

Vier Jahre spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im ländlichen Bereich

Florian Kaiser, Michael Sohm, Daniela Illig, Ursula Vehling-Kaiser & Michael Haas

**Bundesgesundheitsblatt
- Gesundheitsforschung -
Gesundheitsschutz**

ISSN 1436-9990

Volume 59

Number 7

Bundesgesundheitsbl (2016) 59:916-920

DOI 10.1007/s00103-016-2363-2



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Berlin Heidelberg. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:916–920
 DOI 10.1007/s00103-016-2363-2
 Online publiziert: 6. Juni 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

Florian Kaiser¹ · Michael Sohm² · Daniela Illig² · Ursula Vehling-Kaiser² · Michael Haas²

¹ Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

² Onkologisch-palliativmedizinisches Netzwerk Landshut, Landshut, Deutschland

Vier Jahre spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im ländlichen Bereich

Zusammenarbeit und Akzeptanz aus hausärztlicher Sicht

Seit 2007 ist der Anspruch jeden Bürgers auf eine spezialisierte ambulante Versorgung am Lebensende sozialgesetzlich (§ 37b Sozialgesetzbuch V) verankert [1]. Durch die Gründung von SAPV-Teams können nun zwar noch nicht flächendeckend, aber in großen Bereichen der Bundesrepublik Deutschland Patienten am Lebensende zu Hause durch Spezialisten im Bereich der Palliativmedizin mitbetreut werden [2]. Zudem wurde mit Einführung der allgemeinen Palliativversorgung (AAPV) eine Möglichkeit für Hausärzte, Pflegedienste und ambulante Hospizdienste geschaffen, nach Erwerb einer entsprechenden Basisqualifikation die ärztliche, pflegerische und psychosoziale Grundversorgung von Palliativpatienten zu übernehmen und auch entsprechend vergütet zu bekommen [3]. Damit kann dem Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung begegnet werden, die letzte Lebensphase im häuslichen Umfeld zu verbringen [4]. Die Zusammenarbeit von ambulant tätigen palliativmedizinischen Fachkräften mit den betreuenden Hausärzten gestaltet sich unterschiedlich. Zum Teil besteht eine enge Kooperation zwischen Allgemeinmedizinern und SAPV-Team mit gemeinsamer Patientenversorgung; in anderen Fällen wird die medizinische Betreuung von Palliativpatienten komplett durch das SAPV-Team übernommen [5]. Nach Erfahrungen der Autoren bestehen hier Unterschiede zwischen

städtischem und ländlichem Bereich, da auf dem Land häufig eine langjährige und konstante (Haus-)Arzt-Patienten-Beziehung besteht und diese gerade in einer letzten, schwierigen Lebensphase in den meisten Fällen sowohl seitens des Patienten als auch des Hausarztes gewünscht wird.

Zusätzlich ändert sich das Krankheitspektrum der zu betreuenden SAPV-Patienten. Während bisher Krebserkrankungen bei den meisten SAPV-Teams im Vordergrund standen, rückt die Versorgung geriatrischer Patienten durch die SAPV zunehmend in den Vordergrund [6]. In einer von Schneider et al. durchgeführten Umfrage bei ca. 2000 Hausärzten glaubten 48 %, dass eine zusätzliche SAPV Versorgung zur Verbesserung der Behandlung von geriatrischen Patienten in der letzten Lebensphase beitragen könnte [7].

Die SAPV wurde mit Gründung der Adiuantes-SAPV im Jahr 2010 in den Landkreisen Landshut und Dingolfing eingeführt. Daraus ergab sich eine Erweiterung in der Versorgung von Palliativpatienten, die bislang vorwiegend von den ortsansässigen Hausärzten übernommen worden war. Durch die aktuell durchgeführte Befragung der Hausärzte in der Region sollten daher insbesondere die bisherigen Berührungspunkte zur ambulanten Palliativmedizin und auch die Bereitschaft, selbst Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen, erhoben

werden. Aufgrund der ländlichen Prägung des Versorgungsgebietes wäre eventuell auch eine Übertragung der Umfrageergebnisse auf andere, ähnlich strukturierte Regionen möglich. Zudem sollte die Zufriedenheit bezüglich der Kooperation mit dem SAPV-Team überprüft werden, gerade auch um zu eruieren, ob die Hausärzte sich durch diesen in ihrem Versorgungsbereich neuen Dienst zu wenig eingebunden oder übergangen sehen. Da auch geriatrische Patienten mehr und mehr von SAPV-Teams mitbetreut werden, war die Einschätzung der Hausärzte von Interesse, wie hoch der Bedarf konkret in der Region Landshut/Dingolfing eingeschätzt wird.

