

Ansichten von Hausärzten zur Versorgung von unheilbar kranken Patienten am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen

N. Schneider
K. Buser
V. E. Amelung

Attitudes of Family Doctors on Health Care for Incurable Patients at the End of Life – Results from a Survey in Lower Saxony

Zusammenfassung

Hintergrund: Hausärzte haben eine wesentliche Rolle in der Versorgung von unheilbar kranken Patienten. Das Niveau der gegenwärtigen Palliativversorgung in Deutschland wird jedoch sehr kritisch gesehen, wobei empirische Daten insgesamt und über die Sichtweise der Hausärzte im Besonderen rar sind. **Methoden:** Deshalb wurden im Rahmen eines Gutachtens der Versorgungsforschung die Ansichten der Hausärzte (Stichprobe: n = 257) mit Hilfe teilstrukturierter telefonischer Interviews in vier repräsentativen Regionen Niedersachsens untersucht. **Ergebnisse:** 71 Ärzte konnten interviewt werden (28%). Sie versorgten durchschnittlich rund vier palliative Krebspatienten und doppelt so viele Palliativpatienten mit nicht-malignen Erkrankungen zum Befragungszeitpunkt. Viele Befragte gaben an, besonders in der finalen Phase rund um die Uhr für ihre Patienten erreichbar zu sein. Der größte Verbesserungsbedarf wurde bei der psychosozialen Begleitung gesehen, während die ansonsten häufig im Mittelpunkt stehende Schmerztherapie eine geringere Rolle spielte. Außerdem wurde eine große Offenheit für den Auf- und Ausbau neuer palliativer Versorgungsstrukturen geäußert. **Schlussfolgerungen:** Die Hausärzte zeigen großes Engagement bei der Betreuung von Palliativpatienten und sind offen für Verbesserungsmaßnahmen. Die Meinungsvielfalt zum Stand und zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung unter den Professionen und Fachgruppen sollte dabei respektiert und berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Palliativversorgung · Palliativmedizin · Hausarzt · Public Health · Versorgungsforschung

Abstract

Background: Family doctors play an important role in the health care for terminal ill and patients. The current level of palliative care in Germany is strongly criticised, however, empirical data is scarce, particularly with respect to family doctors. **Methods:** Therefore, the attitudes of family doctors (sample: n = 257) in four representative regions in Lower Saxony were studied by using semi-structured telephone interviews. This was part of a health system researchers' expert report. **Results:** 71 doctors could be interviewed (28%). On the average, they cared for four palliative patients with cancer diseases and eight palliative patients with other diseases than cancer at that time. Many of the doctors were available for their patients around the clock, particularly in the final phase. The main area for improvement was considered to be the psychosocial support – rather than pain therapy, which is usually focussed. Furthermore, a considerable openness for the establishment of new palliative care structures was shown. **Conclusion:** Family doctors are highly motivated for palliative care and open for improvements. In the process, the diversity of opinion among professions and disciplines about the current situation and the further development of palliative care should be respected and considered.

Key words

Palliative care · palliative medicine · general practitioner · public health · health services research

Institutsangaben

Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Korrespondenzadresse

Dr. med. Nils Schneider, MPH · Medizinische Hochschule Hannover · Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung · Carl-Neuberg-Str. 1 · 30625 Hannover · E-mail: schneider.nils@mh-hannover.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 298–304 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-933516
ISSN 0014-3362/51

Hintergrund

Die Palliativversorgung hat zum Ziel, unheilbar kranken Patienten in den letzten Lebensphasen eine bestmögliche Lebensqualität zu sichern. Dazu gehören eine gute Schmerztherapie und Symptomkontrolle und die Berücksichtigung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Eine flächendeckende Palliativversorgung auf angemessenem Niveau sollte ein fester Bestandteil im Gesundheitssystem sein [1, 2], wovon jedoch gegenwärtig in Deutschland nicht ausgegangen werden kann [3]. Beklagt werden Defizite bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen, ungenügende Zahlen an speziellen Leistungsangeboten (z. B. Hospize, Palliativstationen, Palliativdienste) und Mängel bei den Versorgungsabläufen und der Zusammenarbeit der involvierten Professionen und Institutionen [4, 5].

Die Meinungsbildung bei der Beurteilung der gegenwärtigen Situation und zu möglichen Verbesserungsschritten findet vornehmlich durch Experten unterschiedlicher Professionen und Fachrichtungen statt, die sich in ihrem Arbeitsfeld mehr oder weniger auf die Palliativmedizin und Hospizarbeit spezialisiert haben. Verhältnismäßig wenig ist über die Ansichten anderer Leistungserbringer bekannt, die ebenfalls wichtige Funktionen innerhalb der Palliativversorgung einnehmen, ohne ihren Schwerpunkt auf diesem Gebiet zu haben, wie die Hausärzte [6, 7]. Ihre Wahrnehmungen und Einschätzungen können sich erheblich von denen anderer Professionen und Fachrichtungen unterscheiden [8].

