass sich Berlin (MW=2,77 SD=0,57) von allen anderen KVen – außer Hessen – signifikant unterscheidet (alle p<.05). Im Vergleich von Hessen (MW=2,93 SD=0,52) mit den übrigen KV ergibt der Mittelwertvergleich zu Niedersachsen (MW=3,18 SD=0,46) ein weiteres signifikantes Ergebnis. Obwohl Westfalen-Lippe den höchsten Mittelwert des Aktivitäts-Score aufweist (MW=3,23 SD=0,50), zeigt sich ein signifikanter Unterschied nur zu Hessen und Berlin. Alle anderen KVen (Bayern (MW=3,05 SD=0,47), Thüringen (MW=3,11 SD=0,47), Sachsen-Anhalt (MW=3,05 SD=0,53) und Schleswig-Holstein (MW=3,05 SD=0,55) unterscheiden sich nicht (Abbildung 19).

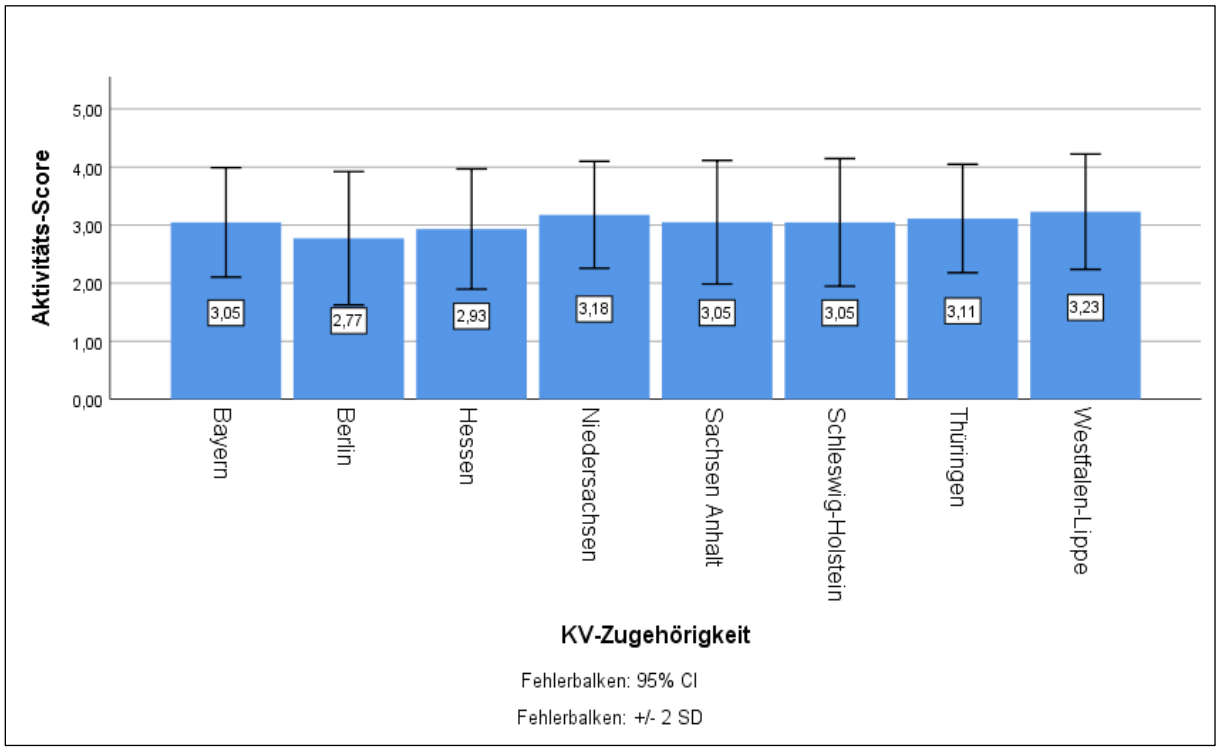


Abbildung 19: Aktivitäts-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit

95% CI= 95%iges Konfidenzintervall für den Mittelwert, SD= Standardabweichung; (auf die Kennzeichnung der signifikanten Paare wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet)

4.5.1.2 Hausärztlich empfundene Wichtigkeit des SAPV

Hinsichtlich der hausärztlich empfundenen Wichtigkeit der SAPV ergibt der Mittelwertvergleich folgende Werte (Tabelle 15, Abbildung 20):

Tabelle 15: SAPV-Wichtigkeits-Score nach Kassenärztlicher Vereinigung

	n	MW	SD	95%-KI		Min	Max
				Untergrenze	Obergrenze		
Bayern	144	2,19	0,50	2,11	2,27	1,00	3,00
Berlin	79	2,38	0,51	2,27	2,50	1,00	3,00
Hessen	116	2,31	0,44	2,22	2,39	1,00	3,00
Niedersachsen	138	2,31	0,53	2,22	2,41	1,00	3,00
Sachsen Anhalt	161	2,28	0,51	2,20	2,35	1,00	3,00
Schleswig-Holstein	136	2,24	0,49	2,16	2,32	1,00	3,00
Thüringen	190	2,31	0,51	2,23	2,38	1,00	3,00
Westfalen-Lippe	107	2,16	0,59	2,05	2,27	1,00	3,00
Gesamt	**1071**	**2,27**	**0,51**	**2,24**	**2,30**	**1,00**	**3,00**

n=Fallzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, 95%-KI= 95%iges Konfidenzintervall für den Mittelwert, Min= Minimum, Max=Maximum

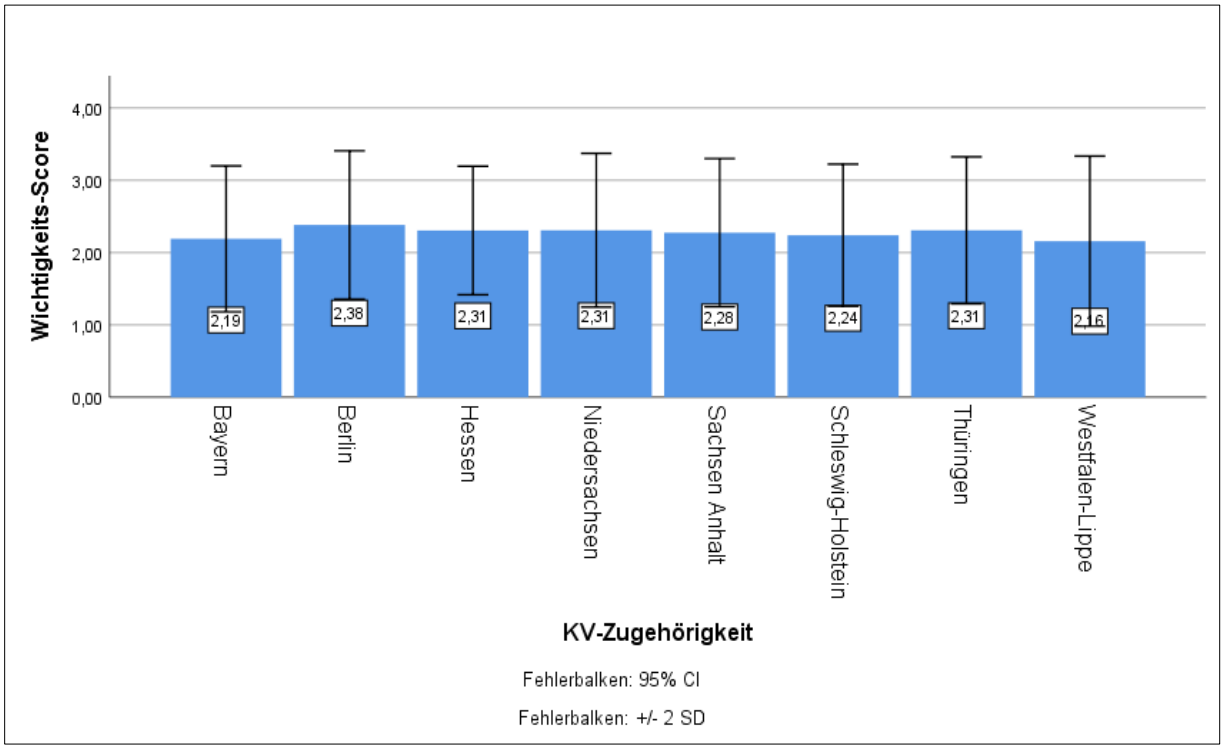


Abbildung 20: SAPV-Wichtigkeits-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit

95% CI= 95%iges Konfidenzintervall für den Mittelwert, SD= Standardabweichung

Obwohl das Gesamtmodell signifikant ist (F(7,1063)=2,186 p=.033, η^2=0,01), zeigen die Post-Hoc-Tests keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der einzelnen KVen.

Auch der paarweise Vergleich nach dem weniger konservativen Tukey-Test liefert keine signifikanten Ergebnisse.

4.5.2 Was beeinflusst die hausärztlich wahrgenommene Qualität des SAPV-Teams?

Die hausärztlich eingeschätzte Versorgungsqualität der SAPV/des PKD beträgt im Durchschnitt MW=3,70 (Min.= 1,0; Max.=4,00; SD=0,62, n=957).

In der univariaten Regressionsanalyse erweisen sich folgende Variablen mit signifikantem Einfluss auf die Einschätzung der Versorgungsqualität:

- Weibliches Geschlecht (β=0,118 p=.003 KI= 0,041; 0,195 n=976),
- Wichtigkeit der SAPV (β=0,371 p<.001 KI= 0,296; 0,4457 n=919),
- Hausärztliche Aktivität (β=-0,131 p=.001 KI= -0,208; -0,054 n=942),
- Eingebundensein nach SAPV-Involvierung (β=0,205 p<.001 KI= 0,163; 0,248, n=872),
- Anzahl der SAPV-Verordnungen (bezogen auf Anzahl palliativer Patienten) (β=0,146 p<.001 KI=0,084; 0,208n=839),
- Qualifikationslevel: „Aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“ (β=0,168 p=0.009 KI= 0,043; 0,293, n=925),
- Abrechnungslevel: „AAPV+Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ (β=-0,166 p=.034 KI= -0,320; -0,013, n=957), „BQKPmV“ (β=-0,697 p=.001 KI=-1.097; -0,296, n=957) sowie „SAPV-Teilnahme“ (β=0,158 p=.011 KI=0,036; 0,280, n=957).
- Summenindex der SAPV-Strukturmerkmale (β=0,994 p<.001 KI= 0,836; 1,151 n=859)
- Strukturmerkmale der SAPV (einzeln):
  - SAPV bietet keine Vollversorgung an (β= -0,257 p<.001 KI= -0,365; -0,149 n=851)
  - Keine ausreichende Aufnahmekapazität (β=-0,283 p<.001 KI= -0,373; -0,193 n=854)
  - Kein Vorhalten verschiedener Professionen (β=-0,188 p<.001 KI= -0,268; -0,108 n=852)

- Keine gute materielle Ausstattung (β=-0,296 p<.001 KI= -0,389; -0,202 n=853)
- Keine Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit) (β= -0,864 p<.001 KI=-0,989; -0,738 n=855)
- Keine regelmäßige Besprechungen von Patientenkasuistiken mit allen Versorgungsakteuren (β=-0,284 p<.001 KI=-0,365; -0,203 n=848)
- Keine Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen (β=-0,225 p<.001 KI=-0,305; -0,146 n=853)

In der multiplen Regressionsanalyse wurde aus inhaltlichen Gründen auf die Berücksichtigung des SAPV-Wichtigkeits-Scores verzichtet.

Im Gesamtmodell ((F49, 585)=4,90, p<.001, R^2=0,247) sind die folgenden Variablen signifikant:

- Hausärztliche Aktivität (β=-0,293 p<.001 KI= -0,404; -0,181)
- Eingebundensein nach SAPV-Involvierung (β=0,137 p<.001 KI= 0,083; 0,191)
- SAPV-Strukturmerkmale (einzeln):
  - SAPV bietet keine Vollversorgung an (β=-0,139 p=.018 KI= -0,255; -0,023)
  - Weibliches Geschlecht (β=-0,107 p=.024 KI= 0,014; 0,199)
  - Keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit) (β=-0,509 p<.001 KI= -0,688; -0,331)
  - Keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken (β=-0,095 p=.047 KI= -0,189; -0,001)
  - Keine ärztliche Leitung durch Klinikärzte (β=-0,125 p=.034 KI= -0,240; -0,010)

5 Diskussion

5.1 Rücklauf und Repräsentativität der teilnehmenden Hausärzte

1144 von 6000 angeschriebenen Hausärzten nahmen an unserer Befragung teil. Die Rücklaufrate von 19,1% lag nahe der angestrebten 20%, die im Vorfeld aufgrund von bereits durchgeführten schriftlichen Befragungen definiert wurde (Wolf und Freytag,

2017; VanGeest et al., 2007). Gründe für die Nichtteilnahme an Befragungen sind vielfältig; darunter sind Interesse und Relevanz des Themas (VanGeest et al., 2007; McAvoy & Kaner, 1996) sowie mangelnde Zeit bei hoher Arbeitsbelastung (Spaar et al., 2009) führend. Aber auch weniger offensichtliche Gründe wurden beschrieben, z.B Ängste seitens der befragten Ärzte, von Wissenschaftlern „gemessen“ und beurteilt zu werden (Hummers-Pradier et al., 2008).

Neben der Anwendung evidenzbasierter Methoden zur Erhöhung des Rücklaufes (postale Befragung statt webbasiert (Kongsved et al., 2007; Sebo et al., 2017), Ankündigung der Befragung (Edwards et al., 2009), nichtmonetäre Anreize (Pit et al., 2013), personalisiertes Anschreiben und portofreier Rückumschlag (Edwards et al., 2002)), versendeten wir zweimalig einen Reminder als Fax. Dadurch konnten 62 weitere Hausärzte (37 nach dem ersten Reminder, 25 nach dem zweiten Reminder) hinzugewonnen werden.

Die teilnehmenden Hausärzte unterscheiden sich in Bezug auf das Alter, Geschlecht, Zusatzqualifikation Palliativmedizin vom bundesweiten Durchschnitt. Hierbei muss der Vergleich der teilnehmenden Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (16,3% in unserer Befragung vs. 3,5% im Bundesdurchschnitt) kritisch betrachtet werden, da die Ärztestatistik 2017 (Bundesärztekammer, 2018) nicht explizit die Anzahl der Hausärzte mit Zusatzqualifikation ausweist, sondern die Anzahl aller ambulant tätigen Ärzte (z.B. auch Anästhesisten, Gynäkologen, Urologen) mit Zusatzbezeichnung. Dennoch ist die deutlich höhere Rücklaufrate von Hausärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin plausibel. Zum Einen zeigen das andere deutschsprachige Untersuchungen aus dem palliativmedizinischen Themengebiet (Schneider et al., 2011). Zum Anderen ist bekannt, dass Befragungen von Ärzten eher beantwortet werden, wenn sie ein persönliches bzw. besonderes Interesse am Thema haben (Kaner et al., 1998; Edwards et al., 2002; Fielding et al., 2005).

Um einen möglichen Selektionseffekt der Stichprobe entgegen zu wirken, kam der Berücksichtigung der Ausprägungen „Berührungen mit der Palliativmedizin“ eine erhöhte Aufmerksamkeit zu. Insbesondere bei der Deskription des Rollen- sowie Kompetenzkonstruktes kommt der Qualifikations-Bias zum Tragen; nicht jedoch in den multiplen Analysen, da die Qualifikation als unabhängige Variable eingeflossen ist. Durch die zusätzliche Durchführung von Analysen der Stichprobe ohne Hausärzte mit einer Tätigkeit als Teil des SAPV-Teams (und Vergleich mit der gesamten

Stichprobe), reduzierten wir zusätzlich einen möglichen Selektionsbias. Bei ihnen vermuteten wir einen Interessenskonflikt (z.B. hinsichtlich Vergütungsaspekten) sowie ein undifferenzierteres Ausfüllverhalten des Fragebogens (da eine Eingrenzung auf die AAPV-Tätigkeit als Hausarzt nicht erfolgte).

Aus Voruntersuchungen ist bereits bekannt, dass sowohl ältere Hausärzte (Stocks & Gunnell, 2000) als auch Ärzte männlichen Geschlechts (Oremus & Wolfson, 2004) seltenerer an Befragungen teilnehmen. Eine Erklärung für dieses Phänomen steht bisher aus.

Der Rücklaufquote von 26,1% in unserer „Stamm-KV“ Thüringen steht eine relativ geringe Beteiligung in Berlin von 12,7% gegenüber. Die geringe Beteiligung in Berlin korrespondiert möglicherweise mit der geringen Beteiligung an der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4.5.1).

5.2 Kritische Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung

Der Großteil der befragten Hausärzte (87,2%) sieht die Versorgung palliativer Patienten als zentralen Baustein in der hausärztlichen Versorgung. Nur 27,5% meinen, dieses Tätigkeitsfeld sollte durch nicht-hausärztliche (Fach-)Spezialisten bedient werden. Diese Erkenntnisse decken sich mit zahlreichen Untersuchungen aus dem nationalen (Schnakenberg et al., 2016; Dahlhaus et al., 2013; Pierau, 2013) und internationalen Kontext (Pype et al., 2013; Field, 1998; Burt et al., 2006). Trotz Wahrnehmung diverser Barrieren in der adäquaten Versorgung Schwerkranker und Sterbender (Selman et al., 2017; Malik et al., 2017), betonen Hausärzte ihre fundamentale Rolle im Verlauf einer lebenslimitierenden Erkrankung (Brueckner et al., 2009) über verschiedene Krankheitsstadien hinweg (van Eijk & Haan, 1998). Insbesondere die Kenntnisse der Familiensituation und Biografie des Patienten helfen bei der Gestaltung einer individuellen, passgenauen Versorgung (Schneider et al., 2014; Schneider et al., 2010b). Gemäß diesem Selbstverständnis, sehen 85,4% der befragten Hausärzte in unserer Studie die kontinuierliche Begleitung (bis zum Tod des Patienten) als ihre Aufgabe an. Dieses Ergebnis sollte jedoch vor dem Hintergrund eines generell zustimmenden Antwortverhaltens der antwortenden Hausärzte (Deckeneffekt) interpretiert werden. So stimmen nur 51,6% der Befragten dieser Aussage vollständig zu. Obwohl die kontinuierliche Begleitung durch den gleichen Hausarzt sowohl für den Hausarzt selbst (Plat et al., 2018; Hoexum et al.,

2012) als auch für die meisten Patienten als lohnend beschrieben wird (Johnson et al., 2018), bleibt die hausärztliche Versorgungskontinuität in der Umsetzung oftmals schwierig (Silveira & Forman, 2012; Afshar et al., 2015). Möglicherweise ist die vergleichsweise geringere Zustimmung Ausdruck dieser Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Mit 90% Zustimmung, dass die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld ist, tragen die befragten Hausärzte zur Umsetzung des – per definitionem postulierten – Teamansatzes bei (Radbruch & Payne, 2009). Qualitative Untersuchungen konnten zeigen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten als wichtiger Baustein in der Palliativversorgung wahrgenommen wird (Borgsteede et al., 2006; Field, 1998). Eine Untersuchung aus den Niederlanden (Borgsteede et al., 2007) - ergänzt um quantitative Daten – stellt folgenden Sachverhalt fest: Jeder Hausarzt kooperierte im Durchschnitt mit vier weiteren Akteuren, wobei die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen dominierend war. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass die Versorgung palliativer Patienten durch den Einbezug von Angehörigen erheblich erleichtert wird (69,2% „stimme voll zu“/ 24,5% „stimme eher zu“), was ein mögliches Motiv für diese Interkollaboration darstellen könnte. Diese Vermutung wurde bereits in anderen Studien aufgearbeitet (Johnson et al., 2018; Gagyor et al., 2016). Auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit SAPV-Teams wird oftmals im hausärztlichen Aufgabenbereich gesehen (Beccaro et al., 2013).

Angesichts der vielfältigen und -schichtigen Probleme und der Komplexität im palliativen Kontext, ist die Einbindung zahlreicher Versorgungsakteure unter Abwägung der Patientenpräferenz sinnvoll (Borgsteede et al., 2007). Dabei kommt der Koordination aller teilhabenden Disziplinen eine tragende Rolle zu. Während sich die Mehrheit der Hausärzte in unserer Befragung eine koordinierende Rolle in der Palliativversorgung zuschreibt (57,5% „stimme voll zu“/ 31,1% „stimme eher zu“), ist in anderen Untersuchungen die Zuschreibung dieser Zuständigkeit weiterhin in der Diskussion (Aubin et al., 2012; Groot et al., 2005). Gründe hierfür werden vor allem in einer zunehmenden Spezialisierung der Palliativversorgung, als auch in einer fluktuierenden Rollenverschiebung durch verschiedene Krankheitsverläufe gesehen (Mitchell et al., 2004; Mitchell et al., 2012; Beernaert et al., 2015b). Gerade aber eine fehlende Koordination durch unausgereifte bzw. unzureichend implementierte

Strukturen und Versorgungsprozesse werden als wesentliche Barriere in der Umsetzung der Palliativversorgung betrachtet (Afshar et al., 2015).

5.2.1.1 Hausärztliche palliativmedizinische Aktivitäten

Unsere Untersuchung zeigt, dass Hausärzte insgesamt „oft“ die Verantwortung für palliativmedizinische Aktivitäten ihrer palliativen Patienten in der Häuslichkeit übernehmen. Aufgegliedert nach den fünf Tätigkeitsbereichen, ist das Tätigwerden bei der Symptomlinderung am größten (MW=3,4 SD=0,66, n=1106); in der noch differenzierteren Betrachtung erzielt die „Behandlung von Schmerzen“ den höchsten Wert. In einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit über die hausärztliche Rolle in der Symptombehandlung am Lebensende (Mitchell et al., 2018), fühlten sich Hausärzte in der Behandlung von Schmerzen am sichersten. Vor dem Hintergrund, dass sich die Kompetenz/das Sicherheitsgefühl unmittelbar in der Ausübung der entsprechenden Tätigkeit niederschlägt (Peng et al., 2013; Magee & Koffman, 2016) – wie auch unsere Daten eindrücklich zeigen – ist unsere Untersuchung übereinstimmend mit diesen Ergebnissen. Auch in einer Befragung unter Schweizer Hausärzten (Giezendanner et al., 2017) schätzten diese ihre Kompetenz in der Behandlung von Schmerzen am höchsten ein, gefolgt von Behandlung gastrointestinaler Symptome und Luftnot. Laut einer qualitativen Studie aus Deutschland (Dahlhaus et al., 2013), bringt die Behandlung von Symptomen Hausärzte vor allem dann an die Kompetenzgrenzen, wenn invasive Prozeduren zur adäquaten Symptomkontrolle notwendig werden. Die mangelnde Expertise unter Hausärzten hinsichtlich technischer Prozeduren (z.B. Sauerstoffpumpe, häusliche Parazentese, Versorgung einer Medikamentenpumpe) wurde mehrfach herausgearbeitet (Brazil et al., 2010; Groot et al., 2007; Rhee et al., 2008; Desmedt & Michel, 2002) und wird auch in unseren Daten deutlich. Damit einhergehend sehen 59% der befragten Hausärzte die künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe selten oder nie in ihrem hausärztlichen Verantwortungsbereich. Aus einer kürzlich publizierten Studie zu palliativmedizinischem Wissen unter deutschen Hausärzten, wurde die Mehrheit der Fragen zur Versorgung am Lebensende als korrekt beantwortet beschrieben; Falschantworten wurden mehrheitlich bei Fragen zur (subkutanen) Flüssigkeitssubstitution gegeben (Ammer et al., 2019). Neben fehlendem Wissen ist eine mögliche Erklärung auch in Unsicherheiten in ethischen

(Dev et al., 2012) sowie rechtlichen Aspekten (Wandrowski et al., 2012) (insbesondere bei der Beendigung dieser Therapien) zu suchen.

Während die überwiegende Mehrheit der Hausärzte die Verfügbarkeit für palliative Patienten während der Praxiszeiten in ihrem Verantwortungsbereich sieht, kommt dieser Aufgabe außerhalb der Sprechzeiten nur eine Minderheit nach (24,5% „selten“; 18,3% „immer“). Die telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten ist bei etwa der Hälfte der befragten Hausärzte gegeben (22,7% „immer“; 27,7% „häufig“). In einer etwas anders gelagerten Untersuchung unter niedergelassenen Ärzten in Niedersachen (Schneider et al., 2010a) unter dem Forschungsschwerpunkt „Erreichbarkeit für ältere Patienten in der letzten Lebensphase“, gaben 81% der Hausärzte an, bei Bedarf für ihre Patienten verfügbar zu sein. Anders als in unserer Untersuchung, die auf das Adressieren von Verantwortungsbereichen ausgelegt war, wurde in Schneiders‘ Studie die „Verfügbarkeit bei Bedarf“ abgefragt. Als Gründe für Patienten erreichbar zu sein, wurden die Krankheitsschwere des Patienten sowie seine Bedürfnisse genannt. Möglicherweise wäre in unserer Befragung die Verfügbarkeit unter dieser Fragestellung unter Einbezug der Patienten-Dimension höher ausgefallen. Gerade aber die gleichzeitige Behandlung von mehreren palliativen Patienten über einen längeren Zeitraum, birgt die Gefahr der hausärztlichen Kapazitätsüberschreitung (Dahlhaus et al., 2013; Hoexum et al., 2012). Insbesondere zeitlich begrenzte Ressourcen (Malik et al., 2017), mangelnde finanzielle Entlohnung (Ding et al., 2019; Schindler & Ewald, 2005) sowie der Eingriff in das Privat- und Familienleben (Rhee et al., 2008; Schneider et al., 2010c) werden als Barriere für eine kontinuierliche Versorgung durch den Hausarzt außerhalb der Sprechzeiten diskutiert. Zudem zeichnet sich ab, dass die Bereitschaft für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung unter jüngeren Hausärzten deutlich abnimmt (Ankuda et al., 2017a; Hoexum et al., 2012; Plat et al., 2018). Gerade die mögliche Fokussierung auf die eigene Work-Life-Balance mit oftmals einhergehender Teilzeitanstellung (Plat et al., 2018) wird als Problem – auch in der zukünftigen Gestaltung einer funktionierenden hausärztlichen Palliativversorgung – diskutiert. Dies scheint sich auch in der Inanspruchnahme von Patienten deutlich abzuzeichnen: Gerade bei Notfällen oder Krisen wünschen sich Patienten eine kontinuierliche und verlässliche Erreichbarkeit ihres Hausarztes (Borgsteede et al., 2006; Schneider et al., 2014), die gerade in einer Teilzeitanstellung des Hausarztes nicht gegeben zu sein scheint (Rhee et al., 2018).

Einen Teil der hausärztlichen Verfügbarkeit wird durch Hausbesuche abgedeckt (Borgsteede et al., 2006). Untersuchungen aus Kanada (Brazil et al., 2010), Dänemark (Neergaard et al., 2009) und Italien (Saugo et al., 2008) haben gezeigt, dass bei Patienten, deren Hausärzte Hausbesuche durchführten, eher dem Wunsch nach häuslichem Versterben nachgekommen werden konnte.

Obwohl in unserer Befragung ein Großteil der Hausärzte diese Tätigkeit in ihrem Verantwortungsbereich sieht und selbst durchführt, scheint die Delegation dieser Aufgabe an andere Praxismitarbeiter eher selten stattzufinden. Zwar gibt es Bestrebung der Implementierung solcher Versorgungsprozesse (Glonti et al., 2019); im Vergleich mit anderen Industrienationen kommt dem Praxispersonal (i.d.R ArzthelferInnen) in der Beteiligung palliativmedizinischer Tätigkeiten jedoch eine zentralere Rolle zu (George, 2016; Sekse et al., 2018 Jan). So ist in unserer Befragung „nur“ in 44% der Fälle eigenes Praxispersonal zur Durchführung von Hausbesuchen bei palliativen Patienten vorhanden.

Eine ebenso seltenere Tätigkeit ist die „Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen“. Diese Aufgabe wird in der „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung“ für teilnehmende Ärzte (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) beschrieben. Es wundert daher eher, dass diese Aktivität überhaupt von so vielen Befragten häufig/immer ausgeführt wird.

Hausärzte nehmen in der Behandlung chronischer bzw. Nebenerkrankungen ihrer Patienten eine zentrale Rolle ein (Buttfield et al., 1990). Unsere Daten zeigen, dass Hausärzte diese Aufgabe auch im palliativen Kontext in ihrem Verantwortungsbereich sehen. Insbesondere auch aus Patientensicht wird der Hausarzt mehrheitlich als medizinischer Begleiter und Erstadressat bei gesundheitlichen Problemen geschätzt (Halkett et al., 2015; Schwabe et al., 2017; Lang et al., 2017). Die im Idealfall über Jahre gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung und die Kenntnis des sozialen Umfeldes des Patienten, ermöglichen dem Hausarzt eine zeitnahe Bedarfsevaluierung und den indikationsgerechten Einsatz weiterer Maßnahmen (z.B. Einsatz eines Pflegedienstes, Verordnung häuslicher Krankenpflege) (Ramanayake et al., 2016).

Auch das Besprechen von Inhalten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten (vorausschauende Vorsorgeplanung=Advance care Planning ACP), sehen die befragten Hausärzte in unserer Studie häufig oder immer als ihre

Aufgabe an. Diese Erkenntnisse müssen vor folgendem Hintergrund kritisch betrachtet werden: In einer Untersuchung unter Hausärzten in den USA (Snyder et al., 2013) gaben 97,5% der Befragten an, sich kompetent darin zu fühlen, mit Patienten über Aspekte der vorausschauenden Vorsorgeplanung zu sprechen. Erstaunlicherweise wurde jedoch nur mit einem Teil der als palliativ identifizierten Patienten (41%) tatsächlich darüber gesprochen. Dieser diskrepante Sachverhalt wurde auch durch andere Untersuchungen mehrfach repliziert (Meeussen et al., 2011; Glaudemans et al., 2015; Ding et al., 2018), und legt die Vermutung einer unzureichenden Ausführung seitens der Hausärzte nahe. Inwieweit die befragten Hausärzte in unserer Untersuchung tatsächlich mit Patienten über diese Inhalte sprechen, ist nicht untersucht und insofern eine Limitation der vorliegenden Studie.

5.2.1.2 Was beeinflusst das hausärztliche palliativmedizinische Handeln?

Im multiplen Regressionsmodell zeigt sich, dass Tätigkeitsdauer, Anzahl der palliativen Patienten, Versorgungsqualität der umgebenden Infrastruktur, Selbstverständnis/Rolle, Kompetenzempfinden sowie bestimmte Stufen der Qualifikation und Abrechnung mit einer größeren palliativmedizinischen Aktivität des Hausarztes einhergehen.

In der Betrachtung dieser Wirkfaktoren insgesamt, scheint ihnen eine Gemeinsamkeit zugrunde zu liegen. Sie alle befähigen den Hausarzt zu der Ausführung palliativmedizinischer Tätigkeiten, indem sie an verschiedenen Stellen eine Grundlage schaffen:

Sieht der Hausarzt die palliativmedizinische Tätigkeit als zentralen Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit (Farber et al., 2004; Malik et al., 2017) und besitzt ein hohes Maß an Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl (Peng et al., 2013) und/oder Qualifikation, steigt die palliativmedizinische Aktivität und folglich auch die Anzahl behandelter palliativer Patienten (Magee & Koffman, 2016). Der Zusammenhang ist aber auch andersherum verifizierbar: die Behandlung einer größeren Anzahl palliativer Patienten führt zu einer Zunahme von hausärztlichem Wissen, Expertise und letztlich zu einem höheren Kompetenzempfinden und Sicherheitsgefühl (Farber et al., 2004; Hirooka et al., 2014). Nicht zuletzt deswegen könnte auch die Tätigkeitsdauer mit einem höheren Maß an Aktivität assoziiert sein (Rhee et al., 2018).

Das Vorhandensein und Funktionieren einer palliativen Infrastruktur ist vor dem Hintergrund der Komplexität einer Palliativsituation unabdingbar für das Gelingen der häuslichen Versorgung (Schneider et al., 2014). Dass die Versorgungsqualität der umgebenden Versorgungsakteure auch das hausärztliche Handeln beeinflusst, ist daher nur folgerichtig und konnte durch unsere Untersuchung erstmals beschrieben werden.

Von besonderer Bedeutung ist für die befragten Hausärzte in unserer Studie die Qualität der eigenen nicht-ärztlichen Praxismitarbeiter, der Pflege als auch der ehrenamtlichen Dienste (ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste). Häufig scheint jedoch das Vorhandensein und Zusammenspiel aller Akteure in einem palliativen Netzwerk die Ausübung der häuslichen Versorgung zu erleichtern (Le et al., 2017; Groot et al., 2005; Gardiner et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die KV-spezifischen Unterschiede hinsichtlich der hausärztlichen Aktivität diskutieren: In Hessen übernehmen SAPV-Partner durch Kooptierungsverträge auch AAPV-Aufgaben, das möglicherweise ein Herausdrängen der Hausärzte (und anderer AAPV-Akteure) aus der Palliativversorgung befördert. In Berlin ist eine niedrige hausärztliche palliativmedizinische Aktivität bei gleichzeitig im bundesweiten Vergleich hoher SAPV-Neuverordnungsrate auffällig (Nauck & Jansky, 2018). Möglichweise hängt das mit dem Konstrukt der SAPV-Bereitstellung über HomeCare Berlin e. V. zusammen. Hier übernehmen die beteiligten Ärzte auch Aufgaben, die in anderen Bundesländern der AAPV zugerechnet werden (Bertelsmann Faktencheck, 2015). Die Übernahme von Tätigkeiten der AAPV durch andere Akteure (hier HomeCare e.V.) führt möglicherweise zu einer mangelnden Berücksichtigung und Einbindung der Hausärzte und hat deren Rückzug aus der Versorgung zur Folge.

Dem gegenüber scheinen in Westfalen-Lippe durch die historisch gewachsene Einbindung der Hausärzte in das palliativmedizinische Netzwerk und unmittelbare Unterstützungsmöglichkeit durch den PKD, Hausärzte eher bereit palliativmedizinische Aufgaben zu übernehmen.

Die Analysen implizieren, dass auch monetäre Aspekte eine Rolle spielen. Diese zeigen sich vor allem in den univariaten Untersuchungen. Obwohl diese aufgrund methodischer Belange (Kollinearitäten) in der multiplen Regression nur noch unscharf darstellbar sind, ist die (mangelnde) Vergütung in existierenden

Untersuchungen oftmals als Weichenstellung in der Ausübung der palliativmedizinischen Versorgung postuliert worden (Weiskopf et al., 2018; Brueckner et al., 2009; Prenzler et al., 2010). Von 90% der befragten Hausärzte in unserer Befragung wird eine aufwandsgerechtere Vergütung als wichtige Verbesserungsmaßnahme angegeben. In einer Untersuchung von Malik et. al zeigten sich kanadische Hausärzte vor allem dann bereit, zukünftig palliativmedizinisch tätig zu sein, wenn es zu einer Verbesserung der Vergütung dieser Leistung komme (Malik et al., 2017). Auch bei einer Untersuchung im Saarland, bei der die Einführung der AAPV als Modellprojekt wissenschaftlich begleitet wurde, sahen die Mehrheit der Hausärzte den zeitlichen Mehraufwand mit der aktuellen Gebührenordnung nicht ausreichend refinanziert (Vogel et al., 2019).

Hausärzten (und palliativversorgenden Akteuren der AAPV) wird die Fähigkeit zugeschrieben, effektive, niederschwellige und angemessene Palliativversorgung zu leisten – ausreichende Ressourcen vorausgesetzt (Murray & Kok, 2008; Behmann et al., 2012). Wie eine Routinedatenanalyse aus den USA zeigen konnte (Ankuda et al., 2017b), hat die hausärztliche Versorgung palliativer Patienten hohen Nutzen: Neben der Reduktion der Anzahl von Aufenthalten auf der Intensivstation kurz vor dem Tod der Patienten, wurden auch die Ausgaben der „Medicare“ statistisch signifikant minimiert. Auch in anderen Untersuchungen konnte bereits gezeigt werden, dass die hausärztliche Beteiligung an der Versorgung zur Umsetzung des Wunsches nach häuslichem Versterben beitragen kann (Ko et al., 2014; O'Leary et al., 2017; Almaawiy et al., 2014; Gagyor et al., 2016; Cheng et al., 2010).

Daher scheint es sinnvoll, diese o.g. Ansatzpunkte zu nutzen, um die hausärztliche Einbringung in die Palliativversorgung zu befördern.

5.2.2 Nahtstelle AAPV und SAPV

Hausärzte messen der SAPV insgesamt (unabhängig der KV-Zugehörigkeit) eine hohe Bedeutung bei, wobei der Unterstützungsbedarf innerhalb der einzelnen palliativmedizinischen Aktivitäten deutlich variiert. Es ist offensichtlich, dass jene (fünf) Tätigkeitsbereiche, bei denen der SAPV-Wichtigkeits-Score über die Gesamtheit der befragten Hausärzte die höchsten Werte erzielt, die gleichen darstellen, die von den Hausärzten selten/nie bedient werden. Nur im Bereich „Behandlung in der Finalphase“ wird dieses Muster durchbrochen: obwohl 80% der

befragten Hausärzte häufig/immer diese Aufgabe in ihrem Aufgabenbereich sehen, äußert die große Mehrheit trotzdem Unterstützungsbedarf durch die SAPV (60% „sehr wichtig“, 30% „wichtig“). Besonders in dieser Phase ist eine engmaschige Begleitung von Patient und Angehörigen unerlässlich. In ständiger Absprache mit den betreuenden Akteuren stehen die Vermeidung von belastenden Prozeduren sowie die Anpassung und ggf. gezielte Reduktion der Medikation im Vordergrund (Geist et al., 2018). Gerade bei unerwarteter Verschlechterung des Patienten kann eine erhöhte Hausbesuchsfrequenz (Pierau, 2013) und der Einsatz intensivierter Therapien zur Symptomkontrolle - mit einer palliativen Sedierung als Ultima Ratio - notwendig werden (Stanze & Stanze, 2019). Die Kombination aus dem Patientenwunsch nach Symptomlinderung (Mitchell et al., 2018), dem Nicht-Vorhalten von Equipment und Medikamenten (Ramanayake et al., 2016), wenig (technischer) Expertise (Winthereik et al., 2016) und fehlender (v.a. zeitlicher) Ressourcen (Borgsteede et al., 2006; Giezendanner et al., 2017) machen die hausärztliche Einbindung von SAPV in diesen Fällen notwendig. Ist diese nicht verfügbar (oder fehlt gänzlich), ist eine Hospitalisierung des Patienten kaum zu vermeiden (Giezendanner et al., 2018).

5.2.3 Die hausärztlich wahrgenommene Wichtigkeit der SAPV

Zu einer höheren Wertschätzung des SAPV-Teams trägt die hausärztliche Einbindung nach SAPV-Involvierung bei, wie bereits mehrfach herausgearbeitet (Dahlhaus et al., 2013; Dahlhaus et al., 2014; Kaiser et al., 2016). Zum einen wollen die wenigsten Hausärzte die Versorgung komplett an das SAPV-Team abgeben (Shipman et al., 2002; Schneider et al., 2011); zum anderen schätzen sie vor allem eine Ergänzung und flexible Anpassung an ihr eigenes Portfolio an Versorgungsmöglichkeiten (Boyd, 1995; Rhee et al., 2018). Bei Nicht-Berücksichtigung dessen ist zu vermuten, dass die Verschiebung von traditionell hausärztlichen Aufgaben hin zu Spezialisten die Wahrnehmung als konkurrierendes Angebot verstärkt (Schwabe et al., 2017; Mühlensiepen et al., 2019), was die Wertschätzung des SAPV-Teams schmälert. Vor allem die hausärztliche Bewertung der SAPV als „entlastendes Angebot“ (z.B. Betreuung von Angehörigen, schmerztherapeutische und pflegerische Kompetenz), bei dem Hausärzte selbst über das Ausmaß der Verantwortungsabgabe bestimmen können, ist entscheidend für die Hinzuziehung des SAPV-Teams (Grober-Gratz et al., 2011; Boyd, 1995).

Auch die hausärztlich eingeschätzte Qualität des SAPV-Teams hat Einfluss auf die Bewertung von dessen Wichtigkeit. Obwohl es keine einheitliche Definition über die SAPV-Qualität aus hausärztlicher Sicht gibt, wurden Faktoren beschrieben, die die hausärztliche Zufriedenheit mit Spezialisten befördern. Hierzu zählen zeitnahe und adäquate Unterstützung/Hilfestellung (Shipman et al., 2002; Hanratty, 2000; Koné et al., 2018) bei einer gut funktionierenden Kommunikation und Informationstransfer (Street & Blackford, 2001), zeitnahe Versorgung mit technischer Expertise (Rhee et al., 2018) und Kompetenz der Leistungserbringer (Koné et al., 2018). Unsere Daten legen nahe, dass insbesondere die „Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme (zu jeder Zeit)“ sowie (an zweiter Stelle) das „Angebot an Vollversorgung“ die wichtigsten Merkmale bei der Beurteilung der SAPV-Qualität ausmachen. Das unterstreicht erneut die Sinnhaftigkeit der Forderung nach flexiblem Einsatz der SAPV als ergänzende Leistung. Dabei scheinen unterschiedlich intensive Level an SAPV-Beteiligung zweckmäßig (Mitchell, 2002), die bei Bedarf hinzugezogen werden können und stets hinsichtlich Adäquatheit durch die Leistungserbringer neu evaluiert werden sollten (Boyd, 1995). Gerade die intermittierende Behandlung palliativer Patienten, die bisher kaum gelebt wird (Schneider et al., 2014), ist eine Möglichkeit bei temporärer Verschlechterung bzw. Exazerbationen von Symptomen eine Krisenintervention durchzuführen und den Patienten anschließend (nach Stabilisierung) in die AAPV zurückzuführen.

Der kurzfristige Wechsel von Patienten aus der SAPV in die AAPV birgt die Gefahr der Wahrnehmung eines „Versorgungsbruches“, der durch Verlust eines „Sicherheitsversprechens“, als Ausdruck einer ständigen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit, hervorgerufen werden kann (Mühlensiepen et al., 2019; Krumm et al., 2018). Problematisch ist das insbesondere bei fehlender Erreichbarkeit des Hausarztes als Ansprechpartner. Um eine Versorgungskontinuität zu erreichen, kann die Entwicklung von Kooperationsmodellen zwischen SAPV-Teams und Hausärzten zuträglich sein - insbesondere zur Umsetzung einer Rufbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (Mühlensiepen et al., 2019). Erste Versuche der Implementierung von Modellen zur integrierten Versorgung erwiesen sich als vorteilhaft zur Erhaltung einer Versorgungskontinuität (Huibers et al., 2009), aber auch hinsichtlich Symptomkontrolle und Verfügbarkeit/Bereitstellung der Dienste (Mitchell et al., 2015).

Durch enge Zusammenarbeit aller beteiligten Leistungserbringer wird auch ein Wissenstransfer befördert, der vor allem den Generalisten (AAPV) zuträglich ist und geschätzt wird (Goldschmidt et al., 2005).

Als Haupteinflussfaktor für die empfundene Wichtigkeit der SAPV zeigt sich die eigene hausärztliche palliativmedizinische Aktivität. Hierbei ergibt sich ein reziproker Zusammenhang: Je mehr der Hausarzt selbst tätig ist, umso weniger wichtig ist ihm das SAPV-Team; macht er selbst wenig, steigt die Bedeutung der SAPV in der hausärztlichen Beurteilung. Dieser Befund ist von größter Relevanz, da sich die hausärztliche Einschätzung der Wichtigkeit auch in seiner SAPV-Verordnungspraxis widerspiegelt.

Eine mögliche Interpretation dieser Ergebnisse ist folgende: Wie bereits dargestellt, sind Gründe für eine niedrige palliativmedizinische Aktivität in der hohen hausärztlichen Arbeitsbelastung bei gleichzeitig bestehender Ressourcenknappheit (Zeit, Kompetenz, Vergütung) zu suchen. Um die häusliche Versorgung eines palliativen Patienten nicht zu gefährden, wird SAPV bei (drohender) Kapazitätsüberschreitung als Versorgungsalternative genutzt (Weiskopf et al., 2018). Diese primäre Einbindung hat dann einen substitutiven Charakter und widerspricht der GBA-Vorgabe einer komplementären Versorgungsform – insbesondere dann, wenn eine Entscheidung ohne Berücksichtigung der „Indikation“ getroffen wird. Die Kapazitätsüberschreitung kann von Hausarzt zu Hausarzt durchaus verschieden sein und hängt von den o.g. Faktoren ab (Kompetenz, Selbstverständnis, Strukturen und Infrastruktur vor Ort).