Methoden

Im Januar 2015 wurden Fragebögen an 198 Hausärzte im Raum Landshut/Dingolfing verschickt. Die Identifikation der Hausärzte erfolgte über die Homepage der „Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – KVB“ über die Rubrik „Arztsuche“ unter dem Fachbegriff „Allgemeinmedizin“ (<https://arztsuche.kvb.de/cargo/app/einfacheSuche.htm>). Angeschrieben wurden alle Hausärzte im Versorgungsgebiet der Adiuantes-SAPV (Landkreise Landshut und Dingolfing). Insgesamt wurden 16 Fragen aus fünf verschiedenen Themengebieten gestellt („Persönliche Angaben“, „Berührungspunkte zur Palliativmedizin“, „Zu-

Tab. 1 Ergebnisse der Hausarztbefragung					
Persönliche Angaben					
<i>Geschlecht</i>					
Weiblich	33 % (13)	Männlich	53 % (21)	Enthaltungen	6
<i>Alter in Jahren</i>					
< 30: 0	30–40: 8 % (3)	40–50: 23 % (9)	50–60: 30 % (12)	> 60: 30 % (12)	Enthaltungen: 4
Berührungspunkte zur Palliativmedizin					
<i>Teilnahme am Basiskurs Palliativmedizin?</i>					
Ja	23 % (9)	Nein	75 % (30)	Enthaltungen	1
<i>Erwerb Zusatzbezeichnung Palliativmedizin angestrebt?</i>					
Ja	10 % (4)	Nein	83 % (33)	Enthaltungen	3
<i>Wurden bereits Patienten zusammen mit der SAPV betreut?</i>					
Ja	85 % (34)	Nein	15 % (6)	Enthaltungen	0
<i>Wer veranlasste die SAPV-Betreuung (Mehrfachnennung möglich)?</i>					
Eigene Praxis	60 % (24)	Andere	50 % (20)	Enthaltungen	4
<i>Eigene Mitarbeit in SAPV-Team vorstellbar?</i>					
Ja	10 % (4)	Nein	90 % (36)	Enthaltungen	0
Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit der SAPV (Schulnoten 1–6)					
<i>Patientenbetreuung (Enthaltungen: 4)</i>					
1: 55 % (22)	2: 18 % (7)	3: 10 % (4)	4: 5 % (2)	5: 0 % (0)	6: 3 % (1)
<i>Informationsfluss (Enthaltungen: 4)</i>					
1: 38 % (15)	2: 15 % (6)	3: 5 % (2)	4: 10 % (4)	5: 8 % (3)	6: 15 % (6)
<i>Erreichbarkeit (Enthaltungen: 4)</i>					
1: 50 % (20)	2: 20 % (8)	3: 8 % (3)	4: 5 % (2)	5: 3 % (1)	6: 5 % (2)
<i>Rechtzeitige Information über SAPV-Betreuung bei Veranlassung durch Andere</i>					
Ja	38 % (15)	Nein	33 % (13)	Enthaltungen	12
Ökonomische Aspekte durch die SAPV-Versorgung					
<i>Konnten durch die SAPV-Betreuung Krankenhausaufenthalte vermieden werden?</i>					
Ja	75 % (30)	Nein	15 % (6)	Enthaltungen	4
<i>Einsparung von Leistungen, Kosten und Zeit für Hausarzt und Praxis</i>					
Ja	73 % (29)	Nein	18 % (7)	Enthaltungen	4
Mitbetreuung von geriatrischen Patienten					
<i>Palliativmedizinische Mitbetreuung von geriatrischen Patienten sinnvoll und erforderlich?</i>					
Ja	60 % (24)	Nein	30 % (12)	Enthaltungen	4
<i>Begrüßung von Fortbildungen zu geriatrischen Themen in Pflegeheimen</i>					
Ja	75 % (30)	Nein	18 % (7)	Enthaltungen	3
<i>Interesse, an palliativmedizinischen Fortbildungen in Pflegeheimen mitzuwirken?</i>					
Ja	28 % (11)	Nein	72 % (29)	Enthaltungen	0

friedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit der SAPV“, „Ökonomische Aspekte durch die SAPV-Versorgung“, „Mitbetreuung von geriatrischen Patienten“). Die Auswahl der Fragen und Erstellung der Fragebögen erfolgte sowohl auf Basis praktischer Erfahrungen des Adjuvantes-SAPV-Teams und der damit für relevant erachteten Themen als auch auf der Grundlage von früheren Hausarztbefragungen in Deutsch-

land und Großbritannien [7–9]. Neben allgemeinen demografischen Angaben wurden die Teilnahme an einem Basisweiterbildungskurs für Palliativmedizin bzw. die Absicht, die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ zu erwerben, abgefragt. Hierbei wurde auch erhoben, ob Bereitschaft zur Mitarbeit in einem SAPV-Team bestünde. Ferner wurde der subjektive Fortbildungsbedarf an palliativmedizinischen Themen erhoben.

Weiterhin wurden die bisherigen Erfahrungen der Hausärzte mit einem SAPV-Team evaluiert: Wurden schon Patienten zusammen mit der SAPV betreut, wer veranlasste die Mitbetreuung durch das SAPV-Team, wurde rechtzeitig informiert, wie war die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit (Patientenbetreuung, Informationsfluss, Erreichbarkeit) und wie war die Zusammenarbeit unter ökonomischen Aspekten (Einsparung von Kosten und Zeit) zu sehen? Zuletzt wurde die Einschätzung der Hausärzte bezüglich des Bedarfs an Mitbetreuung durch die SAPV bei geriatrischen, nichtonkologischen Patienten, abgefragt. Den Fragebögen war jeweils ein rückfrankierter und adressierter Briefumschlag beigelegt. Die zurückgesandten Bögen wurden gesammelt und die Ergebnisse im Programm Excel (Microsoft Cooperation, Version Microsoft Excel 2010) rein deskriptiv verarbeitet.

Ergebnisse

Ausgefüllt und zurückgesandt wurden 40 Bögen (20,2 %). Die vollständigen Ergebnisse der Befragung sind in **Tab. 1** dargestellt.

Die Bögen wurden zu 33 % (13) von Ärztinnen und 53 % (21) von Ärzten ausgefüllt; das Alter lag zu 60 % über 50 Jahre. 23 % (9) der Befragten hatte einen Basis-kurs Palliativmedizin besucht. 10 % (4) äußerten die Absicht, die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zu erwerben. 85 % (34) der Hausärzte hatte bereits einen oder mehrere Patienten zusammen mit der SAPV betreut, keiner hatte einen Patienten komplett in die SAPV-Versorgung abgegeben. Die Einbringung der Patienten in die SAPV erfolgte in fast gleichem Maße durch die Hausärzte selber (60 %; 24) wie auch durch andere Institutionen (Krankenhaus, Pflegeheim, Fachärzte) (50 %; 20). Die Vorstellung, selbst in einem SAPV-Team aktiv mitzuarbeiten, war mit 10 % (4) gering. Die Patientenbetreuung durch das SAPV-Team wurde von der überwiegenden Mehrzahl als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet (55 %; 22 bzw. 18 %; 7). 33 % (13) der Hausärzte gaben an, nicht rechtzeitig (nach subjektiver Wahrnehmung) von der Aufnahme ihrer Patienten in die SAPV informiert wor-

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:916–920 DOI 10.1007/s00103-016-2363-2
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

F. Kaiser · M. Sohm · D. Illig · U. Vehling-Kaiser · M. Haas

Vier Jahre spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im ländlichen Bereich. Zusammenarbeit und Akzeptanz aus hausärztlicher Sicht

Zusammenfassung

Hintergrund. Im Jahr 2011 wurde in den Landkreisen Landshut und Dingolfing erstmals eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt. **Ziel der Arbeit.** Vier Jahre nach Einführung sollten Zusammenarbeit, Akzeptanz und Bedarf an speziellen palliativmedizinischen Maßnahmen und Fortbildungen aus hausärztlicher Perspektive mittels Fragebögen eruiert werden.

