

Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten
innerhalb und außerhalb der SAPV –
eine Querschnittserhebung im Rahmen des Verbundprojektes
,SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie:
Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede‘

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Kathleen Stichling
geboren am 18.03.1990 in Gotha**

Gutachter

- 1. Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar MPH, Bochum**
- 2. Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn, Jena**
- 3. Prof. Dr. med. Nils Schneider MPH, Hannover**

Tag der öffentlichen Verteidigung: 06.07.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
Zusammenfassung	3
1 Einleitung.....	4
1.1 Einführung	4
1.2 Stand der Forschung	6
1.2.1 Demografische Entwicklung und palliativer Versorgungsbedarf	6
1.2.2 Bedeutung der Palliative Care	6
1.2.3 Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting	7
1.2.4 Der Hausarzt als Akteur in der Palliativversorgung.....	8
1.2.5 Nahtstelle von AAPV und SAPV	13
2 Fragestellung und wissenschaftliche Einordnung.....	15
2.1 Einbettung in das Gesamt-Projekt	15
2.2 Fragestellungen	15
2.3 Neuheitsgrad und Ziel der Arbeit	16
3 Methoden.....	16
3.1 Studiendesign	16
3.2 Fragebogen	17
3.2.1 Fragebogenentwicklung.....	17
3.2.2 Fragebogaufbau.....	20
3.3 Datenschutz und Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission.....	26
3.4 Stichprobenauswahl	27
3.4.1 Fallzahlberechnung.....	27
3.4.2 Auswahl der KVen	27
3.4.3 Recherche der Adressen und Ziehung der Stichprobe	30
3.5 Durchführung der Studie.....	32
3.5.1 Öffentlichkeitsarbeit	32
3.5.2 Fragebogenversand.....	32

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

5.1 Rücklauf und Repräsentativität der teilnehmenden Hausärzte	65
5.2 Kritische Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse	67
5.2.1 Die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung	67
5.2.2 Nahtstelle AAPV und SAPV	74
5.2.3 Die hausärztlich wahrgenommene Wichtigkeit der SAPV	75
5.2.4 Verbesserungen der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel des Gold Standard Framework (GSF)	78
5.3 Limitationen	81
6 Schlussfolgerungen	82
7 Abbildungsverzeichnis	85
8 Tabellenverzeichnis	86
9 Literaturverzeichnis	87
10 Eigenanteil an Datenerhebung und –auswertung und eigene Veröffentlichungen	105
11 Anlage	107
11.1 Anlage 1: Ergebnistabellen.....	107
11.2 Anlage 2: Anschreiben Hausärzte	168
11.3 Anlage 3: Reminder	170
11.4 Anlage 4: Fragebogen	172
11.5 Anlage 5: Genehmigung durch die Ethikkommission.....	178
11.6 Ehrenwörtliche Erklärung.....	179
11.7 Danksagung.....	180

Abkürzungsverzeichnis

AAPV:	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ACP:	<i>Advance Care Planning</i>
ANOVA:	<i>Analysis of variance</i>
APVEL:	Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BQKPmV:	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
bzw.:	beziehungsweise
ca.:	circa
CI:	Konfidenzintervall
DGP:	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC:	<i>European Association of Palliative Care</i>
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GBA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP:	Gebührenordnungsposition
GSF:	<i>Gold Standard Framework</i>
HKP:	Häusliche Krankenpflege
IQR:	Interquartilsabstand
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV:	Kassenärztliche Vereinigung
Max.:	Maximum
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Min.:	Minimum
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
MW:	Mittelwert
NäPa:	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
o.g.:	oben genannt
p:	Signifikanzlevel ($p < 0.05$)
PKD:	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
QPA:	Qualifizierter Palliativarzt

RL:	Richtlinie
SAPV:	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SD:	Standardabweichung
SGB:	Sozialgesetzbuch
SOP:	<i>Standard operation procedure</i>
SPICT:	<i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i>
URL:	<i>Uniform Resource Locator</i>
VERAH:	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
vs.:	versus
z.B.:	zum Beispiel
z.T.:	zum Teil

Zusammenfassung

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

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

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

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

1 Einleitung

1.1 Einführung

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

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

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

	Allgemeine Palliativversorgung	Spezialisierte Palliativversorgung		
stationär	Allgemeine Krankenhausstation/ onkologische Station/ Pflegeeinrichtungen	Palliativstation	Palliativdienst im Krankenhaus	Palliativmedizinische Tagesklinik
ambulant	Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	Spezialisierte Palliativambulanz	Tageshospiz
Sektorenübergreifend	Stationäres Hospiz			
	Hospizdienste/Ehrenamt			

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Stand der Forschung

1.2.1 Demografische Entwicklung und palliativer Versorgungsbedarf

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

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

1.2.2 Bedeutung der Palliative Care

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

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

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

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

1.2.3 Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting

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

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

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

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

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

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

1.2.4 Der Hausarzt als Akteur in der Palliativversorgung

1.2.4.1 Hausärztliche Aufgaben

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

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

pflegerischer Maßnahmen, die Dokumentation und das Zusammenführen von Befunden.

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

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

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

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

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

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

1.2.4.2 Die hausärztliche Rolle

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

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

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

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

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

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

1.2.4.3 Qualifikationen und Abrechnungsvoraussetzungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.5 Nahtstelle von AAPV und SAPV

1.2.5.1 Die hausärztliche Rolle im Netzwerk der ambulanten Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Fragestellung und wissenschaftliche Einordnung

2.1 Einbettung in das Gesamt-Projekt

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

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

2.2 Fragestellungen

Die Hauptfragestellungen der Arbeit lauten:

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

Als Nebenfragen wurden definiert:

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

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

2.3 Neuheitsgrad und Ziel der Arbeit

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

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

Auch der Einfluss der heterogenen Ausgestaltungen von SAPV-Verträgen (und damit verbundenen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen) sowie die Einführung der BQKPMV auf den Umfang hausärztlicher AAPV-Aufgaben und SAPV-Verordnungen wurde bisher noch nicht näher untersucht, was in der vorliegenden Arbeit erfolgt.

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

3 Methoden

3.1 Studiendesign

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

3.2 Fragebogen

3.2.1 Fragebogenentwicklung

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

3.2.1.1 Literaturrecherche

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

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

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

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

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

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

3.2.1.2 Semi-strukturierte Interviews

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

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

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

3.2.1.3 Entwurfsphase: Pre-Test und Pilotierung

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Fragebogenaufbau

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

3.2.2.1 Soziodemographische Daten

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

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

3.2.2.2 Berührungen mit der Palliativmedizin

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

3.2.2.3 Selbstverständnis

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

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

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

3.2.2.4 Palliativmedizinisches Kompetenzerleben

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

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

3.2.2.5 Palliativmedizinische Infrastruktur

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

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

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

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

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

3.2.2.6 SAPV-Verordnungspraxis

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

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

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

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

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

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

3.2.2.7 Hausärztliches Aufgabenspektrum und empfundene Wichtigkeit der SAPV

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

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

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

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

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

3.2.2.8 Verbesserungen der Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

Tabelle 4: Schlüsselaufgaben des GSF und Umsetzung im Fragebogen

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Datenschutz und Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission

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

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

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

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

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

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

3.4 Stichprobenauswahl

3.4.1 Fallzahlberechnung

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

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

3.4.2 Auswahl der KVen

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

Entsprechend dieser Kriterien wurde die folgende Auswahl getroffen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.3 Recherche der Adressen und Ziehung der Stichprobe

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

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

Tabelle 6: Onlinedatenbanken zur Ermittlung der Adressen pro Kassenärztlicher Vereinigung

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

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

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

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

Tabelle 7: Anzahl der Adressen nach Kassenärztlicher Vereinigung

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

KV=Kassenärztliche Vereinigung, (*Anzahl Vertragsärzte nach Bundesarztregister, Stand 31.12.2017)

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

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

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

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

3.5 Durchführung der Studie

3.5.1 Öffentlichkeitsarbeit

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

Tabelle 8: Ankündigung der Hausarztbefragung in regionalen Fachmedien,

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

3.5.2 Fragebogenversand

3.5.2.1 Materialien

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

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

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

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

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

3.5.2.2 Versandzeitpunkt

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

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

3.5.2.3 Reminder

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

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

3.5.3 Rücklaufmanagement

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

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

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

3.6 Statistische Auswertung der Daten

3.6.1 Datenaufbereitung

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

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

Weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der Datenqualität beinhalteten:

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

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

3.6.1.1 Berechnung neuer Variablen

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

Abhängige Variablen:

- Zur Abbildung des **Ausmaßes an hausärztlicher palliativmedizinischer Aktivität** wurde eine neue Variable aus dem Mittelwert der 32 palliativmedizinischen Aktivitäten (aus Tabelle H_01⁴) berechnet. Mit dieser neuen Variable, folgend als Aktivitäts-Score bezeichnet, wird die hausärztliche Aktivität auf einer kontinuierlichen Skala (Minimum=1, Maximum=4) bestimmt.
- Analog zu dieser Vorgehensweise wurde die **hausärztlich empfundene Wichtigkeit der SAPV** gebildet, im Folgenden als SAPV-Wichtigkeits-Score bezeichnet. Die Skala erstreckt sich hier von Minimum=1 bis Maximum=3. Die entsprechenden Limitationen dieser Vorgehensweise sind im Kapitel 5.3 aufgeführt.

Unabhängige Variablen:

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

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

Tabelle 9: Qualifikations- und Abrechnungslevel

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

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

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

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

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

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

- **Anzahl der SAPV-Verordnungen:** Die Bildung eines Quotienten aus der Anzahl der SAPV-Verordnungen pro Jahr (Item E02) und der Anzahl palliativer Patienten pro Jahr (Item A11) erlaubt eine validere Auskunft über das SAPV-Verordnungsverhalten, als die Anzahl der SAPV-Verordnungen allein.
- **Strukturmerkmale/Kennzeichen eines SAPV-Teams (Tabelle G):** Neben der einzelnen Auswertung der Strukturmerkmale erfolgte eine Mittelwertbildung (G01 bis G07), die – im Gegensatz zu einer Summenbildung - unverzerrte Werte bei der Nichtbeantwortung einzelner Fragen liefert. Die neue Variable wird im Weiteren als „**Summenindex der SAPV-Strukturmerkmale**“ bezeichnet.

3.6.2 Deskriptive Analysen

Die statistische Auswertung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation. Die Daten wurden primär deskriptiv ausgewertet. Dabei wurden für die Beschreibung der Daten je nach Verteilungsmuster sowohl Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) als auch Mediane und Interquartilsabstände (IQR) angegeben.

Zur deskriptiven Darstellung der Ergebnisse wurde z.T. die 4-stufige Likert-Skala dichotomisiert (Selbstverständnis/Rolle, Kompetenzzempfinden/Sicherheitsgefühl,

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

3.6.3 Dependenzanalysen

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

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

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

4 Ergebnisse

4.1 Rücklauf

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

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

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

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

Tabelle 10: Netto-Rücklauf nach Kassenärztlicher Vereinigung

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

KV=Kassenärztliche Vereinigung, n=Fallzahl

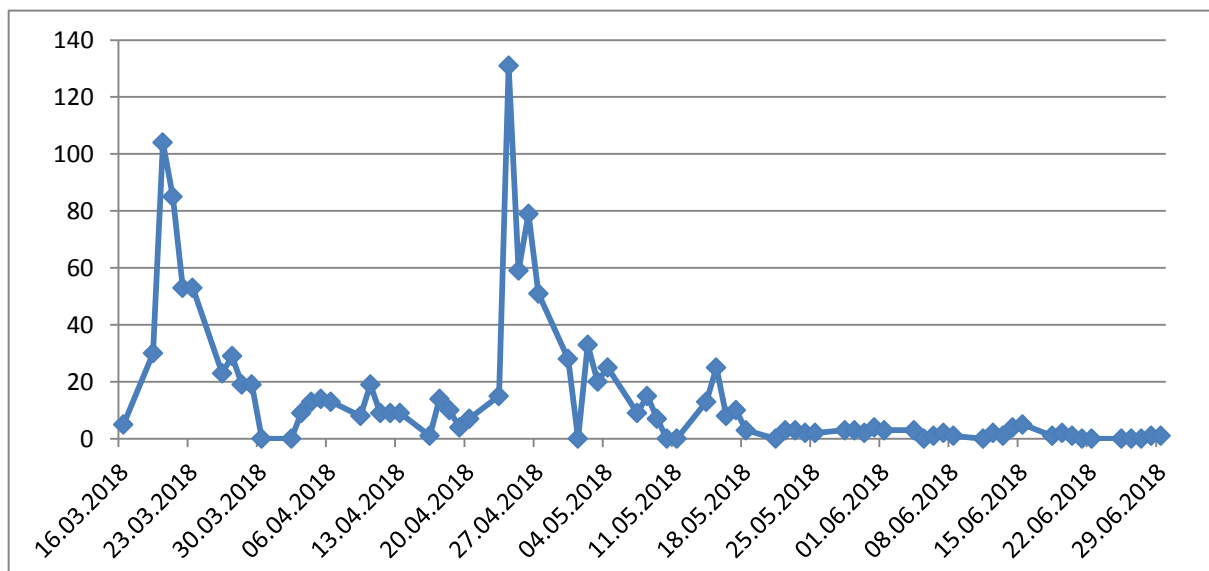


Abbildung 1: Rücklauf im zeitlichen Verlauf, erste und zweite Welle; n=1144

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

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

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

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

4.2 Datenqualität

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

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

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

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

4.3 Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte

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

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

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

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

	Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Stand:31.12.2017)	Ergebnisse Hausarztbefragung
Geschlecht	Ambulant tätige Hausärzte n=37489 Männer: 20135 (53,7%) Frauen: 17354 (46,3%)	Ambulant tätige Hausärzte n=1144 Männer: 558 (49,9%) Frauen: 573 (50,1%)
Angestelltenverhältnis	n=37489 Niedergelassen: 31548 (84,15%) Angestellt: 5941 (15,85%)	n=1128 (16 ohne Angabe) Niedergelassen= 995 (88,2%) Angestellt:133 (11,8%)
	Niedergelassene Hausärzte n=31548 Altersstufen: <34: 117 (0,37%) 35-39: 949 (3,01%) 40-49: 5751 (18,23%) 50-59: 12393 (39,28%) 60-65: 7186 (22,78%) >65: 5152 (16,33%)	Niedergelassene Hausärzte n=995 Altersstufen: <34: 7 (0,7%) 35-39: 35 (3,52%) 40-49: 246 (24,72%) 50-59: 422 (42,41%) 60-65: 206 (20,70%) >65: 79 (7,94%)
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	Ambulant tätige Ärzte über <u>alle Fachbereiche</u> n=154369 Zusatzbezeichnung: n=5471 (3,5%)	Von n=1142; mit Zusatzbezeichnung: n=186 (16,3%)

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

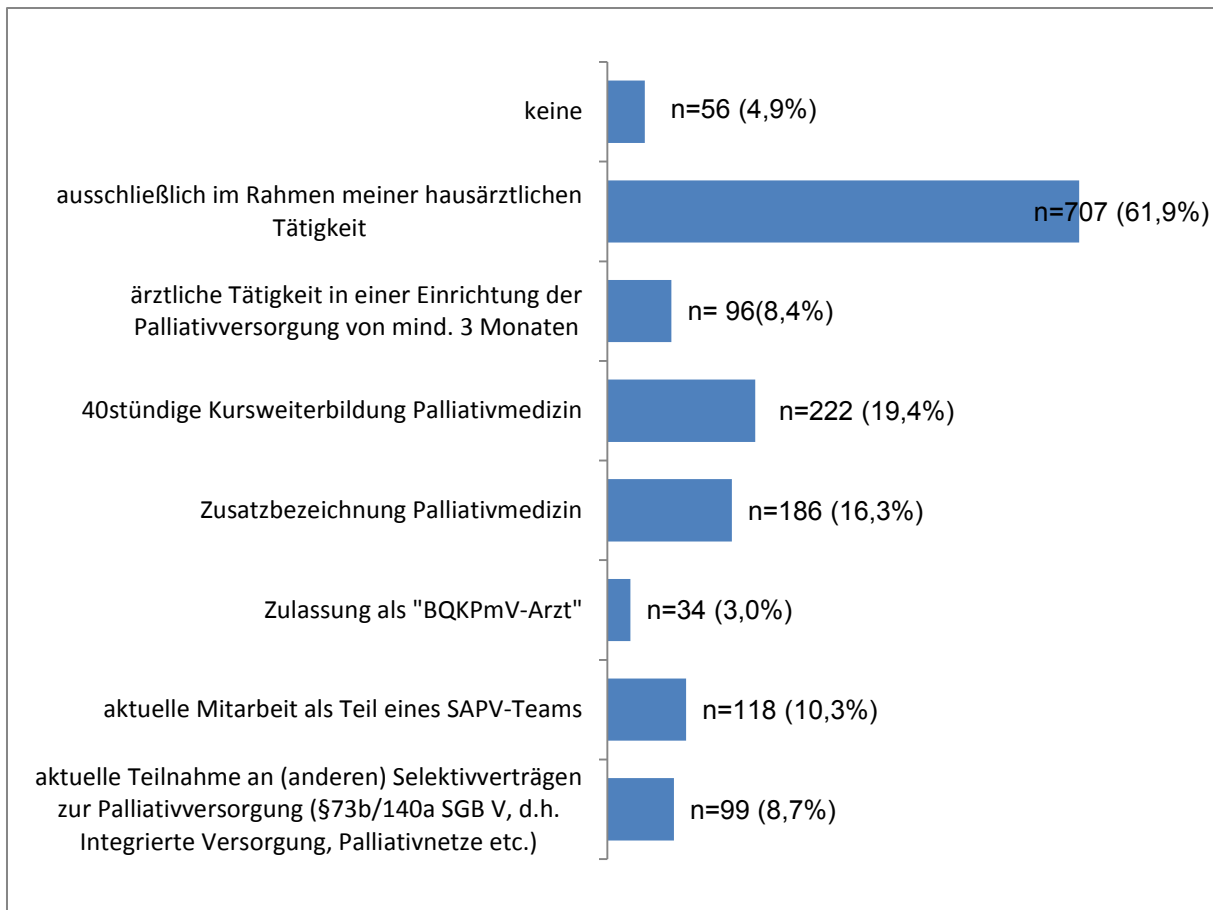


Abbildung 2: Berührungen mit der Palliativmedizin, n=1142

4.3.1 Selbstverständnis/ Rolle im palliativmedizinischen Kontext

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

Mehrheit der Befragten (93,8%) erheblich erleichtert wird (69,2% „stimme voll zu“ 24,5%/ „stimme eher zu“). Abbildung 3 gibt die Ergebnisse (dichotomisiert) wieder.

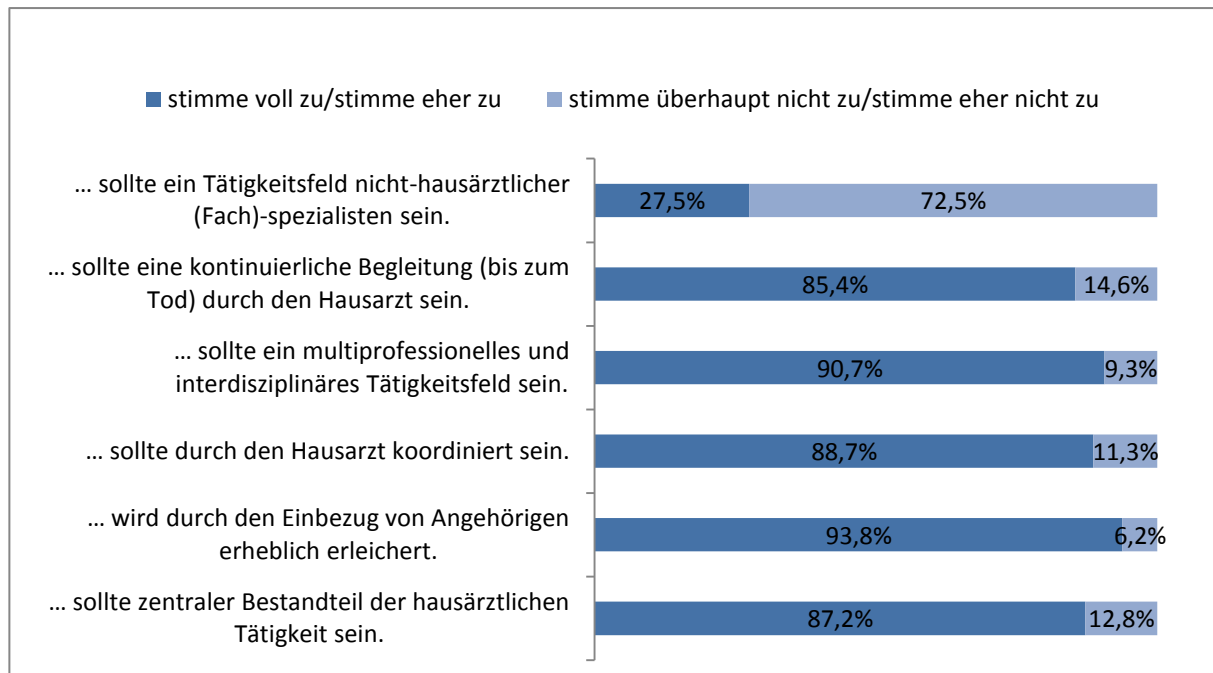


Abbildung 3: Selbstverständnis/ Rolle im palliativmedizinischen Kontext, dichotomisiert

4.3.2 Palliativmedizinische Expertise

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

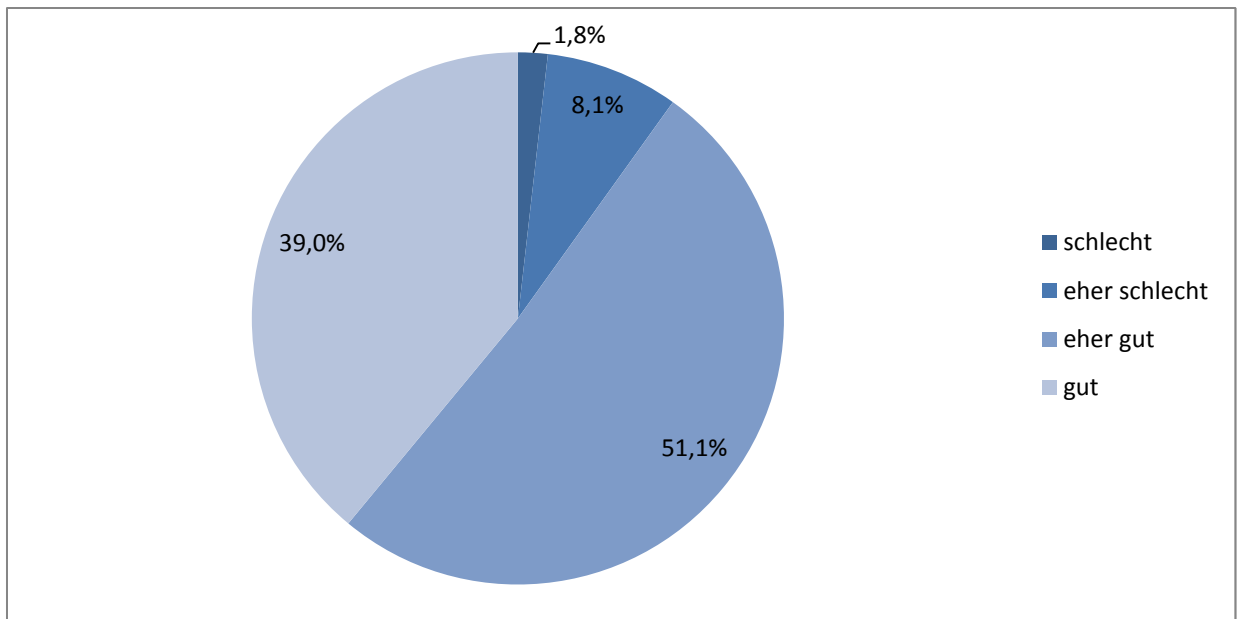


Abbildung 4: Gesamt-Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl, n=1121

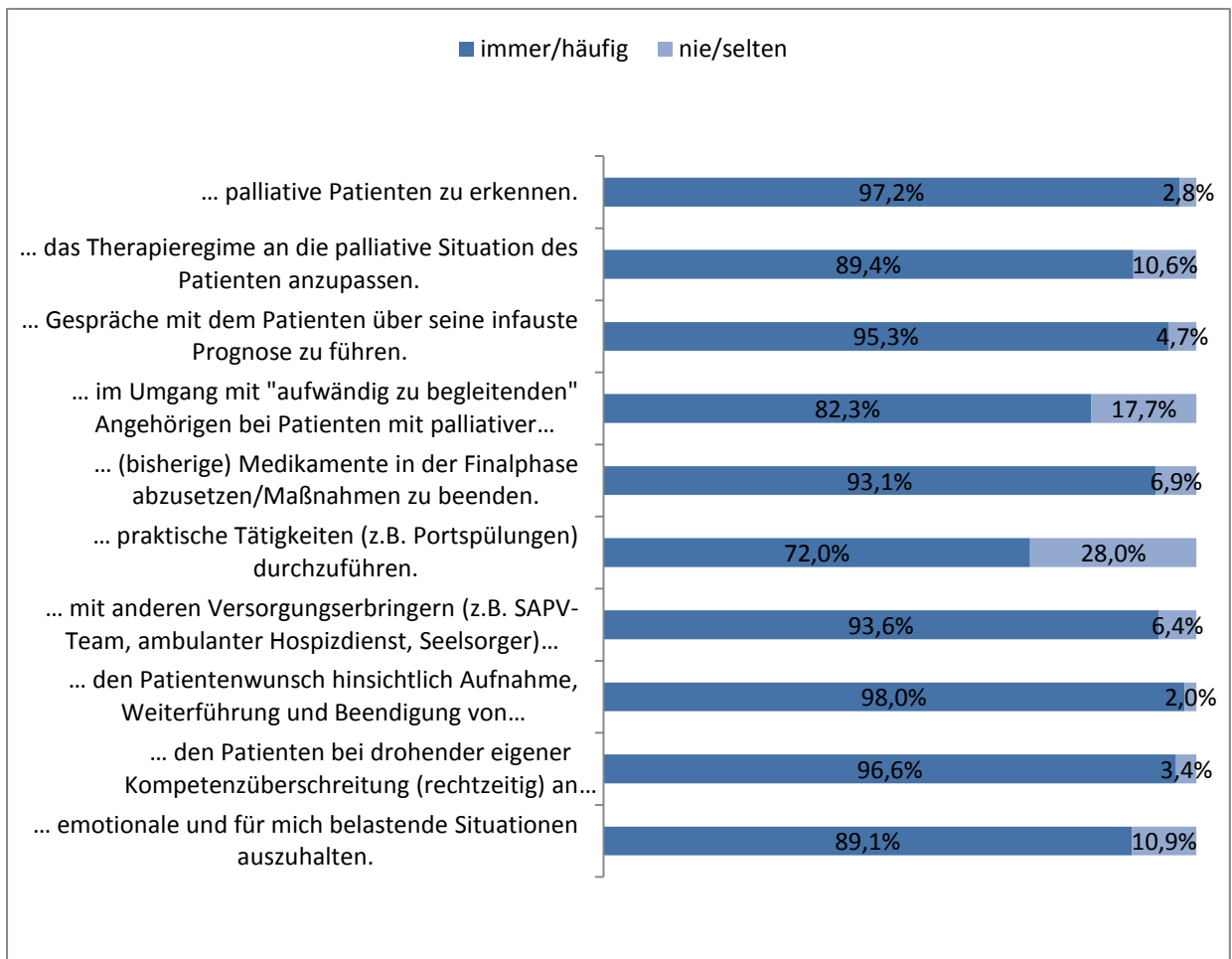


Abbildung 5: hausärztliches Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl in verschiedenen Tätigkeitsbereichen („Ich fühle mich in meiner hausärztlichen Tätigkeit sicher,...“)

