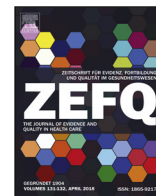




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

Gut und kosteneffektiv palliativ versorgt in Westfalen-Lippe – aber warum? Ergebnisse einer Mixed-Methods Studie



Good and cost-effective palliative care in Westphalia-Lippe – but why? Results of a mixed-methods study

Anastasia Suslow^{a,*}, Nino Chikhradze^{a,e}, Bianka Ditscheid^b, Chantal Giehl^c, Horst Christian Vollmar^a, Antje Freytag^{b,1}, Ina Carola Otte^{a,d,1}

^a Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB), Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

^b Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

^c Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Herne, Deutschland

^d Abteilung für Versorgungsforschung, Institut für Diversitätsmedizin, Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

^e Institut für Diversitätsmedizin, Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 10. September 2024

Revision eingegangen: 27. Mai 2025

Akzeptiert: 9. Juni 2025

Online gestellt: 14. Juli 2025

Schlüsselwörter:

Ambulante Palliativversorgung
Palliativ

Qualitätsindikatoren

Routinedatenanalyse

Qualitative Inhaltsanalyse

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Palliativversorgung in Deutschland ist regional unterschiedlich organisiert. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass die Palliativversorgung in Westfalen-Lippe (WL) – gemessen an Qualitäts- und Kostenindikatoren – besser abschnidet als in anderen Regionen. Das westfälische Modell für die ambulante Versorgung betont die enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen (HÄ) und palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD). Die Grundlage bildet eine vertragliche Regelung für die allgemeine und spezialisierte Versorgung innerhalb eines gemeinsamen ambulanten Palliativversorgungsvertrags nach § 140a SGB V. In der VESPAL-Studie (Versorgungsqualität in der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel von Westfalen-Lippe), gefördert durch den Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V. und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe e.V., Laufzeit 02/22–07/23), wurde untersucht, welche Eigenschaften der ambulanten Palliativversorgung in WL im Zusammenspiel der quantitativen Kennzahlen mit qualitativen Interviewziten identifiziert werden können, die zu einer hohen Versorgungsqualität und Kosteneffektivität beitragen könnten.

Methode: Es wurde ein komplexes Mixed-Methods-Design verwendet, bei dem quantitative und qualitative Daten gleichzeitig erhoben und analysiert, als Grundlage für weitere qualitative Erhebungen genutzt und hinterher zusammengeführt wurden (QUAL+QUAN → QUAL). Die quantitativen Daten stammen aus einer Routinedatenanalyse zur Inanspruchnahme und Qualität der Palliativversorgung aus Daten von verstorbenen BARMER-Versicherten, während qualitative Daten mithilfe von fünf nicht teilnehmenden Beobachtungen, Interviews mit 50 Versorger*innen (Haus- und Palliativärzt*innen, Koordinator*innen, Pflegekräften) und drei Fokusgruppen gewonnen wurden. Beide Datenstränge wurden unabhängig voneinander analysiert, wobei die quantitativen Ergebnisse mit den qualitativen Einsichten zusammengeführt wurden, um ein umfassenderes Verständnis des Versorgungsmodells WL zu ermöglichen.

Ergebnisse: Als quantitative Kenngrößen für Versorgungsqualität wurden insbesondere der Sterbeort Krankenhaus, Krankenhausfälle und Rettungsdiensteinsätze in den letzten 30 Lebenstagen herangezogen. Die qualitativen Studienergebnisse zeigen, dass sich diese Kenngrößen verbessern lassen, wenn mit Rettungsdiensten sowie Alten- und Pflegeheimen eine enge Zusammenarbeit mit gezielten Absprachen erfolgt. Die Westfalen-typische Organisation der Zusammenarbeit von HÄ und PKD ermöglicht nach Aussagen der interviewten Versorger*innen ein schnelles Reagieren und eine an den Bedürfnissen der Patient*innen und Angehörigen orientierte Betreuung, die flexibel „hoch- und

Abkürzungen: AAPV Allgemeine Ambulante Palliativversorgung; HÄ Hausärzt*innen; KV Kassenärztliche Vereinigung; PKD Palliativmedizinischer Konsiliardienst; QPA Qualifizierter Palliativarzt / Qualifizierte Palliativärztin; SAPV Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung; WL Westfalen-Lippe

* Korrespondenzadresse: Anastasia Suslow. Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB), Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstraße 150, 44801 Bochum, Deutschland.

E-Mail: anastasia.suslow@rub.de (A. Suslow).

¹ Geteilte Letztautorenschaft.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.06.001>

1865-9217/© 2025 The Authors. Published by Elsevier GmbH.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

heruntergefahren“ werden könne. Als Gründe für die als hoch wahrgenommene Versorgungsqualität betonen Versorger*innen die Flexibilität des Modells, die enge Zusammenarbeit und einen fehlenden Konkurrenzdruck untereinander.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse geben konkrete Hinweise auf mögliche Wirkmechanismen im weitverbreiteten ambulanten Modell WL, welche die hohe Versorgungsqualität und Kosteneffektivität erklären könnten. Zukünftige Untersuchungen sollten sich mit Fragen der Übertragbarkeit auf andere Regionen auseinandersetzen.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 10 September 2024

Received in revised form: 27 May 2025

Accepted: 9 June 2025

Available online: 14 July 2025

Keywords:

Outpatient palliative care

Palliative

Quality indicators

Claims data analysis

Qualitative content analysis

ABSTRACT

Background: The organization of palliative care in Germany varies from region to region. Previous studies show that palliative care in Westphalia-Lippe (WL) – measured by quality and cost indicators – performs better than in other regions. The Westphalian model for outpatient care emphasizes a close cooperation between general practitioners (GPs) and palliative care consultation services (PCS). The basis is a contractual regulation of general and specialized care within a joint outpatient palliative care contract according to Sect. 140a SGB V. The VESPAL study (on the *Quality of care in outpatient palliative care based on the example of Westphalia-Lippe*), which was funded by the Professional Association of Palliative Care Physicians in Westfalen-Lippe (Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V.) and the Association of Statutory Health Insurance Physicians (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe e.V.), was conducted between 02/2022 and 07/2023 and examined which characteristics of outpatient palliative care in WL could be identified from the correlation of quantitative key figures with qualitative interview quotes that might contribute to high-quality care and cost-effectiveness.

Methods: A complex mixed-methods design was applied. Quantitative and qualitative data were collected and analyzed simultaneously, were used as a basis for further qualitative research, and then merged (QUAL+QUAN → QUAL). The quantitative data were derived from a routine data analysis on the utilization and quality of palliative care from data of deceased patients who had been covered by the BARMER health insurance, while qualitative data were obtained using five non-participant observations, interviews with 50 care providers (general practitioners, palliative care physicians, coordinators, nurses), and three focus groups. Both data sets were analyzed independently, with the quantitative results being complemented by qualitative insights to provide a more comprehensive understanding of the WL care model.

Results: The quantitative parameters used to measure the quality of care included, in particular: the hospital as place of death, the number of hospital cases, and the number of ambulance call-outs in the last 30 days of life. The qualitative study results show that these parameters can be improved by a close cooperation and specific arrangements with emergency services and nursing homes. According to the interviewees, the typical Westphalian organization of cooperation between doctors and PCS enables providers to respond quickly and provide care which is focused on the needs of patients and their relatives and can be flexibly “ramped up and down”. Providers emphasized the flexibility of the model, the close cooperation, and the lack of competitive pressure from each other as reasons for the high quality of care perceived.

Conclusions: The results provide concrete indications of the potential mechanisms that are effective in the widespread WL outpatient model and which might explain the high quality of care and its cost-effectiveness. Future studies should address questions of transferability to other regions.