Obwohl unser Studiendesign keine Aussage darüber erlaubt, wie (gut) Hausärzte die Patientenbedarfe identifizieren bzw. Indikation zur SAPV stellen können, so wissen wir, dass die hausärztliche Aktivität mit Kompetenz, Erfahrung und Training steigt – ebenso wie die Einschätzung und Identifikation von Patientenbedarfen. Dass palliativmedizinisch aktive Hausärzte auch dann nicht mehr SAPV verordnen wenn sie wissen, wann ein Patient von SAPV profitiert, stützt die These, dass eine Einbindung vor allem bei hausärztlicher Kapazitätsüberschreitung und nicht allein indikationsbezogen stattfindet. Von einer systematischen Verzerrung (wenig aktive Hausärzte haben mehr „schwierige Patienten“ und geben daher eher an SAPV ab), ist nicht auszugehen.

Damit einhergehend ist auch der Befund, dass das hausärztliche Selbstverständnis in der Palliativversorgung invers mit der Wichtigkeit der SAPV

korreliert: Sehen Hausärzte die Palliativversorgung nicht in ihrem Aufgabenbereich, neigen sie eher dazu, SAPV (primär) einzubinden, um eine adäquate Patientenversorgung sicher zu stellen (Rhee et al., 2018).

5.2.4 Verbesserungen der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel des Gold Standard Framework (GSF)

Ein Beispiel für einen systematischen, evidenzbasierten Ansatz zur Optimierung der Versorgung von Patienten während der letzten Lebensmonate durch die Hausärzte ist der „Gold Standard Framework“ (GSF), der in etwa 60% der Hausarztpraxen in dem Vereinigtem Königreich implementiert ist (Department of Health, 2008). Der GSF zielt darauf ab, die Versorgung von Palliativpatienten durch systematische klinische und organisatorische Abläufe zu verbessern (Thomas, 2003). Als unabdingbar für eine optimale Patientenversorgung werden die Identifikation von palliativen Patienten und deren Bedürfnisse angesehen. Durch den Einsatz speziell entwickelter und validierter Instrumente (z.B. „SPICT“) gelingt es, auch weniger offensichtliche Versorgungsbedarfe - insbesondere bei Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen (Murray et al., 2002; Pivodic et al., 2013; Ding et al., 2018) – zu identifizieren und zu decken. Darüber hinaus soll der Einsatz von Ausbildungs- und Weiterbildungselementen, Verfügbarmachung von Leitfäden, konkreter Benennung von Aufgaben und Unterstützung durch speziell geschultes Personal zum Erreichen verschiedener Outcomes beitragen (Shaw et al., 2010) (siehe Abbildung 22).

Die Evaluation des GFS in einem systematischen Review liefert Hinweise, dass es sich hierbei um ein effektives Programm zur Beförderung und Verbesserung praxisorientierter Prozesse und Organisationsstrukturen in der ambulanten Versorgung palliativer Patienten handelt (Shaw et al., 2010).

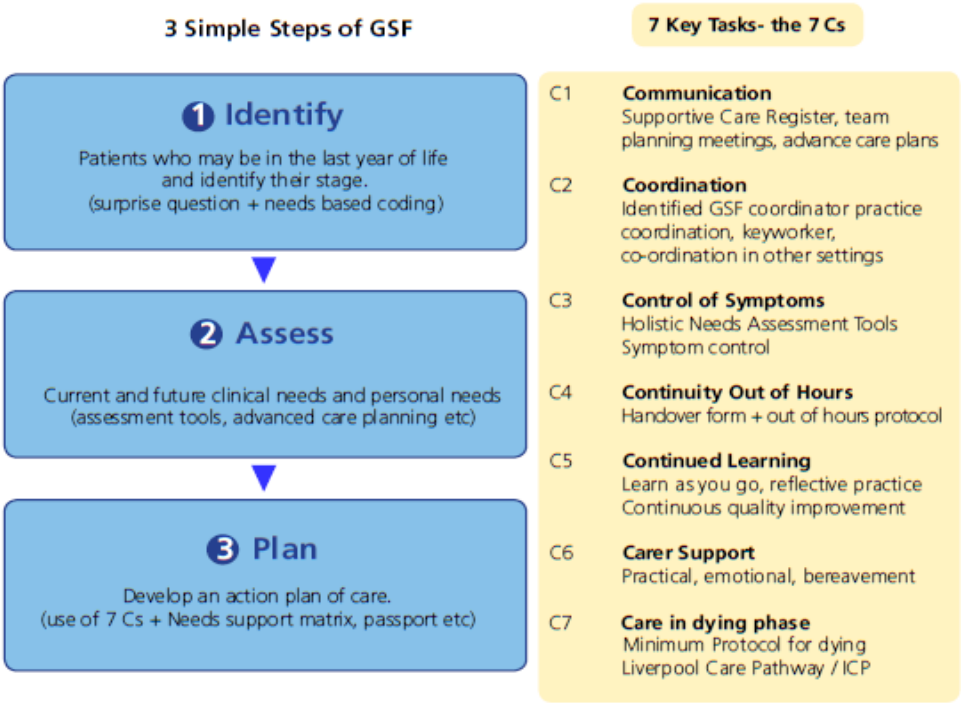


Abbildung 21: Grundsätze und Aufgaben des GSF, aus: " 'going for gold' – A Framework to enable a gold standard of care for all people nearing the end of life" (Quelle)

Einige Elemente des GFS wurden auch von den befragten Hausärzten aus unserer Untersuchung als wesentliche Punkte zur Verbesserung der Versorgung palliativer Patienten in der Häuslichkeit genannt. Dazu zählen (Angabe von wichtig/sehr wichtig): erreichbare Fortbildungsangebote (90%), unmittelbare Beratungsmöglichkeit (83,9%), standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten Leistungserbringern (83,3%) Möglichkeit der Versorgungskoordinierung (75,3%) und Einbeziehung in die Trauerarbeit/Trauerbegleitung (81,0%).

Dass 8,6% der befragten Hausärzte die Etablierung von Advance Care planning (ACP) für nicht erforderlich halten (bzw. 36% „weiß nicht" als Antwortmöglichkeit angeben), könnte einerseits auf die Unkenntnis des Begriffes hindeuten oder aber tatsächlich auf die Inhalte zurückzuführen sein. Neben dem Mangel an Zeit (Brown, 2002) werden als wesentliche Barrieren in existierender Literatur auch die Unsicherheit des Zeitpunktes der Initiierung (Evans et al., 2003) und Bedenken hinsichtlich der Rechtssicherheit (Rhee et al., 2013) geäußert. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Krankheitsverläufe bestehen Bedenken bei zukünftigen Entscheidungen daran gebunden zu sein; insbesondere bei Unkenntnis darüber, diese modifizieren zu können (Rhee et al., 2013; Boyd et al., 2010; Robinson et al.,

2013). Die Integration von ACP in die Standardversorgung sowie Einführung von einheitlichen Organisationssystemen (z.B. in Form von Protokolle) könnte zu einem vermehrten Einsatz von ACP-Maßnahmen in der Versorgung führen (Vleminck et al., 2014).

In den letzten Jahren fand eine verstärkte Fokussierung auf palliativmedizinische Ausbildungsinhalte der Ärzte (Lang et al., 2006) statt. Durch die Aufnahme des Querschnittsfachs 13 (Palliativmedizin) im Zusammenhang mit der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (07/2009) in das studentische Curriculum (Alt-Epping et al., 2010), wurde dem vielfach geäußerten Wunsch der Ärzte nach palliativmedizinischer Ausbildung (Mitchell et al., 2016) Rechnung getragen.

Man geht jedoch davon aus, dass es noch viele Jahre in Anspruch nehmen wird, bis sich dies in der tatsächlichen Versorgung niederschlägt (Behmann et al., 2012). Darüber hinaus zeigen sich für die Weiterbildung von Hausärzten relevante Inhalte in Medien (Bücher, Kongressbeiträge) nicht hinreichend abgebildet, sodass interessierte Hausärzte auf fakultative Weiterbildungsmöglichkeiten angewiesen sind (Gaser et al., 2010). Problematisch wird es von Hausärzten auch gesehen, das Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten (Mitchell et al., 2016; Ramanayake et al., 2016).

Unter den befragten Hausärzten sieht die Mehrheit die Notwendigkeit in einer besseren Qualifizierung der ambulanten Pflegedienste. Die Palliativpflege wurde durch das 2004 in Kraft getretene Krankenpflegegesetz erstmals als ausdrückliches Ausbildungsziel (Art. 1, § 3, Abs. 1 KrPflG) benannt. Für Altenpflegekräfte, die neben Krankenpflegekräften eine wichtige Säule in der Begleitung von Menschen am Lebensende bilden, ist die „umfassende Begleitung Schwerkranker und Sterbender“ bereits lange als Ausbildungsziel festgeschrieben (§3 AltPflG) (Lang et al., 2006). Obwohl die Teilnahme an Weiterbildungskursen („Palliative Care“) mittlerweile weit verbreitet ist, existiert kein gesetzlich verankerter Pflegefachtitel für Palliativpflege. Experten kritisieren die unscharfen Konzepte und sehen die Notwendigkeit weiterer Verbesserungen, insbesondere die Stärkung der Palliativversorgung als Grundhaltung in der Pflege. Die Implementierung einer generellen palliativ-hospizlichen Haltung wird jedoch durch Zeitdruck und unzureichende Berücksichtigung von Palliativpflegemaßnahmen im Vergütungssystem erschwert (Behmann et al., 2012). Möglicherweise bedingt dies auch einen weitreichenden

Nichtgebrauch der Häuslichen Krankenpflege nach §24 HKP (Schindler & Ewald, 2005).

5.3 Limitationen

Durch eine bewusste Auswahl von heterogenen KVen für unsere Befragungsstudie gelang uns die Abbildung einer großen Vielfalt regionaler Besonderheiten in Bezug auf gelebte AAPV- und SAPV-Strukturen in Deutschland. Sie ist unserem Wissen nach die erste bundesweite Studie unter deutschen Hausärzten, die die Nahtstelle von AAPV und SAPV aus hausärztlicher Sicht in Bezug auf ein großes Spektrum palliativmedizinischer Einzeltätigkeiten beleuchtet.

Wie bereits in Kapitel 5.1 diskutiert, werden die Generalisierbarkeit und Aussagekraft der vorliegenden Studienergebnisse durch eine eher niedrige, jedoch im Rahmen der Erwartungen liegende Rücklaufquote limitiert. Bei einer verwertbaren Anzahl von n=1144 zurückgesendeten Fragebögen (von n_{gesamt}=6000), konnte ein Anteil von 2,7% aller in Deutschland tätigen Hausärzte (n=43 697) in unsere Untersuchung einbezogen werden (Bundesärztekammer, 2018). Dennoch muss die große absolute Zahl an Antworten hervorgehoben werden, die im Vergleich zu anderen ähnlich gelagerten Untersuchungen aus Deutschland (Ammer et al., 2019; Schneider et al., 2011) aktuell beispiellos ist.

Insbesondere die hohe Anzahl von Antwortenden mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin weist daraufhin, dass es sich um eine Stichprobe mit überdurchschnittlichem Interesse an der Palliativmedizin handelt. Daher kam der Berücksichtigung der Ausprägungen „Berührungen zur Palliativmedizin“ bei der Datenauswertung eine erhöhte Aufmerksamkeit zu: Durch die Aufnahme der Abrechnungs- und Qualifikationslevel als unabhängige Variable in die multivariaten Analysen kommt ein möglicher Selektionseffekt durch diese Adjustierung nicht zum Tragen.

Aus früheren Untersuchungen waren uns keine standardisierten und validierten Fragebögen bekannt, sodass wir einen Fragebogen für unsere Untersuchung konzipierten.

Die Abbildung der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität und der Wichtigkeit der SAPV über einen Summenscore muss unter der Maßgabe von zwei wesentlichen Limitationen betrachtet werden: Zum einen gehen alle 32 genannten Tätigkeiten mit gleichem Gewicht in die Analyse ein; zum anderen ist bereits das

Setzen eines einzigen Antwortkreuzes ausreichend zur Berechnung des entsprechenden Score. Wie im Kapitel 4.2 diskutiert, zeigte eine Sensitivitätsanalyse jedoch kaum fehlende Daten und schränkt daher die Belastbarkeit der Ergebnisse nicht ein.

Dass noch andere Faktoren sowohl die hausärztliche Aktivität, als auch die Wertschätzung von SAPV beeinflussen, ist an der nicht erklärten Varianz der multiplen Regressionsmodelle ersichtlich. Hierbei ist neben der hausärztlichen Einschätzung des Bedarfes bzw. Indikation auch der Wunsch des Patienten und der Angehörigen nach dieser „besonderen Versorgungsform“ als weitere erklärende Variable wahrscheinlich. Dieser Faktor konnte in dem Studiendesign nicht erhoben werden, da dies nur patientenindividuell möglich ist.

Bei den berichteten quantitativen Ergebnissen handelt es sich um subjektive Angaben, Schätzungen und Einstellungen der teilnehmenden Hausärzte, die ihrerseits ebenfalls kognitiven Verzerrungen unterliegen könnten (z.B. soziale Erwünschtheit). Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungssituation sind nur eingeschränkt möglich, da eine Messung von Outcomes (z.B. Qualität der ausgeübten hausärztlichen Tätigkeiten, Patientenoutcomes) in diesem Studiendesign nicht möglich war. Gerade aber die Sichtweisen von Hausärzten als wichtige Stakeholder in der Palliativversorgung liefern wichtige Hinweise mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Palliativversorgung in Deutschland.

6 Schlussfolgerungen

Der Großteil der befragten Hausärzte erachtet die Versorgung von palliativen Patienten als zentralen Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit. Dieses hohe Potential und Engagement der Hausärzte sollte genutzt und gestärkt werden. Als mögliche Ansatzpunkte zur Förderung der hausärztlichen Einbringung in die Palliativversorgung konnten das eigene Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl, Erfahrung und/oder Qualifikation sowie die vergütungsrelevante Aspekte identifiziert werden. Damit wird das Angebot nach zugänglichen Fortbildungsangeboten sichtbar; zum anderen scheint auch eine aufwandsgerechtere Vergütung die Rahmenbedingungen der gesprächs- und zeitintensiven Versorgung am Lebensende aufzuwerten. Insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmend älter werdenden (und damit morbideren) Gesellschaft und erhöhtem palliativmedizinischem

Versorgungsbedarf sowie Ressourcenknappheit, kann es sinnvoll sein, nicht nur in die spezialisierten Versorgungsstrukturen, sondern auch in den Ausbau von AAPV zu investieren (Mitchell et al., 2016; Quill & Abernethy, 2013; Schneider et al., 2010c; Behmann et al., 2012).

Neben o.g. Ansatzpunkten trägt auch eine vorhandene und qualitativ hochwertige palliative Infrastruktur zur hausärztlichen Beteiligung an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender bei. Dabei ist neben einer Verbesserung der Rahmenbedingungen und Qualifizierung der Akteure auch der Ausbau einer Aufgabenteilung im Sinne des multiprofessionellen Ansatzes (z.B. der Delegation von ärztlichen Aufgaben an Praxismitarbeiter) zu stärken. Dies könnte eine suffiziente Erleichterung in der Bewältigung hausärztlicher Aufgaben in einem hoch belasteten Arbeitsumfeld (Mitchell et al., 2016) bedeuten. Insbesondere vor dem Hintergrund der vermuteten Nicht-Leistbarkeit des Hausarztes - ein wegweisendes Motiv für die SAPV-Einbindung - ist eine hausärztliche Entlastung durch Ausbau der AAPV-Strukturen sinnvoll. Bei Nichtvorhandensein oder inadäquater AAPV-Infrastruktur kann der primäre Einsatz von SAPV notwendig und sinnvoll sein, um die häusliche Versorgung des Patienten nicht zu gefährden und eine Hospitalisierung zu vermeiden. Dieses Substitut für AAPV-Lücken sollte zugelassen werden – jedoch in Verbindung mit dem Verzicht auf zu hohe Zulassungskriterien für Qualifikation und Multiprofessionalität innerhalb der SAPV-Teams, die sich in überdimensionierter Vergütung (z.B. Komplexpauschalen) niederschlagen würden. Das Ziel der zukünftigen Entwicklung der Palliativlandschaft in Deutschland scheint primär also nicht eine Homogenisierung der Strukturen zu sein, sondern das Nutzen und Ausbauen der vor Ort verfügbaren Infrastruktur.

Der Wandel der Hausärzteschaft (insbesondere Zunahme von Teilzeitanstellung und Veränderungen des Berufsbildes) und die Anforderungen an eine optimale Palliativversorgung stellt die zukünftige Hausarztmedizin vor große Herausforderungen. Eine flexible Anpassung der SAPV-Teams an das unterschiedliche Ausmaß hausärztlicher (und anderer AAPV-) Leistungen ist notwendig, um den Verbleib palliativer Patienten in der Häuslichkeit zu sichern und dem Wunsch nach dortigem Versterben nachzukommen. Dabei scheinen unterschiedlich intensive Level an SAPV-Beteiligung zweckmäßig (Mitchell, 2002; Behmann et al., 2012), die der Hausarzt je nach Bedarf – auch kurzfristig in Abhängigkeit des Patientenzustandes - hinzuziehen kann (Quill & Abernethy, 2013).

Patienten sollten je nach Bedarf von einer Ebene in eine andere überführt oder entlassen werden können. Eine klare Definition der einzelnen Behandlungsstufen bzw. der Grad der Beteiligung eines SAPV-Teams an der Behandlung fördert eine klare Rollenverteilung (Brogaard et al., 2011), erleichtert eine patientenzentrierte Versorgung und ermöglicht mehr Patienten den Zugang zu spezialisierter Expertise (Boyd, 1995). Insbesondere zur Gewährleistung einer Versorgungskontinuität, aber auch zur Abdeckung der 24-Stunden-Bereitschaft ist die Entwicklung von Kooperationsmodellen denkbar (Boyd, 1995). Auch das Konzept aus Westfalen-Lippe (keine strikte Trennung von AAPV und SAPV) scheint als Triebfeder für die hausärztliche Verantwortungsübernahme palliativmedizinischer Tätigkeiten effektiv.

Die Verbesserung der Kommunikation zwischen Hausärzten und SAPV (Le et al., 2017; Meiklejohn et al., 2016) sowie ein zeitnaher Informationsaustausch und gemeinsame Fallkonferenzen (Abernethy et al., 2013; Groot et al., 2007) können darüber hinaus Barrieren in der hausärztlichen Ausübung der Palliativversorgung abbauen (Ding et al., 2019; Ewertowski, 2019). Gleichzeitig wird durch eine interprofessionelle Kollaboration der Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch befördert (Pype et al., 2014), der Hausärzte zusätzlich zur Palliativversorgung motivieren kann (Rhee et al., 2018).

Ein generelles (gesellschaftliches) Erfordernis ist eine Stärkung von Selbst-management und -wirksamkeit von Patienten und Angehörigen, die zu einem schonenden Umgang mit den vorhandenen Ressourcen beitragen können (Bodenheimer et al., 2002). Dafür ist eine ausreichende Patientenaufklärung durch den versorgenden Arzt erforderlich (Lovell et al., 2014; Worth et al., 2006).

Die vorliegende Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis hausärztlichen Handelns in der Versorgung palliativer Patienten in der Häuslichkeit, die in der zukünftigen Entwicklung der Palliativversorgung Berücksichtigung finden sollten.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rücklauf im zeitlichen Verlauf, erste und zweite Welle 39
Abbildung 2 Berührungen mit der Palliativmedizin 43
Abbildung 3: Selbstverständnis/Rolle im palliativmedizinischen Kontext 44
Abbildung 4: Gesamt-Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl 45
Abbildung 5: hausärztliches Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl in verschiedenen Tätigkeitsbereichen 45
Abbildung 6: Vorhandensein der palliativen Infrastruktur 46
Abbildung 7: Bewertung der Leistungsakteure in der palliativen Infrastruktur 47
Abbildung 8: Verbesserungen der Rahmenbedingungen 50
Abbildung 9: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Assessment und Versorgungsplanung 52
Abbildung 10: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Symptomlinderung 52
Abbildung 11: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Intervention 53
Abbildung 12: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Koordination 54
Abbildung 13: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Verfügbarkeit 54
Abbildung 14: Wichtigkeit der SAPV: Assessment und Versorgungsplanung 57
Abbildung 15: Wichtigkeit der SAPV: Intervention 58
Abbildung 16: Wichtigkeit der SAPV: Symptomlinderung 58
Abbildung 17: Wichtigkeit der SAPV: Koordination 59
Abbildung 18: Wichtigkeit der SAPV: Verfügbarkeit 59
Abbildung 19: Aktivitäts-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit 62
Abbildung 20: SAPV-Wichtigkeits-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit 63
Abbildung 22: Grundsätze und Aufgaben des GSF 79

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versorgungsstrukturen im palliativen Kontext in Deutschland 3
Tabelle 2: Palliativversorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzliche Verankerung, Leistungsregelung, Qualifikationsanforderung) 12
Tabelle 3: Fördernde Faktoren für die Entwicklung der Palliativversorgung und die Umsetzung im Fragebogen 24
Tabelle 4: Schlüsselaufgaben des GSF und Umsetzung im Fragebogen 25
Tabelle 5: Literaturgestützte Kritikpunkte in der aktuellen Palliativversorgung und Umsetzung im Fragebogen 25
Tabelle 6: Onlinedatenbanken zur Ermittlung der Adressen je KV 30
Tabelle 7: Anzahl der Adressen nach Kassenärztlicher Vereinigung 31
Tabelle 8: Ankündigung der Hausarztbefragung in regionalen Fachmedien, ... 32
Tabelle 9: Qualifikations- und Abrechnungslevel 36
Tabelle 10: Netto-Rücklauf nach Kassenärztlicher Vereinigung 39
Tabelle 11: Ärztestatistik im Vergleich zu den Ergebnissen der Hausarztbefragung 42
Tabelle 12: Aktivitäts-Score (nach Kategorien) 51
Tabelle 13: SAPV-Wichtigkeits-Score (nach Kategorien) 57
Tabelle 14: Aktivitäts-Score nach KV 61
Tabelle 15: SAPV-Wichtigkeits-Score nach KV 63

Weitere Ergebnistabellen in der Anlage (Anlage 1)

Tabelle 16: Aktivitäts-Score, univariat, gesamte Stichprobe ..... Seite 107
Tabelle 17: Aktivitäts-Score, univariat, ohne SAPV-Hausärzte ..... Seite 112
Tabelle 18: Aktivitäts-Score, multivariat, gesamte Stichprobe ..... Seite 117
Tabelle 19: Aktivitäts-Score, multivariat, ohne SAPV-Hausärzte ..... Seite 122
Tabelle 20: SAPV-Wichtigkeits-Score, univariat, gesamte Stichprobe ..... Seite 127
Tabelle 21: SAPV-Wichtigkeits-Score, univariat, ohne SAPV-Hausärzte ..... Seite 131
Tabelle 22: SAPV-Wichtigkeits-Score, multivariat, gesamte Stichprobe ..... Seite 135
Tabelle 23: SAPV-Wichtigkeits-Score, multivariat, ohne SAPV-Hausärzte ... Seite 140
Tabelle 24: Versorgungsqualität SAPV, univariat, gesamte Stichprobe ..... Seite 145
Tabelle 25: Versorgungsqualität SAPV, univariat, ohne SAPV-Hausärzte .... Seite 151
Tabelle 26: Versorgungsqualität SAPV, multivariat, gesamte Stichprobe ..... Seite 157
Tabelle 27: Versorgungsqualität SAPV, multivariat, ohne SAPV-Hausärzte . Seite 163

9 Literaturverzeichnis

Abernethy, A. P., Currow, D. C., Shelby-James, T., Rowett, D., May, F., Samsa, G. P., Hunt, R., Williams, H., Esterman, A., & Phillips, P. A. (2013). Delivery strategies to optimize resource utilization and performance status for patients with advanced life-limiting illness: results from the "palliative care trial" ISRCTN 81117481. *Journal of Pain and Symptom Management*, *45*, 488–505.

Afshar, K., Geiger, K., Müller-Mundt, G., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Hausärztliche Palliativversorgung bei nichtonkologischen Patienten: Eine Übersichtsarbeit. *Schmerz (Berlin, Germany)*, *29*, 604–615.

Almaawiy, U., Pond, G. R., Sussman, J., Brazil, K., & Seow, H. (2014). Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. *Palliative medicine*, *28*, 176–183.

Alt-Epping, B., Jung, W., Simmenroth-Nayda, A., Russo, S. G., Vormfelde, S. V., & Nauck, F. (2010). Implementing the cross-disciplinary subject of palliative medicine (Q13) against the backdrop of recent changes of the legal framework using University Medical School Göttingen as an example. *GMS Zeitschrift fur medizinische Ausbildung*, *27*, Doc67.

Ammer, A., Linde, K., Borasio, G. D., & Schneider, A. (2019). Palliativmedizinisches Wissen unter deutschen Hausärzten - eine bundesweite Befragung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 267–273.

Ankuda, C. K., Jetty, A., Bazemore, A., & Petterson, S. (2017a). Provision of Palliative Care Services by Family Physicians Is Common. *Journal of the American Board of Family Medicine JABFM*, *30*, 255–257.

Ankuda, C. K., Petterson, S. M., Wingrove, P., & Bazemore, A. W. (2017b). Regional Variation in Primary Care Involvement at the End of Life. *Annals of family medicine*, *15*, 63–67.

Aubin, M., Vézina, L., Verreault, R., Fillion, L., Hudon, E., Lehmann, F., Leduc, Y., Bergeron, R., Reinharz, D., & Morin, D. (2012). Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *Journal of general internal medicine*, *27*, 8–15.

Barclay, S., Todd, C., McCabe, J., & Hunt, T. (1999). Primary care group commissioning of services: the differing priorities of general practitioners and district nurses for palliative care services. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *49*, 181–186.

Bauschke, C., Voigt, K., Bergmann, A., & Nitschke-Bertaud, M. (2014). Wahrnehmung und Probleme der palliativmedizinischen Versorgung unter niedergelassenen Hausärzten in Sachsen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *15*, PC189.

Beccaro, M., Lora Aprile, P., Scaccabarozzi, G., Cancian, M., & Costantini, M. (2013). Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care. *J Pain Symptom Manage*, *46*, 335–344.

Becka, D., Riese, A., Rychlik, R. P. T., Huenges, B., & Rusche, H. (2014). Stand der hausärztlichen Palliativversorgung in Deutschland. Ein systematischer Literaturreview. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *139*, 2254–2258.

Beernaert, K., Deliens, L., Pardon, K., van den Block, L., Devroey, D., Chambaere, K., & Cohen, J. (2015a). What Are Physicians' Reasons for Not Referring People with Life-Limiting Illnesses to Specialist Palliative Care Services? A Nationwide Survey. *PloS one*, *10*, e0137251.

Beernaert, K., van den Block, L., van Thienen, K., Devroey, D., Pardon, K., Deliens, L., & Cohen, J. (2015b). Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. *Family practice*, *32*, 694–700.

Behmann, M., Jünger, S., Radbruch, L., & Schneider, N. (2012). Public health actions to improve palliative care in Germany: results of a three-round Delphi study. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *106*, 303–312.

Bertelsmann Faktencheck (Ed.) (2015). *Faktencheck Palliativversorgung Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende*. Gütersloh.

Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, *29*, 552–557.

Blank, W., Levin, C., & Beck, A. (2018). Auswirkung des Hospiz- und Palliativgesetzes auf die hausärztliche Tätigkeit – eine kritische Bewertung aus hausärztlicher Sicht. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *19*, 234–238.

Bleeker, F., Kruschinski, C., Breull, A., Berndt, M., & Hummers-Pradier, E. (2007). Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *83*, 477–482.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, *288*, 2469–2475.

Borgsteede, S. D., Deliens, L., van der Wal, G., Francke, A. L., Stalman, W. A. B., & van Eijk, Jacques T M (2007). Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: a nationwide survey in The Netherlands. *Scandinavian journal of primary health care*, *25*, 226–231.

Borgsteede, S. D., Graafland-Riedstra, C., Deliens, L., Francke, A. L., van Eijk, J. T., & Willems, D. L. (2006). Good end-of-life care according to patients and their GPs. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *56*, 20–26.

Boyd, K., Mason, B., Kendall, M., Barclay, S., Chinn, D., Thomas, K., Sheikh, A., & Murray, S. A. (2010). Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *60*, e449-58.

Boyd, K. J. (1995). The role of specialist home care teams: views of general practitioners in south London. *Palliative medicine*, *9*, 138–144.

Brazil, K., Sussman, J., Bainbridge, D., & Whelan, T. (2010). Who is responsible? The role of family physicians in the provision of supportive cancer care. *Journal of oncology practice*, *6*, 19–24.

Brogaard, T., Jensen, A. B., Sokolowski, I., Olesen, F., & Neergaard, M. A. (2011). Who is the key worker in palliative home care? *Scandinavian journal of primary health care*, *29*, 150–156.

Brown, M. (2002). Participating in end of life decisions. The role of general practitioners. *Australian family physician*, *31*, 60–62.

Brueckner, T., Schumacher, M., & Schneider, N. (2009). Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC palliative care*, *8*, 7.

Bruns, H., Terhorst, A., Gesenhues, S., & Weltermann, B. (2014). Ländliche Palliativmedizin – Prädiktoren für „dying at home“. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *15*.

Bundesärztekammer (2018). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017*.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. *Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzung*. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html. Accessed 05.08.2019.

Burbeck, R., Low, J., Sampson, E. L., Bravery, R., Hill, M., Morris, S., Ockenden, N., Payne, S., & Candy, B. (2014). Volunteers in specialist palliative care: a survey of adult services in the United Kingdom. *Journal of palliative medicine*, *17*, 568–574.

Burt, J., Shipman, C., White, P., & Addington-Hall, J. (2006). Roles, service knowledge and priorities in the provision of palliative care: a postal survey of London GPs. *Palliat Med*, *20*, 487–492.

Buttfield, I., Buttfield, B., Moorhead, R., & Murrell, T. G. (1990). The role of the GP in the management of chronic disease. Diabetes as a model. *Australian family physician*, *19*, 1187-9, 1193-6, 1199.

Cheng, S.-H., Chen, C.-C., & Hou, Y.-F. (2010). A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization: evidence from a universal coverage health care system. *Archives of internal medicine*, *170*, 1671–1677.

Cottrell, E., Roddy, E., Rathod, T., Thomas, E., Porcheret, M., & Foster, N. E. (2015). Maximising response from GPs to questionnaire surveys: do length or incentives make a difference? *BMC medical research methodology*, *15*, 3.

Dahlhaus, A., Vanneman, N., Guethlin, C., Behrend, J., & Siebenhofer, A. (2014). German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *Family practice*, *31*, 209–214.

Dahlhaus, A., Vanneman, N., Siebenhofer, A., Brosche, M., & Guethlin, C. (2013). Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *21*, 3293–3300.

Department of Health (2008). *End of Life Care - promoting high quality care for all adults at the end of life.* The Stationery Office. London.

Desmedt, M., & Michel, H. (2002). Palliative home care: improving co-operation between the specialist team and the family doctor. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *10*, 343–348.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin (2013). S1-Handlungsempfehlung Hausärztliches Vorgehen „Ganz am Ende des Lebens“unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2018). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Landesvertretung Bayern zur aktuellen Lage in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Speziellen zu den neu eingeführten Instrumenten Leistung Nr.24a der HKP-RL sowie zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQkPmV)*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Stellungnahme_DGP_LV_Bayern_aktuelle_Lage_AAPV_20180326.pdf. Accessed 01.08.2019.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. Definition Palliativmedizin. https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliativmedizin.html.

Dev, R., Dalal, S., & Bruera, E. (2012). Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Current opinion in supportive and palliative care*, *6*, 365–370.

DGP, & DHPV (2009). *SAPV-Glossar*. Berlin.

Ding, J., Johnson, C. E., & Cook, A. (2018). How We Should Assess the Delivery of End-Of-Life Care in General Practice? A Systematic Review. *Journal of palliative medicine*, *E pub ahead of print 21 August 2018. DOI: 10.1089/jpm.2018.0194*.

Ding, J., Saunders, C., Cook, A., & Johnson, C. E. (2019). End-of-life care in rural general practice: how best to support commitment and meet challenges? *BMC palliative care*, *18*, 51.

Drieskens, K., Bilsen, J., van den Block, L., Deschepper, R., Bauwens, S., Distelmans, W., & Deliens, L. (2008). Characteristics of referral to a multidisciplinary palliative home care team. *Journal of palliative care*, *24*, 162–166.

Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., Diguiseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, *324*, 1183.

Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguiseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., Cooper, R., Felix, L. M., & Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *The Cochrane database of systematic reviews*, MR000008.

Elm, E. von, Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *International journal of surgery (London, England)*, *12*, 1495–1499.

Evans, R., Stone, D., & Elwyn, G. (2003). Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *Family practice*, *20*, 304–310.

Ewertowski, H. (2019). *Ideen zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Haus- und Klinikärzten, Pflegefachpersonen und Medizinischen Fachangestellten*. 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

Ewertowski, H., Tetzlaff, F., Krause, O., Eylers, V., Schneider, N., & Stiel, S. (2019). "Es ist eine meiner wichtigsten Aufgaben, dass ich sie wirklich bis zum Schluss begleite": Eine multiperspektivische qualitative Studie zur ambulanten Palliativversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 169–174.

Farber, N. J., Urban, S. Y., Collier, V. U., Metzger, M., Weiner, J., & Boyer, E. G. (2004). Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage*, *28*, 364–372.

Fegg, M., Lehner, M., Simon, S. T., Gomes, B., Higginson, I. J., & Bausewein, C. (2015). What influences end-of-life decisions? Results of a representative German survey. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *58*, 1118–1123.

Field, D. (1998). Special not different: general practitioners' accounts of their care of dying people. *Social science & medicine (1982)*, *46*, 1111–1120.

Fielding, J., Clothier, H., Stocks, N., & Kelly, H. (2005). What factors facilitate a GP survey high response rate? *Australian family physician*, *34*, 895–896.

Freytag, A., Krause, M., Bauer, A., Ditscheid, B., Jansky, M., Krauss, S., Lehmann, T., Marschall, U., Nauck, F., Schneider, W., Stichling, K., Vollmar, H. C., Wedding, U., & Meißner, W. (2019). Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of

specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. *BMC Palliat Care*, *18*, 12.

Gágyor, I., Himmel, W., Pierau, A., & Chenot, J.-F. (2016). Dying at home or in the hospital? An observational study in German general practice. *The European journal of general practice*, *22*, 9–15.

Gágyor, I., Lüthke, A., Jansky, M., & Chenot, J.-F. (2013). Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL): Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie. *Schmerz (Berlin, Germany)*, *27*, 289–295.

Gardiner, C., Gott, M., & Ingleton, C. (2012). Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract*, *62*, e353-62.

Gaser, E., Krapp, C., & Meißner, W. (2010). Palliativmedizinische Inhalte in der Aus- und Weiterbildung von Hausärzten und Allgemeinmedizinern. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *11*.

Gaser, E., Rabe, Y., Wedding, U., & Meißner, W. (2017). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Thüringen. *Ärzteblatt Thüringen*.

Geiger, K., Schneider, N., Bleidorn, J., Klindtworth, K., Jünger, S., & Müller-Mundt, G. (2016). Caring for frail older people in the last phase of life - the general practitioners' view. *BMC palliative care*, *15*, 52.

Geist, M. J. P., Bardenheuer, H. J., Weigand, M. A., Frankenhauser, S., & Kessler, J. (2018). Möglichkeiten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. *Der Urologe. Ausg. A*, *57*, 563–567.

Gellert, A. (2016). *Versorgungsaufwand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Abhängigkeit von Patienten- und Erkrankungscharakteristika: Retrospektive Auswertung von Patientendaten des ambulanten Palliative- Care- Teams des Universitätsklinikums Jena im Zeitraum vom 01.03.2007 – 31.12.2009*. Dissertationsschrift.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009). *Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009*.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). *Bericht an das Bundesminsterium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014.*

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016. https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/.

George, T. (2016). Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International journal of palliative nursing*, *22*, 137–140.

Giezendanner, S., Bally, K., Haller, D. M., Jung, C., Otte, I. C., Banderet, H.-R., Elger, B. S., Zemp, E., & Gudat, H. (2018). Reasons for and Frequency of End-of-Life Hospital Admissions: General Practitioners' Perspective on Reducing End-of-Life Hospital Referrals. *Journal of palliative medicine*, *21*, 1122–1130.

Giezendanner, S., Jung, C., Banderet, H.-R., Otte, I. C., Gudat, H., Haller, D. M., Elger, B. S., Zemp, E., & Bally, K. (2017). General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PloS one*, *12*, e0170168.

Glaudemans, J. J., van Moll Charante, E. P., & Willems, D. L. (2015). Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Family practice*, *32*, 16–26.

Glonti, K., Struckmann, V., Alconada, A., Pettigrew, L. M., Hernandez-Santiago, V., Minue, S., Risso-Gill, I., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2019). Exploring the training and scope of practice of GPs in England, Germany and Spain. *Gaceta sanitaria*, *33*, 148–155.

Goldschmidt, D., Groenvold, M., Johnsen, A. T., Strömgren, A. S., Krasnik, A., & Schmidt, L. (2005). Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. *Palliative medicine*, *19*, 241–250.

Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). *Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review*, 7540. England.

Grabenhorst, U. (2017). 1395PSpecialized ambulatory palliative care: (SAPV) 5-year results of a multi-professional care model by HomeCare linker Niederrhein gGmbH (HC) in the Lower Rhine region. *Ann Oncol*, *28*.

Grande, G. E., Barclay, S. I., & Todd, C. J. (1997). Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms. *Palliative medicine*, *11*, 399–406.

Grober-Gratz, D., Mosshammer, D., Bolter, R., Ose, D., Joos, S., & Natanzon, I. (2011). Which criteria affect the cooperation between general practitioners and specialists in ambulatory care? A qualitative study about general practitioners' perception. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, *105*, 446–451.

Groot, M. M., Vernooij-Dassen, Myrra J F J, Crul, B. J. P., & Grol, Richard P T M (2005). General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliative medicine*, *19*, 111–118.

Groot, M. M., Vernooij-Dassen, Myrra J F J, Verhagen, S. C. A., Crul, B. J. P., & Grol, Richard P T M (2007). Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliative medicine*, *21*, 697–703.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*

Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, *170*, 1795–1801.

Halkett, G. K. B., Jiwa, M., & Lobb, E. A. (2015). Patients' perspectives on the role of their general practitioner after receiving an advanced cancer diagnosis. *European journal of cancer care*, *24*, 662–672.

Hanks, H., Veitch, P. C., & Harris, M. F. (2008). A rural/urban comparison of the roles of the general practitioner in colorectal cancer management. *The Australian journal of rural health*, *16*, 376–382.

Hanratty, B. (2000). GP views on developments in palliative care services. *Palliative medicine*, *14*, 223–224.

Higginson, I. J. (2005). End-of-life care: lessons from other nations. *Journal of palliative medicine*, *8 Suppl 1*, 161-173.

Higginson, I. J., & Sen-Gupta, G. J. (2000). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of palliative medicine*, *3*, 287–300.

Hirooka, K., Miyashita, M., Morita, T., Ichikawa, T., Yoshida, S., Akizuki, N., Akiyama, M., Shirahige, Y., & Eguchi, K. (2014). Regional medical professionals' confidence in providing palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan. *Japanese journal of clinical oncology*, *44*, 249–256.

Hoexum, M., Bosveld, H. E. P., Schuling, J., & Berendsen, A. J. (2012). Out-of-hours medical care for terminally ill patients: A survey of availability and preferences of general practitioners. *Palliative medicine*, *26*, 986–993.

Hofmeister, U. (2015). Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. Praxisbeispiel Westfalen. *Bertelsmann Faktencheck*.

Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R. (2009). Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC health services research*, *9*, 105.

Hummers-Pradier, E., Scheidt-Nave, C., Martin, H., Heinemann, S., Kochen, M. M., & Himmel, W. (2008). Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Family practice*, *25*, 105–112.

Husebø, S., & Mathis, G. (2017). Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care? In S. Husebø, & G. Mathis (Eds.), *Palliativmedizin: Mitbegründet von E. Klaschik* (pp. 1–9). Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.

Jansky, M., Lindena, G., & Nauck, F. (2011). Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *12*, 166–176.

Johnson, C. E., McVey, P., Rhee, J. J.-O., Senior, H., Monterosso, L., Williams, B., Fallon-Ferguson, J., Grant, M., Nwachukwu, H., Aubin, M., Yates, P., & Mitchell, G. (2018). General practice palliative care: patient and carer expectations, advance care plans and place of death-a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*.

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*, 112–133.

Jünger, S., Vedder, A. E., Milde, S., Fischbach, T., Zernikow, B., & Radbruch, L. (2010). Paediatric palliative home care by general paediatricians: a multimethod study on perceived barriers and incentives. *BMC palliative care*, *9*, 11.

Kaiser, F., Sohm, M., Illig, D., Vehling-Kaiser, U., & Haas, M. (2016). Four years of specialized outpatient palliative care in a rural area Cooperation and acceptability from general practitioners' view. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*, 916–920.

Kaner, E. F., Haighton, C. A., & McAvoy, B. R. (1998). 'So much post, so busy with practice--so, no time!': a telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *48*, 1067–1069.

Kellerman, S. E., & Herold, J. (2001). Physician response to surveys. A review of the literature. *American journal of preventive medicine*, *20*, 61–67.

Kelley, K., Clark, B., Brown, V., & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International journal for quality in health care journal of the International Society for Quality in Health Care*, *15*, 261–266.

Kelly, B., Varghese, F. T., Burnett, P., Turner, J., Robertson, M., Kelly, P., Mitchell, G., & Treston, P. (2008). General practitioners' experiences of the psychological aspects in the care of a dying patient. *Palliative & supportive care*, *6*, 125–131.

Klindtworth, K., Geiger, K., Pleschberger, S., Bleidorn, J., Schneider, N., & Müller-Mundt, G. (2017). Leben und Sterben mit Gebrechlichkeit Qualitative Interviews mit älteren Menschen im häuslichen Umfeld. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, *50*, 151–158.

Ko, W., Miccinesi, G., Beccaro, M., Moreels, S., Donker, G. A., Onwuteaka-Philipsen, B., Alonso, T. V., Deliens, L., & van den Block, L. (2014). Factors associated with fulfilling the preference for dying at home among cancer patients: the role of general practitioners. *Journal of palliative care*, *30*, 141–150.

Koné, I., Klein, G., Siebenhofer, A., Dahlhaus, A., & Güthlin, C. (2018). GPs' assessment of cooperation with other health care providers involved in cancer care-a cross-sectional study. *European journal of cancer care*, *27*.

Kongsved, S. M., Basnov, M., Holm-Christensen, K., & Hjollund, N. H. (2007). Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. *Journal of medical Internet research*, *9*, e25.

Krause, M., Stichling, K., Kaufmann, M., Babin, L., Berg, C., Prässler, A., Ditscheid, B., Vollmar, H. C., Freytag, A., & SAVOIR-Studiengruppe (2018). *Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV – Maßnahmen zur Steigerung des Rücklaufs einer schriftlichen Hausarzt-Befragung*. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: German Medical Science GMS Publishing House.

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

Lang, K., Puhlmann, K., & Falckenberg, M. (2006). Education in palliative care. An overview. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *49*, 1149–1154.

Lang, V., Walter, S., Fessler, J., Koester, M. J., Ruetters, D., & Huebner, J. (2017). The role of the general practitioner in cancer care: a survey of the patients' perspective. *Journal of cancer research and clinical oncology*, *143*, 895–904.

Le, B., Eastman, P., Vij, S., McCormack, F., Duong, C., & Philip, J. (2017). Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. *Australian family physician*, *46*, 51–55.

Leitliniengruppe Hessen (2009). Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung. http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publikationen/palliativ_ll.pdf.

Leitlinienprogramm Onkologie (2015). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung: Kurzversion 1.1. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/.

Lemire, F. (2013). Competence, confidence, or both? *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, *59*, 320.

Lindena, G., Wellmann, A., Ostgathe, C., Radbruch, L., & Nauck, F. (2011). Ambulante Palliativversorgung in Deutschland – in HOPE dokumentierte Erfahrungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *12*, 27–32.

Liu, J. T., Kovar-Gough, I., Farabi, N., Animikwam, F., Weers, S. B., & Phillips, J. (2018). The Role of Primary Care Physicians in Providing End-of-Life Care. *The American journal of hospice & palliative care*, *E pub ahead of print 24 October 2018. DOI: 10.1177/1049909118808232*.

Lloyd-Williams, M., Wilkinson, C., & Lloyd-Williams, F. (2000). General practitioners in North Wales: current experiences of palliative care. *European journal of cancer care*, *9*, 138–143.

Lovell, M. R., Luckett, T., Boyle, F. M., Phillips, J., Agar, M., & Davidson, P. M. (2014). Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *Journal of clinical oncology official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *32*, 1712–1720.

Lux, E. A., Althaus, A., Claßen, B., Hilscher, H., Hofmeister, U., Holtappels, P., Mansfeld-Nies, R., & Weller, H.-U. (2013). Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe: Strukturierte Bestandsaufnahme 12 und 36 Monate nach Inkrafttreten der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar Kranken im häuslichen Umfeld“. *Fortschritte der Medizin*.