4.3.3 Palliativmedizinische Infrastruktur

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

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

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

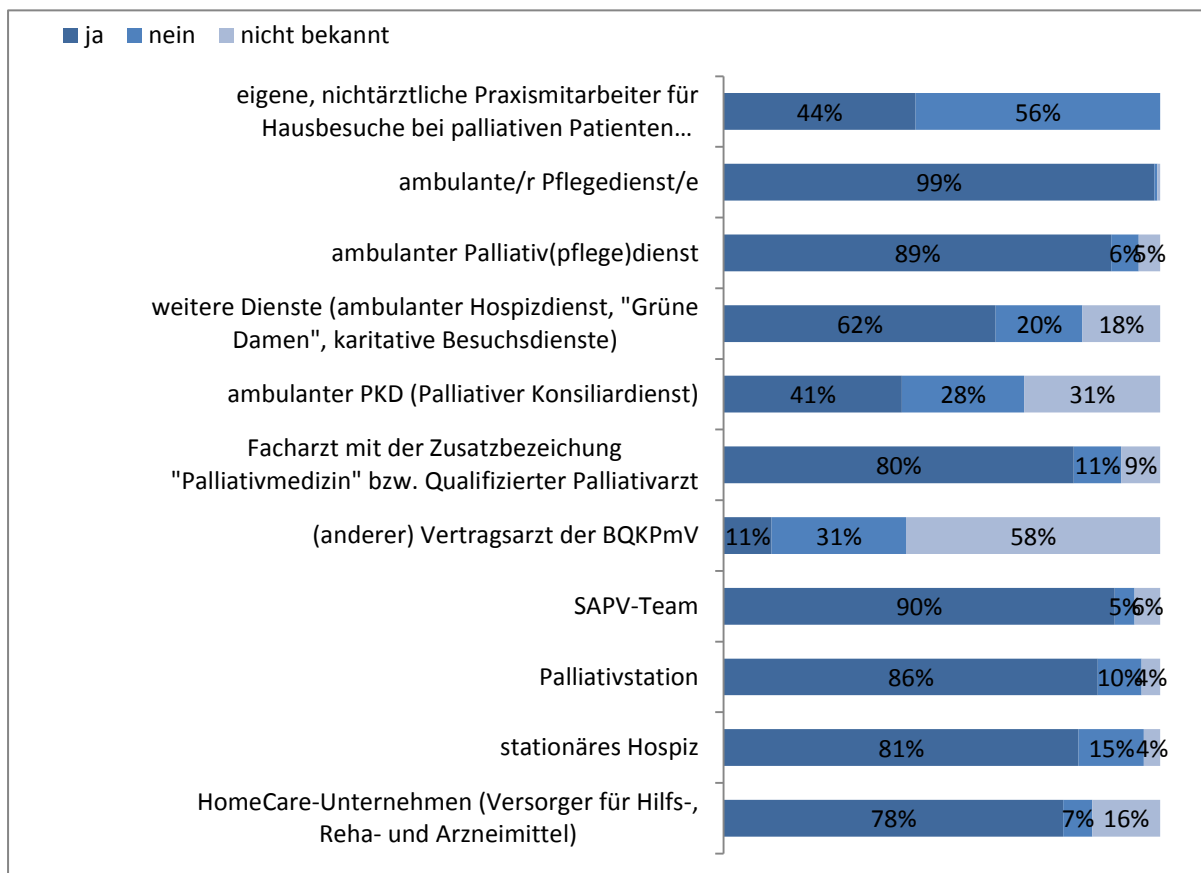


Abbildung 6: Vorhandensein der palliativen Infrastruktur

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

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

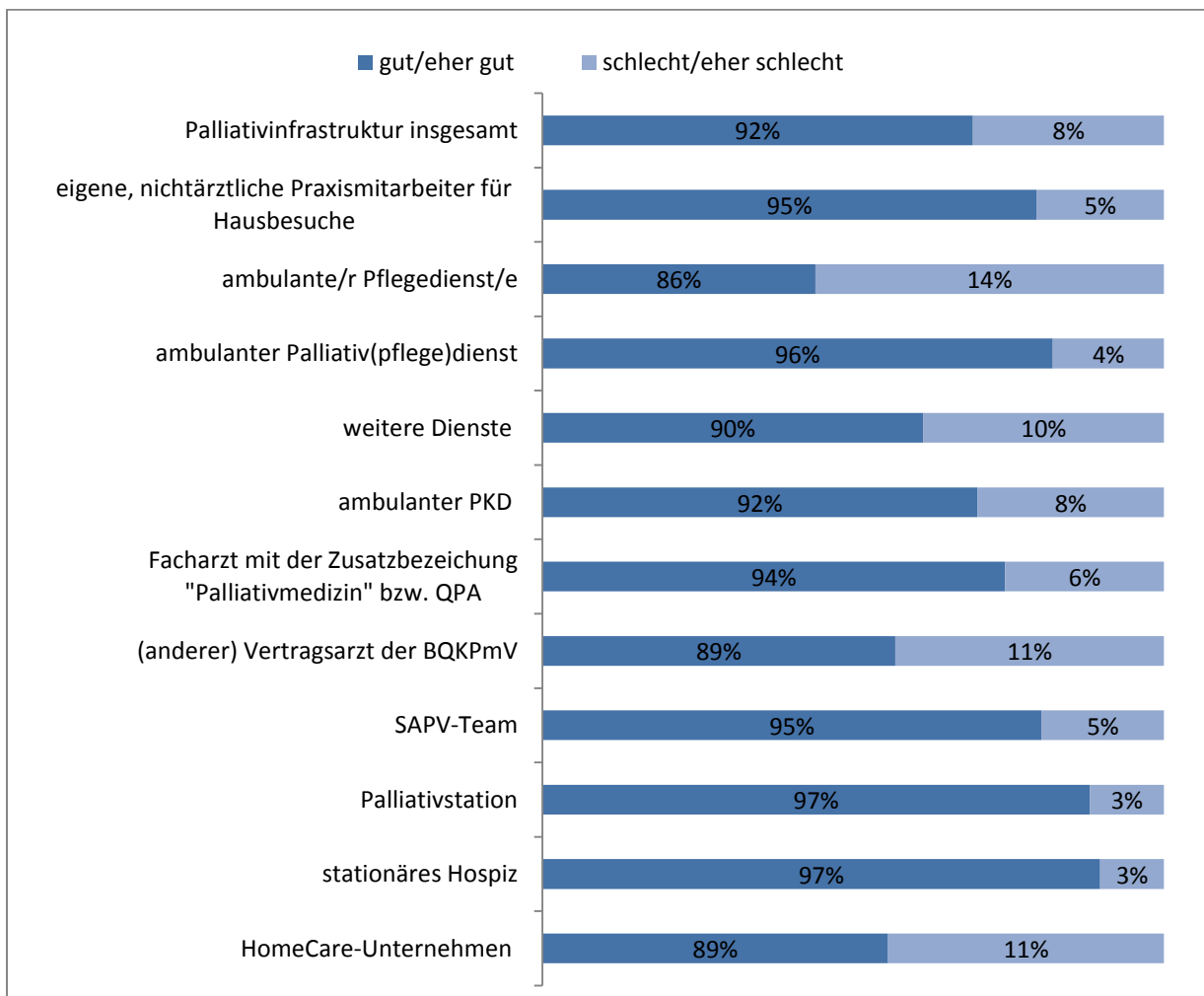


Abbildung 7: Bewertung der Leistungsakteure in der palliativen Infrastruktur, dichotomisiert

4.3.4 SAPV-Verordnungspraxis

85,5% der befragten Hausärzte geben an, in ihrer hausärztlichen Tätigkeit bereits mindestens einmalig eine SAPV-Verordnung ausgestellt zu haben. Von den Hausärzten, die bereits SAPV verordnet haben (n=966), werden im Median pro Jahr

sechs SAPV-Verordnungen (inklusive Folgeverordnungen) ausgestellt (Min.=0; Max.=200, IQR=7). Die Einbindung der SAPV durch andere Leistungserbringer (z.B. im Krankenhaus, Fachärzte) erfolgt im Median zweimal pro Jahr (Min.=0, Max=80, IQR=4). Nach SAPV-Involvierung bleiben die Hausärzte in 77% der Fälle „immer“ oder „häufig“ eingebunden. Bei einer kleinen Minderheit (4% der Befragten) wird eine SAPV-Verordnung häufig oder immer durch den MDK abgelehnt.

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

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

4.3.4 Kennzeichen der SAPV-Teams

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

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

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

Die Ansiedlung der SAPV-Teams ist den Hausärzten zufolge:

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

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

4.3.5 Verbesserungen der Rahmenbedingungen

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

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

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

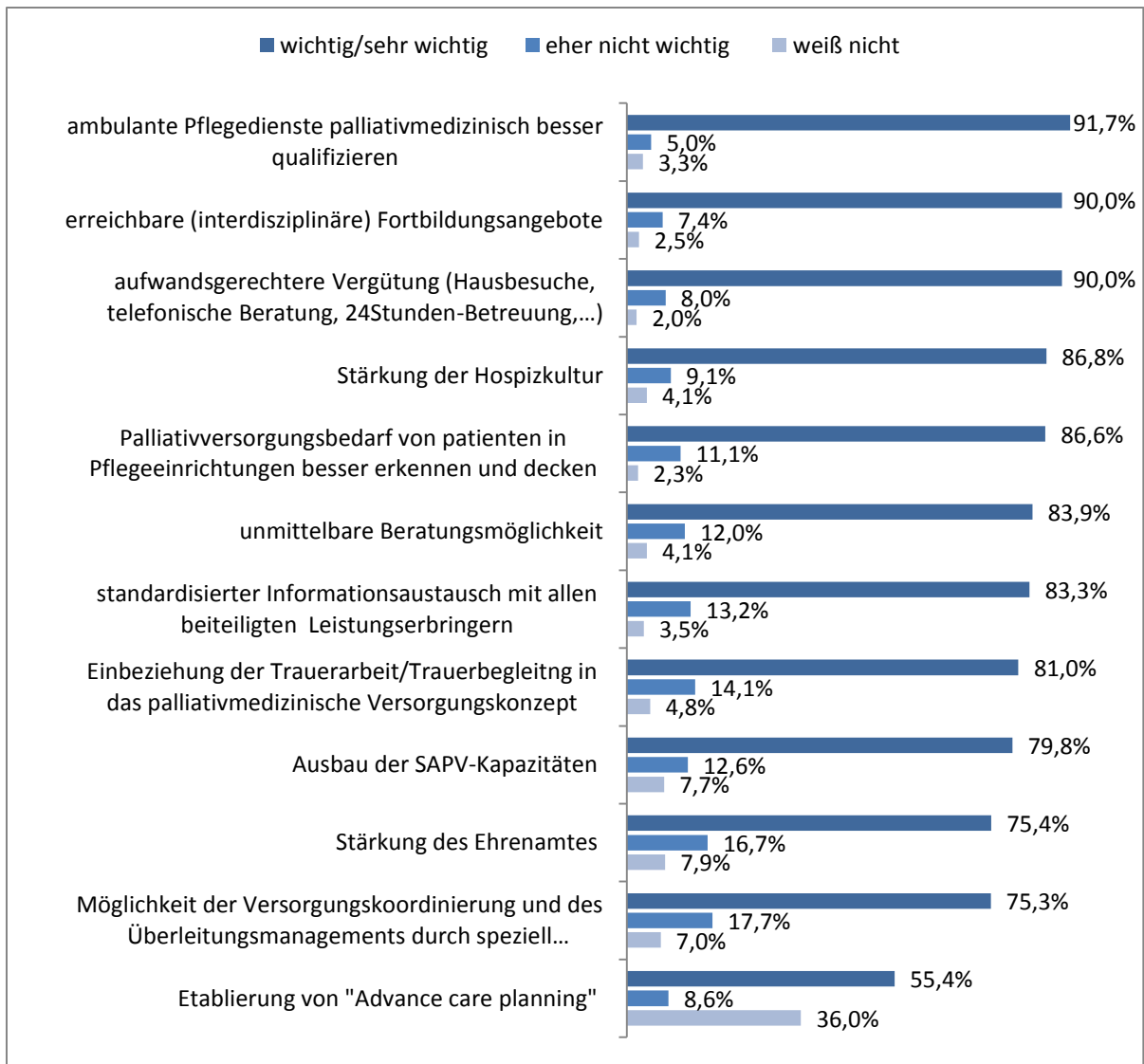


Abbildung 8: Verbesserungen der Rahmenbedingungen

4.4 Beantwortung der Hauptfragen

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

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

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

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

Die folgenden Tätigkeiten werden von Hausärzten nie oder selten ausgeführt:

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

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

Tabelle 12: Aktivitäts-Score (nach Kategorien)

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

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

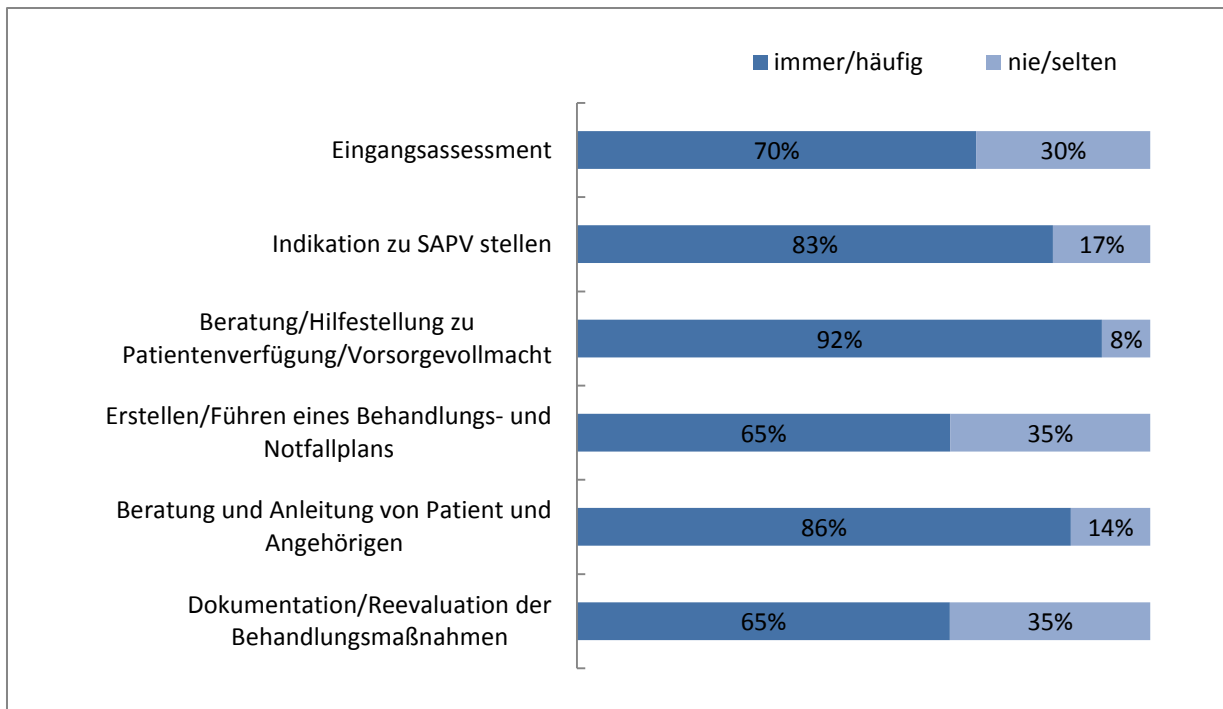


Abbildung 9: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Assessment und Versorgungsplanung

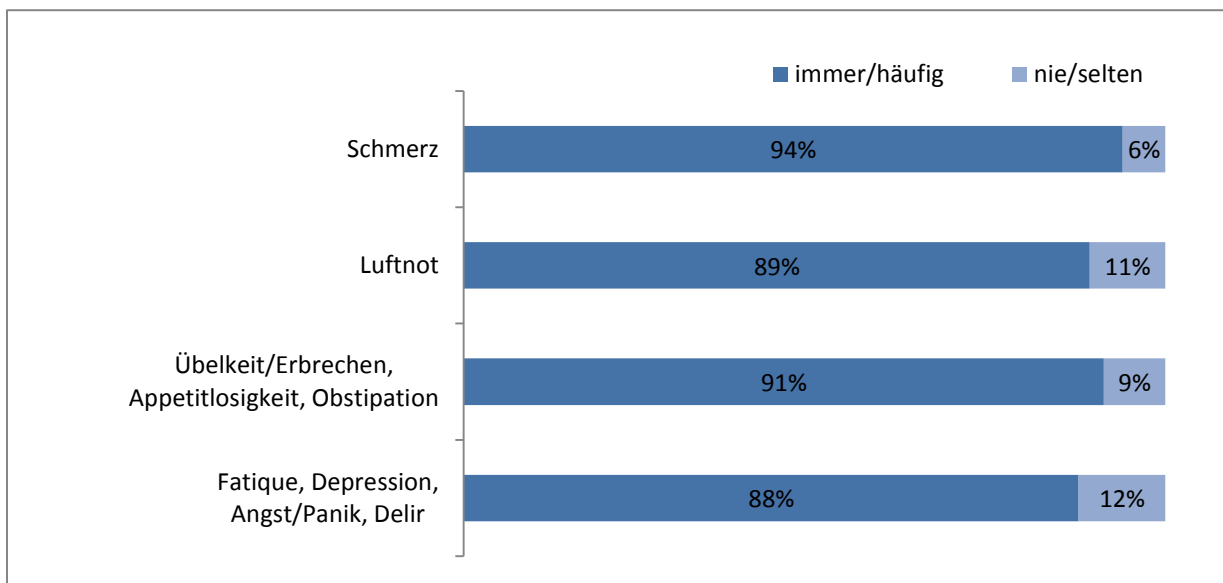


Abbildung 10: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Symptomlinderung

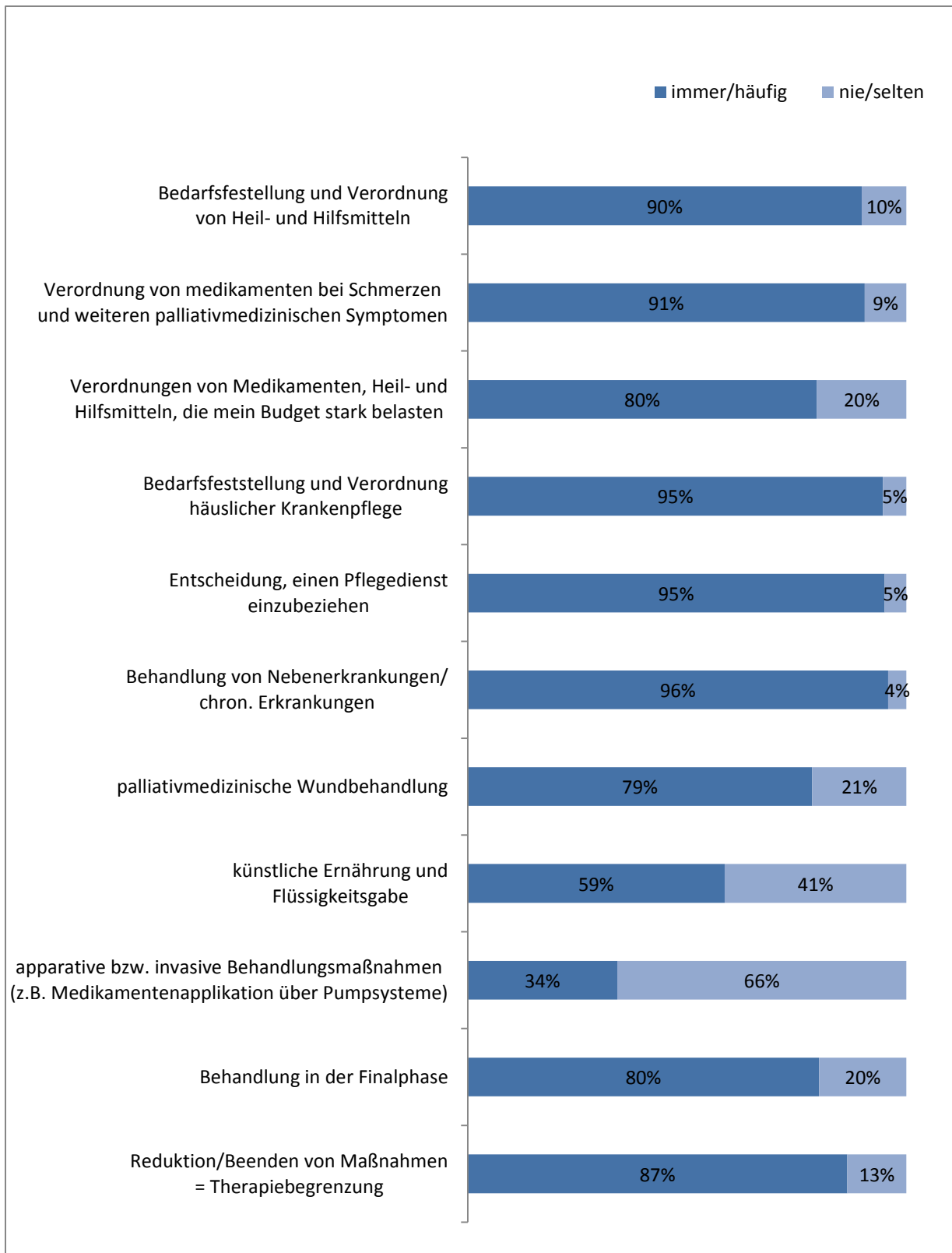


Abbildung 11: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Intervention

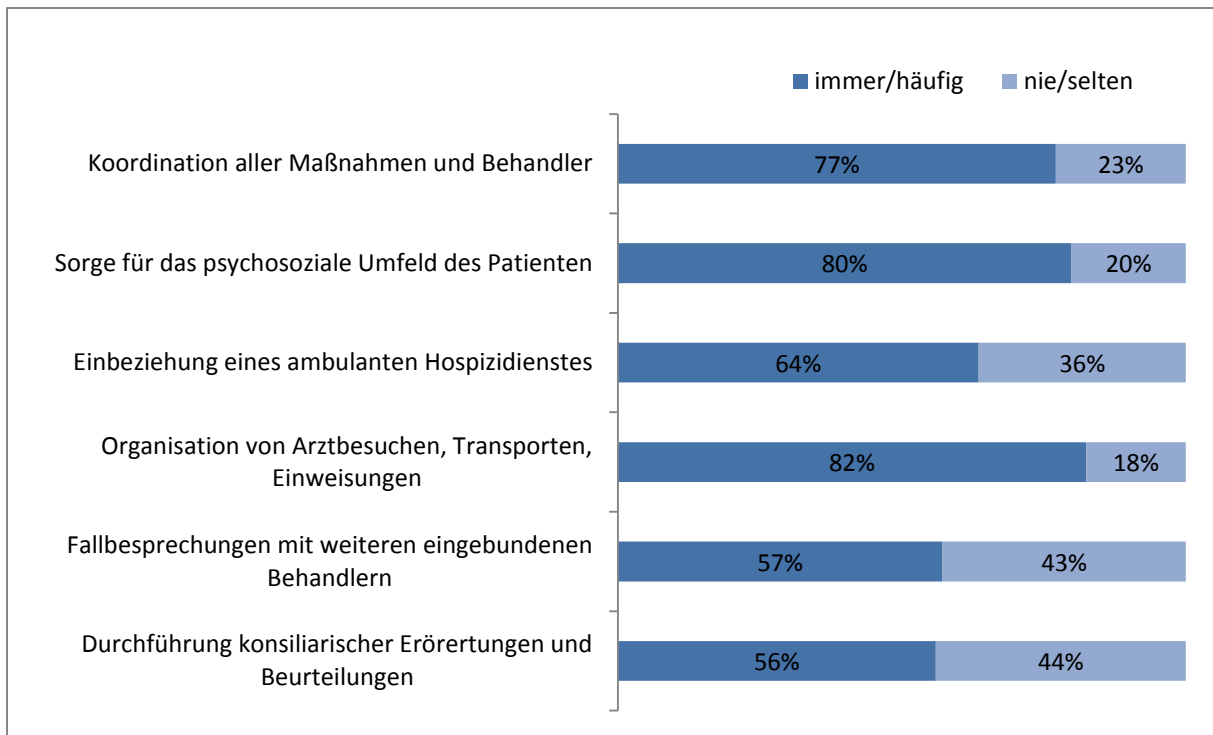


Abbildung 12: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Koordination

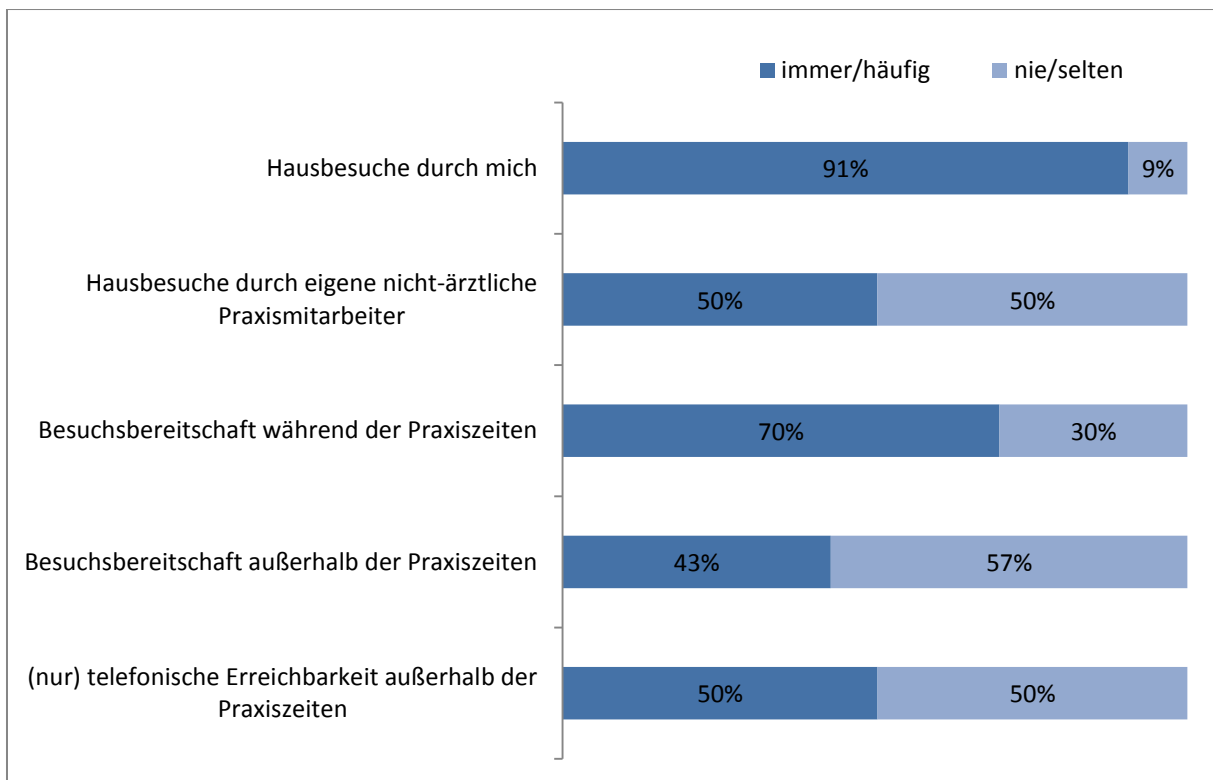


Abbildung 13: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Verfügbarkeit

4.4.2 Was beeinflusst das hausärztliche palliativmedizinische Tätigwerden?

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

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

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

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

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

Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ mit $\beta=-0,421$ $p=.027$, 95%CI -0,795; -0,048 signifikant.