Insgesamt gibt es in Deutschland nur wenige empirische Untersuchungen über die hausärztliche Perspektive in diesem Zusammenhang. Deutlich wird, wie sehr die ganzheitliche Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patienten in der Sterbephase dem Selbstverständnis der Hausärzte und auch der Sichtweise der Bevölkerung entspricht (z. B. [9–11]).

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit standen die Fragen, wie viele Palliativpatienten von einem Hausarzt versorgt werden, in welchen Bereichen der größte Verbesserungsbedarf gesehen wird und wie potenzielle, gegenwärtig diskutierte Verbesserungsmaßnahmen beurteilt werden.

Die Untersuchung war Teil eines größeren Versorgungsforschungs-Gutachtens im Auftrag des Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Arbeit, Familie und Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen. Das Gutachten (das im Volltext im Internet einsehbar ist [12]) war das Erste seiner Art in Deutschland, das regionalspezifisch auf ein Bundesland bezogen die Versorgungslage von Palliativpatienten analysiert und konkrete Empfehlungen für Verbesserungsmaßnahmen – aus der Perspektive der Versorgungsforschung – gegeben hat.

Die Versorgungsforschung, als in Deutschland vergleichsweise neue wissenschaftliche Disziplin, stellt die Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessabläufe der Gesundheitsversorgung in Mittelpunkt ihrer Betrachtungen und weniger medizinische Aspekte im engeren Sinne (z. B. zur Qualität der Schmerzthera-

pie). In der Zwischenzeit ist ein ähnlich gelagertes Gutachten, in dem ebenfalls Hausärzte befragt wurden, für das Bundesland Brandenburg erstellt worden, dessen Ergebnisse an anderer Stelle publiziert sind [13].

Methoden

Anhand von halbstandardisierten Interviewleitfäden wurden im Zeitraum von Dezember 2003 bis April 2004 telefonische Interviews mit hausärztlich tätigen Vertragsärzten durchgeführt.

Untersuchungsregionen

Die Befragungen fanden in vier Untersuchungsregionen statt, die das Flächenland Niedersachsen hinsichtlich folgender soziodemografischer/epidemiologischer Kriterien repräsentieren sollten:

- Bevölkerungsdichte,
- Krebsmortalität (altersstandardisierte Krebsmortalitätsrate),
- Haushaltsgröße (Anteil Ein-Personen-Haushalte),

Für jedes Kriterium wurden anhand der landesweiten Streuung drei Ausprägungen determiniert (überdurchschnittlich, durchschnittlich, unterdurchschnittlich). Als weiteres Kriterium sollte jeder der vier Regierungsbezirke berücksichtigt werden. Auf diese Weise wurden die Landkreise Rotenburg, Helmstedt und Ammerland sowie die Stadt Hannover ausgewählt [12]. Die Merkmale der Untersuchungsregionen sind in Tab. 1 zusammengestellt.

Quelle und Grundgesamtheit der Interviewpartner

Innerhalb der drei ausgewählten Landkreise erfolgte mit Hilfe der „Arztauskunft Niedersachsen“ der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen [14] eine Vollerhebung (Stichtag 30.11.2003) der mit der Suchoption „Hausärzte“ gefundenen Ärzte. Für die Stadt Hannover wurde eine Zufallsstichprobe von 33% (jeder Dritte in der alphabetischen Listung) gezogen.

Mit der Suchfunktion „Hausärzte“ werden Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte sowie Kinderärzte gefunden. Die Kinderärzte wurden aus der Unter-

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale der ausgewählten Regionen in Niedersachsen

Region	Regierungsbezirk	Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²)	Krebsmortalitätsrate	Anteil Ein-Personen-Haushalte (in %)
Hannover Stadt	Hannover	2 534,8 ↑	362,5 ↑	53,8 ↑
Landkreis Rotenburg	Lüneburg	79,0 ↓	338,0 ↔	30,4 ↓
Landkreis Helmstedt	Braunschweig	147,1 ↔	366,3 ↑	36,8 ↔
Landkreis Ammerland	Weser-Ems	155,4 ↔	310,2 ↓	33,4 ↔

Die Pfeile geben den relativen Bezug zur landesweiten Streuung an (↓ = unterdurchschnittlich, ↔ = durchschnittlich, ↑ = überdurchschnittlich).

suchung ausgeschlossen, alle anderen als Gruppe zusammengefasst. Bei Gemeinschaftspraxen wurde nur ein Praxispartner befragt. Die Grundgesamtheit umfasste $n = 257$ Ärzte (Stadt Hannover $n = 66$, LK Helmstedt $n = 43$, LK Rotenburg $n = 73$, LK Ammerland $n = 75$).