Einleitung

Die ambulante Palliativversorgung steht vor der anspruchsvollen Aufgabe, eine effektive Kooperation zwischen verschiedenen Versorger*innen sicherzustellen. Sehr häufig an der Versorgung von Palliativpatient*innen im häuslichen Umfeld beteiligte Professionen sind Hausarzt*innen (HÄ), Medizinische Fachangestellte, Palliativärzt*innen, Koordinator*innen und Pflegekräfte [1–3]. Ein bereits seit 16 Jahren etablierter und von anderen Modellen der ambulanten Palliativversorgung abweichender Ansatz zur Förderung dieser Zusammenarbeit wird in der Versorgung der KV-Region Westfalen-Lippe (WL) verfolgt. Vertragliche Grundlage war seit 2009 die „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld unter Berücksichtigung des § 132d SGB V“. Mit dem Inkrafttreten der SAPV-Bundesrahmenvereinbarung zum 01.01.2023 wurde dieser geringfügig angepasst. Seit dem 01.07.2023 lautet der Titel „Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d

Abs. 3 SGB V“ [4]. Eine strikte Trennung zwischen AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) und SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) existiert hier nicht; gesetzt wird auf die enge, früh im palliativen Betreuungsprozess einsetzende und flächendeckende Zusammenarbeit von („allgemein“ versorgenden) HÄ und („spezialisiert“ versorgenden) palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKDs) [5].

Frühere Studien bezifferten die Teilnahmerate von HÄ, die Palliativpatient*innen betreuen und am Palliativversorgungsvertrag in WL teilnehmen, auf 80 % [6] bzw. 93 % [4] aller kassenärztlich tätigen HÄ (inkl. hausärztlich tätiger Internist*innen). Aus BARMER-Routinedaten ist zusätzlich bekannt, dass die in WL tätigen Palliativärzt*innen zu einem überwiegenden Anteil HÄ (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) sind (exakt waren dies 77,9 % der 235 Ärzt*innen, die bei BARMER-Versicherten in deren letzten Lebensjahr SAPV-Leistungen bzw. PKD-Leistungen gemäß Anlage 6 des Palliativvertrages abrechneten [7]).

Ebenfalls anhand von BARMER-Routinedaten berechneten Ditscheid et al. 2023 [8], dass der Anteil der im Jahr 2019 Verstorbenen mit einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (PKD bzw. SAPV) im letzten Lebensjahr in WL 27,4 % betrug und damit

deutlich höher lag als der Anteil an Versorgung mit SAPV in anderen KV-Regionen (9,8 % in Rheinland-Pfalz bis 20,4 % in Brandenburg). Mit einem Vergleich der Ergebnisqualität der in einer Region angebotenen ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung, zeigten Freytag et al. 2023 [5], dass WL in vielen einzelnen sowie dem Aggregat der analysierten Qualitätsindikatoren im Regionsvergleich am besten abschnitt. Analysiert wurden u.a. die Rate eines Versterbens im Krankenhaus sowie Raten, belastende Behandlungen in den letzten 30 Lebenstagen zu erhalten: Krankenhausaufenthalt, Rettungsdienstinsatz, Chemotherapie, ITS-Aufenthalt, parenterale Ernährung und der Einsatz/ Wechsel einer Magensonde (PEG) unter Verstorbenen, die mindestens eine Form ambulanter bzw. stationärer Palliativversorgung im letzten Lebensjahr erhalten hatten. Die im Vergleich mit anderen KV-Regionen hohe so gemessene Ergebnisqualität wurde überdies zu den niedrigsten Kosten für Palliativversorgung und dem günstigsten Verhältnis von Gesamtversorgungskosten in den letzten drei Lebensmonaten zur Versterberate in der Häuslichkeit (Kosten-Effektivitäts-Relation) erreicht. So beliefen sich die Ausgaben der Krankenkasse für den Einsatz von PKD und qualifizierten Palliativärzt*innen (QPA) im letzten Lebensjahr pro Patient*in in WL im Mittel auf 739 €, während sie in Nordrhein für SAPV mit 5.645 € etwa das 7-fache betrugen [5].

Diese quantitativen Kennzahlen werden im Folgenden um relevante spezifische Informationen zur Versorgung innerhalb des ambulanten Palliativversorgungsmodells WL ergänzt und mit vertiefenden qualitativen Ergebnissen verknüpft.

Die vorliegende VESPAL-Studie (Versorgungsqualität in der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel von Westfalen-Lippe), gefördert durch den Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e. V. und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe e. V., Laufzeit 02/22-07/23, untersucht, inwieweit die spezifischen Rahmenbedingungen und die Verhaltensweisen der Akteur*innen des ambulanten Palliativversorgungsmodells in WL die Nutzung, Versorgungsqualität und kosteneffektive Erbringung der Versorgung positiv beeinflussen. Im folgenden Artikel soll der Frage nachgegangen werden, welche Eigenschaften der ambulanten Palliativversorgung in WL ausgehend von den quantitativen Kennzahlen im Zusammenspiel mit qualitativen Interviewzitataten identifiziert werden können, die zu hoher Versorgungsqualität und Kosteneffektivität beitragen können. Dazu wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, um das Versorgungsmodell WL umfassend zu untersuchen [9]. Die Kombination aus quantitativen und qualitativen Daten ermöglicht eine ganzheitlichere Betrachtung des Modells: Während die quantitativen Daten objektive Vorteile aufzeigen, bieten die qualitativen Daten tiefere Einblicke in die subjektiven Erfahrungen der Beteiligten und tragen so zu einer differenzierten Analyse der Palliativversorgung bei.

Methodik

Die Studie verfolgt ein Mixed-Methods-Design [9,10] und die Vorgänge werden in [Abbildung 1](#) in einer Implementation Matrix dargestellt.

Mixed-Methods-Design

In dieser Studie wurde ein komplexes Design im Rahmen des Mixed-Methods-Ansatzes verwendet, bei dem quantitative und qualitative Daten gleichzeitig in mehreren Phasen erhoben und analysiert wurden [9]. Die quantitativen Daten wurden durch eine Routinedatenanalyse erfasst, während qualitative Daten durch Interviews und Fokusgruppen gewonnen wurden. Beide Datenstränge wurden parallel und unabhängig voneinander analy-

siert, wobei die Daten der Routinedatenanalyse zum Zeitpunkt der Vorbereitung der Fokusgruppen integriert wurden, um ein umfassenderes Verständnis des Versorgungsmodells zu ermöglichen. Die qualitativen Einsichten, verknüpft mit den quantitativen Ergebnissen bieten dabei eine breitere Perspektive. Das angewandte Design orientierte sich an den Phasen des Designs nach Creswell (QUAL + QUAN → QUAL) [10], die wie folgt umgesetzt wurden:

- Implementation:** Die quantitative und qualitative Datenerhebung erfolgten simultan, sodass beide Datenstränge parallel analysiert werden konnten.
- Priorität:** Die quantitativen Ergebnisse der Routinedatenanalyse wurden verwendet, um belastbare Zahlen für die Darstellung der möglichen Vorteile des Versorgungsmodells WL darzustellen. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung wurden allerdings als vorrangig betrachtet, da sie tiefere Einsichten in die subjektiven Erfahrungen der Beteiligten bieten und die Zahlen zudem untermauern.
- Integration/ Verschachtelung:** Im Verlauf der Analyse der Interviews und der Vorbereitung der Fokusgruppen wurden die quantitativen Daten integriert, um die qualitativen Ergebnisse zu ergänzen und eine umfassendere Interpretation der Daten zu ermöglichen. Zudem wurden die quantitativen und qualitativen Daten bei der abschließenden Analyse zusammengeführt.
- Theoretische Perspektive:** Die theoretische Perspektive bildete den Rahmen für die Integration der qualitativen und quantitativen Daten, wobei beide Datenstränge in einen gemeinsamen theoretischen Kontext eingebettet wurden. Diese Perspektive ermöglichte es, die Wechselwirkungen zwischen den Datensträngen zu analysieren und zu verdeutlichen, wie die beiden Datenarten zusammenwirken, um ein tieferes Verständnis des Versorgungsmodells WL zu entwickeln. Dabei wurde ein komplexes Mixed-Methods Design angewendet, welches eine enge Verknüpfung der vielfältigen Datenstränge in mehreren Phasen fördert und deren Interpretation innerhalb einer Kombination der verschiedenen genutzten Methoden ermöglicht [9,10]. Die theoretische Perspektive folgt dabei keinem engen, theoriegeleiteten Modell, sondern ist praxisbezogen ausgerichtet. Die theoretische Rahmung richtet sich auf die Versorgungsqualität sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Palliativversorgung.

Der Purpose nach Greene et al. der vorliegenden Mixed-Methods-Studie entspricht dem „Complementarity“ Purpose, bei dem sowohl die quantitative Analyse der Inanspruchnahme und Qualität der Palliativversorgung als auch die qualitative Untersuchung der subjektiven Erfahrungen der Versorger*innen kombiniert werden, um ein umfassenderes Verständnis des Versorgungsmodells WL zu ermöglichen [11].

