

Schmerz 2013 · 27:289–295
 DOI 10.1007/s00482-013-1324-z
 Online publiziert: 23. Mai 2013
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg -
 all rights reserved 2013

I. Gágyor¹ · A. Lüthke¹ · M. Jansky² · J.-F. Chenot³

¹ Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen

² Abteilung Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen

³ Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald

Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL)

Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie

Die ambulante Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase erfolgt größtenteils im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung durch Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Angehörige und Pflegeheime [1]. Bei erhöhtem Versorgungsbedarf, z. B. bei schwer beherrschbarer Symptomatik, können die Patienten bei regionaler Verfügbarkeit durch spezialisierte stationäre oder ambulante Hospiz- und Palliativversorgung betreut werden [2]. Da die meisten Patienten ihren letzten Lebensabschnitt nach Möglichkeit zu Hause verbringen möchten [3, 4], wird die Betreuung in der häuslichen Umgebung durch Hausärzte in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und Angehörigen immer bedeutsamer [5, 6]. In der spezialisierten ambulanten Patientenversorgung (SAPV) wurden in den letzten 5 Jahren in Deutschland Strukturen aufgebaut und gesetzlich verankert [7]. Im Gegensatz dazu wurde die allgemeine Palliativversorgung, obwohl politisch gefordert [8], bisher nur wenig strukturell gefördert und erforscht [1]. Voraussetzung dafür ist eine genauere Kenntnis der Charakteristika und des Versorgungsbedarfs dort versorgter Patienten [9]. Ziel der Studie zur Hausärztlichen Versorgung am Lebensende (HAVEL) war, die Versorgungssituation und Charakteristika hausärztlich versorgter Patienten auf der Basis retrospektiv erhobener Daten abzubilden. Darüber hinaus sollte ein Ver-

gleich mit Daten aus einem spezialisierten Versorgungsbereich, der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) von 2010, durchgeführt werden.

Methoden

HAVEL-Studie

In dieser retrospektiven Beobachtungsstudie sollten Hausärzte aus Göttingen, Hannover und Umgebung Daten zu ihren verstorbenen Patienten erheben. eingeschlossen wurden alle Patienten über 18 Jahre, die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Studie eines natürlichen Todes verstarben und für mindestens 3 Monate durch den teilnehmenden Arzt betreut wurden.

Instrument der Datenerhebung

Im ersten Teil des Erhebungsbogens (EB), der aus 10 Items bestand, wurden allgemeine Angaben zum Arzt und zur Praxis erfasst, im zweiten Teil mit 35 Items individuelle Daten zu jedem Patienten. Hier wurden Daten zur Soziodemografie der Patienten (Alter, Geschlecht, Wohnsituation), zur Versorgungssituation (beteiligte Personen und Institutionen) und zum Gesundheitszustand [Vorliegen von Symptomen, Diagnosen sowie Komorbidität mit dem Charlson Comorbidity Index (CCI)] am Lebensende erhoben. Im CCI sind alle Begleiterkrankungen, die die 1-Jahres-

Mortalität mindestens um den Faktor 1,2 erhöhen, abgebildet [10]. Für weitere Diagnosen wurden Freitextfelder eingefügt.

Um Veränderungen über die Versorgungszeit abzubilden, wurden der Aufenthaltsort der Patienten, die Symptome, in die Versorgung involvierte Personen sowie die Häufigkeit der Arztkontakte (z. B. Hausbesuche, Konsultation in der Praxis, Telefonate) sowohl für den Zeitraum von 3–6 Monaten als auch für die letzten 48 h vor dem Tod erhoben. Abschließend wurde erfragt, ob die Ärzte die Patienten als palliativ eingeschätzt hatten und wie lang dieser Zeitraum war.

Der EB wurde auf Grundlage eigener Vorerfahrungen und Literaturrecherchen entwickelt, in einem interdisziplinären Team der Abteilung Allgemeinmedizin diskutiert und in 2 nicht teilnehmenden Praxen getestet. Nach den einzelnen Testphasen wurde der EB jeweils überarbeitet.