Interviewleitfäden

Es kam ein speziell für diese Untersuchung entwickelter, in einem Pre-Test auf Verständlichkeit überprüfter halbstandardisierter Interview-Leitfaden zum Einsatz. Er umfasste insgesamt 15 Fragen, deren telefonische Bearbeitung ca. zehn Minuten in Anspruch nahm. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf folgende Kernfragestellungen:

- Wie viele Palliativpatienten versorgt ein Hausarzt zum Befragungszeitpunkt? Palliativpatienten wurden hier als „Patienten mit einer geschätzten Lebenserwartung von ungefähr sechs Monaten oder weniger“ definiert, und es wurde differenziert nach Patienten mit bösartigen Tumorerkrankungen und mit anderen unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen gefragt.
- Wie ist die Versorgung dieser Patienten außerhalb der üblichen Sprechzeiten (v. a. nachts und am Wochenende) geregelt?
- Wie schätzen die Hausärzte den Verbesserungsbedarf, differenziert nach unterschiedlichen Teilaspekten, ein? Die Antwortmöglichkeiten auf einer 4-Punkt-Skala waren „hoher“, „mittlerer“, „niedriger“ und „kein Verbesserungsbedarf“.
- Welche Einstellungen bestehen zu der Etablierung von Leitlinien in der Palliativversorgung? Antwortmöglichkeiten auf einer 3-Punkt-Skala: „ja“, „nein“, „vielleicht“.
- Wie werden potenzielle neue spezialisierte Palliativstrukturen bewertet? Bei dieser Frage wurden drei sich in der Diskussion befindliche Strukturen und Leistungsangebote vorgestellt (24-Stunden-Telefonhotline, konsiliarisch tätige palliativmedizinische Spezialisten, mehr Hospiz- und Palliativbetten in stationären Einrichtungen). Antwortmöglichkeiten jeweils: „eher sinnvoll“ oder „eher nicht sinnvoll“.

Zu jeder Frage bestand jeweils die Möglichkeit, die Antworten in Freitextform zu ergänzen.

Durchführung der Interviews

Nachdem ein offizielles Anschreiben verschickt worden war, erfolgten maximal fünf Versuche der telefonischen Kontaktaufnahme zu praxisüblichen werktäglichen Sprechzeiten. Wenn nach spätestens fünf Versuchen kein persönlicher Telefonkontakt mit dem Arzt hergestellt werden konnte bzw. dieser das Interview ablehnte, wurde der Kontakt beendet.

Der Zeitpunkt der Interviewdurchführung richtete sich nach den Wünschen der zu Befragenden (während/außerhalb der Sprechzeiten).

Statistik

Die Datenerfassung und Auswertung erfolgte mit Hilfe einer SPSS-Datenbank. Die Ergebnisse wurden deskriptiv dargestellt. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit einem nicht-parametrischen Testverfahren (Chi-Quadrat nach Pearson) untersucht. Das Signifikanzniveau wurde bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% gesetzt ($p < 0,05$). Die Ergebnisse werden

üblicherweise in Form der arithmetischen Mittelwerte mit Angabe der 95% Konfidenzintervalle dargestellt. Freitextantworten wurden (ohne inhaltsanalytische Aufbereitung) als Hintergrundinformationen berücksichtigt.

Ergebnisse

71 Interviews konnten durchgeführt werden, was einer Quote von 28% entspricht. Auf die Untersuchungsgebiete bezogen, zeigten sich folgende Quoten:

- Stadt Hannover 35% ($n = 23$ von 66),
- LK Helmstedt 33% ($n = 14$ von 43),
- LK Rotenburg 36% ($n = 26$ von 73),
- LK Ammerland 11% ($n = 8$ von 75).

Als häufigste Gründe für abgelehnte Interviews wurden Zeitmangel, mangelndes Interesse an der Thematik und grundsätzliche Ablehnung von telefonischen Befragungen genannt. Weitere Gründe für nicht stattgefundene Interviews lagen darin, dass mit der beschriebenen Vorgehensweise nach höchstens fünf Versuchen kein Kontakt zum Arzt hergestellt werden konnte.

Wie viele Palliativpatienten versorgt ein Hausarzt?

Im arithmetischen Mittel versorgte ein Hausarzt zum Zeitpunkt der Befragung 3,5 Palliativpatienten mit Tumorerkrankungen (Spannweite 0–15) und 8,5 Palliativpatienten mit anderen fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankungen (Spannweite 0–30). Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Anzahl an Tumor- und Nicht-Tumorpatienten pro Hausarzt (siehe Abb. 1).

Wie ist die Versorgung außerhalb der üblichen Praxiszeiten geregelt?

45% ($n = 32$) der Befragten gaben an, unabhängig von offiziellen Notdienstregelungen für die von ihnen betreuten Palliativpatienten täglich rund um die Uhr erreichbar zu sein bzw. Regelun-

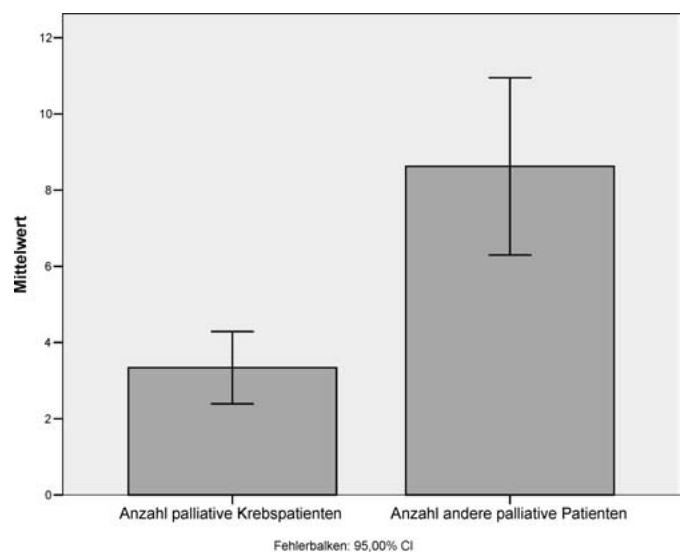


Abb. 1 Arithmetische Mittel und 95%-Vertrauensintervalle bei den Antworten auf die Frage, wie viele Patienten mit Krebserkrankungen und wie viele Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen und einer angemessenen Lebenserwartung von höchstens sechs Monaten zum Befragungszeitpunkt versorgt werden.