Quantitativer Teil

Routinedatenanalyse

Datengrundlage für die quantitativen Analysen zur Inanspruchnahme und Qualität der ambulanten Palliativversorgung in WL waren Routineabrechnungsdaten von 12.207 BARMER-Versicherten, die in den Jahren 2016–2019 im Modell WL eingeschrieben waren, 2019 verstarben und ihren Wohnort in der KV-Region WL hatten (für die Operationalisierung der ermittelten Kennzahlen vgl. [5,8]). Hinzugezogen wurden auf derselben Datengrundlage basierende, bereits publizierte Ergebnisse zur Kosten-Effektivität der Palliativversorgung von WL im regionalen Vergleich [5] sowie zur ärztlichen Beteiligung an der Palliativversorgung im regionalen

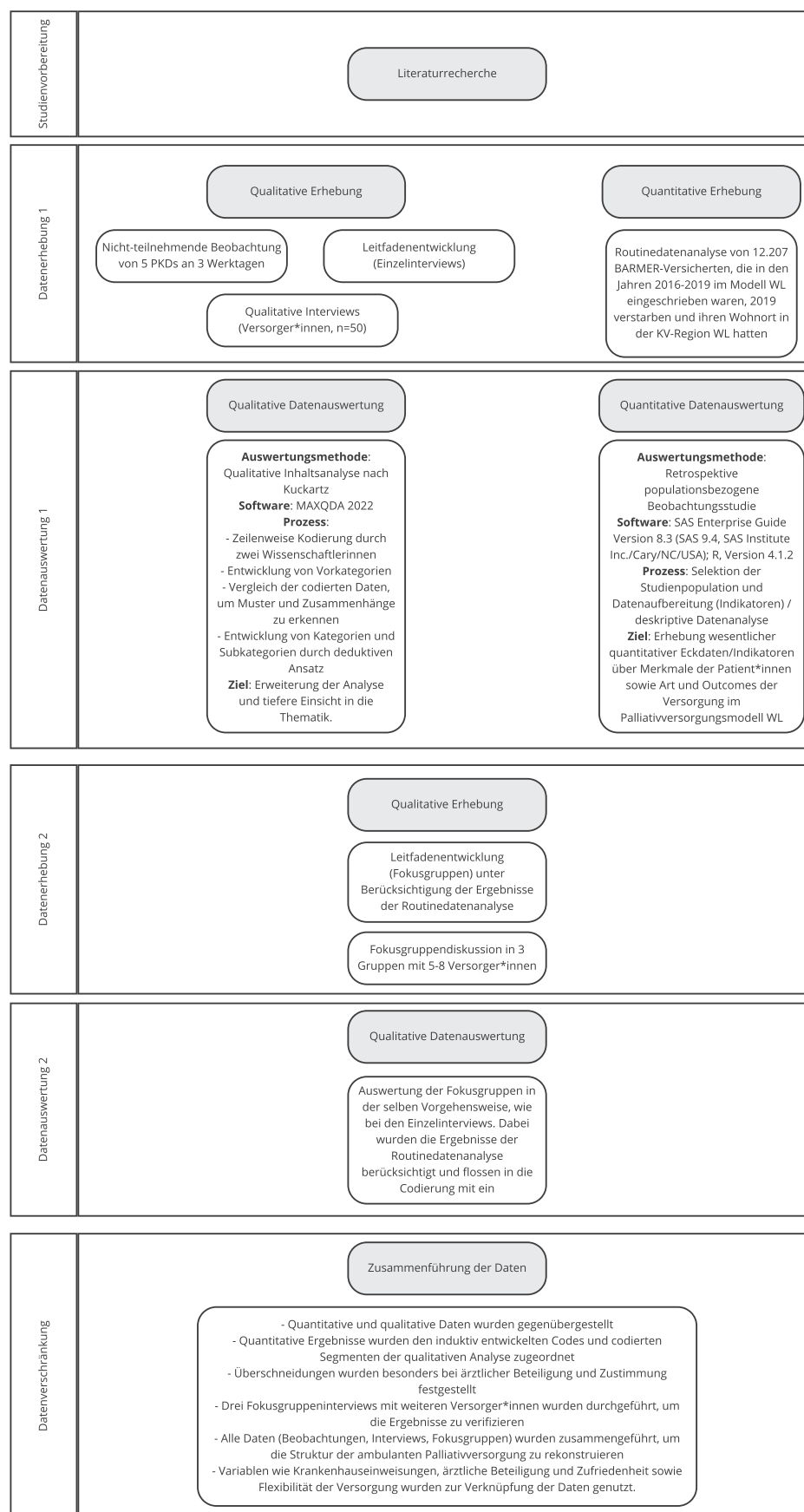


Abbildung 1. Implementation matrix.

Vergleich [7]. Dazu wurde die Software SAS Enterprise Guide Version 8.3 (SAS 9.4, SAS Institute Inc./Cary/NC/USA); R, Version 4.1.2 verwendet.

Qualitativer Teil

Nicht-teilnehmende Beobachtung

Im qualitativen Studienteil wurden zu Beginn nicht-teilnehmende Beobachtungen bei fünf zufällig ausgewählten PKDs durchgeführt, um Einblicke in die Versorgungsrealität der PKDs zu erhalten und damit die Grundlage für einen Interviewleitfaden zu schaffen [12–16]. Diese PKDs erklärten sich auf Anfrage der beteiligten Forscherinnen per E-Mail dazu bereit, an drei Werktagen eine Forscherin mitzunehmen und Dokumentationen durchführen zu lassen. Anschließend wurden die Beobachtungsprotokolle digitalisiert und mithilfe von MAXQDA 2022 offen codiert [17,18], um Kategorien für einen möglichen Interviewleitfaden zu erkennen.

Interviewdurchführung und Fokusgruppen

Die Versorger*innen aus verschiedenen Palliativnetzen in WL wurden mithilfe des „purposeful samplings“ und im nächsten Schritt mithilfe des Schneeballverfahrens identifiziert und telefonisch oder per Mail rekrutiert. Dabei wurden 50 Proband*innen anvisiert, die erfolgreich rekrutiert werden konnten. Im Verlauf der Interviewdurchführung zeigte sich des Weiteren eine theoretische Sättigung [19,20].

Die Interviewleitfäden sowohl für die Einzelinterviews als auch die Fokusgruppendifkussionen wurden auf Grundlage einer vorherigen Literaturrecherche entwickelt. Zudem wurden beobachtete Elemente zu Arbeitsabläufen, der Zusammenarbeit der einzelnen Versorger*innen und offene Punkte, die aus den nicht-teilnehmenden Beobachtungen extrahiert wurden, in die Leitfäden mit aufgenommen.

Nach Durchführung semi-strukturierter Einzelinterviews mit 50 Versorger*innen (Haus- und Palliativärzt*innen, Koordinator*innen, Pflegekräften), telefonisch oder in Präsenz bei den Proband*innen zu Hause bzw. in den Räumlichkeiten des jeweiligen PKDs, fanden zur Validierung der hypothesengenerierenden Interviewdaten drei Fokusgruppen statt [21,22]. Dabei wurden speziell Fragen zu Rettungswageneinsätzen, lebenserhaltenden Maßnahmen und vertiefende Fragen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gestellt.

Alle Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert und pseudonymisiert. Alle Teilnehmenden erhielten im Vorfeld ein Informationsblatt inklusive einer Datenschutzaufklärung und Einwilligungserklärung, die sie vorab unterschreiben sollten.

Auswertung der Interviews und Fokusgruppendifkussionen

Zur Auswertung der Interviews wurde die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz [18] verwendet. Mithilfe der Software MAXQDA 2022 [17] wurde zunächst ein induktiver Ansatz verfolgt. Dabei wurden die Daten zeilenweise von zwei Wissenschaftlerinnen offen codiert. Durch die Verschriftlichung der Eindrücke aus dem Datenmaterial konnten diese konkretisiert und Vorkategorien entwickelt werden. Die codierten Daten wurden miteinander verglichen, um Muster und Zusammenhänge anhand der bestehenden Literatur zu erkennen und diese zu kategorisieren. So konnten in einem kooperativen Arbeitsprozess die Kategorien und Subkategorien anhand eines deduktiven Ansatzes entwickelt werden, der eine tiefere Einsicht in die Thematik ermöglichen und die Analyse erweitern [17,18].