Vergleich mit Daten aus der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE)

Die in HAVEL erhobenen Diagnosen und Symptome 3–6 Monate vor dem Tod wurden hinsichtlich ihrer Häufigkeit mit Daten aus HOPE verglichen. HOPE ist eine prospektive Basisdokumentation für Palliativpatienten, die v. a. in Institutionen der spezialisierten Palliativversorgung durchgeführt wird. In einer 3-monatigen Erfassungsphase werden alle in der jeweiligen Einrichtung neu aufgenomme-

Tab. 1 Beschreibung der Patientenmerkmale in der letzten Lebensphase

| | Gesamt | Frauen | Männer |
|---|------------|------------|------------|
| | n=451 | n=246 | n=205 |
| Sterbealter (Jahre) | | | |
| Mittelwert±Standardabweichung | 78±12,8 | 81±13,0 | 76±12,1 |
| Median (IQR) | 81 (71–88) | 83 (76–90) | 77 (68–84) |
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Wohnsituation^a | | | |
| Mit Ehe-/Lebenspartner | 173 (38,4) | 55 (22,4) | 118 (57,6) |
| Mit Kindern/anderen Familienmitgliedern | 82 (18,2) | 47 (19,1) | 35 (17,1) |
| Mit Heimbewohnern | 150 (33,3) | 107 (43,5) | 43 (21,0) |
| Alleinlebend | 67 (14,9) | 41 (16,7) | 26 (12,7) |
| Mit anderen (z. B. Freunde, Pflegepersonal) | 5 (1,1) | 2 (0,8) | 3 (1,5) |
| Wohnort | | | |
| Eigene Wohnung/Haus | 269 (59,7) | 117 (47,6) | 152 (74,2) |
| Alten-/Pflegeeinrichtung | 147 (32,6) | 104 (42,3) | 43 (21,0) |
| Bei Familienangehörigen | 24 (5,3) | 17 (6,9) | 7 (3,4) |
| Im betreuten Wohnen | 10 (2,2) | 7 (2,9) | 3 (1,5) |
| Kurzzeitpflege | 1 (0,2) | 1 (0,4) | 0,0 |
| Patientenverfügung | | | |
| Ja | 122 (27,1) | 76 (30,9) | 46 (22,4) |
| Nein | 288 (63,9) | 150 (61,0) | 138 (67,3) |
| Nicht bekannt | 41 (9,1) | 20 (8,1) | 21 (10,2) |
| Als palliativ eingeschätzt | | | |
| | n=449 | n=245 | n=204 |
| Ja | 260 (57,9) | 147 (60,0) | 113 (55,4) |
| Nein | 189 (42,1) | 98 (40,0) | 91 (44,6) |

^a Mehrfachnennung möglich. IQR Interquartilenrange.

nen Patienten dokumentiert. Der Basisbogen erfasst soziodemografische Daten zu den Patienten sowie Erkrankungen, Symptome, Medikation, Maßnahmen und das Ende der Versorgung durch die Versorger [11, 12]. Die Symptome werden auf einer Skala von 0 („keine Ausprägung“) bis 3 („stark“) erfasst. Zum Vergleich mit der HAVEL-Studie wurden die im Jahr 2010 zu Beginn der Versorgung aufgenommenen Daten von 1703 Patienten aus dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich herangezogen. Für die Vergleichbarkeit der Symptome mit der HAVEL-Erhebung – hier wurde nur das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen erhoben – wurde die Symptomstärke (HOPE) dichotomisiert (0–1: als Symptom nicht vorhanden; 2–3: als Symptom vorhanden).

Statistische Auswertung

Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert. Als Streuungsmaße sind Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) sowie Mediane ange-

geben. Die Auswertung erfolgte mit dem Softwarepaket Statistical Analysis System (SAS) 9.2 (HAVEL) sowie dem Statistical Package for Social Science (SPSS) 20 (HOPE).

Datenschutz

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen am 07.10.2010 unter dem Aktenzeichen 7/5/10 unter folgenden Auflagen genehmigt: Aufgrund der fehlenden Einwilligung durch die Patienten wurden die Patientendaten ausschließlich durch die Hausärzte in den Praxen anonymisiert erhoben, d. h. ohne Namen und Geburtsdatum, und an das Studienzentrum weitergegeben. Die Patienten- und Praxisdaten wurden in getrennten Ordnern verwaltet, sodass eine Zuordnung der teilnehmenden Ärzte zu den verstorbenen Patienten nicht möglich war.

Ergebnisse

Teilnehmende Ärzte

Die Befragung wurde von Januar bis April 2011 durchgeführt. Von 162 angeschriebenen Ärzten nahmen 30 an der Studie teil, davon waren 19 Männer. Die Hälfte der Ärzte war in einer Einzelpraxis niedergelassen. Die Dauer der Niederlassung lag im Durchschnitt bei 13,6±8,1 Jahren (Median: 12,5 Jahre; Range: 2–31 Jahre), wobei Männer mit 14,9±7,9 Jahren (Median: 14 Jahre; Range: 5–31 Jahre) im Durchschnitt länger niedergelassen waren als Frauen (11,4±8,2 Jahre; Median: 10 Jahre; Range: 2–30 Jahre). Eine Zusatzqualifikation in Palliativmedizin hatten 5 der teilnehmenden Ärzte.

Patientencharakteristika

Insgesamt wurden Daten von 451, pro Praxis von im Schnitt 15±7,3 Patienten erhoben (Median: 14,5; Range: 4–36). Die Frauen (55%) wurden im Durchschnitt älter als die Männer (MW: 80,9±13,0 Jahre; Median: 83 Jahre; Range: 19–102 Jahre vs. 75,6±12,1 Jahre; 77 Jahre; 45–100 Jahre). Bei 27% der Verstorbenen lag eine schriftliche Patientenverfügung vor. Weitere personenbezogene Angaben sind in **Tab. 1** aufgeführt.

Diagnosen und Symptome

Die Patienten zeigten ein breites Spektrum an Erkrankungen. Im Durchschnitt wurden 3,3±1,6 Erkrankungen (Median: 3; Range: 0–8), bei 22% der Patienten jedoch ≥5 Erkrankungen angegeben. Ein Anteil von 77% der Patienten litt an mindestens einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, insbesondere an Herzinsuffizienz (42%), Erkrankungen der Hirngefäße (29%), arterieller Hypertonie (29%), koronarer Herzkrankheit (24%), Durchblutungsstörungen der Beine (18%) und Herzrhythmusstörungen (11%). Bei 36% lag eine Tumorerkrankung, bei 35% psychische Erkrankungen vor (davon bei 86% Demenz, aber auch Depression, Angststörungen und Psychosen). Endokrine und Stoffwechselerkrankungen wurden bei 33% der Patienten genannt (davon 81% mit Diabetes mellitus), Erkrankungen der

Atemwege bei 27% [davon 90% mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale]. Der CCI lag im Durchschnitt bei 4,6±2,9 (Median: 4; Range: 0–20), mit Berücksichtigung des Alters bei 8,1±3,0 Erkrankungen (Median: 8; Range: 0–22). Eine Übersicht der Erkrankungen bietet **Abb. 1**.

Für den Zeitraum von 3–6 Monaten vor dem Tod wurden Schwäche (60%), Immobilität (43%) und Schmerzen (42%) als Symptome angegeben (**Tab. 2**). Auch Luftnot (37%) und Gewichtsverlust (31%) traten häufig auf. Als symptomfrei wurden von den Ärzten 9,1% der Patienten eingeschätzt.

Versorgungssituation der Patienten

Die mittlere Dauer der hausärztlichen Betreuung betrug 9,7±7,8 Jahre (Median: 8 Jahre; Range: 1–31 Jahre). Innerhalb der letzten 3 Jahre hatten 25% der Patienten mindestens alle 2 Wochen, 43% etwa 1-mal im Monat und 31% seltener den Hausarzt konsultiert. In den letzten 3–6 Monaten waren die Hausärzte bei 99% der Verstorbenen, in den letzten 48 Lebensstunden bei 48% in die Versorgung involviert. In den letzten 4–6 Wochen vor dem Tod nahm die Häufigkeit der Kontakte durch den Hausarzt deutlich zu: 24% der Patienten konsultierten häufiger als 1-mal wöchentlich ihren Hausarzt, 47% wöchentlich bis alle 2 Wochen, 22% 1-mal im Monat.

Sterbeorte

Der größte Anteil der Patienten (41%) verstarb im Krankenhaus, knapp ein Drittel (28%) in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung und 22% zu Hause, nur 6% im Hospiz oder auf einer Palliativstation.

Während von den Patienten, die zuletzt in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung gelebt hatten, nur 28% in einer Klinik und die meisten (70%) in ihrem vertrauten Umfeld verstarben, verstarb von den Patienten, die zuletzt noch zu Hause gelebt hatten, nur ein Drittel (32%) zu Hause (**Abb. 2**). Patienten, die in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung verstarben, waren älter (MW: 85,5±8,3 Jahre; Median: 86,5 Jahre; Range: 63–101 Jahre) als Patienten, die zu Hause verstarben (MW:

Schmerz 2013 · 27:289–295 DOI 10.1007/s00482-013-1324-z

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2013

I. Gágyor · A. Lüthke · M. Jansky · J.-F. Chenot

Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL). Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie

Zusammenfassung

Hintergrund. Über die hausärztliche Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase gibt es keine ausreichenden Kenntnisse. Ziel der HAVEL-Studie war, diesen Versorgungsbereich zu beschreiben.

Methoden. In 30 Hausarztpraxen wurden Daten zu allen in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Studie eines natürlichen Todes verstorbenen Patienten (n=451) mit einem selbst entwickelten Erhebungsbogen erfasst und mit Daten aus der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) verglichen.

Ergebnisse. Die Betreuungsfrequenz nahm zum Lebensende hin zu. Bei 48% der Patienten war der Hausarzt in den letzten 48 h vor dem Tod in die Betreuung involviert. Das Krankheitsspektrum zeigte eine Dominanz der chronischen Erkrankungen (des Herz-Kreislauf-Systems, der Psyche u. a.) und eine

andere Ausprägung von Symptomen als bei Patienten in spezialisierten Versorgungsstrukturen.

Schlussfolgerung. Auch wenn viele Patienten im Krankenhaus versterben, begleiten Hausärzte einen großen Teil ihrer Patienten bis zum Lebensende. Charakteristika und Rahmenbedingungen der hausärztlichen Versorgung sollten in den Curricula der medizinischen Aus- und Weiterbildung von spezialisierten Versorgungsformen differenziert betrachtet und in der Definition der Palliativsituation berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Versorgung am Lebensende · Hausärzte · Ältere Patienten · Palliativversorgung · Ambulante Versorgung

End of life care in general practice. Results of an observational survey with general practitioners

Abstract

Background. Little is known about the amount of end of life care provided by general practitioners (GPs) in Germany. Therefore the aim of the HAVEL study is to describe the involvement of GPs in end of life care in more detail.

Methods. Data from all patients who died from natural causes within a period of 12 months (n=452) were collected from 30 general practices with a self-developed questionnaire and compared to data from patients who died in hospice or palliative care units.

Results. Contact rates with GPs increased at the end of life and approximately half of the patients (48%) were seen within 48 h prior to death. A different spectrum of diseases and

symptoms were observed compared to hospice and palliative care units with predominantly chronic diseases (e.g. cardiovascular and mental diseases).

Discussion and conclusions. General practitioners are highly involved in palliative health care, even for patients who eventually die in hospitals. Differences in patient characteristics and circumstances compared to specialized palliative care should be reflected in curricula for training in palliative care and the definition of a palliative situation.

Keywords

Terminal care · General practitioners · Elderly patients · Palliative care · Ambulatory care

76,1±13,5 Jahre; Median: 77 Jahre; Range: 22–102 Jahre).

Einschätzung der „palliativen Situation“

58% der Patienten wurden retrospektiv als „palliativ“ angesehen. Bei 42% dieser Patienten wurde die Palliativphase auf eine Dauer von <4 Wochen, bei 40% auf 4 Wochen bis 6 Monate geschätzt. 18% der Pa-

tienten befanden sich länger als ein halbes Jahr in einer Palliativsituation.

HOPE-Patientenstichprobe

Für 1703 Patienten lag eine vollständige Symptomliste im ersten erfassten Basisbogen vor. Der Altersdurchschnitt lag bei 69,3±12,89 Jahren (Median: 71 Jahre; Range: 11–100 Jahre), 52% waren weiblich. Durch ambulante Einrichtungen

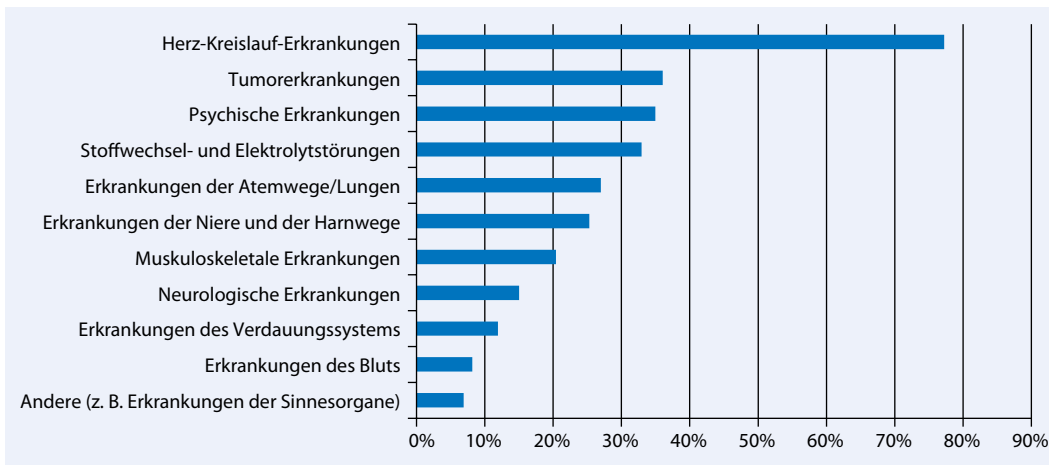


Abb. 1 ◀ Übersicht der Erkrankungen (n=451), Mehrfachnennungen waren möglich

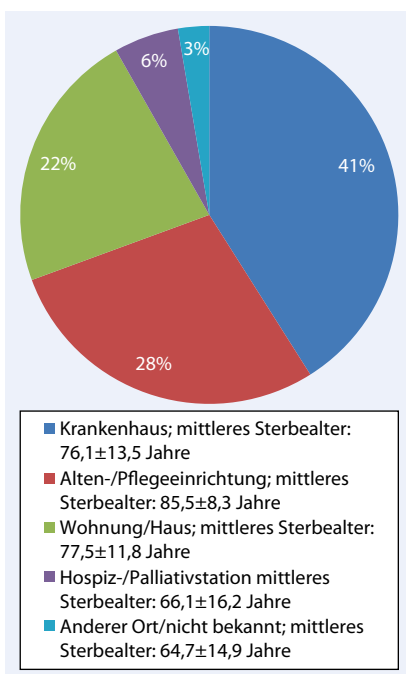


Abb. 2 ▲ Sterbeorte der Patienten (n=451) mit Angaben des mittleren Sterbealters

wurden 30% der Patienten erfasst, durch stationäre 70%. Eine Patientenverfügung hatten 4% der Patienten. Im Durchschnitt waren 2,2 ± 1,5 Diagnosen pro Patient angegeben (Median: 2, Range: 0–11), bei 9% ≥ 5 Diagnosen. Bei etwa 2% fehlte eine Angabe von Diagnosen.

Symptome und Diagnosen im Vergleich zu den HOPE-Daten

Ein Vergleich der HAVEL-Daten mit den Daten aus HOPE zeigte in Symptommhäufigkeit und Diagnosen Unterschiede auf. Insbesondere Müdigkeit (Diffe-

renz HAVEL-HOPE: –46%), Schwäche (–27%) und Angst (–26%) wurden in HAVEL seltener angegeben als in HOPE. Auch Obstipation (Differenz: –23%) sowie Depression (–14%) und Übelkeit (–13%) wurden in HAVEL seltener dokumentiert. Immerhin 9% der Patienten in HAVEL wurden als symptomfrei eingeschätzt (HOPE: 1%).

Hausärztlich versorgte Patienten litten am häufigsten an Herz- und Kreislauf-erkrankungen (77% vs. 23%), während die meisten spezialisiert versorgten Patienten an bösartigen Neubildungen erkrankt waren (89% vs. 36%). Die hausärztlichen Patienten litten häufiger an psychischen Störungen (35% vs. 9%), an endokrinen und Stoffwechselerkrankungen (33% vs. 11%) sowie an Krankheiten der Atemwege (27% vs. 11%) und des Urogenitalsystems (24% vs. 10%).

Diskussion

In der HAVEL-Studie wurden erstmals in Deutschland Daten hausärztlich betreuter Patienten am Lebensende standardisiert erhoben. Die retrospektive Datenerhebung durch Ärzte ermöglichte neben den überwiegend elektronisch gespeicherten soziodemografischen Daten und Diagnosen auch die Erfassung von Symptomen und der Versorgungssituation.

Patientencharakteristika

Das Sterbealter der Patienten in HAVEL entspricht ungefähr dem durchschnittlichen Sterbealter der Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 (Frauen: 81 Jahre, Männer

73 Jahre; [13]). Der Anteil der Patienten mit einer schriftlichen Patientenverfügung war in HAVEL höher als in HOPE. Dies könnte zum einen mit dem höheren Alter der Patienten in HAVEL zusammenhängen. Auch ein Selektionsbias besonders an Palliativversorgung interessierter Ärzte ist möglich. Andererseits fühlen sich Hausärzte für Patienten mit Beratungswunsch bezüglich einer Patientenverfügung zuständig [14]. Dass im hausärztlichen Kontext Patientenverfügungen entstehen, ist erfreulich. Zu deren Qualität, die in früheren Untersuchungen als sehr unterschiedlich beschrieben wurde [15], kann im Rahmen dieser Erhebung keine Aussage getroffen werden.