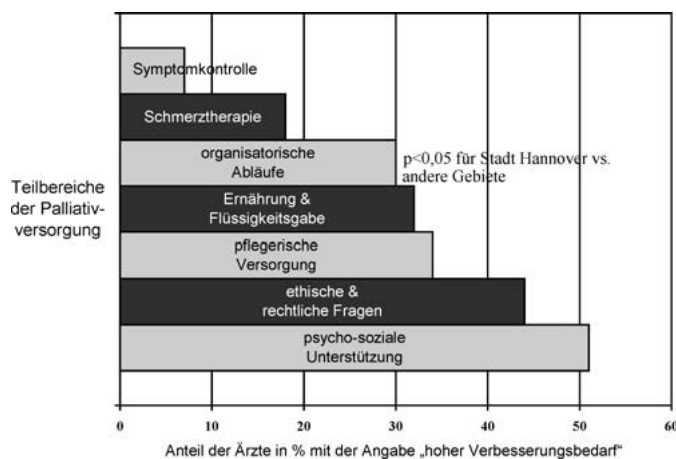


Abb. 2 Anteil der Hausärzte (in Prozent), die einen hohen Verbesserungsbedarf in den einzelnen Bereichen angeben. Angaben auf einer 4-Punkt-Skala (hoher, mittlerer, niedriger, kein Verbesserungsbedarf).

gen (z. B. informelle Absprachen mit Kollegen) getroffen zu haben, die die persönliche ärztliche Erreichbarkeit sicherstellten. Aus den freien Anmerkungen zu dieser Frage war eine Tendenz ersichtlich, dass dies umso häufiger der Fall ist, je näher der angenommene Zeitpunkt des Versterbens eines Palliativpatienten rückt (Finalphase).

Wie wird der Verbesserungsbedarf in der Palliativversorgung eingeschätzt?

Jeder zweite Hausarzt ($n = 36$) sah einen hohen Verbesserungsbedarf bei der psychosozialen Unterstützung von Palliativpatienten, und ungefähr jeder Dritte sah ihn im pflegerischen Bereich, bei Fragen zu Ernährung und Flüssigkeitsgabe und bei den organisatorischen Abläufen (siehe Abb. 2). Rund 18% ($n = 13$) der Befragten gaben einen hohen Verbesserungsbedarf bei der Schmerztherapie und 8% ($n = 5$) bei anderen körperlichen Symptomen an. Hinsichtlich der organisatorischen Abläufe sahen Hausärzte mit Praxissitz in der Stadt Hannover signifikant häufiger einen hohen Verbesserungsbedarf als ihre Kollegen in den drei untersuchten Landkreisen.

Abb. 3 verdeutlicht, wie viele Ärzte einen niedrigen oder gar keinen Verbesserungsbedarf in den unterschiedlichen Teilbereichen sahen: Fast 50% waren es bei der Schmerztherapie ($n = 35$) und mehr als 60% bei anderen Symptomen ($n = 44$). Bei der psychosozialen Betreuung waren es hingegen nur knapp 13% ($n = 9$).

Welche Einstellungen bestehen zu Leitlinien?

Ein großer Teil der befragten Hausärzte (56%) würde es begrüßen, wenn ihnen mehr Leitlinien und Versorgungsstandards bei der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten zur Verfügung stehen würden (siehe Abb. 4).

Wie werden potenzielle neue Versorgungsstrukturen bewertet?

Von den im Interview zu bewertenden Strukturen fand die Einrichtung einer telefonischen Beratungshotline die größte Befürwortung. 87,3% ($n = 62$) fanden sie „sinnvoll“ und nur 12,7% ($n = 9$) „nicht sinnvoll“. Etwas geringer, aber doch deutlich positiv fiel die Zustimmung zur punktuellen ambulanten Mitbetreu-

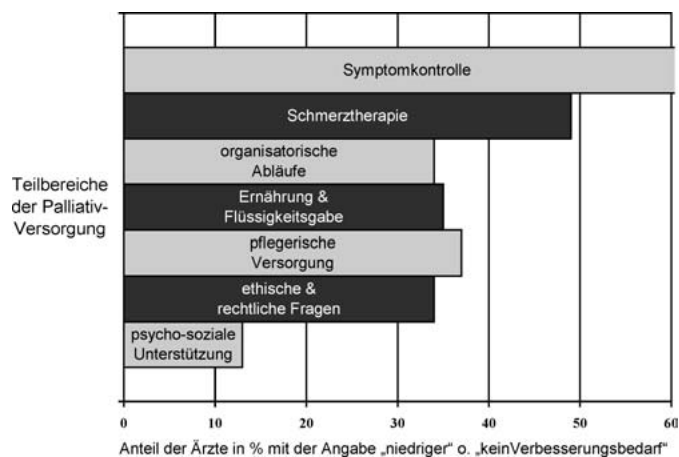


Abb. 3 Anteil der Hausärzte (in Prozent), die einen niedrigen oder keinen Verbesserungsbedarf in den einzelnen Bereichen angeben. Angaben auf einer 4-Punkt-Skala. Die Angaben niedriger bzw. kein Verbesserungsbedarf wurden in dieser Auswertung zusammengefasst.