Zusammenführung der Daten

Anschließend wurden die quantitativen den qualitativen Daten gegenübergestellt, indem die quantitativen Ergebnisse den induk-

tiv entwickelten Codes und codierten Segmenten der qualitativen Inhaltsanalyse zugeordnet wurden. Um die Ergebnisse dieser Mixed-Methods-Vorgehensweise zu verifizieren und potenzielle Erklärungen dafür zu identifizieren, wurden zusätzlich drei Fokusgruppeninterviews mit fünf bis acht weiteren Versorger*innen durchgeführt. Alle Daten aus dem quantitativen und qualitativen Teil – dazu gehören Beobachtungen, Interviews und Fokusgruppen – wurden zusammengeführt, um die Struktur der ambulanten Palliativversorgung zu rekonstruieren. Bei der Verknüpfung der Daten wurden Variablen wie Krankenhauseinweisungen, ärztliche Beteiligung und Zufriedenheit sowie Flexibilität der Versorgung genutzt.

Ergebnisse

Unter Nutzung der quantitativen und qualitativen Daten und Ergebnisse werden im Folgenden die identifizierten Erklärungen für die beobachtete Nutzung, Versorgungsqualität und Kosteneffektivität im ambulanten Palliativversorgungsmodell WL dargestellt. Einblicke in persönliche Sichtweisen der Versorger*innen tragen in diesem Artikel dazu bei, den Kontext der Ergebnisse zu illustrieren und die quantitativen Ergebnisse zu untermauern.

Zwei Arten der hausärztlichen Beteiligung am Palliativmodell in WL

Quantitative Ergebnisse

Von den 3.519 im Jahr 2019 verstorbenen BARMER-Versicherten, die am Palliativvertrag WL teilnahmen, war zu 80,2 % eine Ärzt*in beteiligt, die AAPV nach Anlage 5 abrechnete, in 94,2 % der Fälle war ein PKD bzw. QPA beteiligt. Während PKD-Leistungen in 88,4 % der Fälle abgerechnet wurden, galt dies für QPA-Leistungen in 57,6 % der Fälle. Insgesamt waren 183 oder 77,9 % von den 235 Ärzt*innen, die Leistungen gemäß Anlage 6 zum Palliativversorgungsvertrag in WL abrechneten, HÄ (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin). Dies bedeutet, dass die Ärzt*innen sowohl als HÄ als auch als Palliativärzt*innen tätig sind. Dies ist durch die soziodemografischen Daten der interviewten Versorger*innen (Tabelle 1) sowie Interviewdaten zu erklären, da viele Ärzt*innen eine „Doppelrolle“ in der Versorgung ausüben. 12 von 33 Ärzt*innen sind sowohl HÄ als auch Palliativmediziner*innen (Ärzt*innen, die über die Zusatzqualifikation Palliativmedizin verfügen): sie können sowohl als allgemein versorgende HÄ in hausärztlicher Praxis, als auch als qualifizierte Palliativärzt*innen (QPA) für die PKDs tätig sein. Insgesamt waren 12 von 19 interviewten QPAs als HÄ tätig.

Tabelle 1

Demographie der interviewten Versorger*innen.

Eigenschaften Versorger*innen	n = 50
Geschlecht n (%)	
Weiblich	34 (68 %)
Männlich	16 (32 %)
Alter Durchschnitt (min-max)	53 (31–70)
Berufserfahrung in Jahren, Durchschnitt (min-max)	22 (1–46)
Interview Dauer in Minuten (min-max)	42 (18–75)
Berufsgruppe n (%)	
Palliativärzt*innen	7 (14 %)
Hausärzt*innen	14 (28 %)
Haus- und Palliativärzt*innen	12 (24 %)
Koordinator*in	7 (14 %)
Pflegefachkraft	8 (16 %)
Viszeralchirurg*in	1 (2 %)
MFA	1 (2 %)

Qualitative Ergebnisse

Die Zahlen lassen bereits erkennen, dass die ambulante Palliativversorgung in WL sowohl mit als auch ohne allgemein palliativversorgende, gemäß Anlage 5 abrechnende HÄ durchgeführt wird. Dies wurde auch in den qualitativen Daten festgestellt:

1. Zum einen gibt es eine Palliativversorgung, die primär durch allgemein palliativversorgende HÄ durchgeführt wird. Diese zeichnet sich durch die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der PKDs sowie anderen Berufsgruppen aus, die in der Palliativversorgung involviert sind. Diese HÄ fühlen sich zuständig für die Betreuung der Palliativpatient*innen und deren Angehörigen. Dabei empfinden sie Sicherheit, wenn sie sich auf die kollegialen Gespräche und die Unterstützung von Kolleg*innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen verlassen können:

*Hausärzt*in 01: „Und [die Kolleg*in aus dem PKD] besucht den Patienten auch im Laufe der Wochen, sage ich mal, von sich aus, ohne dass ich darum bitte, einfach um einen Status zu haben von den Patienten. Und das klappt sehr gut. Also ich fühle mich dabei sehr wohl. Weil ich immer jemanden im Hintergrund habe.“*

Kennzeichnend für diese Art der Versorgung sind „lückenfüllende Tätigkeiten“ der beteiligten PKD-Versorger*innen. Beispielsweise müssen Patient*innen nachts auf den zentralen Notdienst oder die palliative Rufbereitschaft des Pflegedienstes zurückgreifen. Bei schwerwiegenden Vorfällen, wie einer offenen Fraktur, wird der/die Notärzt*in und das Palliativnetz gerufen. Die Palliativkraft übernimmt dann die weitere Versorgung gemäß des in der Patient*innendokumentation hinterlegten Dosier- und Medikamentenplans. Entscheidungen, die nachts getroffen werden müssen, werden dem/der HÄ am nächsten Morgen mitgeteilt und von ihm/ihr nachträglich bestätigt. Dieser kooperative Ansatz ermöglicht laut Versorger*innen eine effektive Zusammenarbeit, um die Patient*innen optimal zu versorgen. So werden Aufgaben übernommen, die die allgemein betreuenden HÄ nicht leisten können, die aber diese entlasten. Ein Zitat einer/eines HÄ verdeutlicht ein solches „Hand in Hand“ Arbeiten:

*Hausärzt*in 02: „[...] tagsüber kümmere ich mich um die Palliativversorgung, und außerhalb meiner Arbeitszeiten macht das dann der PKD, der Konsiliardienst.“*

2. An der zweiten Art der palliativärztlichen ambulanten Versorgung beteiligen sich HÄ nicht mehr oder sind nur noch punktuell involviert und die Versorgung wird hauptsächlich von den Palliativärzt*innen und Versorger*innen anderer Gesundheitsberufe übernommen. Die HÄ schreiben die Patient*innen in das Palliativnetz ein und ziehen sich dann (weitgehend) aus der Versorgung zurück:

*Hausärzt*in (QPA) 04: „Das ist total schwer, weil es gibt Hausärzte, wenn die ihre Patienten ins Netz einschreiben, dann werden die nicht mehr gesehen. Und dann kümmert sich der PKD halt mit dem Betreffenden oder mit der betreffenden Ärztin da ganz eng darum.“*

In solchen Fällen fühlen sich HÄ, die sich nicht an der Palliativversorgung beteiligen, nur noch für die Behandlung von nicht-palliativen Problemen zuständig. Es scheint aber in solchen Fällen zunehmend schwieriger zu werden, eine gute Kooperation zwischen den HÄ und PKDs aufrechtzuerhalten:

*Hausärzt*in (QPA) 07: „Das ist schwierig. Und, woran es mangelt, sage ich mal, das stellen auch die Koordinatoren immer wieder fest,*

*ist die Kooperation und das Gespräch zwischen den Ärzten. Das ist aus meiner [qualifizierte*r Palliativärzt*in] Sicht das Hauptproblem. In dem Vertrag ist ja der koordinierende Hausarzt definiert. Diese Rolle wird aber leider aus unserer Sicht in den wenigsten Fällen wirklich ausgefüllt. Das heißt, der Regelfall ist, dass Hausärzte sich wenig oder gar nicht um diese Patienten kümmern.“*

Die Einstellungen der Ärzt*innen in der Palliativversorgung spielen ebenfalls eine Rolle. Es zeigt sich, dass die niedergelassenen Ärzt*innen, die die palliative Versorgung übernehmen, die PKDs nicht als Konkurrenz sehen, sondern ihre Tätigkeiten als ergänzend zu der eigenen Arbeit verstanden werden:

