

Hausärztinnen und Hausärzte in der Palliativmedizin

Primäre ärztliche Verantwortung bei Schwerkranken

Eine retrospektive Analyse aus dem Zürcher Oberland zeigt, dass die Hausärzteschaft die primäre ärztliche Zuständigkeit bei Menschen am Lebensende in der Mehrzahl der Fälle delegieren möchte.

Chasper Bardill; Andreas Weber

Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland, Spital Wetzikon

Einführung

Zur Unterstützung der palliativen Betreuung von schwer und unheilbar kranken Menschen zu Hause und in den Pflegeheimen und um dem häufigen Patientenwunsch, zuhause sterben zu können, nachzukommen, wird in der nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012 ein spitalexterner, mobiler Palliativdienst gefordert [1, 2]. Dieser besteht mindestens aus einem interprofessionellen Team von ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal [3]. Auch Hausärztinnen und Hausärzte (HA) erachten die Involvierung von Palliative Care Teams als wichtig, insbesondere für die Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen [4, 5] sowie ausserhalb der eigenen Praxisöffnungszeiten [6].

Wenn aber zu Hause neben den HA noch Palliative Ärztinnen und Ärzte (PA) aus einem mobilen Palliative Care Team involviert sind, ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen, aber auch für die Mitarbeitenden der spitalexternen Pflege nicht mehr klar, an wen sie sich bei ärztlichen Fragen zu Diagnostik und Therapie wenden sollen. Es ist auch für die HA und PA nicht mehr klar, wer zum Beispiel entscheidet, auf welches Opioid umgestellt werden soll, wenn das aktuelle nicht genügend wirkt, wer die Medikamentenliste bei jeder Änderung der Medikation aktualisiert und allen Mitbetreuenden zustellt. Eine Klärung der primären ärztlichen Zuständigkeit (PÄZ), wel-

che nicht die Fallführung, sondern die Festlegung für die Übernahme der ärztlichen Aufgaben bei der Patientenbetreuung umfasst, ist für alle Mitbetreuenden wichtig und ausserdem von den HA gewünscht. Neben einer guten interdisziplinären Kommunikation, empfinden sie die Klärung der Rollen und Zuständigkeiten als essenzielle Grundlage für die gute Zusammenarbeit [7].

Das mobile Palliative Care Team der Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO) besteht aus Pflegefachfrauen mit CAS oder MAS-Weiterbildung in Palliative Care sowie aus zwei Ärzten und einer Ärztin, die den Schwerpunkt in Palliativmedizin besitzen, respektive in Ausbildung dazu sind. In einem Einzugsgebiet von 27 Gemeinden mit 264 000 Einwohnern werden Menschen mit unheilbarer und voranschreitender Krankheit in pallia-

tiven Situationen zu Hause oder in den Pflegeheimen mitbetreut. Sobald das GZO-Team um Unterstützung angefragt wird, wird mit den Betroffenen geklärt, welche weiteren Ärztinnen und Ärzte bei der Betreuung involviert sind. Dem Hausarzt oder der Hausärztin (HA) wird per E-Mail ein Formular zur Klärung der PÄZ zugestellt (Tab. 1).

Mit der vorliegenden Arbeit soll analysiert werden, wie häufig die HA im Zürcher Oberland die PÄZ bei der Betreuung von Menschen in einer palliativen Situation behalten oder delegieren möchten (Tab. 2). Auch die Beweggründe für die Entscheide sollen erörtert werden.

Methodik

Bei allen vom GZO-Team in den Jahren 2019–2021 mitbetreuten Patientinnen und Patien-

Tabelle 1: Auswahlmöglichkeiten der primären ärztlichen Zuständigkeit

1	Die HA behalten die PÄZ, die Palliative Ärztinnen und Ärzte (PA) bieten subsidiäre und konsiliarische Unterstützung in schwierigen Situationen und bei Abwesenheit oder fehlender Verfügbarkeit der HA.
2	Die PÄZ wird von den PA übernommen, die HA bieten bei Bedarf und auf Anfrage der PA Unterstützung an und werden vom GZO-Team über den Verlauf informiert.
3	Die PA übernehmen die PÄZ, die HA wollen nicht weiter miteinbezogen und/oder informiert werden.
4	Die HA übernehmen die palliative Betreuung ohne die Unterstützung des GZO-Teams.

ten, wurde mittels Durchsicht der elektronischen Krankengeschichte retrospektiv erhoben, ob ein Formular versandt und ob die versandten Formulare von den HA ausgefüllt und retourniert wurden. Die Häufigkeit der angekreuzten Optionen (Tab. 1) wurde ausgewertet.

