

Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten

Characteristics of Palliative Care Patients in General Practice

Autor **F. Bleeker¹, C. Kruschinski¹, A. Breull¹, M. Berndt², E. Hummers-Pradier¹**

Institut ¹Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
²Dr. Berndt & Partner, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Hannover

Schlüsselwörter

- Palliativmedizin
- Palliativversorgung
- Hausarzt
- Geriatrie
- chronische Krankheiten

Key words

- palliative medicine
- palliative care
- general practitioner
- geriatrics
- chronic diseases

Peer reviewed article

eingereicht: 4.10.2007
 akzeptiert: 15.11.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-993199
 Online-Publikation: 2007
 Z Allg Med 2007; 83: 477–482
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. C. Kruschinski
 Medizinische Hochschule
 Hannover
 Abteilung Allgemeinmedizin
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 kruschinski.carsten@mh-
 hannover.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Hausärzte spielen eine wesentliche Rolle bei der Versorgung unheilbar kranker Patienten. Oftmals wird unter palliativmedizinischer Betreuung lediglich die Versorgung von Patienten mit malignen Tumoren oder anderen eher seltenen Erkrankungen mit kurzfristig infauster Prognose verstanden. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, nach hausärztlichem Verständnis palliativ betreute Patienten und ihre Versorgung genauer zu charakterisieren.

Methoden: In neun Hausarztpraxen in Hannover wurde mit Hilfe der Abrechnungsziffern 03001 und 03002 (Koordination der hausärztlichen Betreuung) eine Patientenliste der Quartale 2/2005–1/2006 erstellt. Die teilnehmenden Ärzte identifizierten darin alle von ihnen palliativmedizinisch versorgten Patienten. Mittels Chart Review wurden dann die verfügbaren Merkmale dieser Patienten erhoben; d.h. Geburtsdatum, Geschlecht, Ort der Betreuung, Akut- und Dauerdiagnosen, Medikation, weitere Verordnungen (z.B. Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege), beteiligte Fachärzte und Maßnahmen im Notfall.

Ergebnisse: Von den Hausärzten wurden 221 Palliativpatienten identifiziert (69% Frauen, mittleres Alter 78,2 Jahre). Gut die Hälfte der Patienten wurde zu Hause betreut, die anderen lebten in Pflege-/Altenheimen, einer im Hospiz. Die Patienten waren multimorbide, sie wiesen im Mittel 6,7 Dauerdiagnosen, am häufigsten kardiovaskuläre und neurologische Erkrankungen, auf. Neoplasien fanden sich bei einem Viertel der Patienten. Die am häufigsten dokumentierten Akutdiagnosen waren Inkontinenz, Obstipation und Pneumonie. Im Mittel erhielten die Patienten 9,5 Medikamente, v.a. aus den ATC-Gruppen kardiovaskuläres und Nervensystem. Mitbetreuende Fachkollegen waren zumeist Urologen, Augenärzte und Neurologen.

Abstract

Background: General practitioners (GPs) play an essential role in caring for terminally ill patients. However, palliative care is often understood as care for patients with cancer or less common diseases with a limited prognosis. The aim of this investigation was to identify palliative patients according to GPs' individual understanding of palliative care and to characterise their care components.

Methods: In nine general practices in Hannover, all patients for whom billing codes for "complex care coordination" had been documented from April 2005 through March 2006 were retrieved. On these lists, the GPs identified all patients considered to be palliative, whose charts were then reviewed for: birthday, sex, place of care, acute and chronic diagnoses, medication, further prescriptions (e.g. for home nursing), other involved doctors and measures in case of emergency.

Results: In total, 221 palliative care patients were identified by the GPs (69% women, mean age 78.2 years). About half of these patients lived at home, the others were looked after in nursing homes, and one in a hospice. Most patients were multimorbid with, on average, 6.7 chronic diagnoses, the most frequent being cardiovascular and neurological diseases. A quarter of all patients suffered from cancer. Most frequently incontinence, obstipation or pneumonia were documented as reasons for encounter. Patients received a mean of 9.5 drugs, mostly from the ATC-groups cardiovascular and nervous system. Urologists, ophthalmologists and neurologists were the most frequently involved specialists.