*Hausärzt*in (QPA) 06: „Wir sind keine Konkurrenz, wir sind eine Ergänzung. Also es gibt Hausärzte, die selber Palliativmediziner sind, die mit unseren Koordinationskräften zusammen Patienten versorgen, die keiner von uns sieht.“*

*Hausärzt*in 17: „Also ich bekomme am nächsten Tag die Information, ne, wenn die dann da waren, in der Nacht, wo ich dann nicht da war. Also von der Seite her ist das alles sehr, sehr schnell geregelt. Und wenn, dann kann ich auch zum Hörer greifen. Also telefonisch ist das auch möglich. Also, wenn ich denke, dass mir da etwas fehlt.“*

Jedoch bestehen ab und zu Bedenken einiger HÄ bezüglich einer vermeintlichen Einmischung der QPA in ihre Therapieentscheidungen:

*Hausärzt*in (QPA) 05: „Ja. Also, oft ist es so/ mit Ärzten ist es manchmal schwierig, weil manche Ärzte, niedergelassene [Haus-]Ärzte, in uns [qualifizierte Palliativärzt*innen] auch eine Gefahr sehen. Aber bei den meisten ist das schon so, dass die das gut finden, weil sie merken auch, sie haben dann auch eine Hilfe.“*

Zusammenführung der Ergebnisse

Abgesehen von der anschließenden Beteiligung der HÄ innerhalb der Palliativversorgung, bilden HÄ einen wichtigen Grundstein für eine bedürfnisorientierte Versorgung, da sie für die Einschreibung der Patient*innen in WL verantwortlich sind. Es wird deutlich, dass in vielen Fällen die HÄ eine zentrale Rolle in der Palliativversorgung übernehmen, jedoch auch die Möglichkeit besteht, dass sie sich bei Bedarf aus der direkten Versorgung zurückziehen können. Besonders auffällig ist die Doppelrolle vieler HÄ, als sowohl allgemein tätige Ärzt*innen als auch spezialisierte Palliativmediziner*innen, was sich auch in den qualitativen Daten widerspiegelt. Hier wird die enge Zusammenarbeit zwischen HÄ und PKD als ein wesentlicher Bestandteil der erfolgreichen Palliativversorgung dargestellt. Ausgehend von der qualitativen Analyse, die zentrale Herausforderungen und Perspektiven aus der Praxis sichtbar macht, tragen die quantitativen Ergebnisse zur Kontextualisierung bei und verdeutlichen, dass die Art der Beteiligung von HÄ stark von der jeweiligen Versorgungssituation abhängt. Im Folgenden wird dieser Prozess illustriert und der Anteil an eingeschriebenen Patient*innen dargestellt.

Hausärztliche Zustimmung als Voraussetzung für die palliativmedizinische Betreuung

Quantitative Ergebnisse

Die am Modell WL teilnehmenden, 2019 verstorbenen BAR-MER-Versicherten hatten ein Durchschnittsalter von 80 Jahren, waren zu 55 % weiblich und zu 63 % an Krebs erkrankt. Von diesen Versicherten erhielten im letzten Lebensjahr 20 % häusliche Krankenpflegeleistungen (HKP, Behandlungspflege nach SGB V) ab der

ersten ambulanten Palliativversorgungsleistung, 12,3 % explizit als „palliative“ HKP bezeichnete Leistungen wie die palliative Symptomkontrolle gemäß Nr. 24a HKP-Richtlinie. Ambulante Pflegedienstleistungen gemäß SGB XI nahmen im letzten Lebensjahr 75,3 % dieser Versicherten in Anspruch. Ein Jahr vor dem Tod lebten 22 % im Pflegeheim. Von den Versicherten, die ein Jahr vor dem Tod in der Häuslichkeit lebten (78 %), hatten 96,1 % einen Pflegegrad.

Der Anteil der im Jahr 2019 verstorbenen BARMER-Versicherten (N = 12.207), die in das Versorgungsmodell WL eingeschrieben waren, betrug 28,8 %.

Ambulante Palliativversorgung außerhalb des Versorgungsmodells erhielten nur 2,7 % der Versicherten, was vermutlich dadurch erklärt werden kann, dass hier eine Versorgung durch Ärzt*innen bzw. SAPV-Teams aus anderen KV-Regionen vorlag. Neben den Versicherten, die ambulante Palliativversorgung in Anspruch nahmen, gab es 3,6 % aller Versicherten, die ausschließlich stationäre Palliativ- bzw. Hospizversorgung erhielten.

Innerhalb der KV WL variierte die Rate der Teilnahme am Versorgungsmodell WL zwischen 17,9 % in Gelsenkirchen-Stadt bis 40,3 % in Coesfeld (Tabelle 2).

Qualitative Ergebnisse

Laut den analysierten qualitativen Daten erfolgt der Einschluss einer zu betreuenden Person in das Palliativnetz im Falle der von uns interviewten Versorger*innen immer durch die HÄ. Ihre Zustimmung ist eine grundlegende Voraussetzung für die palliativmedizinische Betreuung und gibt ihnen eine Möglichkeit, eigene Patient*innen weiterhin mitzuversorgen. Ohne die Genehmigung des HÄ ist das Palliativnetz nicht befugt, aktiv zu werden:

*Koordinator*in 25: „Also es sind die Hausärzte auf jeden Fall erstmal so eigentlich mit die wichtigsten, weil die Hausärzte müssen*

immer ihr Einverständnis geben für die palliativmedizinische Versorgung, ohne das Einverständnis vom Hausarzt dürfen wir nicht tätig werden, Palliativ-Netz.“

Zusammenführung der Ergebnisse

Die oben genannten Zahlen spiegeln sich in den qualitativen Ergebnissen wider, die bestätigen, dass HÄ eine entscheidende Rolle beim Zugang zur palliativmedizinischen Betreuung spielen. Die Notwendigkeit der Zustimmung durch die HÄ wird als Voraussetzung wahrgenommen, die sicherstellt, dass die PKDs aktiv werden.

Die qualitative Analyse zeigt, dass diese Zustimmung nicht nur eine formale Hürde darstellt, sondern auch eine Möglichkeit für HÄ ihre Patient*innen weiterhin in der Versorgung zu begleiten.

Indikatoren der Ergebnisqualität ambulanter Palliativversorgung im letzten Lebensjahr nach Versorgungsmodell Westfalen-Lippe

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 3 zeigt eine Reihe von Indikatoren für die anhand von GKV-Routinedaten messbare Ergebnisqualität ambulanter Palliativversorgung. Dazu zählt die Rate des Nicht-im-Krankenhaus-Verstehens und die Vermeidung belastender Behandlungen am Lebensende. In den qualitativen Daten haben sich ergänzend folgende Erklärungen für die Versorgungsqualität und Kosteneffizienz gezeigt.

Qualitative Ergebnisse

Flexibilität in der Versorgung

Ein Versterben in der Häuslichkeit wird aus qualitativer Datensicht vor allem dadurch begünstigt, dass die ambulante Palliativ-

Tabelle 2

Teilnahme der Verstorbenen an der Vereinbarung Westfalen-Lippe nach Landkreisen (2019), standardisierte Daten (Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf Bundeslandebene).

Landkreis	Teilnahme Versorgungsmodell Westfalen-Lippe n = 12.207 (28,8 %) ¹
Bielefeld, Stadt	24,2 % (101)
Bochum, Stadt	29,2 % (149)
Borken	29,5 % (174)
Bottrop, Stadt	31,9 % (56)
Coesfeld	40,3 % (140)
Dortmund, Stadt	24,2 % (235)
Ennepe-Ruhr-Kreis	36,4 % (221)
Gelsenkirchen, Stadt	17,9 % (63)
Gütersloh	34,5 % (138)
Hagen, Stadt	18,3 % (47)
Hamm, Stadt	21,5 % (50)
Herford	26,6 % (76)
Herne, Stadt	37,8 % (89)
Hochsauerlandkreis	24,5 % (91)
Höxter	25,7 % (62)
Lippe	25,1 % (113)
Märkischer Kreis	22,4 % (122)
Minden-Lübbecke	30,7 % (118)
Münster, Stadt	39,6 % (253)
Olpe	24,7 % (51)
Paderborn	31,1 % (143)
Recklinghausen	25,9 % (239)
Siegen-Wittgenstein	21,3 % (67)
Soest	25,1 % (108)
Steinfurt	33,6 % (293)
Unna	31,2 % (164)
Warendorf	33,4 % (160)

¹ % (n).