Methoden. Von 01–03/2015 wurden 198 Hausärzte in den Landkreisen Landshut und Dingolfing per Fragebogen kontaktiert. Die Fragebögen enthielten 16 Fragen aus fünf Themengebieten, erstellt auf Basis praktischer Erfahrungen der Autoren und früheren Arbeiten aus der Literatur. Der

Versand erfolgte per Post mit frankiertem und adressiertem Rückumschlag.

Ergebnisse. Von 198 Hausärzten wurden 40 Bögen zurückgesandt. 33 % waren weiblich, 53 % männlich. 85 % hatten mit einem SAPV-Team kooperiert. 23 % besaßen die Basisweiterbildung für Palliativmedizin, 10 % planten, die Zusatzbezeichnung für Palliativmedizin zu erwerben. Für 10 % war die Mitarbeit in einem SAPV-Team vorstellbar. 75 % der Befragten gaben an, dass durch die SAPV Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten, und 73 % sahen für ihre Praxis Einsparungen von Kosten und Zeit. Der überwiegende Teil der Hausärzte war mit der Arbeit der SAPV und der Kooperation zufrieden. 60 % hielten eine zusätzliche palliativmedizinische Betreuung

für geriatrische Patienten für sinnvoll. Kritikpunkt war insbesondere die häufig zu spät erfolgte Information über die Aufnahme eines Patienten in die SAPV.

Diskussion. Die aktuelle Umfrage zeigt, dass die Hausärzte den palliativmedizinischen Bedarf ihrer Patienten anerkennen und mehrheitlich die Mitwirkung der SAPV begrüßen. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind enge Kooperation und Kommunikation zwischen „Generalisten“ und „Spezialisten für Palliativmedizin“ notwendig.

Schlüsselwörter

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung · Hausärzte · Palliativmedizinische Netzwerke · Versorgungsforschung · Ländliches Gebiet

Four years of specialized outpatient palliative care in a rural area . Cooperation and acceptability from general practitioners' view

Abstract

Background. In 2011, a specialized palliative home care was introduced in the counties of Landshut and Dingolfing.

Objectives. The aim of the current survey was to evaluate the cooperation, acceptance and need of palliative measures for patients particularly from the general practitioner's perspective.

Methods. From January to March 2015, 198 general practitioners from the counties of Landshut and Dingolfing were contacted with questionnaires. The questionnaires consisted of 16 questions covering five different issues, and drew upon the practical experiences of the authors and earlier surveys from the literature. The questionnaires were sent by

post containing a self-addressed and postpaid envelope.

Results. Completed questionnaires from 40 out of 198 contacted general practitioners (33 % female and 53 % male). Of these 85 % had cooperated with a SAPV team, 23 % had taken part in training for palliative medicine, 10 % intended to acquire a qualification and 10 % could imagine working in a SAPV team. In addition, 75 % stated that hospitalizations were avoided through the use of SAPV while 73 % felt that time and costs were saved for their own practices. The majority of general practitioners were satisfied with the work provided by the SAPV and the cooperation. Regarding additional palliative care for geriatric patients, 60 % believed that this

was sensible. One main critique was that the information about including a patient in the SAPV program was transferred to the general practitioner too late.

Conclusion. The current data show that general practitioners recognize the need for palliative medicine skills and predominately welcome the work of a specialized palliative care team in treating their patients. However, close cooperation and communication is necessary for a successful network between generalists and specialists in palliative care.

Keywords

Specialized palliative home care · General practitioners · Palliative medicine networks · Patient centered care · Rural areas

den zu sein, wenn die Betreuung nicht selbst initiiert wurde. Zwar wurde die Erreichbarkeit des Teams mehrheitlich positiv bewertet (70 % „sehr gut“ oder „gut“), der Informationsfluss bzw. Austausch wurde jedoch in 15 % (6) der Fälle als „ungenügend“ bewertet.

Aktuell gaben 75 % (30) der Hausärzte an, dass durch die SAPV Krankenhausaufenthalte nach ihrer Einschätzung vermieden werden konnten. Die Mehrzahl

(73 %; 29) gab auch eine potenzielle Einsparung von Leistungen, Kosten und Zeit für sich bzw. die jeweilige Praxis an.