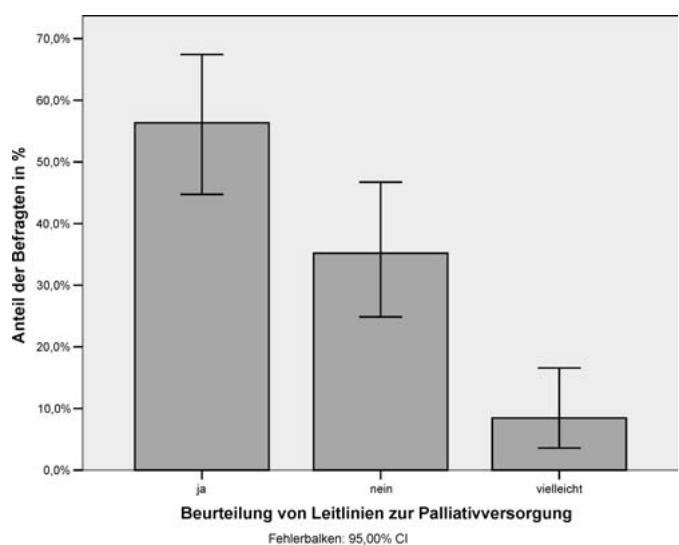


Abb. 4 Arithmetische Mittel und 95%-Vertrauensintervalle bei den Antworten auf die Frage, ob mehr Leitlinien bei der Versorgung von Palliativpatienten sinnvoll empfunden werden ($n = 71$).

ung von Palliativpatienten durch Palliativ-Spezialisten aus (71,8% „sinnvoll“, 25,4% „nicht sinnvoll“). Die Einrichtung von mehr Palliativ- und Hospizbetten in stationären Einrichtungen fanden 63,4% „sinnvoll“ und 33,8% „nicht sinnvoll“.

Diskussion

Methodenkritik

Die Untersuchung hat methodische Schwächen. Zumindest partiell sind sie darauf zurück zu führen, dass die Befragungen ein Teilbereich eines sehr umfangreichen Gutachtens waren [12], dessen Rahmenbedingungen nicht durchgängig kongruent zu denen einer optimalen empirischen Sozialforschungsarbeit waren.

Problematisch waren die uneinheitlich verwendeten Begrifflichkeiten im Themengebiet. Zwar hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definitorische Festlegungen (zum Beispiel zum

Begriff „Palliativpatient“) getroffen [15], aber es kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese so innerhalb des Befragtenkollektivs bekannt waren und verwendet wurden. Zudem können die Ansichten und Haltungen zur Palliativversorgung entscheidend von persönlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und individuellem Wertesystem abhängen [16]. So schätzten beispielsweise in einer weiteren Untersuchung der Autoren im Land Brandenburg die Hausärzte, die mehr als zehn Jahre vertragsärztlich tätig waren, ihre palliativmedizinischen Kompetenzen signifikant höher ein als es ihre kürzer niedergelassenen Kollegen taten [13]. Schon Wagner und Abholz haben im Rahmen der Evaluationen des „Palliativmedizinischen Konsiliardienstes in NRW“ auf den Einfluss der Praxisstrukturen und Berufserfahrungen auf die hausärztlichen Einschätzungen von Palliativpatienten hingewiesen [17]. In der vorliegenden Studie wurden solche Merkmale leider nicht erfasst.

Um den Ausdruck Palliativpatient zu spezifizieren, haben wir auf eine geschätzte Lebenserwartung von sechs Monaten oder weniger fokussiert. Diese terminale Lebensphase [18] spiegelt zwar nicht die Palliativversorgung insgesamt wieder (die je nach individuellen Erfordernissen ggf. frühzeitiger in die Versorgungsprozesse integriert werden sollte) – jedoch haben wir uns bewusst auf die letzten Lebensmonate konzentriert, um das Begriffsverständnis und die Zielgruppe zu schärfen.

Objektivierbare Aussagen zur Versorgungsqualität lassen sich aus den Ergebnissen nicht ableiten; sie spiegeln die Subjektivität und Meinungsvielfalt zum Themengebiet wider, die auch in vielen offiziellen Stellungnahmen zum Vorschein treten: Während die Experten aus der Palliativmedizin und Hospizarbeit das palliative Versorgungsniveau in Deutschland erheblich kritisieren [3, 4], spricht ein renommierter hausärztlicher Vertreter im Rahmen einer Stellungnahme der Ärztekammer Niedersachsen von einer gewährleisteten „flächendeckend qualitativ sehr hoch stehenden Palliativversorgung“ [19]. Unserer Ansicht nach spiegeln die unterschiedlichen Ansichten der an der Palliativversorgung Beteiligten die legitime Meinungsvielfalt in diesem gesamtgesellschaftlich hoch relevantem Feld wider und unterstreichen den enormen Forschungsbedarf [8, 20].