Eine Adjustierung um die aufgeschlüsselten Versorgungsqualitäten der einzelnen Leistungserbringer konnte aufgrund der Erzeugung hoher Drop-out-Raten (durch fehlende Werte) nicht erfolgen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MW=Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=Fallzahl

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

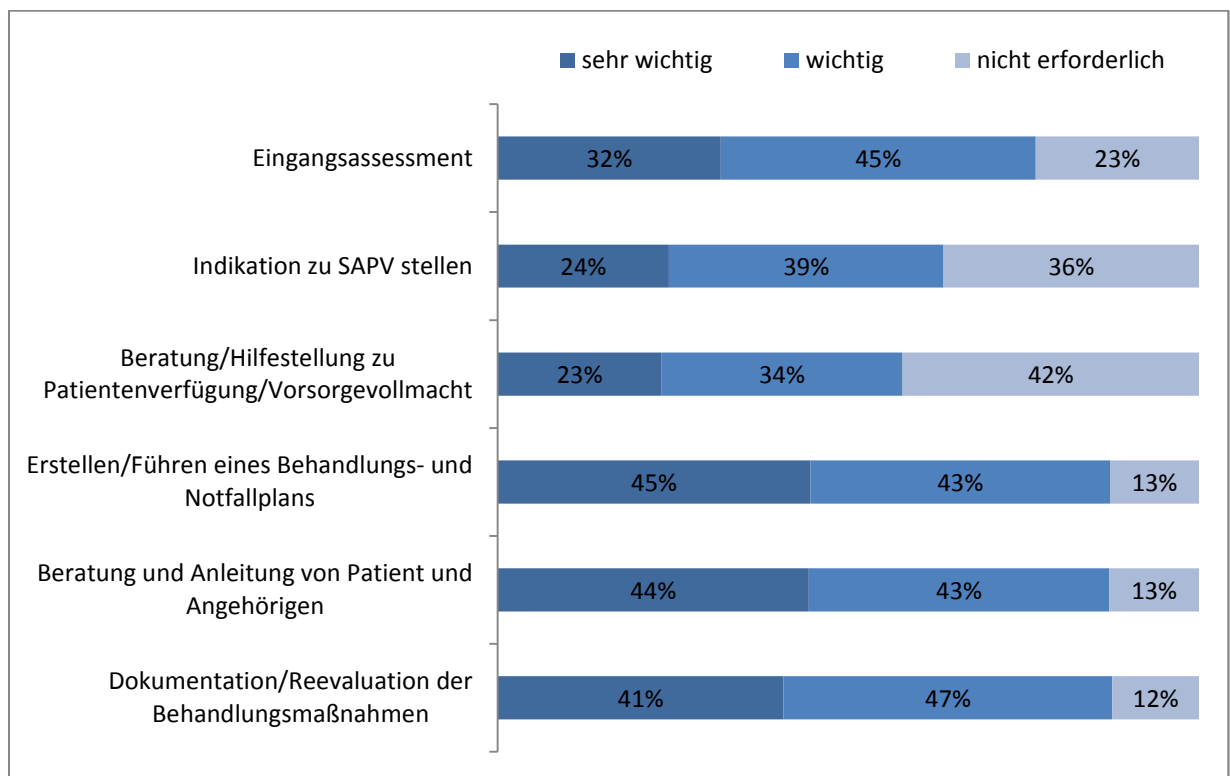


Abbildung 14: Wichtigkeit der SAPV: Assessment und Versorgungsplanung

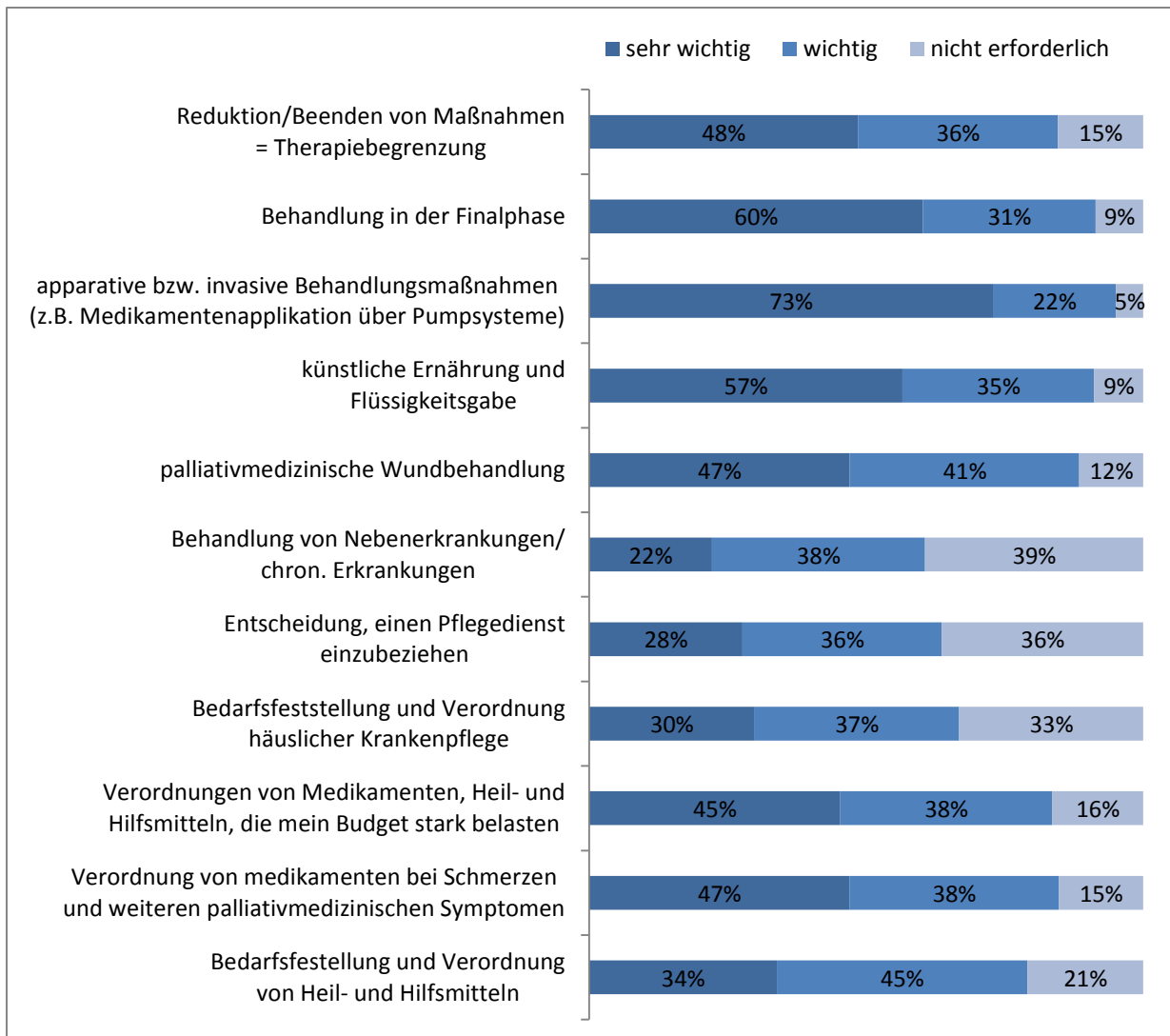


Abbildung 15: Wichtigkeit der SAPV: Intervention

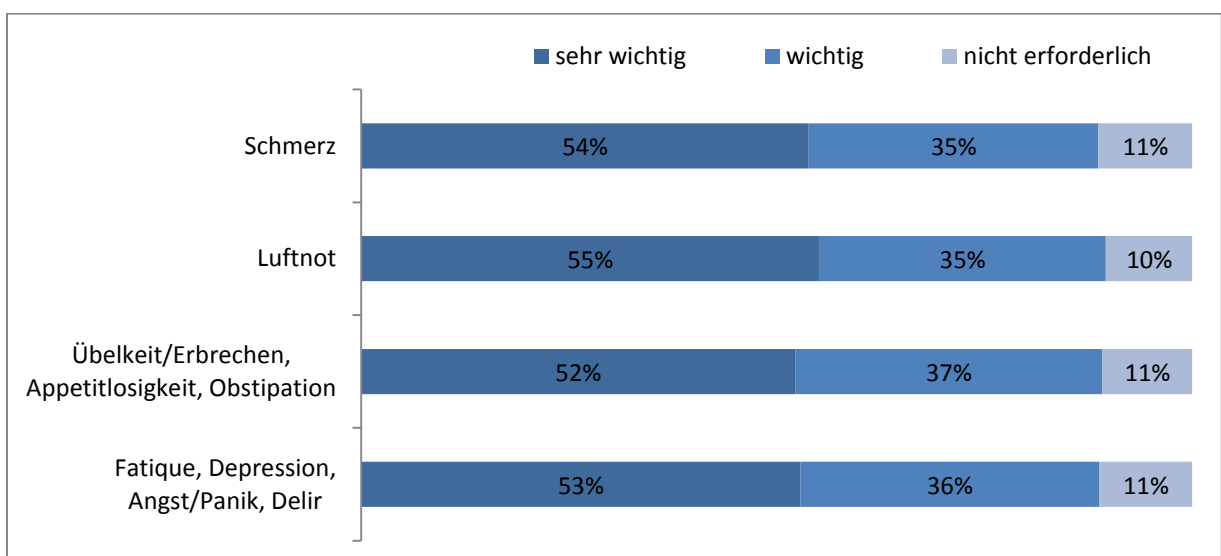


Abbildung 16: Wichtigkeit der SAPV: Symptomlinderung

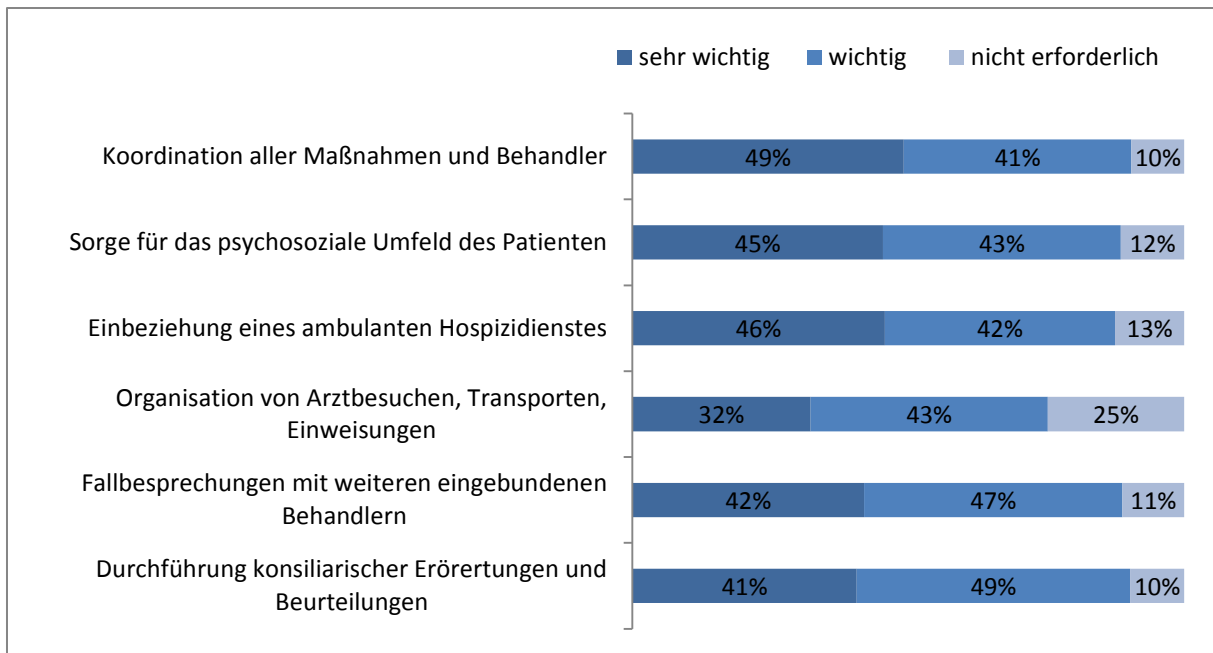


Abbildung 17: Wichtigkeit der SAPV: Koordination

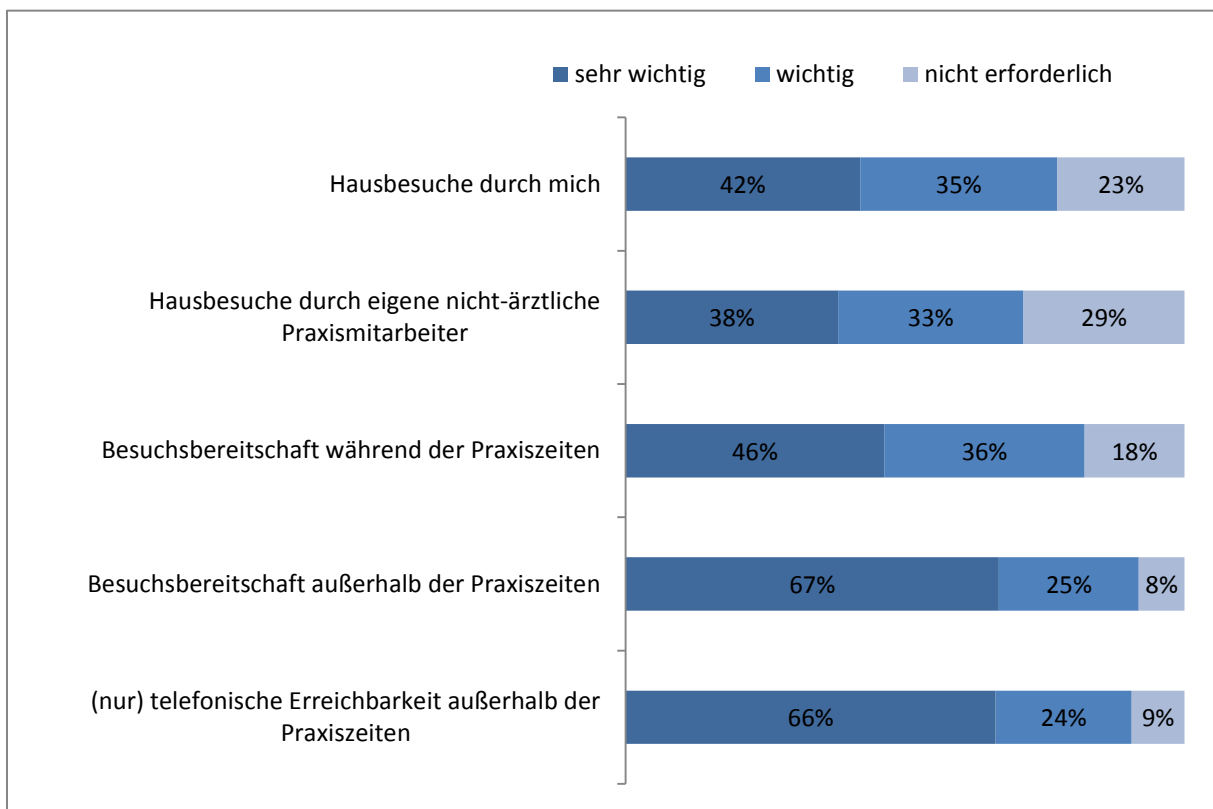


Abbildung 18: Wichtigkeit der SAPV: Verfügbarkeit

4.4.4 Welche Determinanten beeinflussen die hausärztlich eingeschätzte Wichtigkeit der SAPV?

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5 Beantwortung der Nebenfragen

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

4.5.1.1 Hausärztliche palliativmedizinische Aktivität

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

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

Tabelle 14: Aktivitäts-Score nach KV

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

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

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

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

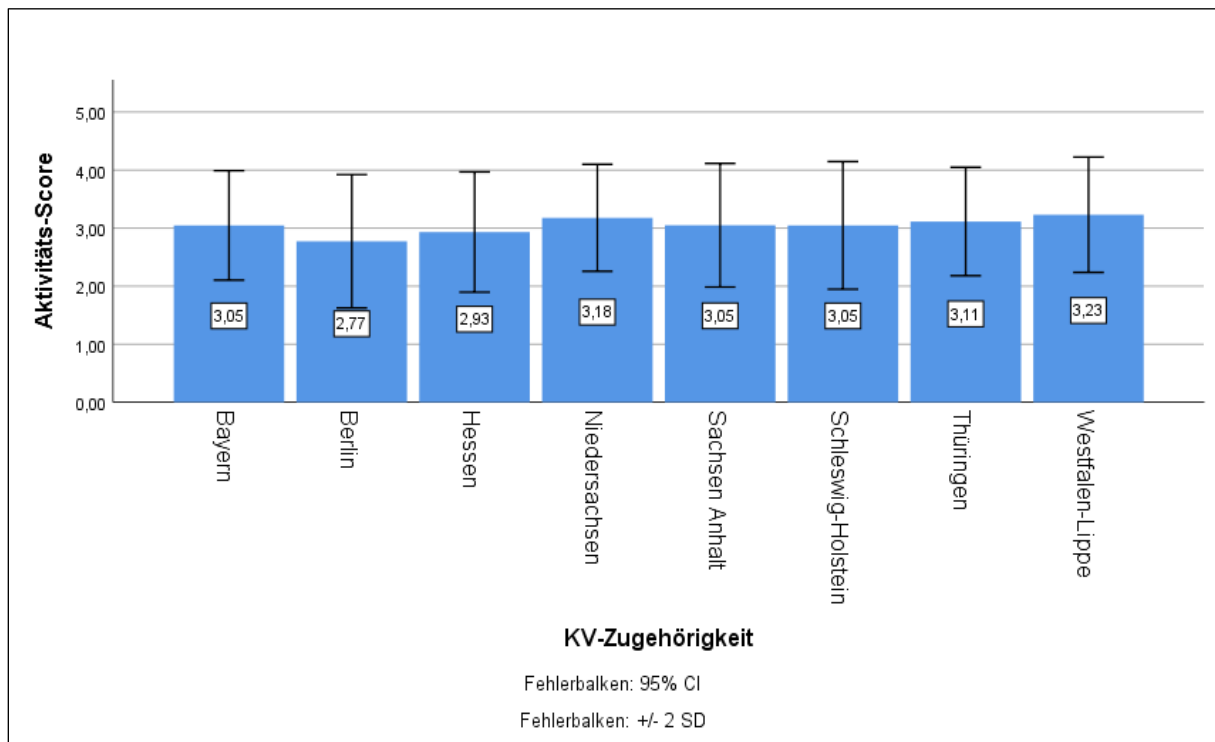


Abbildung 19: Aktivitäts-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit

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

4.5.1.2 Hausärztlich empfundene Wichtigkeit der SAPV

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

Tabelle 15: SAPV-Wichtigkeits-Score nach Kassenärztlicher Vereinigung

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

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

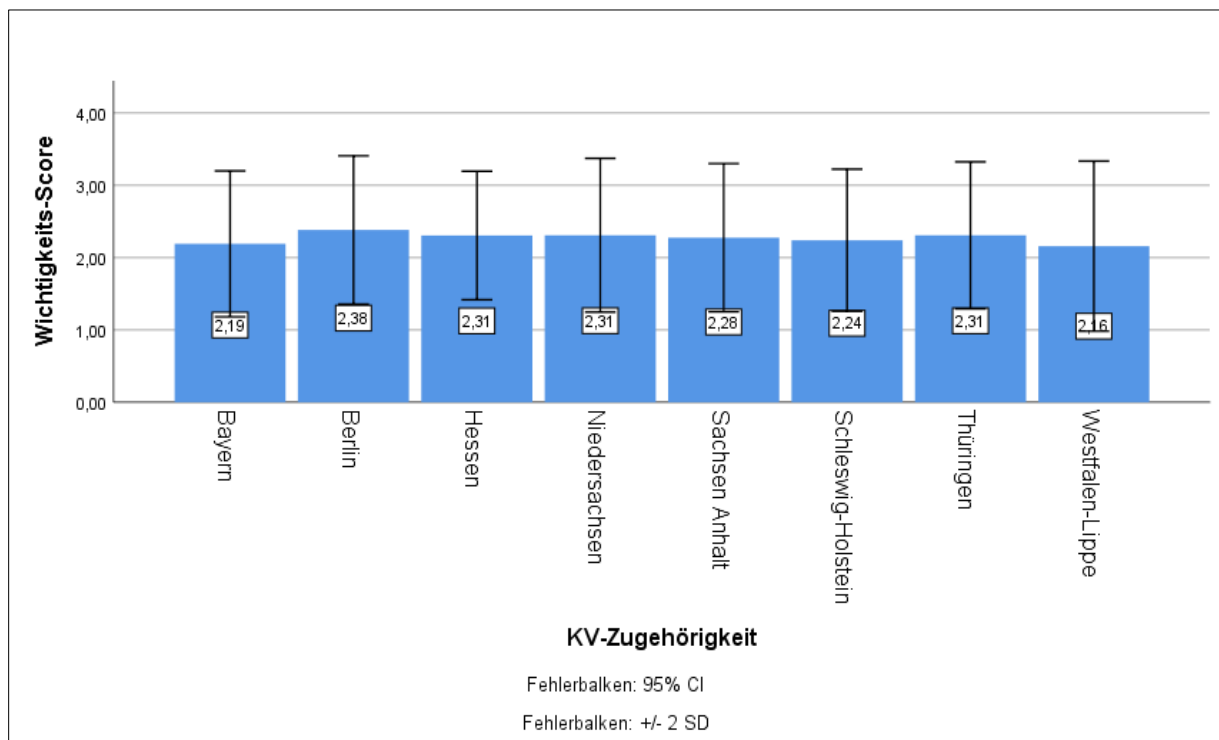


Abbildung 20: SAPV-Wichtigkeits-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit

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

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

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

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

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

In der univariaten Regressionsanalyse (siehe Tabelle 24) erweisen sich folgende Variablen mit signifikantem Einfluss auf die Einschätzung der Versorgungsqualität:

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

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

In der multiplen Regressionsanalyse (siehe Tabelle 26) wurde aus inhaltlichen Gründen auf die Berücksichtigung des SAPV-Wichtigkeits-Scores verzichtet.

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

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

5 Diskussion

5.1 Rücklauf und Repräsentativität der teilnehmenden Hausärzte

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

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

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

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

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

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

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

Der Rücklaufquote von 26,1% in unserer „Stamm-KV“ Thüringen steht eine relativ geringe Beteiligung in Berlin von 12,7% gegenüber. Die geringe Beteiligung in Berlin korrespondiert möglicherweise mit der geringen Beteiligung an der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4.5.1).

5.2 Kritische Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung

Der Großteil der befragten Hausärzte (87,2%) sieht die Versorgung palliativer Patienten als zentralen Baustein in der hausärztlichen Versorgung. Nur 27,5% meinen, dieses Tätigkeitsfeld sollte durch nicht-hausärztliche (Fach-)Spezialisten bedient werden. Diese Erkenntnisse decken sich mit zahlreichen Untersuchungen aus dem nationalen (Schnakenberg et al., 2016; Dahlhaus et al., 2013; Pierau, 2013) und internationalen Kontext (Pype et al., 2013; Field, 1998; Burt et al., 2006). Trotz Wahrnehmung diverser Barrieren in der adäquaten Versorgung Schwerstkranker und Sterbender (Selman et al., 2017; Malik et al., 2017), betonen Hausärzte ihre fundamentale Rolle im Verlauf einer lebenslimitierenden Erkrankung (Brueckner et al., 2009) über verschiedene Krankheitsstadien hinweg (van Eijk & Haan, 1998). Insbesondere die Kenntnisse der Familiensituation und Biografie des Patienten helfen bei der Gestaltung einer individuellen, passgenauen Versorgung (Schneider et al., 2014; Schneider et al., 2010b). Gemäß diesem Selbstverständnis, sehen 85,4% der befragten Hausärzte in unserer Studie die kontinuierliche Begleitung (bis zum Tod des Patienten) als ihre Aufgabe an. Dieses Ergebnis sollte jedoch vor dem Hintergrund eines generell zustimmenden Antwortverhaltens der antwortenden Hausärzte (Deckeneffekt) interpretiert werden. So stimmen nur 51,6% der Befragten dieser Aussage vollständig zu. Obwohl die kontinuierliche Begleitung durch den gleichen Hausarzt sowohl für den Hausarzt selbst (Plat et al., 2018; Hoexum et al.,

2012) als auch für die meisten Patienten als lohnend beschrieben wird (Johnson et al., 2018), bleibt die hausärztliche Versorgungskontinuität in der Umsetzung oftmals schwierig (Silveira & Forman, 2012; Afshar et al., 2015). Möglicherweise ist die vergleichsweise geringere Zustimmung Ausdruck dieser Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Mit 90% Zustimmung, dass die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld ist, tragen die befragten Hausärzte zur Umsetzung des – per definitionem postulierten – Teamansatzes bei (Radbruch & Payne, 2009). Qualitative Untersuchungen konnten zeigen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten als wichtiger Baustein in der Palliativversorgung wahrgenommen wird (Borgsteede et al., 2006; Field, 1998). Eine Untersuchung aus den Niederlanden (Borgsteede et al., 2007) - ergänzt um quantitative Daten – stellt folgenden Sachverhalt fest: Jeder Hausarzt kooperierte im Durchschnitt mit vier weiteren Akteuren, wobei die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen dominierend war. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass die Versorgung palliativer Patienten durch den Einbezug von Angehörigen erheblich erleichtert wird (69,2% „stimme voll zu“/ 24,5% „stimme eher zu“), was ein mögliches Motiv für diese Interkollaboration darstellen könnte. Diese Vermutung wurde bereits in anderen Studien aufgearbeitet (Johnson et al., 2018; Gagyor et al., 2016). Auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit SAPV-Teams wird oftmals im hausärztlichen Aufgabenbereich gesehen (Beccaro et al., 2013).

Angesichts der vielfältigen und -schichtigen Probleme und der Komplexität im palliativen Kontext, ist die Einbindung zahlreicher Versorgungsakteure unter Abwägung der Patientenpräferenz sinnvoll (Borgsteede et al., 2007). Dabei kommt der Koordination aller teilhabenden Disziplinen eine tragende Rolle zu. Während sich die Mehrheit der Hausärzte in unserer Befragung eine koordinierende Rolle in der Palliativversorgung zuschreibt (57,5% „stimme voll zu“/ 31,1% „stimme eher zu“), ist in anderen Untersuchungen die Zuschreibung dieser Zuständigkeit weiterhin in der Diskussion (Aubin et al., 2012; Groot et al., 2005). Gründe hierfür werden vor allem in einer zunehmenden Spezialisierung der Palliativversorgung, als auch in einer fluktuierenden Rollenverschiebung durch verschiedene Krankheitsverläufe gesehen (Mitchell et al., 2004; Mitchell et al., 2012; Beernaert et al., 2015b). Gerade aber eine fehlende Koordination durch unausgereifte bzw. unzureichend implementierte

Strukturen und Versorgungsprozesse werden als wesentliche Barriere in der Umsetzung der Palliativversorgung betrachtet (Afshar et al., 2015).

5.2.1.1 Hausärztliche palliativmedizinische Aktivitäten

Unsere Untersuchung zeigt, dass Hausärzte insgesamt „oft“ die Verantwortung für palliativmedizinische Aktivitäten ihrer palliativen Patienten in der Häuslichkeit übernehmen. Aufgegliedert nach den fünf Tätigkeitsbereichen, ist das Tätigwerden bei der Symptomlinderung am größten (MW=3,4 SD=0,66, n=1106); in der noch differenzierteren Betrachtung erzielt die „Behandlung von Schmerzen“ den höchsten Wert. In einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit über die hausärztliche Rolle in der Symptombehandlung am Lebensende (Mitchell et al., 2018), fühlten sich Hausärzte in der Behandlung von Schmerzen am sichersten. Vor dem Hintergrund, dass sich die Kompetenz/das Sicherheitsgefühl unmittelbar in der Ausübung der entsprechenden Tätigkeit niederschlägt (Peng et al., 2013; Magee & Koffman, 2016) – wie auch unsere Daten eindrücklich zeigen – ist unsere Untersuchung übereinstimmend mit diesen Ergebnissen. Auch in einer Befragung unter Schweizer Hausärzten (Giezendanner et al., 2017) schätzten diese ihre Kompetenz in der Behandlung von Schmerzen am höchsten ein, gefolgt von Behandlung gastrointestinaler Symptome und Luftnot. Laut einer qualitativen Studie aus Deutschland (Dahlhaus et al., 2013), bringt die Behandlung von Symptomen Hausärzte vor allem dann an die Kompetenzgrenzen, wenn invasive Prozeduren zur adäquaten Symptomkontrolle notwendig werden. Die mangelnde Expertise unter Hausärzten hinsichtlich technischer Prozeduren (z.B. Sauerstoffpumpe, häusliche Parazentese, Versorgung einer Medikamentenpumpe) wurde mehrfach herausgearbeitet (Brazil et al., 2010; Groot et al., 2007; Rhee et al., 2008; Desmedt & Michel, 2002) und wird auch in unseren Daten deutlich. Damit einhergehend sehen 59% der befragten Hausärzte die künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe selten oder nie in ihrem hausärztlichen Verantwortungsbereich. Aus einer kürzlich publizierten Studie zu palliativmedizinischem Wissen unter deutschen Hausärzten, wurde die Mehrheit der Fragen zur Versorgung am Lebensende als korrekt beantwortet beschrieben; Falschantworten wurden mehrheitlich bei Fragen zur (subkutanen) Flüssigkeitssubstitution gegeben (Ammer et al., 2019). Neben fehlendem Wissen ist eine mögliche Erklärung auch in Unsicherheiten in ethischen

(Dev et al., 2012) sowie rechtlichen Aspekten (Wandrowski et al., 2012) (insbesondere bei der Beendigung dieser Therapien) zu suchen.

Während die überwiegende Mehrheit der Hausärzte die Verfügbarkeit für palliative Patienten während der Praxiszeiten in ihrem Verantwortungsbereich sieht, kommt dieser Aufgabe außerhalb der Sprechzeiten nur eine Minderheit nach (24,5% „selten“; 18,3% „immer“). Die telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten ist bei etwa der Hälfte der befragten Hausärzte gegeben (22,7% „immer“; 27,7% „häufig“). In einer etwas anders gelagerten Untersuchung unter niedergelassenen Ärzten in Niedersachsen (Schneider et al., 2010a) unter dem Forschungsschwerpunkt „Erreichbarkeit für ältere Patienten in der letzten Lebensphase“, gaben 81% der Hausärzte an, bei Bedarf für ihre Patienten verfügbar zu sein. Anders als in unserer Untersuchung, die auf das Adressieren von Verantwortungsbereichen ausgelegt war, wurde in Schneiders‘ Studie die „Verfügbarkeit bei Bedarf“ abgefragt. Als Gründe für Patienten erreichbar zu sein, wurden die Krankheitsschwere des Patienten sowie seine Bedürfnisse genannt. Möglicherweise wäre in unserer Befragung die Verfügbarkeit unter dieser Fragestellung unter Einbezug der Patientendimension höher ausgefallen. Gerade aber die gleichzeitige Behandlung von mehreren palliativen Patienten über einen längeren Zeitraum, birgt die Gefahr der hausärztlichen Kapazitätsüberschreitung (Dahlhaus et al., 2013; Hoexum et al., 2012). Insbesondere zeitlich begrenzte Ressourcen (Malik et al., 2017), mangelnde finanzielle Entlohnung (Ding et al., 2019; Schindler & Ewald, 2005) sowie der Eingriff in das Privat- und Familienleben (Rhee et al., 2008; Schneider et al., 2010c) werden als Barriere für eine kontinuierliche Versorgung durch den Hausarzt außerhalb der Sprechzeiten diskutiert. Zudem zeichnet sich ab, dass die Bereitschaft für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung unter jüngeren Hausärzten deutlich abnimmt (Ankuda et al., 2017a; Hoexum et al., 2012; Plat et al., 2018). Gerade die mögliche Fokussierung auf die eigene Work-Life-Balance mit oftmals einhergehender Teilzeitanstellung (Plat et al., 2018) wird als Problem – auch in der zukünftigen Gestaltung einer funktionierenden hausärztlichen Palliativversorgung – diskutiert. Dies scheint sich auch in der Inanspruchnahme von Patienten deutlich abzuzeichnen: Gerade bei Notfällen oder Krisen wünschen sich Patienten eine kontinuierliche und verlässliche Erreichbarkeit ihres Hausarztes (Borgsteede et al., 2006; Schneider et al., 2014), die gerade in einer Teilzeitanstellung des Hausarztes nicht gegeben zu sein scheint (Rhee et al., 2018).