Magee, C., & Koffman, J. (2016). Out-of-hours palliative care: what are the educational needs and preferences of general practitioners? *BMJ supportive & palliative care*, *6*, 362–368.

Maisel, P. (Ed.) (2013). *Palliativmedizin in der Hausarztpraxis*. Stuttgart: Schattauer.

Malik, S., Goldman, R., Kevork, N., Wentlandt, K., Husain, A., Merrow, N., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2017). Engagement of Primary Care Physicians in Home Palliative Care. *Journal of palliative care*, *32*, 3–10.

McAvoy, B. R., & Kaner, E. F. (1996). General practice postal surveys: a questionnaire too far? *BMJ (Clinical research ed.)*, *313*, 732-3; discussion 733-4.

Meeussen, K., van den Block, L., Echteld, M., Bossuyt, N., Bilsen, J., van Casteren, V., Abarshi, E., Donker, G., Onwuteaka-Philipsen, B., & Deliens, L. (2011). Advance care planning in Belgium and The Netherlands: a nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. *Journal of Pain and Symptom Management*, *42*, 565–577.

Meiklejohn, J. A., Mimery, A., Martin, J. H., Bailie, R., Garvey, G., Walpole, E. T., Adams, J., Williamson, D., & Valery, P. C. (2016). *The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review*, 6. United States.

Mitchell, G., Nicholson, C., McDonald, K., & Bucetti, A. (2011). Enhancing palliative care in rural Australia: the residential aged care setting. *Australian journal of primary health*, *17*, 95–101.

Mitchell, G. K. (2002). How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliative medicine*, *16*, 457–464.

Mitchell, G. K. (2014). End-of-life care for patients with cancer. *Australian family physician*, *43*, 514–519.

Mitchell, G. K., Burridge, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J., & Jackson, C. L. (2015). *Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?*, 4. Australia.

Mitchell, G. K., Burridge, L. H., Colquist, S. P., & Love, A. (2012). General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health & social care in the community*, *20*, 607–616.

Mitchell, G. K., Reymond, E. J., & McGrath, B. P. M. (2004). Palliative care: promoting general practice participation. *The Medical journal of Australia*, *180*, 207–208.

Mitchell, G. K., Senior, H. E., Johnson, C. E., Fallon-Ferguson, J., Williams, B., Monterosso, L., Rhee, J. J., McVey, P., Grant, M. P., Aubin, M., Nwachukwu, H. T., & Yates, P. M. (2018). Systematic review of general practice end-of-life symptom control. *BMJ supportive & palliative care*, *8*, 411–420.

Mitchell, S., Loew, J., Millington-Sanders, C., & Dale, J. (2016). Providing end-of-life care in general practice: findings of a national GP questionnaire survey. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *66*, e647-53.

Mühlensiepen, F., Thoma, S., Marschke, J., Heinze, M., Harms, D., Neugebauer, E. A. M., & Peter, S. von (2019). „Wenn die mal nicht mehr kommen würden, dann kriege ich eine Krise“ Netzwerke der ambulanten Palliativversorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen. *Schmerz (Berlin, Germany)*.

Müller-Busch, C. (2008). Palliativmedizin in Deutschland. Menschenwürdige Medizin am Lebensende – ein Stiefkind der Medizin?, *Jg. 8, Heft 4*, 7–14.

Munday, D., Petrova, M., & Dale, J. (2009). Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ (Clinical research ed.)*, *339*, b2391.

Murray, S. A., Boyd, K., Kendall, M., Worth, A., Benton, T. F., & Clausen, H. (2002). Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ (Clinical research ed.)*, *325*, 929.

Murray, S. A., & Kok, J. Y. (2008). Internationally, it is time to bridge the gap between primary and secondary healthcare services for the dying. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *37*, 142–144.

Nauck, F., & Jansky, M. (2018). Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *143*, 558–565.

Neergaard, M. A., Brogaard, T., Vedsted, P., & Jensen, A. B. (2018). Asking terminally ill patients about their preferences concerning place of care and death. *International journal of palliative nursing*, *24*, 124–131.

Neergaard, M. A., Vedsted, P., Olesen, F., Sokolowski, I., Jensen, A. B., & Søndergaard, J. (2009). Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care.

The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners, *59*, 671–677.

North, K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (2013). Was ist Kompetenz? In K. North, K. Reinhardt, & B. Sieber-Suter (Eds.), *Kompetenzmanagement in der Praxis: Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln ; mit vielen Fallbeispielen* (pp. 43–91). Wiesbaden: Gabler Verlag.

O'Leary, M. J., O'Brien, A. C., Murphy, M., Crowley, C. M., Leahy, H. M., McCarthy, J. M., Collins, J. C., & O'Brien, T. (2017). Place of care: from referral to specialist palliative care until death. *BMJ supportive & palliative care*, *7*, 53–59.

Oremus, M., & Wolfson, C. (2004). Female specialists were more likely to respond to a postal questionnaire about drug treatments for Alzheimer disease. *Journal of clinical epidemiology*, *57*, 620–623.

Peng, J.-K., Chiu, T.-Y., Hu, W.-Y., Lin, C.-C., Chen, C.-Y., & Hung, S.-H. (2013). What influences the willingness of community physicians to provide palliative care for patients with terminal cancer? Evidence from a nationwide survey. *Japanese journal of clinical oncology*, *43*, 278–285.

Pierau, A. (2013). *Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL): Eine retrospektive Befragung von Hausärzten*. Göttingen.

Pit, S. W., Hansen, V., & Ewald, D. (2013). A small unconditional non-financial incentive suggests an increase in survey response rates amongst older general practitioners (GPs): a randomised controlled trial study. *BMC family practice*, *14*, 108.

Pivodic, L., Pardon, K., van den Block, L., van Casteren, V., Miccinesi, G., Donker, G. A., Alonso, T. V., Alonso, J. L., Aprile, P. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2013). Palliative care service use in four European countries: a cross-national retrospective study via representative networks of general practitioners. *PloS one*, *8*, e84440.

Plat, F. M., Peters, Y. A. S., Giesen, P., & Smits, M. (2018). Availability of Dutch General Practitioners for After-Hours Palliative Care. *Journal of palliative care*, *33*, 182–186.

Prenzler, A., Muller-Busch, C. H., Mittendorf, T., Theidel, U., von der Schulenburg, Matthias J, & Montag, T. (2010). Aspects of outpatient palliative care and assessment of the nursing workload. Survey among care givers in Germany. *Pflege Zeitschrift*, *63*, 300–304.

Pype, P., Peersman, W., Wens, J., Stes, A., van den Eynden, B., & Deveugele, M. (2014). What, how and from whom do health care professionals learn during collaboration in palliative home care: a cross-sectional study in primary palliative care. *BMC health services research*, *14*, 501.

Pype, P., Symons, L., Wens, J., van den Eynden, B., Stess, A., Cherry, G., & Deveugele, M. (2013). Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: a view from Belgium. *Journal of interprofessional care*, *27*, 313–319.

Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care - creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine*, *368*, 1173–1175.

Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, *16*, 278–289.

Radbruch, L., & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *12*, 260–270.

Ramanayake, R. P. J. C., Dilanka, G. V. A., & Premasiri, L. W. S. S. (2016). Palliative care; role of family physicians. *Journal of family medicine and primary care*, *5*, 234–237.

Rhee, J. J., Teo, P. C. K., Mitchell, G. K., Senior, H. E., Tan, A. J. H., & Clayton, J. M. (2018). General practitioners (GPs) and end-of-life care: a qualitative study of Australian GPs and specialist palliative care clinicians. *BMJ supportive & palliative care*, *Epub ahead of print 01 November 2018. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001531*.

Rhee, J. J., Zwar, N. A., & Kemp, L. A. (2013). Why are advance care planning decisions not implemented? Insights from interviews with Australian general practitioners. *Journal of palliative medicine*, *16*, 1197–1204.

Rhee, J. J.-O., Zwar, N., Vagholkar, S., Dennis, S., Broadbent, A. M., & Mitchell, G. (2008). Attitudes and barriers to involvement in palliative care by Australian urban general practitioners. *Journal of palliative medicine*, *11*, 980–985.

Robinson, L., Dickinson, C., Bamford, C., Clark, A., Hughes, J., & Exley, C. (2013). A qualitative study: professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, 'a good idea in theory but …'. *Palliative medicine*, *27*, 401–408.

Rottmann, H., & Auer, B. R. (2010). Ein Überblick über die lineare Regression. *WiSt - Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, *39*, 548–554.

Saugo, M., Pellizzari, M., Marcon, L., Benetollo, P., Toffanin, R., Gallina, P., Cecchetto, G., Miccinesi, G., Rigon, S., Cancian, M., & Sichetti, D. (2008). Impact of home care on place of death, access to emergency departments and opioid therapy in 350 terminal cancer patients. *Tumori*, *94*, 87–95.

Schindler, T., & Ewald, H. (2005). Ambulante und stationäre Organisationsstrukturen in der Palliativmedizin. *Der Onkologe*, *11*, 376–383.

Schlingensiepen, I. (2017). *Die Mauer beim Palliativvertrag ist eingerissen*.

Schnakenberg, R., Goeldlin, A., Boehm-Stiel, C., Bleckwenn, M., Weckbecker, K., & Radbruch, L. (2016). Written survey on recently deceased patients in germany and switzerland: how do general practitioners see their role? *BMC health services research*, *16*, 22.

Schneider, N. (2014). Internationale Expertise zur Entwicklung der Palliativversorgung in der Primärversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*.

Schneider, N. (2015). Anforderungen an eine patientenorientierte ambulante Palliativversorgung. *Bertelsmann Faktencheck Gesundheit*.

Schneider, N., Engeser, P., Behmann, M., Kuhne, F., & Wiese, B. (2011). Specialized outpatient palliative care. The expectations of general practitioners. *Schmerz (Berlin, Germany)*, *25*, 166, 168-173.

Schneider, N., Kühne, F., Behmann, M., Bisson, S., Gerlich, M. G., & Wernstedt, T. (2010a). Sind niedergelassene Ärzte für ihre älteren Patienten in der letzten Lebensphase auch außerhalb der Sprechzeiten erreichbar? *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *11*, P49.

Schneider, N., Mitchell, G., & Murray, S. A. (2010b). Der Hausarzt als erster Ansprechpartner. *Deutsches Ärzteblatt*, *19*, 925–928.

Schneider, N., Mitchell, G. K., & Murray, S. A. (2010c). Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC family practice*, *11*, 66.

Schneider, W., Eichner, E., Thoms, U., Kopitzsch, F., & Stadelbacher, S. (2014). *Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums): Ergebnisbericht*. Augsburg.

Schwabe, S., Ates, G., Ewert, B., Hasselaar, J., Hesse, M., Linge-Dahl, L., Jaspers, B., & Radbruch, L. (2017). "He is not that important anymore" General practitioners in a specialized palliative home care setting from a patient's point of view. *Bundesgesundheitsbl*, *60*, 55–61.

Schweitzer, B. P. M., Blankenstein, N., Deliens, L., & van der Horst, H. (2009). Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information. *BMC Palliat Care*, *8*, 17.

Seamark, D. A., Thorne, C. P., Jones, R. V., Gray, D. J., & Searle, J. F. (1993). Knowledge and perceptions of a domiciliary hospice service among general practitioners and community nurses. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *43*, 57–59.

Sebo, P., Maisonneuve, H., Cerutti, B., Fournier, J. P., Senn, N., & Haller, D. M. (2017). Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *Journal of medical Internet research*, *19*, e83.

Sekse, R. J. T., Hunskar, I., & Ellingsen, S. (2018 Jan). *The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis*, 1-2. England.

Selman, L. E., Brighton, L. J., Robinson, V., George, R., Khan, S. A., Burman, R., & Koffman, J. (2017). Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. *BMC palliative care*, *16*, 17.

Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, *24*, 91–96.

Shaw, K. L., Clifford, C., Thomas, K., & Meehan, H. (2010). Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliative medicine*, *24*, 317–329.

Shipman, C., Addington-Hall, J., Barclay, S., Briggs, J., Cox, I., Daniels, L., & Millar, D. (2002). How and why do GPs use specialist palliative care services? *Palliative medicine*, *16*, 241–246.

Silveira, M. J., & Forman, J. (2012). End-of-life care from the perspective of primary care providers. *Journal of general internal medicine*, *27*, 1287–1293.

Simon, S. T., Pralong, A., Welling, U., & Voltz, R. (2016). Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin Behandlungspfad für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung. *Der Internist*, *57*, 953–958.

Sitte, T. (2011). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Problem oder Chance für Hausärzte und Spezialisten? *Schmerz (Berlin, Germany)*, *25*, 131.

Snyder, S., Hazelett, S., Allen, K., & Radwany, S. (2013). Physician knowledge, attitude, and experience with advance care planning, palliative care, and hospice: results of a primary care survey. *The American journal of hospice & palliative care*, *30*, 419–424.

Spaar, A., Frey, M., Turk, A., Karrer, W., & Puhan, M. A. (2009). Recruitment barriers in a randomized controlled trial from the physicians' perspective: a postal survey. *BMC medical research methodology*, *9*, 14.

Stadtmüller, S., & Porst, R. (2005). Zum Einsatz von Incentives bei postalischen Befragungen. *ZUMA How-to-Reihe*.

Stanze, D., & Stanze, H. (2019). Die palliative Sedierung – Was der Hausarzt wissen sollte. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 298–302.

Statistisches Bundesamt (2019a). *Bevölkerung im Erwerbsalter sinkt bis 2035 voraussichtlich um 4 bis 6 Millionen*. Pressemitteilung Nr. 242 vom 27. Juni 2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2019b). Zahl der Todesfälle im Jahr 2017 um 2,3 % gestiegen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html.

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, *284*, 2476–2482.

Stocks, N., & Gunnell, D. (2000). What are the characteristics of general practitioners who routinely do not return postal questionnaires: a cross sectional study. *Journal of epidemiology and community health*, *54*, 940–941.

Street, A., & Blackford, J. (2001). Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *Journal of clinical nursing*, *10*, 643–650.

Tey, N. P., Lai, S. L., & Teh, J. K. L. (2016). The debilitating effects of chronic diseases among the oldest old in China. *Maturitas*, *94*, 39–45.

Thomas, K. (2003). The Gold Standards Framework in community palliative care. *European journal of palliative care*, *10*, 113–115.

Thoonsen, B., Vissers, K., Verhagen, S., Prins, J., Bor, H., van Weel, C., Groot, M., & Engels, Y. (2015). Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC family practice*, *16*, 126.

van Eijk, J.T.M., & Haan, M. de (1998). Care for the chronically ill: the future role of health care professionals and their patients. *Patient education and counseling*, *35*, 233–240.

van Oorschot, B., & Schweitzer, S. (2003). Ambulante Versorgung von Tumorpatienten im finalen Stadium. Ergebnisse einer schriftlichen Hausärztebefragung in Thüringen. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *128*, 2295–2299.

Vanderstichelen, S., Cohen, J., van Wesemael, Y., Deliens, L., & Chambaere, K. (2019). Perspectives on Volunteer-Professional Collaboration in Palliative Care: A Qualitative Study Among Volunteers, Patients, Family Carers, and Health Care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*.

Vanderstichelen, S., Houttekier, D., Cohen, J., van Wesemael, Y., Deliens, L., & Chambaere, K. (2018). Palliative care volunteerism across the healthcare system: A survey study. *Palliative medicine*, *32*, 1233–1245.

VanGeest, J. B., Johnson, T. P., & Welch, V. L. (2007). Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. *Evaluation & the health professions*, *30*, 303–321.

Vleminck, A. de, Pardon, K., Beernaert, K., Deschepper, R., Houttekier, D., van Audenhove, C., Deliens, L., & Vander Stichele, R. (2014). Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' views and experiences. *PloS one*, *9*, e84905.

Vogel, C., Jäger, J., & Gisch (2019). Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Allgemeine Ambulante PalliativVersorgung“ – eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *20*, 39–44.

Volkert, A. (2019). Provision of Palliative Care by General Pracititioners: Expenditures and Stressors. *Palliative medicine*.

Voltz, R. (2008). Eine Disziplin für den "ganzen Menschen". *Dtsch Arztebl*, A 20-A 22.

Wandrowski, J., Schuster, T., Strube, W., & Steger, F. (2012). Medical ethical knowledge and moral attitudes among physicians in Bavaria. *Deutsches Arzteblatt international*, *109*, 141–147.

Weigeldt, U. (2017). *Offener Brief an die Vorstände der KBV und des GKV-Spitzenverbandes - Ambulante Palliativmedizin*.

Weiskopf, G., Meyer, M., & Renaud, D. (2018). Im Augenblick des Lebens: AAPV oder SAPV?: Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung zwischen AAPV und SAPV – Eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *19*, 197–204.

Winthereik, A., Neergaard, M., Vedsted, P., & Jensen, A. (2016). Danish general practitioners' self-reported competences in end-of-life care. *Scandinavian journal of primary health care*, *34*, 420–427.

Wisdom, J. P., Cavaleri, M. A., Onwuegbuzie, A. J., & Green, C. A. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health services research*, *47*, 721–745.

Wolf, F., Freytag, A., Schulz, S., Lehmann, T., Schaffer, S., Vollmar, H. C., Kühlein, T., & Gensichen, J. (2017). German general practitioners' self-reported management of patients with chronic depression. *BMC psychiatry*, *17*, 401.

Worth, A., Boyd, K., Kendall, M., Heaney, D., Macleod, U., Cormie, P., Hockley, J., & Murray, S. (2006). Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *56*, 6–13.

10 Eigenanteil an Datenerhebung und –auswertung und eigene Veröffentlichungen

Diese Arbeit wurde im Rahmen eines Teilprojektes des Verbundprojektes „SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“ (Fkz: 01VSK16005) am Institut für Allgemeinmedizin in Jena unter Betreuung von Herrn Prof. Horst Christian Vollmar durchgeführt.

Unter der Teilprojektleitung von Frau Dr. rer. pol. Antje Freytag wurde die Forschungsfrage auf Grundlage eines von mir durchgeführten Literaturstudiums konkretisiert. In Zusammenarbeit mit Frau Dr. Antje Freytag konzipierte ich den Fragebogen und führte die Datenerhebung durch. Die Datenaufbereitung führte ich überwiegend selbst durch.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch das Institut für medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation unter Anleitung von Herrn Dr. rer. pol. Thomas Lehmann durch mich. Die Interpretation der Ergebnisse fand primär durch Frau Dr. Antje Freytag und mich mit Einordnung der Ergebnisse durch die SAVOIR-Studiengruppe statt.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit sind zur Veröffentlichung bei der wissenschaftlichen Zeitschrift BMC Palliative Care eingereicht.

Stichling K, Krause M, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, Lehmann T, Meißner W, Nauck F, Schneider W, Schulz S, Vollmar HC, Wedding U, Bleidorn J, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. *Factors influencing GPs' perception of specialised outpatient palliative care (SAPV) importance – results of a cross-sectional study.*

Die Publikation basiert auf den Ergebnissen aus den Dissertationskapiteln 4.4.3 und 4.4.4. Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich auf die Erhebung der Daten, die Auswertung und das Schreiben des Manuskriptentwurfs (gemeinsam mit Frau Dr. Antje Freytag).

Weitere Publikationen und Kongressbeiträge:

Stichling K, Krause M, Kaufmann M, Ditscheid B, Lehmann T, Wolf F, Schulz S, Jansky M, Krauss S, Bauer A, Schneider W, Gaser E, Meißner W, Vollmar H.C, Freytag A & die SAVOIR-Studiengruppe, *Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des GBA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR (Vortrag)*. 52 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck.

Stichling K , Krause M , Ditscheid B , Hach M , Jansky M , Kaufmann M , Krauss S ,Lehmann T , Meißner W , Schulz S , Vollmar HC , Wedding U, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. *General Practicioners' Evaluation of Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany (Poster)*. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care; 23.-25-05. 2019; Berlin.

Krause, M., Stichling, K., Kaufmann, M., Babin, L., Berg, C., Prässler, A., Ditscheid, B., Vollmar, H. C., Freytag, A., & SAVOIR-Studiengruppe (2018). *Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV – Maßnahmen zur Steigerung des Rücklaufs einer schriftlichen Hausarzt-Befragung (Poster)*. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck.

Freytag A, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Jansky M, Krauss S, Lehmann T, Marschall U, Nauck F, Schneider W, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Meissner W, Savoir Study group. *Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences*. BMC Palliat Care. 2018;18(1):12.

11 Anlage

11.1 Anlage 1: Ergebnistabellen

Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	0,009	0,002	**<.001**	0,006	0,012	1109
Geschlecht: (weiblich)	-0,085	0,031	**0.006**	-0,146	-0,024	1110
Tätigkeitsdauer	0,01	0,001	**<.001**	0,007	0,013	
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	0,272	0,078	**0.001**	0,119	0,426	549
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,303	0,078	**<.001**	0,149	0,457	516
MVZ*	0					47
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,256	0,048	**<.001**	0,162	0,35	1097

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,218	0,043	**<.001**	0,134	0,302	308
Kleinstadt	0,176	0,042	**<.001**	0,093	0,259	320
Mittelstadt	0,049	0,047	0,299	-0,043	0,141	212
Großstadt*	0					265
Arbeitsbelastung pro Woche	0,009	0,001	**<.001**	0,006	0,011	1098
Patienten pro Quartal	2,62*10^(-4)	4,22*10^(-5)	**<.001**	1,79*10^(-4)	3,44*10^(-4)	1053
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,002	0,001	**<.001**	0,001	0,003	1092
Hausbesuche pro Woche	0,004	0,001	**<.001**	0,003	0,006	1109
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,003	0,001	**<.001**	0,002	0,004	1087
Selbstverständnis/Rolle	0,272	0,018	**<.001**	0,237	0,308	1105
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,373	0,02	**<.001**	0,333	0,413	1092

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualfikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams	0,53	0,049	**<.001**	0,433	0,626	117
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,26	0,054	**<.001**	0,155	0,366	95
BQKPmV	0,482	0,186	**0.01**	0,117	0,848	7
40h-Kursweiterbildung	0,193	0,045	**<.001**	0,106	0,281	148
3Monate in PV gearbeitet	-0,008	0,067	0,901	-0,140	0,123	58
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					649
Abrechnungslevel						
Abrechnung über SAPV	0,507	0,048	**<.001**	0,412	0,601	117
Abrechnung über Selektivverträge	0,347	0,059	**<.001**	0,232	0,461	76
BQKPmV	0,366	0,142	**0.01**	0,088	0,645	12
AAPV+Zusatzbezeichnung	0,151	0,06	**0.013**	0,032	0,269	71
AAPV*	0					834

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Eingebundensein bei Involvierung der SAPV	0,087	0,018	**<.001**	0,052	0,121	979
Häufigkeit SAPV-Ablehnung durch MDK	0,005	0,029	0,868	-0,052	0,062	949
SAPV-VO durch andere Leistungserbringer	0,006	0,002	**0.005**	0,002	0,011	889
SAPV-VO bezogen auf palliative Patienten	-0,079	0,025	**0.002**	-0,128	-0,029	945
SAPV-Summenindex	0,208	0,065	**0.002**	0,079	0,336	984
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	0,135	0,038	**<.001**	0,06	0,21	1006
Versorgungsqualität der SAPV/PKD	-0,089	0,027	**0.001**	-0,141	-0,036	942
Versorgungsqualität eigene, nicht-ärztliche Mitarbeiter	0,261	0,037	**<.001**	0,189	0,334	440
Versorgungsqualität Pflege	0,105	0,027	**<.001**	0,051	0,158	996
Versorgungsqualität Ärzte	0,012	0,03	0,689	-0,046	0,07	779
Versorgungsqualität stationär	0,046	0,036	0,194	-0,024	0,117	916

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Versorgungsqualität weitere Dienste	0,07	0,028	**0.012**	0,015	0,125	598
Versorgungsqualität HomeCare	0,047	0,024	0,051	<.001	0,094	759
Wichtigkeit SAPV/PKD	-0,257	0,03	**<.001**	-0,315	-0,199	1069

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

				95%-KI		
	β	**SD**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**	**n**
Alter	0,009	0,002	**<.001**	0,006	0,012	991
Geschlecht: weiblich	-0,087	0,032	**0.007**	-0,150	-0,024	991
Tätigkeitsdauer	0,01	0,001	**<.001**	0,007	0,013	985
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	0,211	0,079	**0.008**	0,056	0,365	496
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,217	0,079	**0.006**	0,061	0,372	452
MVZ*	0					45
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,248	0,049	**<.001**	0,152	0,345	980

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

				95%-KI		
	β	**SD**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**	**n**
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,181	0,044	**<.001**	0,094	0,268	261
Kleinstadt	0,167	0,044	**<.001**	0,081	0,252	281
Mittelstadt	0,045	0,048	0,349	-0,049	0,14	192
Großstadt*	0					252
Arbeitsbelastung pro Woche	0,008	0,001	**<.001**	0,006	0,011	981
Patienten pro Quartal	2,5*10^(-4)	4,36*10^(-5)	**<.001**	1,79*10^(-4)	3,36*10^(-4)	946
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,002	0,001	**<.001**	0,001	0,003	975
Hausbesuche pro Woche	0,004	0,001	**<.001**	0,002	0,005	990
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,004	0,001	**<.001**	0,002	0,005	970
Selbstverständnis/Rolle	0,255	0,018	**<.001**	0,219	0,291	987
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,353	0,021	**<.001**	0,312	0,395	975

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

				95%-KI		
	β	**SD**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**	**n**
Qualfikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,26	0,055	**<.001**	0,152	0,368	95
BQKPmV	0,482	0,19	**0.011**	0,109	0,855	7
40h-Kursweiterbildung	0,193	0,046	**<.001**	0,104	0,283	148
3Monate in PV gearbeitet	-0,008	0,069	0,903	-0,143	0,126	58
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					649
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,347	0,06	**<.001**	0,229	0,464	76
BQKPmV	0,366	0,145	**0.012**	0,082	0,65	12
AAPV+Zusatzbezeichnung	0,151	0,062	**0.014**	0,03	0,272	71
AAPV*	0					834

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

				95%-KI		
	β	**SD**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**	**n**
Eingebundensein bei Involvierung der SAPV	0,052	0,018	**0.004**	0,017	0,088	861
Häufigkeit SAPV-Ablehnung durch MDK	-0,053	0,032	0,104	-0,116	0,011	831
SAPV-VO durch andere Leistungserbringer	0,005	0,003	0,169	-0,002	0,011	779
SAPV-VO bezogen auf palliative Patienten	-0,098	0,026	**<.001**	-0,149	-0,047	830
SAPV-Summenindex	0,061	0,068	0,371	-0,073	0,195	866
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	0,118	0,039	**0.002**	0,042	0,194	897
Versorgungsqualität der SAPV/PKD	-0,111	0,027	**<.001**	-0,1463	-0,058	833
Versorgungsqualität eigene, nicht-ärztliche Mitarbeiter	0,274	0,039	**<.001**	0,197	0,35	380
Versorgungsqualität Pflege	0,107	0,028	**<.001**	0,051	0,162	887
Versorgungsqualität Ärzte	-0,015	0,03	0,614	-0,074	0,044	684

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

				95%-KI		
	β	**SD**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**	**n**
Versorgungsqualität stationär	0,064	0,037	0,082	-0,008	0,137	815
Versorgungsqualität weitere Dienste	0,063	0,029	**0.030**	0,006	0,119	509
Versorgungsqualität HomeCare	0,042	0,025	0,100	-0,008	0,092	667
Wichtigkeit SAPV/PKD	-0,316	0,03	**<.001**	-0,375	-0,258	954

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
Konstanter Term	*1,566*	*0,239*	*6,562*	*<.001*	*1,097*	*2,034*
Alter	-0,002	0,003	-0,671	0,502	-0,008	0,004
Geschlecht (weiblich)	0,044	0,032	1,363	0,173	-0,019	0,107
Tätigkeitsdauer	0,007	0,002	2,875	**0.004**	0,002	0,012
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,090	0,092	-0,981	0,327	-0,270	0,090
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,041	0,092	-0,449	0,654	-0,221	0,139
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,058	0,062	0,937	0,349	-0,064	0,181

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,013	0,044	0,288	0,774	-0,074	0,100
Kleinstadt	-0,003	0,045	-0,072	0,942	-0,092	0,085
Mittelstadt	-0,049	0,048	-1,013	0,312	-0,144	0,046
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,352	0,051	6,897	**<.001**	0,252	0,452
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,357	0,183	1,956	0,051	-0,001	0,716
BQKPmV	0,542	0,224	2,421	**0.016**	0,102	0,982
40h-Kursweiterbildung	0,010	0,043	0,226	0,821	-0,076	0,095
3Monate in PV gearbeitet	0,046	0,065	0,702	0,483	-0,082	0,174
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,352	0,051	6,897	**<.001**	0,252	0,452
Abrechnung über Selektivverträge	0,136	0,126	1,075	0,283	-0,112	0,384
BQKPmV	-0,402	0,216	-1,862	0,063	-0,827	0,022
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,421	0,190	-2,216	**0.027**	-0,795	-0,048
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	0,001	0,001	0,517	0,605	-0,002	0,004
Patienten pro Quartal	$9{,}184 * 10^{-5}$	$4{,}617 * 10^{-5}$	1,989	**0.047**	$1{,}169 * 10^{-6}$	0,000
Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	1,340	0,181	-0,001	0,003
Selbstverständnis	0,150	0,021	7,127	**<.001**	0,109	0,192
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,223	0,027	8,221	**<.001**	0,170	0,277
SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	-0,069	0,024	-2,932	**0.003**	-0,115	-0,023

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	0,004	0,002	1,689	0,092	-0,001	0,008
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,030	0,019	1,630	0,104	-0,006	0,067
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,033	0,028	-1,156	0,248	-0,089	0,023
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	-0,152	0,029	-5,251	**<.001**	-0,209	-0,095
Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur	0,125	0,042	2,985	**0.003**	0,043	0,207
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0,007	0,072	0,099	0,921	-0,135	0,149

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,048	0,087	0,549	0,583	-0,123	0,218
Berlin	-0,024	0,107	-0,228	0,820	-0,235	0,186
Hessen	0,045	0,091	0,492	0,623	-0,134	0,224
Niedersachsen	0,059	0,088	0,672	0,502	-0,114	0,233
Sachsen-Anhalt	0,030	0,089	0,336	0,737	-0,145	0,205
Schleswig-Holstein	0,053	0,090	0,587	0,557	-0,124	0,230
Thüringen	0,155	0,087	1,771	0,077	-0,017	0,327
Westfalen-Lippe*	0a					

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, korrigiertes R-Quadrat=0,456, F(36, 648)=16,09 p<.001, n=648, *Referenz

Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
Konstanter Term	1,625	0,256	6,340	<.001	1,121	2,128
Alter	-0,003	0,003	-0,847	0,397	-0,009	0,004
Geschlecht (weiblich)	0,046	0,035	1,310	0,191	-0,023	0,116
Tätigkeitsdauer	0,007	0,003	2,817	**0.005**	0,002	0,012
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,097	0,097	-1,003	0,316	-0,287	0,093
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,058	0,097	-0,605	0,545	-0,248	0,131
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,065	0,067	0,959	0,338	-0,068	0,197

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,007	0,049	0,139	0,890	-0,090	0,103
Kleinstadt	0,003	0,050	0,056	0,955	-0,095	0,101
Mittelstadt	-0,037	0,053	-0,713	0,476	-0,141	0,066
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,379	0,189	2,004	0,046	0,007	0,751
BQKPmV	0,566	0,232	2,439	**0.015**	0,110	1,022
40h-Kursweiterbildung	0,007	0,045	0,156	0,876	-0,081	0,096
3Monate in PV gearbeitet	0,043	0,068	0,631	0,528	-0,090	0,176
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*						

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,126	0,131	0,959	0,338	-0,132	0,384
BQKPmV	-0,424	0,224	-1,893	0,059	-0,864	0,016
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,438	0,197	-2,222	**0.027**	-0,825	-0,051
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	0,001	0,002	0,633	0,527	-0,002	0,004
Patienten pro Quartal	8,505E-05	5,192E-05	1,638	0,102	-1,695E-05	0,000
Hausbesuche pro Woche	0,002	0,001	1,732	0,084	0,000	0,004
Selbstverständnis	0,149	0,022	6,623	**<.001**	0,105	0,193
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,227	0,029	7,726	**<.001**	0,169	0,285
SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	-0,072	0,026	-2,742	**0.006**	-0,123	-0,020

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	0,006	0,003	1,789	0,074	-0,001	0,012
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,019	0,020	0,931	0,352	-0,021	0,058
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,035	0,033	-1,050	0,294	-0,100	0,030
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	-0,147	0,031	-4,727	**<.001**	-0,209	-0,086
Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur	0,129	0,046	2,812	**0.005**	0,039	0,219
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	-0,017	0,079	-0,218	0,827	-0,172	0,137

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

					95%-KI	
	β	**SD**	**T**	**p-Wert**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,024	0,092	0,263	0,792	-0,157	0,206
Berlin	-0,062	0,113	-0,547	0,585	-0,285	0,161
Hessen	0,016	0,097	0,161	0,872	-0,175	0,206
Niedersachsen	0,029	0,095	0,308	0,758	-0,158	0,216
Sachsen-Anhalt	0,001	0,096	0,015	0,988	-0,187	0,190
Schleswig-Holstein	0,020	0,097	0,208	0,835	-0,171	0,212
Thüringen	0,128	0,093	1,380	0,168	-0,054	0,311
Westfalen-Lippe*	0					

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, korrigiertes R-Quadrat=0,374, (F(35,565)=10,62) p<.001, n=565, *Referenz

Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	**SD**	**p-Wert**	**95%-KI**		**n**
				Untergrenze	**Obergrenze**	
Alter	-0,002	0,002	0,337	-0,005	0,002	1068
Geschlecht: weiblich	0,143	0,031	**<.001**	.082	0,204	1070
Tätigkeitsdauer	-0,03	0,001	**0.037**	-0,006	-1.85*10^(-4)	1061
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,106	0,078	0,175	-0,260	0,047	527
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,106	0,078	0,177	-0,260	0,048	497
MVZ*	0					47
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,060	0,05	0,232	-0,157	0,038	1056

Fortsetzung Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	-0,041	0,044	0,347	-0,128 ;	0,045	299
Kleinstadt	-0,043	0,044	0,324	-0,129	0,043	309
Mittelstadt	-0,055	0,048	0,254	-0,150	0,040	205
Großstadt*	0		0	0		251
Arbeitsbelastung/Woche	-0,004	0,001	**0.002**	-0,007 ;	-0,002	1057
Anzahl Patienten/Quartal	$-8{,}29*10^{-5}$	$-4{,}33*10^{-5}$	0,056	$1{,}68*10^{-4}$	$2{,}133*10^{-6}$	1013
Anzahl palliativer Patienten/Jahr	$-2{,}8*10^{-4}$	0,001	0,601	-0,001	0,001	1053
Anzahl der Hausbesuche pro Woche	-0,001	0,001	0,165	-0,003	$4{,}45*10^{-4}$	1069
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,002	0,001	**<.001**	-0,003	-0,001	1049
Selbstverständnis/Rolle	-0,128	0,02	**<.001**	-0,167	-0,090	1063
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,149	0,023	**<.001**	-0,195	-0,103	1052

Fortsetzung Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit im SAPV-Team	0,162	0,052	**0.002**	0,061	0,263	115
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,080	0,056	0,153	-0,190	0,030	95
BQKPmV	-0,337	0,193	0,081	-0,715	0,041	7
40stündige Kursweiterbildung	-0,068	0,047	0,15	-0,160	0,024	144
3Monate in Einrichtung der Palliativversorgung gearbeitet	0,069	0,071	0,337	-0,072	0,209	55
keine + ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					620
Abrechnungslevel						
Abrechnung über SAPV	0,162	0,051	**0.001**	0,063	0,262	115
Abrechnung über Selektivverträge	-0,087	0,063	0,163	-0,210	0,035	72
BQKPmV	-0,399	0,148	0,007	-0,689	-0,108	12
AAPV + Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,081	0,062	0,196	-0,203	0,042	73
AAPV*	0					799

Fortsetzung Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität	-0,258	0,03	**<.001**	-0,316	-0,2	1069
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,125	0,017	**<.001**	0,091	0,159	950
Ablehnung der SAPV-Verordnungen durch MDK	0,041	0,029	0,158	-.016	0,098	925
Anzahl von SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,003	0,002	0,189	-0,008	0,001	864
Versorgungsqualität der umgebenden Infrastruktur	0,128	0,039	**0.001**	0,052	0,205	977
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	0,255	0,026	**<.001**	0,204	0,306	919

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	-0,002	0,002	0,238	-0,006	0,001	954
Geschlecht (weiblich	0,158	0,033	**<.001**	0,093	0,223	955
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,002	**0.023**	-0,006	-0,00048	948
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,123	0,081	0,128	-0,281	0,035	475
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,123	0,081	0,128	-0,282	0,035	436
MVZ*						45
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,064	0,052	0,218	-0,165	0,038	943

Fortsetzung Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	-0,084	0,047	**.070**	-0,176	0,007	252
Kleinstadt	-0,057	0,046	0,212	-0,147	0,033	272
Mittelstadt	-0,078	0,05	0,124	-0,177	0,021	186
Großstadt*						239
Arbeitsbelastung pro Woche	-0,005	0,001	**<.001**	-0,008	-0,002	944
Anzahl Patienten pro Quartal	-9,08*10^(-5)	-4,58*10^(-5)	**0.048**	-1,81*10^(-4)	-7,76*10^(-7)	
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	-0,001	0,001	0,081	-0,002	1,40*10^(-4)	940
Anzahl der Hausbesuche pro Woche	-0,001	0,001	0,096	-0,003	2,42*10^(-4)	954
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,000327	1,67*10^(-4)	0,051	-0,001	1,46*10^(-6)	937
Selbstverständnis	-0,145	0,02	**<.001**	-0,185	-0,106	949
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,182	0,024	**<.001**	-0,230	-0,135	939

Fortsetzung Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,080	0,057	0,158	-0,191	0,031	95
BQKPmV	-0,337	0,195	0,084	-0,720	0,045	7
40stündige Kursweiterbildung	-0,068	0,047	0,154	-0,161	0,025	144
3Monate in Einrichtung der Palliativversorgung gearbeitet	0,069	0,072	0,342	-0,073	0,21	55
keine + ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					620
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	-0,087	0,063	0,168	-0,212 ;	0,037	72
BQKPmV	-0,399	0,15	**0.008**	-0,693 ;	-0,105	12
AAPV + Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,081	0,063	0,201	-0,204 ;	0,043	73
AAPV*	0					799

Fortsetzung Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variabe: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität	-0,334	0,031	**<.001**	-0,395	-0,272	954
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,116	0,018	**<.001**	0,080	0,152	836
Ablehnung der SAPV-Verordnungen durch MDK	0,017	0,033	0,617	-0,049	0,082	811
Anzahl von SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,007	0,003	**0.035**	-0,014	-0,001	756
Versorgungsqualität der umgebenden Infrastruktur	0,121	0,041	**0.003**	0,042	0,201	869
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	0,241	0,027	**<.001**	0,187	0,294	811

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	*2,050*	*0,302*	*6,788*	*<.001*	*1,457*	*2,643*
Alter	0,007	0,004	2,039	**0.042**	0,000	0,015
Geschlecht (weiblich)	0,070	0,039	1,809	0,071	-0,006	0,147
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,003	-1,030	0,304	-0,009	0,003
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,014	0,112	-0,126	0,900	-0,234	0,206
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,034	0,112	0,308	0,758	-0,185	0,254
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,088	0,075	1,166	0,244	-0,060	0,235

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,047	0,054	0,871	0,384	-0,059	0,154
Kleinstadt	-0,003	0,055	-0,057	0,955	-0,111	0,105
Mittelstadt	0,007	0,059	0,114	0,909	-0,109	0,122
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,238	0,065	3,655	**<.001**	0,110	0,366
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,180	0,218	0,829	0,408	-0,247	0,608
BQKPmV	0,039	0,274	0,143	0,886	-0,499	0,577
40h-Kursweiterbildung	0,029	0,053	0,539	0,590	-0,076	0,134
3Monate in PV gearbeitet	0,112	0,079	1,425	0,155	-0,042	0,267
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,238	0,065	3,655	**<.001**	0,110	0,366
Abrechnung über Selektivverträge	0,100	0,158	0,634	0,526	-0,210	0,410
BQKPmV	-0,262	0,263	-0,998	0,319	-0,779	0,254
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,243	0,227	-1,071	0,285	-0,689	0,203
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	-0,001	0,002	-0,812	0,417	-0,005	0,002
Anzahl Patienten pro Quartal	$-5{,}438*10^{-5}$	$5, *10^{-5}$	-0,960	0,338	0,000	5,691E-05
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	1,194	0,233	-0,001	0,002
Anzahl Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	0,530	0,597	-0,002	0,003

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-9,423E-05	0,001	-0,140	0,889	-0,001	0,001
Selbstverständnis	-0,069	0,027	-2,594	**0.010**	-0,121	-0,017
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,012	0,035	-0,352	0,725	-0,080	0,056
hausärztliche Aktivität	-0,257	0,049	-5,216	**<.001**	-0,354	-0,160
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,002	0,003	-0,874	0,383	-0,008	0,003
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,094	0,022	4,198	**<.001**	0,050	0,139
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	0,003	0,035	0,094	0,925	-0,065	0,072
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	0,145	0,035	4,163	**<.001**	0,077	0,214
Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur	-0,027	0,052	-0,520	0,603	-0,128	0,075

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,044	0,102	0,428	0,669	-0,157	0,245
Berlin	0,186	0,128	1,447	0,148	-0,066	0,438
Hessen	0,169	0,108	1,562	0,119	-0,043	0,381
Niedersachsen	0,189	0,105	1,806	0,071	-0,017	0,395
Sachsen-Anhalt	0,157	0,105	1,485	0,138	-0,050	0,364
Schleswig-Holstein	0,159	0,107	1,490	0,137	-0,051	0,369
Thüringen	0,193	0,104	1,862	0,063	-0,011	0,397
Westfalen-Lippe*	0					

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, korrigiertes R-Quadrat=0,189, F(37,641)=5,05 p<.001, n=641, *Referenz

Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	*2,302*	*0,315*	*7,318*	*<.001*	*1,684*	*2,920*
Alter	0,006	0,004	1,598	0,111	-0,001	0,013
Geschlecht (weiblich)	0,076	0,041	1,840	0,066	-0,005	0,157
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,003	-0,828	0,408	-0,009	0,004
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,025	0,114	-0,221	0,825	-0,249	0,199
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,006	0,114	-0,049	0,961	-0,230	0,219
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,092	0,079	1,166	0,244	-0,063	0,246

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,017	0,058	0,285	0,776	-0,098	0,131
Kleinstadt	-0,022	0,058	-0,371	0,710	-0,137	0,093
Mittelstadt	-0,008	0,062	-0,133	0,894	-0,129	0,113
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,229	0,218	1,049	0,295	-0,200	0,658
BQKPmV	0,085	0,274	0,309	0,758	-0,455	0,624
40h-Kursweiterbildung	0,037	0,054	0,687	0,492	-0,068	0,142
3Monate in PV gearbeitet	0,109	0,079	1,381	0,168	-0,046	0,265
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,097	0,158	0,613	0,540	-0,214	0,407
BQKPmV	-0,227	0,266	-0,855	0,393	-0,749	0,295
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,289	0,228	-1,268	0,205	-0,737	0,159
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	-0,002	0,002	0,961	0,337	-0,005	0,002
Anzahl Patienten pro Quartal	$-2{,}002*10^{-5}$	$6{,}208*10^{-5}$	-0,323	0,747	0,000	0,000
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	1,015	0,311	-0,001	0,003
Anzahl Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	1,069	0,286	-0,001	0,004
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,002	0,001	-1,589	0,113	-0,004	0,000
Selbstverständnis	-0,062	0,027	-2,246	**0.025**	-0,116	-0,008
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,011	0,036	-0,291	0,771	-0,082	0,061

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
hausärztliche Aktivität	-0,283	0,051	-5,512	**<.001**	-0,384	-0,182
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,003	0,004	-0,712	0,477	-0,010	0,005
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,088	0,023	3,752	**<.001**	0,042	0,134
Ablehnung der SAPV-Verordnung durch MDK	-0,007	0,039	-0,185	0,854	-0,084	0,069
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	-0,016	0,055	-0,284	0,776	-0,124	0,092
Versorgungsqualität SAPV/PKD	0,119	0,036	3,273	**0.001**	0,048	0,190

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,037	0,105	0,356	0,722	-0,169	0,243
Berlin	0,126	0,131	0,958	0,338	-0,132	0,383
Hessen	0,128	0,110	1,159	0,247	-0,089	0,344
Niedersachsen	0,153	0,109	1,407	0,160	-0,061	0,367
Sachsen-Anhalt	0,092	0,109	0,844	0,399	-0,122	0,307
Schleswig-Holstein	0,179	0,110	1,620	0,106	-0,038	0,396
Thüringen	0,145	0,106	1,369	0,172	-0,063	0,353
Westfalen-Lippe*	0					