Tabelle 3

Indikatoren der Ergebnisqualität ambulanter Palliativversorgung im letzten Lebensjahr bei Verstorbenen der Jahre 2016–2019, die am Modell Westfalen-Lippe teilnahmen - Standardisierte Daten (Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf Bundeslandebene).

Qualitätsindikatoren	Rate von n = 12.370 (100 %) ¹
Sterbeort Krankenhaus	1.852 (15,0 %)
Sterbeort Krankenhaus, Nicht-Palliativstation	1.566 (12,7 %)
Sterbeort Hospiz	1.374 (11,1 %)
Sterbeort Pflegeheim	4.238 (34,3 %)
Sterbeort sonstige (zu Hause)	4.906 (39,7 %)
Krankenhausaufenthalt ²	4.758 (38,5 %)
Rettungsdienst-/Notarztsätze ²	2.485 (20,1 %)
Rettungsdienst-/Notarztsatz mit anschl. Krankenhaus-Aufnahme als Notfall ²	1.735 (14,0 %)
Intensivstation-Behandlung ²	311 (2,5 %)
Chemotherapie ^{2,3}	728 (9,0 %)
Anlage oder Wechsel einer perkutanen endoskopisch kontrollierten Gastrostomie ^{2,4}	51 (0,6 %)
Parenterale Ernährung ^{2,4}	112 (1,4 %)

¹ n (%).

² in den letzten 30 Lebenstagen.

³ Subpopulation: Versicherte mit Tumordiagnose.

⁴ Subpopulation: Versicherte ohne gastrointestinalen Tumor / Metastasen.

versorgung in WL je nach individuellem Bedarf der Patient*innen in der letzten Lebensphase und deren Angehörigen flexibel angepasst werden kann. Die Versorger*innen betonen hierbei die Option die Versorgung jederzeit hoch- und herunterzufahren zu können. Seien die Patient*innen in das Netz eingeschlossen, werde von der*dem Koordinator*in oder vom Pflegedienst Kontakt aufgenommen, um den Versorgungsbedarf der Patient*innen nach Symptomen einzuschätzen:

*Hausärzt*in 01: „Der Pflegedienst lernt den Menschen dann auch erst mal kennen. Dann können wir in 14 Tagen entscheiden, gibt es einen Bedarf oder nicht? Wenn nicht, dann sind die wieder weg und schlagen wieder auf, wenn es soweit ist.“*

Auch wenn es etliche Herausforderungen zu bewältigen gibt, zeigen die interviewten Versorger*innen eine große Zufriedenheit mit dem System, in dem sie arbeiten. Dazu trägt das computer-gestützte System bei, in dem die Patient*innen aktiv oder passiv geschaltet werden können. Patient*innen, die einen passiven Status im System haben, werden von den HÄ, Pflegediensten oder Koordinator*innen weiterhin kontaktiert und telefonisch betreut. Sobald der Status von den Versorger*innen auf „aktiv“ gestellt werde, könnten Patient*innen die bedarfsgerechten Leistungen wieder in Anspruch nehmen:

*Koordinator*in 13: „Jeder Mensch, der im System angemeldet ist, egal ob aktiv oder passiv, hat die Möglichkeit bei uns anzurufen und darf das und wird dann auch sofort gehört und darf auch sofort unsere Leistungen in Anspruch nehmen und wird von uns aber auch angerufen.“*

Dies trage dazu bei, eine bedürfnisorientierte Versorgung leisten zu können, bei der der Bedarf des Patienten oder der Patientin im Vordergrund stehe und nicht durch starre Einordnungen behindert werde:

*Fokusgruppe (Palliativärzt*in) 05: „Sondern es gibt einfach Verläufe, die tatsächlich etwas weniger versorgungsintensiv sind, und andere, die durchgehend versorgungsintensiv sind. Und dann die dritte Gruppe, die ab und zu versorgungsintensiver wird und dann wieder weniger versorgungsintensiv ist. Und genau das können wir in diesem System durch ein hohes Maß an Flexibilität leisten, ohne dass wir die Patienten in Schubladen packen.“*

In dieser flexiblen und bedarfsorientierten Versorgung nehmen Hausbesuche einen großen Teil der täglichen Arbeit in PKDs ein und müssen entsprechend vorbereitet und geplant werden. In einem PKD führen die Koordinator*innen etwa zwanzig Hausbesuche pro Tag durch. Diese erlauben eine zusätzliche umfassende Bewertung des Zustandes der Patient*innen sowie des sozialen Umfelds, als auch eine Kontrolle der Symptome und der medikamentösen Versorgung.

Abgestimmte Notfallversorgung

Eine zwischen PKDs, Rettungsdiensten, Pflegeeinrichtungen sowie Feuerwehr abgestimmte Notfallversorgung von Patient*innen spielt für die bedarfsorientierte Versorgung eine wichtige Rolle. Ein zentraler Punkt ist die Prävention von unnötigen Krankenhauseinweisungen durch eine effektive palliativmedizinische Versorgung vor Ort. Die Interviews und Fokusgruppen zeigen, dass PKDs oft von Notärzt*innen, Sanitäter*innen und Pflegediensten kontaktiert werden, um Unterstützung in palliativen Situationen zu erhalten. Dies ermöglicht es, Patient*innen in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden:

*Fokusgruppe (Koordinator*in) 01: „Und es ist immer häufiger, dass wir angerufen werden vom Notarzt oder von den Sanitätern, weil die vor Ort sind und die Mappe sehen oder die Angehörigen Pallia-*

tivnetz sagen, und die uns dann anrufen und sagen: „So und so ist die Situation. Der Patient müsste mit, will aber nicht. Was könnt ihr machen? Wann könnt ihr da sein?“ Und dadurch wird viel abgefangen, dass die Leute nicht im Krankenhaus landen.“

Zudem wird die Bedeutung klarer Absprachen und Notfallpläne (speziell Notfallbox) hervorgehoben, um eine schnelle und angemessene Behandlung von Symptomen sicherzustellen, wie in dem Zitat von Koordinator*in 18 wiedergegeben:

*Koordinator*in 18: „Bei uns ist es ja so, dass wenn ein Mensch eingeschrieben ist und diesen Notfallplan hat, dieser Notfallplan ist im Prinzip eine ärztliche Anordnung und wenn jetzt der Pflegedienst vor Ort ist und sieht, ich sage jetzt mal, der Mensch hat Luftnot, dann hat er den Notfallplan, wo draufsteht bei Luftnot darf der fünf Milligramm Morphin haben.“*

„Wir bekommen nur den einzelnen Einsatz finanziert“

Eine zunehmende Herausforderung bezieht sich auf die finanzielle Belastung der PKDs. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Finanzierung der Palliativversorgung oft schwierig gestaltet, was zu finanziellen Unsicherheiten und Belastungen bei den Versorger*innen führen kann. Die Aussagen drehen sich auch um Schwierigkeiten, als notwendig betrachtete zusätzliche Versorgungsleistungen angemessen vergütet zu bekommen. Explizit benannt wurden in diesem Zusammenhang 24-Stunden-Dienste, Kondolenzbesuche und Aufnahmegespräche.