Conclusions: General practitioners mainly specified patients with chronic geriatric illnesses such as dementia as palliative patients. Therefore, the perception which patients are "palliative patients" might be heterogeneous among GPs.

Schlussfolgerungen: Hausärzte bezeichneten überwiegend Patienten mit chronischen Alterserkrankungen wie Demenz als Palliativpatienten. Die Wahrnehmung, wer „Palliativpatient“ ist, ist möglicherweise heterogen, sodass in Diskussionen über unterschiedliche Patienten gesprochen wird.

Einleitung

Palliativmedizin ist die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden ebenso wie psychischer, sozialer und spiritueller Probleme an. Das Hauptziel der palliativmedizinischen Betreuung ist die Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen“ [1]. Unter die genannte Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin fallen einerseits „gängige“ Palliativdiagnosen wie Tumorerkrankungen [2], andererseits seltenere Erkrankungen wie die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder AIDS. Jedoch wird zunehmend die Erfordernis erkannt, palliativmedizinische Versorgungskonzepte unter bestimmten Voraussetzungen auch bei Patienten mit anderen weit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen in die Behandlung zu integrieren [3]. Beispiele dafür stellen Herzinsuffizienz [4,5], Schlaganfall [6], Demenz [7] und COPD [8,9] dar. So hatten Patienten mit terminalem Herzversagen in ihren letzten Lebensmonaten viele ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Probleme mit Tumorkranken gemein [4], und Schlaganfallpatienten wiesen in ihrer letzten Lebensphase mit Tumorerkrankungen vergleichbare Symptome auf [6].

In der Literatur und in der aktuellen politischen Diskussion wird gelegentlich die Frage formuliert, ob die Palliativmedizin überhaupt in den Aufgabebereich eines Hausarztes gehört oder ob es sich dabei vielmehr um eine eigenständige Fachrichtung handelt, die einer weitergehenden Spezialisierung bedarf [10]. Fordham et al. stellten in diesem Zusammenhang fest, dass palliativmedizinische Versorgungsaufgaben von Hausärzten selbstverständlich in ihre Arbeit integriert werden und erst die neuere Palliativ- bzw. Hospizbewegung diese Aufgaben aus unterschiedlichen Motiven in Frage stellt [11]. Bekannt ist, dass Hausärzte durchschnittlich etwa doppelt so viele Palliativpatienten mit oben genannten chronischen Erkrankungen betreuen wie mit malignen Erkrankungen [12].

Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welche Patienten von Hausärzten als Palliativpatienten bezeichnet werden, welches ihre Diagnosen sind und welche Betreuungsleistungen sie erhalten.

Methoden

Die in die Studie eingeschlossenen Palliativpatienten stammten aus neun Hausarztpraxen in Hannover (n=5) und Region (n=4), von denen acht Lehrpraxen der Abteilung für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover waren. Im Rahmen der engen Anbindung an die Hochschule waren die Praxiskollegen direkt angesprochen und um Mitarbeit bei der Studie gebeten worden. In den Praxen arbeiteten 13 Fachärzte für Allgemeinmedizin, einer arbeitete als hausärztlicher Internist. Zwei Ärzte hatten eine Zusatzweiterbildung für Palliativmedizin. Die Durchführung der Untersuchung wurde durch die Ethikkommission

der Medizinischen Hochschule Hannover unter dem Aktenzeichen 4425 genehmigt.

Die Palliativpatienten wurden über die Abrechnungsziffern des EBM 2000 plus 03001 (Koordination der hausärztlichen Betreuung ausgewählter schwerer Erkrankungen einschließlich palliativmedizinischer Betreuung) und 03002 (Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entsprechend der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/Pflege- und Altenheimen) identifiziert. Die Suche erfolgte mit Hilfe der Computersoftware jeder Praxis über die entsprechende Statistikfunktion in den Quartalen 02/2005–01/2006. Die nach dem Suchdurchlauf resultierende Patientenliste wurde dem jeweiligen Hausarzt vorgelegt, und die vorhandenen Karteikarteneinträge wurden ggf. noch einmal von ihm eingesehen. Anhand der so gewonnenen Information entschied der Hausarzt, ob es sich um einen Palliativpatienten handelte. Dazu legte er seine individuelle Definition von Palliativmedizin zugrunde bzw. schätzte jeden Patienten aufgrund seines Gesamteindrucks ein. Auf diese Weise wurden die vorhandenen Listen auf die Palliativpatienten reduziert und am Ende zu einer Gesamtdatei zusammengeführt.

Im nächsten Schritt erfolgte die Auswertung der Karteikarteneinträge elektronisch mittels Chart-Review, in zwei Fällen zusätzlich unter Nutzung handschriftlich geführter Karteikarten. Aus jeder Patientenkartei wurden alle relevanten Informationen wie Geburtsdatum, Geschlecht, Akut- und Dauerdiagnosen (ICD-10, Freitextangaben), Medikation, Verordnungen von Hilfsmitteln, Therapie- und Versorgungsverordnungen, die Art der Betreuung im Notfall, der Ort der Betreuung und die beteiligten Fachärzte ermittelt. Da die Datenerhebung für einen festgelegten Zeitraum erfolgte (1.4.2005–31.3.2006), ergaben sich für die einzelnen Patienten unterschiedliche Erhebungszeiträume, die z.B. dann kürzer waren, wenn der jeweilige Patient vor dem 31.3.2006 verstorben war oder erst nach dem 1.4.2005 Patient des jeweiligen Arztes wurde. Alle möglichen Varianten verdeutlicht **Abb. 1**.

Für die statistische Auswertung erfolgte innerhalb der genannten Variablen die Bildung von Untergruppen. Die Akut- und Dauerdiagnosen wurden auf der Grundlage der im ICD-10-Katalog verwendeten Hauptgruppen eingeteilt, vorhandene Freitextdiagnosen wurden dazu nachträglich klassifiziert. Die verordneten Medikamente wurden auf der Grundlage der ATC-Klassifikation (anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation von Medikamenten) 14 Gruppen zugeordnet. Die an der Betreuung beteiligten Fachärzte wurden entsprechend der Facharztbezeichnungen in 17 Gruppen unterteilt. Für die Hilfsmittelverordnungen wurden sechs Gruppen gebildet; dies waren Inkontinenzartikel, Rollstuhl, Toilettenstuhl, Pflegebett inkl. Zubehör, Mobilitätshilfen und sonstige. Unter Therapie- und Versorgungsverordnungen wurden folgende sechs Maßnahmen verstanden: Verordnungen von Krankengymnastik/Physiotherapie, Ergotherapie, Massage/Lymphdrainage, Verordnungen häuslicher Krankenpflege, Einbeziehung von Palliativ-/Hospizdiensten und sonstige. Weiterhin wurde ein Gruppe mit „speziellen Therapien“ gebildet, die sich aufgliederte in: Chemo-/Strahlentherapie, Vorhandensein von PEG/Stoma und sonstige. Unter „Chemo-/Strahlentherapie“ wurden in den Karteien dokumentierte Angaben zur externen Durchführung einer solchen Behandlung verstanden. Die Art der Betreuung im Notfall wurde in „Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen“ oder „Krankhauseinweisung“ klassifiziert. Der Ort der Betreuung wurde eingeteilt in die Grup-

pen „zu Hause“ und „Institution“ (Pflege-/Altenheim, Hospiz/Palliativstation).

Für alle Variablen erfolgte die Auswertung von Häufigkeiten im Statistikprogramm SPSS für Windows (Statistical Package for the Social Sciences, Version 14) patientenbezogen getrennt nach Geschlechtern.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 221 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, davon waren 153 Frauen. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 78,2 Jahren. Der größte Teil der Patienten (n=124) wurde zu Hause betreut, etwas weniger als die Hälfte der Patienten lebten im Pflege- oder Altenheim (n=97), einer der Untersuchten lebte in einem Hospiz. Die soziodemographischen Merkmale des Patientenkollektivs sind in **Tab. 1** dargestellt. Pro Praxis wurden im Mittel 24,6 Patienten eingeschlossen (Median 13, Spannweite: 2–113).

Tab. 1 Soziodemographische Merkmale

	Frauen (n=153)	Männer (n=68)	Gesamt (N=221)
Alter	81,8 Jahre	74,6 Jahre	78,2 Jahre
abgerechnete Ziffern			
03001	56,9	72,1	61,5
03002	43,1	27,9	38,5
Summe	100	100	100
Betreuungsort			
Zu Hause	51,6	66,2	56,1
Pflege- oder Altenheim	48,4	33,8	43,9
Summe	100	100	100

Tab. 2 Anteil Patienten mit den jeweiligen Akut- und Dauerdiagnosen in [%], Mehrfachnennungen möglich. Die Darstellung erfolgte nach ICD-10-Diagnosegruppen. Kein Patient wies Diagnosen aus den ICD-10-Diagnosegruppen „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, „bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ und „äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ auf

Diagnosetyp (ICD 10)*	Akutdiagnosen			Dauerdiagnosen		
	Frauen (n=153)	Männer (n=68)	Gesamt (n=221)	Frauen (n=153)	Männer (n=68)	Gesamt (n=221)
infektiöse und parasitäre Krankheiten	24,2	29,4	25,9	1,3	10,3	4,1
Neubildungen	3,3	7,4	4,6	21,6	31,0	24,4
Blut/blutbildende Organe/Störungen des Immunsystems	12,6	20,6	15,4	10,5	10,3	10,4
Endokrine/Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten	32,2	25,0	30,1	41,9	36,8	40,3
psychische und Verhaltensstörungen	21,6	20,6	21,3	48,4	36,8	44,8
Nervensystem	19,6	11,7	17,2	72,6	64,6	70,1
Auge/Augenanhangsgebilde	14,5	10,3	13,2	4,0	4,4	4,1
Ohr/Warzenfortsatz	7,2	4,4	6,3	1,3	2,9	1,8
Kreislaufsystem	33,4	30,9	32,6	81,7	85,2	82,8
Atmungssystem	38,0	35,3	37,1	11,1	16,2	12,7
Verdauungssystem	44,5	33,8	41,2	16,4	22,1	18,1
Haut/Unterhaut	34,6	33,8	34,4	21,0	13,3	18,6
Muskel-Skelett-System/Bindegewebes	31,4	25,0	29,4	31,4	25,1	29,4
Urogenitalsystem	14,5	27,9	18,6	22,9	35,3	26,7
angeborene Fehlbildungen/Deformitäten/ Chromosomenanomalien	0,0	0,0	0,0	2,0	2,9	2,3
Symptome/abnorme klinische und Laborbefunde, andernorts nicht klassifiziert	61,4	48,4	57,5	5,3	2,9	43,5
Verletzungen/Vergiftungen/bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	25,5	16,2	22,6	4,6	4,4	4,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	16,4	28,0	19,9	15,7	14,7	15,4
nicht zugeordnet	2,6	5,9	3,6	2,0	1,5	1,8

Diagnosehäufigkeiten (o Tab. 2)

Identifizierte Patienten waren in der Regel multimorbide und durch das Vorhandensein von durchschnittlich knapp 13 Diagnosen gekennzeichnet.

Dauerdiagnosen

Die Patienten wiesen durchschnittlich 6,7 Dauerdiagnosen auf. 82,8% (n=183) der Patienten litten an wenigstens einer Erkrankung des Herzkreislaufsystems. Hypertonie war mit 107 Nennungen die häufigste Diagnose aus dieser Gruppe, gefolgt von Herzinsuffizienz (n=79) und KHK (n=42). Erkrankungen des Nervensystems hatten 70,1% (n=111) der Patienten; hier war Demenz (n=94) die am häufigsten genannten Diagnose. 54,8% (n=99) der Untersuchten litten an psychischen Erkrankungen. Davon war Depression mit 34 Nennungen die am häufigsten gestellte Diagnose. Krankheiten des Atmungssystems fanden sich bei 12,7% der Patienten (n=28), darunter die COPD mit 14 Nennungen. Neubildungen betrafen 24,4% (n=54) der Patienten. Das Verhältnis von Patienten mit malignen zu nicht-malignen Erkrankungen betrug somit eins zu drei.

Akutdiagnosen

Die Patienten wiesen durchschnittlich 6,2 Akutdiagnosen auf. 57,5% der Patienten (n=127) wiesen – nach ICD-10 – „Symptome und abnorme, klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“ auf. Inkontinenz (n=43) war in dieser Gruppe die am häufigsten dokumentierte Diagnose, gefolgt von Erbrechen (n=22) und Schmerzen (n=15). Krankheiten des Verdauungssystems waren für 41,2% (n=91) der Patienten angegeben. Obstipation (n=31) stellte davon die am häufigsten genannte Diagnose dar. 37,1% (n=82) wiesen im Beobachtungszeitraum eine akute Atemwegserkrankung auf; Pneumonie war hier die häufigste genannte Diagnose (n=37).

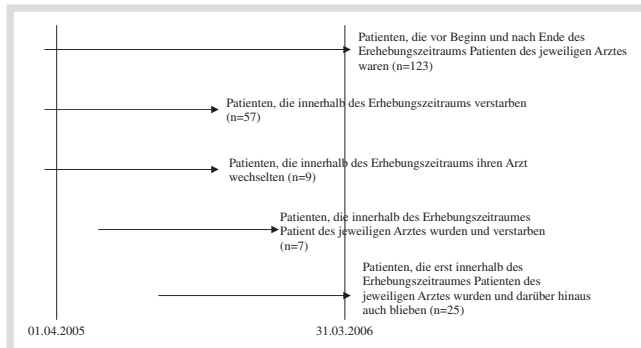


Abb. 1 Mögliche Betreuungsverläufe der eingeschlossenen Patienten (n = 221).

Tab. 3 Anteil Patienten mit den jeweiligen Medikamenten in [%], Mehrfachnennungen möglich

Medikamententyp (ATC)	Frauen (n = 153)	Männer (n = 68)	Gesamt (n = 221)
alimentäres System und Stoffwechsel	63,5	64,8	63,8
Blut und blutbildendes System	18,4	29,5	21,7
cardiovaskuläres System	77,9	80,9	78,7
Dermatika	41,9	41,1	41,2
Urogenitalsystem und Sexualhormone	6,5	10,3	7,7
Hormone systemisch, exkl. Sexualhormone	20,9	23,5	21,7
Antinfektiva systemisch	41,9	35,4	39,8
antineoplastische und immunmodulierende Mittel	2,6	8,8	4,5
Muskel- und Skelettsystem	34,6	33,8	34,4
Nervensystem	85,1	80,8	83,7
antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	0,0	4,4	1,4
Respirationstrakt	26,8	29,5	27,6
Sinnesorgane	9,8	10,3	10,0
Varia	33,4	36,9	34,4
nicht zugeordnet	4,6	7,4	5,4

Medikation (o Tab. 3)

Die Patienten erhielten durchschnittlich 9,5 Medikamente. 83,7% (n = 185) der Patienten erhielten Medikamente aus der ATC-Gruppe „N – Nervensystem“. Metamizol (n = 69) war das am häufigsten verordnete Medikament aus dieser Gruppe, gefolgt von ASS (n = 64) und Paracetamol (n = 29). Am zweithäufigsten erhielten Patienten Medikamente gegen kardiovaskuläre Erkrankungen (78,7%, n = 174). Dabei war Torasemid der am häufigsten verordnete Wirkstoff (n = 40). 63,8% (n = 141) der untersuchten Personen bekamen Medikamente aus der ATC-Gruppe „A – Alimentäres System und Stoffwechsel“. Am häufigsten wurde hier MCP verordnet (n = 35). Die recht große Gruppe der „Varia“ (34,4% der Patienten) beinhaltet beispielsweise Flüssignahrung und Verbandmaterial. Weitere Verordnungen (Hilfsmittel, Therapie- und Versorgungsverordnungen, spezielle Therapien) sind in o Tab. 4 dargestellt. Palliativ- und Hospizdienste wurden von 1,4% (n = 3) der Patienten in Anspruch genommen, diese waren alle Tumorpatienten. Therapien maligner Erkrankungen, wie Chemo- und/oder Strahlentherapie, waren für 1,8% (n = 4) der untersuchten Patienten dokumentiert; bezogen auf die Tumorpatienten (n = 64) waren das 6,3%.

Notfallmaßnahmen (o Tab. 4)

In den Karteien von 3,6% (n = 8) der Patienten war eine Vereinbarung mit dem Arzt dokumentiert, dass auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden soll.

Eine notfallmäßige Krankenhauseinweisung erhielten 7,2% (n = 16) der Patienten.

Überweisungen (o Tab. 5)

Patienten wurden im Mittel zu 1,6 (Spannweite: 0–7) Fachkollegen überwiesen; die meisten zum Urologen (19%), gefolgt vom Augenarzt und Neurologen (je 18,1%). In o Tab. 4 sind die einbezogenen Fachrichtungen nach absteigender Häufigkeit aufgeführt. Beim Onkologen und/oder Strahlentherapeuten mitbehandelt wurden 8,1% (n = 18) der Patienten; dies waren 28,6% der Tumorpatienten.

Diskussion

Bei den hier untersuchten hausärztlichen Palliativpatienten handelte es sich überwiegend um multimorbide Patienten mit Herz-/Kreislaufkrankungen und Demenz. Nur jeder vierte Patient wies ein Tumorleiden auf. Viele Patienten litten unter Inkontinenz, Pneumonie und Obstipation. Die den meisten Patienten verordneten Medikamente passten zu den diagnostizierten Grunderkrankungen. Am häufigsten wurden Patienten zum Urologen sowie zu Augenärzten oder Neurologen überwiesen. Die Patienten wurden überwiegend zu Hause versorgt, knapp die Hälfte lebte im Alten- oder Pflegeheim.

Ähnlich wie in der vorliegenden Untersuchung wiesen hausärztliche Palliativpatienten auch bei Schneider et al. überwiegend nicht-maligne Erkrankungen auf (2,4 mal so häufig wie maligne Tumore) [12]. In einer in englischen Hausarztpraxen durchgeführten Untersuchung verstarben durchschnittlich sieben Patienten im Jahr an Krebs und 17 Patienten an respiratorischen, neurologischen oder kardiovaskulären Erkrankungen, die jeweils einen hohen Betreuungsaufwand erforderten [13]. Theoretische Überlegungen ergeben mindestens drei Verlaufskurven für chronisch-progrediente Erkrankungen [3, 14]: (1) eine kurze Periode einer in der Regel über Monate verlaufenden Verschlechterung bis zum Tode (z.B. bei Krebserkrankungen), (2) längerfristige, in der Regel über zwei bis fünf Jahre verlaufende Einschränkungen mit intermittierenden ernsthaften Exazerbationen und plötzlich möglichem Tod (z.B. Herzinsuffizienz, COPD) und (3) eine prolongierte, (sehr variabel) über sechs bis acht Jahre verlaufende Verschlechterung des Allgemeinzustandes (z.B. Demenz). Von den Autoren wurde ein Konzept vorgeschlagen, unter bestimmten Voraussetzungen kurative oder krankheitsmodifizierende mit supportiv-palliativen Behandlungsansätzen zu verbinden [3]. Beispielweise wurden für die COPD Kriterien erarbeitet, Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung zu identifizieren, die von einer eher palliativ ausgerichteten Begleitung profitieren könnten [9].

Gegenüber den kardiovaskulären und den neurologischen Erkrankungen fielen die Erkrankungen des Atmungssystems in der vorliegenden Untersuchung weniger stark ins Gewicht. Möglicherweise wurde die COPD als schwerwiegende Diagnose bei der Identifizierung des vorliegenden Patientenkollektivs auf der Grundlage der hausärztlichen Einschätzung unterbewertet [15] bzw. nicht als „Palliativdiagnose“ verstanden. Dieses Phänomen beschrieben auch Au et al. [9], wo die COPD verglichen mit Lungenkrebs weniger oft als Palliativdiagnose betrachtet wurde;

Tab. 4 Anteil Patienten mit Überweisungen in [%], Mehrfachnennungen möglich

beteiligte Fachärzte	Frauen (n=153)	Männer (n=68)	Gesamt (n=221)
Urologie	13,7	30,9	19,0
Augenheilkunde	17,0	20,6	18,1
Neurologie/Psychiatrie	18,3	17,6	18,1
innere Medizin	14,4	23,5	17,2
Radiologie/Nuklearmedizin	8,6	20,0	12,0
HNO	10,5	11,8	10,9
Chirurgie	9,2	11,8	10,0
Dermatologie	11,1	7,4	10,0
Gynäkologie	9,2	0,0	6,3
Onkologie/Strahlentherapie	7,8	8,8	8,1
Orthopädie	5,9	5,9	5,9
Sonstige	3,9	10,3	5,0
Allgemeinmedizin	1,3	4,4	2,3
Angiologie	2,6	1,5	2,3
Nephrologie/Dialyse	1,3	1,5	1,4

Tab. 5 Anteil Patienten mit Hilfsmittelverordnungen, Therapie- und Versorgungsverordnungen, speziellen Therapien, dokumentierten Vereinbarungen eines Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen sowie erfolgten Krankenhauseinweisungen im Notfall in [%]; Mehrfachnennungen möglich

	Frauen (n=153)	Männer (n=68)	Gesamt (n=221)
Hilfsmittel			
Inkontinenzartikel	14,4	11,7	13,6
Rollstuhl	8,5	10,3	9,1
Toilettenstuhl	4,6	7,4	5,5
Pflegebett und Zubehör	13,8	13,2	13,7
Mobilitätshilfen	8,5	11,8	9,5
Sonstige	5,3	5,8	5,5
Therapie- und Versorgungsverordnungen			
häusliche Krankenpflege	13,7	16,2	14,5
Krankengymnastik	14,4	26,5	18,1
Ergotherapie	7,2	7,4	7,2
Massage/Lymphdrainage	1,3	8,8	3,6
Palliativ- und Hospizdienst	1,3	1,5	1,4
Sonstige	2,0	7,4	3,6
spezielle Therapien			
Chemo- und Strahlentherapie	2,6	0,0	1,8
PEG/Stoma	3,3	1,5	2,7
Sonstiges	0,7	1,5	0,9
Notfallmaßnahmen			
Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen vereinbart	3,9	2,9	3,6
Krankenhauseinweisung	5,9	10,3	7,2

und dies obwohl COPD-Patienten im letzten Lebensjahr eine schlechtere Lebensqualität, eine größere Aktivitätseinschränkungen und eher Ängste und Depressionen aufwiesen als Patienten mit Lungenkrebs [16].

Einschränkungen der Aussage der Studie sind vor allem durch mangelnde Repräsentativität bedingt. Die Ergebnisse stützen sich auf die Erhebung in nur neun Hausarztpraxen, die zudem eine Convenience-Stichprobe vermutlich besonders interessierter Kollegen darstellen. Zwischen den Praxen war die Anzahl an Palliativpatienten „schief“ verteilt, da eine einzige Praxis den weit überwiegenden Anteil Patienten lieferte. Dies könnte Ausdruck dessen sein, dass die Definition von palliativmedizinischer

Versorgung auch innerhalb der Hausärzteschaft nicht einheitlich verwendet wird. Chronisch kranke, multimorbide Patienten fallen vielfach unter die eingangs erwähnte Definition von Palliativmedizin [1], vermutlich werden diese aber eher als „geriatrische“ Patienten wahrgenommen (passend zu [3]). Eine weitere Einschränkung ist durch den uneinheitlichen Erhebungszeitraum gegeben (☉ Abb. 1). Der Zeitpunkt, ab wann ein Patient „Palliativpatient“ wurde, ist nicht eindeutig zu benennen; dennoch wurde einheitlich der Gesamtzeitraum eines Jahres für die Erhebung der Daten verwendet. Aufgrund der retrospektiven Datenerhebung besteht die Möglichkeit eines Dokumentationsbias; dies könnte ein Grund für die recht geringe Anzahl von Aufzeichnungen über den „Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen“ sein.

Eine Stärke der Studie ist die große Anzahl Patienten, die untersucht wurde. Die hier vorgelegten Daten bestätigen die Auffassung von Groot et al., dass die Palliativmedizin zu den originären Aufgaben des Allgemeinarztes gehört und dass er darunter überwiegend auch Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen versteht [10]. Mehr als die Hälfte der in unserer Untersuchung beschriebenen Patienten wurde zu Hause betreut. Da Patienten in ihrer letzten Lebensphase dies überwiegend wünschen [17, 18], kann eine qualitativ hochwertige palliativmedizinische Versorgung durch Hausärzte einen wichtigen Beitrag zu einer an Patientenbedürfnissen orientierten Medizin leisten; zumal allgemeine Behandlungsprinzipien – holistischer Ansatz, Patientenzentriertheit, Einbeziehung von Kontextfaktoren (Familie, Freunde) – genuiner Teil der hausärztlichen Arbeit sind [19], auch wenn sie von der spezialisierten Palliativmedizin geteilt werden [20].

Danksagung



Die Autoren danken allen an der Studie beteiligten hausärztlichen Kollegen für Ihr Engagement.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2003. www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf
- Seemund M. Möglichkeiten und Grenzen palliativmedizinischer Betreuung im ambulanten und stationären Bereich. Dissertation, München 2002
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007–1011
- Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart* 2002; 87: 294–298
- Gibbs LME, Addington-Hall J, Gibbs JSR. Dying from heart failure: lessons from palliative care. *BMJ* 1998; 317: 691–692
- Addington-Hall J, Lay M, Altmann D, McCarthy M. Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends and officials. *Stroke* 1995; 26: 2242–2248
- Hughes JC, Robinson L, Volicer L. Specialist palliative care in dementia. *BMJ* 2005; 330: 57–58
- Au DH, Udris EM, Fihn SD, McDonnell MB, Curtis JR. Differences in health care utilization at the end of life among patients with chronic pulmonary disease and patients with lung cancer. *Arch Intern Med* 2006; 166: 326–331
- Murray SA, Pinnock H, Sheikh A. Palliative care for people with COPD: we need to meet the challenge. *Prim Care Respir J* 2006; 15: 362–364

- 10 Groot MM, Vernooij-Dassen M, Crul B, Grol R. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Pall Med* 2005; 19: 111–118
- 11 Fordham S, Dowrick C, May C. Palliative medicine: is it really specialist territory. *J R Soc Med* 1998; 91: 568–572
- 12 Schneider N, Buser K, Amelung V E. Ansichten von Hausärzten zur Versorgung von unheilbar kranken Patienten am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *Z Allg Med* 2006; 82: 298–304
- 13 Higginson IJ. Who needs palliative care. *J R Soc Med* 1998; 91: 563–564
- 14 Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003; 289: 2387–2392
- 15 Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease: A growing but neglected global epidemic. *Plos Med* 2007; 4: 779–780
- 16 Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000; 55: 1000–1006
- 17 Kurti LG, O'Dowd TC. Dying of non-malignant diseases in general practice. *J Pall C* 1995; 11: 25–31
- 18 Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 515–521
- 19 The EURACT (European academy of teachers in general practice) educational agenda 2005; www.euract.org
- 20 Buckley G. General Practice and palliative care. *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 51–52

Zur Person



Friederike Bleeker,

Jahrgang 1983, Medizinstudium an der Medizinischen Hochschule Hannover seit 2003, Doktorandin der Abteilung Allgemeinmedizin zum Thema Palliativmedizin in der hausärztlichen Versorgung

Erratum

In den Beiträgen „Bericht zur Weiterbildungssituation“ und „Verleihung der Hippokrates-Medaille durch das Präsidium der DEGAM (Berlin, 2007) Laudatio für Prof. Dr. med. Frank H. Mader“ der ZFA 11/07 ist uns ein Fehler unterlaufen. In der Korrespondenzadresse muss die richtige e-Mail Adresse wie folgt lauten: wusck.koelling@t-online.de