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz
korrigiertes R-Quadrat= 0,183, F(36, 559)=4,465, n=559

Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	**SD**	**p-Wert**	**95%-KI**		**n**
				Untergrenze	**Obergrenze**	
Alter	$-4{,}59*10^{-4}$	0,002	0,837	-0,005	0,004	955
Geschlecht: weiblich	0,118	0,039	**0.003**	0,041	0,195	955
Tätigkeitsdauer	$1{,}45*10^{-4}$	0,002	0,938	-0,004	0,004	947
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,095	0,101	0,348	-0,294	0,104	459
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,054	0,101	0,591	-0.254	0,145	458
MVZ	0					40
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,037	0,065	0,573	-0,165	0,091	943

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,009	0,056	0,876	-0,102	0,119	264
Kleinstadt	0,006	0,055	0,917	-0,103	0,114	285
Mittelstadt	0,011	0,061	0,857	-0,109	0,131	190
Großstadt*	0					213
Arbeitsbelastung pro Woche	-0,002	0,002	0,162	-0,006	0,001	945
Anzahl Patienten pro Quartal	3,28*10-5	5,52*10-5	0,489	-7,000*10-5	1,47*10-4	903
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	0,277	-0,001	0,002	939
Anzahl Hausbesuche pro Woche	2,980*10-4	0,001	0,755	-0,002	0,002	954
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	3,46*10-4	0,001	0,660	-0,001	0,002	934
Selbstverständnis	-0,033	0,027	0,216	-0,086	0,019	954
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,006	0,031	0,856	-0,067	0,056	939

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualfikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,168	0,064	**0.009**	0,043	0,293	110
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,135	0,071	0,056	-.273	0,004	87
BQKPmV	-0,353	0,251	0,160	-0,846	0,139	6
40h-Kursweiterbildung	0,095	0,095	0,125	-0,026	0,216	119
3Monate in PV gearbeitet	-0,059	0,089	0,509	-0,235	0,166	51
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					552
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,158	0,062	**0.011**	0,036	0,28	110
Abrechnung über Selektivverträge	0,089	0,076	0,243	-0,060	0,239	70
BQKPmV	-0,697	0,204	**0.001**	-1,097	-0,296	9
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,166	0,078	**0.034**	-0,320	-0,013	66
AAPV*	0					702

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,257	0,055	**<.001**	-0,357	-0,149	851
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,283	0,046	**<.001**	-0,373	-0,193	854
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,188	0,041	**<.001**	-0,268	-0,108	852
keine gute materielle Ausstattung	-0,296	0,048	**<.001**	-0,389	-0,202	853
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,864	0,064	**<.001**	-0,989	-0,738	855
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,284	0,041	**<.001**	-0,365	-0,203	848
keine Fortbildungsangebote für Hausärzte/Kollegen	-0,225	0,041	**<.001**	-0,305	-0,146	853

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Ärztliche Leitung…						
nicht durch Klinikärzte	-0,050	0,042	0,235	-0,132	0,032	757
nicht durch Hausärzte	0,041	0,041	0,325	-0,040	0,122	757
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,042	0,041	0,307	-0,121	-0,038	757
Ansiedlung des SAPV-Teams …						
nicht bei einer Praxis/Praxenverbund	0,067	0,048	0,157	-0,026	0,161	809
nicht an einer Klinik	-0,013	0,042	0,751	-0,096	0,070	809
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,015	0,047	0,755	-0,078	0,107	809
nicht bei einem Pflegedienst	0,066	0,061	0,277	-0,053	0,185	809
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	-0,069	0,041	0,098	-0,150	0,013	809
Wichtigkeit SAPV/PKD	0,371	0,038	**<.001**	0,296	0,445	919
Anzahl SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	0,146	0,032	**<.001**	0,084	0,208	839

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität (Aktivitäts-Score)	-0,131	0,039	**0.001**	-0,208	-0,054	942
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,205	0,022	**<.001**	0,163	0,248	872
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,061	0,037	0,099	-0,133	0,012	850
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0,994	0,08	**<.001**	0,836	1,151	859

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	-0,001	0,002	0,639	-0,006	0,004	845
Geschlecht: weiblich	0,136	0,043	**0.002**	0.052	0,22	845
Tätigkeitsdauer	-0,001	0,002	0,590	-0,005	0,003	839
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,101	0,108	0,350	-0,314	0,111	412
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,051	0,109	0,640	-0.264	0,162	398
MVZ*	0					37
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,045	0,07	0,517	-0,182	0,092	835

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	-0,028	0,061	0,643	-0,148	0,092	220
Kleinstadt	-0,014	0,059	0,817	-0,130	0,103	249
Mittelstadt	0,007	0,065	0,915	-0,121	0,135	172
Großstadt*	0					201
Arbeitsbelastung pro Woche	-0,003	0,002	0,092	-0,007	$4{,}97*10^{-4}$	837
Anzahl Patienten pro Quartal	$1{,}54*10^{-5}$	$5{,}96*10^{-5}$	0,796	$-1{,}02*10^{-4}$	$1{,}32*10^{-4}$	805
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	-2,97*10^-5	0,001	0,975	-0,002	0,002	939
Anzahl Hausbesuche pro Woche	-0,001	0,001	0,570	-0,003	0,001	844
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,001	0,001	0,332	-0,003	0,001	826
Selbstverständnis	-0,043	0,029	0,137	-0,099	0,014	845
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,034	0,034	0,318	-0,100	0,033	831

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,135	0,073	0,064	-.278	0,008	87
BQKPmV	-0,353	0,259	0,173	-0,861	0,155	6
40h-Kursweiterbildung	0,095	0,064	0,137	-0,030	0,220	119
3Monate in PV gearbeitet	-0,059	0,092	0,522	-0,240	0,122	51
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					552
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,089	0,078	0,256	-0,065	0,243	70
BQKPmV	-0,697	0,21	**0.001**	-1,109	-0,284	9
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,166	0,081	**0.039**	-0,325	-0,008	66
AAPV*	0					702

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität (Aktivitäts-Score)	-0,181	0,044	**<.001**	-0,267	-0,095	833
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,197	0,024	**<.001**	0,150	0,244	763
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,097	0,044	**0.026**	-0,183	-0,012	741
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0,992	0,089	**<.001**	0,818	1,167	750
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,328	0,063	**<.001**	-0,451	-0,205	744
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,263	0,05	**<.001**	-0,360	-0,165	746
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,205	0,045	**<.001**	-0,293	-0,118	743
keine gute materielle Ausstattung	-0,286	0,051	**<.001**	-0,386	-0,186	744
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,810	0,068	<.001	-0,944	-0,676	746

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,279	0,047	**<.001**	-0,371	-0,187	741
keine Fortbildungsangebote für HÄ/Kollegen	-0,206	0,045	**<.001**	-0,295	-0,188	744
Ärztliche Leitung…						
nicht durch Klinikärzte	-0,053	0,047	0,260	-0,145	0,039	652
nicht durch Hausärzte	0,068	0,047	0,149	-0,024	0,160	653
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,071	0,046	0,119	-0,161	0,018	653

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Ansiedlung des SAPV-Teams …						
nicht bei einer Praxis/Praxenverbund	0,072	0,052	0,163	-0,029	0,174	703
nicht an einer Klinik	-0,016	0,046	0,722	-0,107	0,074	703
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,012	0,052	0,823	-0,091	0,114	703
nicht bei einem Pflegedienst	0,055	0,068	0,418	-0,079	0,190	703
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	-0,058	0,046	0,212	-0,148	0,033	703
Wichtigkeit SAPV/PKD	0,365	0,041	**<.001**	0,284	0,446	811
SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	0,155	0,034	**<.001**	0,087	0,222	733

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	*3,986*	*0,362*	*11,023*	*<.001*	*3,275*	*4,696*
Alter	0,001	0,004	0,180	0,857	-0,008	0,009
Geschlecht: weiblich	0,107	0,047	2,268	**0.024**	0,014	0,199
Tätigkeitsdauer	0,001	0,004	0,215	0,830	-0,006	0,008
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,002	0,140	-0,014	0,988	-0,276	0,272
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,073	0,137	0,535	0,593	-0,196	0,343
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,155	0,098	-1,577	0,115	-0,348	0,038
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,002	0,067	0,035	0,972	-0,129	0,133
Kleinstadt	0,034	0,066	0,520	0,603	-0,095	0,164
Mittelstadt	-0,008	0,069	-0,118	0,906	-0,144	0,128
Großstadt*	0					

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,104	0,079	1,317	0,188	-0,051	0,259
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,077	0,257	-0,299	0,765	-0,582	0,429
BQKPmV	0,082	0,327	0,250	0,803	-0,561	0,724
40h-Kursweiterbildung	0,128	0,066	1,929	0,054	-0,002	0,258
3Monate in PV gearbeitet	0,065	0,098	0,661	0,509	-0,128	0,259
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,104	0,079	1,317	0,188	-0,051	0,259
Abrechnung über Selektivverträge	0,162	0,175	0,926	0,355	-0,182	0,506
BQKPmV	-0,173	0,318	-0,544	0,586	-0,799	0,452
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,080	0,269	-0,298	0,766	-0,608	0,448
AAPV*	0					

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Arbeitsbelastung pro Woche	0,001	0,002	0,622	0,535	-0,003	0,005
Anzahl Patienten pro Quartal	$9{,}689*10^{-5}$	$6, *10^{-5}$	1,457	0,146	$-3{,}370*10^{-5}$	0,000
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	1,007	0,315	-0,001	0,002
Anzahl Hausbesuche pro Woche	$-3{,}640*10^{-5}$	0,001	-0,028	0,977	-0,003	0,002
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,000	0,001	0,402	0,688	-0,001	0,002
Selbstverständnis	0,029	0,033	0,897	0,370	-0,035	0,093
Kompetenzempfinden/Sicherheits-gefühl	0,026	0,042	0,624	0,533	-0,056	0,109
hausärztliche Aktivität	-0,293	0,057	-5,161	**<.001**	-0,404	-0,181
Eingebunden-sein nach SAPV-Involvierung	0,137	0,028	4,963	**<.001**	0,083	0,191
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,042	0,041	-1,010	0,313	-0,122	0,039
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0**					

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,139	0,059	-2,364	**0.018**	-0,255	-0,023
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,084	0,053	-1,591	0,112	-0,188	0,020
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,057	0,045	-1,253	0,211	-0,146	0,032
keine gute materielle Ausstattung	-0,094	0,057	-1,643	0,101	-0,207	0,018
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,509	0,091	-5,611	**<.001**	-0,688	-0,331
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,095	0,048	-1,987	**0.047**	-0,189	-0,001
keine Fortbildungsangebote für Hausärzte/Kollegen	-0,080	0,046	-1,727	0,085	-0,170	0,011
Ärztliche Leitung…						
nicht durch Klinikärzte	-0,125	0,059	-2,131	**0.034**	-0,240	-0,010
nicht durch Hausärzte	-0,002	0,056	-0,029	0,977	-0,111	0,108
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,024	0,053	-0,447	0,655	-0,129	0,081

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Ansiedlung des SAPV-Teams …						
nicht bei einer Praxis/ Praxenverbund	-0,006	0,061	-0,106	0,916	-0,126	0,113
nicht an einer Klinik	0,112	0,064	1,741	0,082	-0,014	0,238
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,012	0,053	0,225	0,822	-0,092	0,116
nicht bei einem Pflegedienst	0,067	0,074	0,915	0,361	-0,077	0,212
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	0,024	0,055	0,441	0,660	-0,084	0,132

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	-0,003	0,123	-0,024	0,981	-0,245	0,239
Berlin	-0,129	0,157	-0,826	0,409	-0,437	0,179
Hessen	0,037	0,130	0,283	0,778	-0,218	0,291
Niedersachsen	-0,007	0,126	-0,054	0,957	-0,254	0,240
Sachsen-Anhalt	0,031	0,126	0,247	0,805	-0,217	0,279
Schleswig-Holstein	0,010	0,128	0,079	0,937	-0,242	0,262
Thüringen	-0,023	0,123	-0,184	0,854	-0,264	0,219
Westfalen-Lippe*	0					

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz, ** keine Berechnung durch Kollinearität,

korrigiertes R-Quadrat =0,247, F(49, 585)=4,90 p<.001, n=585

Tabelle 27: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	*3,975*	*0,401*	*9,920*	*<.001*	*3,188*	*4,763*
Alter	0,002	0,005	0,456	0,649	-0,007	0,011
Geschlecht: weiblich	0,131	0,053	2,452	**0.015**	0,026	0,236
Tätigkeitsdauer	0,000	0,004	-0,099	0,921	-0,008	0,007
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,044	0,153	-0,288	0,774	-0,346	0,257
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftsp.	0,034	0,151	0,225	0,822	-0,263	0,331
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis(nicht angestellt)	-0,133	0,110	-1,216	0,225	-0,349	0,082
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,015	0,075	0,206	0,837	-0,131	0,162
Kleinstadt	0,063	0,073	0,852	0,394	-0,082	0,207
Mittelstadt	0,028	0,077	0,361	0,718	-0,123	0,179
Großstadt*	0					

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Qualifkationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,077	0,272	-0,284	0,776	-0,612	0,457
BQKPmV	0,069	0,346	0,200	0,842	-0,611	0,749
40h-Kursweiterbildung	0,128	0,070	1,823	0,069	-0,010	0,265
3Monate in PV gearbeitet	0,070	0,105	0,668	0,505	-0,136	0,276
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,167	0,185	0,899	0,369	-0,198	0,531
BQKPmV	-0,176	0,342	-0,517	0,606	-0,848	0,495
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,061	0,285	-0,214	0,831	-0,620	0,498
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung pro Woche	0,001	0,002	0,328	0,743	-0,004	0,005
Anzahl Patienten pro Quartal	0,000	$7{,}680 * 10^{-5}$	1,509	0,132	$-3{,}501 * 10^{-5}$	0,000

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	0,528	0,597	-0,001	0,003
Anzahl Hausbesuche pro Woche	0,000	0,001	-0,179	0,858	-0,003	0,003
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,001	0,001	0,518	0,605	-0,002	0,003
Selbstverständnis/Rolle	0,038	0,036	1,067	0,287	-0,032	0,109
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,020	0,047	0,431	0,667	-0,072	0,112
hausärztliche Aktivität	-0,294	0,063	-4,669	**<.001**	-0,417	-0,170
Eingebunden-sein n. SAPV-Involvierung	0,136	0,031	4,423	**<.001**	0,075	0,196
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,049	0,049	-1,007	0,315	-0,145	0,047
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0**					
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,179	0,069	-2,586	**0.010**	-0,316	-0,043
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,084	0,059	-1,422	0,156	-0,201	0,032
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,063	0,051	-1,237	0,217	-0,164	0,037

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
keine gute materielle Ausstattung	-0,089	0,063	-1,416	0,157	-0,213	0,034
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,485	0,098	-4,935	**<.001**	-0,678	-0,292
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,087	0,054	-1,598	0,111	-0,194	0,020
keine Fortbildungsangebote	-0,073	0,052	-1,411	0,159	-0,176	0,029
Ärztliche Leitung…						
nicht durch Klinikärzte	-0,148	0,068	-2,166	**0.031**	-0,282	-0,014
nicht durch Hausärzte	0,003	0,065	0,044	0,965	-0,125	0,130
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,044	0,061	-0,711	0,477	-0,164	0,077
Ansiedlung des SAPV-Teams …						
nicht bei einer Praxis/Praxenverbund	-0,018	0,069	-0,263	0,793	-0,154	0,117
nicht an einer Klinik	0,123	0,075	1,644	0,101	-0,024	0,270
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,002	0,061	0,036	0,971	-0,118	0,122

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
nicht bei einem Pflegedienst	0,081	0,087	0,931	0,352	-0,090	0,251
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	0,019	0,064	0,291	0,772	-0,107	0,145
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	-0,031	0,134	-0,230	0,818	-0,295	0,233
Berlin	-0,149	0,169	-0,881	0,379	-0,482	0,184
Hessen	0,003	0,141	0,023	0,981	-0,273	0,280
Niedersachsen	-0,040	0,140	-0,289	0,772	-0,315	0,235
Sachsen-Anhalt	0,032	0,139	0,233	0,816	-0,241	0,306
Schleswig-Holstein	-0,009	0,142	-0,067	0,947	-0,288	0,269
Thüringen	-0,060	0,133	-0,450	0,653	-0,322	0,202
Westfalen-Lippe*	0					

β=Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β, n=Fallzahl, *Referenz,

** keine Berechnung durch Kollinearität, korrigiertes R-Quadrat=0,230, F(48,506)=4,136, n=506

11.2 Anlage 2: Anschreiben Hausärzte

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin | SAVOIR | Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Universitätsklinikum Jena • Institut für Allgemeinmedizin • Bachstraße 18 • 07743 Jena

Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
Kommissarischer Institutsdirektor
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

Telefon 03641-9 39 58 01
Telefax 03641-9 39 58 02
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Datum: 12. März 2018

Hausärztliche Palliativversorgung – schriftliche Befragung

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Hausärzte spielen eine entscheidende Rolle in der Versorgung palliativer Patienten. Im Rahmen des staatlich geförderten Verbundforschungsvorhabens **SAVOIR** (Evaluierung der **SA**PV-Richtlinie: **O**utcomes, **I**nteraktionen, **R**egionale Unterschiede; Förderkennzeichen 01VSF16005) führen wir eine bundesweite Hausarztbefragung durch, die das (bisher wenig beforschte) **hausärztliche Handeln** an der Nahtstelle von Allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in den Blick nimmt.

Aus Ihren Antworten wollen wir Hinweise für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Rolle in der AAPV und SAPV gewinnen, die auch in die Weiterentwicklung der SAPV-Richtlinie einfließen sollen.

Aus allen vertragsärztlichen Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten wurden Sie **per Zufall ausgelost**, an unserer Befragung teilzunehmen. Wir bitten Sie herzlich um **Ihre kollegiale Unterstützung** bei diesem wichtigen Thema.
Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 15 Minuten.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. April 2018 im beiliegenden Rückumschlag zurück.

Sollten Sie weitere Informationen zu unserem Projekt benötigen, so finden Sie diese auf der Rückseite dieses Anschreibens.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Kathleen Stichling
Ärztliche Mitarbeiterin

Dr. Antje Freytag
Studienleitung

Prof. Dr. Horst Christian Vollmar
Institutsleitung

Institutsleitung:
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH
Tel. 03641-9 39 58 00
horst.vollmar@med.uni-jena.de

Studienleitung:
Dr. rer. pol. Antje Freytag
Tel. 03641-9 39 58 11
antje.freytag@med.uni-jena.de

Ärztliche Mitarbeiterin:
Kathleen Stichling
Tel. 03641-9 39 58 24
kathleen.stichling@med.uni-jena.de

Anlage 2: Anschreiben Hausärzte, Seite 1

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin | SAVOIR | Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1. Ziel des wissenschaftlichen Vorhabens

Das Ziel der Befragung ist die Erhebung und Darstellung der hausärztlichen Aufgaben und Funktionen in der Versorgung von Palliativpatienten im Rahmen der AAPV wie auch unter Hinzuziehung von SAPV. Auch wenn die besondere Bedeutung des Hausarztes in der Versorgung von Palliativpatienten vielfach herausgearbeitet wurde, steht eine systematische und bundesweite Evaluierung der hausärztlichen Rolle an der Nahtstelle beider Versorgungsformen bisher aus.

Die Hausarztbefragung ist dabei ein Teilprojekt des Verbundvorhabens **SAVOIR** - Evaluierung der **SA**PV-Richtlinie: **O**utcomes, **I**nteraktionen, **R**egionale Unterschiede. In insgesamt fünf **SAVOIR**-Teilprojekten werden SAPV-Struktur- und Patientendaten erhoben, Patienten und Angehörige, Mitarbeiter von SAPV-Teams, Hausärzte und weitere Leistungserbringer befragt sowie Krankenkassendaten ausgewertet. Die Ergebnisse sollen Hinweise für die Weiterentwicklung der SAPV-Richtlinie und die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Palliativversorgung geben.

2. Studienablauf

Für unsere quantitative Studie haben wir einen Fragebogen konzipiert, der diesem Schreiben beiliegt. Bitte beantworten Sie alle Fragen.
Durch die Rücksendung des Fragebogens mit dem adressierten und frankierten Rückumschlag geben Sie automatisch Ihr Einverständnis zur Auswertung Ihrer Antworten.

3. Anonymität, Vertraulichkeit und Handhabung der Daten

Die Befragung dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Sie wird ohne Einflüsse von Dritten, insbesondere von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie organisiert und durchgeführt. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet; bitte geben Sie Ihren Namen daher NICHT an. Der Datenschutz ist selbstverständlich gewährleistet und die Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen.
Die Durchführung der Studie wurde durch die lokale Ethikkommission am Universitäts-klinikum Jena genehmigt (5316-10/17).

4. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Durch die Nichtteilnahme an der Studie entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

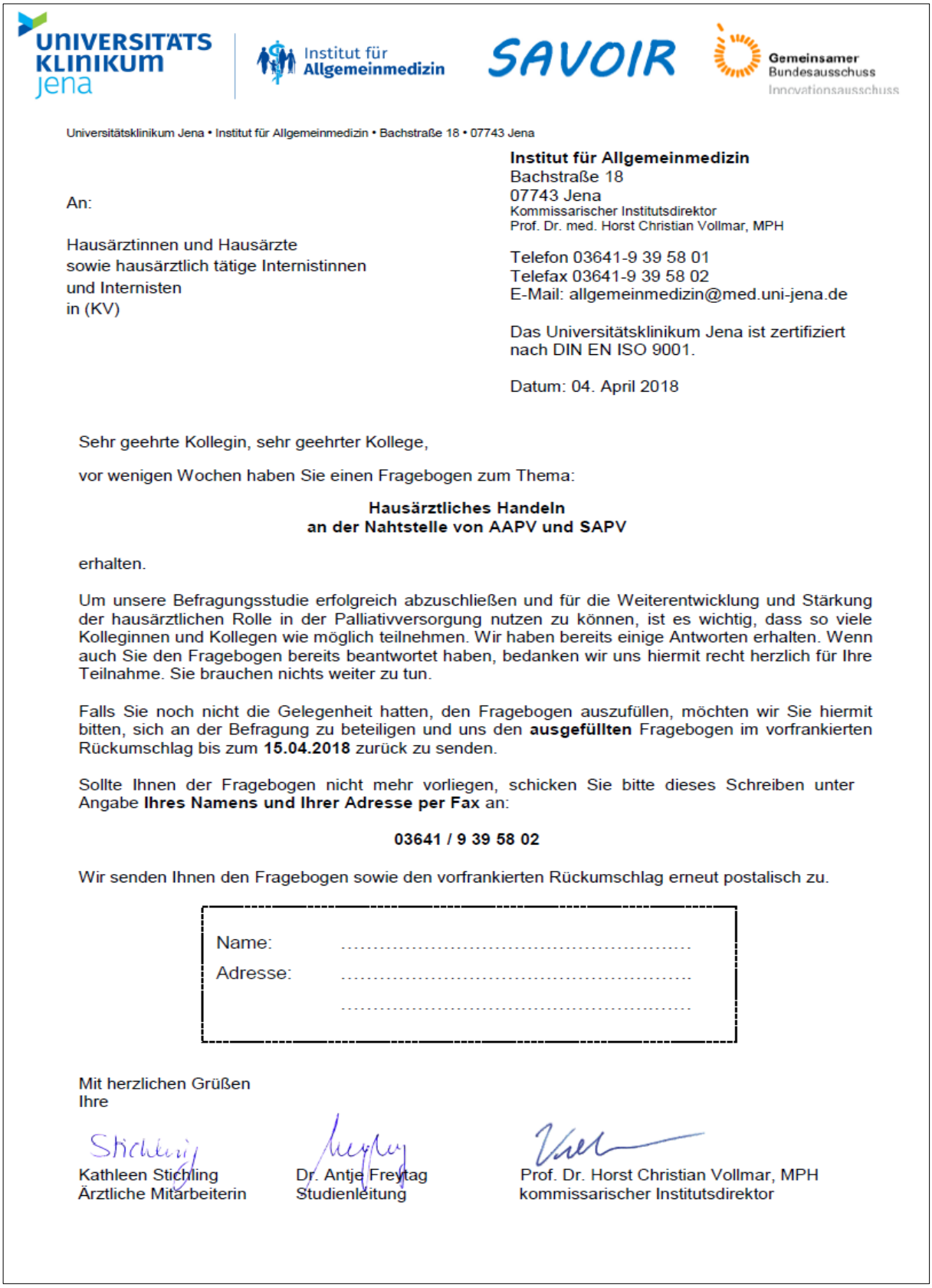
Für Fragen Ihrerseits bzw. wenn Sie den Fragebogen noch einmal benötigen, wenden Sie sich gerne zunächst per Email an kathleen.stichling@med.uni-jena.de.

Oder besuchen Sie uns auf:
https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Forschung/Palliativversorgung.html

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anlage 2: Anschreiben Hausärzte, Seite 2

11.3 Anlage 3: Reminder



UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin | SAVOIR | Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Universitätsklinikum Jena • Institut für Allgemeinmedizin • Bachstraße 18 • 07743 Jena

An:

Hausärztinnen und Hausärzte
sowie hausärztlich tätige Internistinnen
und Internisten
in (KV)

Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
Kommissarischer Institutsdirektor
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

Telefon 03641-9 39 58 01
Telefax 03641-9 39 58 02
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Datum: 04. April 2018

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

vor wenigen Wochen haben Sie einen Fragebogen zum Thema:

Hausärztliches Handeln
an der Nahtstelle von AAPV und SAPV

erhalten.

Um unsere Befragungsstudie erfolgreich abzuschließen und für die Weiterentwicklung und Stärkung der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung nutzen zu können, ist es wichtig, dass so viele Kolleginnen und Kollegen wie möglich teilnehmen. Wir haben bereits einige Antworten erhalten. Wenn auch Sie den Fragebogen bereits beantwortet haben, bedanken wir uns hiermit recht herzlich für Ihre Teilnahme. Sie brauchen nichts weiter zu tun.

Falls Sie noch nicht die Gelegenheit hatten, den Fragebogen auszufüllen, möchten wir Sie hiermit bitten, sich an der Befragung zu beteiligen und uns den **ausgefüllten** Fragebogen im vorfrankierten Rückumschlag bis zum **15.04.2018** zurück zu senden.

Sollte Ihnen der Fragebogen nicht mehr vorliegen, schicken Sie bitte dieses Schreiben unter Angabe **Ihres Namens und Ihrer Adresse per Fax** an:

03641 / 9 39 58 02

Wir senden Ihnen den Fragebogen sowie den vorfrankierten Rückumschlag erneut postalisch zu.

Name: .....
Adresse: .....
.....

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Kathleen Stichling
Ärztliche Mitarbeiterin

Dr. Antje Freytag
Studienleitung

Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, MPH
kommissarischer Institutsdirektor

Anlage 3: erster Reminder

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin | SAVOIR | Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Universitätsklinikum Jena • Institut für Allgemeinmedizin • Bachstraße 18 • 07743 Jena

Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
Kommissarischer Institutsdirektor
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

Telefon 03641-9 39 58 01
Telefax 03641-9 39 58 02
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Datum: 16. April 2018

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

herzlichen Dank, wenn Sie bereits an unserer Befragung zum Thema

Hausärztliches Handeln
an der Nahtstelle von AAPV und SAPV

teilgenommen haben. Ihre Antwort ist wichtig für den erfolgreichen Abschluss der Studie, die dazu dienen soll, die ambulante Palliativversorgung zu verbessern.

Sollten Sie bisher noch keine Zeit gefunden haben, den Fragebogen auszufüllen, bitten wir Sie nochmals herzlich um Ihre Teilnahme. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen schnellstmöglich zurück.

Sollte Ihnen der Fragebogen nicht mehr vorliegen, schicken Sie bitte dieses Schreiben unter Angabe **Ihres Namens und Ihrer Adresse per Fax** an

03641 / 9 39 58 02

Wir senden Ihnen dann den Fragebogen sowie den vorfrankierten Rückumschlag erneut postalisch zu.

Name:.....
Adresse:.....
.....

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Kathleen Stichling
Ärztliche Mitarbeiterin

Dr. Antje Freytag
Studienleitung

Prof. Dr. Horst Christian Vollmar
Institutsleitung

Anlage 3: zweiter Reminder

11.4 Anlage 4: Fragebogen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin | SAVOIR | Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hausarztbefragung zum hausärztlichen Handeln an der Nahtstelle von AAPV und SAPV

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber (keinen Bleistift).
- Kreuzen Sie die Kästchen deutlich an: ☒ . Bei versehentlicher Falschauswahl füllen Sie bitte das falsch angekreuzte Kästchen ganz aus ■ und kreuzen Ihre Auswahl erneut an: ☒.
- Da die Aufzählung der männlichen und weiblichen Form oft zu schwer lesbaren Sätzen führt, verwenden wir die männliche Form oder die Mehrzahl. Sie steht für Männer und Frauen gleichermaßen.

A01	Wie alt sind Sie?	☐☐
A02	Welchem Geschlecht gehören Sie an?	☐ weiblich ☐ männlich
A03	Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt im ambulanten Sektor tätig?	☐☐ Jahre (inkl. ärztl. Weiterbildungszeit)
A04	Sind Sie in einer Einzelpraxis oder einer Kooperationsform tätig?	☐ 1 Einzelpraxis ☐ 2 Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ☐ 3 MVZ
A05	Sind Sie im Angestelltenverhältnis tätig?	☐ ja ☐ nein
A06	Welcher Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehören Sie an?	☐ 1 Bayern ☐ 2 Berlin ☐ 3 Hessen ☐ 4 Niedersachsen ☐ 5 Sachsen-Anhalt ☐ 6 Schleswig-Holstein ☐ 7 Thüringen ☐ 8 Westfalen-Lippe
A07	In welcher Region befindet sich die Praxis, in der Sie tätig sind?	☐ 1 Landgemeinde (≤ 5 000 Einwohner) ☐ 2 Kleinstadt (> 5 000 – 20 000 Einwohner) ☐ 3 Mittelstadt (> 20 000 – 100 000 Einwohner) ☐ 4 Großstadt (> 100 000 Einwohner)
A08	Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt pro Woche? (geschätzt)	☐☐
A09	Wie viele Patienten behandeln Sie insgesamt durchschnittlich pro Quartal? (geschätzt)	☐☐☐☐
A10	Wie viele Hausbesuche führen Sie pro Woche durch? (geschätzt)	☐☐☐☐
A11	Wie viele palliative Patienten behandeln Sie pro Jahr? (geschätzt)	☐☐☐☐
A12	Wie viele Hausbesuche bei palliativen Patienten führen Sie in einem Quartal durch? (geschätzt)	☐☐☐☐

Anlage 4: Fragebogen Seite (1/6)

Berührungen mit der Palliativmedizin:
In welcher Form hatten Sie (in Ihrer ärztlichen Tätigkeit) bisher Berührungen mit der Palliativmedizin?
(Mehrfachantworten möglich)

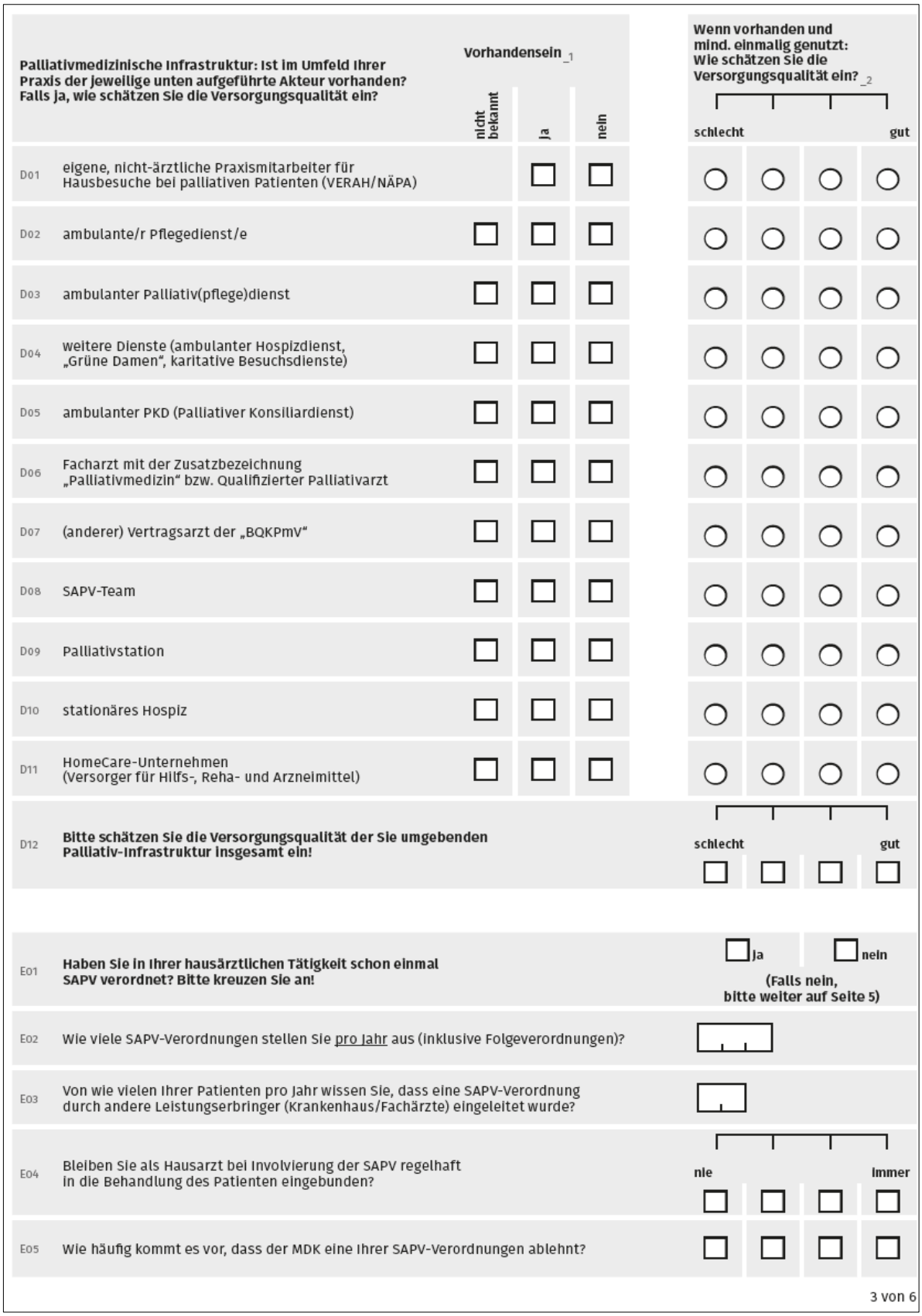
A13

- ☐ _1 keine
- ☐ _2 ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten (Palliativstation, stationäres Hospiz etc.)
- ☐ _3 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (oder gleichwertig anerkannte Fortbildung)
- ☐ _4 Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)
- ☐ _5 Zulassung als „BQKPmV-Arzt" (Vereinbarung nach §87 Abs.1b SGBV zur Besonders Qualifizierten und Koordinierten Palliativ-medizinischen Versorgung)
- ☐ _6 aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams
- ☐ _7 aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung (§73b/140a SGBV d.h. integrierte Versorgung, Palliativnetze etc.)
- ☐ _8 ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!					
Die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden...		**stimme überhaupt nicht zu**			**stimme voll zu**
B01	...sollte zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein.	☐	☐	☐	☐
B02	...wird durch den Einbezug von Angehörigen erheblich erleichtert.	☐	☐	☐	☐
B03	...sollte durch den Hausarzt koordiniert sein.	☐	☐	☐	☐
B04	...sollte ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld sein.	☐	☐	☐	☐
B05	...sollte eine kontinuierliche Begleitung (bis zum Tod) durch den Hausarzt sein.	☐	☐	☐	☐
B06	...sollte ein Tätigkeitsfeld nicht-hausärztlicher (Fach-)spezialisten sein.	☐	☐	☐	☐

Ich fühle mich in meiner hausärztlichen Tätigkeit sicher...					
		nie			**immer**
C01	...palliative Patienten zu erkennen.	☐	☐	☐	☐
C02	...das Therapieregime an die palliative Situation des Patienten anzupassen.	☐	☐	☐	☐
C03	...Gespräche mit Patienten über seine infauste Prognose zu führen.	☐	☐	☐	☐
C04	...im Umgang mit „aufwändig zu begleitenden" Angehörigen bei Patienten mit palliativer Erkrankung.	☐	☐	☐	☐
C05	...(bisherige) Medikamente in der Finalphase abzusetzen/Maßnahmen zu beenden.	☐	☐	☐	☐
C06	...praktische Tätigkeiten (z.B. Portspülungen) durchzuführen.	☐	☐	☐	☐
C07	...mit anderen Versorgungserbringern (z.B SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst, Seelsorger) zusammenzuarbeiten.	☐	☐	☐	☐
C08	...den Patientenwunsch hinsichtlich Aufnahme, Weiterführung und Beendigung von Therapiemaßnahmen zu akzeptieren und umzusetzen.	☐	☐	☐	☐
C09	...den Patienten bei drohender eigener Kompetenzüberschreitung (rechtzeitig) an spezialisierte Versorgungsstrukturen abzugeben.	☐	☐	☐	☐
C10	...emotionale und für mich belastende Situationen auszuhalten.	☐	☐	☐	☐
C11	**Bitte schätzen Sie Ihre palliativmedizinische Kompetenz/Erfahrung insgesamt ein!**	**schlecht**			**gut**
		☐	☐	☐	☐

Anlage 4: Fragebogen Seite (2/6)



	Palliativmedizinische Infrastruktur: Ist im Umfeld Ihrer Praxis der jeweilige unten aufgeführte Akteur vorhanden? Falls ja, wie schätzen Sie die Versorgungsqualität ein?	Vorhandensein _1 nicht bekannt	ja	nein	Wenn vorhanden und mind. einmalig genutzt: Wie schätzen Sie die Versorgungsqualität ein? _2 schlecht – gut
D01	eigene, nicht-ärztliche Praxismitarbeiter für Hausbesuche bei palliativen Patienten (VERAH/NÄPA)		☐	☐	○ ○ ○ ○
D02	ambulante/r Pflegedienst/e	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D03	ambulanter Palliativ(pflege)dienst	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D04	weitere Dienste (ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen", karitative Besuchsdienste)	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D05	ambulanter PKD (Palliativer Konsiliardienst)	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D06	Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin" bzw. Qualifizierter Palliativarzt	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D07	(anderer) Vertragsarzt der „BQKPmV"	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D08	SAPV-Team	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D09	Palliativstation	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D10	stationäres Hospiz	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D11	HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha- und Arzneimittel)	☐	☐	☐	○ ○ ○ ○
D12	**Bitte schätzen Sie die Versorgungsqualität der Sie umgebenden Palliativ-Infrastruktur insgesamt ein!**				schlecht – gut ☐ ☐ ☐ ☐

E01	**Haben Sie in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit schon einmal SAPV verordnet? Bitte kreuzen Sie an!**	☐ ja ☐ nein **(Falls nein, bitte weiter auf Seite 5)**
E02	Wie viele SAPV-Verordnungen stellen Sie pro Jahr aus (inklusive Folgeverordnungen)?	☐☐☐
E03	Von wie vielen Ihrer Patienten pro Jahr wissen Sie, dass eine SAPV-Verordnung durch andere Leistungserbringer (Krankenhaus/Fachärzte) eingeleitet wurde?	☐☐
E04	Bleiben Sie als Hausarzt bei Involvierung der SAPV regelhaft in die Behandlung des Patienten eingebunden?	nie – immer ☐ ☐ ☐ ☐
E05	Wie häufig kommt es vor, dass der MDK eine Ihrer SAPV-Verordnungen ablehnt?	☐ ☐ ☐ ☐

Anlage 4: Fragebogen Seite (3/6)

Welche Leistungen nach Muster 63 verordnen Sie in den überwiegenden Fällen?
Bitte kreuzen Sie an! (Mehrfachauswahl möglich)

	Beratung	
F01	a) des behandelnden Arztes	☐
F02	b) der behandelnden Pflegekraft	☐
F03	c) der Patienten/der Angehörigen	☐
F04	Koordination der Palliativversorgung	☐
F05	additiv unterstützende Teilversorgung	☐
F06	Vollversorgung	☐

	Was kennzeichnet das SAPV-Team, mit dem Sie überwiegend zusammenarbeiten? Bitte kreuzen Sie an!	**nicht bekannt**	**Ja**	**nein**
G01	SAPV-Team bietet Vollversorgung als Leistung an	☐	☐	☐
G02	ausreichende Aufnahmekapazität	☐	☐	☐
G03	Vorhalten verschiedener Professionen im Team (Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, ...)	☐	☐	☐
G04	gute materielle Ausstattung (z.B. Schmerzpumpen)	☐	☐	☐
G05	Möglichkeit zur (telefonischen) Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit)	☐	☐	☐
G06	regelmäßige Besprechung von Patientenkasuistiken mit allen Versorgungsakteuren (Fallbesprechungen)	☐	☐	☐
G07	Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen	☐	☐	☐
G08	Ärztliche Leitung des SAPV-Teams durch...	☐		
G09	...Klinikärzte		☐	
G10	...Hausärzte		☐	
G11	...ambulante Fachspezialisten (Anästhesisten, Onkologen, ...)		☐	
G12	Ansiedlung des SAPV-Teams...	☐		
G13	...bei einer Praxis oder als Praxen-Verbund		☐	
G14	...an einer Klinik		☐	
G15	...bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst		☐	
G16	...bei einem Pflegedienst		☐	
G17	...bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk, ...)		☐	

Anlage 4: Fragebogen Seite (4/6)

Palliative Versorgung umfasst ein weites Spektrum an Aufgaben. Wie häufig übernehmen Sie die Verantwortung für die unten aufgeführten Aufgaben bei Ihren palliativen Patienten in der Häuslichkeit? _1						Wie wichtig ist Ihnen dafür ein SAPV-Team/ PKD? _2		
Assessment und Versorgungsplanung:		nie			immer	nicht erfor-derlich	wichtig	sehr wichtig
H01	Eingangsassessment	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H02	Indikation zu SAPV stellen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H03	Beratung und Hilfestellung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H04	Erstellen/Führen eines Behandlungs- und Notfallplans	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H05	Beratung und Anleitung von Patient und Angehörigen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H06	Dokumentation/Reevaluation der Behandlungsmaßnahmen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
Symptomlinderung:								
H07	Schmerz	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H08	Luftnot	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H09	Übelkeit/Erbrechen, Appetitlosigkeit, Obstipation	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H10	Fatigue, Depression, Angst/Panik, Delir	☐	☐	☐	☐	○	○	○
Interventionen:								
H11	Bedarfsfeststellung und Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H12	Verordnung von Medikamenten bei Schmerzen und weiteren palliativmedizinischen Symptomen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H13	Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, die mein Budget stark belasten	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H14	Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H15	Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H16	Behandlung von Nebenerkrankungen/chron. Erkrankungen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H17	palliativmedizinische Wundbehandlung	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H18	künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H19	apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikamentenapplikation über Pumpensysteme)	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H20	Behandlung in der Finalphase	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H21	Reduktion/Beenden von Maßnahmen = Therapiebegrenzung	☐	☐	☐	☐	○	○	○
Koordination:								
H22	Koordination aller diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen und Behandler/Akteure	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H23	Sorge für das psychosoziale Umfeld des Patienten	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H24	Einbeziehung eines ambulanten Hospizdienstes	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H25	Organisation von Arztbesuchen, Transporten, Einweisungen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H26	Fallbesprechungen mit weiteren eingebundenen Behandlern	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H27	Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen	☐	☐	☐	☐	○	○	○
Verfügbarkeit:								
H28	Hausbesuche durch mich	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H29	Hausbesuche durch eigene nicht-ärztliche Praxismitarbeiter	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H30	Besuchsbereitschaft während der Praxiszeiten	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H31	Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (inkl. Wochenende/Feiertage/nachts)	☐	☐	☐	☐	○	○	○
H32	(nur) telefon. Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten	☐	☐	☐	☐	○	○	○

Anlage 4: Fragebogen Seite (5/6)

	Wie wichtig ist Ihnen eine Verbesserung folgender Rahmenbedingungen für Ihr palliativmedizinisches Handeln? Bitte kreuzen Sie an!	Weiß nicht	eher nicht wichtig	wichtig	sehr wichtig
J01	unmittelbare Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen	☐	☐	☐	☐
J02	aufwandsgerechtere Vergütung (Hausbesuche, telefonische Beratung, 24-Stunden-Betreuung, ...)	☐	☐	☐	☐
J03	erreichbare (interdisziplinäre) Forbildungsangebote für alle in die Versorgung involvierte Behandler	☐	☐	☐	☐
J04	Möglichkeit der Versorgungskoordinierung und des Überleitungs-managements durch speziell geschultes Personal (Case manager in Pflegediensten und HomeCare-Unternehmen)	☐	☐	☐	☐
J05	Einbeziehung der Trauerarbeit/Trauerbegleitung in das palliativmedizinische Versorgungskonzept	☐	☐	☐	☐
J06	standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten palliativversorgenden Leistungserbringern	☐	☐	☐	☐
J07	Stärkung der Hospizkultur	☐	☐	☐	☐
J08	Palliativversorgungsbedarf von Patienten in Pflegeeinrichtungen besser erkennen und decken	☐	☐	☐	☐
J09	ambulante Pflegedienste palliativmedizinisch besser qualifizieren	☐	☐	☐	☐
J10	Stärkung des Ehrenamts in der Palliativbetreuung	☐	☐	☐	☐
J11	Etablierung des Konzeptes „Advance care planning" in der Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐
J12	Ausbau der SAPV-Kapazitäten	☐	☐	☐	☐
J13	Sonstiges, und zwar:				

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Hausarztbefragung zum hausärztlichen Handeln an der Nahtstelle von AAPV und SAPV
Institutsleitung: Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, MPH; Studienleitung: Dr. Antje Freytag
Ärztliche Mitarbeiterin: Kathleen Stichling, kathleen.stichling@med.uni-jena.de
Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Bachstr. 18, 07743 Jena

Anlage 4: Fragebogen Seite (6/6)

11.5 Anlage 5: Genehmigung durch die Ethikkommission

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Ethik-Kommission

Universitätsklinikum Jena · Ethik-Kommission · 07740 Jena

Dr. A. Freytag
Institut für Allgemeinmedizin
UKJ

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Ulrich Brandl
Geschäftsstelle: Dr. phil. Ulrike Skorsetz

Bachstraße 18
07743 Jena

Telefon 03641 93 37 70
Telefax 03641 93 37 71

E-Mail: ethikkommission@med.uni-jena.de

23. Oktober 2017

Bearbeitungsnummer: 5316-10/17
Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb von SAPV - Schriftliche Befragung
Teilprojekt 4 von "SAVOIR"
(FKz: 01VSF16005)

Sehr geehrte Frau Dr. Freytag,

hiermit bestätigen wir den Eingang und die Kenntnisnahme der Anzeige des o.g. Projektes.