Der zunehmende Kostendruck führe zu Einsparungen und einem Mangel an qualifiziertem Personal in der Palliativversorgung, was sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken kann. Die Interviews beinhalten auch Kritik an den aktuellen Vergütungsstrukturen und der daraus entstehenden herausfordernden adäquaten Versorgung:

*Koordinator*in 11: „Erstmal ist die Bezahlung nicht so, dass wir damit wirklich unseren Dienst refinanziert hätten. Die Krankenkassen-Sätze sind jetzt bei/ im Moment bei uns bei 44,- Euro pro Einsatz. [...] Das Einzige, was wir können, ist, eine Symptomkontrolle beim Aufnahmegespräch abrechnen. [...] Wir bekommen nur den einzelnen Einsatz finanziert, ohne Fahrzeit. Bei dreihundert Quadratkilometern können Sie sich vorstellen, dass das manchmal wirklich sehr lange Fahrzeiten sind, während einer Tour schon mal 120 - 130 Kilometer, die wir verfahren. Das in drei Touren am Tag ist also schon ein erheblicher Faktor.“*

Trotz des wahrgenommenen Kostendrucks und der herausfordernden Finanzierung lässt sich die Motivation der Allgemeinmediziner*innen, ihre eigenen Patient*innen weiterhin zu betreuen und eine qualifizierte und bedürfnisorientierte Versorgung zu gewährleisten, ableiten. Viele der interviewten HÄ sind innerhalb der PKDs auch als QPAs beteiligt und bleiben in der Versorgung ihrer Patient*innen involviert. Die im Rahmen der Studie durchgeführten nicht-teilnehmenden Beobachtungen stützen die Vermutung, dass die Versorger*innen hierbei überwiegend intrinsisch motiviert handeln (und nicht etwa monetär motiviert). Dies lässt sich anhand des beobachteten Prozesses während der nicht-teilnehmenden Beobachtung illustrieren, dass durch die Ärzt*innen eine spezialisierte Versorgung eingeleitet wird, sobald die Patient*innen diese benötigen.

Zusammenführung der Ergebnisse

Die qualitativen Ergebnisse werden durch die quantitativen Daten unterstützt, die auf die Flexibilität der Versorgung und die Anpassungsfähigkeit des Systems hinweisen. Die qualitative Analyse unterstreicht, dass die Fähigkeit, die Versorgung je nach Bedarf hoch- oder herunterzufahren, ein wichtiger Mechanismus zur

Sicherstellung einer bedarfsgerechten und patientenzentrierten Versorgung darstellt.

Die abgestimmte Notfallversorgung und die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteur*innen im Zusammenspiel mit den quantitativen Ergebnissen, zeigen praktische Mechanismen auf, die es ermöglichen, dass Patient*innen in ihrer gewohnten Umgebung versorgt und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Diskussion

Die im Rahmen dieser Studie ermittelten quantitativen Ergebnisse bestätigen die breite ärztliche Beteiligung sowie die hohe Teilnahme von Patient*innen und liefern neue Kennwerte zur Versorgungsqualität des ambulanten Palliativversorgungsmodells WL. Die quantitative Messung der Ergebnisqualität der ambulanten Palliativversorgung im letzten Lebensjahr zeigt eine hohe Effizienz des Versorgungsmodells, insbesondere in Bezug auf die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und Behandlungen auf der Intensivstation.

Im Zentrum der Analyse stehen die qualitativen Ergebnisse, die Einblicke in die praktischen Herausforderungen der Palliativversorgung in Westfalen-Lippe geben und mögliche Erklärungen für deren Versorgungsqualität und Kosteneffektivität liefern. Die quantitativen Ergebnisse dienen dabei als Bezugsrahmen zur Einordnung und Validierung der qualitativen Befunde.

Wirksamkeit des Modells

Ein zentraler Erklärungsansatz für die Wirksamkeit des ambulanten Palliativversorgungsmodells WL ist die weite Verbreitung und hohe Zustimmung der Hausärzt*innenschaft zu dem Modell. Zwischen 80 % und 93 % der in WL allgemein palliativversorgenden tätigen HÄ beteiligen sich am Palliativversorgungsvertrag [5,23,24], auch wenn manche HÄ die Sorge äußerten, dadurch selber nicht mehr maßgeblich an der Versorgung beteiligt zu sein.

Ein weiterer zentraler Erklärungsansatz für die Wirksamkeit des ambulanten Palliativversorgungsmodells WL könnte die enge Zusammenarbeit zwischen HÄ und PKDs sein, die kennzeichnend ist für das Modell und durch verschiedene Aspekte gefördert wird. Ein von Beginn an kontinuierlicher Austausch zwischen PKD und HÄ und die PKD-seitige Unterstützung der HÄ bei einer Rund-um-die-Uhr-Ansprechbarkeit für Patient*innen und Angehörige bieten das in der palliativen Situation so wichtige Sicherheitsempfinden für alle Beteiligten [25,26].

Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Versorgung

Ebenfalls förderlich für die Wirksamkeit des Modells scheint die gewährleistete Flexibilität zu sein, die Versorgung der Patient*innen bei Bedarf herauf- und herunterzufahren. Diese Flexibilität des Systems wird von den Versorger*innen außerordentlich betont und als essenzieller Beitrag für eine bedarfsgerechte Versorgung betrachtet. Ein weiterer Wirkfaktor scheint in der standardisierten und flächendeckend etablierten Zusammenarbeit des PKD mit der Notrufzentrale, Rettungsdiensten und Pflegeheimen zu liegen.

Kosteneffizient und finanzielle Herausforderungen

Obwohl die Kosteneffizienz in den Ergebnissen nicht explizit thematisiert wurde, spielt sie eine zentrale Rolle in der Bewertung der Wirksamkeit des Versorgungsmodells WL. Die Reduktion der Krankenhauseinweisungen und die effiziente Nutzung ambulanter Ressourcen (computergestützte Aktiv- und Passivsetzung der Patient*innen, hinterlegte Medikamentenpläne, Notfallmedika-

mentenboxen) könnten wesentlich zu einer Kostenreduktion beitragen und sind ein wesentlicher Bestandteil der positiven Wahrnehmung des Modells.

Die hohe Kosteneffizienz der Palliativversorgung in WL hängt auch mit der im regionalen Vergleich geringen Vergütung der PKD- und QPA-Leistungen im Modell WL zusammen [5], welche von einigen Versorger*innen als Herausforderung benannt wird: So würden finanzielle Unsicherheiten aufgrund mangelnder Finanzierung bzw. geleisteter Versorgung, die nicht abgerechnet werden könne, bestehen, weshalb PKDs unter anderem wiederum auch auf Spenden angewiesen seien, um eine bedürfnisorientierte Versorgung gewährleisten zu können. Diese Herausforderungen werden auch durch großes Engagement und hohe intrinsische Motivation bewältigt, die unter den beteiligten Versorger*innen der PKDs, nach Auskunft vieler Befragter, besteht.

Stärken und Limitationen

Die vorliegende Studie zeichnet sich durch den Einsatz eines Mixed-Methods-Ansatzes aus, der es ermöglicht, quantitative und qualitative Daten zusammenzuführen und so ein umfassenderes Verständnis der Palliativversorgung in WL zu entwickeln. Der Mixed-Methods-Ansatz stärkt die Validität der Ergebnisse, da die quantitativen Befunde die qualitativen Daten ergänzen und mögliche Erklärungsansätze liefern [9]. Zudem wird durch die Bestätigung bestehender Erkenntnisse zur Kosteneffektivität und ärztlichen Beteiligung die Relevanz und Zuverlässigkeit der Studie unterstrichen. Der qualitative Studienteil bietet tiefergehende Einblicke der Versorger*innen in WL und verdeutlicht dadurch die positiven Aspekte des Versorgungsmodells mit belegbaren Aussagen.

Es existieren Limitationen, welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Es standen lediglich Daten der BARMER zur Verfügung, die zumindest 13 % aller Verstorbenen in NRW abdecken. Weitere Limitationen der Analyse sind bekannt und werden ausführlich diskutiert bei Freytag et al. 2023 [5]. Des Weiteren fehlt eine eingehendere Auseinandersetzung mit der Vergleichbarkeit des Westfalen-Lippe-Modells zu anderen regionalen Versorgungsmodellen, wodurch wichtige Erkenntnisse zur Übertragbarkeit des Modells auf andere Kontexte möglicherweise unberücksichtigt bleiben.

Insgesamt liefert die Studie wichtige Erkenntnisse zur Effektivität und Kosteneffizienz des ambulanten Palliativversorgungsmodells in WL.

Schlussfolgerungen

Es konnten Eigenschaften der ambulanten Palliativversorgung in WL ausgehend von den quantitativen Kennzahlen im Zusammenspiel mit qualitativen Interviewziten identifiziert werden, die zu hoher Versorgungsqualität und Kosteneffektivität beitragen können. Die als potenzielle Wirkfaktoren identifizierten Vorteile des Versorgungsmodells sollten auch für andere Bundesländer in Betracht gezogen werden. Ggf. können einzelne Merkmale des Modells WL in Modelle anderer Regionen integriert werden und qualitätserhöhend sowie kosteneffektivitätssteigernd zum Tragen gebracht werden. Vorrangig dabei ist die Integration und verstärkte Zusammenarbeit von Palliativdiensten und HÄ, die in unserer Studie positiv bewertet wurde. Hierbei bietet sich die gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) an, die die hausärztliche Betreuung als wichtigen Schritt in eine gute Palliativversorgung betrachten [27].