Einen Teil der hausärztlichen Verfügbarkeit wird durch Hausbesuche abgedeckt (Borgsteede et al., 2006). Untersuchungen aus Kanada (Brazil et al., 2010), Dänemark (Neergaard et al., 2009) und Italien (Saugo et al., 2008) haben gezeigt, dass bei Patienten, deren Hausärzte Hausbesuche durchführten, eher dem Wunsch nach häuslichem Versterben nachgekommen werden konnte.

Obwohl in unserer Befragung ein Großteil der Hausärzte diese Tätigkeit in ihrem Verantwortungsbereich sieht und selbst durchführt, scheint die Delegation dieser Aufgabe an andere Praxismitarbeiter eher selten stattzufinden. Zwar gibt es Bestrebung der Implementierung solcher Versorgungsprozesse (Glonti et al., 2019); im Vergleich mit anderen Industrienationen kommt dem Praxispersonal (i.d.R. ArzthelferInnen) in der Beteiligung palliativmedizinischer Tätigkeiten jedoch eine zentralere Rolle zu (George, 2016; Sekse et al., 2018 Jan). So ist in unserer Befragung „nur“ in 44% der Fälle eigenes Praxispersonal zur Durchführung von Hausbesuchen bei palliativen Patienten vorhanden.

Eine ebenso seltenere Tätigkeit ist die „Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen“. Diese Aufgabe wird in der „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ für teilnehmende Ärzte (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) beschrieben. Es wundert daher eher, dass diese Aktivität überhaupt von so vielen Befragten häufig/immer ausgeführt wird.

Hausärzte nehmen in der Behandlung chronischer bzw. Nebenerkrankungen ihrer Patienten eine zentrale Rolle ein (Buttfield et al., 1990). Unsere Daten zeigen, dass Hausärzte diese Aufgabe auch im palliativen Kontext in ihrem Verantwortungsbereich sehen. Insbesondere auch aus Patientensicht wird der Hausarzt mehrheitlich als medizinischer Begleiter und Erstadressat bei gesundheitlichen Problemen geschätzt (Halkett et al., 2015; Schwabe et al., 2017; Lang et al., 2017). Die im Idealfall über Jahre gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung und die Kenntnis des sozialen Umfeldes des Patienten, ermöglichen dem Hausarzt eine zeitnahe Bedarfsbewertung und den indikationsgerechten Einsatz weiterer Maßnahmen (z.B. Einsatz eines Pflegedienstes, Verordnung häuslicher Krankenpflege) (Ramanayake et al., 2016).

Auch das Besprechen von Inhalten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten (vorausschauende Vorsorgeplanung=Advance care Planning ACP), sehen die befragten Hausärzte in unserer Studie häufig oder immer als ihre

Aufgabe an. Diese Erkenntnisse müssen vor folgendem Hintergrund kritisch betrachtet werden: In einer Untersuchung unter Hausärzten in den USA (Snyder et al., 2013) gaben 97,5% der Befragten an, sich kompetent darin zu fühlen, mit Patienten über Aspekte der vorausschauenden Vorsorgeplanung zu sprechen. Erstaunlicherweise wurde jedoch nur mit einem Teil der als palliativ identifizierten Patienten (41%) tatsächlich darüber gesprochen. Dieser diskrepante Sachverhalt wurde auch durch andere Untersuchungen mehrfach repliziert (Meeussen et al., 2011; Glaudemans et al., 2015; Ding et al., 2018), und legt die Vermutung einer unzureichenden Ausführung seitens der Hausärzte nahe. Inwieweit die befragten Hausärzte in unserer Untersuchung tatsächlich mit Patienten über diese Inhalte sprechen, ist nicht untersucht und insofern eine Limitation der vorliegenden Studie.

5.2.1.2 Was beeinflusst das hausärztliche palliativmedizinische Handeln?

Im multiplen Regressionsmodell zeigt sich, dass Tätigkeitsdauer, Anzahl der palliativen Patienten, Versorgungsqualität der umgebenden Infrastruktur, Selbstverständnis/Rolle, Kompetenzerfinden sowie bestimmte Stufen der Qualifikation und Abrechnung mit einer größeren palliativmedizinischen Aktivität des Hausarztes einhergehen.

In der Betrachtung dieser Wirkfaktoren insgesamt, scheint ihnen eine Gemeinsamkeit zugrunde zu liegen. Sie alle befähigen den Hausarzt zu der Ausführung palliativmedizinischer Tätigkeiten, indem sie an verschiedenen Stellen eine Grundlage schaffen:

Sieht der Hausarzt die palliativmedizinische Tätigkeit als zentralen Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit (Farber et al., 2004; Malik et al., 2017) und besitzt ein hohes Maß an Kompetenzerfinden/Sicherheitsgefühl (Peng et al., 2013) und/oder Qualifikation, steigt die palliativmedizinische Aktivität und folglich auch die Anzahl behandelter palliativer Patienten (Magee & Koffman, 2016). Der Zusammenhang ist aber auch andersherum verifizierbar: die Behandlung einer größeren Anzahl palliativer Patienten führt zu einer Zunahme von hausärztlichem Wissen, Expertise und letztlich zu einem höheren Kompetenzerfinden und Sicherheitsgefühl (Farber et al., 2004; Hirooka et al., 2014). Nicht zuletzt deswegen könnte auch die Tätigkeitsdauer mit einem höheren Maß an Aktivität assoziiert sein (Rhee et al., 2018).

Das Vorhandensein und Funktionieren einer palliativen Infrastruktur ist vor dem Hintergrund der Komplexität einer Palliativsituation unabdingbar für das Gelingen der häuslichen Versorgung (Schneider et al., 2014). Dass die Versorgungsqualität der umgebenden Versorgungsakteure auch das hausärztliche Handeln beeinflusst, ist daher nur folgerichtig und konnte durch unsere Untersuchung erstmals beschrieben werden.

Von besonderer Bedeutung ist für die befragten Hausärzte in unserer Studie die Qualität der eigenen nicht-ärztlichen Praxismitarbeiter, der Pflege als auch der ehrenamtlichen Dienste (ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste). Häufig scheint jedoch das Vorhandensein und Zusammenspiel aller Akteure in einem palliativen Netzwerk die Ausübung der häuslichen Versorgung zu erleichtern (Le et al., 2017; Groot et al., 2005; Gardiner et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die KV-spezifischen Unterschiede hinsichtlich der hausärztlichen Aktivität diskutieren: In Hessen übernehmen SAPV-Partner durch Kooptierungsverträge auch AAPV-Aufgaben, das möglicherweise ein Herausdrängen der Hausärzte (und anderer AAPV-Akteure) aus der Palliativversorgung befördert. In Berlin ist eine niedrige hausärztliche palliativmedizinische Aktivität bei gleichzeitig im bundesweiten Vergleich hoher SAPV-Neuverordnungsrate auffällig (Nauck & Jansky, 2018). Möglicherweise hängt das mit dem Konstrukt der SAPV-Bereitstellung über HomeCare Berlin e. V. zusammen. Hier übernehmen die beteiligten Ärzte auch Aufgaben, die in anderen Bundesländern der AAPV zugerechnet werden (Bertelsmann Faktencheck, 2015). Die Übernahme von Tätigkeiten der AAPV durch andere Akteure (hier HomeCare e.V.) führt möglicherweise zu einer mangelnden Berücksichtigung und Einbindung der Hausärzte und hat deren Rückzug aus der Versorgung zur Folge.

Dem gegenüber scheinen in Westfalen-Lippe durch die historisch gewachsene Einbindung der Hausärzte in das palliativmedizinische Netzwerk und unmittelbare Unterstützungsmöglichkeit durch den PKD, Hausärzte eher bereit palliativmedizinische Aufgaben zu übernehmen.

Die Analysen implizieren, dass auch monetäre Aspekte eine Rolle spielen. Diese zeigen sich vor allem in den univariaten Untersuchungen. Obwohl diese aufgrund methodischer Belange (Kollinearitäten) in der multiplen Regression nur noch unscharf darstellbar sind, ist die (mangelnde) Vergütung in existierenden

Untersuchungen oftmals als Weichenstellung in der Ausübung der palliativmedizinischen Versorgung postuliert worden (Weiskopf et al., 2018; Brueckner et al., 2009; Prenzler et al., 2010). Von 90% der befragten Hausärzte in unserer Befragung wird eine aufwandsgerechtere Vergütung als wichtige Verbesserungsmaßnahme angegeben. In einer Untersuchung von Malik et al. al zeigten sich kanadische Hausärzte vor allem dann bereit, zukünftig palliativmedizinisch tätig zu sein, wenn es zu einer Verbesserung der Vergütung dieser Leistung komme (Malik et al., 2017). Auch bei einer Untersuchung im Saarland, bei der die Einführung der AAPV als Modellprojekt wissenschaftlich begleitet wurde, sahen die Mehrheit der Hausärzte den zeitlichen Mehraufwand mit der aktuellen Gebührenordnung nicht ausreichend refinanziert (Vogel et al., 2019).

Hausärzten (und palliativversorgenden Akteuren der AAPV) wird die Fähigkeit zugeschrieben, effektive, niederschwellige und angemessene Palliativversorgung zu leisten – ausreichende Ressourcen vorausgesetzt (Murray & Kok, 2008; Behmann et al., 2012). Wie eine Routinedatenanalyse aus den USA zeigen konnte (Ankuda et al., 2017b), hat die hausärztliche Versorgung palliativer Patienten hohen Nutzen: Neben der Reduktion der Anzahl von Aufenthalten auf der Intensivstation kurz vor dem Tod der Patienten, wurden auch die Ausgaben der „Medicare“ statistisch signifikant minimiert. Auch in anderen Untersuchungen konnte bereits gezeigt werden, dass die hausärztliche Beteiligung an der Versorgung zur Umsetzung des Wunsches nach häuslichem Versterben beitragen kann (Ko et al., 2014; O'Leary et al., 2017; Almaawiy et al., 2014; Gagyor et al., 2016; Cheng et al., 2010).

Daher scheint es sinnvoll, diese o.g. Ansatzpunkte zu nutzen, um die hausärztliche Einbringung in die Palliativversorgung zu befördern.

5.2.2 Nahtstelle AAPV und SAPV

Hausärzte messen der SAPV insgesamt (unabhängig der KV-Zugehörigkeit) eine hohe Bedeutung bei, wobei der Unterstützungsbedarf innerhalb der einzelnen palliativmedizinischen Aktivitäten deutlich variiert. Es ist offensichtlich, dass jene (fünf) Tätigkeitsbereiche, bei denen der SAPV-Wichtigkeits-Score über die Gesamtheit der befragten Hausärzte die höchsten Werte erzielt, die gleichen darstellen, die von den Hausärzten selten/nie bedient werden. Nur im Bereich „Behandlung in der Finalphase“ wird dieses Muster durchbrochen: obwohl 80% der

befragten Hausärzte häufig/immer diese Aufgabe in ihrem Aufgabenbereich sehen, äußert die große Mehrheit trotzdem Unterstützungsbedarf durch die SAPV (60% „sehr wichtig“, 30% „wichtig“). Besonders in dieser Phase ist eine engmaschige Begleitung von Patient und Angehörigen unerlässlich. In ständiger Absprache mit den betreuenden Akteuren stehen die Vermeidung von belastenden Prozeduren sowie die Anpassung und ggf. gezielte Reduktion der Medikation im Vordergrund (Geist et al., 2018). Gerade bei unerwarteter Verschlechterung des Patienten kann eine erhöhte Hausbesuchsfrequenz (Pierau, 2013) und der Einsatz intensivierter Therapien zur Symptomkontrolle - mit einer palliativen Sedierung als Ultima Ratio - notwendig werden (Stanze & Stanze, 2019). Die Kombination aus dem Patientenwunsch nach Symptomlinderung (Mitchell et al., 2018), dem Nicht-Vorhanden von Equipment und Medikamenten (Ramanayake et al., 2016), wenig (technischer) Expertise (Winthereik et al., 2016) und fehlender (v.a. zeitlicher) Ressourcen (Borgsteede et al., 2006; Giezendanner et al., 2017) machen die hausärztliche Einbindung von SAPV in diesen Fällen notwendig. Ist diese nicht verfügbar (oder fehlt gänzlich), ist eine Hospitalisierung des Patienten kaum zu vermeiden (Giezendanner et al., 2018).

5.2.3 Die hausärztlich wahrgenommene Wichtigkeit der SAPV

Zu einer höheren Wertschätzung des SAPV-Teams trägt die hausärztliche Einbindung nach SAPV-Involvierung bei, wie bereits mehrfach herausgearbeitet (Dahlhaus et al., 2013; Dahlhaus et al., 2014; Kaiser et al., 2016). Zum einen wollen die wenigsten Hausärzte die Versorgung komplett an das SAPV-Team abgeben (Shipman et al., 2002; Schneider et al., 2011); zum anderen schätzen sie vor allem eine Ergänzung und flexible Anpassung an ihr eigenes Portfolio an Versorgungsmöglichkeiten (Boyd, 1995; Rhee et al., 2018). Bei Nicht-Berücksichtigung dessen ist zu vermuten, dass die Verschiebung von traditionell hausärztlichen Aufgaben hin zu Spezialisten die Wahrnehmung als konkurrierendes Angebot verstärkt (Schwabe et al., 2017; Mühlensiepen et al., 2019), was die Wertschätzung des SAPV-Teams schmälert. Vor allem die hausärztliche Bewertung der SAPV als „entlastendes Angebot“ (z.B. Betreuung von Angehörigen, schmerztherapeutische und pflegerische Kompetenz), bei dem Hausärzte selbst über das Ausmaß der Verantwortungsabgabe bestimmen können, ist entscheidend für die Hinzuziehung des SAPV-Teams (Grober-Gratz et al., 2011; Boyd, 1995).

Auch die hausärztlich eingeschätzte Qualität des SAPV-Teams hat Einfluss auf die Bewertung von dessen Wichtigkeit. Obwohl es keine einheitliche Definition über die SAPV-Qualität aus hausärztlicher Sicht gibt, wurden Faktoren beschrieben, die die hausärztliche Zufriedenheit mit Spezialisten befördern. Hierzu zählen zeitnahe und adäquate Unterstützung/Hilfestellung (Shipman et al., 2002; Hanratty, 2000; Koné et al., 2018) bei einer gut funktionierenden Kommunikation und Informationstransfer (Street & Blackford, 2001), zeitnahe Versorgung mit technischer Expertise (Rhee et al., 2018) und Kompetenz der Leistungserbringer (Koné et al., 2018). Unsere Daten legen nahe, dass insbesondere die „Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme (zu jeder Zeit)“ sowie (an zweiter Stelle) das „Angebot an Vollversorgung“ die wichtigsten Merkmale bei der Beurteilung der SAPV-Qualität ausmachen. Das unterstreicht erneut die Sinnhaftigkeit der Forderung nach flexiblem Einsatz der SAPV als ergänzende Leistung. Dabei scheinen unterschiedlich intensive Level an SAPV-Beteiligung zweckmäßig (Mitchell, 2002), die bei Bedarf hinzugezogen werden können und stets hinsichtlich Adäquatheit durch die Leistungserbringer neu evaluiert werden sollten (Boyd, 1995). Gerade die intermittierende Behandlung palliativer Patienten, die bisher kaum gelebt wird (Schneider et al., 2014), ist eine Möglichkeit bei temporärer Verschlechterung bzw. Exazerbationen von Symptomen eine Krisenintervention durchzuführen und den Patienten anschließend (nach Stabilisierung) in die AAPV zurückzuführen.

Der kurzfristige Wechsel von Patienten aus der SAPV in die AAPV birgt die Gefahr der Wahrnehmung eines „Versorgungsbruches“, der durch Verlust eines „Sicherheitsversprechens“, als Ausdruck einer ständigen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit, hervorgerufen werden kann (Mühlensiepen et al., 2019; Krumm et al., 2018). Problematisch ist das insbesondere bei fehlender Erreichbarkeit des Hausarztes als Ansprechpartner. Um eine Versorgungskontinuität zu erreichen, kann die Entwicklung von Kooperationsmodellen zwischen SAPV-Teams und Hausärzten zuträglich sein - insbesondere zur Umsetzung einer Rufbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (Mühlensiepen et al., 2019). Erste Versuche der Implementierung von Modellen zur integrierten Versorgung erwiesen sich als vorteilhaft zur Erhaltung einer Versorgungskontinuität (Huibers et al., 2009), aber auch hinsichtlich Symptomkontrolle und Verfügbarkeit/Bereitstellung der Dienste (Mitchell et al., 2015).

Durch enge Zusammenarbeit aller beteiligten Leistungserbringer wird auch ein Wissenstransfer befördert, der vor allem den Generalisten (AAPV) zuträglich ist und geschätzt wird (Goldschmidt et al., 2005).

Als Haupteinflussfaktor für die empfundene Wichtigkeit der SAPV zeigt sich die eigene hausärztliche palliativmedizinische Aktivität. Hierbei ergibt sich ein reziproker Zusammenhang: Je mehr der Hausarzt selbst tätig ist, umso weniger wichtig ist ihm das SAPV-Team; macht er selbst wenig, steigt die Bedeutung der SAPV in der hausärztlichen Beurteilung. Dieser Befund ist von größter Relevanz, da sich die hausärztliche Einschätzung der Wichtigkeit auch in seiner SAPV-Verordnungspraxis widerspiegelt.

Eine mögliche Interpretation dieser Ergebnisse ist folgende: Wie bereits dargestellt, sind Gründe für eine niedrige palliativmedizinische Aktivität in der hohen hausärztlichen Arbeitsbelastung bei gleichzeitig bestehender Ressourcenknappheit (Zeit, Kompetenz, Vergütung) zu suchen. Um die häusliche Versorgung eines palliativen Patienten nicht zu gefährden, wird SAPV bei (drohender) Kapazitätsüberschreitung als Versorgungsalternative genutzt (Weiskopf et al., 2018). Diese primäre Einbindung hat dann einen substitutiven Charakter und widerspricht der GBA-Vorgabe einer komplementären Versorgungsform – insbesondere dann, wenn eine Entscheidung ohne Berücksichtigung der „Indikation“ getroffen wird. Die Kapazitätsüberschreitung kann von Hausarzt zu Hausarzt durchaus verschieden sein und hängt von den o.g. Faktoren ab (Kompetenz, Selbstverständnis, Strukturen und Infrastruktur vor Ort).

Obwohl unser Studiendesign keine Aussage darüber erlaubt, wie (gut) Hausärzte die Patientenbedarfe identifizieren bzw. Indikation zur SAPV stellen können, so wissen wir, dass die hausärztliche Aktivität mit Kompetenz, Erfahrung und Training steigt – ebenso wie die Einschätzung und Identifikation von Patientenbedarfen. Dass palliativmedizinisch aktive Hausärzte auch dann nicht mehr SAPV verordnen wenn sie wissen, wann ein Patient von SAPV profitiert, stützt die These, dass eine Einbindung vor allem bei hausärztlicher Kapazitätsüberschreitung und nicht allein indikationsbezogen stattfindet. Von einer systematischen Verzerrung (wenig aktive Hausärzte haben mehr „schwierige Patienten“ und geben daher eher an SAPV ab), ist nicht auszugehen.

Damit einhergehend ist auch der Befund, dass das hausärztliche Selbstverständnis in der Palliativversorgung invers mit der Wichtigkeit der SAPV

korreliert: Sehen Hausärzte die Palliativversorgung nicht in ihrem Aufgabenbereich, neigen sie eher dazu, SAPV (primär) einzubinden, um eine adäquate Patientenversorgung sicher zu stellen (Rhee et al., 2018).

5.2.4 Verbesserungen der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel des Gold Standard Framework (GSF)

Ein Beispiel für einen systematischen, evidenzbasierten Ansatz zur Optimierung der Versorgung von Patienten während der letzten Lebensmonate durch die Hausärzte ist der „Gold Standard Framework“ (GSF), der in etwa 60% der Hausarztpraxen in dem Vereinigten Königreich implementiert ist (Department of Health, 2008). Der GSF zielt darauf ab, die Versorgung von Palliativpatienten durch systematische klinische und organisatorische Abläufe zu verbessern (Thomas, 2003). Als unabdingbar für eine optimale Patientenversorgung werden die Identifikation von palliativen Patienten und deren Bedürfnisse angesehen. Durch den Einsatz speziell entwickelter und validierter Instrumente (z.B. „SPICT- Supportive and Palliative Care Indicators Tool“) gelingt es, auch weniger offensichtliche Versorgungsbedarfe - insbesondere bei Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen (Murray et al., 2002; Pivodic et al., 2013; Ding et al., 2018) – zu identifizieren und zu decken. Darüber hinaus soll der Einsatz von Ausbildungs- und Weiterbildungselementen, Verfügbarmachung von Leitfäden, konkreter Benennung von Aufgaben und Unterstützung durch speziell geschultes Personal zum Erreichen verschiedener Outcomes beitragen (Shaw et al., 2010) (siehe Abbildung 22).

Die Evaluation des GFS in einem systematischen Review liefert Hinweise, dass es sich hierbei um ein effektives Programm zur Beförderung und Verbesserung praxisorientierter Prozesse und Organisationsstrukturen in der ambulanten Versorgung palliativer Patienten handelt (Shaw et al., 2010).

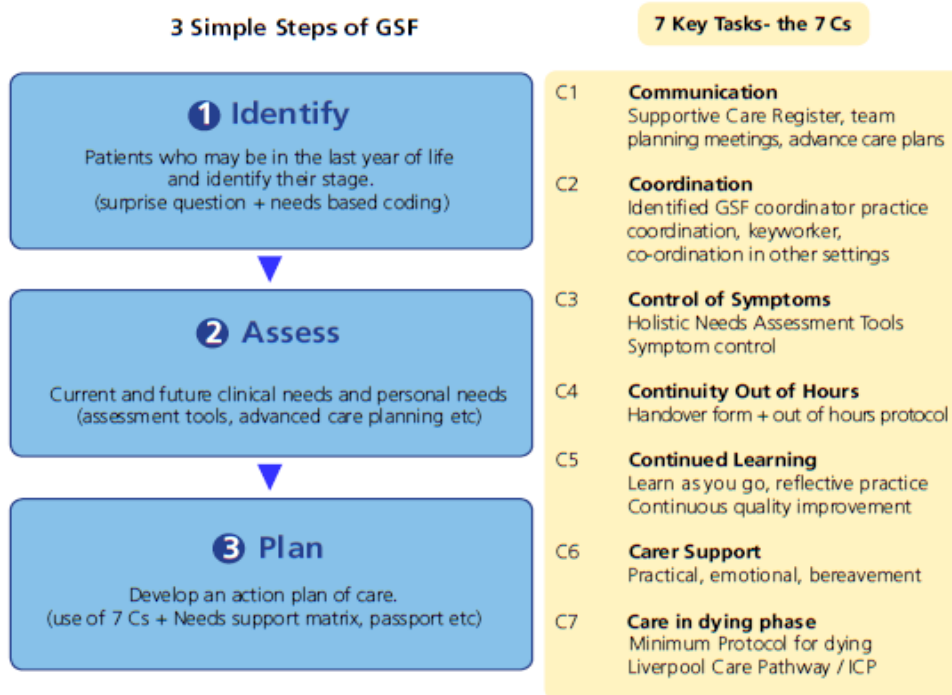


Abbildung 21: Grundsätze und Aufgaben des GSF, aus: “ ‘going for gold’ – A Framework to enable a gold standard of care for all people nearing the end of life” (Quelle)

Einige Elemente des GFS wurden auch von den befragten Hausärzten aus unserer Untersuchung als wesentliche Punkte zur Verbesserung der Versorgung palliativer Patienten in der Häuslichkeit genannt. Dazu zählen (Angabe von wichtig/sehr wichtig): erreichbare Fortbildungsangebote (90%), unmittelbare Beratungsmöglichkeit (83,9%), standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten Leistungserbringern (83,3%) Möglichkeit der Versorgungskordinierung (75,3%) und Einbeziehung in die Trauerarbeit/Trauerbegleitung (81,0%).

Dass 8,6% der befragten Hausärzte die Etablierung von Advance Care planning (ACP) für nicht erforderlich halten (bzw. 36% „weiß nicht“ als Antwortmöglichkeit angeben), könnte einerseits auf die Unkenntnis des Begriffes hindeuten oder aber tatsächlich auf die Inhalte zurückzuführen sein. Neben dem Mangel an Zeit (Brown, 2002) werden als wesentliche Barrieren in existierender Literatur auch die Unsicherheit des Zeitpunktes der Initiierung (Evans et al., 2003) und Bedenken hinsichtlich der Rechtssicherheit (Rhee et al., 2013) geäußert. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Krankheitsverläufe bestehen Bedenken bei zukünftigen Entscheidungen daran gebunden zu sein; insbesondere bei Unkenntnis darüber, diese modifizieren zu können (Rhee et al., 2013; Boyd et al., 2010; Robinson et al.,

2013). Die Integration von ACP in die Standardversorgung sowie Einführung von einheitlichen Organisationssystemen (z.B. in Form von Protokolle) könnte zu einem vermehrten Einsatz von ACP-Maßnahmen in der Versorgung führen (Vleminck et al., 2014).

In den letzten Jahren fand eine verstärkte Fokussierung auf palliativmedizinische Ausbildungsinhalte der Ärzte (Lang et al., 2006) statt. Durch die Aufnahme des Querschnittsfachs 13 (Palliativmedizin) im Zusammenhang mit der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (07/2009) in das studentische Curriculum (Alt-Epping et al., 2010), wurde dem vielfach geäußerten Wunsch der Ärzte nach palliativmedizinischer Ausbildung (Mitchell et al., 2016) Rechnung getragen.

Man geht jedoch davon aus, dass es noch viele Jahre in Anspruch nehmen wird, bis sich dies in der tatsächlichen Versorgung niederschlägt (Behmann et al., 2012). Darüber hinaus zeigen sich für die Weiterbildung von Hausärzten relevante Inhalte in Medien (Bücher, Kongressbeiträge) nicht hinreichend abgebildet, sodass interessierte Hausärzte auf fakultative Weiterbildungsmöglichkeiten angewiesen sind (Gaser et al., 2010). Problematisch wird es von Hausärzten auch gesehen, das Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten (Mitchell et al., 2016; Ramanayake et al., 2016).

Unter den befragten Hausärzten sieht die Mehrheit die Notwendigkeit in einer besseren Qualifizierung der ambulanten Pflegedienste. Die Palliativpflege wurde durch das 2004 in Kraft getretene Krankenpflegegesetz erstmals als ausdrückliches Ausbildungsziel (Art. 1, § 3, Abs. 1 KrPflG) benannt. Für Altenpflegekräfte, die neben Krankenpflegekräften eine wichtige Säule in der Begleitung von Menschen am Lebensende bilden, ist die „umfassende Begleitung Schwerstkranker und Sterbender“ bereits lange als Ausbildungsziel festgeschrieben (§3 AltPflG) (Lang et al., 2006). Obwohl die Teilnahme an Weiterbildungskursen („Palliative Care“) mittlerweile weit verbreitet ist, existiert kein gesetzlich verankerter Pflegefachtitel für Palliativpflege. Experten kritisieren die unscharfen Konzepte und sehen die Notwendigkeit weiterer Verbesserungen, insbesondere die Stärkung der Palliativversorgung als Grundhaltung in der Pflege. Die Implementierung einer generellen palliativ-hospizischen Haltung wird jedoch durch Zeitdruck und unzureichende Berücksichtigung von Palliativpflegemaßnahmen im Vergütungssystem erschwert (Behmann et al., 2012). Möglicherweise bedingt dies

auch einen weitreichenden Nichtgebrauch der Häuslichen Krankenpflege nach §24 HKP (Schindler & Ewald, 2005).