Zuletzt wurde die Einschätzung der Hausärzte bezüglich des Bedarfs an palliativmedizinischen Maßnahmen bei geriatrischen Patienten abgefragt. 60 % (24) der befragten Hausärzte hielten eine zusätzliche Mitbetreuung für sinnvoll und erforderlich. 75 % (30) würden Fortbildungsveranstaltungen zu pallia-

tivmedizinischen Themen durch das SAPV-Team in Pflegeheimen begrüßen und 28 % (11) zeigten ihrerseits Interesse, an solchen Fortbildungen mitzuwirken.

Diskussion

Die Ergebnisse lassen die prinzipielle Bereitschaft der Hausärzte erkennen, mit dem SAPV-Team in der Betreuung ihrer Patienten zusammenzuarbeiten und

unheilbar Erkrankte in die SAPV einzu- bringen. Nach Einschätzung der Haus- ärzte könnten durch die gemeinsame Be- treuung von Patienten mit dem SAPV- Team wiederholte Krankenhauseinwei- sungen vermieden werden. Dies stützt die auch anderenorts beschriebene Annah- me, dass durch die spezialisierte, ambu- lante Palliativversorgung letztlich Kosten für das Gesundheitswesen gespart wer- den können [10–14].

Einen wesentlichen Kritikpunkt sei- tens der Hausärzte stellt der mangelnde Informationsfluss zwischen SAPV und Hausarzt dar. Die SAPV-Betreuung soll jedoch die hausärztliche Primärversor- gung sowie die örtlichen Pflegedienste keinesfalls ablösen, sondern eine hoch- spezialisierte, zusätzliche Betreuung der komplexen Bedürfnisse schwerstkran- ker und sterbender Menschen darstellen [15]. Dennoch fühlen sich viele Haus- ärzte nach Hinzunahme des SAPV- Teams, insbesondere wenn die Mitbe- treuung nicht durch den Hausarzt, son- dern durch mitbehandelnde Fachärzte oder Patienten bzw. deren Angehörige selbst veranlasst wurde, in ihrer teilwei- se langjährigen Betreuung der Patienten übergangen. Damit kann die spezialisier- te Palliativmedizin unter einen gewissen Rechtfertigungsdruck geraten [7, 16]. Bisherigen Erfahrungen nach scheint diese Sorge jedoch nicht oder nur teil- weise gerechtfertigt [17]. Eine komplette Übernahme der Betreuung von pallia- tivmedizinischen Patienten ist zudem in vielerlei Hinsicht bedenklich bzw. nicht wünschenswert. Zum einen reicht die Kapazität der SAPV-Teams hierzu bei Weitem nicht aus. Zudem können vie- le Aufgaben der palliativmedizinischen Betreuung durch die Primärärzte (Haus- ärzte) übernommen werden. Gerade im ländlichen Bereich besteht eine oft langjährige, konstante und sehr vertraute Arzt-Patienten-Beziehung. Der Hausarzt als Familienmediziner kennt oft auch die familiären Verhältnisse und den sozialen Hintergrund seiner Patienten und sollte daher in jedem Fall weiter in die Behan- dung von Palliativpatienten eingebunden sein. Zudem besteht die Gefahr, dass sich die Behandlung eines Patienten weiter aufsplittert, und möglicherweise könnten sich initial behandelnde Ärzte

oder Pflegekräfte beim Auftreten pal- liativmedizinischer Bedürfnisse aus der Betreuung des Patienten mit basaler Symptomkontrolle und psychosozialer Beratung zurückziehen und dies nicht mehr als „ihre Aufgabe“ betrachten [4].

Besonders erfreulich ist, dass immer- hin ein Viertel der Hausärzte bereits einen Basiskurs Palliativmedizin besucht hat, was die Weiterentwicklung der allgemei- nen ambulanten palliativmedizinischen Betreuung (AAPV) sicherlich erleichtern und zum gewünschten Prozess beitra- gen wird, eine adäquate, flächendecken- de allgemeine palliativmedizinische Ver- sorgung zu etablieren [18]. Gerade bei infausten Prognosen wie metastasierten Krebsleiden könnte somit ein frühzeiti- ger Zugang zu palliativmedizinischer Be- handlung leichter erreicht werden [19, 20]. Die Weiterbildung zum Palliativ- mediziner und die aktive Mitarbeit im SAPV-Team wird nur von wenigen Haus- ärzten angestrebt, was sich nach Ein- schätzung der Autoren am ehesten durch die bereits bestehende hohe Arbeitsbe- lastung der Hausärzte erklären lässt.