Versorgungssituation der Patienten

Bei den hausärztlich versorgten Patienten handelte es sich um multimorbide Menschen, mit einem breiten Krankheitsspektrum. Dass Hausärzte nach eigener Einschätzung seltener Palliativpatienten mit einem Tumorleiden versorgen, bestätigen auch frühere Studien [1, 9].

Hausärzte sind an der Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase maßgeblich beteiligt, auch wenn ein hoher Anteil im Krankenhaus verstirbt. Die Betreuung besteht in der Regel über mehrere Jahre, ihre Häufigkeit nimmt aber zum Lebensende zu. Bemerkenswert ist, dass ein großer Teil der Patienten immer häufiger besucht wurde, dass Hausärzte also die ambulante Palliativversorgung trotz des erheblichen Mehraufwands als ihre Aufgabe ansehen [16].

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 2 Symptome und Diagnosen im Vergleich zu Daten von Patienten aus HOPE

| Symptome | HAVEL | HOPE | Vergleich |
|---|-------|--------|-----------|
| | n=450 | n=1703 | |
| | % | % | % |
| Schwäche | 59,8 | 86,7 | -26,9 |
| Müdigkeit | 27,3 | 72,8 | -45,5 |
| Schmerzen | 42,2 | 54,0 | -11,8 |
| Angst | 15,3 | 41,1 | -25,8 |
| Obstipation | 15,3 | 37,2 | -22,5 |
| Luftnot | 37,1 | 35,5 | +1,6 |
| Depression | 18,0 | 32,2 | -14,2 |
| Übelkeit | 14,9 | 27,5 | -12,6 |
| Desorientiertheit | 24,9 | 20,3 | +4,6 |
| Erbrechen | 8,9 | 17,0 | -8,1 |
| Symptomfrei | 9,1 | 1,2 | |
| Diagnosen | HAVEL | HOPE | Vergleich |
| | n=451 | n=1703 | |
| | % | % | % |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | 77,2 | 23,3 | +53,9 |
| Bösartige Neubildungen | 35,9 | 89,4 | -53,5 |
| Psychische Erkrankungen/Verhaltensstörungen | 35,3 | 8,9 | +26,4 |
| Endokrine Krankheiten/Stoffwechselkrankheiten | 33,0 | 11,6 | +21,4 |
| Krankheiten des Atmungssystems | 27,1 | 11,3 | +15,7 |
| Krankheiten des Urogenitalsystems | 24,2 | 10,0 | +14,2 |
| Krankheiten des Verdauungssystems | 13,3 | 11,5 | +1,8 |
| Krankheiten des Nervensystems | 16,2 | 7,9 | +8,3 |
| Blut-/Immunerkrankungen | 8,2 | 5,8 | +2,4 |

HAVEL Hausärztliche Versorgung am Lebensende; HOPE Hospiz- und Palliativ-Erfassung.

Sterbeorte

Ein hoher Anteil der Patienten verstarb im Krankenhaus und nur wenige zu Hause, obwohl sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause zu sterben [17]. Ob Krankenhauseinweisungen am Lebensende vermeidbar gewesen wären, lässt sich hier nicht beantworten. Die hohe Kontaktfrequenz in der letzten Lebensphase deutet aber an, dass mangelndes hausärztliches Engagement keine wesentliche Ursache war. Da die zeitintensive Betreuung von Patienten am Lebensende im hausärztlichen Leistungskatalog bisher nicht abgebildet wird, könnte eine zunehmend bessere Verfügbarkeit – und Finanzierung – spezialisierter Palliativangebote zu einem Rückzug der Hausärzte aus der Basispalliativversorgung führen. Deshalb wird die Einführung einer hausärztlichen Palliativziffer im Bewertungsausschuss diskutiert [18].

Einschätzung der „palliativen Situation“

Ein großer Teil ihrer Patienten wurde von den Hausärzten retrospektiv als „nicht palliativ“ eingeschätzt. Als Ursachen hierfür kommen z. B. ein plötzliches Versterben oder eine Sterbephase, die sich erst in der Klinik manifestierte, infrage. Unklar ist, ob das Nichterkennen der Palliativsituation auch an Unsicherheit in der Einschätzung der Patienten mit fortgeschrittenen, nichtmalignen Erkrankungen liegt [19]. So könnten chronisch multimorbide Patienten beispielsweise eher als „geriatrische“ Patienten wahrgenommen worden sein [9]. Andererseits wurde die Palliativsituation bei etwa einem Fünftel auf über ein halbes Jahr geschätzt. Eine differenziertere Definition der Palliativsituation ist nicht zuletzt für die Begründung der Inanspruchnahme einer Basis- oder spezialisierter Palliativversorgung notwendig.

Vergleich mit HOPE

Im Vergleich mit HAVEL wurden die Patienten in der HOPE-Stichprobe als jünger und weniger multimorbid dokumentiert. Hausärztliche Patienten unterscheiden sich nicht nur im Hinblick auf die Diagnosen, sondern auch durch die vorliegenden Symptome deutlich von Patienten aus dem spezialisierten Versorgungsbereich. Sie leiden weniger unter Schwäche, Immobilität, Angst und Schmerzen, jedoch stärker unter Verwirrtheit und Desorientiertheit. Demzufolge haben die Patienten vermutlich auch Bedürfnisse, die sich von Patienten mit Tumorleiden unterscheiden [20]. Diese Unterschiede sollten in medizinischen Aus- und Fortbildungen stärker berücksichtigt werden.

Limitationen der Erhebung und Grenzen eines Vergleichs

Die Daten für HAVEL wurden von 30 Ärzten erhoben. Da ein Selektionsbias der teilnehmenden Ärzte nicht ausgeschlossen werden kann, wurde auf Auswertungen auf Arztelebene verzichtet. Die Datenerhebung erfolgte z. T. auch aus dem Gedächtnis, z. B. bei Daten über die Versorgungssituation oder Symptome, sodass Fehler durch Erinnerungslücken bzw. subjektive Einfärbung („recall bias“) bzw. im Fall von HOPE Dokumentationsfehler, z. B. die ausschließliche Dokumentation der Hauptdiagnose, auftreten können. Trotz der genannten Limitationen gehen die Autoren von einer hohen Aussagekraft der Daten aus, wurde doch eine hohe Anzahl unselektierter Patientendaten erreicht. Da es sich primär um Versorgungsdaten handelt und die Versorgungsqualität nicht gemessen wurde, ist nicht von einer Verzerrung z. B. durch soziale Erwünschtheit auszugehen.

Die beiden Erhebungsinstrumente HAVEL und HOPE unterscheiden sich in einigen wesentlichen Punkten:

- Items,
- integrierte Instrumente,
- Zeitpunkt der Erfassung (nach dem Tod vs. vor dem Tod) und
- erhebende Personen (Hausarzt vs. betreuende Ärzte, Pfleger und andere medizinassoziierte Berufsgruppen).

Zudem wurden in beiden Erhebungen die Symptome durch die Versorger dokumentiert, die tendenziell zu einer Unterschätzung der Symptomintensität neigen [21].

Fazit für die Praxis

Auch wenn viele Patienten im Krankenhaus versterben, begleiten Hausärzte einen großen Teil ihrer Patienten bis zum Lebensende. Charakteristika und Rahmenbedingungen der hausärztlichen Versorgung sollten in den Curricula der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie bei der Definition der Palliativsituation berücksichtigt werden. Um eine Verschiebung von der „Basis“ in die spezialisierte Palliativversorgung zu vermeiden, sollte die allgemeine ambulante Versorgung strukturell gefördert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. I. Gágyor
 Abteilung Allgemeinmedizin,
 Universitätsmedizin Göttingen,
 Georg-August-Universität
 Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
 igagyor@gwdg.de

Förderung. Die Studie wurde durch die Robert-Bosch-Stiftung gefördert (Förderkennzeichen: 12.5.1364.0028.0).

Danksagung. Wir danken allen teilnehmenden Hausarztpraxen aus Göttingen, Hannover und Umgebung für die Teilnahme und der Koordinationsgruppe HOPE für die Bereitstellung der Daten.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Schneider N, Mitchell GK, Murray SA (2010) Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Fam Pract* 11:66
2. Schneider N, Engeser P, Behmann M et al (2011) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. *Schmerz* 25:166–173
3. Jaspers B, Schindler T (2004) Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und Vergleich zu ausgewählten Staaten: Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission des Bundestages. Bonn, Geldern
4. Hochheim E, Otto U (2011) Das Erstrebenswerte ist, dass man sich so lange wie möglich selbst versorgt. *Z Gerontol Geriatr* 44:306–312