5.3 Limitationen

Durch eine bewusste Auswahl von heterogenen KVen für unsere Befragungsstudie gelang uns die Abbildung einer großen Vielfalt regionaler Besonderheiten in Bezug auf gelebte AAPV- und SAPV-Strukturen in Deutschland. Sie ist unserem Wissen nach die erste bundesweite Studie unter deutschen Hausärzten, die die Nahtstelle von AAPV und SAPV aus hausärztlicher Sicht in Bezug auf ein großes Spektrum palliativmedizinischer Einzeltätigkeiten beleuchtet.

Wie bereits in Kapitel 5.1 diskutiert, werden die Generalisierbarkeit und Aussagekraft der vorliegenden Studienergebnisse durch eine eher niedrige, jedoch im Rahmen der Erwartungen liegende Rücklaufquote limitiert. Bei einer verwertbaren Anzahl von $n=1144$ zurückgesendeten Fragebögen (von $n_{\text{gesamt}}=6000$), konnte ein Anteil von 2,7% aller in Deutschland tätigen Hausärzte ($n=43\ 697$) in unsere Untersuchung einbezogen werden (Bundesärztekammer, 2018). Dennoch muss die große absolute Zahl an Antworten hervorgehoben werden, die im Vergleich zu anderen ähnlich gelagerten Untersuchungen aus Deutschland (Ammer et al., 2019; Schneider et al., 2011) aktuell beispiellos ist.

Insbesondere die hohe Anzahl von Antwortenden mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin weist daraufhin, dass es sich um eine Stichprobe mit überdurchschnittlichem Interesse an der Palliativmedizin handelt. Daher kam der Berücksichtigung der Ausprägungen „Berührungen zur Palliativmedizin“ bei der Datenauswertung eine erhöhte Aufmerksamkeit zu: Durch die Aufnahme der Abrechnungs- und Qualifikationslevel als unabhängige Variable in die multivariaten Analysen kommt ein möglicher Selektionseffekt durch diese Adjustierung nicht zum Tragen.

Aus früheren Untersuchungen waren uns keine standardisierten und validierten Fragebögen bekannt, sodass wir einen Fragebogen für unsere Untersuchung konzipierten.

Die Abbildung der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität und der Wichtigkeit der SAPV über einen Summenscore muss unter der Maßgabe von zwei wesentlichen Limitationen betrachtet werden: Zum einen gehen alle 32 genannten Tätigkeiten mit gleichem Gewicht in die Analyse ein; zum anderen ist bereits das

Setzen eines einzigen Antwortkreuzes ausreichend zur Berechnung des entsprechenden Score. Wie im Kapitel 4.2 diskutiert, zeigte eine Sensitivitätsanalyse jedoch kaum fehlende Daten und schränkt daher die Belastbarkeit der Ergebnisse nicht ein.

Dass noch andere Faktoren sowohl die hausärztliche Aktivität, als auch die Wertschätzung von SAPV beeinflussen, ist an der nicht erklärten Varianz der multiplen Regressionsmodelle ersichtlich. Hierbei ist neben der hausärztlichen Einschätzung des Bedarfes bzw. Indikation auch der Wunsch des Patienten und der Angehörigen nach dieser „besonderen Versorgungsform“ als weitere erklärende Variable wahrscheinlich. Dieser Faktor konnte in dem Studiendesign nicht erhoben werden, da dies nur patientenindividuell möglich ist.

Bei den berichteten quantitativen Ergebnissen handelt es sich um subjektive Angaben, Schätzungen und Einstellungen der teilnehmenden Hausärzte, die ihrerseits ebenfalls kognitiven Verzerrungen unterliegen könnten (z.B. soziale Erwünschtheit). Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungssituation sind nur eingeschränkt möglich, da eine Messung von Outcomes (z.B. Qualität der ausgeübten hausärztlichen Tätigkeiten, Patientenoutcomes) in diesem Studiendesign nicht möglich war. Gerade aber die Sichtweisen von Hausärzten als wichtige Stakeholder in der Palliativversorgung liefern wichtige Hinweise mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Palliativversorgung in Deutschland.

6 Schlussfolgerungen

Der Großteil der befragten Hausärzte erachtet die Versorgung von palliativen Patienten als zentralen Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit. Dieses hohe Potential und Engagement der Hausärzte sollte genutzt und gestärkt werden. Als mögliche Ansatzpunkte zur Förderung der hausärztlichen Einbringung in die Palliativversorgung konnten das eigene Kompetenzzempfinden/Sicherheitsgefühl, Erfahrung und/oder Qualifikation sowie die vergütungsrelevante Aspekte identifiziert werden. Damit wird das Angebot nach zugänglichen Fortbildungsangeboten sichtbar; zum anderen scheint auch eine aufwandsgerechtere Vergütung die Rahmenbedingungen der gesprächs- und zeitintensiven Versorgung am Lebensende aufzuwerten. Insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmend älter werdenden (und damit morbideren) Gesellschaft und erhöhtem palliativmedizinischem

Versorgungsbedarf sowie Ressourcenknappheit kann es sinnvoll sein, nicht nur in die spezialisierten Versorgungsstrukturen, sondern auch in den Ausbau von AAPV zu investieren (Mitchell et al., 2016; Quill & Abernethy, 2013; Schneider et al., 2010c; Behmann et al., 2012).

Neben o.g. Ansatzpunkten trägt auch eine vorhandene und qualitativ hochwertige palliative Infrastruktur zur hausärztlichen Beteiligung an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender bei. Dabei ist neben einer Verbesserung der Rahmenbedingungen und Qualifizierung der Akteure auch der Ausbau einer Aufgabenteilung im Sinne des multiprofessionellen Ansatzes (z.B. der Delegation von ärztlichen Aufgaben an Praxismitarbeiter) zu stärken. Dies könnte eine suffiziente Erleichterung in der Bewältigung hausärztlicher Aufgaben in einem hoch belasteten Arbeitsumfeld (Mitchell et al., 2016) bedeuten. Insbesondere vor dem Hintergrund der vermuteten Nicht-Leistbarkeit des Hausarztes - ein wegweisendes Motiv für die SAPV-Einbindung - ist eine hausärztliche Entlastung durch Ausbau der AAPV-Strukturen sinnvoll. Bei Nichtvorhandensein oder inadäquater AAPV-Infrastruktur kann der primäre Einsatz von SAPV notwendig und sinnvoll sein, um die häusliche Versorgung des Patienten nicht zu gefährden und eine Hospitalisierung zu vermeiden. Dieses Substitut für AAPV-Lücken sollte zugelassen werden – jedoch in Verbindung mit dem Verzicht auf zu hohe Zulassungskriterien für Qualifikation und Multiprofessionalität innerhalb der SAPV-Teams, die sich in überdimensionierter Vergütung (z.B. Komplexpauschalen) niederschlagen würden. Das Ziel der zukünftigen Entwicklung der Palliativlandschaft in Deutschland scheint primär also nicht eine Homogenisierung der Strukturen zu sein, sondern das Nutzen und Ausbauen der vor Ort verfügbaren Infrastruktur.

Der Wandel der Hausärzteschaft (insbesondere Zunahme von Teilzeitanstellung und Veränderungen des Berufsbildes) und die Anforderungen an eine optimale Palliativversorgung stellt die zukünftige Hausarztmedizin vor große Herausforderungen. Eine flexible Anpassung der SAPV-Teams an das unterschiedliche Ausmaß hausärztlicher (und anderer AAPV-) Leistungen ist notwendig, um den Verbleib palliativer Patienten in der Häuslichkeit zu sichern und dem Wunsch nach dortigem Versterben nachzukommen. Dabei scheinen unterschiedlich intensive Level an SAPV-Beteiligung zweckmäßig (Mitchell, 2002; Behmann et al., 2012), die der Hausarzt je nach Bedarf – auch kurzfristig in Abhängigkeit des Patientenzustandes - hinzuziehen kann (Quill & Abernethy, 2013).

Patienten sollten je nach Bedarf von einer Ebene in eine andere überführt oder entlassen werden können. Eine klare Definition der einzelnen Behandlungsstufen bzw. der Grad der Beteiligung eines SAPV-Teams an der Behandlung fördert eine klare Rollenverteilung (Brogaard et al., 2011), erleichtert eine patientenzentrierte Versorgung und ermöglicht mehr Patienten den Zugang zu spezialisierter Expertise (Boyd, 1995). Insbesondere zur Gewährleistung einer Versorgungskontinuität, aber auch zur Abdeckung der 24-Stunden-Bereitschaft ist die Entwicklung von Kooperationsmodellen denkbar (Boyd, 1995). Auch das Konzept aus Westfalen-Lippe (keine strikte Trennung von AAPV und SAPV) scheint als Triebfeder für die hausärztliche Verantwortungsübernahme palliativmedizinischer Tätigkeiten effektiv.

Die Verbesserung der Kommunikation zwischen Hausärzten und SAPV (Le et al., 2017; Meiklejohn et al., 2016) sowie ein zeitnahe Informationsaustausch und gemeinsame Fallkonferenzen (Abernethy et al., 2013; Groot et al., 2007) können darüber hinaus Barrieren in der hausärztlichen Ausübung der Palliativversorgung abbauen (Ding et al., 2019; Ewertowski, 2019). Gleichzeitig wird durch eine interprofessionelle Kollaboration der Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch befördert (Pype et al., 2014), der Hausärzte zusätzlich zur Palliativversorgung motivieren kann (Rhee et al., 2018).

Ein generelles (gesellschaftliches) Erfordernis ist eine Stärkung von Selbstmanagement und -wirksamkeit von Patienten und Angehörigen, die zu einem schonenden Umgang mit den vorhandenen Ressourcen beitragen können (Bodenheimer et al., 2002). Dafür ist eine ausreichende Patientenaufklärung durch den versorgenden Arzt erforderlich (Lovell et al., 2014; Worth et al., 2006).

Die vorliegende Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis hausärztlichen Handelns in der Versorgung palliativer Patienten in der Häuslichkeit, die in der zukünftigen Entwicklung der Palliativversorgung Berücksichtigung finden sollten.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rücklauf im zeitlichen Verlauf, erste und zweite Welle	39
Abbildung 2 Berührungen mit der Palliativmedizin	43
Abbildung 3: Selbstverständnis/Rolle im palliativmedizinischen Kontext.....	44
Abbildung 4: Gesamt-Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl.....	45
Abbildung 5: hausärztliches Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl in verschiedenen Tätigkeitsbereichen	45
Abbildung 6: Vorhandensein der palliativen Infrastruktur	46
Abbildung 7: Bewertung der Leistungsakteure in der palliativen Infrastruktur	47
Abbildung 8: Verbesserungen der Rahmenbedingungen	50
Abbildung 9: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Assessment und Versorgungsplanung	52
Abbildung 10: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Symptomlinderung.....	52
Abbildung 11: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Intervention	53
Abbildung 12: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Koordination	54
Abbildung 13: Häufigkeit der Verantwortungsübernahme: Verfügbarkeit	54
Abbildung 14: Wichtigkeit der SAPV: Assessment und Versorgungsplanung	57
Abbildung 15: Wichtigkeit der SAPV: Intervention	58
Abbildung 16: Wichtigkeit der SAPV: Symptomlinderung	58
Abbildung 17: Wichtigkeit der SAPV: Koordination.....	59
Abbildung 18: Wichtigkeit der SAPV: Verfügbarkeit	59
Abbildung 19: Aktivitäts-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit.....	62
Abbildung 20: SAPV-Wichtigkeits-Score (Mittelwert) nach KV-Zugehörigkeit	63
Abbildung 22: Grundsätze und Aufgaben des GSF.....	79

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versorgungsstrukturen im palliativen Kontext in Deutschland	4
Tabelle 2: Palliativversorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzliche Verankerung, Leistungsregelung, Qualifikationsanforderung)	12
Tabelle 3: Fördernde Faktoren für die Entwicklung der Palliativversorgung und die Umsetzung im Fragebogen	24
Tabelle 4: Schlüsselaufgaben des GSF und Umsetzung im Fragebogen	25
Tabelle 5: Literaturgestützte Kritikpunkte in der aktuellen Palliativversorgung und Umsetzung im Fragebogen	25
Tabelle 6: Onlinedatenbanken zur Ermittlung der Adressen je KV	30
Tabelle 7: Anzahl der Adressen nach Kassenärztlicher Vereinigung	31
Tabelle 8: Ankündigung der Hausarztbefragung in regionalen Fachmedien,	32
Tabelle 9: Qualifikations- und Abrechnungslevel	36
Tabelle 10: Netto-Rücklauf nach Kassenärztlicher Vereinigung	39
Tabelle 11: Ärztestatistik im Vergleich zu den Ergebnissen der Hausarztbefragung	42
Tabelle 12: Aktivitäts-Score (nach Kategorien).....	51
Tabelle 13: SAPV-Wichtigkeits-Score (nach Kategorien)	57
Tabelle 14: Aktivitäts-Score nach KV	61
Tabelle 15: SAPV-Wichtigkeits-Score nach KV	63

Weitere Ergebnistabellen in der Anlage (Anlage 1)

Tabelle 16: Aktivitäts-Score, univariat, gesamte Stichprobe.....	Seite 107
Tabelle 17: Aktivitäts-Score, univariat, ohne SAPV-Hausärzte	Seite 112
Tabelle 18: Aktivitäts-Score, multivariat, gesamte Stichprobe	Seite 117
Tabelle 19: Aktivitäts-Score, multivariat, ohne SAPV-Hausärzte	Seite 122
Tabelle 20: SAPV-Wichtigkeits-Score, univariat, gesamte Stichprobe	Seite 127
Tabelle 21: SAPV-Wichtigkeits-Score, univariat, ohne SAPV-Hausärzte	Seite 131
Tabelle 22: SAPV-Wichtigkeits-Score, multivariat, gesamte Stichprobe	Seite 135
Tabelle 23: SAPV-Wichtigkeits-Score, multivariat, ohne SAPV-Hausärzte ...	Seite 140
Tabelle 24: Versorgungsqualität SAPV, univariat, gesamte Stichprobe	Seite 145
Tabelle 25: Versorgungsqualität SAPV, univariat, ohne SAPV-Hausärzte	Seite 151
Tabelle 26: Versorgungsqualität SAPV, multivariat, gesamte Stichprobe	Seite 157
Tabelle 27: Versorgungsqualität SAPV, multivariat, ohne SAPV-Hausärzte .	Seite 163

9 Literaturverzeichnis

- Abernethy, A. P., Currow, D. C., Shelby-James, T., Rowett, D., May, F., Samsa, G. P., Hunt, R., Williams, H., Esterman, A., & Phillips, P. A. (2013). Delivery strategies to optimize resource utilization and performance status for patients with advanced life-limiting illness: results from the "palliative care trial" ISRCTN 81117481. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45, 488–505.
- Afshar, K., Geiger, K., Müller-Mundt, G., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Hausärztliche Palliativversorgung bei nichtonkologischen Patienten: Eine Übersichtsarbeit. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 29, 604–615.
- Almaawiy, U., Pond, G. R., Sussman, J., Brazil, K., & Seow, H. (2014). Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. *Palliative medicine*, 28, 176–183.
- Alt-Epping, B., Jung, W., Simmenroth-Nayda, A., Russo, S. G., Vormfelde, S. V., & Nauck, F. (2010). Implementing the cross-disciplinary subject of palliative medicine (Q13) against the backdrop of recent changes of the legal framework using University Medical School Göttingen as an example. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 27, Doc67.
- Ammer, A., Linde, K., Borasio, G. D., & Schneider, A. (2019). Palliativmedizinisches Wissen unter deutschen Hausärzten - eine bundesweite Befragung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 267–273.
- Ankuda, C. K., Jetty, A., Bazemore, A., & Petterson, S. (2017a). Provision of Palliative Care Services by Family Physicians Is Common. *Journal of the American Board of Family Medicine JABFM*, 30, 255–257.
- Ankuda, C. K., Petterson, S. M., Wingrove, P., & Bazemore, A. W. (2017b). Regional Variation in Primary Care Involvement at the End of Life. *Annals of family medicine*, 15, 63–67.
- Aubin, M., Vézina, L., Verreault, R., Fillion, L., Hudon, E., Lehmann, F., Leduc, Y., Bergeron, R., Reinharz, D., & Morin, D. (2012). Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *Journal of general internal medicine*, 27, 8–15.
- Barclay, S., Todd, C., McCabe, J., & Hunt, T. (1999). Primary care group commissioning of services: the differing priorities of general practitioners and district nurses for palliative care services. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, 49, 181–186.
- Bauschke, C., Voigt, K., Bergmann, A., & Nitschke-Bertaud, M. (2014). Wahrnehmung und Probleme der palliativmedizinischen Versorgung unter niedergelassenen Hausärzten in Sachsen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 15, PC189.

- Beccaro, M., Lora Aprile, P., Scaccabarozzi, G., Cancian, M., & Costantini, M. (2013). Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care. *J Pain Symptom Manage*, *46*, 335–344.
- Becka, D., Riese, A., Rychlik, R. P. T., Huenges, B., & Rusche, H. (2014). Stand der hausärztlichen Palliativversorgung in Deutschland. Ein systematischer Literaturreview. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *139*, 2254–2258.
- Beernaert, K., Deliens, L., Pardon, K., van den Block, L., Devroey, D., Chambaere, K., & Cohen, J. (2015a). What Are Physicians' Reasons for Not Referring People with Life-Limiting Illnesses to Specialist Palliative Care Services? A Nationwide Survey. *PloS one*, *10*, e0137251.
- Beernaert, K., van den Block, L., van Thienen, K., Devroey, D., Pardon, K., Deliens, L., & Cohen, J. (2015b). Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. *Family practice*, *32*, 694–700.
- Behmann, M., Jünger, S., Radbruch, L., & Schneider, N. (2012). Public health actions to improve palliative care in Germany: results of a three-round Delphi study. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *106*, 303–312.
- Bertelsmann Faktencheck (Ed.) (2015). *Faktencheck Palliativversorgung Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende*. Gütersloh.
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, *29*, 552–557.
- Blank, W., Levin, C., & Beck, A. (2018). Auswirkung des Hospiz- und Palliativgesetzes auf die hausärztliche Tätigkeit – eine kritische Bewertung aus hausärztlicher Sicht. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *19*, 234–238.
- Bleeker, F., Kruschinski, C., Breull, A., Berndt, M., & Hummers-Pradier, E. (2007). Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *83*, 477–482.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, *288*, 2469–2475.
- Borgsteede, S. D., Deliens, L., van der Wal, G., Francke, A. L., Stalman, W. A. B., & van Eijk, Jacques T M (2007). Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: a nationwide survey in The Netherlands. *Scandinavian journal of primary health care*, *25*, 226–231.
- Borgsteede, S. D., Graafland-Riedstra, C., Deliens, L., Francke, A. L., van Eijk, J. T., & Willems, D. L. (2006). Good end-of-life care according to patients and their GPs. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *56*, 20–26.

- Boyd, K., Mason, B., Kendall, M., Barclay, S., Chinn, D., Thomas, K., Sheikh, A., & Murray, S. A. (2010). Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, *60*, e449-58.
- Boyd, K. J. (1995). The role of specialist home care teams: views of general practitioners in south London. *Palliative medicine*, *9*, 138–144.
- Brazil, K., Sussman, J., Bainbridge, D., & Whelan, T. (2010). Who is responsible? The role of family physicians in the provision of supportive cancer care. *Journal of oncology practice*, *6*, 19–24.
- Brogaard, T., Jensen, A. B., Sokolowski, I., Olesen, F., & Neergaard, M. A. (2011). Who is the key worker in palliative home care? *Scandinavian journal of primary health care*, *29*, 150–156.
- Brown, M. (2002). Participating in end of life decisions. The role of general practitioners. *Australian family physician*, *31*, 60–62.
- Bruelckner, T., Schumacher, M., & Schneider, N. (2009). Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC palliative care*, *8*, 7.
- Bruns, H., Terhorst, A., Gesenhues, S., & Weltermann, B. (2014). Ländliche Palliativmedizin – Prädiktoren für „dying at home“. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *15*.
- Bundesärztekammer (2018). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2017*.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. *Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzung*.
https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html. Accessed 05.08.2019.
- Burbeck, R., Low, J., Sampson, E. L., Bravery, R., Hill, M., Morris, S., Ockenden, N., Payne, S., & Candy, B. (2014). Volunteers in specialist palliative care: a survey of adult services in the United Kingdom. *Journal of palliative medicine*, *17*, 568–574.
- Burt, J., Shipman, C., White, P., & Addington-Hall, J. (2006). Roles, service knowledge and priorities in the provision of palliative care: a postal survey of London GPs. *Palliat Med*, *20*, 487–492.
- Buttfield, I., Buttfield, B., Moorhead, R., & Murrell, T. G. (1990). The role of the GP in the management of chronic disease. Diabetes as a model. *Australian family physician*, *19*, 1187-9, 1193-6, 1199.
- Cheng, S.-H., Chen, C.-C., & Hou, Y.-F. (2010). A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization: evidence from a universal coverage health care system. *Archives of internal medicine*, *170*, 1671–1677.

- Cottrell, E., Roddy, E., Rathod, T., Thomas, E., Porcheret, M., & Foster, N. E. (2015). Maximising response from GPs to questionnaire surveys: do length or incentives make a difference? *BMC medical research methodology*, *15*, 3.
- Dahlhaus, A., Vanneman, N., Guethlin, C., Behrend, J., & Siebenhofer, A. (2014). German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *Family practice*, *31*, 209–214.
- Dahlhaus, A., Vanneman, N., Siebenhofer, A., Brosche, M., & Guethlin, C. (2013). Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *21*, 3293–3300.
- Department of Health (2008). *End of Life Care - promoting high quality care for all adults at the end of life*. The Stationery Office. London.
- Desmedt, M., & Michel, H. (2002). Palliative home care: improving co-operation between the specialist team and the family doctor. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *10*, 343–348.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin (2013). S1-Handlungsempfehlung Hausärztliches Vorgehen „Ganz am Ende des Lebens“unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte. <https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung>.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2018). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Landesvertretung Bayern zur aktuellen Lage in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Speziellen zu den neu eingeführten Instrumenten Leistung Nr.24a der HKP-RL sowie zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQkPmV)*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Stellungnahme_DGP_LV_Bayern_aktuelle_Lage_AAPV_20180326.pdf. Accessed 01.08.2019.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. Definition Palliativmedizin. https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliativmedizin.html.
- Dev, R., Dalal, S., & Bruera, E. (2012). Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Current opinion in supportive and palliative care*, *6*, 365–370.
- DGP, & DHPV (2009). *SAPV-Glossar*. Berlin.
- Ding, J., Johnson, C. E., & Cook, A. (2018). How We Should Assess the Delivery of End-Of-Life Care in General Practice? A Systematic Review. *Journal of palliative medicine, E pub ahead of print 21 August 2018*. DOI: 10.1089/jpm.2018.0194.
- Ding, J., Saunders, C., Cook, A., & Johnson, C. E. (2019). End-of-life care in rural general practice: how best to support commitment and meet challenges? *BMC palliative care*, *18*, 51.

- Drieskens, K., Bilsen, J., van den Block, L., Deschepper, R., Bauwens, S., Distelmans, W., & Deliens, L. (2008). Characteristics of referral to a multidisciplinary palliative home care team. *Journal of palliative care*, *24*, 162–166.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., Diguiseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, *324*, 1183.
- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguiseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., Cooper, R., Felix, L. M., & Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *The Cochrane database of systematic reviews*, MR000008.
- Elm, E. von, Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *International journal of surgery (London, England)*, *12*, 1495–1499.
- Evans, R., Stone, D., & Elwyn, G. (2003). Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *Family practice*, *20*, 304–310.
- Ewertowski, H. (2019). *Ideen zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Haus- und Klinikärzten, Pflegefachpersonen und Medizinischen Fachangestellten*. 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.
- Ewertowski, H., Tetzlaff, F., Krause, O., Eylers, V., Schneider, N., & Stiel, S. (2019). "Es ist eine meiner wichtigsten Aufgaben, dass ich sie wirklich bis zum Schluss begleite": Eine multiperspektivische qualitative Studie zur ambulanten Palliativversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 169–174.
- Farber, N. J., Urban, S. Y., Collier, V. U., Metzger, M., Weiner, J., & Boyer, E. G. (2004). Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage*, *28*, 364–372.
- Fegg, M., Lehner, M., Simon, S. T., Gomes, B., Higginson, I. J., & Bausewein, C. (2015). What influences end-of-life decisions? Results of a representative German survey. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *58*, 1118–1123.
- Field, D. (1998). Special not different: general practitioners' accounts of their care of dying people. *Social science & medicine (1982)*, *46*, 1111–1120.
- Fielding, J., Clothier, H., Stocks, N., & Kelly, H. (2005). What factors facilitate a GP survey high response rate? *Australian family physician*, *34*, 895–896.
- Freytag, A., Krause, M., Bauer, A., Ditscheid, B., Jansky, M., Krauss, S., Lehmann, T., Marschall, U., Nauck, F., Schneider, W., Stichling, K., Vollmar, H. C., Wedding, U., & Meißner, W. (2019). Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of

- specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. *BMC Palliat Care*, 18, 12.
- Gágyor, I., Himmel, W., Pierau, A., & Chenot, J.-F. (2016). Dying at home or in the hospital? An observational study in German general practice. *The European journal of general practice*, 22, 9–15.
- Gágyor, I., Lühke, A., Jansky, M., & Chenot, J.-F. (2013). Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL): Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 27, 289–295.
- Gardiner, C., Gott, M., & Ingleton, C. (2012). Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 62, e353-62.
- Gaser, E., Krapp, C., & Meißner, W. (2010). Palliativmedizinische Inhalte in der Aus- und Weiterbildung von Hausärzten und Allgemeinmedizinern. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 11.
- Gaser, E., Rabe, Y., Wedding, U., & Meißner, W. (2017). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Thüringen. *Ärzteblatt Thüringen*.
- Geiger, K., Schneider, N., Bleidorn, J., Klindtworth, K., Jünger, S., & Müller-Mundt, G. (2016). Caring for frail older people in the last phase of life - the general practitioners' view. *BMC palliative care*, 15, 52.
- Geist, M. J. P., Bardenheuer, H. J., Weigand, M. A., Frankenhauser, S., & Kessler, J. (2018). Möglichkeiten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. *Der Urologe. Ausg. A*, 57, 563–567.
- Gellert, A. (2016). *Versorgungsaufwand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Abhängigkeit von Patienten- und Erkrankungscharakteristika: Retrospektive Auswertung von Patientendaten des ambulanten Palliative- Care- Teams des Universitätsklinikums Jena im Zeitraum vom 01.03.2007 – 31.12.2009*. Dissertationsschrift.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009). *Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). *Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/>.
- George, T. (2016). Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International journal of palliative nursing*, 22, 137–140.

- Giezendanner, S., Bally, K., Haller, D. M., Jung, C., Otte, I. C., Banderet, H.-R., Elger, B. S., Zemp, E., & Gudat, H. (2018). Reasons for and Frequency of End-of-Life Hospital Admissions: General Practitioners' Perspective on Reducing End-of-Life Hospital Referrals. *Journal of palliative medicine*, *21*, 1122–1130.
- Giezendanner, S., Jung, C., Banderet, H.-R., Otte, I. C., Gudat, H., Haller, D. M., Elger, B. S., Zemp, E., & Bally, K. (2017). General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PloS one*, *12*, e0170168.
- Glaudemans, J. J., van Moll Charante, E. P., & Willems, D. L. (2015). Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Family practice*, *32*, 16–26.
- Glonti, K., Struckmann, V., Alconada, A., Pettigrew, L. M., Hernandez-Santiago, V., Minue, S., Risso-Gill, I., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2019). Exploring the training and scope of practice of GPs in England, Germany and Spain. *Gaceta sanitaria*, *33*, 148–155.
- Goldschmidt, D., Groenvold, M., Johnsen, A. T., Strömngren, A. S., Krasnik, A., & Schmidt, L. (2005). Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. *Palliative medicine*, *19*, 241–250.
- Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). *Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review*, 7540. England.
- Grabenhorst, U. (2017). 1395PSpecialized ambulatory palliative care: (SAPV) 5-year results of a multi-professional care model by HomeCare linker Niederrhein gGmbH (HC) in the Lower Rhine region. *Ann Oncol*, *28*.
- Grande, G. E., Barclay, S. I., & Todd, C. J. (1997). Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms. *Palliative medicine*, *11*, 399–406.
- Grober-Gratz, D., Mosshammer, D., Bolter, R., Ose, D., Joos, S., & Natanzon, I. (2011). Which criteria affect the cooperation between general practitioners and specialists in ambulatory care? A qualitative study about general practitioners' perception. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *105*, 446–451.
- Groot, M. M., Vernooij-Dassen, Myrra J F J, Crul, B. J. P., & Grol, Richard P T M (2005). General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliative medicine*, *19*, 111–118.
- Groot, M. M., Vernooij-Dassen, Myrra J F J, Verhagen, S. C. A., Crul, B. J. P., & Grol, Richard P T M (2007). Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliative medicine*, *21*, 697–703.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*

- Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 170, 1795–1801.
- Halkett, G. K. B., Jiwa, M., & Lobb, E. A. (2015). Patients' perspectives on the role of their general practitioner after receiving an advanced cancer diagnosis. *European journal of cancer care*, 24, 662–672.
- Hanks, H., Veitch, P. C., & Harris, M. F. (2008). A rural/urban comparison of the roles of the general practitioner in colorectal cancer management. *The Australian journal of rural health*, 16, 376–382.
- Hanratty, B. (2000). GP views on developments in palliative care services. *Palliative medicine*, 14, 223–224.
- Higginson, I. J. (2005). End-of-life care: lessons from other nations. *Journal of palliative medicine*, 8 Suppl 1, 161-173.
- Higginson, I. J., & Sen-Gupta, G. J. (2000). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of palliative medicine*, 3, 287–300.
- Hirooka, K., Miyashita, M., Morita, T., Ichikawa, T., Yoshida, S., Akizuki, N., Akiyama, M., Shirahige, Y., & Eguchi, K. (2014). Regional medical professionals' confidence in providing palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan. *Japanese journal of clinical oncology*, 44, 249–256.
- Hoexum, M., Bosveld, H. E. P., Schuling, J., & Berendsen, A. J. (2012). Out-of-hours medical care for terminally ill patients: A survey of availability and preferences of general practitioners. *Palliative medicine*, 26, 986–993.
- Hofmeister, U. (2015). Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. Praxisbeispiel Westfalen. *Bertelsmann Faktencheck*.
- Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R. (2009). Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC health services research*, 9, 105.
- Hummers-Pradier, E., Scheidt-Nave, C., Martin, H., Heinemann, S., Kochen, M. M., & Himmel, W. (2008). Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Family practice*, 25, 105–112.
- Husebø, S., & Mathis, G. (2017). Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care? In S. Husebø, & G. Mathis (Eds.), *Palliativmedizin: Mitbegründet von E. Klaschik* (pp. 1–9). Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.
- Jansky, M., Lindena, G., & Nauck, F. (2011). Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12, 166–176.