Zu den Stärken der vorliegenden Untersuchung zählen u. a. ihre thematische Breite, ihr Anwendungsbezug und ihr für Deutschland recht neuer Blickwinkel der Versorgungsforschung. Die Rücklaufquote von knapp 28% lag im Rahmen des Erwarteten (zum Vergleich: 33% bei der Befragung in Thüringen [9]). Ein Selektionsbias ist zwar möglich (weil u. U. in erster Linie die Ärzte zum Interview bereit waren, die ein gesteigertes Interesse am Thema hatten) – allerdings wohl weniger ausgeprägt als bei Befragungen innerhalb einer, beispielsweise, durch Qualitätszirkel- oder Projekteilnahme vorselektierten Population.

Eine weitere Stärke der Arbeit besteht darin, dass sie von einer Institution durchgeführt wurde, die nicht selbst in die klinischen Versorgungsprozesse involviert ist und keine Partikularinteressen innerhalb der ärztlichen Fachgruppen verfolgt.

Erfahrungen von Hausärzten mit der Palliativversorgung

In den letzten Jahren wird die Qualität der hausärztlichen Palliativversorgung zunehmend kritisch gesehen. Diese Einschätzung

resultiert unter anderem daraus, dass der einzelne Hausarzt statistisch gesehen relativ selten in die Situation einer durchzuführenden Sterbebegleitung von Patienten mit Tumorerkrankungen kommt und deshalb möglicherweise die dafür erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen zu sammeln nicht in der Lage sein kann [6]. Epidemiologische Explorationen kommen zum Ergebnis, dass in einer Hausarztpraxis ein bis zwei Krebskranke in Sterbebegleitung zu jedem Zeitpunkt versorgt werden [22]. In dieser Untersuchung bei niedersächsischen Hausärzten ergab sich ein höherer Durchschnittswert von 3,5 palliativen Krebspatienten zum Befragungszeitpunkt, was sich in etwa mit den von Ergebnissen aus dem Modellprojekt „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“ deckt [17].

Eine alleinige Betrachtung der Palliativpatienten mit Tumorerkrankungen greift aber zu kurz: Berücksichtigt werden sollten auch Palliativpatienten mit anderen unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen mit sehr begrenzter Lebenserwartung, von denen ein relevanter Anteil einen ähnlichen Versorgungsbedarf wie sterbende Krebspatienten hat. Hierzu gehören zum Beispiel multimorbide alte Patienten, die im hausärztlichen Versorgungsalltag bekanntlich eine wesentliche Rolle einnehmen [23–25]. Wir fanden eine Zahl von rund acht Palliativpatienten mit nicht-malignen Erkrankungen pro Hausarzt zum Befragungszeitpunkt. Diese Zahl liegt – unter Berücksichtigung limitierter Vergleichbarkeit – über der aus dem Modellprojekt „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“ (vier Patienten bei Betrachtung der letzten beiden Quartale) [17]. In jedem Fall wird die erforderliche Fokuserweiterung des Palliative Care-Ansatzes über die Gruppe der Krebspatienten hinaus untermauert.

Nach vorsichtigen Schätzungen von Experten haben rund 25% aller Krebspatienten und 2,5–7,5% der Patienten mit nicht-malignen Grunderkrankungen einen erhöhten palliativmedizinischen Versorgungsbedarf [3, 13].

Psychosoziale Versorgung im Mittelpunkt

Innerhalb der Palliativversorgung ist eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Versorgungsinhalte von Interesse, wengleich eine klare Abgrenzung von Teilbereichen weder möglich noch sinnvoll ist. Von den Ergebnissen dieser Studie sind in erster Linie diejenigen an den unteren und oberen Enden der Häufigkeitsskalen aussagekräftig, d. h. die Bereiche Schmerztherapie/Symptomkontrolle und psychosoziale Versorgung.

Die Kritik an der häuslichen Palliativversorgung bezieht sich besonders auf die Schmerztherapie [26]. Die niedersächsischen Hausärzte nahmen diesbezüglich allerdings einen relativ geringen Verbesserungsbedarf wahr. Einen weitaus größeren sehen sie bei der psychosozialen Unterstützung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen, wodurch frühere Ergebnisse aus Thüringen bestätigt werden [9].

Der Begriff „psychosozial“ kann allerdings sehr vieles bedeuten, von professioneller psychotherapeutischer/psychologischer Intervention bis zur unspezifischen Begleitung und Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen durch Ehrenamtliche oder Freunde und Nachbarn. Vor diesem Hintergrund werten wir die starke Hervorhebung psychosozialer Versorgungsdefizite vor-

nehmlich als Ausdruck des ganzheitlichen Versorgungsanspruchs der Allgemein- und Familienmedizin.