Es bestehen keine ethischen oder berufsrechtlichen Bedenken gegen das Vorhaben.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. U. Brandl
Vorsitzender der Ethik-Kommission
(i. A. Dr. U. Skorsetz)

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
USt.-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung: Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30
Konto 221 IBAN: DE97 8305 3030 0000 0002 21
BIC: HELADEF1JEN

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des Öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsratsvorsitzender: Staatssekretär Markus Hoppe
Kaufmännischer Vorstand und Sprecherin des
Klinikumsvorstandes: Dr. Brunhilde Seidel-Kwem
Medizinischer Vorstand: PD Dr. Jens Maschmann
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf

Anlage 5: Genehmigung durch die Ethikkommission

11.6 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind;

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes unterstützt haben: Dr. rer. pol. Antje Freytag; Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH; Dr. rer. pol. Thomas Lehmann; Josephine Storch, M.Sc.,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für das Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen;

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Gotha, den 30.08.2019

11.7 Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name:	Kathleen Stichling
Geburtsdatum:	18.03.1990
Geburtsort:	Gotha
Familienstand:	ledig, eine Tochter (*06.10.2015)
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Konfession:	evangelisch-lutherisch

Werdegang

Schule:

2000 -2008	Gustav-Freytag- Gymnasium in Gotha/ Siebleben Abschluss: Abitur; Note 1,0

Studium:

Oktober 2008	Humanmedizin an der FSU Jena
September 2010	Abschluss des vorklinischen Abschnitts (1. Staatsexamen) mit Gesamtnote 2
April 2014	2. Staatsexamen (schriftlich), Note 2
Mai 2015	Ärztliche Prüfung mit der Gesamtnote 1,66

Qualifikationen und Engagement

Sommer 2010 – Winter 2014	Studentische Tutorin im Fach Biochemie sowie Neurologie/Psychiatrie
Sommer 2011- Sommer 2012	Sterbebegleitungskurs im Hospiz Gotha; derzeit als ehrenamtliches Mitglied als Begleiter und im Verein tätig
Sommer 2012	Fachsprachenzertifikat „Medical English“ C1
Herbst 2012	Ärzte-Teamtraining für Katastrophenmedizin von „Humedica e.V.“
Frühjahr 2014	Teilnahme am medizinischen Hilfseinsatz mit Humedica, 5 Wochen, Tacloban (Philippinen)
Winter 2018	Erwerb der Lehrqualifikation Basic (hochschuldidaktische Basisqualifikation)

Beruf

Juni 2015 – April 2017	Weiterbildungsassistentin (Allgemeinmedizin) am Helios Klinikum Gotha /Ohrdruf, 6 Monate Weiterbildungszeit Innere Medizin
Mai 2017 – aktuell	Ärztliche/wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena, Promovendin
Oktober 2019	Klinische Tätigkeit in der Ilm-Kreis-Klinik in Arnstadt, angestrebter Facharzt: Allgemeinmedizin

Gotha, den 30.08.2019

11.8 Danksagung

Für die Bereitstellung des Themas sowie für die Gabe konstruktiver Hinweise und wertvoller Anregungen während meiner wissenschaftlichen Arbeit möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Horst Christian Vollmar einen herzlichen Dank aussprechen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. rer. pol. Antje Freytag für die engagierte und intensive Betreuung während des Projektes sowie bei der Erstellung der Dissertation. Den Mitarbeitern am Institut für Allgemeinmedizin danke ich für die stets kollegiale Unterstützung.

Zudem möchte ich mich bei den Hausärzten für ihre Mitarbeit in unserem Forschungsprojekt bedanken, durch die diese Arbeit erst möglich werden konnte.

Mein abschließender Dank gilt meiner wunderbaren Familie, die mir stets den Rücken gestärkt und Motivation zur erfolgreichen Beendigung dieser Arbeit gegeben hat.

Anlage TP5_A1 - TP5 - Kosten [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- & geschlechtsstandardisiert

Anlage -Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle A6-TP5: Kosten [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- & geschlechtsstandardisiert

Kostenposition [€], alters- und geschlechtsstandardisiert	Kohorten										Gesamt	
	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV			
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
AAPV-Leistungen	0	0	194	286	0	0	181	240	0	0	47	159
SAPV-Leistungen	0	2	0	39	2.291	2.981	2.031	2.700	0	0	279	1.246
SAPV-Verordnungen	0	0	0	0	15	16	15	17	0	0	2	8
Krankenhausaufenthalte	9.904	21.451	6.883	11.398	8.144	10.726	7.467	9.516	16.514	18.242	9.304	18.872
... davon MIT palliativmedizinischer OPS[1]	0	0	689	3.203	1.554	4.842	1.632	4.608	7.027	13.278	535	3.385
... davon OHNE palliativmedizinische OPS	9.863	21.426	6.134	11.046	6.509	10.024	5.748	8.631	9.378	14.855	8.718	18.671
Stationäre Hospizleistungen	0	0	218	1.504	574	2.611	689	2.816	86	924	125	1.205
Arzneimittel	838	2.911	1.688	4.160	3.329	7.061	3.420	6.403	2.634	6.230	1.369	4.045
... davon vom SAPV-Arzt[2]	0	6	1	42	754	2.381	702	2.116	4	84	90	821
Hilfsmittel	287	782	479	1.071	862	1.302	873	1.363	412	863	400	948
... davon vom SAPV-Arzt	0	1	0	16	154	514	159	594	1	21	19	204
Häusliche Krankenpflege (HKP)	228	1.846	376	3.035	702	3.703	842	3.695	147	729	324	2.384
Ambulante ärztliche Versorgung (ohne Leistungen der Palliativversorgung)	606	1.493	766	1.269	864	1.532	884	1.296	874	1.585	676	1.451
Ferner:												
Heilmittel	89	265	110	292	162	414	135	327	66	227	99	284
... davon vom SAPV-Arzt	0	0	0	10	43	203	27	137	0	1	4	60
Rehabilitation	90	875	72	880	51	533	45	542	111	973	82	845
Hochschulambulanz-Versorgung	17	137	33	218	43	258	50	631	63	373	25	245
Gesamt	**12.061**	*22.133*	**10.821**	*13.762*	**17.038**	*15.028*	**16.632**	*14.054*	**20.907**	*19.351*	**12.733**	*20.087*

[1]OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel; palliativmedizinische OPS: 8-982, 8-98e; [2]korrigiert um die KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, da hier die Pseudonummer des SAPV-Arztes nicht gültig ist

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel)

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena | Institut für Allgemeinmedizin

Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten: Versorgungsinhalte, Patientenprofile und medizinische Inanspruchnahme aus Kostenträgerperspektive

(als Teilprojekt 5 (TP5) von „SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“; FKz: 01VSF16005)

Abschlussbericht
(Anlage zum Schlussbericht)

Autoren:

Dr. rer. nat. Bianka Ditscheid (Wiss. Mitarbeiterin)
Dr. rer. pol. Antje Freytag (Projektleiterin)

Projektteam:

Dr. rer. pol. Antje Freytag (Projektleiterin)
Dr. rer. nat. Bianka Ditscheid (Wiss. Mitarbeiterin)
Dr. med. Markus Krause (Arzt in Weiterbildung)
Dr. rer. pol. Thomas Lehmann (Statistiker)

Danksagung:

Wir bedanken uns bei der BARMER für die Bereitstellung der Daten.

Herrn Srikanth Maddela und Frau Cornelia Eichhorn danken wir für die Unterstützung bei der Datenaufbereitung.

Inhaltsverzeichnis

1 Hintergrund und Zielstellung 9
2 Fragestellungen 9
3 Methodik 9
3.1 Studientyp und Datenbasis 9
3.2 Selektion der Studienpopulation 10
3.3 Bezugszeiträume 10
3.4 Kohortenzuordnung 10
3.4.1 Zugrunde liegende Ziffern der palliativen Versorgung 10
3.4.2 Nicht-distinkte Kohortenzuordnung 12
3.4.3 Distinkte Kohortenzuordnung 12
3.5 Definition der Grunderkrankungen 13
3.6 Definition der Variablen zur Beschreibung der Dauer der Palliativversorgung 13
3.7 Definition der Leistungsinanspruchnahme 14
3.8 Definition der Versorgungskosten 14
3.9 Definition der Qualitäts-/Versorgungsindikatoren für die Palliativversorgung 15
3.10 Standardisierung der Ergebnisse 15
4 Ergebnisse 16
4.1 Studienpopulation 16
4.2 Versorgungsformen (nicht-distinkte Kohorten, gesamt) 17
4.3 Versorgungsformen (nicht distinkt, nach KV-Regionen) 18
4.4 Studienpopulation/Kohorten (distinkt) 21
4.5 Patientencharakteristika 22
4.5.1 Demographische, morbiditäts- und behandlungsbezogene Merkmale 22
4.5.2 Beginn der Palliativversorgung 24
4.5.3 SAPV-verordnender Arzt 26
4.5.4 Verordnungen von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung aus dem Krankenhaus: Schätzung 27
4.5.5 Sterbeort 28
4.6 Gesamtkosten der Versorgung in den letzten 3 Lebensmonaten 29
4.7 Inanspruchnahme (Auswahl) 31
4.7.1 Sektor ambulante ärztliche Versorgung 31
4.7.2 Sektor Krankenhaus 34
4.7.3 Arzneimittel-Sektor 35

4.8 Qualitäts-/Versorgungsindikatoren 38
4.9 Ausgewählte Ergebnisse auf Ebene der KV-Regionen 40
4.9.1 Kohortenzuordnung auf Ebene der KV-Regionen 40
4.9.2 Patientencharakteristika 41
4.9.3 Kosten (ausgewählte Kostenpositionen) 45
5 Limitationen 46
6 Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Ausblick 47
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 47
6.2 Interpretation und Schlussfolgerungen 50
6.3 Ausblick und weiterer Forschungsbedarf 51
7 Anhang 53
7.1.1 Gesamtkosten je VS in den letzten 6 Lebensmonaten 53
7.1.2 Inanspruchnahme in den letzten 6 Lebensmonaten 55
7.1.3 Weitere Ergebnisse auf Ebene der KV-Regionen 59
8 Literaturverzeichnis 66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Graphische Darstellung der Variablen zur Beschreibung der Dauer der SAPV und der AAPV 14
Abbildung 4-1: Selektion der Studienpopulation unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien 16
Abbildung 4-2: Anteil an Versicherten mit den verschiedenen Formen der Palliativversorgung, alters- und geschlechtsstandardisiert; linker (hellerer) Balken: ohne Sonderziffern und Leistungsabrechnungen, rechter (dunklerer Balken: mit Sonderziffern und Leistungsabrechnungen 18
Abbildung 4-3: Anteil Versicherte mit Palliativversorgung in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall 19
Abbildung 4-4: Anteil Verstorbene mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall 19
Abbildung 4-5: Anteil Verstorbene mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall 20
Abbildung 4-6: Anteil Verstorbene mit stationärer Palliativversorgung im Krankenhaus in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall . 20
Abbildung 4-7: Anteil Verstorbene mit stationären Hospizleistungen in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall 21
Abbildung 4-8: Anteil der Verordnungen von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung durch Hausärzte in den letzten 3 Lebensmonaten 27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Abrechnungsziffern der AAPV (nach EBM Q3/2016) 11
Tabelle 3-2: Abrechnungsziffern der Verordnung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (nach EBM Q3/2016) 11
Tabelle 3-3: Ziffern der Palliativversorgung aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2016) 12
Tabelle 3-4: Beschreibung der nicht-distinkten Kohortenzuordnung 12
Tabelle 3-5: Beschreibung der distinkte Kohortenzuordnung 12
Tabelle 3-6: Definition der Grunderkrankungen anhand der ICD-10 GM-Codes (adaptiert nach Murtagh et al. 2014) 13
Tabelle 3-7: Übersicht über die ermittelten Qualitäts-/Versorgungsindikatoren 15
Tabelle 4-1: Verteilung der Versicherten in der Studienpopulation auf KV-Regionen bzw. Bundesländer und Vergleich mit Daten des Statistischen Bundesamts (2016) 16
Tabelle 4-2: Verteilung der Studienpopulation auf die Kohorten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2016 in Deutschland Verstorbenen 21
Tabelle 4-3: Demographische, morbiditäts- und behandlungsbezogene Merkmale der Versicherten in den verschiedenen Kohorten, alters- und geschlechtsstandardisiert 23
Tabelle 4-4: Grunderkrankungen der Versicherten, alters- und geschlechtsstandardisiert 23
Tabelle 4-5: Beginn der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [Anzahl Tage vor dem Tod][1] 24
Tabelle 4-6: Beginn der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung [Anzahl Tage vor dem Tod][1] ... 25
Tabelle 4-7: Dauer der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung[1] – Deskriptive Statistik 25
Tabelle 4-8: Dauer der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung[1] – Deskriptive Statistik 26
Tabelle 4-9: Versicherte mit Leistungen der Spezialisierten ambulante Palliativversorgung (SAPV) ohne SAPV-Verordnung und Schätzung der SAPV-Verordnungen aus dem Krankenhaus 28
Tabelle 4-10: Sterbeort, alters- und geschlechtsstandardisiert 28
Tabelle 4-11: Kosten je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 30
Tabelle 4-12: Allgemeine Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 32
Tabelle 4-13: Spezifische Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 33
Tabelle 4-14: Krankenhausbehandlungen in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 34
Tabelle 4-15: Krankenhausbehandlungen in den letzten 30 Lebenstagen, alters- und geschlechtsstandardisiert 35
Tabelle 4-16: Verordnete und in der Apotheke abgeholte Arzneimittel in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 35
Tabelle 4-17: Spezifische verordnete und in der Apotheke abgeholte Arzneimittel in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 36
Tabelle 4-18: Arzneimittel-Verordnungen und –Kosten in den letzten 30 Lebenstagen, alters- und geschlechtsstandardisiert 37
Tabelle 4-19: Subgruppen für Analysen der Qualitäts-/Versorgungsindikatoren im Vergleich zur Grundgesamtheit je Kohorte 38
Tabelle 4-20: Häufigkeiten [% (n)] und Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen: Odds Ratios [CI][1] 38

Tabelle 4-21: Anzahl und Anteil Versicherter in den einzelnen Kohorten je KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 40
Tabelle 4-22: Gesamtmorbidität (Charlson-Index) der Versicherten in den einzelnen Kohorten auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert 41
Tabelle 4-23: Anteil Grunderkrankung Tumor (% ja) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 42
Tabelle 4-24: Anteil Pflegeheimbewohner (% ja) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert 42
Tabelle 4-25: AAPV- und SAPV-Dauer auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert 43
Tabelle 4-26: Anteil Sterbeort Krankenhaus (% ja) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert 44
Tabelle 4-27: Gesamtkosten je Versichertem [€] in den letzten 3 Lebensmonaten auf Ebene der KV-Region, alters- und geschlechtsstandardisiert 45
Tabelle 4-29: Kosten [€] der Allgemeinen und Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 45
Tabelle 7-1: Gesamtkosten je VS in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 54
Tabelle 7-2: Allgemeine Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 55
Tabelle 7-3: Spezifische Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 56
Tabelle 7-4: Krankenhausbehandlungen in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 57
Tabelle 7-5: Verordnete und in der Apotheke abgeholte Arzneimittel in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 58
Tabelle 7-6: Geschlecht der Versicherten (% weiblich) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 59
Tabelle 7-7: Alter der Versicherten (in Jahren) in den einzelnen Kohorten auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert..... 60
Tabelle 7-8: Anzahl Versicherter insgesamt und mit Kosten für Leistungen der Allgemeinen und Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in den letzten 3 Lebensmonaten[1], alters- und geschlechtsstandardisiert..... 61
Tabelle 7-9: Anzahl Versicherter insgesamt und mit Krankenhausaufenthalten mit palliativer OPS[1] in den letzten 3 Lebensmonaten[2], alters- und geschlechtsstandardisiert..... 62
Tabelle 7-10: Kosten [€] für Krankenhausaufenthalte mit palliativer OPS[1] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 63
Tabelle 7-11: Anzahl Versicherter insgesamt und mit Kosten für stationäre Hospizleistungen in den letzten 3 Lebensmonaten[1], alters- und geschlechtsstandardisiert..... 64
Tabelle 7-12: Kosten für stationäre Hospizleistungen [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert 65

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
APV	Ambulante Palliativversorgung
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BQKPMV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
Dt. BKK	Deutsche Betriebskrankenkasse
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FA	Facharzt
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hausarzt
HKP	Häusliche Krankenpflege
IfA	Institut für Allgemeinmedizin, Uniklinikum Jena
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
PV	Palliativversorgung
QI	Qualitätsindikator
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
TP	Teilprojekt
VO	Verordnung
VS	Versicherte(r)
WDWH	Wissenschaftliches Datawarehouse
ZKS	Zentrum für klinische Studien, Universitätsklinikum Jena

1 Hintergrund und Zielstellung

Das Angebot an palliativer Versorgung in Deutschland wurde in den letzten 20 Jahren stark ausgebaut. Mit dem GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V zu einer Regelleistung der GKV. Gleichzeitig stieg die Anzahl an Hospizen, es wurden weitere Palliativstationen an Krankenhäusern eingerichtet, spezifische Qualifizierungsmaßnahmen für ärztliche und pflegerische Leistungserbringer wurden ausgeweitet und über alle palliativen Versorgungsformen hinweg wurden Leistungen besser vergütet. Dies galt auch für die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Bisher vorliegende Auswertungen von GKV-Routinedaten bilden spezifische Teilaspekte palliativmedizinischer Versorgung ab. Eine umfassende Darstellung der Inanspruchnahme der verschiedenen palliativen Versorgungsformen auf Versicherten (VS)-Ebene fehlt bislang.

Ziel der vorliegenden GKV-Routinedatenanalyse war es, VS mit Inanspruchnahme von unterschiedlichen palliativmedizinischen Versorgungsformen (AAPV, SAPV, AAPV+SAPV, stationäre PV) bzw. ohne Palliativversorgung (PV) zu identifizieren und sie hinsichtlich ihrer demographischen und gesundheitsbezogenen Merkmale zu charakterisieren sowie ihre medizinische Inanspruchnahme und deren Kosten zu beschreiben.

2 Fragestellungen

Für die Beschreibung der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland standen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Wieviele VS nehmen am Lebensende welche palliativ(medizinisch)e Versorgung in Anspruch?
- Welche Charakteristika haben die VS in den verschiedenen Versorgungsformen?
- Welche Kosten entstehen je VS in den verschiedenen Versorgungsformen?
- Welche medizinischen Leistungen werden von den VS in den verschiedenen Versorgungsformen in Anspruch genommen?
- Welche Aussagen können zur Qualität der PV in den verschiedenen Versorgungsformen gemacht werden (Qualitätsindikatoren)?
- Gibt es Unterschiede bzgl. der o.g. Aspekte je nach Wohnregion (Bundesland) eines VS?

3 Methodik

3.1 Studientyp und Datenbasis

Es handelt sich um eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten der BARMER, die im wissenschaftlichen Datawarehouse (WDWH) bereitgestellt wurden. Eine Fallzahlplanung ist nicht erforderlich. Es handelt sich um eine Vollerhebung der Versichertendaten der BARMER mit Sterbedatum im Jahr 2016.

Das positive Votum der Ethikkommission wurde eingeholt (Bearbeitungsnummer 5317-10/17).

Neben pseudonymisierten VS-Stammdaten wurden Leistungsdaten aus den folgenden Bereichen heran gezogen:

- Ambulante vertragsärztliche Versorgung nach § 294/295 SGB V
- Krankenhaus § 301 SGB V
- Arzneimittel § 300 SGB V
- Heil- und Hilfsmittel §32, §33 SGB V
- Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V
- Stationäre Hospizleistungen § 39a SGB V

Pflegeleistungen nach SGB XI waren aufgrund eines Umbruchs in der Datenstruktur im WDWH im Analysejahr nicht auswertbar.

3.2 Selektion der Studienpopulation

Primäre Einschlussbedingung für die Studienpopulation war ein Sterbedatum im Jahr 2016. Weitere Einschlussbedingungen waren eine vor dem Tod mind. zweijährige durchgängige Versicherung bei der datenbereitstellenden Krankenkasse (um entsprechende Vorerkrankungen sowie die (palliativ)medizinische Inanspruchnahme vor dem Tod lückenlos analysieren zu können) sowie ein Alter von mindestens 19 Jahren zum Zeitpunkt des Todes.
Ausgeschlossen wurden VS der Deutschen Betriebskrankenkasse (Dt. BKK), deren Daten nach der Fusion der BARMER mit der Dt. BKK zunehmend ins WDWH einfließen, aber noch unvollständig sind sowie VS ohne Wohnortinformation oder ohne Zuordnung zu einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

3.3 Bezugszeiträume

Als Bezugszeiträume wurden VS-individuell ausgehend vom Todesdatum die Zeiträume drei Monate (91 Tage, t1) und sechs Monate (183 Tage, t2) vor dem Tod betrachtet. Der Zeitraum zwischen dem siebten und zwölften Monat vor dem Tod wird als Vorbetrachtungszeitraum (t3) angesehen.

3.4 Kohortenzuordnung

3.4.1 Zugrunde liegende Ziffern der palliativen Versorgung

Die Zuordnung der VS zu den Kohorten erfolgte 2-stufig: Zunächst wurden ausschließlich überregional gültige Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für den stationären Sektor für die Kohortenzuordnung verwendet (Stufe 1). Anschließend wurden zusätzlich KV-spezifische bzw. regional gültige palliative Ziffern aus Selektivverträgen recherchiert sowie SAPV-Leistungsabrechnungen und Abrechnungen stationärer Hospizleistungen herangezogen (Stufe 2).

3.4.1.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die der Stufe 1 zugrunde liegenden EBM-Ziffern sind in Tabelle 3-1 zusammengefasst.

Tabelle 3-1: Abrechnungsziffern der AAPV (nach EBM Q3/2016)

Ziffer[1]	Beschreibung
03370/04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan
03371/04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000/04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis
03372/04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit
03373/04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

[1]Die Ziffern 04370-04373 werden im Versorgungsbereich Kinder-und Jugendmedizin verwendet, sind aber für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig. So könnten z.B. junge Erwachsene -bei langjähriger Erkrankung- auch weiterhin vom Kinderarzt betreut werden.

In der Stufe 2 wurden diese ergänzt um regional gültige Ziffern der PV. Hierfür wurde eine Vielzahl von Ziffern zusammengetragen, von denen aber nur ein relativ kleiner Teil auch in den Daten gefunden wurde. Diese betreffen v.a. die KV-Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Für diese beiden KV-Regionen gibt es weitere Besonderheiten zu beachten: In Nordrhein existiert laut der „Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld“ und dem „Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein“ ein mehrstufiges System von koordinierendem Haus- oder Facharzt, qualifiziertem Palliativ-Arzt (QPA) und Palliative-Care-Team (PCT). Analog der genannten vertraglichen Grundlagen wurden für die nachfolgenden Auswertungen die Leistungen der koordinierenden Haus- oder Fachärzte und der QPÄ der AAPV und die Leistungen des PCT der SAPV zugeordnet. In Westfalen-Lippe regelt die „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ die Leistungsstrukturen der AAPV und der SAPV gemeinsam. Teilnehmende Haus-/Fachärzte erbringen AAPV-Leistungen, während die spezialisierte palliativmedizinische Betreuung –laut Vereinbarung- von palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD, z.T. in der Vereinbarung auch als qualifizierte Palliativ-Ärzte (QPÄ) bezeichnet) erbracht wird. Die Leistungen des PKD wurden deshalb für die nachfolgenden Auswertungen der SAPV zugeschrieben. Somit existieren in Nordrhein und Westfalen-Lippe zwei ähnliche Modelle, bei denen aber – per vertraglicher Definition (und damit auch in den nachfolgenden Auswertungen) – die Leistungen der QPÄ in Nordrhein der AAPV und in Westfalen-Lippe der SAPV zugeordnet werden.

3.4.1.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die SAPV wurde in der Stufe 1 ausschließlich über die EBM-Ziffern für die SAPV-Verordnungen (VO) identifiziert (Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2: Abrechnungsziffern der Verordnung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (nach EBM Q3/2016)

Ziffer[1]	Beschreibung
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V

In der 2. Stufe wurden zusätzlich SAPV-Leistungsabrechnungen sowie regional gültige Ziffern der Einbeziehung von SAPV für die Identifikation von VS, die SAPV in Anspruch genommen haben, herangezogen.

3.4.1.3 Stationäre Palliativversorgung im Krankenhaus

Die stationäre PV im Krankenhaus (KH) wurde anhand der folgenden OPS-Codes identifiziert (Tabelle 3-3). Hier sind keine zusätzlichen regional gültigen Ziffern anwendbar (Stufe 1 = Stufe 2).

Tabelle 3-3: Ziffern der Palliativversorgung aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2016)

Ziffer[1]	Beschreibung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

3.4.1.4 Stationäre Hospizleistungen

Anhand von Hospiz-Leistungsabrechnungen wurde die Inanspruchnahme stationärer Hospizleistungen in Stufe 2 identifiziert.

3.4.2 Nicht-distinkte Kohortenzuordnung

Um Aussagen darüber treffen zu können, welche palliativen Versorgungsformen von welchem Anteil an Versterbenden in Anspruch genommen wurden, wurde die Studienpopulation nach ihrer Inanspruchnahme innerhalb der letzten 6 Lebensmonate folgenden Kohorten zugeordnet (Tabelle 3-4).

Tabelle 3-4: Beschreibung der nicht-distinkten Kohortenzuordnung

Kohorte	Beschreibung
Keine PV	VS, die keine PV erhalten haben
AAPV	VS, die mind. 1 AAPV-Leistung erhalten haben
SAPV	VS, die mind. 1 SAPV-Leistung erhalten haben
Stationäre PV	VS, die mind. 1 stationäre PV-Leistung erhalten haben
Stationäre Hospizleistungen	VS, die mind. 1 stationäre Hospizleistung erhalten haben

(PV Palliativversorgung, VS Versicherte, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Hierbei kann ein VS auch mehreren Kohorten zugeordnet sein, wenn er z.B. SAPV und AAPV erhalten hat.

3.4.3 Distinkte Kohortenzuordnung

Für die Charakterisierung der VS in den verschiedenen palliativen Versorgungsformen wurden diese den Kohorten nach ihrer Inanspruchnahme innerhalb der letzten 6 Lebensmonate wie folgt distinkt zugeordnet (Tabelle 3-5). Der Fokus lag dabei darauf, insbesondere die ambulanten palliativen Versorgungsformen voneinander abzugrenzen.

Tabelle 3-5: Beschreibung der distinkte Kohortenzuordnung

Kohorte	Beschreibung
Keine PV	VS, die keine PV erhalten haben
Nur AAPV	VS, die mind. 1 AAPV-Leistung und keine SAPV-Leistung erhalten haben, stationäre PV-Leistung möglich
Nur SAPV	VS, die mind. 1 SAPV-Leistung und keine AAPV-Leistung erhalten haben, stationäre PV-Leistung möglich
SAPV + AAPV	VS, die mind. 1 SAPV- und mind. 1 AAPV-Leistung erhalten haben, stationäre PV-Leistung möglich
Nur stationäre	VS, die mind. 1 stationäre PV-Leistung und keine Leistungen aus den Bereichen

PV	AAPV und SAPV erhalten haben
Nur Hospiz	VS, die ausschließlich Hospizleistungen und keine Leistungen aus den Bereichen AAPV, SAPV oder stationäre PV erhalten haben

(PV Palliativversorgung, VS Versicherte, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

3.5 Definition der Grunderkrankungen

Der Charakterisierung der VS mit und ohne PV am Lebensende hinsichtlich der vorliegenden Grunderkrankungen lagen die folgenden, nach Murtagh et al. (Murtagh et al. 2014) adaptierten ICD-10 GM-Codes zugrunde (Tabelle 3-6).

Tabelle 3-6: Definition der Grunderkrankungen anhand der ICD-10 GM-Codes (adaptiert nach Murtagh et al. 2014)

Erkrankung	ICD10 GM-Code
Tumorerkrankung	C00*-C97*
… der Brust	C50*
… des Darms	C18*-C21*
… der Verdauungsorgane	C15*-C26*
… der Verdauungsorgane incl. Metastasen	C15*-C26*, C78.4-C78.8
… der Lunge	C33*-C34*
… der Prostata	C61*
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	I0*-I6*
… Herzinsuffizienz	I50*
… Zerebrovaskuläre Erkrankungen	I60*-I69*
Nierenkrankheiten	N17*-N18*, N28*, I12*-I13*
Leberkrankheiten	K70*-K77*
Atemwegserkrankungen	J09*-J18*, J20*-J22*, J40*-J47*, J96*
Neurodegenerative Krankheiten	G10*, G20*, G35*, G122*, G231-G233*
Alzheimer- und Demenzerkrankung, Senilität	F00*-F03*, G30*, R54*
HIV-Krankheit	B20*-B24*

3.6 Definition der Variablen zur Beschreibung der Dauer der Palliativversorgung

Zur Beschreibung der Dauer der SAPV und der AAPV wurden die Anzahl der Tage seit Beginn der jeweiligen PV, die Dauer (Anzahl Tage von Beginn der ersten bis zum Ende der letzten Leistung) sowie die Lücke zum Tod (Anzahl Tage von Ende der letzten Leistung bis Tod) ermittelt. Bezugsgrundlage waren jeweils die letzten 6 Lebensmonate (t2) (Abbildung 3-1).

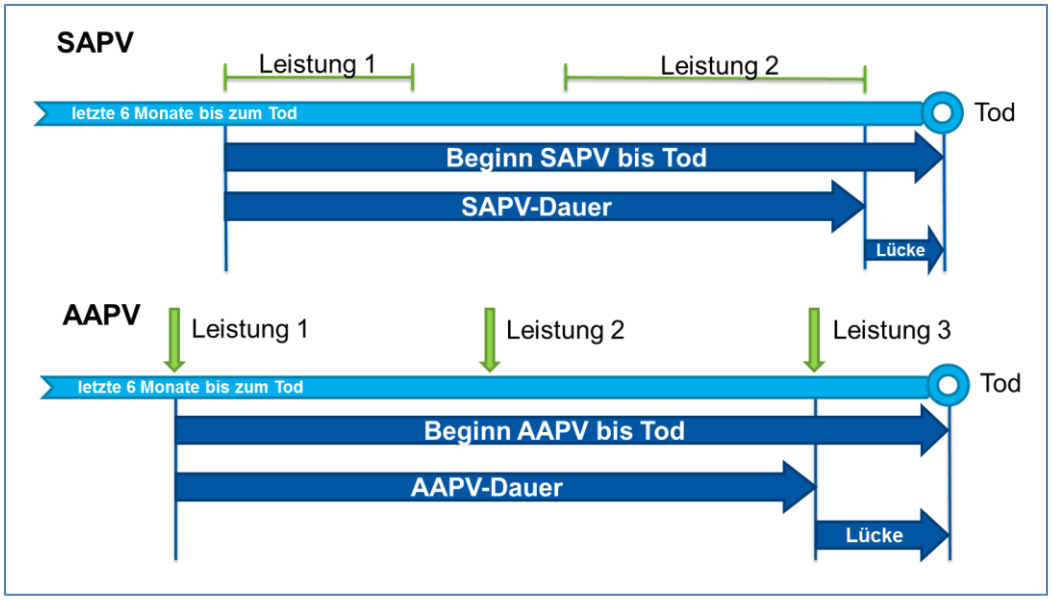


Abbildung 3-1: Graphische Darstellung der Variablen zur Beschreibung der Dauer der SAPV und der AAPV (SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung)

3.7 Definition der Leistungsinanspruchnahme

Die Zuordnung der Leistungsinanspruchnahme zu den Bezugszeiträumen erfolgte entweder über ein konkretes Leistungsdatum oder wurden -bei Leistungen, die über einen Zeitraum verliefen- anteilig den jeweiligen Bezugszeiträumen zugeordnet. Leistungsabrechnungen nach dem Todesdatum wurden eingeschlossen (Ditscheid et al. 2020).

3.8 Definition der Versorgungskosten

Für die Berechnung der Gesamtkosten wurden Kosten für AAPV und SAPV, (sonstige) ambulante ärztliche Leistungen, stationäre Palliativversorgung, (sonstige) stationäre Versorgung, Versorgung in stationären Hospizen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (dabei auch die von SAPV-Teams verordneten), Versorgung in Hochschulambulanzen, Rehabilitation und häusliche Krankenpflege berücksichtigt. Kosten von Rettungsdiensteinsätzen, zahnärztlicher Versorgung sowie der Pflege nach SGB XI wurden nicht berücksichtigt.
AAPV- und SAPV-Leistungen gingen mit den für die jeweiligen Abrechnungspositionen angesetzten Euro-Werten ein. Ambulante ärztliche (und psychotherapeutische) Leistungen gingen ein mit: Punktzahl je Fall * Punktwert (0,104361) zzgl. der Summe der Kosten für EBMs ohne Punktwert (incl. Dialysesachkosten). Krankenhaus- und Rehabilitationskosten gingen mit ihren Fallkosten ein als Summe aller Entgeltkosten abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlungen. Bei der Ermittlung der Kosten der stationären PV gingen alle stationären Fälle mit palliativer OPS (8-982, 8-98e) ein. Zusätzlich wurden die Kosten für die palliativen OPS auf Basis der dafür abrechenbaren Zusatzentgelte ermittelt und separat ausgewiesen. Hospizkosten sowie Heil- und Hilfsmittel gingen mit ihren Zahlbeträgen ein. Arzneimittel gingen mit Bruttokosten (Apothekenverkaufspreise) ein, d.h. ohne die Berücksichtigung von Rabatten und Zuzahlungen. Die Kosten der häuslichen Krankenpflege (HKP) gingen ebenfalls mit ihren Bruttokosten ein.

3.9 Definition der Qualitäts-/Versorgungsindikatoren für die Palliativversorgung

Die Qualitäts-/Versorgungsindikatoren (QI) wurden für VS der Kohorten nur AAPV, AAPV+SAPV sowie nur SAPV ermittelt. Dabei wurden grundsätzlich nur diejenigen VS innerhalb dieser Kohorten eingeschlossen, die mindestens 30 bzw. mindestens 14 Tage vor dem Tod PV erhalten haben (Subgruppenanalysen). Die Auswahl der Indikatoren erfolgte nach ausführlicher Literaturrecherche auf Basis bereits national und international berichteter Indikatoren (Langton et al. 2014) und anschließender Diskussion im Konsortium. Dabei erfolgt die Unterscheidung nach potentiell palliativer Unterversorgung (Versterben im Krankenhaus) sowie potentiell kurativer Überversorgung (Krankenhausbehandlung, intensivmedizinische Behandlung, Chemotherapie, Anlage/Wechsel einer PEG und parenterale Ernährung). Eine Übersicht über die analysierten QI zeigt Tabelle 3-7.

Die Auswertung erfolgte zunächst deskriptiv. In multivariaten logistischen Regressionsanalysen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Status Pflegeheimbewohner und Charlson-Komorbiditäts-index als unabhängige Variablen wurden die Odds-Ratio der SAPV-Kohorten gegenüber der Kohorte nur AAPV als Referenzgruppe ermittelt. Die Effektschätzer werden als Punkt- und Intervallschätzer (95% Konfidenzintervall) dargestellt; ein explorativ, zweiseitiges Signifikanzniveau von α=5% wird angewendet. Die Auswahl der unabhängigen Variablen erfolgte auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten sowie deskriptiv dargestellter Unterschiede der jeweiligen Kohorten.

Tabelle 3-7: Übersicht über die ermittelten Qualitäts-/Versorgungsindikatoren

Bezeichnung des Indikators	Angewandter Filter[1]	Zeitbezug
Versterben im Krankenhaus[2]		
Krankenhausaufenthalt (ohne pall. OPS)		30 Tage vor dem Tod
Behandlung auf Intensivstation		30 Tage vor dem Tod 14 Tage vor dem Tod
Chemotherapie	VS mit Tumor	30 Tage vor dem Tod 14 Tage vor dem Tod
Anlage/Wechsel einer PEG	VS ohne gastrointestinalen Tumor	30 Tage vor dem Tod 14 Tage vor dem Tod
Parenterale Ernährung	VS ohne gastrointestinalen Tumor	30 Tage vor dem Tod 14 Tage vor dem Tod

[1]weitere Subgruppe innerhalb der Subgruppe von VS mit mind. 30 Tagen Palliativversorgung vor dem Tod, die sich aus der Spezifität des jeweiligen Indikators ergibt; [2]incl. Palliativstation
(OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, VS Versicherte, PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie)

3.10 Standardisierung der Ergebnisse

Die Ergebnisse auf VS-Ebene wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur aller in 2016 in Deutschland Verstorbenen ab 19 Jahre. Grundlage hierfür bildeten die beim Statistischen Bundesamt (Destatis) erfassten Sterbefälle für 2016 für Deutschland nach Geschlecht und Altersjahren.
Eine zusätzliche Berücksichtigung der unterschiedlichen Anzahlen an Verstorbenen in den einzelnen Bundesländern ist nur bedingt möglich, da beim Statistischen Bundesamt (Destatis) die Anzahl Verstorbener auf Bundeslandebene nur für 5-Jahres-Altersgruppen (20-24 Jahre, 25-29 Jahre etc.) verfügbar ist. Darüber hinaus wird die Anzahl Verstorbener für einzelne Bundesländer in unserer

Population z.T. zu klein, sodass einzelne Alter oder sogar 5-Jahres-Altersgruppen nicht besetzt sind. Deshalb wird diese Art der Standardisierung nicht angewandt.

4 Ergebnisse

4.1 Studienpopulation

Nach Anwendung der definierten Ein- und Ausschlusskriterien stand eine Studienpopulation von 95.962 VS zur Verfügung (Abbildung 4-1).

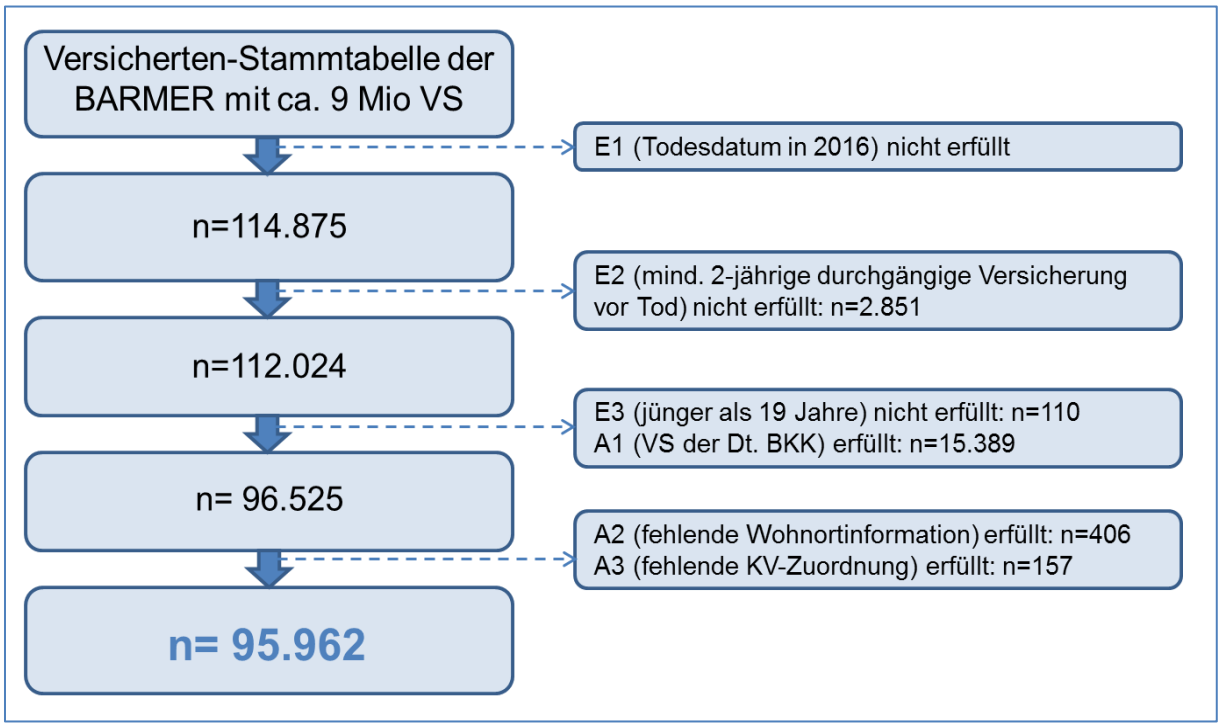


Abbildung 4-1: Selektion der Studienpopulation unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (VS Versicherte, E1, E2, E3 Einschlusskriterium 1, 2, 3; A1, A2, A3 Ausschlusskriterium 1, 2,3, Dt. BKK Deutsche Betriebskrankenkasse, KV Kassenärztliche Vereinigung)

Die Verteilung der Verstorbenen in der Studienpopulation auf die einzelnen KV-Regionen bzw. Bundesländer im Vergleich zur Verteilung aller in Deutschland Verstorbenen ab 20 Jahre auf die einzelnen Bundesländer zeigt eine gute Übereinstimmung für die KV-Regionen Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland. Etwas überrepräsentiert sind in der Studienpopulation die KV-Regionen Berlin, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein sowie das Bundesland Nordrhein-Westfalen. Etwas unterrepräsentiert sind hingegen die KV-Regionen Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (Tabelle 4-1).