- Johnson, C. E., McVey, P., Rhee, J. J.-O., Senior, H., Monterosso, L., Williams, B., Fallon-Ferguson, J., Grant, M., Nwachukwu, H., Aubin, M., Yates, P., & Mitchell, G. (2018). General practice palliative care: patient and carer expectations, advance care plans and place of death-a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112–133.
- Jünger, S., Vedder, A. E., Milde, S., Fischbach, T., Zernikow, B., & Radbruch, L. (2010). Paediatric palliative home care by general paediatricians: a multimethod study on perceived barriers and incentives. *BMC palliative care*, 9, 11.
- Kaiser, F., Sohm, M., Illig, D., Vehling-Kaiser, U., & Haas, M. (2016). Four years of specialized outpatient palliative care in a rural area Cooperation and acceptability from general practitioners' view. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59, 916–920.
- Kaner, E. F., Haighton, C. A., & McAvoy, B. R. (1998). 'So much post, so busy with practice--so, no time!': a telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, 48, 1067–1069.
- Kellerman, S. E., & Herold, J. (2001). Physician response to surveys. A review of the literature. *American journal of preventive medicine*, 20, 61–67.
- Kelley, K., Clark, B., Brown, V., & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International journal for quality in health care journal of the International Society for Quality in Health Care*, 15, 261–266.
- Kelly, B., Varghese, F. T., Burnett, P., Turner, J., Robertson, M., Kelly, P., Mitchell, G., & Treston, P. (2008). General practitioners' experiences of the psychological aspects in the care of a dying patient. *Palliative & supportive care*, 6, 125–131.
- Klindtworth, K., Geiger, K., Pleschberger, S., Bleidorn, J., Schneider, N., & Müller-Mundt, G. (2017). Leben und Sterben mit Gebrechlichkeit Qualitative Interviews mit älteren Menschen im häuslichen Umfeld. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50, 151–158.
- Ko, W., Miccinesi, G., Beccaro, M., Moreels, S., Donker, G. A., Onwuteaka-Philipsen, B., Alonso, T. V., Deliens, L., & van den Block, L. (2014). Factors associated with fulfilling the preference for dying at home among cancer patients: the role of general practitioners. *Journal of palliative care*, 30, 141–150.
- Koné, I., Klein, G., Siebenhofer, A., Dahlhaus, A., & Güthlin, C. (2018). GPs' assessment of cooperation with other health care providers involved in cancer care-a cross-sectional study. *European journal of cancer care*, 27.

- Kongsved, S. M., Basnov, M., Holm-Christensen, K., & Hjollund, N. H. (2007). Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. *Journal of medical Internet research*, 9, e25.
- Krause, M., Stichling, K., Kaufmann, M., Babin, L., Berg, C., Prässler, A., Ditscheid, B., Vollmar, H. C., Freytag, A., & SAVOIR-Studiengruppe (2018). *Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV – Maßnahmen zur Steigerung des Rücklaufs einer schriftlichen Hausarzt-Befragung*. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: German Medical Science GMS Publishing House.
- Krumm, N., Stumm, V., Dillen, K., Schmidt, H., Hesse, M., Rietz, C., Radbruch, L., Voltz, R., & Rolke, R. (2018). Entwicklung eines Interviewleitfadens als Teil eines Erhebungsinstrumentes zur Messung der Wirksamkeit der SAPV in 3 Regionen in Nordrhein – eine Fokusgruppenanalyse. In *12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*: Georg Thieme Verlag KG.
- Lang, K., Puhmann, K., & Falckenberg, M. (2006). Education in palliative care. An overview. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49, 1149–1154.
- Lang, V., Walter, S., Fessler, J., Koester, M. J., Ruetters, D., & Huebner, J. (2017). The role of the general practitioner in cancer care: a survey of the patients' perspective. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 143, 895–904.
- Le, B., Eastman, P., Vij, S., McCormack, F., Duong, C., & Philip, J. (2017). Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. *Australian family physician*, 46, 51–55.
- Leitliniengruppe Hessen (2009). Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung. http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/palliativ_II.pdf.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2015). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung: Kurzversion 1.1. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>.
- Lemire, F. (2013). Competence, confidence, or both? *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 59, 320.
- Lindena, G., Wellmann, A., Ostgathe, C., Radbruch, L., & Nauck, F. (2011). Ambulante Palliativversorgung in Deutschland – in HOPE dokumentierte Erfahrungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12, 27–32.
- Liu, J. T., Kovar-Gough, I., Farabi, N., Animikwam, F., Weers, S. B., & Phillips, J. (2018). The Role of Primary Care Physicians in Providing End-of-Life Care. *The American journal of hospice & palliative care*, E pub ahead of print 24 October 2018. DOI: 10.1177/1049909118808232.

- Lloyd-Williams, M., Wilkinson, C., & Lloyd-Williams, F. (2000). General practitioners in North Wales: current experiences of palliative care. *European journal of cancer care*, 9, 138–143.
- Lovell, M. R., Lockett, T., Boyle, F. M., Phillips, J., Agar, M., & Davidson, P. M. (2014). Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *Journal of clinical oncology official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32, 1712–1720.
- Lux, E. A., Althaus, A., Claßen, B., Hilscher, H., Hofmeister, U., Holtappels, P., Mansfeld-Nies, R., & Weller, H.-U. (2013). Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe: Strukturierte Bestandsaufnahme 12 und 36 Monate nach Inkrafttreten der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar Kranken im häuslichen Umfeld“. *Fortschritte der Medizin*.
- Magee, C., & Koffman, J. (2016). Out-of-hours palliative care: what are the educational needs and preferences of general practitioners? *BMJ supportive & palliative care*, 6, 362–368.
- Maisel, P. (Ed.) (2013). *Palliativmedizin in der Hausarztpraxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Malik, S., Goldman, R., Kevork, N., Wentlandt, K., Husain, A., Merrow, N., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2017). Engagement of Primary Care Physicians in Home Palliative Care. *Journal of palliative care*, 32, 3–10.
- McAvoy, B. R., & Kaner, E. F. (1996). General practice postal surveys: a questionnaire too far? *BMJ (Clinical research ed.)*, 313, 732-3; discussion 733-4.
- Meeussen, K., van den Block, L., Echteld, M., Bossuyt, N., Bilsen, J., van Casteren, V., Abarshi, E., Donker, G., Onwuteaka-Philipsen, B., & Deliëns, L. (2011). Advance care planning in Belgium and The Netherlands: a nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42, 565–577.
- Meiklejohn, J. A., Mimery, A., Martin, J. H., Bailie, R., Garvey, G., Walpole, E. T., Adams, J., Williamson, D., & Valery, P. C. (2016). *The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review*, 6. United States.
- Mitchell, G., Nicholson, C., McDonald, K., & Bucetti, A. (2011). Enhancing palliative care in rural Australia: the residential aged care setting. *Australian journal of primary health*, 17, 95–101.
- Mitchell, G. K. (2002). How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliative medicine*, 16, 457–464.
- Mitchell, G. K. (2014). End-of-life care for patients with cancer. *Australian family physician*, 43, 514–519.

- Mitchell, G. K., Burridge, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J., & Jackson, C. L. (2015). *Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?*, 4. Australia.
- Mitchell, G. K., Burridge, L. H., Colquist, S. P., & Love, A. (2012). General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health & social care in the community*, 20, 607–616.
- Mitchell, G. K., Reymond, E. J., & McGrath, B. P. M. (2004). Palliative care: promoting general practice participation. *The Medical journal of Australia*, 180, 207–208.
- Mitchell, G. K., Senior, H. E., Johnson, C. E., Fallon-Ferguson, J., Williams, B., Monterosso, L., Rhee, J. J., McVey, P., Grant, M. P., Aubin, M., Nwachukwu, H. T., & Yates, P. M. (2018). Systematic review of general practice end-of-life symptom control. *BMJ supportive & palliative care*, 8, 411–420.
- Mitchell, S., Loew, J., Millington-Sanders, C., & Dale, J. (2016). Providing end-of-life care in general practice: findings of a national GP questionnaire survey. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66, e647-53.
- Mühlensiepen, F., Thoma, S., Marschke, J., Heinze, M., Harms, D., Neugebauer, E. A. M., & Peter, S. von (2019). „Wenn die mal nicht mehr kommen würden, dann kriege ich eine Krise“ Netzwerke der ambulanten Palliativversorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen. *Schmerz (Berlin, Germany)*.
- Müller-Busch, C. (2008). Palliativmedizin in Deutschland. Menschenwürdige Medizin am Lebensende – ein Stiefkind der Medizin?, *Jg. 8, Heft 4*, 7–14.
- Munday, D., Petrova, M., & Dale, J. (2009). Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339, b2391.
- Murray, S. A., Boyd, K., Kendall, M., Worth, A., Benton, T. F., & Clausen, H. (2002). Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325, 929.
- Murray, S. A., & Kok, J. Y. (2008). Internationally, it is time to bridge the gap between primary and secondary healthcare services for the dying. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37, 142–144.
- Nauck, F., & Jansky, M. (2018). Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 143, 558–565.
- Neergaard, M. A., Brogaard, T., Vedsted, P., & Jensen, A. B. (2018). Asking terminally ill patients about their preferences concerning place of care and death. *International journal of palliative nursing*, 24, 124–131.
- Neergaard, M. A., Vedsted, P., Olesen, F., Sokolowski, I., Jensen, A. B., & Søndergaard, J. (2009). Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care.

The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners, 59, 671–677.

- North, K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (2013). Was ist Kompetenz? In K. North, K. Reinhardt, & B. Sieber-Suter (Eds.), *Kompetenzmanagement in der Praxis: Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln ; mit vielen Fallbeispielen* (pp. 43–91). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- O'Leary, M. J., O'Brien, A. C., Murphy, M., Crowley, C. M., Leahy, H. M., McCarthy, J. M., Collins, J. C., & O'Brien, T. (2017). Place of care: from referral to specialist palliative care until death. *BMJ supportive & palliative care*, 7, 53–59.
- Oremus, M., & Wolfson, C. (2004). Female specialists were more likely to respond to a postal questionnaire about drug treatments for Alzheimer disease. *Journal of clinical epidemiology*, 57, 620–623.
- Peng, J.-K., Chiu, T.-Y., Hu, W.-Y., Lin, C.-C., Chen, C.-Y., & Hung, S.-H. (2013). What influences the willingness of community physicians to provide palliative care for patients with terminal cancer? Evidence from a nationwide survey. *Japanese journal of clinical oncology*, 43, 278–285.
- Pierau, A. (2013). *Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL): Eine retrospektive Befragung von Hausärzten*. Göttingen.
- Pit, S. W., Hansen, V., & Ewald, D. (2013). A small unconditional non-financial incentive suggests an increase in survey response rates amongst older general practitioners (GPs): a randomised controlled trial study. *BMC family practice*, 14, 108.
- Pivodic, L., Pardon, K., van den Block, L., van Casteren, V., Miccinesi, G., Donker, G. A., Alonso, T. V., Alonso, J. L., Aprile, P. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2013). Palliative care service use in four European countries: a cross-national retrospective study via representative networks of general practitioners. *PloS one*, 8, e84440.
- Plat, F. M., Peters, Y. A. S., Giesen, P., & Smits, M. (2018). Availability of Dutch General Practitioners for After-Hours Palliative Care. *Journal of palliative care*, 33, 182–186.
- Prenzler, A., Muller-Busch, C. H., Mittendorf, T., Theidel, U., von der Schulenburg, Matthias J., & Montag, T. (2010). Aspects of outpatient palliative care and assessment of the nursing workload. Survey among care givers in Germany. *Pflege Zeitschrift*, 63, 300–304.
- Pype, P., Peersman, W., Wens, J., Stes, A., van den Eynden, B., & Deveugele, M. (2014). What, how and from whom do health care professionals learn during collaboration in palliative home care: a cross-sectional study in primary palliative care. *BMC health services research*, 14, 501.

- Pype, P., Symons, L., Wens, J., van den Eynden, B., Stess, A., Cherry, G., & Deveugele, M. (2013). Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: a view from Belgium. *Journal of interprofessional care*, 27, 313–319.
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care - creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine*, 368, 1173–1175.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, 16, 278–289.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12, 260–270.
- Ramanayake, R. P. J. C., Dilanka, G. V. A., & Premasiri, L. W. S. S. (2016). Palliative care; role of family physicians. *Journal of family medicine and primary care*, 5, 234–237.
- Rhee, J. J., Teo, P. C. K., Mitchell, G. K., Senior, H. E., Tan, A. J. H., & Clayton, J. M. (2018). General practitioners (GPs) and end-of-life care: a qualitative study of Australian GPs and specialist palliative care clinicians. *BMJ supportive & palliative care*, Epub ahead of print 01 November 2018. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001531.
- Rhee, J. J., Zwar, N. A., & Kemp, L. A. (2013). Why are advance care planning decisions not implemented? Insights from interviews with Australian general practitioners. *Journal of palliative medicine*, 16, 1197–1204.
- Rhee, J. J.-O., Zwar, N., Vagholkar, S., Dennis, S., Broadbent, A. M., & Mitchell, G. (2008). Attitudes and barriers to involvement in palliative care by Australian urban general practitioners. *Journal of palliative medicine*, 11, 980–985.
- Robinson, L., Dickinson, C., Bamford, C., Clark, A., Hughes, J., & Exley, C. (2013). A qualitative study: professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, 'a good idea in theory but ...'. *Palliative medicine*, 27, 401–408.
- Rottmann, H., & Auer, B. R. (2010). Ein Überblick über die lineare Regression. *WiSt - Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 39, 548–554.
- Saugo, M., Pellizzari, M., Marcon, L., Benetollo, P., Toffanin, R., Gallina, P., Cecchetto, G., Miccinesi, G., Rigon, S., Cancian, M., & Sichetti, D. (2008). Impact of home care on place of death, access to emergency departments and opioid therapy in 350 terminal cancer patients. *Tumori*, 94, 87–95.
- Schindler, T., & Ewald, H. (2005). Ambulante und stationäre Organisationsstrukturen in der Palliativmedizin. *Der Onkologe*, 11, 376–383.
- Schlingensiepen, I. (2017). *Die Mauer beim Palliativvertrag ist eingerissen*.
- Schnakenberg, R., Goeldlin, A., Boehm-Stiel, C., Bleckwenn, M., Weckbecker, K., & Radbruch, L. (2016). Written survey on recently deceased patients in Germany and Switzerland: how do general practitioners see their role? *BMC health services research*, 16, 22.

- Schneider, N. (2014). Internationale Expertise zur Entwicklung der Palliativversorgung in der Primärversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*.
- Schneider, N. (2015). Anforderungen an eine patientenorientierte ambulante Palliativversorgung. *Bertelsmann Faktencheck Gesundheit*.
- Schneider, N., Engeser, P., Behmann, M., Kuhne, F., & Wiese, B. (2011). Specialized outpatient palliative care. The expectations of general practitioners. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 25, 166, 168-173.
- Schneider, N., Kühne, F., Behmann, M., Bisson, S., Gerlich, M. G., & Wernstedt, T. (2010a). Sind niedergelassene Ärzte für ihre älteren Patienten in der letzten Lebensphase auch außerhalb der Sprechzeiten erreichbar? *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 11, P49.
- Schneider, N., Mitchell, G., & Murray, S. A. (2010b). Der Hausarzt als erster Ansprechpartner. *Deutsches Ärzteblatt*, 19, 925–928.
- Schneider, N., Mitchell, G. K., & Murray, S. A. (2010c). Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC family practice*, 11, 66.
- Schneider, W., Eichner, E., Thoms, U., Kopitzsch, F., & Stadelbacher, S. (2014). *Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums): Ergebnisbericht*. Augsburg.
- Schwabe, S., Ates, G., Ewert, B., Hasselaar, J., Hesse, M., Linge-Dahl, L., Jaspers, B., & Radbruch, L. (2017). "He is not that important anymore" General practitioners in a specialized palliative home care setting from a patient's point of view. *Bundesgesundheitsbl*, 60, 55–61.
- Schweitzer, B. P. M., Blankenstein, N., Deliens, L., & van der Horst, H. (2009). Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information. *BMC Palliat Care*, 8, 17.
- Seamark, D. A., Thorne, C. P., Jones, R. V., Gray, D. J., & Searle, J. F. (1993). Knowledge and perceptions of a domiciliary hospice service among general practitioners and community nurses. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, 43, 57–59.
- Sebo, P., Maisonneuve, H., Cerutti, B., Fournier, J. P., Senn, N., & Haller, D. M. (2017). Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *Journal of medical Internet research*, 19, e83.
- Sekse, R. J. T., Hunskar, I., & Ellingsen, S. (2018 Jan). *The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis*, 1-2. England.

- Selman, L. E., Brighton, L. J., Robinson, V., George, R., Khan, S. A., Burman, R., & Koffman, J. (2017). Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. *BMC palliative care*, 16, 17.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24, 91–96.
- Shaw, K. L., Clifford, C., Thomas, K., & Meehan, H. (2010). Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliative medicine*, 24, 317–329.
- Shipman, C., Addington-Hall, J., Barclay, S., Briggs, J., Cox, I., Daniels, L., & Millar, D. (2002). How and why do GPs use specialist palliative care services? *Palliative medicine*, 16, 241–246.
- Silveira, M. J., & Forman, J. (2012). End-of-life care from the perspective of primary care providers. *Journal of general internal medicine*, 27, 1287–1293.
- Simon, S. T., Pralong, A., Welling, U., & Voltz, R. (2016). Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin Behandlungspfad für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung. *Der Internist*, 57, 953–958.
- Sitte, T. (2011). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Problem oder Chance für Hausärzte und Spezialisten? *Schmerz (Berlin, Germany)*, 25, 131.
- Snyder, S., Hazelett, S., Allen, K., & Radwany, S. (2013). Physician knowledge, attitude, and experience with advance care planning, palliative care, and hospice: results of a primary care survey. *The American journal of hospice & palliative care*, 30, 419–424.
- Spaar, A., Frey, M., Turk, A., Karrer, W., & Puhan, M. A. (2009). Recruitment barriers in a randomized controlled trial from the physicians' perspective: a postal survey. *BMC medical research methodology*, 9, 14.
- Stadtmüller, S., & Porst, R. (2005). Zum Einsatz von Incentives bei postalischen Befragungen. *ZUMA How-to-Reihe*.
- Stanze, D., & Stanze, H. (2019). Die palliative Sedierung – Was der Hausarzt wissen sollte. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 298–302.
- Statistisches Bundesamt (2019a). *Bevölkerung im Erwerbsalter sinkt bis 2035 voraussichtlich um 4 bis 6 Millionen*. Pressemitteilung Nr. 242 vom 27. Juni 2019. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019b). Zahl der Todesfälle im Jahr 2017 um 2,3 % gestiegen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html>.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284, 2476–2482.

- Stocks, N., & Gunnell, D. (2000). What are the characteristics of general practitioners who routinely do not return postal questionnaires: a cross sectional study. *Journal of epidemiology and community health*, *54*, 940–941.
- Street, A., & Blackford, J. (2001). Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *Journal of clinical nursing*, *10*, 643–650.
- Tey, N. P., Lai, S. L., & Teh, J. K. L. (2016). The debilitating effects of chronic diseases among the oldest old in China. *Maturitas*, *94*, 39–45.
- Thomas, K. (2003). The Gold Standards Framework in community palliative care. *European journal of palliative care*, *10*, 113–115.
- Thoosen, B., Vissers, K., Verhagen, S., Prins, J., Bor, H., van Weel, C., Groot, M., & Engels, Y. (2015). Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC family practice*, *16*, 126.
- van Eijk, J.T.M., & Haan, M. de (1998). Care for the chronically ill: the future role of health care professionals and their patients. *Patient education and counseling*, *35*, 233–240.
- van Oorschot, B., & Schweitzer, S. (2003). Ambulante Versorgung von Tumorpatienten im finalen Stadium. Ergebnisse einer schriftlichen Hausärztebefragung in Thüringen. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *128*, 2295–2299.
- Vanderstichelen, S., Cohen, J., van Wesemael, Y., Deliens, L., & Chambaere, K. (2019). Perspectives on Volunteer-Professional Collaboration in Palliative Care: A Qualitative Study Among Volunteers, Patients, Family Carers, and Health Care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Vanderstichelen, S., Houttekier, D., Cohen, J., van Wesemael, Y., Deliens, L., & Chambaere, K. (2018). Palliative care volunteerism across the healthcare system: A survey study. *Palliative medicine*, *32*, 1233–1245.
- VanGeest, J. B., Johnson, T. P., & Welch, V. L. (2007). Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. *Evaluation & the health professions*, *30*, 303–321.
- Vleminck, A. de, Pardon, K., Beernaert, K., Deschepper, R., Houttekier, D., van Audenhove, C., Deliens, L., & Vander Stichele, R. (2014). Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' views and experiences. *PloS one*, *9*, e84905.
- Vogel, C., Jäger, J., & Gisch (2019). Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Allgemeine Ambulante Palliativversorgung“ – eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *20*, 39–44.
- Volkert, A. (2019). Provision of Palliative Care by General Practitioners: Expenditures and Stressors. *Palliative medicine*.
- Voltz, R. (2008). Eine Disziplin für den "ganzen Menschen". *Dtsch Arztebl*, A 20-A 22.

- Wandrowski, J., Schuster, T., Strube, W., & Steger, F. (2012). Medical ethical knowledge and moral attitudes among physicians in Bavaria. *Deutsches Arzteblatt international*, 109, 141–147.
- Weigeldt, U. (2017). *Offener Brief an die Vorstände der KBV und des GKV-Spitzenverbandes - Ambulante Palliativmedizin*.
- Weiskopf, G., Meyer, M., & Renaud, D. (2018). Im Augenblick des Lebens: AAPV oder SAPV?: Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung zwischen AAPV und SAPV – Eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19, 197–204.
- Winthereik, A., Neergaard, M., Vedsted, P., & Jensen, A. (2016). Danish general practitioners' self-reported competences in end-of-life care. *Scandinavian journal of primary health care*, 34, 420–427.
- Wisdom, J. P., Cavaleri, M. A., Onwuegbuzie, A. J., & Green, C. A. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health services research*, 47, 721–745.
- Wolf, F., Freytag, A., Schulz, S., Lehmann, T., Schaffer, S., Vollmar, H. C., Kühlein, T., & Gensichen, J. (2017). German general practitioners' self-reported management of patients with chronic depression. *BMC psychiatry*, 17, 401.
- Worth, A., Boyd, K., Kendall, M., Heaney, D., Macleod, U., Cormie, P., Hockley, J., & Murray, S. (2006). Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, 56, 6–13.

10 Eigenanteil an Datenerhebung und –auswertung und eigene Veröffentlichungen

Diese Arbeit wurde im Rahmen eines Teilprojektes des Verbundprojektes „SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“ (Fkz: 01VSK16005) am Institut für Allgemeinmedizin in Jena unter Betreuung von Herrn Prof. Horst Christian Vollmar durchgeführt.

Unter der Teilprojektleitung von Frau Dr. rer. pol. Antje Freytag wurde die Forschungsfrage auf Grundlage eines von mir durchgeführten Literaturstudiums konkretisiert. In Zusammenarbeit mit Frau Dr. Antje Freytag konzipierte ich den Fragebogen und führte die Datenerhebung durch. Die Datenaufbereitung führte ich überwiegend selbst durch.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch das Institut für medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation unter Anleitung von Herrn Dr. rer. pol. Thomas Lehmann durch mich. Die Interpretation der Ergebnisse fand primär durch Frau Dr. Antje Freytag und mich mit Einordnung der Ergebnisse durch die SAVOIR-Studiengruppe statt.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit werden zur Veröffentlichung bei der wissenschaftlichen Zeitschrift BMC Palliative Care publiziert.

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

Die Publikation basiert auf den Ergebnissen aus den Dissertationskapiteln 4.4.3 und 4.4.4. Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich auf die Erhebung der Daten, die Auswertung und das Schreiben des Manuskriptentwurfs (gemeinsam mit Frau Dr. Antje Freytag).

Weitere Publikationen und Kongressbeiträge:

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

Stichling K , Krause M , Ditscheid B , Hach M , Jansky M , Kaufmann M , Krauss S ,Lehmann T , Meißner W , Schulz S , Vollmar HC , Wedding U, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. *General Practitioners' Evaluation of Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany (Poster)*. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care; 23.-25-05. 2019; Berlin.

Krause, M., Stichling, K., Kaufmann, M., Babin, L., Berg, C., Prässler, A., Ditscheid, B., Vollmar, H. C., Freytag, A., & SAVOIR-Studiengruppe (2018). *Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV – Maßnahmen zur Steigerung des Rücklaufs einer schriftlichen Hausarzt-Befragung (Poster)*. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck.

Freytag A, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Jansky M, Krauss S, Lehmann T, Marschall U, Nauck F, Schneider W, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Meissner W, Savoir Study group. *Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences*. BMC Palliat Care. 2018;18(1):12.

11 Anlage

11.1 Anlage 1: Ergebnistabellen

Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	0,009	0,002	<.001	0,006	0,012	1109
Geschlecht: (weiblich)	-0,085	0,031	0.006	-0,146	-0,024	1110
Tätigkeitsdauer	0,01	0,001	<.001	0,007	0,013	
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	0,272	0,078	0.001	0,119	0,426	549
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,303	0,078	<.001	0,149	0,457	516
MVZ*	0					47
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,256	0,048	<.001	0,162	0,35	1097

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,218	0,043	<.001	0,134	0,302	308
Kleinstadt	0,176	0,042	<.001	0,093	0,259	320
Mittelstadt	0,049	0,047	0,299	-0,043	0,141	212
Großstadt*	0					265
Arbeitsbelastung pro Woche	0,009	0,001	<.001	0,006	0,011	1098
Patienten pro Quartal	$2,62 \cdot 10^{-4}$	$4,22 \cdot 10^{-5}$	<.001	$1,79 \cdot 10^{-4}$	$3,44 \cdot 10^{-4}$	1053
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,002	0,001	<.001	0,001	0,003	1092
Hausbesuche pro Woche	0,004	0,001	<.001	0,003	0,006	1109
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,003	0,001	<.001	0,002	0,004	1087
Selbstverständnis/Rolle	0,272	0,018	<.001	0,237	0,308	1105
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,373	0,02	<.001	0,333	0,413	1092

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams	0,53	0,049	<.001	0,433	0,626	117
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,26	0,054	<.001	0,155	0,366	95
BQKPmV	0,482	0,186	0.01	0,117	0,848	7
40h-Kursweiterbildung	0,193	0,045	<.001	0,106	0,281	148
3Monate in PV gearbeitet	-0,008	0,067	0,901	-0,140	0,123	58
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					649
Abrechnungslevel						
Abrechnung über SAPV	0,507	0,048	<.001	0,412	0,601	117
Abrechnung über Selektivverträge	0,347	0,059	<.001	0,232	0,461	76
BQKPmV	0,366	0,142	0.01	0,088	0,645	12
AAPV+Zusatzbezeichnung	0,151	0,06	0.013	0,032	0,269	71
AAPV*	0					834

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Eingebundensein bei Involvierung der SAPV	0,087	0,018	<.001	0,052	0,121	979
Häufigkeit SAPV-Ablehnung durch MDK	0,005	0,029	0,868	-0,052	0,062	949
SAPV-VO durch andere Leistungserbringer	0,006	0,002	0.005	0,002	0,011	889
SAPV-VO bezogen auf palliative Patienten	-0,079	0,025	0.002	-0,128	-0,029	945
SAPV-Summenindex	0,208	0,065	0.002	0,079	0,336	984
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	0,135	0,038	<.001	0,06	0,21	1006
Versorgungsqualität der SAPV/PKD	-0,089	0,027	0.001	-0,141	-0,036	942
Versorgungsqualität eigene, nicht-ärztliche Mitarbeiter	0,261	0,037	<.001	0,189	0,334	440
Versorgungsqualität Pflege	0,105	0,027	<.001	0,051	0,158	996
Versorgungsqualität Ärzte	0,012	0,03	0,689	-0,046	0,07	779
Versorgungsqualität stationär	0,046	0,036	0,194	-0,024	0,117	916

Fortsetzung Tabelle 16: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Versorgungsqualität weitere Dienste	0,07	0,028	0.012	0,015	0,125	598
Versorgungsqualität HomeCare	0,047	0,024	0,051	<.001	0,094	759
Wichtigkeit SAPV/PKD	-0,257	0,03	<.001	-0,315	-0,199	1069

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	0,009	0,002	<.001	0,006	0,012	991
Geschlecht: weiblich	-0,087	0,032	0.007	-0,150	-0,024	991
Tätigkeitsdauer	0,01	0,001	<.001	0,007	0,013	985
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	0,211	0,079	0.008	0,056	0,365	496
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,217	0,079	0.006	0,061	0,372	452
MVZ*	0					45
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,248	0,049	<.001	0,152	0,345	980

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,181	0,044	<.001	0,094	0,268	261
Kleinstadt	0,167	0,044	<.001	0,081	0,252	281
Mittelstadt	0,045	0,048	0,349	-0,049	0,14	192
Großstadt*	0					252
Arbeitsbelastung pro Woche	0,008	0,001	<.001	0,006	0,011	981
Patienten pro Quartal	$2,5 \cdot 10^{-4}$	$4,36 \cdot 10^{-5}$	<.001	$1,79 \cdot 10^{-4}$	$3,36 \cdot 10^{-4}$	946
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,002	0,001	<.001	0,001	0,003	975
Hausbesuche pro Woche	0,004	0,001	<.001	0,002	0,005	990
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,004	0,001	<.001	0,002	0,005	970
Selbstverständnis/Rolle	0,255	0,018	<.001	0,219	0,291	987
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,353	0,021	<.001	0,312	0,395	975

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,26	0,055	<.001	0,152	0,368	95
BQKPMV	0,482	0,19	0.011	0,109	0,855	7
40h-Kursweiterbildung	0,193	0,046	<.001	0,104	0,283	148
3Monate in PV gearbeitet	-0,008	0,069	0,903	-0,143	0,126	58
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					649
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,347	0,06	<.001	0,229	0,464	76
BQKPMV	0,366	0,145	0.012	0,082	0,65	12
AAPV+Zusatzbezeichnung	0,151	0,062	0.014	0,03	0,272	71
AAPV*	0					834

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Eingebundensein bei Involvierung der SAPV	0,052	0,018	0.004	0,017	0,088	861
Häufigkeit SAPV-Ablehnung durch MDK	-0,053	0,032	0,104	-0,116	0,011	831
SAPV-VO durch andere Leistungserbringer	0,005	0,003	0,169	-0,002	0,011	779
SAPV-VO bezogen auf palliative Patienten	-0,098	0,026	<.001	-0,149	-0,047	830
SAPV-Summenindex	0,061	0,068	0,371	-0,073	0,195	866
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	0,118	0,039	0.002	0,042	0,194	897
Versorgungsqualität der SAPV/PKD	-0,111	0,027	<.001	-0,1463	-0,058	833
Versorgungsqualität eigene, nicht-ärztliche Mitarbeiter	0,274	0,039	<.001	0,197	0,35	380
Versorgungsqualität Pflege	0,107	0,028	<.001	0,051	0,162	887
Versorgungsqualität Ärzte	-0,015	0,03	0,614	-0,074	0,044	684

Fortsetzung Tabelle 17: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Versorgungsqualität stationär	0,064	0,037	0,082	-0,008	0,137	815
Versorgungsqualität weitere Dienste	0,063	0,029	0.030	0,006	0,119	509
Versorgungsqualität HomeCare	0,042	0,025	0,100	-0,008	0,092	667
Wichtigkeit SAPV/PKD	-0,316	0,03	<.001	-0,375	-0,258	954

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
<i>Konstanter Term</i>	1,566	0,239	6,562	<.001	1,097	2,034
Alter	-0,002	0,003	-0,671	0,502	-0,008	0,004
Geschlecht (weiblich)	0,044	0,032	1,363	0,173	-0,019	0,107
Tätigkeitsdauer	0,007	0,002	2,875	0.004	0,002	0,012
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,090	0,092	-0,981	0,327	-0,270	0,090
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,041	0,092	-0,449	0,654	-0,221	0,139
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,058	0,062	0,937	0,349	-0,064	0,181

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,013	0,044	0,288	0,774	-0,074	0,100
Kleinstadt	-0,003	0,045	-0,072	0,942	-0,092	0,085
Mittelstadt	-0,049	0,048	-1,013	0,312	-0,144	0,046
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,352	0,051	6,897	<.001	0,252	0,452
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,357	0,183	1,956	0,051	-0,001	0,716
BQKPmV	0,542	0,224	2,421	0.016	0,102	0,982
40h-Kursweiterbildung	0,010	0,043	0,226	0,821	-0,076	0,095
3Monate in PV gearbeitet	0,046	0,065	0,702	0,483	-0,082	0,174
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,352	0,051	6,897	<.001	0,252	0,452
Abrechnung über Selektivverträge	0,136	0,126	1,075	0,283	-0,112	0,384
BQKPmV	-0,402	0,216	-1,862	0,063	-0,827	0,022
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,421	0,190	-2,216	0.027	-0,795	-0,048
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	0,001	0,001	0,517	0,605	-0,002	0,004
Patienten pro Quartal	$9,184 \cdot 10^{-5}$	$4,617 \cdot 10^{-5}$	1,989	0.047	$1,169 \cdot 10^{-6}$	0,000
Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	1,340	0,181	-0,001	0,003
Selbstverständnis	0,150	0,021	7,127	<.001	0,109	0,192
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,223	0,027	8,221	<.001	0,170	0,277
SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	-0,069	0,024	-2,932	0.003	-0,115	-0,023

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	0,004	0,002	1,689	0,092	-0,001	0,008
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,030	0,019	1,630	0,104	-0,006	0,067
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,033	0,028	-1,156	0,248	-0,089	0,023
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	-0,152	0,029	-5,251	<.001	-0,209	-0,095
Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur	0,125	0,042	2,985	0.003	0,043	0,207
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0,007	0,072	0,099	0,921	-0,135	0,149

Fortsetzung Tabelle 18: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,048	0,087	0,549	0,583	-0,123	0,218
Berlin	-0,024	0,107	-0,228	0,820	-0,235	0,186
Hessen	0,045	0,091	0,492	0,623	-0,134	0,224
Niedersachsen	0,059	0,088	0,672	0,502	-0,114	0,233
Sachsen-Anhalt	0,030	0,089	0,336	0,737	-0,145	0,205
Schleswig-Holstein	0,053	0,090	0,587	0,557	-0,124	0,230
Thüringen	0,155	0,087	1,771	0,077	-0,017	0,327
Westfalen-Lippe*	0a					

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, korrigiertes R-Quadrat=0,456, F(36, 648)=16,09 p<.001, n=648, *Referenz

Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
<i>Konstanter Term</i>	1,625	0,256	6,340	<.001	1,121	2,128
Alter	-0,003	0,003	-0,847	0,397	-0,009	0,004
Geschlecht (weiblich)	0,046	0,035	1,310	0,191	-0,023	0,116
Tätigkeitsdauer	0,007	0,003	2,817	0.005	0,002	0,012
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,097	0,097	-1,003	0,316	-0,287	0,093
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,058	0,097	-0,605	0,545	-0,248	0,131
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,065	0,067	0,959	0,338	-0,068	0,197

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,007	0,049	0,139	0,890	-0,090	0,103
Kleinstadt	0,003	0,050	0,056	0,955	-0,095	0,101
Mittelstadt	-0,037	0,053	-0,713	0,476	-0,141	0,066
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,379	0,189	2,004	0,046	0,007	0,751
BQKPmV	0,566	0,232	2,439	0.015	0,110	1,022
40h-Kursweiterbildung	0,007	0,045	0,156	0,876	-0,081	0,096
3Monate in PV gearbeitet	0,043	0,068	0,631	0,528	-0,090	0,176
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*						

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,126	0,131	0,959	0,338	-0,132	0,384
BQKPmV	-0,424	0,224	-1,893	0,059	-0,864	0,016
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,438	0,197	-2,222	0.027	-0,825	-0,051
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	0,001	0,002	0,633	0,527	-0,002	0,004
Patienten pro Quartal	8,505E-05	5,192E-05	1,638	0,102	-1,695E-05	0,000
Hausbesuche pro Woche	0,002	0,001	1,732	0,084	0,000	0,004
Selbstverständnis	0,149	0,022	6,623	<.001	0,105	0,193
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,227	0,029	7,726	<.001	0,169	0,285
SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	-0,072	0,026	-2,742	0.006	-0,123	-0,020

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	0,006	0,003	1,789	0,074	-0,001	0,012
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,019	0,020	0,931	0,352	-0,021	0,058
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,035	0,033	-1,050	0,294	-0,100	0,030
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	-0,147	0,031	-4,727	<.001	-0,209	-0,086
Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur	0,129	0,046	2,812	0.005	0,039	0,219
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	-0,017	0,079	-0,218	0,827	-0,172	0,137

Fortsetzung Tabelle 19: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Aktivitäts-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,024	0,092	0,263	0,792	-0,157	0,206
Berlin	-0,062	0,113	-0,547	0,585	-0,285	0,161
Hessen	0,016	0,097	0,161	0,872	-0,175	0,206
Niedersachsen	0,029	0,095	0,308	0,758	-0,158	0,216
Sachsen-Anhalt	0,001	0,096	0,015	0,988	-0,187	0,190
Schleswig-Holstein	0,020	0,097	0,208	0,835	-0,171	0,212
Thüringen	0,128	0,093	1,380	0,168	-0,054	0,311
Westfalen-Lippe*	0					

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, korrigiertes R-Quadrat=0,374, (F(35,565)=10,62) p<.001, n=565, *Referenz

Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	-0,002	0,002	0,337	-0,005	0,002	1068
Geschlecht: weiblich	0,143	0,031	<.001	.082	0,204	1070
Tätigkeitsdauer	-0,03	0,001	0.037	-0,006	-1.85*10 ⁽⁻⁴⁾	1061
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,106	0,078	0,175	-0,260	0,047	527
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,106	0,078	0,177	-0,260	0,048	497
MVZ*	0					47
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,060	0,05	0,232	-0,157	0,038	1056

Fortsetzung Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	-0,041	0,044	0,347	-0,128 ;	0,045	299
Kleinstadt	-0,043	0,044	0,324	-0,129	0,043	309
Mittelstadt	-0,055	0,048	0,254	-0,150	0,040	205
Großstadt*	0		0	0		251
Arbeitsbelastung/Woche	-0,004	0,001	0.002	-0,007 ;	-0,002	1057
Anzahl Patienten/Quartal	$-8,29 \cdot 10^{-5}$	$-4,33 \cdot 10^{-5}$	0,056	$1,68 \cdot 10^{-4}$	$2,133 \cdot 10^{-6}$	1013
Anzahl palliativer Patienten/Jahr	$-2,8 \cdot 10^{-4}$	0,001	0,601	-0,001	0,001	1053
Anzahl der Hausbesuche pro Woche	-0,001	0,001	0,165	-0,003	$4,45 \cdot 10^{-4}$	1069
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,002	0,001	<.001	-0,003	-0,001	1049
Selbstverständnis/Rolle	-0,128	0,02	<.001	-0,167	-0,090	1063
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,149	0,023	<.001	-0,195	-0,103	1052

Fortsetzung Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit im SAPV-Team	0,162	0,052	0.002	0,061	0,263	115
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,080	0,056	0,153	-0,190	0,030	95
BQKPmV	-0,337	0,193	0,081	-0,715	0,041	7
40stündige Kursweiterbildung	-0,068	0,047	0,15	-0,160	0,024	144
3Monate in Einrichtung der Palliativversorgung gearbeitet	0,069	0,071	0,337	-0,072	0,209	55
keine + ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					620
Abrechnungslevel						
Abrechnung über SAPV	0,162	0,051	0.001	0,063	0,262	115
Abrechnung über Selektivverträge	-0,087	0,063	0,163	-0,210	0,035	72
BQKPmV	-0,399	0,148	0,007	-0,689	-0,108	12
AAPV + Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,081	0,062	0,196	-0,203	0,042	73
AAPV*	0					799

Fortsetzung Tabelle 20: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität	-0,258	0,03	<.001	-0,316	-0,2	1069
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,125	0,017	<.001	0,091	0,159	950
Ablehnung der SAPV-Verordnungen durch MDK	0,041	0,029	0,158	-0,016	0,098	925
Anzahl von SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,003	0,002	0,189	-0,008	0,001	864
Versorgungsqualität der umgebenden Infrastruktur	0,128	0,039	0.001	0,052	0,205	977
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	0,255	0,026	<.001	0,204	0,306	919

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	-0,002	0,002	0,238	-0,006	0,001	954
Geschlecht (weiblich)	0,158	0,033	<.001	0,093	0,223	955
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,002	0.023	-0,006	-0,00048	948
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,123	0,081	0,128	-0,281	0,035	475
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,123	0,081	0,128	-0,282	0,035	436
MVZ*						45
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,064	0,052	0,218	-0,165	0,038	943

Fortsetzung Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	-0,084	0,047	.070	-0,176	0,007	252
Kleinstadt	-0,057	0,046	0,212	-0,147	0,033	272
Mittelstadt	-0,078	0,05	0,124	-0,177	0,021	186
Großstadt*						239
Arbeitsbelastung pro Woche	-0,005	0,001	<.001	-0,008	-0,002	944
Anzahl Patienten pro Quartal	$-9,08 \cdot 10^{-5}$	$-4,58 \cdot 10^{-5}$	0.048	$-1,81 \cdot 10^{-4}$	$-7,76 \cdot 10^{-7}$	
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	-0,001	0,001	0,081	-0,002	$1,40 \cdot 10^{-4}$	940
Anzahl der Hausbesuche pro Woche	-0,001	0,001	0,096	-0,003	$2,42 \cdot 10^{-4}$	954
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,000327	$1,67 \cdot 10^{-4}$	0,051	-0,001	$1,46 \cdot 10^{-6}$	937
Selbstverständnis	-0,145	0,02	<.001	-0,185	-0,106	949
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,182	0,024	<.001	-0,230	-0,135	939

Fortsetzung Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,080	0,057	0,158	-0,191	0,031	95
BQKPmV	-0,337	0,195	0,084	-0,720	0,045	7
40stündige Kursweiterbildung	-0,068	0,047	0,154	-0,161	0,025	144
3Monate in Einrichtung der Palliativversorgung gearbeitet	0,069	0,072	0,342	-0,073	0,21	55
keine + ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					620
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	-0,087	0,063	0,168	-0,212 ;	0,037	72
BQKPmV	-0,399	0,15	0.008	-0,693 ;	-0,105	12
AAPV + Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,081	0,063	0,201	-0,204 ;	0,043	73
AAPV*	0					799

Fortsetzung Tabelle 21: univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität	-0,334	0,031	<.001	-0,395	-0,272	954
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,116	0,018	<.001	0,080	0,152	836
Ablehnung der SAPV-Verordnungen durch MDK	0,017	0,033	0,617	-0,049	0,082	811
Anzahl von SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,007	0,003	0.035	-0,014	-0,001	756
Versorgungsqualität der umgebenden Infrastruktur	0,121	0,041	0.003	0,042	0,201	869
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	0,241	0,027	<.001	0,187	0,294	811

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
<i>Konstanter Term</i>	2,050	0,302	6,788	<.001	1,457	2,643
Alter	0,007	0,004	2,039	0.042	0,000	0,015
Geschlecht (weiblich)	0,070	0,039	1,809	0,071	-0,006	0,147
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,003	-1,030	0,304	-0,009	0,003
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,014	0,112	-0,126	0,900	-0,234	0,206
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,034	0,112	0,308	0,758	-0,185	0,254
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,088	0,075	1,166	0,244	-0,060	0,235

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,047	0,054	0,871	0,384	-0,059	0,154
Kleinstadt	-0,003	0,055	-0,057	0,955	-0,111	0,105
Mittelstadt	0,007	0,059	0,114	0,909	-0,109	0,122
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,238	0,065	3,655	<.001	0,110	0,366
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,180	0,218	0,829	0,408	-0,247	0,608
BQKPmV	0,039	0,274	0,143	0,886	-0,499	0,577
40h-Kursweiterbildung	0,029	0,053	0,539	0,590	-0,076	0,134
3Monate in PV gearbeitet	0,112	0,079	1,425	0,155	-0,042	0,267
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,238	0,065	3,655	<.001	0,110	0,366
Abrechnung über Selektivverträge	0,100	0,158	0,634	0,526	-0,210	0,410
BQKPmV	-0,262	0,263	-0,998	0,319	-0,779	0,254
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,243	0,227	-1,071	0,285	-0,689	0,203
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	-0,001	0,002	-0,812	0,417	-0,005	0,002
Anzahl Patienten pro Quartal	$-5,438 \cdot 10^{-5}$	$5, \cdot 10^{-5}$	-0,960	0,338	0,000	$5,691E-05$
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	1,194	0,233	-0,001	0,002
Anzahl Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	0,530	0,597	-0,002	0,003

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-9,423E-05	0,001	-0,140	0,889	-0,001	0,001
Selbstverständnis	-0,069	0,027	-2,594	0.010	-0,121	-0,017
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,012	0,035	-0,352	0,725	-0,080	0,056
hausärztliche Aktivität	-0,257	0,049	-5,216	<.001	-0,354	-0,160
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,002	0,003	-0,874	0,383	-0,008	0,003
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,094	0,022	4,198	<.001	0,050	0,139
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	0,003	0,035	0,094	0,925	-0,065	0,072
Versorgungsqualität des SAPV/PKD	0,145	0,035	4,163	<.001	0,077	0,214
Versorgungsqualität der umgebenden (allgemeinen) Infrastruktur	-0,027	0,052	-0,520	0,603	-0,128	0,075

Fortsetzung Tabelle 22: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,044	0,102	0,428	0,669	-0,157	0,245
Berlin	0,186	0,128	1,447	0,148	-0,066	0,438
Hessen	0,169	0,108	1,562	0,119	-0,043	0,381
Niedersachsen	0,189	0,105	1,806	0,071	-0,017	0,395
Sachsen-Anhalt	0,157	0,105	1,485	0,138	-0,050	0,364
Schleswig-Holstein	0,159	0,107	1,490	0,137	-0,051	0,369
Thüringen	0,193	0,104	1,862	0,063	-0,011	0,397
Westfalen-Lippe*	0					

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, korrigiertes R-Quadrat=0,189, F(37,641)=5,05 p<.001, n=641, *Referenz

Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
<i>Konstanter Term</i>	2,302	0,315	7,318	<.001	1,684	2,920
Alter	0,006	0,004	1,598	0,111	-0,001	0,013
Geschlecht (weiblich)	0,076	0,041	1,840	0,066	-0,005	0,157
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,003	-0,828	0,408	-0,009	0,004
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,025	0,114	-0,221	0,825	-0,249	0,199
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,006	0,114	-0,049	0,961	-0,230	0,219
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,092	0,079	1,166	0,244	-0,063	0,246

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,017	0,058	0,285	0,776	-0,098	0,131
Kleinstadt	-0,022	0,058	-0,371	0,710	-0,137	0,093
Mittelstadt	-0,008	0,062	-0,133	0,894	-0,129	0,113
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,229	0,218	1,049	0,295	-0,200	0,658
BQKPmV	0,085	0,274	0,309	0,758	-0,455	0,624
40h-Kursweiterbildung	0,037	0,054	0,687	0,492	-0,068	0,142
3Monate in PV gearbeitet	0,109	0,079	1,381	0,168	-0,046	0,265
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,097	0,158	0,613	0,540	-0,214	0,407
BQKPmV	-0,227	0,266	-0,855	0,393	-0,749	0,295
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,289	0,228	-1,268	0,205	-0,737	0,159
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	-0,002	0,002	0,961	0,337	-0,005	0,002
Anzahl Patienten pro Quartal	$-2,002 \cdot 10^{-5}$	$6,208 \cdot 10^{-5}$	-0,323	0,747	0,000	0,000
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	1,015	0,311	-0,001	0,003
Anzahl Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	1,069	0,286	-0,001	0,004
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,002	0,001	-1,589	0,113	-0,004	0,000
Selbstverständnis	-0,062	0,027	-2,246	0.025	-0,116	-0,008
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,011	0,036	-0,291	0,771	-0,082	0,061

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
hausärztliche Aktivität	-0,283	0,051	-5,512	<.001	-0,384	-0,182
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,003	0,004	-0,712	0,477	-0,010	0,005
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,088	0,023	3,752	<.001	0,042	0,134
Ablehnung der SAPV-Verordnung durch MDK	-0,007	0,039	-0,185	0,854	-0,084	0,069
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	-0,016	0,055	-0,284	0,776	-0,124	0,092
Versorgungsqualität SAPV/PKD	0,119	0,036	3,273	0.001	0,048	0,190

Fortsetzung Tabelle 23: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,037	0,105	0,356	0,722	-0,169	0,243
Berlin	0,126	0,131	0,958	0,338	-0,132	0,383
Hessen	0,128	0,110	1,159	0,247	-0,089	0,344
Niedersachsen	0,153	0,109	1,407	0,160	-0,061	0,367
Sachsen-Anhalt	0,092	0,109	0,844	0,399	-0,122	0,307
Schleswig-Holstein	0,179	0,110	1,620	0,106	-0,038	0,396
Thüringen	0,145	0,106	1,369	0,172	-0,063	0,353
Westfalen-Lippe*	0					

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

Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	$-4,59 \cdot 10^{-4}$	0,002	0,837	-0,005	0,004	955
Geschlecht: weiblich	0,118	0,039	0.003	0,041	0,195	955
Tätigkeitsdauer	$1,45 \cdot 10^{-4}$	0,002	0,938	-0,004	0,004	947
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,095	0,101	0,348	-0,294	0,104	459
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,054	0,101	0,591	-0,254	0,145	458
MVZ	0					40
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,037	0,065	0,573	-0,165	0,091	943

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,009	0,056	0,876	-0,102	0,119	264
Kleinstadt	0,006	0,055	0,917	-0,103	0,114	285
Mittelstadt	0,011	0,061	0,857	-0,109	0,131	190
Großstadt*	0					213
Arbeitsbelastung pro Woche	-0,002	0,002	0,162	-0,006	0,001	945
Anzahl Patienten pro Quartal	$3,28 \cdot 10^{-5}$	$5,52 \cdot 10^{-5}$	0,489	$-7,000 \cdot 10^{-5}$	$1,47 \cdot 10^{-4}$	903
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	0,277	-0,001	0,002	939
Anzahl Hausbesuche pro Woche	$2,980 \cdot 10^{-4}$	0,001	0,755	-0,002	0,002	954
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	$3,46 \cdot 10^{-4}$	0,001	0,660	-0,001	0,002	934
Selbstverständnis	-0,033	0,027	0,216	-0,086	0,019	954
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,006	0,031	0,856	-0,067	0,056	939

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,168	0,064	0.009	0,043	0,293	110
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,135	0,071	0,056	-0,273	0,004	87
BQKPmV	-0,353	0,251	0,160	-0,846	0,139	6
40h-Kursweiterbildung	0,095	0,095	0,125	-0,026	0,216	119
3Monate in PV gearbeitet	-0,059	0,089	0,509	-0,235	0,166	51
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					552
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,158	0,062	0.011	0,036	0,28	110
Abrechnung über Selektivverträge	0,089	0,076	0,243	-0,060	0,239	70
BQKPmV	-0,697	0,204	0.001	-1,097	-0,296	9
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,166	0,078	0.034	-0,320	-0,013	66
AAPV*	0					702

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,257	0,055	<.001	-0,357	-0,149	851
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,283	0,046	<.001	-0,373	-0,193	854
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,188	0,041	<.001	-0,268	-0,108	852
keine gute materielle Ausstattung	-0,296	0,048	<.001	-0,389	-0,202	853
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,864	0,064	<.001	-0,989	-0,738	855
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,284	0,041	<.001	-0,365	-0,203	848
keine Fortbildungsangebote für Hausärzte/Kollegen	-0,225	0,041	<.001	-0,305	-0,146	853

Fortsetzung Tabelle 24: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Ärztliche Leitung...						
nicht durch Klinikärzte	-0,050	0,042	0,235	-0,132	0,032	757
nicht durch Hausärzte	0,041	0,041	0,325	-0,040	0,122	757
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,042	0,041	0,307	-0,121	-0,038	757
Ansiedlung des SAPV-Teams ...						
nicht bei einer Praxis/Praxenverbund	0,067	0,048	0,157	-0,026	0,161	809
nicht an einer Klinik	-0,013	0,042	0,751	-0,096	0,070	809
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,015	0,047	0,755	-0,078	0,107	809
nicht bei einem Pflegedienst	0,066	0,061	0,277	-0,053	0,185	809
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	-0,069	0,041	0,098	-0,150	0,013	809
Wichtigkeit SAPV/PKD	0,371	0,038	<.001	0,296	0,445	919
Anzahl SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	0,146	0,032	<.001	0,084	0,208	839

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität (Aktivitäts-Score)	-0,131	0,039	0.001	-0,208	-0,054	942
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,205	0,022	<.001	0,163	0,248	872
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,061	0,037	0,099	-0,133	0,012	850
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0,994	0,08	<.001	0,836	1,151	859

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Alter	-0,001	0,002	0,639	-0,006	0,004	845
Geschlecht: weiblich	0,136	0,043	0.002	0,052	0,22	845
Tätigkeitsdauer	-0,001	0,002	0,590	-0,005	0,003	839
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,101	0,108	0,350	-0,314	0,111	412
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,051	0,109	0,640	-0,264	0,162	398
MVZ*	0					37
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,045	0,07	0,517	-0,182	0,092	835

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Region der Praxis						
Landgemeinde	-0,028	0,061	0,643	-0,148	0,092	220
Kleinstadt	-0,014	0,059	0,817	-0,130	0,103	249
Mittelstadt	0,007	0,065	0,915	-0,121	0,135	172
Großstadt*	0					201
Arbeitsbelastung pro Woche	-0,003	0,002	0,092	-0,007	$4,97 \cdot 10^{-4}$	837
Anzahl Patienten pro Quartal	$1,54 \cdot 10^{-5}$	$5,96 \cdot 10^{-5}$	0,796	$-1,02 \cdot 10^{-4}$	$1,32 \cdot 10^{-4}$	805
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	$-2,97 \cdot 10^{-5}$	0,001	0,975	-0,002	0,002	939
Anzahl Hausbesuche pro Woche	-0,001	0,001	0,570	-0,003	0,001	844
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,001	0,001	0,332	-0,003	0,001	826
Selbstverständnis	-0,043	0,029	0,137	-0,099	0,014	845
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,034	0,034	0,318	-0,100	0,033	831

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,135	0,073	0,064	-0,278	0,008	87
BQKPmV	-0,353	0,259	0,173	-0,861	0,155	6
40h-Kursweiterbildung	0,095	0,064	0,137	-0,030	0,220	119
3Monate in PV gearbeitet	-0,059	0,092	0,522	-0,240	0,122	51
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					552
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,089	0,078	0,256	-0,065	0,243	70
BQKPmV	-0,697	0,21	0.001	-1,109	-0,284	9
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,166	0,081	0.039	-0,325	-0,008	66
AAPV*	0					702

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
hausärztliche Aktivität (Aktivitäts-Score)	-0,181	0,044	<.001	-0,267	-0,095	833
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,197	0,024	<.001	0,150	0,244	763
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,097	0,044	0.026	-0,183	-0,012	741
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0,992	0,089	<.001	0,818	1,167	750
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,328	0,063	<.001	-0,451	-0,205	744
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,263	0,05	<.001	-0,360	-0,165	746
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,205	0,045	<.001	-0,293	-0,118	743
keine gute materielle Ausstattung	-0,286	0,051	<.001	-0,386	-0,186	744
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,810	0,068	<.001	-0,944	-0,676	746

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,279	0,047	<.001	-0,371	-0,187	741
keine Fortbildungsangebote für HÄ/Kollegen	-0,206	0,045	<.001	-0,295	-0,188	744
Ärztliche Leitung...						
nicht durch Klinikärzte	-0,053	0,047	0,260	-0,145	0,039	652
nicht durch Hausärzte	0,068	0,047	0,149	-0,024	0,160	653
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,071	0,046	0,119	-0,161	0,018	653