Aus Sicht der Versorgungsforschung sind organisatorische Mängel in der gegenwärtigen Leistungserstellung (nicht nur bei Palliativpatienten) besonders relevant [27]. Dass diese von den Hausärzten mit einer Stadt-Praxis signifikant häufiger als in den ländlichen Regionen gesehen wurden, könnte darauf hindeuten, dass die Vielzahl der Versorgungsangebote in einem Ballungsraum die Abgrenzung von Zuständigkeiten und die Koordination der Angebote sowie den Informationsfluss zwischen den Akteuren erschwert (Schnittstellenproblematik). Dies unterstützt Forderungen nach regional differenzierten Betrachtungsweisen bei den Verbesserungsansätzen in der Palliativversorgung [28, 29].

Hohes Engagement

Bestätigt wird die aus der Literatur bekannte grundsätzlich hohe Motivation der Hausärzte zur Betreuung von Palliativpatienten [9]. In dieser Studie kann sie daraus geschlussfolgert werden, dass – unabhängig von den regionalen Regelungen des kassenärztlichen Notdienstes – nahezu die Hälfte der Hausärzte (nach eigenen Angaben) auf der Basis einer individuell abgestimmten Regelung immer für ihre Palliativpatienten erreichbar ist. Wenn dies so ist, kann es ein Qualitätsindikator in dem Sinne sein, dass die Kontinuität in der Versorgungskette bei diesen Patienten eher erhalten bleibt als bei Patienten, die ggf. durch Notdienste versorgt werden müssen. Gleichzeitig verdeutlicht dies auch den sehr hohen zeitlichen Aufwand [30].

Offenheit für Neues

In Deutschland wird der Auf- und Ausbau diverser Strukturen der speziellen Palliativversorgung diskutiert [31]. Kaum jedoch wurde bislang die Akzeptanz durch die potenziellen Nutzer (hier: der Hausärzte) vorab erfragt. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen Empfehlungen, den Hausärzten die Möglichkeit zu geben, bei Bedarf palliativmedizinische Spezialisten konsiliarisch hinzu zu ziehen (z. B. [32, 33]). Ein weiteres, von den Hausärzten in Niedersachsen offensichtlich stark befürwortetes Unterstützungsangebot kann eine telefonische Beratungshotline für spezielle Palliativfragen sein. Über eine solche Hotline könnten beispielsweise eine medizinische Beratung erfolgen und unterschiedliche Leistungsanbieter miteinander in Kontakt gebracht werden. Die relativ gesehen geringste, aber immer noch deutliche Zustimmung erhielt der Ausbau stationärer Strukturen (Hospiz- und Palliativbetten).

Sehr positiv wurde auch der Vorschlag von Leitlinien aufgenommen, wobei nicht differenziert wurde, welche Art von Leitlinien gemeint waren. Die Befragten können sich auf medizinische Behandlungsleitlinien im engeren Sinne bezogen haben, die zumindest für die Schmerztherapie breit verfügbar sind [34]. Insgesamt erscheint wichtig, dass bei der Entwicklung von Leitlinien in der Palliativversorgung nicht singuläre Symptome oder Diagnosen berücksichtigt werden, sondern Konzepte, die den vielschichtigen, weit über die medizinische Behandlung i. e. S. hinausgehenden Bedürfnissen gerecht werden. Aus Sicht der Versorgungsforschung sollten die organisatorischen Aspekte und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern dabei explizit berücksichtigt werden.

Ob neue Versorgungsstrukturen und Leitlinien im hausärztlichen Arbeitsalltag akzeptiert würden – und ob sie hilfreich wären –, ist eine an dieser Stelle nicht zu beantwortende Frage.

Schlussfolgerungen

Die Hausärzte haben eine Schlüsselfunktion in der Gesundheitsversorgung von Patienten am Lebensende. Sie scheinen offen zu sein für zusätzliche Unterstützungsangebote, so dass eine gute Ausgangsbasis für Verbesserungsmaßnahmen besteht. Die Meinungsvielfalt zum Stand und zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung unter den Professionen und Fachgruppen sollte dabei respektiert und berücksichtigt werden.

Interessenskonflikte: Die Autoren haben im Rahmen dieser Arbeit finanzielle Zuwendungen vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, den Verbänden der Gesetzlichen Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen erhalten. Sie erklären, dass weder hieraus noch in anderem Zusammenhang Interessenskonflikte bestehen.