Tabelle 4-1: Verteilung der Versicherten in der Studienpopulation auf KV-Regionen bzw. Bundesländer und Vergleich mit Daten des Statistischen Bundesamts (2016)

KV-Region bzw. Bundesland (alphabetische Reihenfolge)	Studienpopulation		Verstorbene im Bundesland[1] (Destatis)		Differenz aus Studienpopulation und Destatis	
	Anzahl	*Anteil [%]*	Anzahl	*Anteil [%]*	*Absolute Diff. [%]*	*Relative Diff. [%]*

KV-Region bzw. Bundesland (alphabetische Reihenfolge)	Studienpopulation		Verstorbene im Bundesland[1] (Destatis)		Differenz aus Studienpopulation und Destatis	
Baden-Württemberg	7.988	*8,3*	105.972	*11,8*	*-3,5*	*-29,7*
Bayern	11.897	*12,4*	128.801	*14,3*	*-1,9*	*-13,3*
Berlin	4.403	*4,6*	33.840	*3,8*	*0,8*	*21,1*
Brandenburg	3.468	*3,6*	30.661	*3,4*	*0,2*	*5,9*
Bremen	422	*0,4*	17.761	*2,0*	*-1,6*	*-80,0*
Hamburg	2.033	*2,1*	17.160	*1,9*	*0,2*	*10,5*
Hessen	8.272	*8,6*	63.760	*7,1*	*1,5*	*21,1*
Mecklenburg-Vorpommern	2.162	*2,3*	20.371	*2,3*	*0,0*	*0,0*
Niedersachsen	8.787	*9,2*	63.760	*7,1*	*2,1*	*29,6*
Nordrhein	15.077	*15,7*				
Nordrhein-Westfalen	26.051	*27,1*	201.087	*22,3*	*4,8*	*21,5*
Rheinland-Pfalz	5.071	*5,3*	58.871	*6,5*	*-1,2*	*-18,5*
Saarland	1.223	*1,3*	12.840	*1,4*	*-0,1*	*-7,1*
Sachsen	4.451	*4,6*	53.160	*5,9*	*-1,3*	*-22,0*
Sachsen-Anhalt	2.777	*2,9*	31.350	*3,5*	*-0,6*	*-17,1*
Schleswig-Holstein	4.505	*4,7*	33.720	*3,7*	*1,0*	*27,0*
Thüringen	2.452	*2,6*	28.214	*3,1*	*-0,5*	*-16,1*
Westfalen-Lippe	10.974	*11,4*				
Gesamt	**95.962**	***100,0***	**901.328**	***100,0***		

[1] ab 20 Jahre
(KV Kassenärztliche Vereinigung, Diff. Differenz)

4.2 Versorgungsformen (nicht-distinkte Kohorten, gesamt)

Zur Beantwortung der Frage, wie viele VS welche palliative Versorgungsform in Anspruch genommen haben, wurden die VS je nach identifizierten palliativen Leistungen den Kohorten AAPV, SAPV, stationäre PV und Hospizleistungen zugeordnet. Wurden Leistungen aus mehreren Leistungsbereichen identifiziert, wurde der VS auch mehreren Kohorten zugeordnet.

Insgesamt wurde bei 33,1% der VS unserer Studienpopulation mind. 1 palliative Leistung in den letzten 6 Lebensmonaten identifiziert. Mind. 1 AAPV-Leistung erhielten 24,9% und mind. 1 SAPV-Leistung wurde bei 13,1% der VS abgerechnet. Bei 8,0% der VS wurde min. 1 stationäre palliativmedizinische Leistung abgerechnet und 3,4% der VS nahmen auch stationäre Hospizleistungen in Anspruch (Abbildung 4-2). Links neben den Balken sind jeweils in transparenter Farbe die Anteile ausgewiesen, die ausschließlich auf Basis der bekannten EBM-Ziffern und ohne Berücksichtigung von Sonderziffern und Leistungsabrechnungen ermittelt wurden (Stufe 1): Die Inanspruchnahme von SAPV wurde bei 6,1% der Studienpopulation erst über SAPV-Abrechnungen identifiziert.

Weitere Analysen haben gezeigt, dass im Bundesdurchschnitt für 46,0% (ohne Westfalen-Lippe: 25,7%) der VS, die SAPV erhalten haben, nur eine Abrechnung, aber keine SAPV-VO vorlag (siehe 4.5.4). Das deutet darauf hin, dass der Anteil an SAPV-VO aus dem Krankenhaus relativ hoch ist. Umgekehrt lagen im Bundesdurchschnitt nur bei 6,8% (ohne Berlin: 3,8%) der VS, die der SAPV

zugeordnet wurden, eine SAPV-VO, aber keine SAPV-Abrechnung vor. Das ist am ehesten damit zu erklären, dass Abrechnungen z.T. noch in Papierform erfolgen und diese elektronisch nicht zur Verfügung stehen.

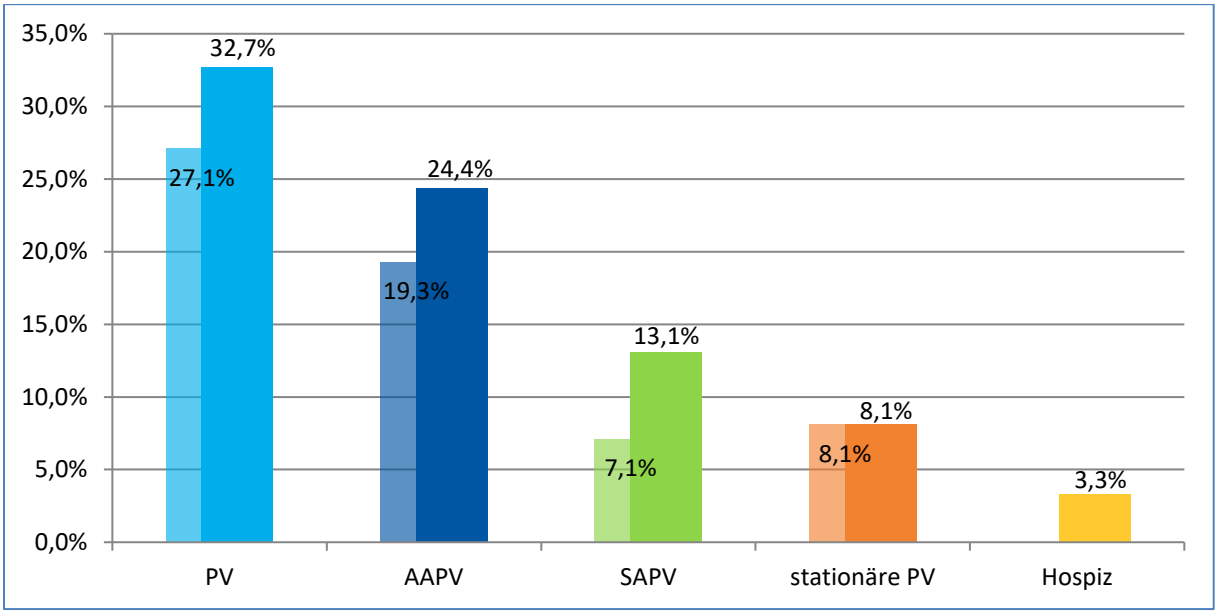


Abbildung 4-2: Anteil an Versicherten mit den verschiedenen Formen der Palliativversorgung, alters- und geschlechtsstandardisiert; linker (hellerer) Balken: ohne Sonderziffern und Leistungsabrechnungen, rechter (dunklerer Balken: mit Sonderziffern und Leistungsabrechnungen
(PV: Palliativversorgung, AAPV: Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

4.3 Versorgungsformen (nicht distinkt, nach KV-Regionen)

Die Anteile an VS in den einzelnen KV-Regionen, die die jeweilige Versorgungsform in Anspruch genommen haben, sind in den folgenden Graphiken dargestellt (Abbildung 4-3, Abbildung 4-4, Abbildung 4-5, Abbildung 4-6, Abbildung 4-7).

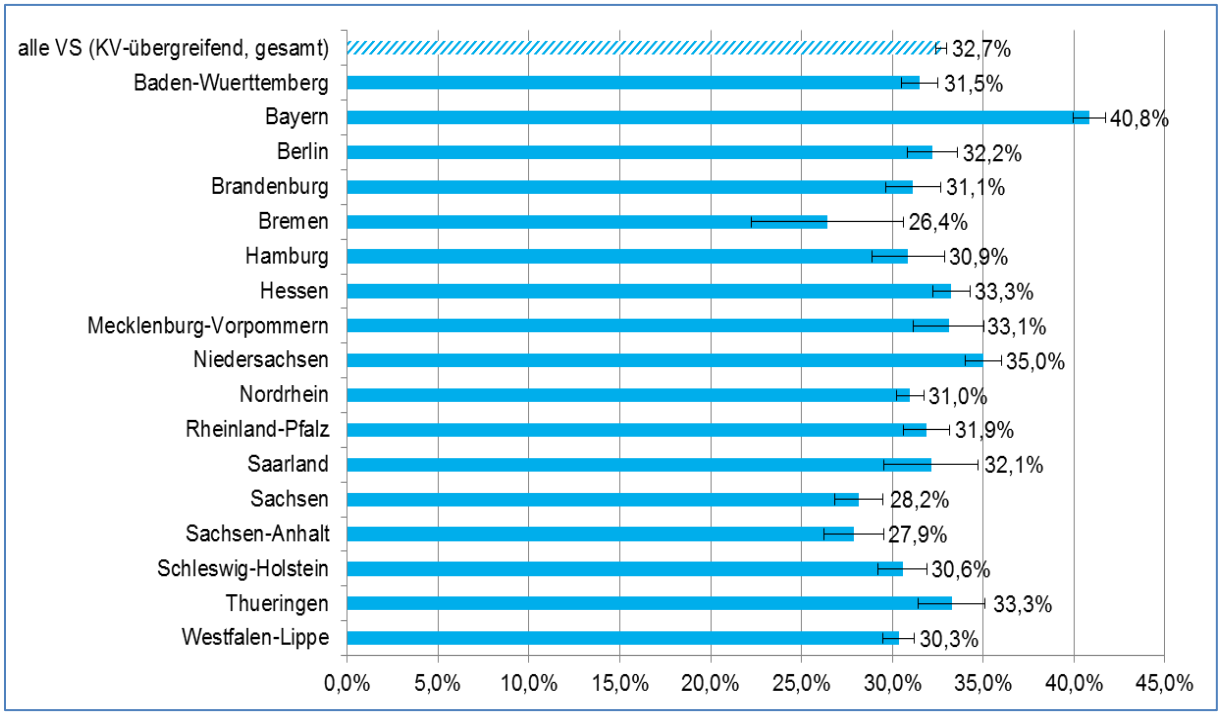


Abbildung 4-3: Anteil Versicherte mit Palliativversorgung in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall
(VS Versicherte, KV Kassenärztliche Vereinigung)

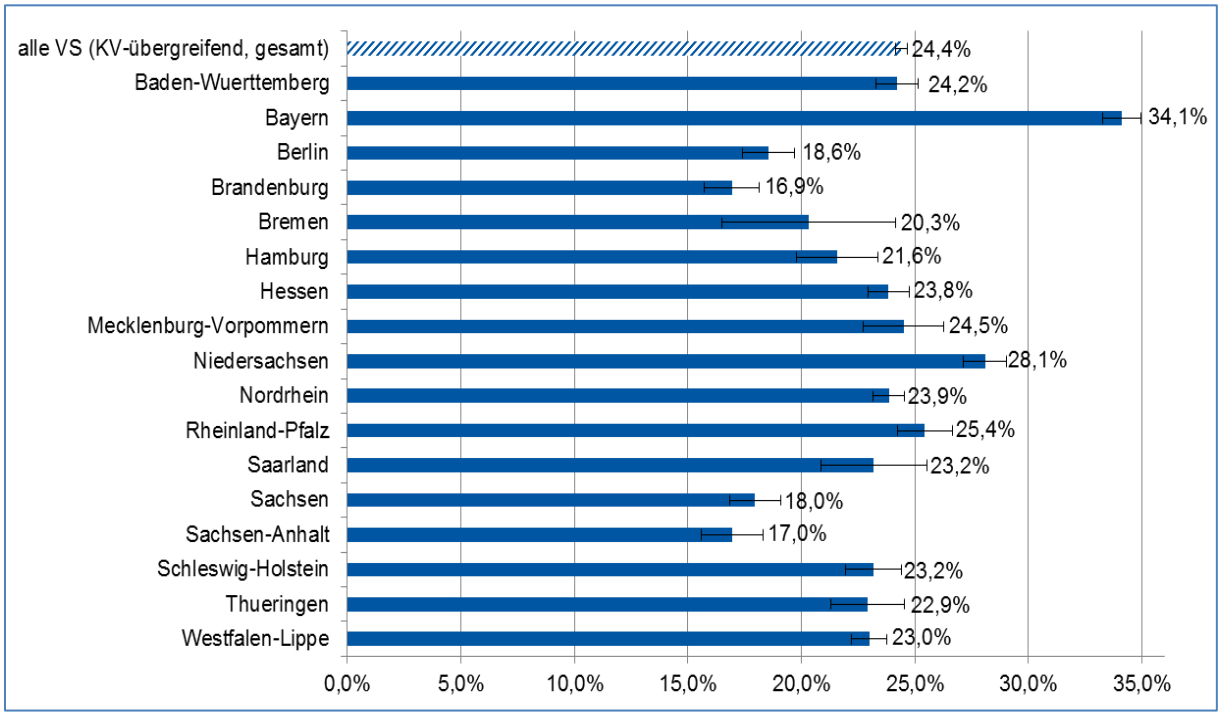


Abbildung 4-4: Anteil Verstorbene mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall
(VS Versicherte, KV Kassenärztliche Vereinigung)

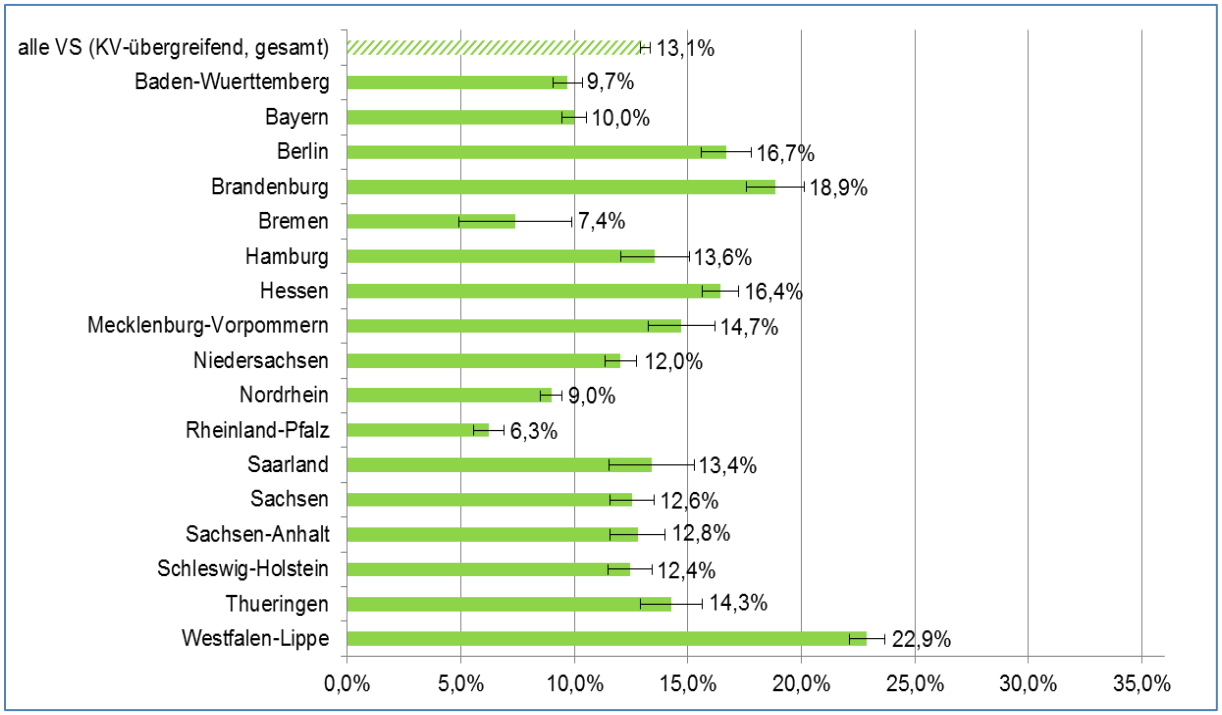


Abbildung 4-5: Anteil Verstorbene mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall (VS Versicherte, KV Kassenärztliche Vereinigung)

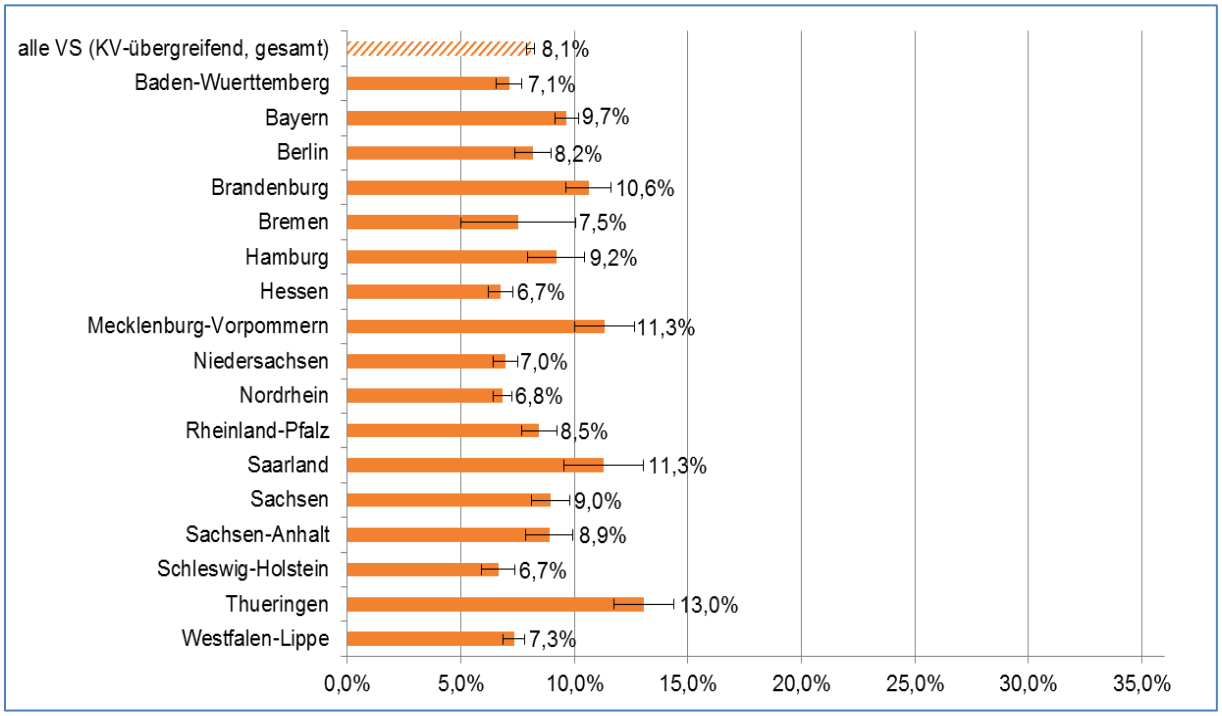


Abbildung 4-6: Anteil Verstorbene mit stationärer Palliativversorgung im Krankenhaus in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall (VS Versicherte, KV Kassenärztliche Vereinigung)

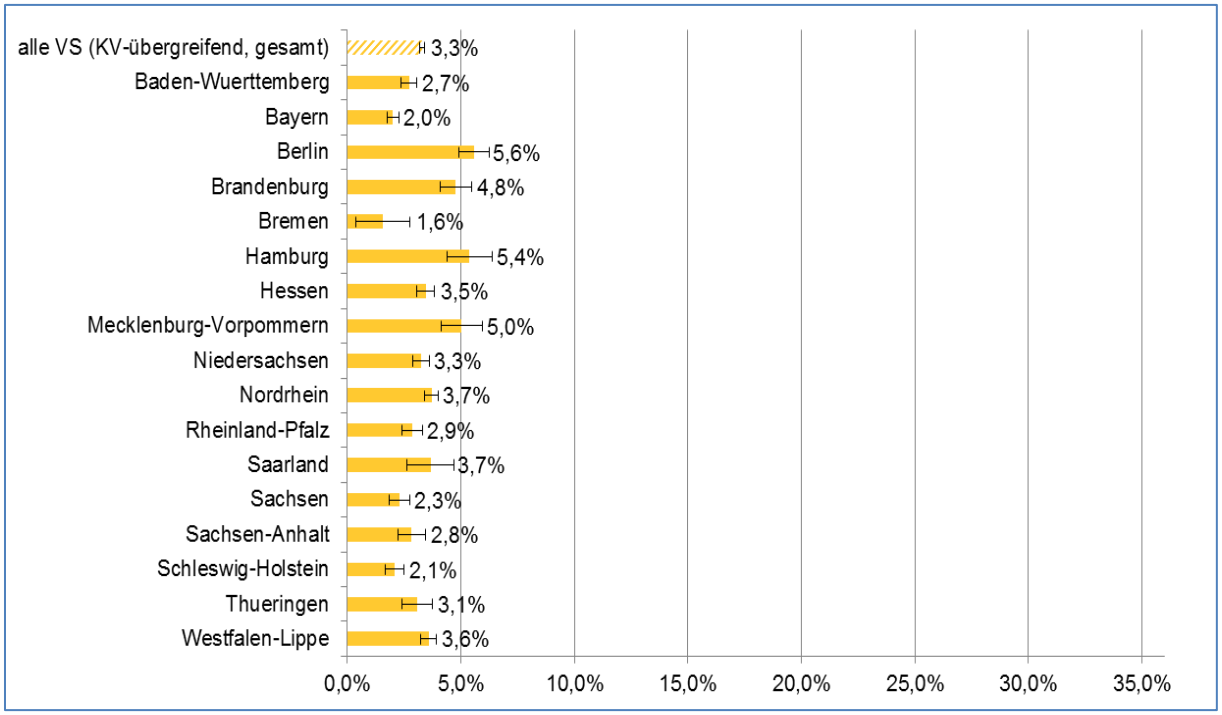


Abbildung 4-7: Anteil Verstorbene mit stationären Hospizleistungen in den einzelnen KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert, Balken incl. 95%-Konfidenzintervall
(VS Versicherte, KV Kassenärztliche Vereinigung)

4.4 Studienpopulation/Kohorten (distinkt)

Insgesamt nahmen 32,7% der VS mind. 1 palliative Leistung in den letzten 6 Lebensmonaten in Anspruch. Nur AAPV erhielten 16,5% der VS, nur SAPV 5,2% und 7,9% der VS erhielten SAPV+AAPV (Tabelle 4-2). Der Anteil der SAPV-versorgten VS (mind. 1 SAPV-VO oder SAPV-Leistung) an den verstorbenen Erwachsenen liegt damit nicht mehr bei 3,5%, wie der Bertelsmann-Faktencheck für die Jahre 2011-2014 berichtet (Radbruch et al. 2015), sondern bei eindrucksvollen 13,1% für das Jahr 2016.

Tabelle 4-2: Verteilung der Studienpopulation auf die Kohorten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 2016 in Deutschland Verstorbenen

Studien-population		Kohorten						Gesamt
		keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	nur Hospiz	
Gesamt	**N**	64.595	15.820	4.987	7.605	2.884	71	95.962
	%	67,3	16,5	5,2	7,9	3,0	0,1	100,0

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

Ausschließlich stationäre PV erhielten lediglich 3,0% der VS. Bei 0,1% VS wurden ausschließlich Hospizleistungen abgerechnet (Tabelle 4-2). Diese Restgruppe soll im Folgenden nicht weiter betrachtet werden.

4.5 Patientencharakteristika

4.5.1 Demographische, morbiditäts- und behandlungsbezogene Merkmale

Betrachtet man die Merkmale der VS in den unterschiedlichen Versorgungsformen, so zeigt sich, dass VS, die nur AAPV erhalten, ein um etwa 3 Jahre höheres Durchschnittsalter aufweisen (78,7 Jahre) als solche, die nur SAPV (76,4 Jahre) bzw. AAPV+SAPV (75,3 Jahre) erhalten. Weiterhin weisen VS in der AAPV einen höheren Frauenanteil (55,9% vs. 48,6% bzw. 51,3%), einen deutlich höheren Anteil von Pflegeheimbewohnern (44,1% vs. 28,6% bzw. 30,2%), einen deutlich geringeren Anteil an Krebserkrankten (52,8% vs. 76,0% bzw. 81,3%) und einen insgesamt geringeren Charlson-Morbiditätsindex (4,9 vs. 5,7 bzw. 6,1) auf als VS, die SAPV bzw. SAPV+AAPV erhalten haben (Tabelle 4-3). Dies deutet auf einen höheren medizinischen Versorgungsbedarf der VS in der SAPV gegenüber VS in AAPV hin. Der höhere Anteil an stationär im Hospiz versorgten VS in der SAPV im Vergleich zur AAPV (13,9% bzw. 16,8% vs. 6,9%) bestätigt dies ebenfalls. Auch ist der Anteil von VS mit SAPV, die stationäre PV im Krankenhaus erhalten haben doppelt so hoch im Vergleich zur AAPV (22,8% bzw. 25,0% vs. 11,7%). Dies könnte auch darauf hinweisen, dass VS mit PV im Krankenhaus anschließend in die SAPV entlassen wurden (SAPV-VO aus dem Krankenhaus).

Tabelle 4-3: Demographische, morbiditäts- und behandlungsbezogene Merkmale der Versicherten in den verschiedenen Kohorten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Merkmale		Kohorten					
	Ausprägung	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Geschlecht	weiblich [%]	49,8	55,9	48,6	51,3	49,0	50,8
Alter	Mean	78,8	78,7	76,4	75,3	74,1	78,3
	Std	13,2	12,9	14,9	15,1	15,7	13,6
Kreistyp	städtisch [%]	72,0	70,5	71,0	73,0	70,2	71,7
Pflegestufe	keine [%]	40,2	13,3	7,4	6,9	44,2	31,5
Pflegeheim-bewohner	ja [%]	26,8	44,1	28,6	30,2	10,8	29,5
Stationäres Hospiz	ja [%]	0,0	6,9	13,9	16,8	2,3	3,3
Stationäre PV	ja [%]	0,0	11,7	22,8	25,0	100,0	8,1
Morbidität (Charlson-Index)	Mean	3,6	4,9	5,7	6,1	5,3	4,2
	Std	3,2	3,9	4,3	4,4	4,3	3,7
Tumor	ja [%]	27,8	52,8	76,0	81,3	79,6	40,3

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

Während der Anteil an Krebspatienten in der SAPV höher ist als in der AAPV, werden in der AAPV häufiger VS mit Herzinsuffizienz und Demenzerkrankungen versorgt (Tabelle 4-4).

Tabelle 4-4: Grunderkrankungen der Versicherten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Grunderkrankungen [% der VS]	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Bösartige Neubildungen … insgesamt	27,8	52,8	76,0	81,3	79,6	40,3
… der Brustdrüse	3,2	6,2	8,4	9,9	10,1	4,7
… des Dickdarms	3,5	7,4	10,6	12,1	9,6	5,4
… der Verdauungsorgane	6,6	16,8	26,7	30,0	25,4	11,8
… der Verdauungsorgane incl. Metastasen	8,7	24,4	40,0	46,0	43,8	17,0
… von Lunge, Bronchien, Trachea	3,3	9,3	15,6	16,2	18,7	6,4
… der Prostata	4,2	7,4	8,8	9,5	7,4	5,5
Sonstige bösartige Neubildungen	11,7	16,8	22,3	22,0	23,7	14,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (Kap. I)	89,7	91,3	85,6	85,7	87,1	89,4
… Herzinsuffizienz	44,7	42,5	32,5	30,0	36,0	42,3
… Zerebrovaskuläre Krankheiten	32,9	32,7	26,0	24,5	26,2	31,6
… sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	87,3	88,3	83,0	83,2	84,7	86,9
Nierenkrankheiten	46,3	45,7	40,2	40,2	51,3	45,6

Grunderkrankungen [% der VS]	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Leberkrankheiten	17,9	18,1	18,8	20,0	25,7	18,4
Atemwegserkrankungen	57,2	54,6	50,8	51,2	62,9	56,1
Neurodegenerative Krankheiten	7,1	8,5	6,7	5,9	4,5	7,1
Alzheimer- und Demenzerkrankung, Senilität	41,8	54,7	30,4	31,1	22,3	41,9
HIV-Krankheit	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
Keine der o.g. Erkrankungen	4,7	0,2	0,3	0,1	0,1	3,2
Mehrere Grunderkrankungen	88,4	96,1	93,1	94,1	95,4	90,6

(VS Versicherte, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.5.2 Beginn der Palliativversorgung

Die Betrachtung des Beginns von SAPV-Leistungen in Anzahl Tage vor dem Tod (ohne SAPV-VO) ergab, dass bei 59,4% der VS mit SAPV die erste SAPV-Leistung innerhalb von 30 Tagen (1 Monat) vor dem Tod abgerechnet wurde. 15,6% der VS mit SAPV erhielten ihre erste SAPV-Leistung innerhalb von 3 Tagen vor dem Tod (Tabelle 4-5).

Tabelle 4-5: Beginn der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [Anzahl Tage vor dem Tod][1]

Anzahl Tage zw. erster SAPV-Leistung und Tod	Anteil VS [%]	Kumulativer Anteil VS [%]
0	2,39	2,4
1	4,69	7,1
2	4,67	11,7
3	3,87	15,6
4	3,68	19,3
5	3,24	22,5
6	2,64	25,2
7	2,89	28,1
:		
14	1,60	42,0
:		
21	1,16	51,0
:		
28	0,81	57,6
:		
30	0,80	59,4
:		
61	0,38	76,7
:		
91	0,23	85,3

[1]Bezugszeitraum: letzte 6 Lebensmonate, nur Versicherte, die SAPV erhalten haben

(SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, VS Versicherte)

Die Betrachtung des Beginns von AAPV-Leistungen [Anzahl Tage vor dem Tod] zeigte, dass bei 42,2% der VS mit AAPV die erste AAPV-Leistung innerhalb von 30 Tagen (1 Monat) vor dem Tod abgerechnet wurde. 10,5% der VS mit AAPV erhielten ihre erste AAPV-Leistung innerhalb von 3 Tagen vor dem Tod (Tabelle 4-6).

Tabelle 4-6: Beginn der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung [Anzahl Tage vor dem Tod][1]

Anzahl Tage zw. erster AAPV-Leistung und Tod	Anteil VS [%]	Kumulativer Anteil VS [%]
0	1,65	1,7
1	3,35	5,0
2	2,96	8,0
3	2,57	10,5
4	2,57	13,1
5	2,19	15,3
6	1,96	17,3
7	1,75	19,0
:		
14	1,15	28,7
:		
21	0,87	35,3
:		
28	0,66	40,7
:		
30	0,68	42,2
:		
61	0,44	58,7
:		
91	0,26	68,7

[1]Bezugszeitraum: letzte 6 Lebensmonate, nur Versicherte, die AAPV erhalten haben
(AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, VS Versicherte)

AAPV setzt insgesamt früher ein als SAPV: Median 43 vs. 21 Tage vor dem Tod (Tabelle 4-7, Tabelle 4-8). In der Kohorte SAPV+AAPV wird SAPV eher hinzugezogen als in der Kohorte nur SAPV: Median 23 vs. 18 Tage vor dem Tod. Der Median der SAPV-Dauer liegt bei 14 Tagen. Die SAPV dauert bis zum Tod an (Median der SAPV-Lücke bis zum Tod: 0 Tage; Tabelle 4-7).

Tabelle 4-7: Dauer der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung[1] – Deskriptive Statistik

	N	Mean	Std	Median	IQR	Min	P25	P75	Max
Tage ab Beginn der 1. SAPV-Leistung bis Tod									
nur SAPV	4.934	39,2	48,7	**18**	48	0	5	53	183
SAPV+AAPV	7.591	42,8	47,2	**23**	54	0	8	62	183
SAPV gesamt	12.525	41,4	47,9	**21**	52	0	7	59	183
SAPV-Dauer in Tagen (Beginn der 1. SAPV-Abrechnung bis Ende der letzten SAPV-Abrechnung)									
nur SAPV	4.526	33,2	44,4	**14**	38	1	4	42	184
SAPV+AAPV	7.167	31,9	41,7	**14**	40	1	3	43	184
SAPV gesamt	11.693	32,4	42,8	**14**	39	1	4	43	184

	N	Mean	Std	Median	IQR	Min	P25	P75	Max
SAPV-Lücke bis Tod in Tagen (Ende letzte SAPV-Abrechnung bis Tod)									
nur SAPV	4.526	6,1	20,2	**0**	1	0	0	1	182
SAPV+AAPV	7.167	11,0	26,3	**0**	7	0	0	7	183
SAPV gesamt	11.693	9,1	24,2	**0**	4	0	0	4	183

[1]Bezugszeitraum: letzte 6 Lebensmonate, nur Versicherte, die SAPV bzw. AAPV erhalten haben
(SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung)

Die AAPV beginnt im Median 43 Tage vor dem Tod und dauert im Median 16 Tage. Die Lücke zum Tod beträgt bei der AAPV im Median 6 Tage (Tabelle 4-8). (Achtung! AAPV: einzelne Leistungstage vs. SAPV mit Leistungszeiträumen mit Beginn und Ende.)

Tabelle 4-8: Dauer der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung[1] – Deskriptive Statistik

	N	Mean	Std	Median	IQR	Min	P25	P75	Max
Tage ab 1. AAPV-Leistung bis Tod									
nur AAPV	16.294	63,9	60,7	**40**	104	0	10	114	183
SAPV+AAPV	7.591	66,7	57,9	**49**	100	0	14	114	183
AAPV gesamt	23.885	64,7	59,9	**43**	103	0	11	114	183
AAPV-Dauer in Tagen (1. Leistung bis letzte Leistung)									
nur AAPV	16.294	45,8	56,1	**17**	78	1	1	79	184
SAPV+AAPV	7.591	43,4	53,1	**15**	77	1	1	78	184
AAPV gesamt	23.885	45,0	55,1	**16**	77	1	1	78	184
AAPV-Lücke bis Tod in Tagen (letzte Leistung bis Tod)									
nur AAPV	16.294	19,1	32,0	**5**	20	0	1	21	183
SAPV+AAPV	7.591	24,3	34,7	**9**	30	0	2	32	183
AAPV gesamt	23.885	20,7	33,0	**6**	22	0	2	24	183

[1]Bezugszeitraum: letzte 6 Lebensmonate, nur Versicherte, die AAPV bzw. SAPV erhalten haben
(AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

4.5.3 SAPV-verordnender Arzt

SAPV-Verordnungen werden zum überwiegenden Teil von Hausärzten ausgestellt. In der Kohorte SAPV+AAPV ist dies deutlicher als in der Kohorte nur SAPV (Abbildung 4-8).

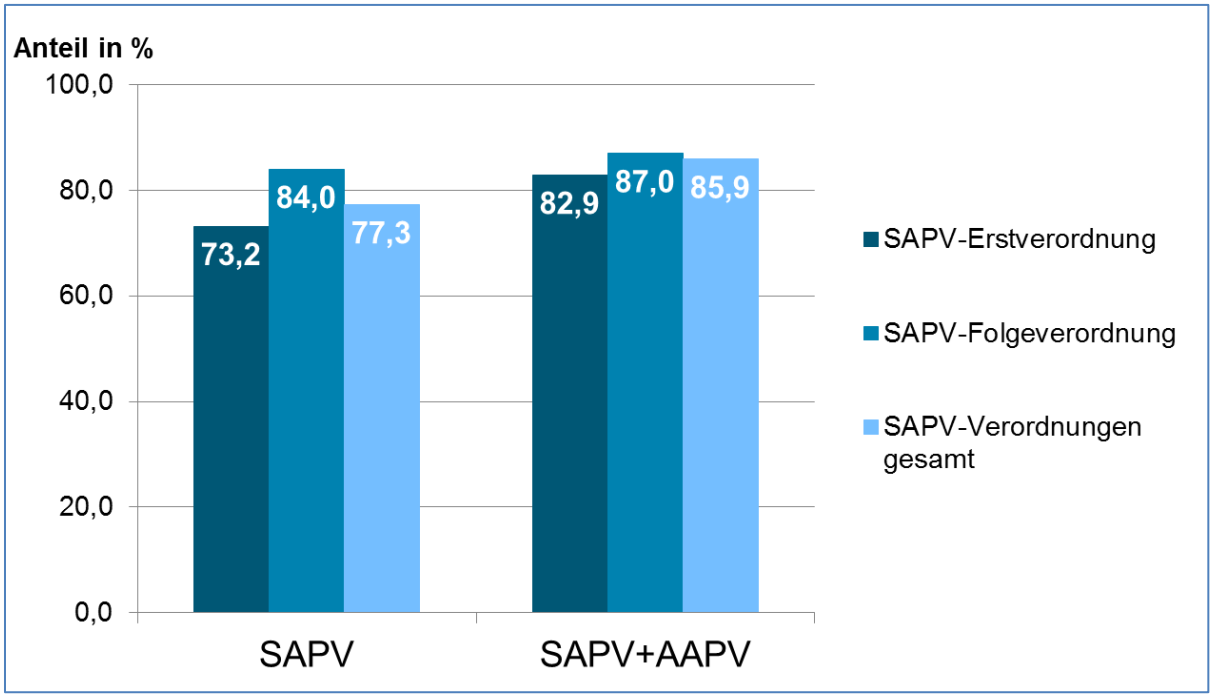


Abbildung 4-8: Anteil der Verordnungen von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung durch Hausärzte in den letzten 3 Lebensmonaten
(SAPV spezialisierte ambulante Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung)

4.5.4 Verordnungen von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung aus dem Krankenhaus: Schätzung

SAPV kann von Krankenhausärzten verordnet werden, jedoch längstens für die Dauer von 7 Tagen (SAPV-RL, §7, Abs. 1, Satz 3). Diese Verordnungen sind in den Routineabrechnungsdaten nicht als SAPV-VO identifizierbar. Anhand der SAPV-Leistungsabrechnungen, die uns von der BARMER zusätzlich zur Verfügung gestellt wurden, wurde der Anteil VS mit SAPV-Leistungen ohne SAPV-VO ermittelt (Tabelle 4-9). In Westfalen-Lippe ist keine SAPV-VO nach Muster 63 erforderlich und auch nicht abrechenbar (siehe „Vereinbarung zur Umsetzung der amb. pall.-med. Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“, §2, Abs. 4, Satz 6). Für VS aus Berlin liegen uns die SAPV-Leistungsabrechnungen nicht vollständig vor. Für alle anderen KV-Regionen kann das Vorliegen von SAPV-Leistungsabrechnungen ohne SAPV-VO als Hinweis auf eine VO aus dem Krankenhaus gesehen werden. Der Anteil an VS ohne SAPV-VO beträgt im Durchschnitt der Studienpopulation (ohne Westfalen-Lippe und ohne Berlin) 34,7%.

Plausibilitätsprüfungen hinsichtlich Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Lebensmonaten und anschließend beginnender SAPV haben ergeben, dass für 10% der VS (321 von 3.206) kein Krankenhausaufenthalt in diesem Zeitraum dokumentiert wurde. Bei 59,4% der VS (1.903 von 3.206) begann die SAPV innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem KH. Bezogen auf die Grundgesamtheit von 9.235 VS mit SAPV (ohne Westfalen-Lippe & Berlin) ist damit für 20,6% der VS eine SAPV-VO aus dem KH plausibel (Tabelle 4-9). Bei mehr als einem Viertel davon (5,9% von 9.235) lagen Entlassung aus dem KH und SAPV-Beginn innerhalb von 7 Tagen vor dem Tod, sodass eine Folge-VO nicht ausgestellt worden wäre.

Tabelle 4-9: Versicherte mit Leistungen der Spezialisierten ambulante Palliativversorgung (SAPV) ohne SAPV-Verordnung und Schätzung der SAPV-Verordnungen aus dem Krankenhaus

KV-Region	VS in SAPV	VS ohne VO		VS ohne VO & mit SAPV-Beginn innerhalb von 7 Tagen nach KH-Entlassung	
	n	n	%	n	%
Baden-Württemberg	772	381	49,4	193	25,0
Bayern	1.161	440	37,9	241	20,8
Berlin	730	18	2,5		
Brandenburg	653	213	32,6	148	22,7
Bremen	29	8	27,6	7	24,1
Hamburg	268	107	39,9	63	23,5
Hessen	1.360	376	27,6	236	17,4
Mecklenburg-Vorpommern	323	114	35,3	76	23,5
Niedersachsen	1.036	236	22,8	141	13,6
Nordrhein	1.347	494	36,7	308	22,9
Rheinland-Pfalz	308	136	44,2	81	26,3
Saarland	164	32	19,5	16	9,8
Sachsen	562	201	35,8	105	18,7
Sachsen-Anhalt	355	173	48,7	107	30,1
Schleswig-Holstein	542	178	32,8	116	21,4
Thüringen	355	117	33,0	65	18,3
Westfalen-Lippe	2.560	2.540	99,2		
Gesamt	**12.525**	**5.764**	**46,0**		
Gesamt ohne Westfalen-Lippe und ohne Berlin	***9.235***	***3.206***	***34,7***	**1.903**	**20,6**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, VS Versicherte, SAPV spezialisierte ambulante Palliativversorgung, VO Verordnung, KH Krankenhaus)

4.5.5 Sterbeort

Ein Ziel der SAPV ist es, schwerstkranken Menschen das Versterben in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung zu ermöglichen (vgl. SAPV-RL, § 1, Abs. 1, Satz 1). Dieses Ziel wird erreicht, denn die Daten zeigen, dass VS mit SAPV deutlich häufiger zuhause versterben als VS mit AAPV oder VS ohne PV (>50% der VS mit SAPV vs. ca. 30% der VS mit AAPV bzw. ohne PV). Insbesondere versterben VS mit SAPV deutlich weniger im Krankenhaus (ca. 15%) als VS mit AAPV (ca. 30%) bzw. VS ohne PV (>50%). VS mit AAPV versterben etwa zu gleich Anteilen zuhause, im Pflegeheim und im Krankenhaus (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Sterbeort, alters- und geschlechtsstandardisiert

Sterbeort [%]	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+AAPV	nur stat. PV	gesamt
zuhause	30,5	29,0	52,7	51,1	5,4	32,3
Pflegeheim	17,0	33,7	18,4	18,2	2,2	19,4
Krankenhaus[1]	52,6	30,7	15,5	14,8	90,2	45,1
Hospiz	0,0	6,6	13,4	16,0	2,3	3,2

[1]incl. Palliativstation
(VS Versicherte, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.6 Gesamtkosten der Versorgung in den letzten 3 Lebensmonaten

Während die **Kosten der AAPV** in den letzten 3 Lebensmonaten durchschnittlich 194 € (nur AAPV) bzw. 181 € (SAPV+AAPV) betragen, liegen die **Kosten für SAPV** bei 2.291 € (nur SAPV) bzw. 2.031 € (SAPV+AAPV). Kosten für **Krankenhausaufenthalte mit palliativmedizinischer Behandlung** ergeben bei VS mit nur AAPV durchschnittlich 689€ und bei VS mit SAPV 1.554€ bzw. 1.632€. Hier liegt die Vermutung nahe, dass Patienten, die im Krankenhaus PV erhalten haben, anschließend häufig in die SAPV entlassen werden. Andererseits könnten diese Unterschiede auch darauf hindeuten, dass bei Patienten der AAPV-Kohorte weniger stationäre PV zum Einsatz kommt bzw. insgesamt seltener (oder auch kürzer und damit nicht erlösrelevant) eine stationäre palliativmedizinische Behandlung erfolgt. Bei VS mit SAPV fallen im Mittel höhere **Kosten für stationäre Hospizleistungen** an als bei VS, die nur AAPV bekommen (574€ bzw. 689€ vs. 218€), da sie häufiger im Hospiz versorgt werden. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass einige Hospize regelhaft auf SAPV-Verordnung für ihre Patienten bestehen.
VS mit SAPV weisen im Mittel deutlich höhere **Arzneimittelkosten** auf (3.329€ bzw. 3.420€) als VS, die nur AAPV erhalten haben (1.688€) – davon gehen 754€ bzw. 702€ explizit auf Verordnungen durch SAPV-Ärzte zurück. Auch weisen VS in der SAPV deutlich höhere **Hilfsmittelkosten** auf als VS in der AAPV (862€ bzw. 873€ vs. 479€). Ebenso beobachten wir bei VS in der SAPV deutlich höhere **Kosten für Häusliche Krankenpflege**[1] als bei VS in der AAPV (702€ bzw. 842€ vs. 376€).
Die **Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung** (ausgenommen der Kosten für abgerechnete AAPV- und SAPV-Ziffern) unterscheiden sich im Mittel zwischen VS mit SAPV und VS, die nur AAPV erhalten haben, um nur 100-120 € (864€ (nur SAPV) bzw. 884€ (SAPV+AAPV) vs. 766€ (nur AAPV)). Die **Krankenhauskosten ohne stationäre Palliativversorgung** belaufen sich bei VS der Kohorte nur AAPV auf durchschnittlich 6.134€, während sie bei VS mit SAPV+AAPV 5.748€ und bei VS mit nur SAPV 6.509€ betragen. Einen vertiefenden Einblick in die Krankenhausinanspruchnahme liefern die Analysen zu den Qualitäts-/Versorgungsindikatoren.
Bei den **Gesamtkosten** zeigen sich schließlich Summen zwischen 10.821€ in der Kohorte nur AAPV, 17.038€ Euro in der Kohorte nur SAPV sowie 16.632€ in der Kohorte SAPV+AAPV (Tabelle 4-11). Diese Kostenunterschiede verstehen sich rein deskriptiv. Es ist davon auszugehen, dass diese zu einem großen Teil dadurch begründet sind, dass SAPV-Patienten eine höhere versorgungsrelevante Morbiditätslast aufweisen.

[1] Dabei ist zu berücksichtigen, dass in einigen Bundesländern im Rahmen von SAPV-Vollversorgung keine zusätzliche Verordnung häuslicher Krankenpflege möglich ist.