Besonders im geriatrischen pallia- tivmedizinischen Bereich sind die Ein- schätzungen der Hausärzte – die diesen Bereich bisher alleine abgedeckt haben – wichtig. Notwendig wäre hier insbe- sondere eine systematische und stan- dardisierte Erfassung von Patienten, die von palliativmedizinischer Mitbetreu- ung profitieren könnten, wie von der European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce beschrieben [21]. Als mögliche Hilfestellungen werden von der EAPC standardisierte Assessmentbögen vorgeschlagen, welche anhand weniger Fragen eine zügige Einschätzung des Be- darfs und möglichen Profits von schwer kranken Patienten bezüglich palliativme- dizinischer Mitbetreuung erlauben [22]. Vor allem in Pflegeeinrichtungen wird eine Verbesserung des Wissensstands bezüglich der palliativmedizinischen Be- treuung als erforderlich angesehen. 75 % der Hausärzte halten in diesem Bereich Palliativfortbildungen durch ein SAPV- Team für geeignet und würden diese zum Teil selbst mit gestalten. Auch hier deckt sich die Auffassung der Hausärzte mit in der Literatur beschriebenen Daten: So ist der Pflegebedarf bei Patienten im

Endstadium von nicht hämatologisch- onkologischen Erkrankungen ähnlich hoch wie bei Krebspatienten [23]. Eben- so ist die Komplexität der Symptome bei fortgeschrittenen, nicht malignen Erkrankungen wie chronisch obstruk- tiver Lungenerkrankung (COPD) oder Herzinsuffizienz ähnlich hoch wie bei Krebspatienten einzuschätzen [24].

Schwachpunkte der aktuellen Umfra- ge sind sicherlich die geringe Rücklauf- quote der Fragebögen von nur 20,2 % so- wie zum Teil nicht vollständig ausgefüll- te Fragebögen, was zu einer Reduktion der Aussagekraft der Studie führt. Zu- dem besteht die Möglichkeit, dass über- wiegend Hausärzte mit besonders guten wie auch sehr schlechten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Adiuvan- tes-SAPV geantwortet haben. So wurde beispielsweise in einem Fragebogen die Zusammenarbeit mit der SAPV in al- len zugehörigen Fragen mit der jeweils schlechtesten Beurteilung bewertet. Wir würden den Grund für diese ausgespro- chen negative Bewertung in einer kon- kreten Verärgerung über das Team oder aber einer generell skeptischen Haltung gegenüber einer SAPV sehen.

Rücklaufquoten von < 30 % sind je- doch bei Umfragen mittels verschickten Fragebögen ein häufiges und in der Li- teratur beschriebenes Problem [25].

Zusammenfassend lässt sich feststel- len, dass die Einführung der SAPV in den Landkreisen Landshut und Dingolfing von der Mehrheit der teilnehmenden ortsansässigen Hausärzte positiv aufge- nommen wird. Die Hausärzte möchten jedoch über die Aufnahme eines ih- rer Patienten und die Maßnahmen der SAPV informiert sein bzw. möchten an der Betreuung der Palliativpatienten weiter beteiligt sein. Die Bereitschaft zur Übernahme palliativmedizinischer Auf- gaben seitens der Hausärzte ist gegeben. Es bedarf daher gerade im ländlichen Bereich, wo aufgrund der oft langjäh- rigen Betreuung durch einen Hausarzt häufig ein sehr enges Arzt-Patienten- Verhältnis vorliegt, einer hohen Offen- heit und Bereitschaft auf beiden Seiten (Hausärzte und Palliativmediziner) und letztlich auch manchmal die Überwin- dung eines „Konkurrenzdenkens“, um eine enge Kooperation zwischen der

Originalien und Übersichten

AAPV und SAPV und damit eine optimale Versorgung unheilbar kranker bzw. sterbender Patienten im häuslichen Umfeld zu gewährleisten. Eine der ursprünglichen Zielsetzungen der SAPV, die Netzbildung und -erhaltung mit allen an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Versorgern, wird im Rahmen dieser Studie somit deutlich und wird auch von den befragten Hausärzten so wahrgenommen. Die konstante Arbeit an funktionierender Zusammenarbeit, Sicherstellung eines gegenseitigen Informationsflusses und weitere Aufklärungsarbeit sind sicherlich weiterhin wesentliche Bestandteile der SAPV-Tätigkeit.