Fortsetzung Tabelle 25: Univariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	p-Wert	95%-KI		n
				Untergrenze	Obergrenze	
Ansiedlung des SAPV-Teams ...						
nicht bei einer Praxis/Praxenverbund	0,072	0,052	0,163	-0,029	0,174	703
nicht an einer Klinik	-0,016	0,046	0,722	-0,107	0,074	703
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,012	0,052	0,823	-0,091	0,114	703
nicht bei einem Pflegedienst	0,055	0,068	0,418	-0,079	0,190	703
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	-0,058	0,046	0,212	-0,148	0,033	703
Wichtigkeit SAPV/PKD	0,365	0,041	<.001	0,284	0,446	811
SAPV-Verordnungen (bezogen auf palliative Patienten)	0,155	0,034	<.001	0,087	0,222	733

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz

Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
<i>Konstanter Term</i>	3,986	0,362	11,023	<.001	3,275	4,696
Alter	0,001	0,004	0,180	0,857	-0,008	0,009
Geschlecht: weiblich	0,107	0,047	2,268	0.024	0,014	0,199
Tätigkeitsdauer	0,001	0,004	0,215	0,830	-0,006	0,008
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,002	0,140	-0,014	0,988	-0,276	0,272
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	0,073	0,137	0,535	0,593	-0,196	0,343
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	-0,155	0,098	-1,577	0,115	-0,348	0,038
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,002	0,067	0,035	0,972	-0,129	0,133
Kleinstadt	0,034	0,066	0,520	0,603	-0,095	0,164
Mittelstadt	-0,008	0,069	-0,118	0,906	-0,144	0,128
Großstadt*	0					

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Qualifikationslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,104	0,079	1,317	0,188	-0,051	0,259
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,077	0,257	-0,299	0,765	-0,582	0,429
BQKPmV	0,082	0,327	0,250	0,803	-0,561	0,724
40h-Kursweiterbildung	0,128	0,066	1,929	0,054	-0,002	0,258
3Monate in PV gearbeitet	0,065	0,098	0,661	0,509	-0,128	0,259
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					
Abrechnungslevel						
aktuelle Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams	0,104	0,079	1,317	0,188	-0,051	0,259
Abrechnung über Selektivverträge	0,162	0,175	0,926	0,355	-0,182	0,506
BQKPmV	-0,173	0,318	-0,544	0,586	-0,799	0,452
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,080	0,269	-0,298	0,766	-0,608	0,448
AAPV*	0					

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Arbeitsbelastung pro Woche	0,001	0,002	0,622	0,535	-0,003	0,005
Anzahl Patienten pro Quartal	$9,689 \cdot 10^{-5}$	$6, \cdot 10^{-5}$	1,457	0,146	$-3,370 \cdot 10^{-5}$	0,000
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	1,007	0,315	-0,001	0,002
Anzahl Hausbesuche pro Woche	$-3,640 \cdot 10^{-5}$	0,001	-0,028	0,977	-0,003	0,002
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,000	0,001	0,402	0,688	-0,001	0,002
Selbstverständnis	0,029	0,033	0,897	0,370	-0,035	0,093
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,026	0,042	0,624	0,533	-0,056	0,109
hausärztliche Aktivität	-0,293	0,057	-5,161	<.001	-0,404	-0,181
Eingebunden-sein nach SAPV-Involvierung	0,137	0,028	4,963	<.001	0,083	0,191
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,042	0,041	-1,010	0,313	-0,122	0,039
Summenindex Strukturmerkmale SAPV-	0**					

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,139	0,059	-2,364	0.018	-0,255	-0,023
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,084	0,053	-1,591	0,112	-0,188	0,020
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,057	0,045	-1,253	0,211	-0,146	0,032
keine gute materielle Ausstattung	-0,094	0,057	-1,643	0,101	-0,207	0,018
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,509	0,091	-5,611	<.001	-0,688	-0,331
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,095	0,048	-1,987	0.047	-0,189	-0,001
keine Fortbildungsangebote für Hausärzte/Kollegen	-0,080	0,046	-1,727	0,085	-0,170	0,011
Ärztliche Leitung...						
nicht durch Klinikärzte	-0,125	0,059	-2,131	0.034	-0,240	-0,010
nicht durch Hausärzte	-0,002	0,056	-0,029	0,977	-0,111	0,108
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,024	0,053	-0,447	0,655	-0,129	0,081

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Ansiedlung des SAPV-Teams ...						
nicht bei einer Praxis/ Praxenverbund	-0,006	0,061	-0,106	0,916	-0,126	0,113
nicht an einer Klinik	0,112	0,064	1,741	0,082	-0,014	0,238
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,012	0,053	0,225	0,822	-0,092	0,116
nicht bei einem Pflegedienst	0,067	0,074	0,915	0,361	-0,077	0,212
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	0,024	0,055	0,441	0,660	-0,084	0,132

Fortsetzung Tabelle 26: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, gesamte Stichprobe

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	-0,003	0,123	-0,024	0,981	-0,245	0,239
Berlin	-0,129	0,157	-0,826	0,409	-0,437	0,179
Hessen	0,037	0,130	0,283	0,778	-0,218	0,291
Niedersachsen	-0,007	0,126	-0,054	0,957	-0,254	0,240
Sachsen-Anhalt	0,031	0,126	0,247	0,805	-0,217	0,279
Schleswig-Holstein	0,010	0,128	0,079	0,937	-0,242	0,262
Thüringen	-0,023	0,123	-0,184	0,854	-0,264	0,219
Westfalen-Lippe*	0					

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz, ** keine Berechnung durch Kollinearität,
 korrigiertes R-Quadrat =0,247, F(49, 585)=4,90 p<.001, n=585

Tabelle 27: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
<i>Konstanter Term</i>	3,975	0,401	9,920	<.001	3,188	4,763
Alter	0,002	0,005	0,456	0,649	-0,007	0,011
Geschlecht: weiblich	0,131	0,053	2,452	0.015	0,026	0,236
Tätigkeitsdauer	0,000	0,004	-0,099	0,921	-0,008	0,007
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,044	0,153	-0,288	0,774	-0,346	0,257
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftsp.	0,034	0,151	0,225	0,822	-0,263	0,331
MVZ*	0					
Angestelltenverhältnis(nicht angestellt)	-0,133	0,110	-1,216	0,225	-0,349	0,082
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,015	0,075	0,206	0,837	-0,131	0,162
Kleinstadt	0,063	0,073	0,852	0,394	-0,082	0,207
Mittelstadt	0,028	0,077	0,361	0,718	-0,123	0,179
Großstadt*	0					

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-0,077	0,272	-0,284	0,776	-0,612	0,457
BQKPmV	0,069	0,346	0,200	0,842	-0,611	0,749
40h-Kursweiterbildung	0,128	0,070	1,823	0,069	-0,010	0,265
3Monate in PV gearbeitet	0,070	0,105	0,668	0,505	-0,136	0,276
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,167	0,185	0,899	0,369	-0,198	0,531
BQKPmV	-0,176	0,342	-0,517	0,606	-0,848	0,495
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,061	0,285	-0,214	0,831	-0,620	0,498
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung pro Woche	0,001	0,002	0,328	0,743	-0,004	0,005
Anzahl Patienten pro Quartal	0,000	$7,680 \cdot 10^{-5}$ *	1,509	0,132	$-3,501 \cdot 10^{-5}$	0,000

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
Anzahl palliativer Patienten pro Jahr	0,001	0,001	0,528	0,597	-0,001	0,003
Anzahl Hausbesuche pro Woche	0,000	0,001	-0,179	0,858	-0,003	0,003
Anzahl Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	0,001	0,001	0,518	0,605	-0,002	0,003
Selbstverständnis/Rolle	0,038	0,036	1,067	0,287	-0,032	0,109
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	0,020	0,047	0,431	0,667	-0,072	0,112
hausärztliche Aktivität	-0,294	0,063	-4,669	<.001	-0,417	-0,170
Eingebunden-sein n. SAPV-Involvierung	0,136	0,031	4,423	<.001	0,075	0,196
Ablehnung der SAPV-VO durch MDK	-0,049	0,049	-1,007	0,315	-0,145	0,047
Summenindex SAPV-Strukturmerkmale	0**					
SAPV-Strukturmerkmale						
SAPV bietet keine Vollversorgung an	-0,179	0,069	-2,586	0.010	-0,316	-0,043
keine ausreichende Aufnahmekapazität	-0,084	0,059	-1,422	0,156	-0,201	0,032
kein Vorhalten verschiedener Professionen im Team	-0,063	0,051	-1,237	0,217	-0,164	0,037

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
keine gute materielle Ausstattung	-0,089	0,063	-1,416	0,157	-0,213	0,034
keine Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zu jeder Zeit	-0,485	0,098	-4,935	<.001	-0,678	-0,292
keine regelmäßigen Besprechungen von Patientenkasuistiken	-0,087	0,054	-1,598	0,111	-0,194	0,020
keine Fortbildungsangebote	-0,073	0,052	-1,411	0,159	-0,176	0,029
Ärztliche Leitung...						
nicht durch Klinikärzte	-0,148	0,068	-2,166	0.031	-0,282	-0,014
nicht durch Hausärzte	0,003	0,065	0,044	0,965	-0,125	0,130
nicht durch ambulante Fachspezialisten	-0,044	0,061	-0,711	0,477	-0,164	0,077
Ansiedlung des SAPV-Teams ...						
nicht bei einer Praxis/Praxenverbund	-0,018	0,069	-0,263	0,793	-0,154	0,117
nicht an einer Klinik	0,123	0,075	1,644	0,101	-0,024	0,270
nicht bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst	0,002	0,061	0,036	0,971	-0,118	0,122

Fortsetzung Tabelle 27: multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: Versorgungsqualität des SAPV/PKD, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Untergrenze	Obergrenze
nicht bei einem Pflegedienst	0,081	0,087	0,931	0,352	-0,090	0,251
nicht bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk)	0,019	0,064	0,291	0,772	-0,107	0,145
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	-0,031	0,134	-0,230	0,818	-0,295	0,233
Berlin	-0,149	0,169	-0,881	0,379	-0,482	0,184
Hessen	0,003	0,141	0,023	0,981	-0,273	0,280
Niedersachsen	-0,040	0,140	-0,289	0,772	-0,315	0,235
Sachsen-Anhalt	0,032	0,139	0,233	0,816	-0,241	0,306
Schleswig-Holstein	-0,009	0,142	-0,067	0,947	-0,288	0,269
Thüringen	-0,060	0,133	-0,450	0,653	-0,322	0,202
Westfalen-Lippe*	0					

β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz,

** keine Berechnung durch Kollinearität, korrigiertes R-Quadrat=0,230, F(48,506)=4,136, n=506

11.2 Anlage 2: Anschreiben Hausärzte



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
jena**



Institut für
Allgemeinmedizin



SAVOIR



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Universitätsklinikum Jena • Institut für Allgemeinmedizin • Bachstraße 18 • 07743 Jena

Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
Kommissarischer Institutsdirektor
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

Telefon 03641-9 39 58 01
Telefax 03641-9 39 58 02
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert
nach DIN EN ISO 9001.

Datum: 12. März 2018

Institutsleitung:
Prof. Dr. med. Horst
Christian Vollmar, MPH
Tel. 03641-9 39 58 00
horst.vollmar@med.uni-jena.de

Studienleitung:
Dr. rer. pol. Antje Freytag
Tel. 03641-9 39 58 11
antje.freytag@med.uni-jena.de

Ärztliche Mitarbeiterin:
Kathleen Stichling
Tel. 03641-9 39 58 24
kathleen.stichling@med.uni-jena.de

Hausärztliche Palliativversorgung – schriftliche Befragung

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Hausärzte spielen eine entscheidende Rolle in der Versorgung palliativer Patienten. Im Rahmen des staatlich geförderten Verbundforschungsvorhabens **SAVOIR** (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede; Förderkennzeichen 01VVF16005) führen wir eine bundesweite Hausarztbefragung durch, die das (bisher wenig beforschte) **hausärztliche Handeln** an der Nahtstelle von Allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in den Blick nimmt.

Aus Ihren Antworten wollen wir Hinweise für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Rolle in der AAPV und SAPV gewinnen, die auch in die Weiterentwicklung der SAPV-Richtlinie einfließen sollen.

Aus allen vertragsärztlichen Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten wurden Sie **per Zufall ausgelost**, an unserer Befragung teilzunehmen. Wir bitten Sie herzlich um **Ihre kollegiale Unterstützung** bei diesem wichtigen Thema. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 15 Minuten.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. April 2018 im beiliegenden Rückumschlag zurück.

Sollten Sie weitere Informationen zu unserem Projekt benötigen, so finden Sie diese auf der Rückseite dieses Anschreibens.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre



Kathleen Stichling
Ärztliche Mitarbeiterin



Dr. Antje Freytag
Studienleitung



Prof. Dr. Horst Christian Vollmar
Institutsleitung

1. Ziel des wissenschaftlichen Vorhabens

Das Ziel der Befragung ist die Erhebung und Darstellung der hausärztlichen Aufgaben und Funktionen in der Versorgung von Palliativpatienten im Rahmen der AAPV wie auch unter Hinzuziehung von SAPV. Auch wenn die besondere Bedeutung des Hausarztes in der Versorgung von Palliativpatienten vielfach herausgearbeitet wurde, steht eine systematische und bundesweite Evaluierung der hausärztlichen Rolle an der Nahtstelle beider Versorgungsformen bisher aus.

Die Hausarztbefragung ist dabei ein Teilprojekt des Verbundvorhabens **SAVOIR** - Evaluierung der **SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**. In insgesamt fünf **SAVOIR**-Teilprojekten werden SAPV-Struktur- und Patientendaten erhoben, Patienten und Angehörige, Mitarbeiter von SAPV-Teams, Hausärzte und weitere Leistungserbringer befragt sowie Krankenkassendaten ausgewertet. Die Ergebnisse sollen Hinweise für die Weiterentwicklung der SAPV-Richtlinie und die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Palliativversorgung geben.

2. Studienablauf

Für unsere quantitative Studie haben wir einen Fragebogen konzipiert, der diesem Schreiben beiliegt. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Durch die Rücksendung des Fragebogens mit dem adressierten und frankierten Rückumschlag geben Sie automatisch Ihr Einverständnis zur Auswertung Ihrer Antworten.

3. Anonymität, Vertraulichkeit und Handhabung der Daten

Die Befragung dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Sie wird ohne Einflüsse von Dritten, insbesondere von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie organisiert und durchgeführt. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet; bitte geben Sie Ihren Namen daher NICHT an. Der Datenschutz ist selbstverständlich gewährleistet und die Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Die Durchführung der Studie wurde durch die lokale Ethikkommission am Universitätsklinikum Jena genehmigt (5316-10/17).

4. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Durch die Nichtteilnahme an der Studie entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.




Für Fragen Ihrerseits bzw. wenn Sie den Fragebogen noch einmal benötigen, wenden Sie sich gerne zunächst per Email an kathleen.stichling@med.uni-jena.de.

Oder besuchen Sie uns auf:

<https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Forschung/Palliativversorgung.html>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

11.3 Anlage 3: Reminder

			
---	---	--	---

Universitätsklinikum Jena • Institut für Allgemeinmedizin • Bachstraße 18 • 07743 Jena

An:

Hausärztinnen und Hausärzte
sowie hausärztlich tätige Internistinnen
und Internisten
in (KV)

Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
Kommissarischer Institutsdirektor
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

Telefon 03641-9 39 58 01
Telefax 03641-9 39 58 02
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Datum: 04. April 2018

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
vor wenigen Wochen haben Sie einen Fragebogen zum Thema:

**Hausärztliches Handeln
an der Nahtstelle von AAPV und SAPV**

erhalten.

Um unsere Befragungsstudie erfolgreich abzuschließen und für die Weiterentwicklung und Stärkung der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung nutzen zu können, ist es wichtig, dass so viele Kolleginnen und Kollegen wie möglich teilnehmen. Wir haben bereits einige Antworten erhalten. Wenn auch Sie den Fragebogen bereits beantwortet haben, bedanken wir uns hiermit recht herzlich für Ihre Teilnahme. Sie brauchen nichts weiter zu tun.

Falls Sie noch nicht die Gelegenheit hatten, den Fragebogen auszufüllen, möchten wir Sie hiermit bitten, sich an der Befragung zu beteiligen und uns den **ausgefüllten** Fragebogen im vorfrankierten Rückumschlag bis zum **15.04.2018** zurück zu senden.

Sollte Ihnen der Fragebogen nicht mehr vorliegen, schicken Sie bitte dieses Schreiben unter Angabe **Ihres Namens und Ihrer Adresse per Fax** an:

03641 / 9 39 58 02


Wir senden Ihnen den Fragebogen sowie den vorfrankierten Rückumschlag erneut postalisch zu.

Name:

Adresse:

.....

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

 Kathleen Stichling Ärztliche Mitarbeiterin	 Dr. Antje Freytag Studienleitung	 Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, MPH kommissarischer Institutsdirektor
--	--	---

Anlage 3: erster Reminder

Universitätsklinikum Jena • Institut für Allgemeinmedizin • Bachstraße 18 • 07743 Jena

Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
Kommissarischer Institutsdirektor
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

Telefon 03641-9 39 58 01
Telefax 03641-9 39 58 02
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert
nach DIN EN ISO 9001.

Datum: 16. April 2018

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

herzlichen Dank, wenn Sie bereits an unserer Befragung zum Thema

**Hausärztliches Handeln
an der Nahtstelle von AAPV und SAPV**

teilgenommen haben. Ihre Antwort ist wichtig für den erfolgreichen Abschluss der Studie, die dazu dienen soll, die ambulante Palliativversorgung zu verbessern.

Sollten Sie bisher noch keine Zeit gefunden haben, den Fragebogen auszufüllen, bitten wir Sie nochmals herzlich um Ihre Teilnahme. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen schnellstmöglich zurück.

Sollte Ihnen der Fragebogen nicht mehr vorliegen, schicken Sie bitte dieses Schreiben unter Angabe **Ihres Namens und Ihrer Adresse per Fax** an

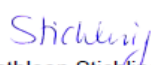
03641 / 9 39 58 02

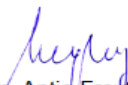
Wir senden Ihnen dann den Fragebogen sowie den vorfrankierten Rückumschlag erneut postalisch zu.


Name:.....
Adresse:.....
.....

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre


Kathleen Stichling
Ärztliche Mitarbeiterin


Dr. Antje Freitag
Studienleitung


Prof. Dr. Horst Christian Vollmar
Institutsleitung

11.4 Anlage 4: Fragebogen

Hausarztbefragung zum hausärztlichen Handeln an der Nahtstelle von AAPV und SAPV

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

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

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

Berührungen mit der Palliativmedizin:

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ keine | <input type="checkbox"/> ₅ Zulassung als „BQKpmV-Arzt“ (Vereinbarung nach §87 Abs.1b SGBV zur Besonders Qualifizierten und Koordinierten Palliativ-medizinischen Versorgung) |
| <input type="checkbox"/> ₂ ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten (Palliativstation, stationäres Hospiz etc.) | <input type="checkbox"/> ₆ aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams |
| <input type="checkbox"/> ₃ 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (oder gleichwertig anerkannte Fortbildung) | <input type="checkbox"/> ₇ aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung (§73b/140a SGBV d.h. Integrierte Versorgung, Palliativnetze etc.) |
| <input type="checkbox"/> ₄ Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt) | <input type="checkbox"/> ₈ ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit |

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!		stimme überhaupt nicht zu				stimme voll zu			
Die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden...		stimme überhaupt nicht zu						stimme voll zu	
B01	...sollte zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B02	...wird durch den Einbezug von Angehörigen erheblich erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B03	...sollte durch den Hausarzt koordiniert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B04	...sollte ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B05	...sollte eine kontinuierliche Begleitung (bis zum Tod) durch den Hausarzt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B06	...sollte ein Tätigkeitsfeld nicht-hausärztlicher (Fach-)spezialisten sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich fühle mich in meiner hausärztlichen Tätigkeit sicher...		nie				Immer			
C01	...palliative Patienten zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C02	...das Therapieregime an die palliative Situation des Patienten anzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03	...Gespräche mit Patienten über seine infauste Prognose zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C04	...im Umgang mit „aufwändig zu begleitenden“ Angehörigen bei Patienten mit palliativer Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C05	...(bisherige) Medikamente in der Finalphase abzusetzen/Maßnahmen zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C06	...praktische Tätigkeiten (z.B. Portspülungen) durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C07	...mit anderen Versorgungserbringern (z.B. SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst, Seelsorger) zusammenzuarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C08	...den Patientenwunsch hinsichtlich Aufnahme, Weiterführung und Beendigung von Therapiemaßnahmen zu akzeptieren und umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C09	...den Patienten bei drohender eigener Kompetenzüberschreitung (rechtzeitig) an spezialisierte Versorgungsstrukturen abzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10	...emotionale und für mich belastende Situationen auszuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11	Bitte schätzen Sie Ihre palliativmedizinische Kompetenz/Erfahrung insgesamt ein!	schlecht				gut			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Palliativmedizinische Infrastruktur: Ist im Umfeld Ihrer Praxis der jeweilige unten aufgeführte Akteur vorhanden? Falls ja, wie schätzen Sie die Versorgungsqualität ein?	Vorhandensein ₁			Wenn vorhanden und mind. einmalig genutzt: Wie schätzen Sie die Versorgungsqualität ein? ₂			
		nicht bekannt	ja	nein	schlecht		gut	
D01	eigene, nicht-ärztliche Praxismitarbeiter für Hausbesuche bei palliativen Patienten (VERAH/NÄPA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D02	ambulante/r Pflegedienst/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D03	ambulanter Palliativ(pflege)dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D04	weitere Dienste (ambulanter Hospizdienst, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D05	ambulanter PKD (Palliativer KonsilliarDienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D06	Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ bzw. Qualifizierter Palliativarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D07	(anderer) Vertragsarzt der „BQKPMV“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D08	SAPV-Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D09	Palliativstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D10	stationäres Hospiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D11	HomeCare-Unternehmen (Versorger für Hilfs-, Reha- und Arzneimittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D12	Bitte schätzen Sie die Versorgungsqualität der Sie umgebenden Palliativ-Infrastruktur insgesamt ein!				schlecht		gut	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E01	Haben Sie in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit schon einmal SAPV verordnet? Bitte kreuzen Sie an!				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
					(Falls nein, bitte weiter auf Seite 5)			
E02	Wie viele SAPV-Verordnungen stellen Sie <u>pro Jahr</u> aus (inklusive Folgeverordnungen)?				<input type="text"/>			
E03	Von wie vielen Ihrer Patienten pro Jahr wissen Sie, dass eine SAPV-Verordnung durch andere Leistungserbringer (Krankenhaus/Fachärzte) eingeleitet wurde?				<input type="text"/>			
E04	Bleiben Sie als Hausarzt bei Involvierung der SAPV regelhaft in die Behandlung des Patienten eingebunden?				nie		immer	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E05	Wie häufig kommt es vor, dass der MDK eine Ihrer SAPV-Verordnungen ablehnt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Leistungen nach Muster 63 verordnen Sie in den überwiegenden Fällen? Bitte kreuzen Sie an! (Mehrfachauswahl möglich)				
Beratung				
F01	a) des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/>		
F02	b) der behandelnden Pflegekraft	<input type="checkbox"/>		
F03	c) der Patienten/der Angehörigen	<input type="checkbox"/>		
F04	Koordination der Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>		
F05	additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/>		
F06	Vollversorgung	<input type="checkbox"/>		
Was kennzeichnet das SAPV-Team, mit dem Sie überwiegend zusammenarbeiten? Bitte kreuzen Sie an!		nicht bekannt	ja	nein
G01	SAPV-Team bietet Vollversorgung als Leistung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G02	ausreichende Aufnahmekapazität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G03	Vorhalten verschiedener Professionen im Team (Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G04	gute materielle Ausstattung (z.B. Schmerzpumpen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G05	Möglichkeit zur (telefonischen) Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G06	regelmäßige Besprechung von Patientenkasustiken mit allen Versorgungsakteuren (Fallbesprechungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G07	Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G08	Ärztliche Leitung des SAPV-Teams durch...	<input type="checkbox"/>		
G09	...Klinikärzte		<input type="checkbox"/>	
G10	...Hausärzte		<input type="checkbox"/>	
G11	...ambulante Fachspezialisten (Anästhesisten, Onkologen, ...)		<input type="checkbox"/>	
G12	Ansiedlung des SAPV-Teams...	<input type="checkbox"/>		
G13	...bei einer Praxis oder als Praxen-Verbund		<input type="checkbox"/>	
G14	...an einer Klinik		<input type="checkbox"/>	
G15	...bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst		<input type="checkbox"/>	
G16	...bei einem Pflegedienst		<input type="checkbox"/>	
G17	...bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk, ...)		<input type="checkbox"/>	

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

Wie wichtig ist Ihnen eine <u>Verbesserung</u> folgender Rahmenbedingungen für Ihr palliativmedizinisches Handeln? Bitte kreuzen Sie an!		weiß nicht	<div style="text-align: center;"> ----- eher nicht wichtig wichtig sehr wichtig </div>		
J01	unmittelbare Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J02	aufwandsgerechtere Vergütung (Hausbesuche, telefonische Beratung, 24-Stunden-Betreuung, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J03	erreichbare (interdisziplinäre) Fortbildungsangebote für alle in die Versorgung involvierte Behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J04	Möglichkeit der Versorgungskoordination und des Überleitungsmanagements durch speziell geschultes Personal (Case manager in Pflegediensten und HomeCare-Unternehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J05	Einbeziehung der Trauerarbeit/Trauerbegleitung in das palliativmedizinische Versorgungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J06	standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten palliativversorgenden Leistungserbringern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J07	Stärkung der Hospizkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J08	Palliativversorgungsbedarf von Patienten in Pflegeeinrichtungen besser erkennen und decken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J09	ambulante Pflegedienste palliativmedizinisch besser qualifizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J10	Stärkung des Ehrenamts in der Palliativbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J11	Etablierung des Konzeptes „Advance care planning“ in der Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J12	Ausbau der SAPV-Kapazitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:					
J13	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

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

11.5 Anlage 5: Genehmigung durch die Ethikkommission

 UNIVERSITÄTS KLINIKUM Jena	Ethik-Kommission
---	-------------------------

Universitätsklinikum Jena · Ethik-Kommission · 07740 Jena

Dr. A. Freytag
Institut für Allgemeinmedizin
UKJ

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Ulrich Brandl
Geschäftsstelle: Dr. phil. Ulrike Skorsetz

Bachstraße 18
07743 Jena

Telefon 03641 93 37 70
Telefax 03641 93 37 71

E-Mail: ethikkommission@med.uni-jena.de

23. Oktober 2017

Bearbeitungsnummer: 5316-10/17
*Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb von
SAPV - Schriftliche Befragung
Teilprojekt 4 von "SAVOIR"
(FKz: 01VVSF16005)*

Sehr geehrte Frau Dr. Freytag,

hiermit bestätigen wir den Eingang und die Kenntnisnahme der Anzeige des o.g. Projektes.

Es bestehen keine ethischen oder berufsrechtlichen Bedenken gegen das Vorhaben.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. U. Brandl
Vorsitzender der Ethik-Kommission
(i. A. Dr. U. Skorsetz)

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
USt.-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung: Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30
Konto 221 IBAN: DE97 8305 3030 0000 0002 21
BIC: HELADEF1JEN

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des Öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsratsvorsitzender: Staatssekretär Markus Hoppe
Kaufmännischer Vorstand und Sprecherin des
Klinikumsvorstandes: Dr. Brunhilde Seidel-Kwem
Medizinischer Vorstand: PD Dr. Jens Maschmann
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf



Anlage 5: Genehmigung durch die Ethikkommission

11.6 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind;

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes unterstützt haben: Dr. rer. pol. Antje Freytag; Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH; Dr. rer. pol. Thomas Lehmann; Josephine Storch, M.Sc.,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für das Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen;

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Gotha, den 06.07.2020

11.7 Danksagung

Für die Bereitstellung des Themas sowie für die Gabe konstruktiver Hinweise und wertvoller Anregungen während meiner wissenschaftlichen Arbeit möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Horst Christian Vollmar einen herzlichen Dank aussprechen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. rer. pol. Antje Freytag für die engagierte und intensive Betreuung während des Projektes sowie bei der Erstellung der Dissertation. Den Mitarbeitern am Institut für Allgemeinmedizin danke ich für die stets kollegiale Unterstützung.

Zudem möchte ich mich bei den Hausärzten für ihre Mitarbeit in unserem Forschungsprojekt bedanken, durch die diese Arbeit erst möglich werden konnte.

Mein abschließender Dank gilt meiner wunderbaren Familie, die mir stets den Rücken gestärkt und Motivation zur erfolgreichen Beendigung dieser Arbeit gegeben hat.