Jene HA, die mindestens ein Formular retourniert haben, wurden im Jahr 2022 zweimal per E-Mail gebeten, in einer anonymisierten Onlineumfrage die Gründe für ihre Antworten darzulegen (Tab. 3).

Die Freitextantworten wurden inhaltlich analysiert und verschiedenen Kategorien zugeteilt. Anschliessend wurde die Häufigkeit der Antwortkategorien ausgewertet und deskriptiv dargestellt.

Resultate

Im evaluierten Zeitraum wurden den HA bei 323 von insgesamt 1162 Patientinnen und Patienten Formulare zur Klärung der PÄZ zugestellt. Von den 323 versandten Formularen wurden 198 ausgefüllt und retourniert. Die Rücklaufquote hat in den drei Jahren von 43% auf 71% zugenommen und war durchschnittlich bei 61%. Am häufigsten, nämlich in 79% der Fälle, wurde die PÄZ von den HA an die PA delegiert. Nur selten, nämlich bei 3% der Fälle wollten die HA über den weiteren Verlauf nicht informiert werden. Bei 21% der Patientinnen und Patienten wollten die HA die PÄZ behalten. In keinem Fall wollten die HA die weitere Betreuung ohne das GZO-Team übernehmen.

Die 198 Formulare wurden von 107 verschiedenen HA retourniert. Allen wurde im Jahr 2022 ein Onlinefragebogen zu den Gründen für die Beantwortung der Formulare zugestellt. Die Onlineumfrage wurde von 46 HA ausgefüllt, die Rücklaufquote beträgt somit 43%.

Als Gründe für die Übernahme der PÄZ wurde hauptsächlich das gute Arzt-Patientenverhältnis, die langjährige Beziehung genannt ($n = 30$). Seltener genannte Gründe waren genügend eigene Zeitressourcen für den erwarteten Behandlungszeitraum ($n = 3$), das frühe Krankheitsstadium ($n = 2$), der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten, dass die weitere Betreuung durch den Hausarzt übernommen wird ($n = 2$), die kurze Distanz von der Praxis zum Wohnort der Patientin oder des Patienten ($n = 2$) oder die wenig komplexe Gesamtsituation ($n = 1$). Als Gründe für die Delegation der Zuständigkeit an einen Palliative Arzt oder Ärztin wurden die unzureichende Verfügbarkeit oder der Zeitmangel ($n = 25$), das fehlende Know-how ($n = 20$) und das schlechte Arzt-Patientenverhältnis genannt ($n = 3$).

Als Gründe für den Wunsch keine weiteren Informationen über den Verlauf zu erhalten, wurde angegeben, dass die Patientin oder der Patient noch nie in der Praxis war ($n = 4$), die Patientin oder der Patient die Betreuung durch die Hausärztin oder den Hausarzt nicht mehr gewünscht hat ($n = 1$) oder aber der Wegzug oder die Pensionierung der HA kurz bevorstand ($n = 3$).

Als Voraussetzungen, um die PÄZ häufiger zu behalten, wurden an erster Stelle mehr zeitliche Ressourcen erwähnt ($n = 19$). Als weitere Voraussetzungen werden eine Praxisvertretung während Abwesenheit oder ein eigenes Netzwerk von Fachleuten ($n = 8$) sowie besseres Know-how in der Palliative Care genannt ($n = 2$).

Grösstenteils wird die Zusammenarbeit mit dem GZO-Team von den HA sehr geschätzt: 75% der Befragten empfinden sie als sehr gut, 16% als gut, 9% empfinden sie als mässig. Noch mehr wird die Zusammenarbeit mit den PA geschätzt: 80% geben an, dass sie sehr gut und 15% gut sei. Lediglich 4% ($n = 2$) werten die Zusammenarbeit als mässig.

Diskussion

Die HA verstehen sich in der Regel als Koordinatoren für die medizinische Behandlung

ihrer Patientinnen und Patienten [8]. Oftmals erleben sie die Involvierung von mobilen Palliative Care Teams als Ausgrenzung aus der Versorgung und Kompetenzabschreibung [9], während die Beteiligten der mobilen Palliative Care Teams eine fehlende Einbringung der HA beklagen [10]. