

# „Es ist eine meiner wichtigsten Aufgaben, dass ich sie wirklich bis zu ihrem Schluss begleite“

Eine multiperspektivische qualitative Studie zur ambulanten Palliativversorgung

*“It is one of my most important tasks, to accompany them until the very end”*

*A Multi-Perspective Qualitative Study on Outpatient Palliative Care*

Helen Ewertowski, Fabian Tetzlaff, Olaf Krause, Vanessa Eylers, Nils Schneider, Stephanie Stiel

**Hintergrund:** Die meisten Menschen wünschen sich ihre letzte Lebensphase in der eigenen Häuslichkeit zu verbringen, sodass einer guten ambulanten Palliativversorgung ein hoher Stellenwert zukommt. Diese Arbeit untersucht, welche Versorgungsweisen dazu führen, dass ambulante Palliativversorgung von unterschiedlichen Beteiligten als besonders positiv bzw. negativ erlebt wird.

**Methoden:** Es wurden 16 fokussierte Interviews mit Patienten, Angehörigen, Hausärzten, Medizinischen Fachangestellten und Pflegefachkräften durchgeführt. In der Erhebung wurde mit der *critical incident technique* je eine besonders positive und negative Versorgungserfahrung thematisiert. Die Auswertung erfolgte mit Kodierverfahren nach Prinzipien der *grounded theory*.

**Ergebnisse:** Fünf Merkmale einer als positiv erlebten ambulanten Palliativversorgung wurden herausgearbeitet: 1. kontinuierliche Versorgung, um Beziehungen und Vertrauen aufzubauen; 2. Hausarztzentrierung, damit Hausärzte ihrer Rolle als erste Ansprechpartner der Patienten gerecht werden können; 3. koordinierte Versorgung zur Absprache und Organisation verschiedener Disziplinen und Dienste; 4. vorausschauende Versorgung, um mögliche Probleme rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln und 5. Fallorientierung, um auf individuelle Bedürfnisse einzugehen.

**Schlussfolgerungen:** Die Kriterien einer als gelungen empfundenen ambulanten Palliativversorgung decken sich mit dem Kernauftrag und dem Fachverständnis der Allgemeinmedizin. Eine stärkere Hausarztzentrierung kann zu einer patientenorientierten, bedarfsgerechten Palliativversorgung beitragen.

*Schlüsselwörter: Versorgungsforschung; Palliativversorgung; qualitative Forschung; ambulante Palliativversorgung; hausärztliche Versorgung*

**Background:** Most people wish to spend the last phase of their lives in their own home, which attaches overwhelming importance to outpatient palliative care. This study explores which provision of care leads to outpatient palliative care being experienced as particularly positive or negative, respectively, by different participants.

**Methods:** Using the critical incident technique focused interviews (n = 16) were conducted with patients, relatives, family physicians, medical assistants and nurses. Participants were asked to address a particularly positive or negative experience, respectively, in the palliative care setting. For the qualitative analysis we used coding methods according to the principles of grounded theory.

**Results:** For a positive experience five characteristics were identified: 1. continuous care to build relationships and trust; 2. family-physician-centered care enabling family physicians to fulfil their role as the first point of contact for patients; 3. coordinated care for the arrangement and organization of different disciplines and services; 4. proactive care for timely identification of potential problems and allowing targeted actions, and 5. case orientation focusing on individual needs.

**Conclusions:** The criteria for outpatient palliative care that are perceived as suitable are in line with the core mission and the professional understanding of family medicine. Greater family-physician-centered care can contribute to patient-oriented palliative care tailored to specific needs.

*Keywords: health care research; palliative care; qualitative research; outpatient palliative care; family medicine*

## Hintergrund

Da es der Wunsch der meisten Menschen ist, im häuslichen Umfeld leben und sterben zu können [1], kommt der ambulanten Palliativversorgung eine besondere Bedeutung zu. In der ambulanten Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase sind oftmals Hausärzte erste Ansprechpartner bei medizinischen und persönlichen Belangen [2]. Dementsprechend wurden in den vergangenen Jahren vermehrt wissenschaftliche und politische Initiativen zur Stärkung hausärztlicher Palliativversorgung ergriffen [3, 4]. So setzt auch das Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) im Jahr 2015 hier einen Schwerpunkt [5]. Auch eine enge Kooperation zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (AAPV und SAPV) wird als wichtiger Faktor benannt.

Welche Faktoren aus Sicht der Patienten, Angehörigen und der sie Versorgenden eine gelungene ambulante Palliativversorgung konkret ausmachen, ist bisher empirisch wenig geklärt.

## Projektkontext und Forschungsziel

Die hier vorgestellte Arbeit ist Teil der BMBF-geförderten Nachwuchsforschergruppe ALLPRAX (allgemeine ambulante Palliativversorgung in der hausärztlichen Praxis; Laufzeit 2016–21, BMBF Förderkennzeichen 01GY1610). Das übergeordnete Ziel von ALLPRAX ist es, die Rahmenbedingungen für die Erbringung hausärztlicher Palliativversorgung zu verbessern. Die hier vorgestellte Arbeit beleuchtet eines von drei qualitativen Teilprojekten aus der ersten Projektphase. Die erste Projektphase dient der Entwicklung einer empirisch fundierten Theorie über förderliche und hinderliche Determinanten der Palliativversorgung durch Hausärzte. Das Studienprotokoll des Gesamtprojekts wurde an anderer Stelle veröffentlicht [6]. Gegenstand dieser Arbeit ist die Frage: Welche Versorgungsweisen führen dazu, dass die ambulante Palliativversorgung von unterschiedlichen Beteiligten als besonders positiv bzw. negativ erlebt wird?

## Methoden

### Studiendesign und Rekrutierung

Von März bis August 2017 wurden je vier Patienten, Angehörige, Hausärzte sowie je zwei Medizinische Fachangestellte und Pflegefachpersonen (zwecks Anonymisierung der Ergebnisse hier zusammengefasst als: MP) interviewt. Die Auswahl potenzieller Teilnehmer erfolgte konsistent zum Vorgehen vorangegangener Projektabschnitte nach theoretischem Sampling [7, 8] (Tab. 1). Hausärzte und MP wurden nach Teilnahme in einem vorhergehenden Projektabschnitt um ein Interview gebeten oder über das Lehr- und Forschungspraxennetz des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover nach theoretischen Gesichtspunkten ausgewählt und angesprochen. Patienten und Angehörige wurden mithilfe von Hausarztpraxen, die das Projekt im voranstehenden Projektabschnitt bereits unterstützten sowie auf einer Palliativstation rekrutiert. Die Interviews wurden anhand eines spezifisch entwickelten Leitfadens vorgenommen, simultan digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Patienten und Angehörige wurden auf der Palliativstation oder in ihrem privaten häuslichen Umfeld, Hausärzte und MP in ihrem jeweiligen Arbeitssetting interviewt. Alle Teilnehmenden haben nach Information mit schriftlichem Einverständnis freiwillig und unentgeltlich am Projekt teilgenommen. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Medizinischen Hochschule Hannover genehmigt (Nr. 7260 vom 14.02.2017).

### Erhebung

Die Erhebungsmethode der *critical incident technique* [9, 10] sieht vor, je eine prägnante Versorgungserfahrung aus der ambulanten Palliativversorgung detailliert beschreiben zu lassen, welche durch den Interviewten als besonders positiv bzw. negativ erlebt wurde. Die Interviews begannen mit einer erzählgenerierenden offenen Frage. Nach Schilderungen der Gesprächspartner wurden zunächst Nachfragen zu von Interviewpartnern angesprochenen Themen gestellt, sodass Erlebnisse detailliert beschrieben wurden. Zum Ende der Inter-

views wurden auch Fragen inkludiert, die auf Reflexionen, Argumentationen und Begründungen der Gesprächspartner abzielten. Ziel dieses Vorgehens war es vier Aspekte in die Schilderungen zu integrieren: 1) das spezifische Geschehen, 2) das beobachtbare Verhalten aller Beteiligten, 3) den betrachteten Kontext, und 4) die Konsequenzen des beschriebenen Verhaltens [11].

Diese Methode wurde für die Beantwortung der o.g. Forschungsfrage ausgewählt, da sie sich insbesondere eignet, relevante Faktoren, Mechanismen und Verhaltensweisen der Beteiligten aus verschiedenen Perspektiven zu ermitteln, die in eine exzellente bzw. unerwünschte Versorgungspraxis münden.

Da die vorliegende Arbeit eine von drei qualitativen Teilprojekten der ersten Studienphase darstellt, wurde die Erhebung aus Gründen der Projektkonzeption nach insgesamt 16 Interviews beendet. Datensättigung wurde weder angestrebt noch erreicht.

### Auswertung

Erhobene demografische Angaben von 15 Teilnehmenden wurden mittels deskriptiver Statistiken und Häufigkeitsanalysen im Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 24 ausgewertet.

Die qualitativen Interviews wurden mithilfe der Datenanalyse-Software MAXQDA [12] analysiert. Im ersten Auswertungsschritt wurden einzelne Sinneinheiten gemäß des „offenen Kodierens“ von Corbin und Strauss [13] textnah kodiert. Diese Sinneinheiten konnten dabei einzelne Worte bis hin zu mehreren Sätzen sein. Entstandene textnahe Konzepte mit ähnlichen Sinneinheiten wurden anschließend in einem iterativen, vergleichenden Prozess in übergeordnete Kategorien zusammengefasst, die wiederum zu übergeordneten Kernkategorien abstrahiert und gebündelt wurden. Die Auswertung nach Prinzipien der *grounded theory* wurde von drei unabhängigen Mitarbeitern der Arbeitsgruppe (HE, FT, VE) vorgenommen und diskursiv weiterentwickelt. Bei Uneinigkeit über die thematische Einordnung von Textteilen oder Definition von Konzepten und Kategorien wurde die Kodierung mit einem vierten Mitarbeiter (SSt) diskutiert und konsentiert. Während der Kodierung wurden die herausgearbeiteten Bezie-

Sampling				
<p>Wenige Kriterien zur Fallauswahl waren durch vorhergehende Teilprojekte der ALLPRAX-Studie bekannt. Die gesamte Studie folgt theoretischem Sampling. Im Verlauf dieses Teilprojekts wurden Teilnehmer sukzessive hinsichtlich folgender Merkmale ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlecht</li> <li>• Alter</li> <li>• Ländliche bzw. städtische Herkunft</li> <li>• Diagnose</li> <li>• Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis</li> <li>• Erfahrung der Ärzte, Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräfte mit Palliativversorgung</li> </ul>				
Rekrutierung				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von Hausärzten und MPs konnte mit allen angesprochenen potenziellen Teilnehmern ein Interview erfolgen. Wenige Patienten und Angehörige lehnten die Teilnahme ab. Angehörige gaben z.B. an, mit der Situation sehr belastet zu sein, sodass sie keine Zeit für ein Interview sahen. Patienten lehnten z.B. eine Teilnahme ab, weil sie sich mit dem Thema Tod und Sterben nicht auseinandersetzen wollten.</li> <li>• Die Rekrutierung wurde beendet, nachdem 16 Interviews mit vier Interviews je vorgesehener Gruppe erhoben wurden.</li> <li>• Theoretische Sättigung erfolgte in diesem Teilprojekt nicht (wird sich voraussichtlich mit der Synthese aller drei qualitativen Teilprojekte der ersten Projektphase ergeben).</li> </ul>				
Datenerhebung				
<p><b>Interviewdauer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 bis 120 Minuten, im Mittel 46 Minuten</li> </ul> <p><b>Interviewleitfaden</b></p> <p><b>Teil I: Besonders positives Beispiel</b></p> <p>„Bitte erinnern Sie sich an ein Ereignis aus Ihrer ambulanten Palliativversorgung, das Sie als besonders positiv erlebten. Bitte erzählen Sie mir, wie es dazu kam und wie es dann weiterging.“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wann kam es zu dem Ereignis?</li> <li>• Beschreibung relevanter Details <ul style="list-style-type: none"> <li>Wer waren die Beteiligten?</li> <li>Was taten die Beteiligten, was unterließen Sie, was war besonders effektiv?</li> <li>Was war die eigene Rolle dabei?</li> </ul> </li> <li>• Analyse des Vorfalles <ul style="list-style-type: none"> <li>Was wurde daraus gelernt?</li> <li>Welches Ergebnis folgte daraus?</li> <li>Warum war das Handeln effektiv?</li> </ul> </li> </ul> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwiefern war das besonders positiv?</li> <li>• Woran/an welchen Einzelheiten konnten Sie/andere Beteiligte merken, dass dies ein Beispiel für eine gelungene Versorgung war?</li> <li>• Was daran war für Sie eine gute Erfahrung?</li> <li>• Weshalb genau war das hilfreich/gut?</li> <li>• Wie erklären Sie sich das?</li> <li>• Was davon würden Sie sich häufiger wünschen?</li> <li>• Mit welchem Gefühl war das für Sie verbunden?</li> <li>• Inwiefern ist das eher typisch/normal bzw. ungewöhnlich/die Ausnahme?</li> <li>• Welche Folgen/Konsequenzen hatte das konkret?</li> </ul> <p><b>Teil II: Besonders negatives Beispiel</b></p> <p>Leitfaden und mögliche Nachfragen wurden entsprechend des ersten Interviewteils für ein negatives Beispiel erlebter Versorgung angepasst.</p>				
Datenauswertung				
<p><b>Methodische Auswertungsschritte grounded theory</b></p> <p>Textnahe Konzepte wurden im iterativen Vergleich zueinander in Beziehung gesetzt und in übergeordnete Kategorien abstrahiert.</p> <p><b>Plausibilitätsprüfung Kategoriensystem</b></p> <p>An das Kodiersystem wurden während des Auswertungsprozesses wiederholt folgende Fragen angelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwiefern passen die Textstellen in die definierten Konzepte und sind die Textstellen untereinander ähnlich?</li> <li>• Inwiefern sind die Konzepte klar definiert und untereinander trennscharf voneinander abgegrenzt?</li> <li>• Inwiefern passen die definierten Konzepte in die übergeordneten Kategorien und sind die Kategorien untereinander klar voneinander abgegrenzt?</li> </ul>				
Soziodemografie				
	Patienten (n = 4)	Angehörige (n = 4)	Hausärzte (n = 4)	MP (n = 4)
Geschlecht	n = 4	n = 4	n = 4	n = 4
Weiblich	1	4	3	3
Männlich	3		1	1
Alter (in Jahren)	n = 3	n = 4	n = 4	n = 4
Durchschnitt ± SD	68,66 ± 8,44	65,75 ± 9,75	56,50 ± 7,50	39,75 ± 9,75
Min–Max	56–78	49–76	48–65	29–54

Familienstand	n = 3	n = 4	n = 4	n = 4
Verheiratet, eingetragene Partnerschaft	2	4	3	4
Geschieden			1	
Ledig	1			
Educational level	n = 3	n = 4	n = 4	n = 4
Haupt-/Real-/PTO-Schule	2	2		
Berufsausbildung/(Fach-)Hochschulreife	1			4
Fach-/Meister-/Technikerschule, Berufs-/Fachakademie		1		
Abgeschlossenes Studium		1	4	
Wohnort-/Praxislage	n = 3	n = 4	n = 4	n = 4
Stadt	3	3	2	2
Land		1	2	2

MP = Medizinische Fachangestellte (MFA) und Pflegefachkräfte  
SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum

**Tabelle 1** Ergänzung zur Methode und Soziodemografie

hungen zwischen den zentralen Faktoren und Handlungsweisen in der hausärztlichen Palliativversorgung wiederholt durch alle Mitarbeiter auf ihre Plausibilität hin diskursiv überprüft.

## Ergebnisse

Es lassen sich fünf Kategorien herausarbeiten, wie die Versorgung schwerkranker Patienten und ihrer Angehörigen erbracht werden sollte, damit sie als besonders positiv erlebt wird:

- kontinuierliche,
- hausarztzentrierte,
- koordinierte,
- vorausschauende und
- fallorientierte Versorgung.

### Kontinuierliche Versorgung

Eine kontinuierliche Versorgung ermöglicht es, Beziehungen und Vertrauen unter Leistungserbringern und zu Patienten sowie Angehörigen aufzubauen. Im Zuge von Kontinuität in der Versorgung erhalten Leistungserbringer mehr und tiefergehende Informationen von Patienten und Angehörigen, sowohl über physische als auch psychosoziale Aspekte, und können Situationen und Veränderungen besser einschätzen, wie z.B. ein MP erzählt: „da fahren wir am Anfang so ein- bis zweimal die Woche hin, zu Besuch, (...) dass wir auch gucken, dass das Vertrauen sich aufbaut und dann kommt ja immer mehr zurück.“ (MP\_80c3, 147)

Patienten erleben die beschriebenen Resultate einer andauernden Beziehung ebenso: „Mein Hausarzt hat im Zusammenhang mit meiner Frau und mir jetzt quasi die dritte Generation in der medizinischen Betreuung. (...) und hat dann seit Jahren von uns sämtliche medizinische Sozialdaten, sodass er aufgrund des Überblicks leichter einschätzen kann, was uns gut tut optimal.“ (P\_8af6, 44–46)

Ein plötzlicher Abbruch einer kontinuierlichen Leistungserbringer-Patienten-Beziehung, z.B. wenn im Notfall eine Krankenhauseinweisung erfolgt und Patienten ohne weiteren Kontakt in der Klinik versterben, wird von Versorgenden als Verlust und negativ für eine emotional ausgeglichene bzw. motivierende palliative Versorgung erlebt: „Wir erfahren das gerade mal irgendwann von der Ehefrau, dass der da oder im Krankenhaus verstorben ist oder lesen es sogar nur aus der Zeitung. Und das war für die Hausärzte einfach unbefriedigend. (...) Da hatten wir jetzt gerade so einen Fall (...) Von der Patientin hätte ich gerne auch selber Abschied genommen. So, und das ist einfach unbefriedigend und das ist ein Negativmotivator, das frisst Energie.“ (MP\_80c3, 74)

### Hausarztzentrierte Versorgung

Patienten und Angehörige wünschen sich eine hausarztzentrierte Vorgehensweise. Patienten betonen dabei den Wunsch nach mehr Verantwortung, Handlungs- und Entscheidungsspiel-

raum für ihren Hausarzt: „Ich (...) als betroffene Laie kann mir nur erzählen lassen, was da gut ist oder nicht, ich kann mir da irgendwas aufschwätzen lassen, ohne dass ich (...) die Übersicht habe, auf was ich da eingehe oder ähnliches. Und dazu bräuchte ich dann die Kapazität meines Hausarztes, der in meinem Sinne dann auch eine Entscheidung nachträglich beeinflusst.“ (P\_8af6, 135–137) Für Hausärzte scheint palliative Versorgung eine Selbstverständlichkeit zu sein und wird als eine ihrer Kernkompetenzen, „eine meiner wichtigsten Aufgaben“ (H\_174a, 91) oder „hausärztlich-ethische Pflicht“ (H\_76d7, 360) benannt.

### Koordinierte Versorgung

Koordinierte Versorgung zwischen Leistungserbringern wird z.B. in Gemeinschaftspraxen als positiv für Wissenszuwachs und als Entlastung erfahren: „Also für uns geht diese Palliativversorgung nur, weil wir ein Team [in der Gemeinschaftspraxis] sind, wenn ich hier alleine sitzen würde, würde ich das nicht machen können.“ (H\_6a60, 149)

Problematisch werden Überleitungen aus dem Krankenhaus erlebt, wenn rechtzeitige Koordination und Organisation für die ambulante Versorgung durch Klinikpersonal bzw. Kommunikation mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten ausbleibt: „Das aller, allerwichtigste, dass die Krankenhäuser ein besseres Überleitungsmanagement machen. Und zwar nicht nur hier, morgen kommt ei-

ne Entlassung und hier, ich fax euch gleich mal was rüber (...). Sondern frühzeitiger, damit man auch organisieren kann draußen, so was wie ein Pflegebett oder Medikamente.“ (MP\_80c3, 117)

### Vorausschauende Versorgung

Eine geeignete Notfallplanung bzw. ein frühzeitig vorliegendes Kriseninterventionsmanagement, eine rechtzeitige Bereitstellung von Medikamenten und vorausschauende Integration von Versorgern wie Pflegediensten in die ambulante Versorgung von Patienten in palliativen Situationen bevor eine Krise eintritt, sind Determinanten der vorausschauenden Versorgung. Hausärzte erleben die Palliativversorgung als wünschenswert, wenn diese Determinanten der Vorausplanung erfüllt werden: „Also da hatten wir für alle Eventualitäten eben vorgeplant (...) und das hat eigentlich dann gut funktioniert.“ (H\_6a60, 41)

Auch Angehörige erfahren eine vorausschauende Planung als hilfreich bei der Bewältigung der Erkrankungssituation: „Ich konnte fragen, was passiert jetzt, wie geht es weiter, können Sie das abschätzen, wie wird sich das verändern, sodass ich schon so ein bisschen vorausschauend gucken konnte, was kommt auf mich zu, dass der Abgrund da nicht so tief wird.“ (A\_37dd)

### Fallorientierte Versorgung

Fallorientierte Versorgung umfasst in besonderem Maße die Berücksichtigung individueller Perspektiven, Bedarfe und Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen wie z.B. Sorgen und Ängste: „Ich habe auch keine Angst vorm Tod, aber vorm Sterben“ (P\_6a8a, 24) oder Wünsche in Bezug auf Orte der Versorgung und des Versterbens: „Und wir wollten, dass er halt zu Hause stirbt und nicht im Krankenhaus, wir haben ihn dann nach Hause geholt.“ (A\_37dd, 14) Für MPs wird die Umsetzung des Patientenwillens als Selbstverständlichkeit wahrgenommen: „Der Wille des Patienten ist unser Gesetz“ (MP\_80c3, 476) und ebenso von Hausärzten als wichtig für gelungene Palliativversorgung erfahren: „An diesem Fall fand ich wünschenswert (...), dass die Dame (...) so gestorben ist, wie sie das wollte.“ (H\_76d7, 66)

### Diskussion

In dieser qualitativen Studie zur ambulanten Palliativversorgung stehen die Perspektiven und das Erleben von Patienten, Angehörigen und der sie versorgenden Hausärzte, Medizinischen Fachangestellten und Pflegefachkräfte im Mittelpunkt. Dabei wird besonders die zentrale Rolle von Hausärzten in der Versorgung von Patienten am Lebensende deutlich. Wesentliche Faktoren dafür sind die über längerfristige Zeiträume gewachsene Arzt-Patient-Beziehung und das damit einhergehende ärztliche Wissen über die Lebenswirklichkeiten der Patienten und deren Angehörigen („erlebte Anamnese“). Teile dieser Ergebnisse decken sich mit Befunden anderer Arbeitsgruppen, z.B. Michiels et al. aus Belgien [14]. Die Autoren konnten herausarbeiten, dass sich Patienten in ihrer letzten Lebensphase eine kontinuierliche Begleitung durch ihren Hausarzt wünschen, weil mit langjährigen Beziehungen das Vertrauen in Hausärzte wächst und sich Patienten besser verstanden fühlen. Gleichzeitig erleben Patienten, dass sich Hausärzte im Rahmen kontinuierlicher Begleitung eher für eine angemessene Koordination und Informationsaustausch zwischen verschiedenen Leistungserbringern verantwortlich fühlen. Diese Ergebnisse decken sich weitestgehend mit den Erkenntnissen aus der hier vorliegenden Studie. Darüber hinaus konnten wir zeigen, dass sich Patienten mehr Möglichkeiten für ihre Hausärzte wünschen, Verantwortung und Entscheidungen für ihre Diagnostik und Therapie zu übernehmen.

Bezüglich der Kooperation und Koordination zwischen Leistungserbringern konnte gezeigt werden, dass insbesondere Wechsel von Patienten aus der ambulanten in eine stationäre Versorgung im Krankenhaus und umgekehrt inklusive der notwendigen Zusammenarbeit als problematisch erfahren werden. Eine mögliche Ursache kann eine fehlende oder zu späte Kommunikation zwischen Leistungserbringern infolge einer eingeschränkten bzw. nicht aufeinander abgestimmten Erreichbarkeit von Ärzten in Arztpraxen und Krankenhausärzten sein [15]. Gemeinsame Fallbesprechungen und Visiten von Krankenhaus- und Hausärzten könnten dazu beitragen, die sektoren-

übergreifende Kommunikation und das gegenseitige Verständnis für den jeweils anderen Bereich zu verbessern; ein Ansatz, der fraglos vielerorts unter den gegebenen Bedingungen schwer realisierbar ist, zumindest kurz- und mittelfristig, aber in die Zukunft gerichtete weitere Gedanken wert ist.

Als problematisch bei einem Krankenhausaufenthalt kann sich auch der Abbruch der kontinuierlichen Beziehung zwischen ambulant Versorgenden und Patienten erweisen, was von Hausärzten und Pflegekräften in dieser Studie als äußerst demotivierend erlebt wird. Schers et al. berichten, dass – anders als in Deutschland – Kontaktaufnahmen von niederländischen Hausärzten mit ihren Patienten in Krankenhäusern üblich sind [16]. In der Studie konnte auch gezeigt werden, dass mehr als 95 % der Patienten nach der Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose wie einer Tumorerkrankung durch einen Fachspezialisten das Bedürfnis nach Kontakt zu ihrem Hausarzt äußern. Auch unter diesem Aspekt könnten, wie oben bereits thematisiert, Visiten von Hausärzten bei ihren Patienten im Krankenhaus zu einer patientenorientierten Medizin beitragen.

### Stärken und Schwächen

Diese Studie zeichnet sich durch eine hohe Praxisnähe und den Einschluss unterschiedlicher am Versorgungsgeschehen beteiligten Gesundheitsprofessionen sowie betroffener Patienten und Angehörigen aus. Zugunsten einer leichteren Erreichbarkeit der Interviewpartner wurden ausschließlich Teilnehmer im Raum Mittel-/Südnie-dersachsen in die Studie eingeschlossen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Personen und Regionen ist eingeschränkt. Trotzdem leistet die vorgestellte Studie einen wichtigen Beitrag zu einem besseren Verständnis über wünschenswerte und unerwünschte Abläufe in der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase. Besonders aussagekräftig ist, dass bestimmte positive bzw. negative Ereignisse von Versorgenden und Betroffenen gleichermaßen beschrieben und bewertet werden.

Eine differenzierte Betrachtung von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (AAPV und



**Helen Ewertowski ...**

... studierte Soziologie und Wirtschaftswissenschaft an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Seit 2016 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Arbeitsschwerpunkt ist die allgemeine ambulante Palliativversorgung in der hausärztlichen Praxis. Ihre methodische Expertise liegt in qualitativen Verfahren der Sozial- und Versorgungsforschung.

SAPV) ist in dieser Studie nicht vorgenommen worden und war auch nicht intendiert. Vielmehr stand die Betrachtung der ambulanten Palliativversorgung als Ganzes im Mittelpunkt, da eine sozialrechtliche und strukturelle Trennung der Bereiche nicht unbedingt der Lebenswirklichkeit der Patienten und Angehörigen entspricht; gleichermaßen nicht unbedingt der Versorgungsrealität in der Hausarztpraxis.

**Schlussfolgerungen**

Die Kriterien einer als gelungen empfundenen ambulanten Palliativversorgung decken sich mit dem Kernauftrag und dem Fachverständnis der Allgemeinmedizin [17]. Die Resultate dieser Arbeit untermauern die empirische Begründung für Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Palliativversorgung [18] und liefern weitere Argumente für ein hausarztzen-

triertes Gesundheitssystem [18, 19] auch im Hinblick auf eine gute Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase.

**Danksagung:** Wir danken dem BMBF für die Förderung von ALLPRAX (BMBF-FK 01 GY 1610). Unser ausdrücklicher Dank gilt allen Teilnehmenden an diesem Projekt.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Korrespondenzadresse**

Helen Ewertowski, M.A.  
Institut für Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Tel.: 0511 532-4506  
ewertowski.helen@mh-hannover.de

**Literatur**

- Grote-Westrick M, Volbracht E. Palliativversorgung: Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie (Faktencheck Gesundheit; SPOTLIGHT Gesundheit: Daten, Analysen, Perspektiven), 1. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2015. [http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/SPOTGes\\_VV\\_Palliativversorgung\\_2015.pdf](http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf) (letzter Zugriff am 12.12.2018)
- Klindtworth K, Schneider N, Bleidorn J. Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung? Z Allg Med 2013; 89: 159–164
- Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt G, Bleidorn J, Schneider N. Hausärztliche Palliativversorgung bei nichtonkologischen Patienten. Schmerz 2015; 29: 604–615
- Murray SA, Firth A, Schneider N, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Palliat Med 2015; 29: 101–111
- Bundesministerium für Gesundheit. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 1. Dezember 2015. Bundesgesetzblatt, 2015: 2114–2119. [www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBL&jumpTo=bgbl115s2114.pdf#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgb115s2114.pdf%27%5D\\_\\_1543841152958](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl115s2114.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgb115s2114.pdf%27%5D__1543841152958) (letzter Zugriff am 12.12.2018)
- Ewertowski H, Tetzlaff F, Stiel S, Schneider N, Jünger S. Primary palliative care in general practice – study protocol of a three-stage mixed-methods organizational health services research study. BMC Palliat Care 2018; 17: 21
- Przyborski A, Wohlrab-Saar M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. München: Oldenbourg 2014
- Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3. Aufl. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2002
- Kemppainen JK. The critical incident technique and nursing care quality research. J Adv Nurs 2000; 32: 1264–1271
- Mallak LA, Lyth DM, Olson SD, Ushafer SM, Sardone FJ. Diagnosing culture in health-care organizations using critical incidents. Int J Health Care Qual Assur 2003; 16: 180–190
- Keatinge D. Versatility and flexibility: attributes of the Critical Incident Technique in nursing research. Nurs Health Sci 2002; 4: 33–39
- MAXQDA: Software für qualitative Datenanalyse. Berlin: VERBI Software Consult Sozialforschung GmbH 1989–2016
- Corbin J, Strauss AC. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. London: Sage Publications 2015
- Michiels E, Deschepper R, Van Der Kelen G, et al. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. Palliat Med 2007; 21: 409–415
- Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. BMC Fam Pract 2016; 17: 45
- Schers H. Patients' needs for contact with their GP at the time of hospital admission and other life events: a quantitative and qualitative exploration. Ann Fam Med 2004; 2: 462–468
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition. [www.degam.de/fachdefinition.html](http://www.degam.de/fachdefinition.html) (letzter Zugriff am 12.12.2018)
- Haller S, Garrido M, Busse R. Hausarztorientierte Versorgung: Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz-Report. Anhang zu Kapitel 6.1.3 des Sondergutachtens 2009 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2009. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang\\_6.1.3\\_Evidenzreport\\_Hausarztorientierte\\_Versorgung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_6.1.3_Evidenzreport_Hausarztorientierte_Versorgung.pdf) (letzter Zugriff am 12.12.2018)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM-Positionspapier: Wir brauchen ein Primärärztsystem. 2018. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Positionspapier\\_Prim%C3%A4rarztversorgung\\_final\\_NEU.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Prim%C3%A4rarztversorgung_final_NEU.pdf) (letzter Zugriff am 12.12.2018)