Korrespondenzadresse

Dr. med. F. Kaiser

Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen,
Deutschland
vehling@vehling-kaiser.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Kaiser, M. Sohm, D. Illig, U. Vehling-Kaiser und M. Haas geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. GBA Gemeinsamer Bundesausschuss (2010) Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf (Erstellt:). Zugriffen: 07. Oktober 2015
2. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) SAPV. Anzahl und regionale Verteilung von Betriebsstätten. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17067.php>. Zugriffen: 07. Oktober 2015
3. Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP (2013) Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422_Arbeitspapier_DGP_DHPV.pdf. Zugriffen: 31. Dezember 2015
4. Fegg M, Lehner M, Simon ST et al (2015) What influences end-of-life decisions?: Results of a representative German survey. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58:1118–1123
5. Bauschke C, Voigt K, Bergmann A et al (2014) Reflexionen zur palliativmedizinischen Versorgung unter niedergelassenen Hausärzten in Sachsen. In: 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Hamburg.
6. Deutsches Zentrum für Altersfragen (2011) Die palliative Versorgung älterer Menschen. Informationsdienst Altersfragen. 38:Heft 6, November/Dezember 2011. ISSN 0724-8849
7. Schneider N, Engeser P, Behmann M et al (2011) Specialized outpatient palliative care. The expectations of general practitioners. Schmerz 25(166):168–173
8. Bajwah S, Higginson IJ (2008) General practitioners' use and experiences of palliative care services: a survey in south east England. BMC Palliat Care 7:18
9. Brueckner T, Schumacher M, Schneider N (2009) Palliative care for older people – exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. BMC Palliat Care 8:7
10. Noble B, King N, Woolmore A et al (2015) Can comprehensive specialised end-of-life care be provided at home? Lessons from a study of an innovative consultant-led community service in the UK. Eur J Cancer Care 24:253–266
11. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA et al (2012) Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol 30:394–400
12. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S et al (2011) Palliative care consultation teams cut hospital costs for medicaid beneficiaries. Health Aff 30:454–463
13. Guerriere DN, Zagorski B, Fassbender K, Masucci L, Librach L, Coyte PC (2010) Cost variations in ambulatory and home-based palliative care. Palliat Med 24:523–532
14. Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M et al (2009) Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. J Pain Symptom Manage 38:75–80
15. Alt-Epping B, Nauck F (2015) Specialized palliative home care: An interprofessional network. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58:430–435
16. Quill TE, Abernethy AP (2013) Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model. N Engl J Med 368:1173–1175
17. Lindena G, Wellmann A, Ostgathe C et al (2011) Die Koordinationsgruppe Hope – Ambulante Palliativversorgung in Deutschland – in HOPE dokumentierte Erfahrungen. Z Palliativmed 12:27–32
18. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). (05/2015). „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.“ AWMF-Registernummer: 128/001OL.
19. Kamal AH, Currow DC, Ritchie CS et al (2013) Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the U.S. J Pain Symptom Manage 46:254–264
20. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 363:733–742
21. Murray SA, Firth A, Schneider N et al (2015) 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 29:101–111
22. McDaid P (2011) Quick guide to identifying patients for supportive and palliative care. [http://www.cheshire-epaige.nhs.uk/ePaige%20Documents/A_QUICK_GUIDE_to_Identifying_Patients_for_Supportive_and_Palliative_Care_V10\[1\].pdf](http://www.cheshire-epaige.nhs.uk/ePaige%20Documents/A_QUICK_GUIDE_to_Identifying_Patients_for_Supportive_and_Palliative_Care_V10[1].pdf). Zugriffen: 07. Oktober 2015
23. Small N, Barnes S, Gott M et al (2009) Dying, death and bereavement: a qualitative study of the views of carers of people with heart failure in the UK. BMC Palliat Care 8:6
24. Maas EA, Murray SA, Engels Y et al (2013) What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Support Palliat Care 3:444–451
25. Schmalen H (1989) Fragebogenrücklauf und Gewinnanreiz. Mark ZFP 11:187–193