Literatur

- 1 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Dt Arztebl 2004; 101: 1298 – 1299
- 2 Klaschik E, Nauck F, Radbruch L, Sabatowski R. Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. Internist 2000; 41: 606 – 611
- 3 Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Gutachten im Auftrag der Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. 2004. http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/gutachten/gutachten02_palliativmedizin.pdf
- 4 Klaschik E. Palliativmedizin. Ganzheitliche Medizin mit hohem Entwicklungsbedarf. Schmerz 2001; 15: 311
- 5 Schneider N, Buser K, Amelung V. Improving palliative care in Germany. Journal of Public Health 2006; online first am 7. März 2006
- 6 Abholz HH. Palliativmedizinische Versorgung – eine hausärztliche Aufgabe? Z Allg Med 1998; 74: 957 – 961
- 7 Crebolder H. Spezialisierung in der Allgemeinmedizin – eine Entwicklung in Primärarztsystemen am Beispiel der Niederlande. Z Allg Med 2004; 80: 451 – 454
- 8 Schneider N, Buser K, Amelung V. Discrepancies in the viewpoints of different German health care providers on palliative care. Evaluation & the Health Professions 2006; im Druck
- 9 Oorschot B v, Schweitzer S. Ambulante Versorgung von Tumorpatienten im finalen Stadium. DMW 2003; 128: 2295 – 2299
- 10 Oorschot B v, Dreßel G, Erdmann B, et al. Sterben und Tod in Thüringen – Ergebnisse einer schriftlichen Repräsentativbefragung. Z Palliativmed 2002; 3: 30 – 33
- 11 Wagner G. Palliativmedizinischer Kenntnisstand von Hausärzten, wahrgenommener Fortbildungsbedarf und die Effekte von Fortbildungsprogrammen. Z Allg Med 2003; 79: 283 – 287
- 12 Buser K, Amelung V, Janus K, et al. Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen. Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung. 2004. http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C8578778_L20.pdf
- 13 Schneider N, Amelung VE, Buser K. Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Oprimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2005
- 14 Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer Niedersachsen. Arztauskunft Niedersachsen. <http://www.arztauskunftniedersachsen.de/pls/eingang/home.show>. Zugriff vom 30.11.2003

- ¹⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Begriffsdefinitionen. *Z Palliativmed* 2003; 4: 95–99
- ¹⁶ McIlffatrick S, Curran C. District nurses' perception of palliative care services: part 2. *Int J Palliat Nurs* 2000; 6: 32–38
- ¹⁷ Wagner G, Abholz HH. Der Effekt einer palliativmedizinischen Fortbildungsreihe auf den Kenntnisstand von Hausärzten und deren Selbsteinschätzung. *Z Allg Med* 2004; 80: 150–152
- ¹⁸ Nauck F. Symptomkontrolle in der Finalphase. *Schmerz* 2001; 15: 362–369
- ¹⁹ Ärztekammer Niedersachsen. Kritisch gesehen. Ärztekammer Niedersachsen hält Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen vom Ansatz her für richtig, die Schlussfolgerungen daraus aber für wenig effektiv. 2005. http://www.haeverlag.de/archiv/n_beitrag.php?id=869
- ²⁰ Clark D, ten Have H, Janssens R. Common threads? Palliative care services developments in seven European countries. *Palliat Med* 2000; 14: 479–490
- ²¹ Schindler T, Woskanjan S, Abholz HH. Palliativmedizinischer Konsiliardienst für Berliner Hausärzte – quantifizierbare Ergebnisse und nichtqualifizierbare Erfahrungen nach zweijähriger Tätigkeit. *Z Allg Med* 2002; 78: 75–81
- ²² Jazbinsek D, Woskanjan S. Die hausärztliche Versorgung Krebskranker in Berlin. *Berliner Ärzte* 1995; 32: 18–19
- ²³ Luddington L, Cox S, Higginson I, Livesley B. The need for palliative care for patients with non-cancer disease: a review of the evidence. *Int J Palliat Nurs* 2001; 7: 221–226
- ²⁴ Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med* 1998; 12: 417–427
- ²⁵ van den Akker M, Buntinx F, Metsemaker J, et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 367–375
- ²⁶ Ostgathe C, Nauck F, Klaschik E. Schmerztherapie heute. *AINS* 2003; 38: 12–320
- ²⁷ Amelung V, Schumacher H. *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2004
- ²⁸ National Institute for Clinical Excellence. *Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. Research Evidence. 2004. <http://www.nice.org.uk/pdf/csgspexecsummary.pdf>
- ²⁹ Schneider N, Dreier M, Amelung VE, et al. Analysen der Krankenhausaufenthalte von verstorbenen Krebspatienten unter regionalspezifischen Gesichtspunkten. *Z Palliativmed* 2006; 7: 25–30
- ³⁰ Busse R, Krauth C, Wagner HP, et al. Hausärztliche Betreuung und Therapie von Finalkranken – eine Längsschnittstudie. *Gesundheitswesen* 1997; 59: 231–235
- ³¹ Schindler T. Vernetzungsmodelle im ambulanten und stationären Bereich. *Kliniker* 2002; 31: 275–278
- ³² Finlay I. UK strategies for palliative care. *J R Soc Med* 2001; 94: 437–441
- ³³ Schlunk T, Staab T. Das Tübinger Projekt Häusliche Betreuung Schwerkranker: Akzeptanz eines ambulanten Palliativdienstes bei Hausärzten. *Z Palliativmed* 2002; 3: 100–104
- ³⁴ Beck D. Symptomatische Behandlung von Patienten mit Tumorschmerzen. *Z Allg Med* 2003; 79: 60–66

Zur Person



Dr. med. Nils Schneider, MPH, ist Gesundheitswissenschaftler (Public Health) und Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Seit 2003 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Prof. Dr. F. W. Schwartz) mit Forschungsschwerpunkten Palliativversorgung und Gesundheitsversorgung im Alter. Daneben hausärztlich tätig in einer Allgemeinarztpraxis in Hannover.