



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Die besondere Rolle des Hausarztes und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bei der Versorgung schwerstkranker Menschen

Eine palliativmedizinische Versorgung von Patienten sollte spätestens dann beginnen, wenn alle medizinischen Optionen zur Heilung eines sehr schwerwiegenden Gesundheitsproblems ausgeschöpft sind und die Lebenserwartung aufgrund dessen nur noch begrenzt ist.

In der Palliativmedizin geht es nicht darum, lebensverlängernde Therapien vorzunehmen, vor allem dann nicht, wenn diese mit unverhältnismäßigem Leiden einhergehen würden. Vielmehr geht es darum, vorherrschende Beschwerden, insbesondere Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und die damit verbundenen Ängste zu lindern und eine möglichst hohe Lebensqualität für die Patienten zu erhalten.

Der Begriff Palliativmedizin leitet sich vom lateinischen Wort „palliare“ ab, also „mit einem Mantel umhüllen“. Hier wird der beschützende, umsorgende Gedanke deutlich, von der die Palliativmedizin geprägt ist. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei immer auch, dass auf die individuellen Wünsche der betroffenen Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt eingegangen wird. Nachweislich ist für viele Palliativpatienten eine selbstbestimmte Wahl des Sterbeorts von großer Bedeutung. Meist wünschen sich die Patienten zu Hause oder zumindest im Hospiz zu versterben, eher als in der „sterilen“ und meist unpersönlichen Atmosphäre eines Krankenhauses. Patienten mit komplexen Bedürfnissen im späten Krankheitsstadium können eine „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) erhalten. Ein multiprofessionelles Team kümmert sich rund um die Uhr um sie – zu Hause oder in einer Einrichtung. Die SAPV wird in der Regel vom Hausarzt verordnet. Allerdings existieren zahlreiche Fälle, bei denen eine SAPV geboten wäre, diese aber nicht verordnet oder nachgefragt wird.

Der Hausarzt spielt eine wichtige Rolle in der Palliativversorgung, nicht nur weil er in der Regel die SAPV verordnet, sondern auch, weil durch ihn die Gesamtkoordination der Versorgung erfolgt und er auch die persönliche Situation des Patienten im Vergleich zu anderen Versorgern am besten kennt. Um die Position des Hausarztes als „Lotsen im Gesundheitssystem“ für die Patienten allgemein zu stärken, wurde 2008 in Baden-Württemberg durch die AOK, den Hausärzterverband und den MEDIVERBUND die „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) eingeführt. Das Programm ist für Hausärzte und Patienten gleichermaßen freiwillig. Der Studie, deren Ergebnisse im Rahmen dieses Newsletters vorgestellt werden, lag die Hypothese zugrunde, dass sowohl eine intensive Betreuung durch den Hausarzt in der HZV als auch die Einbindung von Teams der SAPV mit einer geringeren Chance für ein Versterben im Krankenhaus assoziiert sind.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,
Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

Analysemethoden

Für die Analysen standen strukturierte und umfängliche pseudonymisierte Routinedaten (Daten, die vor allem mit der Abrechnung von Versorgungsleistungen im Zusammenhang stehen) der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung.

Die Analysen erfolgten querschnittlich für das Jahr 2015. Aus dem Gesamtdatensatz konnten insgesamt 21.190 Palliativpatienten identifiziert werden. Neben dem Alter und dem Geschlecht stand die Information über die Art der Erkrankung zur Verfügung (schwerwiegende Infektionskrankheiten, Krebs, schwerwiegende neurologische Erkrankungen, schwerwiegende Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, der Lunge oder der Leber). Außerdem konnte über einen Erkrankungs-Index (dem sog. „Charlson-Index“) die Gesamtmorbidität des Patienten ermittelt werden. Auch war bekannt, ob der Patient an der HZV teilnahm. Von jedem Palliativpatienten war bekannt, ob er durch ein SAPV-Team betreut wurde oder nicht. Schließlich stand die Information darüber zur Verfügung, ob der Palliativpatient im Krankenhaus verstarb oder nicht.

Die Hypothesenprüfung erfolgte mit multivariablen Regressionsmodellen.

Ergebnisse

Die wesentlichen Ergebnisse sind in Tabelle 1 wiedergegeben. Die erste Spalte zeigt das Odds Ratio („Chancenverhältnis“) für ein Versterben zu Hause oder im Hospiz, also nicht im Krankenhaus für die jeweiligen erklärenden Variablen. Die Chance für ein Versterben außerhalb des Krankenhauses ist demnach für HZV-Patienten mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu Nicht-HZV-Patienten. Für die Betreuung im Rahmen einer SAPV ist die Chance für ein Versterben außerhalb des Krankenhauses mehr als dreimal so hoch im Vergleich zur Versorgung außerhalb der SAPV.

Der P-Wert in der letzten Spalte gibt die Irrtumswahrscheinlichkeit für die aufgedeckten Unterschiede in der Stichprobe an. Offenbar sind die Ergebnisse nicht nur medizinisch relevant, sondern auch statistisch signifikant.

Interpretation

Sowohl die Teilnahme an der HZV als auch die Betreuung im Rahmen einer SAPV scheinen dazu zu führen, dass auf individuelle Wünsche der betroffenen Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt angemessener eingegangen wird. Nachweislich möchten die meisten Palliativpatienten nicht im Krankenhaus versterben. Dieser Wunsch scheint durch HZV und SAPV besser realisiert werden zu können.

Die Ergebnisse sind unbestritten mit Limitationen behaftet. Das querschnittliche Studiendesign ist nicht dazu geeignet, kausale Schlüsse abzuleiten. Nichtsdestotrotz erscheinen die Ergebnisse insgesamt sehr plausibel.

Der Anteil der Palliativpatienten, die durch SAPV-Teams betreut wurden, lag lediglich bei 8%. In zahlreichen Fällen ist eine Betreuung durch SAPV-Teams aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich. Hauptsächlich ist der geringe beobachtete Anteil allerdings darauf

Determinanten für ein Versterben außerhalb des Krankenhauses				
	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	Standardfehler	P-Wert
Geschlecht (weiblich)	1,148	[1,027; 1,284]	0,057	0,015
Alter	1,042	[1,037; 1,047]	0,002	<0,001
Gesamtmorbidität	0,907	[0,887; 0,927]	0,011	<0,001
Infektion	2,362	[0,410; 13,611]	0,894	0,336
Krebs	1,047	[0,895; 1,225]	0,080	0,563
Neurologic disease	1,624	[1,332; 1,980]	0,101	<0,001
Herz-Kreislaufsystem	0,883	[0,773; 1,007]	0,067	0,063
Lunge	0,756	[0,662; 0,863]	0,068	<0,001
Leber	0,989	[0,775; 1,264]	0,125	0,932
Teilnahme am HZV-Programm (ja)	2,052	[1,757; 2,397]	0,079	<0,001
SAPV-Patient (ja)	3,316	[2,740; 4,013]	0,097	<0,001

Tab. 1: Determinanten für ein Versterben außerhalb des Krankenhauses im Rahmen einer Palliativversorgung.

zurückzuführen, dass eine SAPV lokal schlichtweg nicht vorhanden und damit nicht möglich ist. Dieses Problem persistiert auch im Jahr 2020. Diese Versorgungslücke sollte nach einer angemessenen Bedarfsanalyse, auch vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse, mittel- bis langfristig mehr und mehr geschlossen werden.

Danksagung

Wir bedanken uns bei der AOK Baden-Württemberg für die Zurverfügungstellung der Daten für diese Studie.

Fragen/Kontakt

Prof. Dr. Gunter Laux
gunter.laux@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

[1] Engeser P, Leutgeb R, Glassman J, Szecsenyi J, Laux G. Identifying Palliative Patients in General Practice: Focusing on the Place of Death and the Vital Role of Specialized Home Palliative Care: An Observational Study. J Palliat Med 2020. doi:10.1089/jpm.2020.0037.

[2] Krug K, Bölter R, Ballhausen RA, Engeser P, Peters-Klimm F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients at the End of Life: What do General Practice Teams Offer? Gesundheitswesen 2016;78(S01):e128-e134. doi: 10.1055/s-0042-111206.

[3] Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach F, Stock C, Uhlmann L, Miksch A, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Lübeck R, Karimova K, Güthlin C, Götz K. GP-centered health care in Baden-Württemberg; Germany: Results of a quantitative and qualitative evaluation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015;58(4-5):398-407.

[4] Wensing M, Kolle PK, Szecsenyi J, Stock C, Laux G. Effects of a program to strengthen general practice care on hospitalisation rates: a comparative observational study. Scand J Prim Health Care 2018;36(2):109-114. doi:10.1080/02813432.2018.1459429.