Tabelle 4-11: Kosten [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Kostenposition [€], alters- und geschlechtsstandardisiert	Kohorten										Gesamt	
	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV			
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
AAPV-Leistungen	0	0	194	286	0	0	181	240	0	0	47	159
SAPV-Leistungen	0	2	0	39	2.291	2.981	2.031	2.700	0	0	279	1.246
SAPV-Verordnungen	0	0	0	0	15	16	15	17	0	0	2	8
Krankenhausaufenthalte	9.904	21.451	6.883	11.398	8.144	10.726	7.467	9.516	16.514	18.242	9.304	18.872
... davon MIT palliativmedizinischer OPS[1]	0	0	689	3.203	1.554	4.842	1.632	4.608	7.027	13.278	535	3.385
... davon OHNE palliativmedizinische OPS	9.863	21.426	6.134	11.046	6.509	10.024	5.748	8.631	9.378	14.855	8.718	18.671
Stationäre Hospizleistungen	0	0	218	1.504	574	2.611	689	2.816	86	924	125	1.205
Arzneimittel	838	2.911	1.688	4.160	3.329	7.061	3.420	6.403	2.634	6.230	1.369	4.045
... davon vom SAPV-Arzt[2]	0	6	1	42	754	2.381	702	2.116	4	84	90	821
Hilfsmittel	287	782	479	1.071	862	1.302	873	1.363	412	863	400	948
... davon vom SAPV-Arzt	0	1	0	16	154	514	159	594	1	21	19	204
Häusliche Krankenpflege (HKP)	228	1.846	376	3.035	702	3.703	842	3.695	147	729	324	2.384
Ambulante ärztliche Versorgung (ohne Leistungen der Palliativversorgung)	606	1.493	766	1.269	864	1.532	884	1.296	874	1.585	676	1.451
Ferner:												
Heilmittel	89	265	110	292	162	414	135	327	66	227	99	284
... davon vom SAPV-Arzt	0	0	0	10	43	203	27	137	0	1	4	60
Rehabilitation	90	875	72	880	51	533	45	542	111	973	82	845
Hochschulambulanz-Versorgung	17	137	33	218	43	258	50	631	63	373	25	245
Gesamt	**12.061**	*22.133*	**10.821**	*13.762*	**17.038**	*15.028*	**16.632**	*14.054*	**20.907**	*19.351*	**12.733**	*20.087*

[1]OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel; palliativmedizinische OPS: 8-982, 8-98e; [2]korrigiert um die KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, da hier die Pseudonummer des SAPV-Arztes nicht gültig ist

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel)

4.7 Inanspruchnahme (Auswahl)

Im Folgenden wird die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die Verstorbenen in den jeweils letzten 3 Lebensmonaten anhand einer Auswahl an Indikatoren dargestellt. Für einen kleinen Teil der Indikatoren wird zusätzlich die Inanspruchnahme in den letzten 30 Lebenstagen abgebildet.

4.7.1 Sektor ambulante ärztliche Versorgung

4.7.1.1 Allgemeine Inanspruchnahme

Die Ergebnisse zeigen, dass der Hausarzt (HA) in den letzten 3 Monaten bei VS, die nur SAPV erhalten, eine geringere Rolle spielt als bei denjenigen VS, die auch AAPV erhalten haben. Gleichzeitig spiegelt sich auch hier die deutlich größere Krankheitslast von VS mit SAPV wider: in Kohorten mit SAPV ist die Inanspruchnahme von Fachärzten deutlich höher als bei VS mit nur AAPV oder solchen, die keine PV erhalten haben. Der höhere Bedarf an ärztlicher Versorgung bei VS mit nur AAPV im Vergleich zu VS, die keine PV erhalten haben ist anhand der deutlich höheren Anzahl an Hausbesuchen durch Hausärzte erkennbar (Tabelle 4-12).

Tabelle 4-12: Allgemeine Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Ambulante ärztliche Versorgung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Arztkontakte insgesamt	10,1	13,6	15,1	17,1	21,0	15,9	16,1	22,3	20,9	20,2	25,5	19,8	12,5	17,7	17,9	12,2	16,4	16,6
HA-Kontakte	6,3	8,1	7,8	12,0	14,1	9,8	7,8	9,7	8,6	11,7	13,9	9,5	5,9	7,8	7,8	7,5	9,6	8,7
Verschiedene kontaktierte HÄ	1,7	1,8	1,1	2,0	2,2	1,1	2,0	2,1	1,2	2,3	2,5	1,3	1,6	1,8	1,2	1,8	1,9	1,1
HA-Hausbesuche (nach EBM)	0,8	2,6	4,1	4,3	6,0	6,7	1,0	2,5	4,6	2,9	4,6	5,8	0,0	1,4	3,0	1,2	3,3	5,0
... davon dringende HA-Hausbesuche	0,0	0,5	1,3	0,8	1,6	2,5	0,0	0,5	1,3	0,0	1,2	2,4	0,0	0,3	1,0	0,0	0,8	1,7
FA-Kontakte	2,2	5,6	12,5	3,0	6,9	12,3	5,4	12,5	19,4	5,3	11,6	17,3	4,3	10,0	15,6	2,6	6,8	13,6
... davon Onkologen-Kontakte	0,0	0,3	2,5	0,0	1,1	4,3	0,0	1,8	5,3	0,0	2,2	5,8	0,0	2,0	6,2	0,0	0,7	3,6
... davon Psychologen-Kontakte	0,0	0,4	1,7	0,0	0,4	1,4	0,0	0,3	1,2	0,0	0,3	1,1	0,0	0,2	0,9	0,0	0,4	1,6
Ambulante Notfälle (Notschein)	0,0	0,4	0,7	0,0	0,5	0,8	0,0	0,4	0,8	0,0	0,4	0,7	0,0	0,3	0,7	0,0	0,4	0,8
Tage mit bildgebender Diagnostik	0,0	0,4	0,9	0,0	0,5	1,1	0,0	0,7	1,4	0,0	0,8	1,4	0,0	0,9	1,5	0,0	0,5	1,1

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, HA Hausarzt, EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab, FA Facharzt)

4.7.1.2 Spezifische Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme palliativmedizinischer HA-Kontakte nach EBM ist in der Kohorte mit nur AAPV in den letzten 3 und 6 Lebensmonaten höher als in der Kohorte SAPV+AAPV. Im Gegensatz dazu sind die palliativmedizinischen Arztkontakte nach Sonderziffern im Mittel in der Kohorte SAPV+AAPV höher als in der Kohorte nur AAPV. Die mittlere Anzahl an SAPV-Verordnungen unterscheidet sich nicht zwischen den Kohorten nur SAPV und SAPV+AAPV. SAPV-VO werden in der Summe mehr vom HA ausgestellt, wenn dieser weiter in die palliative Versorgung involviert bleibt: vgl. Kohorte SAPV+AAPV vs. nur SAPV (Tabelle 4-13, Tabelle 7-3). Betrachtet man nur die letzten 6 Lebensmonate, so wird die SAPV-Erstverordnung in der Kohorte SAPV+AAPV häufiger vom HA ausgestellt als in

der Kohorte nur SAPV (Tabelle 7-3). Das deutet darauf hin, dass der HA den Bedarf an SAPV bei einem betreuten Patienten eher wahrnimmt als der ebenfalls involvierte Facharzt (FA).

Tabelle 4-13: Spezifische Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Spezifische ambulante ärztliche Versorgung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Pall.-med. Arztkontakte nach EBM	0,0	0,0	0,0	1,6	2,7	3,8	0,0	0,0	0,0	0,9	1,9	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,1
... davon pall.-med. HA-Kontakte nach EBM	0,0	0,0	0,0	1,6	2,7	3,8	0,0	0,0	0,0	0,9	1,9	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,1
Pall.-med. Arztkontakte nach Sonderziffern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,7
... davon pall.-med. HA-Kontakte nach Sonder-ziffern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,6
... davon pall.-med. Onkologen-Kontakte nach Sonderziffern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
SAPV-Erstverordnung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
... davon SAPV-Erstver-ordnung durch HA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
SAPV-Folgeverordnung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
... davon SAPV-Folgever-ordnung durch HA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Summe der SAPV-Ver-ordnungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,7	0,8	0,0	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4
... davon Summe der SAPV-Verordnungen durch HA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,0	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, pall.-med. palliativmedizinische, EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab, HA Hausarzt)

4.7.2 Sektor Krankenhaus

Während sich die Anzahl vollstationärer Krankenhausaufenthalte im Median bei Betrachtung der letzten 6 Monate noch deutlich unterscheidet zwischen VS mit SAPV und jenen, die nur AAPV erhalten haben (Tabelle 7-4), ist dieser Unterschied bei Eingrenzung des Beobachtungszeitraums auf 3 Monate vor dem Tod nicht mehr gegeben (1,2 bzw. 1,1 vs. 1,0 Aufenthalte). Krankenhausaufenthalte waren überwiegend ohne palliative Behandlungen und dauerten bei VS mit SAPV im Median etwa 4-6 Tage länger als bei VS mit nur AAPV (12,4 bzw. 11,4 vs. 7,6 Tage; Tabelle 4-14).

Tabelle 4-14: Krankenhausbehandlungen in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Krankenhaus-behandlung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Krankenhausaufenthalte insgesamt	1,0	1,3	1,3	1,0	1,4	1,5	1,2	1,7	1,5	1,2	1,6	1,5	2,2	2,4	1,5	1,0	1,4	1,4
Vollstationäre Kranken-hausaufenthalte	1,0	1,2	1,2	1,0	1,3	1,4	1,2	1,6	1,4	1,1	1,5	1,4	2,1	2,3	1,5	1,0	1,3	1,3
Vollstationäre Kranken-hausaufenthalte ohne palliative OPS[1]	0,9	1,1	1,1	0,9	1,1	1,3	1,1	1,4	1,3	1,0	1,3	1,3	1,7	2,0	1,4	0,9	1,2	1,2
Krankenhaustage	5,9	13,4	19,2	7,6	13,7	17,2	12,4	17,3	18,2	11,4	15,9	17,1	25,7	30,7	22,1	7,5	14,4	19,0
Stationäre Notfall-behandlungen	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	0,8	0,9	1,0	1,1	1,3	1,0	0,9	0,9	1,0

[1]palliative OPS: 8-982.0-.3 bzw. 8-98e.0-.3

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

Betrachtet man nur die letzten 30 Lebenstage, so gibt es keinen Unterschied zwischen VS mit AAPV und SAPV in Bezug auf vollstationäre Krankenhausaufenthalte (Tabelle 4-15).

Tabelle 4-15: Krankenhausbehandlungen in den letzten 30 Lebenstagen, alters- und geschlechtsstandardisiert

Krankenhausbehandlung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Vollstationäre Krankenhausaufenthalte (auch anteilig)	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	1,2	1,5	0,8	0,9	0,8	0,8
Kosten für vollstationäre Krankenhausaufenthalte (auch anteilig)	2322	6584	13787	1393	3465	6484	1815	3388	5276	1028	2900	4635	7563	9809	9454	2211	5693	11954

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.7.3 Arzneimittel-Sektor

4.7.3.1 Allgemeine Inanspruchnahme

Die höhere Krankheitslast bei VS mit SAPV wird auch bei Betrachtung der Arzneimittel-Verordnungen deutlich: VS in der SAPV erhalten im Median bis zu 11 Arzneimittel-VO (in den letzten 6 Lebensmonaten bis zu 14, vgl. Tabelle 7-5) mehr als VS die nur in der AAPV versorgt wurden (22,9 bzw. 25,3 vs. 14,3 Arzneimittel-VO (Verordnungspositionen)). In der Kohorte nur SAPV werden davon weniger als die Hälfte vom HA verordnet (Tabelle 4-16).

Tabelle 4-16: Verordnete und in der Apotheke abgeholte Arzneimittel in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Arzneimittel	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Verordnete Arzneimittel: ATC-Codes	6,0	6,6	4,6	7,9	8,6	4,9	11,3	12,1	6,3	11,5	12,5	6,1	7,1	7,9	5,4	7,0	7,7	5,3
... davon vom HA verordnete ATC-Codes	4,9	5,4	4,2	6,6	7,3	4,5	5,7	6,3	5,0	7,3	7,9	5,2	4,9	5,6	4,7	5,4	6,0	4,5
Verordnete Arzneimittel: Verordnungspositionen	9,0	11,1	10,3	14,3	17,7	14,3	22,9	29,8	26,2	25,3	31,2	24,2	11,2	15,7	16,4	11,2	14,9	15,4

Arzneimittel	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
... davon vom HA verordnete Verordnungspositionen	7,0	8,8	8,4	11,5	14,1	11,6	8,8	12,0	13,0	13,1	16,3	15,1	6,7	9,4	10,4	8,1	10,5	10,3

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, ATC Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation, HA Hausarzt)

4.7.3.2 Spezifische Inanspruchnahme

VS in der Kohorte nur SAPV erhalten in den letzten 3 Lebensmonaten im Median 1 Arzneimittel-Verordnung mehr vom SAPV-Arzt als VS in der Kohorte SAPV+AAPV (4,7 vs. 3,7 Arzneimittel-Verordnungen vom SAPV-Arzt). Die Anzahl verordneter Opioide ist bei VS mit SAPV höher als bei VS mit nur AAPV (2,3 bzw. 3,6 vs. 0,8 Opioid-Verordnungen, Tabelle 4-17).

Tabelle 4-17: Spezifische verordnete und in der Apotheke abgeholte Arzneimittel in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Spezifische Arzneimittel	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Anzahl der durch SAPV-Arzt verordneten Arzneimittel (Verordnungspositionen)[1]	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	4,7	11,1	20,5	3,7	9,6	15,9	0,0	0,1	1,8	0,0	1,3	7,2
Anzahl der durch SAPV-Arzt verordneten Arzneimittel (ATC-Codes)[1]	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	2,5	4,2	5,1	2,1	3,8	4,7	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	2,2
Anzahl verordneter Opioide (ATC-Codes)	0,0	0,6	1,3	0,8	1,6	2,5	2,3	3,4	4,0	2,6	3,8	4,3	0,0	1,2	2,3	0,0	1,2	2,4

[1]Korrigiert um die KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, da hier die Pseudonummer des SAPV-Arztes nicht gültig ist
(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, ATC Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation)

Die Betrachtung der Arzneimittel-VO der letzten 30 Lebenstage zeigt, dass in den Kohorten mit SAPV etwa die Hälfte der verordneten Arzneimittel der letzten 3 Lebensmonate auf die letzten 30 Tage entfällt (Median 11,5 bzw. 12,1 von 22,9 bzw. 25,3, vgl. Tabelle 4-16, Tabelle 4-18). Im Vergleich: in der Kohorte nur AAPV ist es nur etwa ein Drittel (5,7 von 14,3). VS in der Kohorte nur SAPV erhalten bezogen auf die letzten 30 Lebenstage im Median 1 Arzneimittel-VO mehr vom SAPV-Arzt als VS in der Kohorte SAPV+AAPV (3,8 vs. 2,6 Arzneimittel-Verordnungen vom SAPV-Arzt). Die Kosten der Arzneimittel-VO in den letzten 30 Lebenstagen insgesamt sind in den Kohorten mit SAPV am höchsten und unterscheiden sich im Median nicht zwischen der Kohorte SAPV+AAPV und der Kohorte nur SAPV. Die Kosten der vom SAPV-Arzt verordneten Arzneimittel sind im Median in der Kohorte nur SAPV höher als in der Kohorte SAPV+AAPV (€ 91 vs. € 64, Tabelle 4-18).

Tabelle 4-18: Arzneimittel-Verordnungen und –Kosten in den letzten 30 Lebenstagen, alters- und geschlechtsstandardisiert

Arzneimittel	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Verordnete Arzneimittel: Verordnungspositionen	2,7	4,0	4,7	5,7	7,4	7,0	11,5	14,6	13,1	12,1	15,1	12,6	2,3	4,7	6,9	3,9	6,0	7,7
... davon vom SAPV-Arzt verordnete Arzneimittel (Verordnungspositionen)[1]	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	3,8	7,5	11,5	2,6	6,5	10,1	0,0	0,1	1,1	0,0	0,9	4,4
... davon vom SAPV-Arzt verordnete Arzneimittel (ATC-Codes)[1]	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	2,0	3,3	4,1	1,4	2,9	3,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	1,7
Kosten verordneter Arzneimittel [€]	70	274	1129	174	551	1555	446	1210	2692	452	1207	2282	69	685	2513	111	455	1528
... davon Kosten vom SAPV-Arzt verordneter Arzneimittel [€][1]	0	0	6	0	1	26	91	477	1355	64	458	1308	0	2	57	0	58	491

[1]Korrigiert um die KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, da hier die Pseudonummer des SAPV-Arztes nicht gültig ist.
(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, ATC Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation)

4.8 Qualitäts-/Versorgungsindikatoren

Aufgrund des Kriteriums einer mindestens 14- bzw. 30-tägigen PV vor dem Tod sowie der Indikatoren-spezifischen, weiteren Ausschlusskriterien wurden die Regressionsanalysen mit den folgenden Subpopulationen durchgeführt (Tabelle 4-19).

Tabelle 4-19: Subgruppen für Analysen der Qualitäts-/Versorgungsindikatoren im Vergleich zur Grundgesamtheit je Kohorte

Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren	Kohorten/Subgruppen					
	nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV	
	n	%	n	%	n	%
VS in Kohorten	16.294	*100,0*	4.934	*100,0*	7.591	*100,0*
Krankenhausaufenthalt (ohne pall. OPS) | Behandlung auf Intensivstation						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod	9.633	*59,1*	1.785	*36,2*	2.998	*39,5*
VS mit Beginn der PV mind. 14 Tage vor dem Tod	11.783	*72,3*	2.564	*52,0*	4.298	*56,6*
Chemotherapie						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod & mit Tumor	5.532	*34,0*	1.482	30,0	2.611	34,4
VS mit Beginn der PV mind. 14 Tage vor dem Tod & mit Tumor	6.629	*40,7*	2.129	*43,2*	3.711	*48,9*
Anlage/Wechsel einer PEG | Parenterale Ernährung						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod & ohne gastrointestinalen Tumor	7.860	*48,2*	1.264	25,6	2.077	27,4
VS mit Beginn der PV mind. 14 Tage vor dem Tod & ohne gastrointestinalen Tumor	9.648	*59,2*	1.825	*37,0*	2.941	*38,7*

(VS Versicherte, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, PV Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie, mind. mindestens)

Versicherte in den Kohorten nur SAPV und SAPV+AAPV versterben seltener im Krankenhaus, haben in den letzten 30 Tagen vor dem Tod seltener einen Krankenhausaufenthalt, werden innerhalb von 14 bzw. 30 Tagen vor dem Tod seltener auf der Intensivstation behandelt und bekommen seltener Chemotherapie als VS in der Kohorte AAPV. Hingegen bekommen VS in den Kohorten mit SAPV innerhalb von 14 bzw. 30 Tagen vor dem Tod häufiger parenterale Ernährung (Tabelle 4-20).

Tabelle 4-20: Häufigkeiten [% (n)] und Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen: Odds Ratios [CI][1]

Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren	Kohorten			Odds Ratios [CI]	
	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur SAPV vs. nur AAPV	SAPV+AAPV vs. nur AAPV
Versterben im Krankenhaus, % (n)**	36,9 (3.558)	22,0 (392)	18,7 (560)	0,274 [0,241-0,312]	0,229 [0,205-0,257]
Krankenhausaufenthalt[2] innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	41,6 (4.006)	27,2 (485)	26,7 (800)	0,328 [0,290-0,371]	0,338 [0,305-0,374]
Behandlung auf Intensivstation innerhalb von 30 Tagen vor dem	5,9 (571)	1,3 (24)	1,7 (52)	0,165 [0,109-0,250]	0,223 [0,166-0,298]

Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren	Kohorten			Odds Ratios [CI]	
	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur SAPV vs. nur AAPV	SAPV+AAPV vs. nur AAPV
Tod, % (n)**					
Behandlung auf Intensivstation innerhalb von 14 Tagen vor dem Tod, % (n)**	4,4 (516)	0,9 (22)	0,9 (39)	0,139 [0,090-0,215]	0,153 [0,109-0,213]
Chemotherapie innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	13,6 (752)	10,0 (148)	7,5 (196)	0,537 [0,441-0,654]	0,403 [0,338-0,480]
Chemotherapie innerhalb von 14 Tagen vor dem Tod, % (n)**	6,2 (411)	4,4 (93)	3,1 (115)	0,533 [0,420-0,675]	0,387 [0,312-0,482]
Parenterale Ernährung innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	1,5 (121)	4,8 (61)	5,5 (115)	1,892 [1,363-2,626]	2,262 [1,723-2,968]
Parenterale Ernährung innerhalb von 14 Tagen vor dem Tod, % (n)**	0,9 (88)	3,3 (60)	3,8 (113)	2,233 [1,585-3,146]	2,609 [1,948-3,495]
Anlage/Wechsel einer PEG innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)	0,7 (58)	0,6 (8)	0,6 (13)	0,609 [0,286-1,295]	0,610 [0,329-1,134]
Anlage/Wechsel einer PEG innerhalb von 14Tagen vor dem Tod, % (n)*	0,5 (46)	0,4 (7)	0,2 (6)	0,585 [0,260-1,316]	0,309 [0,130-0,736]

[1]Chi-square test, *p<.05, **p<.001; [2]ohne palliative OPS (8-982, 8-98e)
(VS Versicherte, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, PV Palliativversorgung, PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel)

4.9 Ausgewählte Ergebnisse auf Ebene der KV-Regionen

Die 95.962 VS unseres VS-Stamms sind wie folgt den einzelnen KV-Regionen zuzuordnen (Tabelle 4-21):

4.9.1 Kohortenzuordnung auf Ebene der KV-Regionen

Tabelle 4-21: Anzahl und Anteil Versicherter in den einzelnen Kohorten je KV-Regionen, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Summe	%
Baden-Württemberg	5.427	68,5	1.484	18,7	335	4,2	434	5,5	233	2,9	7.922	100
Bayern	6.962	59,2	3.183	27,1	345	2,9	829	7,1	437	3,7	11.764	100
Berlin	3.001	67,8	554	12,5	471	10,7	268	6,1	131	3,0	4.425	100
Brandenburg	2.478	68,9	316	8,8	386	10,7	293	8,1	122	3,4	3.598	100
Bremen	313	73,6	71	16,7	16	3,8	15	3,6	10	2,3	425	100
Hamburg	1.396	69,1	281	13,9	119	5,9	155	7,7	68	3,3	2.020	100
Hessen	5.478	66,7	1.181	14,4	573	7,0	776	9,5	195	2,4	8.207	100
Mecklenburg-Vorpommern	1.510	66,9	335	14,8	114	5,1	218	9,7	74	3,3	2.257	100
Niedersachsen	5.697	65,0	1.800	20,5	393	4,5	662	7,6	211	2,4	8.767	100
Nordrhein	10.270	69,0	2.876	19,3	663	4,5	673	4,5	381	2,6	14.881	100
Rheinland-Pfalz	3.446	68,1	1.109	21,9	138	2,7	178	3,5	183	3,6	5.058	100
Saarland	853	67,9	184	14,6	61	4,9	107	8,5	48	3,9	1.257	100
Sachsen	3.242	71,8	533	11,8	289	6,4	278	6,1	167	3,7	4.514	100
Sachsen-Anhalt	2.070	72,1	327	11,4	208	7,2	159	5,6	102	3,6	2.870	100
Schleswig-Holstein	3.106	69,4	716	16,0	237	5,3	320	7,2	95	2,1	4.474	100
Thüringen	1.684	66,7	360	14,3	142	5,6	218	8,6	120	4,7	2.524	100
Westfalen-Lippe	7.663	69,7	509	4,6	497	4,5	2.021	18,4	307	2,8	11.001	100
Gesamt	**64.595**	**67,3**	**15.820**	**16,5**	**4.987**	**5,2**	**7.605**	**7,9**	**2.884**	**3,0**	**95.962**	**100**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.9.2 Patientencharakteristika

4.9.2.1 Charlson-Index

Tabelle 4-22: Gesamtmorbidität (Charlson-Index) der Versicherten in den einzelnen Kohorten auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Baden-Württemberg	3,5	3,1	4,7	3,8	5,4	4,1	6,4	4,3	5,6	4,7	4,0	3,5
Bayern	3,7	3,3	4,8	3,8	6,0	4,6	6,6	4,5	4,8	4,0	4,3	3,7
Berlin	3,9	3,4	5,4	3,8	5,9	4,6	7,2	4,5	5,7	4,2	4,6	3,8
Brandenburg	4,0	3,4	6,0	4,4	6,6	4,7	7,6	5,0	6,1	5,3	4,8	4,1
Bremen	3,0	2,9	4,7	3,7	7,1	5,7	5,5	4,6	2,6	2,0	3,5	3,4
Hamburg	3,1	3,0	4,5	3,9	5,8	4,6	6,2	4,2	4,9	4,6	3,8	3,5
Hessen	3,3	3,0	4,2	3,5	4,8	4,0	5,5	4,1	5,2	4,0	3,8	3,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,0	3,5	6,1	4,5	6,0	4,2	7,4	4,8	5,8	4,4	4,8	4,1
Niedersachsen	3,5	3,1	4,6	3,7	5,8	4,5	6,4	4,5	5,4	4,4	4,1	3,6
Nordrhein	3,4	3,1	4,7	3,9	5,4	4,2	6,4	4,3	4,8	3,8	3,9	3,5
Rheinland-Pfalz	3,7	3,2	5,0	4,1	5,1	4,0	5,7	4,2	5,2	4,2	4,1	3,6
Saarland	3,8	3,3	5,2	3,9	5,6	4,3	6,0	4,2	5,9	5,3	4,4	3,7
Sachsen	4,0	3,4	5,5	4,1	6,6	4,3	6,2	4,4	6,1	4,7	4,6	3,8
Sachsen-Anhalt	4,2	3,5	5,8	4,2	6,1	4,6	7,4	4,5	6,3	5,1	4,8	3,9
Schleswig-Holstein	3,2	3,0	4,2	3,6	5,8	4,7	6,0	4,2	4,9	3,9	3,7	3,4
Thüringen	4,3	3,6	5,7	4,1	5,7	4,5	7,0	4,7	5,1	4,3	4,9	4,0
Westfalen-Lippe	3,6	3,3	5,6	4,2	5,2	4,0	5,3	4,1	5,5	4,3	4,2	3,7
Gesamt	**3,6**	**3,2**	**4,9**	**3,9**	**5,7**	**4,4**	**6,1**	**4,4**	**5,3**	**4,3**	**4,2**	**3,7**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.9.2.2 Grunderkrankung Tumor

Der Anteil an VS mit Tumorerkrankungen schwankt bei VS mit SAPV (mit und ohne AAPV) auf KV-Ebene von 66,1% in Westfalen-Lippe bis 95,5% in Brandenburg. Bei VS mit nur AAPV variiert der Anteil an Tumorerkrankungen zwischen 48,1% in Bayern, Hamburg und Niedersachsen bis 67,9% in Brandenburg (Tabelle 4-23).

Tabelle 4-23: Anteil Grunderkrankung Tumor (% ja) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Baden-Württemberg	27,5	52,3	72,4	82,6	88,8	38,9
Bayern	26,8	48,1	73,0	82,7	70,4	39,5
Berlin	27,8	52,6	81,6	92,2	85,5	42,2
Brandenburg	28,2	67,9	83,0	95,5	73,6	44,6
Bremen	24,3	58,4	92,8	87,7	89,0	36,4
Hamburg	27,0	48,1	87,5	90,9	74,3	40,0
Hessen	26,7	47,3	69,6	78,9	80,5	38,9
Mecklenburg-Vorpommern	31,7	65,9	81,8	93,8	83,6	47,2
Niedersachsen	26,4	48,1	79,6	87,5	78,5	39,1
Nordrhein	27,4	53,9	74,6	85,1	77,1	38,6
Rheinland-Pfalz	26,8	57,6	73,1	86,6	83,9	39,0
Saarland	26,1	58,1	83,7	85,4	82,4	41,0
Sachsen	30,1	56,5	79,7	88,8	81,0	42,0
Sachsen-Anhalt	30,2	64,7	79,2	91,6	84,6	43,1
Schleswig-Holstein	27,4	51,1	82,4	90,5	78,4	39,7
Thüringen	29,5	62,1	70,8	84,3	81,7	43,7
Westfalen-Lippe	29,8	61,8	66,1	68,1	82,8	41,5
Gesamt	**27,8**	**52,8**	**76,0**	**81,3**	**79,6**	**40,3**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.9.2.3 Pflegeheimbewohner

Der Anteil an Pflegeheimbewohnern zeigt auf KV-Ebene bei VS mit SAPV (mit und ohne AAPV) Schwankungen zwischen 10,9% im Saarland und 44,3% in Berlin. Bei VS mit nur AAPV schwankt der Anteil an Pflegeheimbewohnern zwischen 32,9% in Mecklenburg-Vorpommern und 49,6% in Hamburg (Tabelle 4-24).

Tabelle 4-24: Anteil Pflegeheimbewohner (% ja) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Baden-Württemberg	30,7	41,5	29,6	29,2	7,6	31,9
Bayern	25,6	47,3	19,9	24,9	11,2	30,7
Berlin	24,4	49,1	44,3	35,7	6,0	29,7
Brandenburg	22,2	33,9	26,1	28,6	18,5	24,1
Bremen	31,7	22,7	11,8	25,9	7,6	28,7
Hamburg	30,7	49,6	22,6	41,4	11,5	33,0

KV-Region	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Hessen	26,7	43,1	26,7	30,9	11,7	29,1
Mecklenburg-Vorpommern	20,6	32,9	28,5	25,4	18,1	23,4
Niedersachsen	31,8	47,5	27,3	24,2	12,2	33,8
Nordrhein	27,2	46,9	27,0	29,7	11,8	30,7
Rheinland-Pfalz	25,7	36,9	17,9	28,5	6,3	27,4
Saarland	21,7	43,8	15,4	10,9	7,3	23,1
Sachsen	25,8	39,1	17,6	18,9	12,3	25,9
Sachsen-Anhalt	23,6	35,2	28,8	21,9	10,8	24,8
Schleswig-Holstein	31,6	48,4	21,4	23,1	9,8	32,7
Thüringen	22,4	39,9	27,5	23,3	12,9	24,8
Westfalen-Lippe	25,1	38,4	42,8	38,7	9,5	28,6
Gesamt	**26,8**	**44,1**	**28,6**	**30,2**	**10,8**	**29,5**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.9.2.4 Dauer der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Die AAPV dauert im Bundesdurchschnitt im Median 16,0 Tage und schwankt zwischen den KV-Regionen von 3,4 Tagen in Brandenburg bis 28,1 Tage in Bayern. Die Dauer der SAPV beträgt im Bundesdurchschnitt im Median 13,4 Tage mit Schwankungen zwischen 2,4 Tagen in Westfalen-Lippe bis 28,3 Tage in Brandenburg (Tabelle 4-25).

Tabelle 4-25: AAPV- und SAPV-Dauer auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	AAPV-Dauer			SAPV-Dauer		
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Baden-Württemberg	18,8	46,6	56,5	12,6	30,5	42,8
Bayern	28,1	54,7	59,6	12,9	26,8	35,9
Berlin	4,0	31,0	45,7	18,2	39,0	49,1
Brandenburg	3,4	33,7	50,3	28,3	49,9	53,7
Bremen	8,7	45,9	59,8	13,3	40,6	63,4
Hamburg	12,8	38,2	51,3	20,3	38,1	45,6
Hessen	11,8	39,3	52,0	14,1	30,1	39,6
Mecklenburg-Vorpommern	20,0	47,2	57,2	19,7	37,4	43,8
Niedersachsen	13,2	43,0	56,0	21,2	43,2	52,6
Nordrhein	26,0	50,0	56,5	16,6	35,4	46,2
Rheinland-Pfalz	15,7	43,7	54,8	12,2	27,3	36,7
Saarland	21,1	45,4	57,4	21,3	40,5	47,7
Sachsen	9,2	39,7	53,1	19,8	38,0	45,2
Sachsen-Anhalt	5,7	35,5	49,8	10,6	29,8	41,8
Schleswig-Holstein	16,9	45,4	55,4	18,3	37,6	45,8
Thüringen	8,8	41,3	54,7	16,7	34,3	43,7
Westfalen-Lippe	6,1	31,6	48,5	2,4	24,0	42,5
Gesamt	**16,0**	**44,1**	**55,3**	**13,4**	**32,8**	**44,9**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

4.9.2.5 Sterbeort Krankenhaus

Die Anteile der VS mit Sterbeort Krankenhaus variieren auf KV-Ebene stark: Von den VS, die nur AAPV erhalten haben, versterben 30,7% im Krankenhaus. Dies variiert auf KV-Ebene zwischen 24,6% in Schleswig-Holstein und 45,4% in Mecklenburg-Vorpommern. Von den VS mit nur SAPV (mit und ohne AAPV) versterben im Bundesdurchschnitt 14,8% bzw. 15,5% im Krankenhaus mit Schwankungen zwischen den KV-Regionen von 7,7% in Sachsen-Anhalt bis 22,7% in Mecklenburg-Vorpommern (Tabelle 4-26).

Tabelle 4-26: Anteil Sterbeort Krankenhaus (% ja) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Baden-Württemberg	46,0	29,5	9,6	12,7	83,1	40,6
Bayern	52,7	33,1	21,6	19,8	91,8	45,6
Berlin	53,9	38,0	9,1	10,8	95,7	45,7
Brandenburg	55,5	41,6	22,0	20,4	91,4	49,0
Bremen	46,2	43,3	32,4	32,1	91,7	45,7
Hamburg	49,9	28,1	16,0	10,9	92,4	43,3
Hessen	52,1	29,7	15,5	10,2	95,7	43,4
Mecklenburg-Vorpommern	54,0	45,4	22,7	12,8	82,2	47,9
Niedersachsen	50,6	28,9	19,3	15,9	89,0	43,0
Nordrhein	54,8	25,7	16,4	16,3	91,1	46,6
Rheinland-Pfalz	50,3	29,8	15,0	10,8	87,2	44,8
Saarland	54,3	33,9	16,2	17,4	90,6	47,6
Sachsen	51,3	34,1	16,9	19,5	91,1	46,5
Sachsen-Anhalt	55,6	31,8	7,7	10,4	86,7	47,9
Schleswig-Holstein	49,5	24,6	12,6	14,4	85,0	41,8
Thüringen	54,4	39,9	21,4	20,6	94,5	49,5
Westfalen-Lippe	56,1	31,2	11,8	13,5	90,5	46,1
Gesamt	**52,6**	**30,7**	**15,5**	**14,8**	**90,2**	**45,1**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.9.3 Kosten (ausgewählte Kostenpositionen)

4.9.3.1 Gesamtkosten je VS

Bei den Gesamtkosten je VS lassen sich große Schwankungen zwischen den KV-Regionen feststellen (Tabelle 4-27), die einerseits aus der heterogenen Quantität der Leistungsinanspruchnahme, andererseits aber auch aus regionalen Unterschieden bei der Vergütung insbesondere palliativer Versorgungsleistungen hervorgehen.

Tabelle 4-27: Gesamtkosten je Versichertem [€] in den letzten 3 Lebensmonaten auf Ebene der KV-Region, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Baden-Württemberg	10.197	18.356	10.031	11.704	14.353	11.991	16.632	15.301
Bayern	11.759	20.288	10.303	13.711	19.178	18.400	19.541	15.266
Berlin	13.250	24.431	12.579	16.756	17.618	18.020	16.922	15.792
Brandenburg	13.610	21.929	14.351	14.884	20.446	15.788	18.043	11.763
Bremen	9.020	14.424	9.869	9.347	23.031	14.984	15.744	11.128
Hamburg	11.771	19.588	11.848	17.643	19.088	16.763	18.547	11.701
Hessen	11.795	23.464	10.262	13.501	15.837	13.499	17.091	16.075
Mecklenburg-Vorpommern	13.752	24.256	14.073	16.723	17.865	13.222	19.884	13.687
Niedersachsen	10.990	21.629	9.394	12.336	17.765	16.012	17.673	14.484
Nordrhein	12.048	22.047	10.994	14.742	17.859	14.359	18.236	12.635
Rheinland-Pfalz	11.259	20.335	10.365	11.609	18.186	13.413	21.578	16.275
Saarland	12.607	21.746	13.087	14.240	15.206	11.379	17.411	12.677
Sachsen	12.777	22.418	11.764	12.304	16.048	12.892	16.023	12.737
Sachsen-Anhalt	15.037	24.789	12.294	11.388	16.716	13.478	16.621	15.263
Schleswig-Holstein	12.002	25.740	9.441	11.401	19.586	16.651	18.908	13.494
Thüringen	13.804	23.623	14.690	15.703	19.219	19.785	19.054	13.757
Westfalen-Lippe	12.471	22.963	12.865	17.406	12.263	10.720	12.734	12.096
Gesamt	**12.061**	**22.133**	**10.821**	**13.762**	**17.038**	**15.028**	**16.632**	**14.054**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

4.9.3.2 Kosten der Allgemeinen und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Die Kosten der AAPV variieren in den letzten 3 Lebensmonaten zwischen 95±93€ je VS in Brandenburg und 350±518€ je VS in Nordrhein. Die SAPV-Kosten zeigen beim Vergleich der KV-Regionen Schwankungen zwischen 669±623€ je VS in Westfalen-Lippe und 4.072±4.019€ je VS in Nordrhein (Tabelle 4-28).

Tabelle 4-28: Kosten [€] der Allgemeinen und Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	AAPV-Kosten							
	nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur AAPV	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Baden-Württemberg	148	191	0	0	146	146	0	0

KV-Region	AAPV-Kosten							
	nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur AAPV	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Bayern	185	193	0	0	195	238	0	0
Berlin[1]	149	151	0	0	133	112	0	0
Brandenburg	95	93	0	0	101	97	0	0
Bremen	113	102	0	0	75	81	0	0
Hamburg	135	152	0	0	157	162	0	0
Hessen	145	158	0	0	132	164	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	128	124	0	0	145	155	15	278
Niedersachsen	161	191	0	0	157	168	0	0
Nordrhein	350	518	0	0	275	401	0	0
Rheinland-Pfalz	167	190	0	0	170	170	0	0
Saarland	224	360	0	0	174	178	0	0
Sachsen	118	136	0	0	115	122	0	0
Sachsen-Anhalt	132	116	0	0	119	120	0	0
Schleswig-Holstein	166	188	0	0	153	172	0	0
Thüringen	115	107	0	0	123	127	0	0
Westfalen-Lippe	193	236	0	0	228	288	0	0
Gesamt	**194**	**286**	**0**	**0**	**181**	**240**	**0**	**39**

[1]Aufgrund des Fehlens von SAPV-Abrechnungen sind die SAPV-Kosten in der KV-Region Berlin deutlich unterschätzt.
(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

5 Limitationen

Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der folgenden Limitationen zu interpretieren:

- Es konnten nur die SAPV-Abrechnungen herangezogen werden, die in elektronischer Form vorlagen; SAPV-Abrechnungen in Papierform waren nicht auswertbar. Diese Limitation macht sich insbesondere bei der KV-Region Berlin bemerkbar. Insgesamt wird damit die Inanspruchnahme von SAPV unterschätzt.
- Auch für die AAPV kann davon ausgegangen werden, dass diese tendenziell unterdokumentiert ist (z.B. durch die fehlende Abrechnung palliativer Ziffern bzw. geriatrischer Pauschalen anstelle von AAPV-Ziffern).
- Die Erfassung der Versorgung durch ambulante Hospizdienste ist anhand der Krankenkassendaten auf VS-Ebene nicht möglich.
- Die stationäre Palliativversorgung wurde auf Basis der dokumentierten palliativen OPS-Codes ermittelt. Palliativversorgung, die auf Palliativstationen erfolgt, welche als besondere Einrichtungen mittels spezifischer Zusatzentgelte abrechnen, wurden nicht berücksichtigt.
- Die Zuordnung eines VS zu einer Versorgungsform erfolgte anhand einer mindestens einmaligen Dokumentation einer entsprechenden Ziffer, ohne dass dabei die Kontinuität der Versorgung in dieser Versorgungsform betrachtet wurde.
- Die verfügbaren Daten geben keine valide Auskunft über die Symptomlast eines Patienten.

- Die verfügbaren Daten enthalten keine Informationen über patientenorientierte Zielgrößen/Qualitätsindikatoren, die auf patient-reported-outcomes bzw. patient-reported-experience aufbauen.
- Die herangezogenen Versorgung-/Qualitätsindikatoren können lediglich grobe Orientierungen für palliative Versorgungsziele geben. Inwieweit ein Versterben im Krankenhaus dem Patientenbedürfnis entspricht bzw. nicht entspricht, ist unbekannt. Gleiches gilt für die Indikatoren für potenzielle Übertherapie am Lebensende.
- Die vergleichende Analyse der Versorgung-/Qualitätsindikatoren war auf Ebene der KV-Regionen aufgrund zu kleiner Patientenzahlen, die die jeweiligen Einschlussbedingungen erfüllten (genügend früher SAPV- bzw. AAPV-Beginn), nicht möglich.
- Die verfügbaren SAPV-Leistungsdaten lassen keine Verknüpfung mit SAPV-Teamstrukturdaten zu.
- Die ermittelten Gesamtkosten auf VS-Ebene enthalten keine Pflegekosten nach SGB XI, was auf einen Umbruch in der Datenstruktur des BARMER-WDWH im Jahr 2016 zurückzuführen ist. Des Weiteren konnten Kosten von Rettungsdiensteinsätzen und zahnärztlicher Versorgung nicht berücksichtigt werden, da diese nicht zur Verfügung standen.
- Trotz der durchgeführten Alters- und Geschlechtsstandardisierung sind die Ergebnisse nur eingeschränkt auf die gesamte GKV-Population übertragbar. Dies liegt zum einen daran, dass sich die Anteile der BARMER-VS/-Verstorbenen in den einzelnen KV-Regionen unterscheiden. Zum anderen sind die von der BARMER vertraglich unterstützten palliativen Versorgungsstrukturen (z.B. SAPV-Verträge) nicht uneingeschränkt übertragbar auf alle GKV-Versicherten.

6 Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Ausblick

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

TP5 hatte zum Ziel, die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung im Vergleich zu anderen palliativen Versorgungsformen in Deutschland auf der Basis von GKV-Routinedaten zu beschreiben.

Inanspruchnahme palliativer Versorgungsformen

In der Studienpopulation von 95.962 in 2016 verstorbenen erwachsenen BARMER-Versicherten wurde im letzten halben Jahr vor dem Tod insgesamt bei 32,7% der Versicherten (VS) mindestens eine palliative Leistung abgerechnet: SAPV: 13,1%, AAPV: 24,4% (BQKPMV war noch nicht abrechenbar vor 2017). Bei 8,1% der VS wurde mind. eine stationäre palliativmedizinische Leistung im Krankenhaus und bei 3,3% eine stationäre Hospizleistung abgerechnet. Der Anteil der mit SAPV versorgten VS fiel mit 13,1% deutlich höher aus als im Bertelsmann-Faktencheck für die Jahre 2010-2014 mit 3,5% berichtet . Der Anteil von Verstorbenen mit AAPV-Leistungen lag mit 24,4% im Jahr 2016 auf demselben Niveau wie es von Radbruch et al. für 2014 berichtet wurde. Zieht man aber (wie bei Radbruch et al. 2015) ausschließlich die EBM-Ziffern der AAPV heran, so lag die Inanspruchnahme von 2016 bei nur noch 19,3%. Während also bei der SAPV eine starke Zunahme festzustellen ist, ist die Inanspruchnahme von AAPV deutlich zurückgegangen.

Zwischen den KV-Regionen ist eine deutliche regionale Ungleichverteilung festzustellen: so schwankt der Anteil der VS mit SAPV zwischen 6,3% in Rheinland-Pfalz und 22,9% Westfalen-Lippe, mit AAPV zwischen 16,9% in Brandenburg und 34,1% in Bayern, mit stationärer Palliativversorgung zwischen 6,7% in Schleswig-Holstein und Hessen und 13,0% in Thüringen.

Beginn und Dauer von SAPV und AAPV

SAPV beginnt bei 15,6% der Versicherten erstmalig 3 Tage vor dem Todestag, bei 28,1% erstmalig 7 Tage vor dem Todestag, bei 42,0% erstmalig 14 Tage vor dem Todestag. Auch diese Kenngröße variiert zwischen den KV-Regionen. Die Ergebnisse deuten außerdem an, dass viele SAPV-Verordnungen aus dem Krankenhaus heraus erfolgen: Bei 20,6% der VS mit SAPV beginnt diese innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Bei mehr als der Hälfte dieser Patienten wurde im selben Zeitraum keine AAPV (mehr) abgerechnet, was bedeuten kann, dass hier keine Einbindung eines Hausarztes nach Krankenhausentlassung mehr erfolgte.

Die Dauer der SAPV beträgt im Bundesdurchschnitt im Median 13,4 Tage mit Schwankungen zwischen 2,4 Tagen in Westfalen-Lippe und 28,3 Tagen in Brandenburg. Die AAPV dauert im Bundesdurchschnitt im Median 16,0 Tage und schwankt zwischen den KV-Regionen von 3,4 Tagen in Brandenburg und 28,1 Tagen in Bayern.

Patientenmerkmale

VS, die SAPV erhalten, haben ein geringeres Durchschnittsalter, einen geringeren Frauenanteil und einen deutlich geringeren Anteil von Pflegeheimbewohnern als Patienten, die nur AAPV erhalten. Weiterhin weisen VS mit SAPV einen deutlich höheren Anteil an Krebserkrankten auf als diejenigen, die ausschließlich AAPV erhalten haben (SAPV und AAVP 76,0% bzw. SAPV 81,3% vs. 52,8%). Im Vergleich zu den Daten aus den Jahren 2010-2014 mit 88,3% (Radbruch et al. 2015) ist hier ein Rückgang zu verzeichnen. Auch lässt sich bei SAPV-Patienten ein höherer Charlson-Komorbiditätsindex feststellen, was auf einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf von Patienten mit SAPV-Verordnung hindeutet.

Kosten der palliativen und allgemeinen Gesundheitsversorgung

Die durchschnittlichen Gesamtkosten je VS innerhalb der letzten 3 Lebensmonate betrugen:

- in der Kohorte „nur AAPV“: 10.821€ (Std 13.762€)
- in der Kohorte „nur SAPV“: 17.038€ (Std 15.028€)
- in der Kohorte „SAPV+AAPV“: 16.632€ (Std 14.054€)
- in der Kohorte „keine PV“: 12.061€ (Std 22.133€)

Dabei wurden Kosten für AAPV und SAPV, (sonstige) ambulante ärztliche Leistungen, stationäre Palliativversorgung, (sonstige) stationäre Versorgung, Versorgung in stationären Hospizen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (dabei auch die von SAPV-Teams verordneten), Rehabilitation und häusliche Krankenpflege berücksichtigt. Die ermittelten Kostenunterschiede verstehen sich rein deskriptiv. Neben dem Tatbestand, dass die Versorgung in der SAPV kostenintensiver ist als die Versorgung in der AAPV, ist davon auszugehen, dass die Gesamtkostenunterschiede bzw. die nicht direkt palliativleistungsbezogenen Kostenunterschiede zu einem großen Teil durch die höhere versorgungsrelevante Morbiditätslast von SAPV-versorgten Patienten begründet sind (s.o.). Zwischen den KV-Regionen lassen sich auch bei den Versorgungskosten große Schwankungen feststellen, die einerseits auf die unterschiedlich vergüteten palliativen Versorgungsleistungen, andererseits auf die

verschieden starke Inanspruchnahme sonstiger medizinischer Leistungen zurückzuführen sein dürften.

Qualität der palliativen Versorgung

Adjustierte Auswertungen (Adjustierungsfaktoren: Alter, Geschlecht, Charlson-Komorbiditätsindex, Pflegeheim-Aufenthalt, (ggf.) Tumor-Erkrankung) zur Versorgungsqualität für die ambulanten palliativen Versorgungsformen nur AAPV, nur SAPV sowie SAPV+AAPV zeigen, dass es unter SAPV, die mindestens 14 Tage bzw. 30 Tage vor dem Tod begann, in diesen letzten 14 bzw. 30 Lebenstagen zu weniger Krankenhausaufenthalten, zu weniger intensivmedizinischen Aufenthalten, zu weniger Chemotherapien und einem geringfügigeren Einsatz von Magensonden (PEG) kam. Dies weist auf einen potenziell geringeren Grad an Überversorgung am Lebensende in der SAPV hin. Eine Ausnahme davon bildet die parenterale Ernährung, die unter SAPV häufiger zum Einsatz kam. Der Sterbeort war unter SAPV seltener das Krankenhaus als unter nur AAPV: 22,0% der VS mit nur SAPV, 18,7% mit SAPV+AAPV und 36,9% mit nur AAPV verstarben im Krankenhaus.

Bezogen auf alle VS mit AAPV und/oder SAPV unabhängig von deren Dauer zeigte sich, dass im Bundesdurchschnitt VS, die nur AAPV erhielten, zu 30,7% im Krankenhaus versterben. Dieser Anteil variiert zwischen 24,6% in Schleswig-Holstein und 45,4% in Mecklenburg-Vorpommern. VS mit SAPV (mit oder ohne AAPV) versterben im Bundesdurchschnitt zu 14,8% (mit AAPV) bzw. 15,5% (ohne AAPV) im Krankenhaus. Hier schwanken die Anteile zwischen den KV-Regionen von 10,2% in Hessen bis 20,6% in Thüringen (mit AAPV) bzw. von 7,7% in Sachsen-Anhalt bis 22,7% in Mecklenburg-Vorpommern (ohne AAPV).

Ergebniszusammenführung vor dem Hintergrund regionaler Palliativversorgungskonzepte

Übergreifend betrachtet haben die KV-Regionen sehr unterschiedliche palliative Versorgungskonzepte und -strukturen herausgebildet (Melching 2015; KV Westfalen-Lippe 2013; Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen 2011; Abgeordnetenhaus Berlin 2011; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2006; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration 2013; Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2005; KV Nordrhein 2015, 2009): Dazu zählt zunächst die Verfügbarkeit von Kapazitäten in den unterschiedlichen palliativen Versorgungsformen: Anzahl an Palliativbetten und Hospizbetten, Anzahl an Mitarbeitern in ambulanten Hospizdiensten, Anzahl, Größe und spezifische Qualifikation ambulanter Pflegedienste, Anzahl und spezifische Qualifikation von Haus- und Fachärzten, die allgemeine ambulante Palliativversorgung anbieten, Anzahl und Größe von SAPV-Teams. Hier zeigen sich zwischen den KV-Regionen zum Teil große Unterschiede, insbesondere auch im Verhältnis von ambulanten zu stationären palliativversorgenden Kapazitäten. Neben den Kapazitäten sind aber die Koordinations- und Kooperationsstrukturen zwischen den palliativen Leistungserbringern einer Region relevant. Hier haben einige KV-Regionen im Zeitverlauf sehr spezifische Strukturen herausgebildet. So basiert Westfalen-Lippe z.B. auf sogenannten PKD (Palliativmedizinische Konsiliardienste), Nordrhein auf sogenannten QPA (Qualifizierten Palliativärzten), Bayern auf einer langjährigen Hospizkultur sowie einer Einbettung von Palliativversorgung in die HzV (Hausarztzentrierte Versorgung), Niedersachsen auf einer Vielzahl von Palliativstützpunkten, Brandenburg auf weiten SAPV-Netzwerken, Berlin auf Homecare e.V. als

Koordinator der SAPV-Teams, um hier nur einige KV-Regionen exemplarisch und sehr grob skizziert herauszustellen.

Innerhalb dieser regional unterschiedlichen Strukturen greifen die von uns als Inanspruchnahme gemessenen AAPV- und SAPV-Leistungen, stationären Palliativ- und Hospizleistungen sehr unterschiedlich ineinander, was sich auch in den großen Unterschieden bei SAPV-Inanspruchnahme, SAPV-Dauer, Versorgungskosten aber auch Versorgungs-/Qualitätsindikatoren wie einer (möglichst geringen) Rate an Versicherten, die im Krankenhaus sterben, zeigen. (Die Anlage zum Schlussbericht enthält eine umfangreichere und detaillierte Darstellung der Ergebnisse auf der Ebene der KV-Regionen, die hier aus Platzgründen nicht möglich ist.)

6.2 Interpretation und Schlussfolgerungen

Erstmals wurde die Versorgungsqualität unter einer Versorgung durch SAPV im Vergleich zu einer Versorgung (nur) unter AAPV auf der Grundlage von GKV-Routinedaten ermittelt. Dabei zeigen sich deutliche Hinweise darauf, dass bei einer Versorgung unter SAPV eine potenzielle Überversorgung am Lebensende seltener stattfindet als bei AAPV-Versorgung. Auch ein Versterben in der Häuslichkeit ist unter SAPV häufiger der Fall als unter AAPV.

Ob und inwieweit die genannten positiven Effekte einer Versorgung mit SAPV bei Ausdehnung der SAPV auf weitere und damit ggf. andere Patienten ebenso erzielt werden können, bleibt dabei unsicher. Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Vorteile einer vermehrten oder früheren Einbeziehung von SAPV (ebenso wie die damit verbundene Kosten-Effektivität) ungeklärt sind. Überhaupt wurden Kosten-Effektivitäts-Relationen der verschiedenen Versorgungsformen bisher nicht ermittelt, bei denen z.B. Einsparungen bei den stationären Ausgaben den höheren Aufwendungen für SAPV gegenübergestellt werden würden.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass im Zuge der Verbesserung der palliativen Versorgungssituation in Deutschland auch die Inanspruchnahme von SAPV gegenüber früheren Erhebungen bzw. Bedarfsschätzungen deutlich zugenommen hat, während die Inanspruchnahme von AAPV zurückgeht, und dies, obwohl der Bedarf an palliativer Versorgung insgesamt allgemein deutlich höher eingeschätzt wird (Radbruch et al. 2015; Melching 2015).

Regional besteht eine ausgesprochen große Heterogenität in der Inanspruchnahme palliativer Versorgungsformen, insbesondere von SAPV und AAPV, aber auch von stationärer Palliativversorgung. Zusammengefasst zeigen die KV-Regionen dabei sehr unterschiedliche Ausprägungen der Relation von erreichten palliativen Versorgungszielen und dazu aufgewendeten Versorgungskosten. Die Ergebnisse von TP4 deuten dabei in dieselbe Richtung: Einerseits wird die Hinzuziehung von SAPV durch Hausärzte neben der objektiven Indikation (gemäß §§ 2,3, und 4 SAPV-RL) wesentlich beeinflusst durch die unterschiedlich ausgeprägte palliativmedizinische Aktivität von Hausärzten im Rahmen der AAPV. Andererseits variiert die (selbst angegebene) hausärztliche palliativversorgende Aktivität regional.

Zusammen genommen unterstützen die Ergebnisse aus TP4 und TP5 folgende Schlussfolgerungen:

- Bei einer Versorgung unter SAPV scheint potenzielle Überversorgung am Lebensende seltener stattzufinden als bei AAPV-Versorgung. Auch ein Versterben in der Häuslichkeit ist unter SAPV häufiger der Fall als unter AAPV.
- SAPV wird in gewissem Maße substitutiv genutzt und ersetzt mancherorts vermutlich AAPV.
- Von Indikationsschärfungen für z.B. SAPV dürfte eine eher geringe Wirkung auf den Umfang der Inanspruchnahme von SAPV ausgehen.
- Für die künftige Ausgestaltung der palliativen Versorgung in Deutschland ist eine integrierte Betrachtungsweise erforderlich, die berücksichtigt, dass palliative Versorgungsstrukturen vor Ort voneinander abhängen und ineinander greifen.
- Zielführend scheint eine regionale Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen, in der die jeweils niederschwelligste, ressourcenschonendste Versorgungsform zur Anwendung kommt, so dass die palliativen Versorgungsziele für Patienten und Zugehörige erreicht werden können.

Diese Zusammenhänge sollten Eingang finden in die Überlegungen zur weiteren Gestaltung der Palliativversorgung insgesamt - hier mit besonderem Fokus auf die SAPV - deren Kernaufgaben, Anforderungen an Qualifikation und multiprofessioneller Besetzung, Leistungsvergütung wie insbesondere auch ihrer Verzahnung mit der AAPV.

In einem erweiterten Kontext ist dabei auch zu bedenken, dass die für palliative Zwecke eingesetzten Ressourcen (u.a. Pflegekräfte, Hausärzte) mit anderen, nicht palliativen Verwendungen konkurrieren können: Hausärzte und Pflegekräfte, die sich auf Palliativversorgung spezialisieren, stehen nicht mehr bzw. in geringerem Umfang für andere/kurative Versorgungszwecke zur Verfügung. Auch diese Opportunitätskosten palliativer Versorgung(sformen) sind bei deren weiterer Ausgestaltung der SAPV wie der Palliativversorgung insgesamt einzubeziehen.

6.3 Ausblick und weiterer Forschungsbedarf

Wie aber sehen solche Versorgungssysteme aus, die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung verzahnen/integrieren, mit denen die palliativen Versorgungsziele (Sicherheitsversprechen, Symptomlinderung, die Möglichkeit in häuslicher Umgebung zu versterben, Vermeidung von Übertherapie am Lebensende) erreicht werden und die gleichzeitig möglichst ressourcenschonend ausgestaltet sind?

Um diese identifizieren zu können, besteht weiterer Forschungsbedarf:

- Analyse der Zusammenhänge in den Regionen zwischen der Erreichung palliativer Versorgungsziele einerseits und Inanspruchnahmemustern palliativer Versorgungsformen und aufgewendeter Versorgungskosten andererseits, unter Berücksichtigung regionalspezifischer Versorgungskonzepte, -strukturen, Rahmenbedingungen und Anreize. Im Ergebnis sollten sich idealerweise best-practice-Modelle identifizieren lassen.
- Dies kann im Rahmen einer integrierten, kontinuierlichen, längsschnittlichen, ggf. Subgruppen-stratifizierten (z.B. an Krebs erkrankte Patienten, Pflegeheimpatienten etc.) Abbildung und Bewertung der bundesweiten und regional differenzierten Versorgungssituation in der Palliativversorgungerfolgen (s. G-BA-Innovationsfonds-gefördertes Projekt pallCompare, FDKz: 01VSF19026).

- Mittels Aggregation mehrerer Jahre können dabei genügend Versicherte eingeschlossen werden, um Versorgungs-/Qualitätsindikatoren auf der Ebene der KV-Regionen vergleichen zu können.
- Wünschenswert wären dabei Krankenkassen-übergreifende Analysen, die jedoch aufgrund der damit verbundenen Erfordernis, eine große Vielzahl selektivvertraglicher AAPV- und SAPV-Abrechnungssysteme einbeziehen zu müssen, eine große Herausforderung darstellen würden.
- Vorteilhaft könnte dabei ein record-linkage der GKV-Inanspruchnahmedaten mit Leistungserbringer-dokumentierten bzw. sogar patient-reported-outcomes aus den Abrechnungs- und Dokumentationssystemen der SAPV-Teams sein, ggf. unter Hinzuziehung von teambezogenen Struktur- und Vertragsdaten, mit dem Ziel, den Einfluss von Struktur- und Vertragsmerkmalen wie auch Versorgungsformen auf patientenorientierte wie GKV-finanzierungsbezogene Outcomes vergleichen zu können. Um dabei Versorgungsformen miteinander vergleichen zu können, müssten auch AAPV-versorgte Patienten einbezogen werden, z.B. über eine Aufnahme von AAPV-Patienten in das Hospiz- und Palliativregister. Dem könnten jedoch unzumutbare Dokumentationsanforderungen von Leistungserbringern und Patienten gegenüberstehen.

Auch wenn sich auf diese Weise best-practice-Modelle im Sinne einer zielgerechten, ressourcenschonenden Palliativversorgung identifizieren lassen, gilt weiterhin, dass unterschiedliche regionale Versorgungsstrukturen regionale Lösungen erfordern. Dennoch kann die Kenntnis der Bestandteile und Funktionsweise von best-practice-Modellen behilflich sein, für solche Regionen, in denen Zielkriterien schlechter erreicht werden, konkrete Ansatzpunkte für eine Verbesserung vorhandener Modelle bzw. Konzeption und Implementierung neuer Modelle abzuleiten.

7 Anhang

7.1.1 Gesamtkosten je VS in den letzten 6 Lebensmonaten

Die Betrachtung der Kosten je VS in den letzten 6 Lebensmonaten zeigt für die Kostenverteilung über die einzelnen Sektoren (Kostenarten) ein ähnliches Bild wie die Betrachtung der letzten 3 Lebensmonate (Tabelle 7-1). Es fällt aber auf, dass die Durchschnittskosten je VS in den letzte 6 Lebensmonaten für **AAPV**, **SAPV**, **Krankenhausaufenthalte mit palliativer OPS**, **stationäre Hospizleistungen** sowie **vom SAPV-Arzt verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel** nur geringfügig höher sind als in den letzten 3 Lebensmonaten, d.h., der überwiegende Anteil palliativer Versorgungskosten entfällt auf die letzten 3 Lebensmonate.

Allgemeine Kostenarten wie die **Kosten der Ambulanten ärztlichen Versorgung** sowie **Arznei-, Heil- und Hilfsmittelkosten** zeigen hingegen eine ungefähre Dopplung, die man bei Betrachtung von 2 Quartalen (6 Monate) im Vergleich zu 1 Quartal (3 Monate) erwarten würde. Während für **Krankenhausaufenthalte ohne palliative OPS** in den letzten 3 Lebensmonaten nahezu die gleichen Kosten in den Kohorten nur AAPV, nur SAPV und SAPV+AAPV anfielen, sind diese in den letzten 6 Lebensmonate um ca. 10% höher in den beiden SAPV-Kohorten. Das könnte durch die höhere Krankheitslast der Patienten bedingt sein. Es könnte aber auch ein Indiz dafür sein, dass in den Monaten 4 bis 6 vor dem Tod der kurative Ansatz bei der Behandlung dieser Patienten noch im Vordergrund stand; unsere Analysen zur Dauer von SAPV und AAPV zeigten, dass für 85,3% der VS mit SAPV bzw. für 68,7% der VS mit AAPV diese innerhalb von 91 Tagen vor dem Tod begannen (vgl. Tabelle 4-5 auf Seite 24, Tabelle 4-6 auf Seite 25).

Tabelle 7-1: Gesamtkosten je VS in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Kostenposition [€]	Kohorten										Gesamt	
	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV			
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Ambulante ärztliche Versorgung (ohne PV)	1.005	2.461	1.244	1.997	1.456	2.334	1.535	2.110	1.505	2.517	1.125	2.364
AAPV	0	0	241	383	0	0	224	295	0	0	59	205
SAPV-Verordnungen	0	0	0	0	17	19	17	20	0	0	2	9
SAPV-Leistungen	0	29	1	79	2.676	3.963	2.366	3.572	4	222	325	1.589
Krankenhausaufenthalte	12.371	26.631	9.899	15.947	12.206	14.980	12.097	14.794	21.517	26.453	12.193	23.897
... davon Krankenhausaufenthalte ohne palliative OPS[1]	12.289	26.563	8.993	15.508	10.082	14.086	9.926	13.815	13.712	22.535	11.472	23.568
... davon Krankenhausaufenthalte mit palliativen OPS[1]	2	211	788	3.607	1.929	5.837	1.971	5.467	7.564	16.097	615	3.997
... davon palliative OPS[1] (berechnet)	0	21	155	577	375	930	410	947	1.087	1.122	110	507
Hochschulambulanz-Versorgung	39	280	73	416	113	487	129	862	161	1.178	59	442
Arzneimittel	1.611	5.265	3.304	8.004	6.190	12.821	6.469	11.434	5.422	13.097	2.632	7.494
... davon vom SAPV-Arzt verordnete Arzneimittel[2]	0	7	2	67	899	3.124	793	2.529	6	154	104	1.023
Heilmittel	189	533	227	580	304	797	248	583	147	440	204	560
... davon vom SAPV-Arzt verordnete Heilmittel[2]	0	4	0	11	58	271	32	164	0	1	5	78
Hilfsmittel	505	1.255	790	1.707	1.255	2.014	1.260	1.940	669	1.497	657	1.479
... davon vom SAPV-Arzt verordnete Hilfsmittel[2]	0	2	0	17	171	580	171	640	1	21	21	223
Häusliche Krankenpflege (HKP)	459	3.524	690	5.522	1.141	7.212	1.237	6.450	278	1.044	589	4.421
Rehabilitation	154	1.240	132	1.178	113	998	98	827	176	1.286	144	1.192
Stationäre Hospizleistungen	0	0	253	2.011	710	3.767	806	3.733	87	941	148	1.630
Gesamt	**16.332**	*28.614*	**16.853**	*21.374*	**26.181**	*24.303*	**26.488**	*23.481*	**29.965**	*31.012*	**18.139**	*27.270*

[1]palliative OPS 8-982, 8-98e; [2]korrigiert um die KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, da hier die Pseudonummer des SAPV-Arztes nicht gültig ist
(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel)

7.1.2 Inanspruchnahme in den letzten 6 Lebensmonaten

7.1.2.1 Ambulante ärztliche Inanspruchnahme in den letzten 6 Lebensmonaten

Tabelle 7-2: Allgemeine Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Ambulante ärztliche Versorgung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Arztkontakte insgesamt	17,6	23,1	24,5	27,9	33,8	24,7	27,1	36,0	30,8	33,2	41,2	29,8	23,1	31,0	28,5	20,7	27,3	26,2
HA-Kontakte	10,5	13,2	12,2	18,0	21,3	14,1	12,3	15,0	12,1	17,2	20,4	13,3	10,2	12,8	12,2	12,2	15,2	13,0
Verschiedene kontaktierte HÄ	1,4	1,7	1,1	1,9	2,1	1,3	1,8	2,1	1,2	2,3	2,5	1,4	1,5	1,8	1,1	1,6	1,8	1,2
HA-Hausbesuche (nach EBM)	1,0	3,9	6,4	5,9	8,6	9,7	1,1	3,5	6,6	3,5	5,9	7,5	0,0	2,1	4,5	1,9	4,8	7,3
... davon dringende HA-Hausbesuche	0,0	0,7	1,8	0,9	2,0	3,1	0,0	0,7	1,7	0,0	1,4	3,0	0,0	0,4	1,2	0,0	1,0	2,2
FA-Kontakte	4,6	10,0	20,7	6,0	12,4	19,9	10,8	21,0	28,4	11,6	20,8	26,3	9,5	18,2	24,9	5,5	12,1	22,0
... davon Onkologen-Kontakte	0,0	0,5	3,8	0,0	1,8	6,8	0,0	3,1	8,6	0,0	3,8	9,4	0,0	3,3	9,4	0,0	1,2	5,7
... davon Psychologen-Kontakte	0,0	0,7	3,0	0,0	0,8	2,2	0,0	0,5	2,4	0,0	0,5	1,9	0,0	0,4	1,6	0,0	0,7	2,7
Ambulante Notfälle (Notschein)	0,0	0,5	1,0	0,0	0,6	1,0	0,0	0,6	1,1	0,0	0,6	1,0	0,0	0,5	1,0	0,0	0,5	1,0
Tage mit bildgebender Diagnostik	0,0	0,8	1,4	0,0	1,0	1,8	0,8	1,4	2,1	0,9	1,6	2,2	1,0	1,7	2,5	0,0	0,9	1,7

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, HA Hausarzt, EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab, FA Facharzt)

Tabelle 7-3: Spezifische Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Spezifische ambulante ärztliche Versorgung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Pall.-med. Arztkontakte nach EBM	0,0	0,0	0,0	1,9	3,5	5,2	0,0	0,0	0,0	1,1	2,5	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,8
... davon pall.-med. HA-Kontakte nach EBM	0,0	0,0	0,0	1,9	3,5	5,2	0,0	0,0	0,0	1,1	2,5	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,8
Pall.-med. Arztkontakte nach Sonderziffern	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2,3
... davon pall.-med. HA-Kontakte nach Sonder-ziffern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2,2
... davon pall.-med. Onkologen-Kontakte nach Sonderziffern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,4	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
SAPV-Erstverordnung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
... davon SAPV-Erstver-ordnung durch HA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
SAPV-Folgeverordnung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
... davon SAPV-Folge-verordnung durch HA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Summe der SAPV-Ver-ordnungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4
... davon Summe der SAPV-Verordnungen durch HA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,0	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, pall.-med. palliativmedizinische, EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab, HA Hausarzt)

7.1.2.2 Krankenhausbehandlung in den letzten 6 Lebensmonaten

Tabelle 7-4: Krankenhausbehandlungen in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Krankenhaus-behandlung	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Krankenhausaufenthalte insgesamt	1,2	1,7	1,8	1,5	2,0	2,1	2,1	2,5	2,3	2,1	2,6	2,4	2,8	3,3	2,3	1,3	1,9	2,0
Vollstationäre Kranken-hausaufenthalte	1,1	1,6	1,7	1,2	1,9	2,0	1,9	2,4	2,1	2,0	2,4	2,2	2,5	3,1	2,1	1,2	1,8	1,8
Vollstationäre Kranken-hausaufenthalte ohne palliative OPS[1]	1,0	1,4	1,5	1,1	1,6	1,8	1,6	2,1	2,0	1,6	2,1	2,1	2,3	2,7	2,0	1,1	1,6	1,7
Krankenhaustage	8,5	18,0	26,1	12,2	19,6	23,8	18,8	25,2	25,3	18,3	24,6	24,6	31,1	38,5	29,7	11,1	19,8	26,0
Stationäre Notfall-behandlungen	0,9	1,1	1,2	0,9	1,1	1,3	1,0	1,3	1,4	1,0	1,3	1,4	1,2	1,6	1,3	0,9	1,1	1,2

[1]palliative OPS: 8-982.0-.3 bzw. 8-98e.0-.3

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

7.1.2.3 Arzneimittel

Tabelle 7-5: Verordnete und in der Apotheke abgeholte Arzneimittel in den letzten 6 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Arzneimittel	Kohorten															Gesamt		
	keine PV			nur AAPV			nur SAPV			SAPV+AAPV			nur stat. PV					
	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std	Median	Mean	Std
Verordnete Arzneimittel: ATC-Codes	8,2	9,0	5,8	10,5	11,5	6,2	14,8	15,7	7,7	15,2	16,3	7,6	10,5	11,5	6,9	9,4	10,4	6,7
... davon vom HA verordnete ATC-Codes	6,8	7,4	5,2	8,9	9,7	5,5	8,2	8,9	6,0	10,0	10,8	6,2	7,4	8,2	5,9	7,4	8,2	5,5
Verordnete Arzneimittel: Verordnungspositionen	17,2	21,0	17,9	25,2	30,6	23,3	36,2	46,5	41,3	39,5	48,8	37,2	22,1	29,4	28,1	20,6	26,4	24,7
... davon vom HA verordnete Verordnungspositionen	13,4	16,4	14,5	19,6	23,6	17,9	16,0	20,5	20,1	21,3	26,2	22,0	12,9	17,1	16,9	15,1	18,6	16,6

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, ATC Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation, HA Hausarzt)

7.1.3 Weitere Ergebnisse auf Ebene der KV-Regionen

7.1.3.1 Geschlecht der Versicherten

Tabelle 7-6: Geschlecht der Versicherten (% weiblich) auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	Kohorten					
	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur stat. PV	gesamt
Baden-Württemberg	50,7	55,5	52,5	51,9	51,5	51,8
Bayern	51,4	59,2	44,9	52,3	52,4	53,5
Berlin	48,2	57,5	49,4	50,7	51,7	49,8
Brandenburg	42,3	41,1	39,6	41,7	41,4	41,9
Bremen	51,3	46,9	35,3	44,2	50,3	49,7
Hamburg	51,6	57,1	51,8	46,9	40,3	51,6
Hessen	51,4	56,9	49,5	53,7	51,1	52,3
Mecklenburg-Vorpommern	39,0	44,4	49,3	43,0	52,6	41,2
Niedersachsen	50,4	57,2	48,2	47,8	44,5	51,4
Nordrhein	54,3	58,6	55,0	55,8	50,8	55,1
Rheinland-Pfalz	50,6	53,6	44,9	49,7	49,7	51,1
Saarland	44,1	57,5	44,7	47,9	45,4	46,5
Sachsen	42,6	49,3	41,3	47,7	51,1	44,0
Sachsen-Anhalt	42,1	51,1	43,3	39,3	38,7	42,9
Schleswig-Holstein	52,0	55,3	40,6	49,9	53,7	51,8
Thüringen	41,9	44,3	46,7	44,9	37,7	42,5
Westfalen-Lippe	50,9	52,4	57,8	55,0	50,0	52,0
Gesamt	**49,8**	**55,9**	**48,6**	**51,3**	**49,0**	**50,8**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

7.1.3.2 Alter der Versicherten

Tabelle 7-7: Alter der Versicherten (in Jahren) in den einzelnen Kohorten auf KV-Ebene, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Baden-Württemberg	79,8	12,5	79,1	12,7	76,2	14,7	75,4	14,7	72,3	15,8	79,1	13,0
Bayern	78,8	13,3	79,3	12,4	78,1	14,2	74,3	15,9	74,8	15,2	78,4	13,4
Berlin	78,3	13,6	77,8	13,0	76,2	14,4	74,4	16,1	71,7	15,8	77,6	13,9
Brandenburg	78,4	14,3	77,6	14,5	75,8	16,1	74,0	15,3	78,2	15,4	77,7	14,7
Bremen	77,5	13,6	81,5	11,5	81,3	9,5	76,2	17,3	73,1	14,4	78,2	13,4
Hamburg	79,3	12,6	80,8	10,5	76,2	13,7	73,5	14,6	78,7	14,0	78,9	12,7
Hessen	79,1	13,0	79,3	12,3	77,7	14,4	75,1	15,0	73,5	16,6	78,5	13,4
Mecklenburg-Vorpommern	79,0	14,2	78,4	14,4	75,1	16,0	75,3	15,6	73,1	14,7	78,2	14,6
Niedersachsen	79,3	12,7	79,3	12,4	75,7	14,9	74,2	15,6	76,2	14,6	78,6	13,1
Nordrhein	78,4	13,2	78,1	13,4	75,6	14,7	74,0	15,5	73,7	15,8	77,9	13,6
Rheinland-Pfalz	79,0	13,1	78,5	13,4	78,8	13,8	73,3	16,7	71,4	16,0	78,4	13,5
Saarland	78,6	13,5	77,1	14,4	77,1	14,1	73,6	14,7	72,0	17,2	77,6	14,0
Sachsen	79,8	13,7	78,2	14,2	77,8	15,8	75,1	15,8	74,4	15,5	79,0	14,2
Sachsen-Anhalt	78,2	14,3	76,3	14,3	75,1	16,4	75,2	16,0	75,8	15,9	77,5	14,6
Schleswig-Holstein	78,6	13,1	78,8	12,4	75,8	16,3	74,9	15,4	73,6	15,1	78,2	13,4
Thüringen	78,0	14,2	78,2	14,5	76,4	15,5	73,7	16,5	76,0	16,8	77,4	14,7
Westfalen-Lippe	78,7	13,3	79,0	13,9	76,1	14,2	77,3	13,7	73,6	16,5	78,2	13,6
Gesamt	**78,9**	**13,3**	**78,8**	**13,0**	**76,4**	**14,9**	**75,3**	**15,1**	**74,1**	**15,8**	**78,3**	**13,6**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

7.1.3.3 Anzahl Versicherter mit Kosten für Allgemeine und Spezialisierte Palliativversorgung in den letzten 3 Lebensmonaten

Tabelle 7-8: Anzahl Versicherter insgesamt und mit Kosten für Leistungen der Allgemeinen und Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in den letzten 3 Lebensmonaten[1], alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	AAPV-Kosten						SAPV-Kosten					
	nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV	
	N ges. in Kohorte	n mit AAPV-Kosten	N ges. in Kohorte	n mit AAPV-Kosten	N ges. in Kohorte	n mit AAPV-Kosten	N ges. in Kohorte	n mit SAPV-Kosten	N ges. in Kohorte	n mit SAPV-Kosten	N ges. in Kohorte	n mit SAPV-Kosten
Baden-Württemberg	1.484	1.403	335	0	434	407	1.484	0	335	331	434	422
Bayern	3.183	3.026	345	0	829	781	3.183	0	345	330	829	795
Berlin	554	515	471	0	268	224	554	0	471	462	268	263
Brandenburg	316	289	386	0	293	251	316	0	386	381	293	291
Bremen	71	65	16	0	15	13	71	0	16	16	15	14
Hamburg	281	261	119	0	155	143	281	0	119	117	155	151
Hessen	1.181	1.101	573	0	776	704	1.181	0	573	558	776	758
Mecklenburg-Vorpommern	335	314	114	0	218	205	335	1	114	108	218	212
Niedersachsen	1.800	1.695	393	0	662	625	1.800	0	393	386	662	653
Nordrhein	2.876	2.758	663	0	673	614	2.876	0	663	655	673	653
Rheinland-Pfalz	1.109	1.070	138	0	178	163	1.109	0	138	136	178	175
Saarland	184	171	61	0	107	103	184	0	61	61	107	104
Sachsen	533	505	289	0	278	258	533	0	289	286	278	272
Sachsen-Anhalt	327	314	208	0	159	147	327	0	208	207	159	155
Schleswig-Holstein	716	695	237	0	320	304	716	0	237	231	320	315
Thüringen	360	332	142	0	218	208	360	0	142	137	218	211
Westfalen-Lippe	509	475	497	0	2.021	1.940	509	0	497	474	2.021	1.901
Gesamt	**15.820**	**14.991**	**4.987**	**0**	**7.605**	**7.090**	**15.820**	**1**	**4.987**	**4.877**	**7.605**	**7.344**

[1]Die n mit Kosten sind meist kleiner als die N ges. in Kohorte, da nicht alle Versicherten in einer Kohorte und KV-Region die entsprechenden Leistungen in den letzten 3 Lebensmonaten in Anspruch genommen haben (sondern in den Monaten 4-6 vor dem Tod).
(KV Kassenärztliche Vereinigung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

7.1.3.4 Kosten für Krankenhausaufenthalte mit palliativer OPS in den letzten 3 Lebensmonaten

Tabelle 7-9: Anzahl Versicherter insgesamt und mit Krankenhausaufenthalten mit palliativer OPS[1] in den letzten 3 Lebensmonaten[2], alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	N ges. in Kohorte	n mit pall. KH	N ges. in Kohorte	n mit pall. KH	N ges. in Kohorte	n mit pall. KH	N ges. in Kohorte	n mit pall. KH	N ges. in Kohorte	n mit pall. KH	N ges. in Kohorte	n mit pall. KH
Baden-Württemberg	5.427	0	1.484	111	335	57	434	83	233	164	7.922	413
Bayern	6.962	0	3.183	226	345	56	829	164	437	220	11.764	664
Berlin	3.001	0	554	46	471	85	268	52	131	94	4.425	280
Brandenburg	2.478	0	316	43	386	75	293	72	122	83	3.598	273
Bremen	313	0	71	8	16	5	15	<5	10	6	425	20
Hamburg	1.396	0	281	24	119	25	155	46	68	41	2.020	132
Hessen	5.478	0	1.181	60	573	77	776	132	195	126	8.207	395
Mecklenburg-Vorpommern	1.510	0	335	36	114	24	218	60	74	44	2.257	168
Niedersachsen	5.697	0	1.800	95	393	66	662	126	211	128	8.767	411
Nordrhein	10.270	0	2.876	223	663	102	673	131	381	212	14.881	667
Rheinland-Pfalz	3.446	0	1.109	116	138	19	178	48	183	109	5.058	292
Saarland	853	0	184	24	61	13	107	22	48	32	1.257	91
Sachsen	3.242	0	533	69	289	55	278	65	167	102	4.514	296
Sachsen-Anhalt	2.070	0	327	38	208	41	159	33	102	56	2.870	170
Schleswig-Holstein	3.106	0	716	47	237	47	320	59	95	69	4.474	220
Thüringen	1.684	0	360	50	142	32	218	75	120	69	2.524	229
Westfalen-Lippe	7.663	0	509	45	497	63	2.021	271	307	182	11.001	564
Gesamt	**64.595**	**0**	**15.820**	**1.257**	***4.987***	**839**	***7.605***	**1.439**	***2.884***	**1.734**	**95.962**	**5.276**

[1]palliative OPS 8-982, 8-98e; [2]Die n mit Kosten sind meist kleiner als die N ges. in Kohorte, da nicht alle Versicherten in einer Kohorte und KV-Region die entsprechenden Leistungen in den letzten 3 Lebensmonaten in Anspruch genommen haben (sondern in den Monaten 4-6 vor dem Tod oder gar nicht).
(KV Kassenärztliche Vereinigung, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, pall. KH Krankenhausaufenthalt mit palliativer OPS)

Tabelle 7-10: Kosten [€] für Krankenhausaufenthalte mit palliativer OPS[1] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Baden-Württemberg	0	0	696	3.305	1.252	3.251	1.651	4.114	7.222	9.182	485	2.731
Bayern	0	0	610	3.312	1.675	5.692	1.718	4.918	6.174	14.985	564	3.920
Berlin	0	0	694	2.752	2.429	8.527	2.518	8.121	10.612	14.836	820	4.797
Brandenburg	0	0	1.087	3.031	2.027	5.132	2.229	4.993	9.564	15.657	816	4.139
Bremen	0	0	697	2.059	3.509	7.260	k.A.	k.A.	3.915	4.326	349	1.892
Hamburg	0	0	875	4.149	1.435	3.512	1.948	3.534	4.949	5.492	513	2.470
Hessen	0	0	514	3.061	1.059	3.223	1.285	3.438	6.405	10.513	422	2.619
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	854	3.263	1.899	4.459	2.648	8.713	5.459	7.058	673	3.635
Niedersachsen	0	0	445	2.707	1.553	4.451	1.510	3.724	6.487	10.595	426	2.678
Nordrhein	0	0	705	3.480	1.261	3.516	1.589	3.911	7.468	16.785	454	3.485
Rheinland-Pfalz	0	0	762	2.615	1.055	2.933	2.426	4.777	5.869	11.579	492	2.945
Saarland	0	0	1.348	4.312	1.586	3.593	1.900	4.947	11.789	20.785	889	5.156
Sachsen	0	0	1.150	3.630	1.450	3.713	2.043	5.473	6.097	8.936	591	2.994
Sachsen-Anhalt	0	0	839	3.095	1.406	3.711	1.486	3.491	4.413	7.011	442	2.322
Schleswig-Holstein	0	0	580	2.689	1.826	5.615	1.852	5.309	7.516	9.261	478	2.830
Thüringen	0	0	1.246	3.911	2.823	7.694	3.220	6.015	10.122	22.543	1.101	6.129
Westfalen-Lippe	0	0	714	2.813	1.163	3.672	1.133	3.678	6.726	11.088	483	2.864
Gesamt	**0**	**0**	**689**	**3.203**	**1.554**	**4.842**	**1.632**	**4.608**	**7.027**	**13.278**	**535**	**3.385**

[1]palliative OPS 8-982, 8-98e

(KV Kassenärztliche Vereinigung, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, k.A. keine Angabe)

7.1.3.5 Kosten für stationäre Hospizleistungen

Tabelle 7-11: Anzahl Versicherter insgesamt und mit Kosten für stationäre Hospizleistungen in den letzten 3 Lebensmonaten[1], alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	N ges. in Kohorte	n mit Hospiz	N ges. in Kohorte	n mit Hospiz	N ges. in Kohorte	n mit Hospiz	N ges. in Kohorte	n mit Hospiz	N ges. in Kohorte	n mit Hospiz	N ges. in Kohorte	n mit Hospiz
Baden-Württemberg	5.427	0	1.484	80	335	43	434	76	233	10	7.922	218
Bayern	6.962	0	3.183	134	345	9	829	80	437	<5	11.764	237
Berlin	3.001	0	554	<5	471	174	268	76	131	<5	4.425	249
Brandenburg	2.478	0	316	27	386	68	293	74	122	<5	3.598	177
Bremen	313	0	71	<5	16	<5	15	<5	10	<5	425	7
Hamburg	1.396	0	281	21	119	14	155	72	68	<5	2.020	108
Hessen	5.478	0	1.181	51	573	76	776	157	195	<5	8.207	290
Mecklenburg-Vorpommern	1.510	0	335	31	114	13	218	54	74	9	2.257	115
Niedersachsen	5.697	0	1.800	93	393	44	662	141	211	<5	8.767	285
Nordrhein	10.270	0	2.876	315	663	73	673	130	381	10	14.881	553
Rheinland-Pfalz	3.446	0	1.109	80	138	11	178	44	183	<5	5.058	144
Saarland	853	0	184	35	61	<5	107	7	48	<5	1.257	49
Sachsen	3.242	0	533	47	289	11	278	37	167	8	4.514	111
Sachsen-Anhalt	2.070	0	327	31	208	24	159	24	102	<5	2.870	85
Schleswig-Holstein	3.106	0	716	19	237	20	320	56	95	<5	4.474	94
Thüringen	1.684	0	360	47	142	5	218	25	120	<5	2.524	81
Westfalen-Lippe	7.663	0	509	44	497	109	2.021	226	307	6	11.001	398
Gesamt	**64.595**	**0**	**15.820**	**1.052**	**4.987**	**702**	**7.605**	**1.279**	**2.884**	**68**	**95.962**	**3.197**

[1]Die n mit Kosten sind meist kleiner als die N ges. in Kohorte, da nicht alle Versicherten in einer Kohorte und KV-Region die entsprechenden Leistungen in den letzten 3 Lebensmonaten in Anspruch genommen haben (sondern in den Monaten 4-6 vor dem Tod oder gar nicht).
(KV Kassenärztliche Vereinigung, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung)

Tabelle 7-12: Kosten für stationäre Hospizleistungen [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- und geschlechtsstandardisiert

KV-Region	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV		gesamt	
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
Baden-Württemberg	0	0	150	973	549	2.675	749	3.058	206	1.703	101	1.060
Bayern	0	0	134	1.144	42	464	410	2.274	k.A.	k.A.	71	899
Berlin	0	0	k.A.	k.A.	1.872	4.900	1.132	3.355	k.A.	k.A.	266	1.892
Brandenburg	0	0	237	1.290	689	2.481	942	3.199	k.A.	k.A.	179	1.353
Bremen	0	0	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	74	1.284
Hamburg	0	0	188	1.350	638	2.905	3.027	6.708	k.A.	k.A.	292	2.176
Hessen	0	0	155	1.377	635	2.960	933	3.292	k.A.	k.A.	156	1.417
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	309	1.766	116	401	889	2.701	457	2.053	156	1.185
Niedersachsen	0	0	192	1.573	544	2.500	752	2.744	k.A.	k.A.	122	1.186
Nordrhein	0	0	355	1.919	350	1.785	789	2.880	112	1.044	127	1.156
Rheinland-Pfalz	0	0	243	1.599	238	1.197	1.294	3.843	k.A.	k.A.	112	1.110
Saarland	0	0	960	3.235	k.A.	k.A.	88	363	k.A.	k.A.	162	1.335
Sachsen	0	0	180	1.098	187	1.351	271	1.186	94	845	55	621
Sachsen-Anhalt	0	0	235	1.636	220	1.398	568	2.572	k.A.	k.A.	78	923
Schleswig-Holstein	0	0	147	1.299	346	1.849	848	3.261	k.A.	k.A.	104	1.135
Thüringen	0	0	396	1.924	113	1.214	512	2.301	k.A.	k.A.	119	1.105
Westfalen-Lippe	0	0	331	1.944	711	2.578	398	2.072	25	260	124	1.155
Gesamt	**0**	**0**	**218**	**1.504**	**574**	**2.611**	**689**	**2.816**	**86**	**924**	**125**	**1.205**

(KV Kassenärztliche Vereinigung, PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, k.A. keine Angabe (Zellen mit einer Anzahl von <5 Versicherte))

8 Literaturverzeichnis

Abgeordnetenhaus Berlin (2011): 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin (Würde in der letzten Lebensphase) (Drucksache 16/4057).

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen (2011): Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern. Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen.

Ditscheid, Bianka; Storch, Josephine; Krause, Markus; Meyer, Ingo; Freytag, Antje (2020): Leistungs- und Abrechnungsdatum in GKV-Routinedaten: Umgang mit zeitlichen Abweichungen. In: *Gesundheitswesen* 82 (S 01), S. 20–28. DOI: 10.1055/a-1030-4223.

KV Nordrhein (2009): Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein. Ersatzkassen.

KV Nordrhein (2015): Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld. Ersatzkassen.

KV Westfalen-Lippe (2013): Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld. Hg. v. KV Westfalen-Lippe.

Langton, Julia M.; Blanch, Bianca; Drew, Anna K.; Haas, Marion; Ingham, Jane M.; Pearson, Sallie-Anne (2014): Retrospective studies of end-of-life resource utilization and costs in cancer care using health administrative data. a systematic review. In: *Palliative medicine* 28 (10), S. 1167–1196. DOI: 10.1177/0269216314533813.

Melching, Heiner (2015): Palliativversorgung. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Stiftung, Bertelsmann (Faktencheck Gesundheit).

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2005): Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW. Kooperatives integratives Versorgungskonzept. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.

Murtagh, F. E.; Bausewein, C.; Verne, J.; Groeneveld, E. I.; Kaloki, Y. E.; Higginson, I. J. (2014): How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. In: *Palliative medicine* 28 (1), S. 49–58. DOI: 10.1177/0269216313489367.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2006): Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen. Hg. v. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (2013): Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen. (1. Fortschreibung des Rahmenkonzepts zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen vom März 2006).

Radbruch, L.; Andersohn, F.; Walker, J. (2015): Palliativversorgung - Modul 3. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Bertelsmann-Stiftung (Faktencheck Gesundheit).