Zukünftige Forschung sollte auf den hier ermittelten Ergebnissen aufsetzen, diese vergleichend zwischen verschiedenen Versorgungsmodellen analysieren und dabei auch die Zusammenarbeit mit externen ambulanten Pflegediensten explizit in den Blick nehmen.

Verfügbarkeit von Daten und Materialien

Die im Rahmen der qualitativen Analyse erstellten und/oder analysierten Datenstränge sind aus Gründen der Anonymität der Teilnehmer*innen nicht öffentlich zugänglich, können aber auf begründete Anfrage bei der entsprechenden Autorin angefordert werden. Der Datenzugang für die quantitative Analyse war nur möglich über eine zu diesem Zweck abgeschlossene Datennutzungsvereinbarung und via VPN-Zugang zum Wissenschaftlichen Datawarehouse der BARMER. Weitere Informationen über Datenzugang und Zugangsregulierungen sind auf Nachfrage verfügbar über Antje Freytag.

Studienregistrierung

Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS): <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00027904> (Registrierung am 25.02.2022).

Ethik

Es liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum für diese Studie vor [21-7366]. Alle Methoden wurden in Übereinstimmung mit den einschlägigen Richtlinien und Vorschriften dieser Ethikkommission durchgeführt. Alle Teilnehmer*innen gaben sowohl mündlich als auch schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Durchführung der Interviews. Alle Teilnehmer*innen nahmen freiwillig teil und stimmten der Veröffentlichung der Ergebnisse zu. Die quantitative Analyse basiert auf dem positiven Ethikvotum durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena (Reg.-Nr. 2021-2162-Daten). Die Nutzung von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung für Forschungszwecke gründet sich auf § 287 SGB V. Patientenseitige Einwilligungen waren nicht erforderlich. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit den Kriterien der Deklaration von Helsinki durchgeführt.

Förderung

Die Autoren*innen danken dem Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe e.V. für die finanzielle Unterstützung. Die fördernden Einrichtungen waren weder bei den Auswertungen noch der Publikation beteiligt.

Danksagung

Ein besonderer Dank geht an alle Teilnehmer*innen sowie die unterstützenden Palliativmedizinischen Konsiliardienste und Praxen für ihr Engagement. Außerdem geht ein Dank an die BARMER für die Bereitstellung der Daten.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass es keine potenziellen Interessenkonflikte in Bezug auf die Forschung, Autorenschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels gibt.

Autor*innenschaft

Leitung der Studie: ICO, NC, HCV; Konzeptionierung der Studie: AS, CG, NC, AF, HCV, ICO; Rekrutierung und Erhebung der qualitativen Daten: AS, CG; NC. Auswertung der qualitativen Daten: AS, CG, NC; Auswertung der quantitativen Daten: BD und AF; Schreiben des Manuskripts: AS, NC, AF. Gegenlesen des Manuskripts: CG, BD, HCV, ICO. Die korrespondierende Autorin bescheinigt, dass alle Autoren*innen das endgültige Manuskript gelesen und genehmigt haben. Die korrespondierende Autorin bestätigt, dass alle Autor*innen die ICMJE-Kriterien für die Autorenschaft erfüllen.

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.06.001>.

Literatur

- [1] Kuss K, Seipp H, Becker D, Bösner S, Erler A, Gruber D, et al. Study protocol: evaluation of specialized outpatient palliative care in the German state of Hesse (ELSAH study) - work package I: assessing the quality of care. *BMC Palliat Care* 2018;17:111. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0363-8>.
- [2] Lux EA, Althaus A, Claßen B, Hilscher H, Hofmeister U, Holtappels P, et al. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. *MMW-Fortschritte der Medizin Originalien* 2013;155:44–50.
- [3] Freytag A, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Jansky M, Krauss S, et al. Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. *BMC Palliat Care* 2019;18:12. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0398-5>.
- [4] Stichling K, Meissner F, Beuthling M, Otte I, Chikhradze N, Ditscheid B, et al. Hausärztliche Palliativversorgung in Westfalen-Lippe im Vergleich mit anderen Bundesländern – sekundäre Auswertung einer Befragungsstudie. [General practitioners' palliative care activities in Westphalia-Lippe compared to other federal states - Secondary analysis of a survey]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh* 2023. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.12.006>.
- [5] Freytag A, Meissner F, Krause M, Lehmann T, Jansky MK, Marschall U, et al. Ergebnisqualität und Kosten der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV-Routinedatenstudie. [A regional comparison of outcomes quality and costs of general and specialized palliative care in Germany: a claims data analysis]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2023. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03746-9>.
- [6] Hofmeister U. Praxisbeispiel Westfalen-Lippe: Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Paper_Palliativversorgung_Westfalen_Lippe.pdf.
- [7] Ditscheid B, Krause M, Marschall U, Freytag A. Medical specialties providing outpatient palliative care - a comparison across regions based on German statutory health insurance claims data. *Dtsch Arztebl Int* 2024.
- [8] Ditscheid B, Meissner F, Gebel C, Hennig B, Marschall U, Meißner W, et al. Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2016–2019) und regionale Variabilität. *Bundesgesundheitsbl.* 2023;66:432–42. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03683-7>.
- [9] Kuckartz U. *Mixed Methods*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014.
- [10] Creswell JW, Plano Clark VL. Revisiting Mixed methods: research designs twenty years later. In: Poth CN, editor. *The Sage Handbook of Mixed Methods Research Design*. London: Sage; 2023. p. 21–36.
- [11] Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educ Eval Policy Anal* 1989;255–74.
- [12] Kreimeke K, Bausewein C, Freytag A, Junghanss C, Marx G, Schnakenberg R, et al. DNVF-Memorandum Versorgungsforschung im letzten Lebensjahr. *Das Gesundheitswesen*. 2022.
- [13] Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4th ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2011.
- [14] Bicker AP, Atherton H, Brant H, Porqueddu T, Campbell JL, Gibson A, et al. Conducting a team-based multi-sited focused ethnography in primary care. *BMC Med Res Methodol* 2017;17:139. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0422-5>.
- [15] Cubellis L, Schmid C, von Peter S. Ethnography in health services research: oscillation between theory and practice. *Qual Health Res* 2021;31:2029–40. <https://doi.org/10.1177/10497323211022312>.

- [16] Baur N, Blasius J. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.
- [17] Rädiker S, Kuckartz U. Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.
- [18] Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. 6th ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2024.
- [19] Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52:1893–907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.
- [20] Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv* 2024;6:100174. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>.
- [21] Schulz M, Mack B, Renn O, editors. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS; 2012.
- [22] Tausch A, Methodische MN. Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? Mannheim 2015.
- [23] Brueckner T, Schumacher M, Schneider N. Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC Palliat Care* 2009;8:7. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-7>.
- [24] Mühlensiepen F, Thoma S, Marschke J, Heinze M, Harms D, Neugebauer EAM, von Peter S. „Wenn die mal nicht mehr kommen würden, dann kriege ich eine Krise“: Netzwerke der ambulanten Palliativversorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen. [“If they were to stop coming, I’d panic”: Palliative care networks from the perspectives of patients and informal care givers]. *Schmerz* 2019;33:320–8. <https://doi.org/10.1007/s00482-019-0384-0>.
- [25] Schneider W, Eichner E, Thoms U, Stadelbacher S, Kopitzsch F. Zur Praxis von SAPV in Bayern: Wirksamkeit, Struktur-/prozesseffekte und ländliche Versorgung. [Specialised out-patient palliative care (SAPV) in Bavaria: efficiency, structural and process-related effects and rural care]. *Gesundheitswesen* 2015;77:219–24. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382041>.
- [26] Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung: [Stellungnahme. Halle (Saale): Dt. Akad. der Naturforscher Leopoldina; 2015.
- [27] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Gemeinsame Empfehlung von DEGAM und DGP veröffentlicht: „Hausärztliche Betreuung auch bei SAPV fortführen“. <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/gute-zusammenarbeit-essentiell-in-der-versorgung-am-lebensende-gemeinsame-empfehlung-von-degam-und-dgp-veroeffentlicht-hausaerztliche-betreuung-auch-bei-sapv-fortfuehren>. [Accessed 30 January 2025].