5. Hermann K, Boelter R, Engeser P et al (2012) Palli-PA: How can general practices support caregivers of patients at their end of life in a home-care setting? A study protocol. *BMC Res Notes* 5:233
6. Murray SA, Boyd K, Sheikh A et al (2004) Developing primary palliative care. *BMJ* 329:1056–1057
7. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. http://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html. Zugegriffen: 3. Januar 2013
8. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf. Zugegriffen: 3. Januar 2013
9. Bleeker F, Kruschinski C, Breull A et al (2007) Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *Z Allg Med* 83:477–482
10. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 40:373–383
11. Hospiz- und Palliativfassung. https://www.hope-clara.de/download_1/index.php. Zugegriffen: 3. Januar 2013
12. Jansky M, Lindena G, Nauck F (2012) Befinden von Palliativpatienten im Verlauf einer spezialisierten ambulanten oder stationären Versorgung. *Schmerz* 26:46–53
13. Statistisches Bundesamt: Durchschnittliches Sterbealter. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbealterDurchschnitt.html>. Zugegriffen: 2. Januar 2013
14. Egidi G, Abholz HH, Schmitt J in der (2012) Patientenverfügungen als IgEL-Leistungen oder als Teil Hausärztlicher Versorgung. *Z Allg Med* 88:77–84
15. Sommer S, Marckmann G, Pentzek M et al (2012) Advance directives in nursing homes: prevalence, validity, significance, and nursing staff adherence. *Dtsch Arztebl Int* 109:577–583
16. Schneider N, Buser K, Amelung V (2006) Ansichten von Hausärzten zur Versorgung von unheilbar kranken Patienten am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *Z Allg Med* 82:298–304
17. Oorschot B van, Hausmann C, Köhler N et al (2004) Patienten als Partner in der letzten Lebensphase – Erste Ergebnisse und Perspektiven eines Modellvorhabens. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 47:992–999
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). *Dtsch Arztebl* 109:A-2325
19. Isaac M, Curtis JR (2009) Improving quality of life for patients with terminal respiratory disease. *Expert Rev Respir Med* 3:597–605
20. Gomez-Batiste X, Martinez-Munoz M, Blay C et al (2012) Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care* 6:371–378
21. Stiel S, Matthes ME, Bertram L et al (2010) Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS2) für Patienten in der Palliativmedizin. *Schmerz* 24:596–604

**Edda und Peter Weimann
 High Performance im
 Krankenhausmanagement**

Heidelberg: Springer-Verlag 2012,
 1. Auflage, 197 S., 64 Abb., 26 Tab., (ISBN
 978-3-642-25067-5), gebunden, 49.95 EUR



Mit dem Buch „High Performance im Krankenhausmanagement“ haben die Autoren Edda und Peter Weimann eine überzeugende Darstellung von Managementtechniken für alle Leitungsebenen

eines Krankenhauses zusammengefasst. Auf 180 Seiten wird komprimiert in 10 Kapiteln ein breit gefasstes Spektrum an Managementtechniken gut leserlich und verständlich aufbereitet. Vor jedem Kapitel werden die zu vermittelnden Inhalte kurz skizziert. In der anschließenden Darstellung werden die Problemstellungen in den Kliniken anhand von praktischen Beispielen aus dem Klinikalltag illustriert und die zur Problemlösung geeigneten jeweiligen Managementwerkzeuge beschrieben, deren Anwendungsmöglichkeiten dargestellt und konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet. Der praktische Bezug zum Klinikalltag ist dabei immer gegeben.

Im Anschluss eines jeden Kapitels werden die wesentlichen zu vermittelnden Inhalte kurz zusammengefasst und es werden zu dem angesprochenen Problemfeld konkrete Fragen gestellt, die den Leser immer wieder veranlassen, die konkreten Inhalte mit seinen eigenen Erfahrungen zu vergleichen. Zudem gibt es am Ende jedes Kapitels Literaturhinweise, um die Thematik zu vertiefen. Das Beste an diesem Buch ist, dass auf verständliche, zielgerichtete und lösungsorientierte Art und Weise Managementtechniken mit direktem Bezug zu konkreten Problemstellungen des Klinikalltags vermittelt werden.

Um in einem zunehmend marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsmarkt zu bestehen, richtet sich das Buch an diejenigen, die in Kliniken und Gesundheitseinrichtungen jeder Art die zum wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens notwendigen Änderungen um- und durchsetzen müssen.

H. Vanherpe (Berlin)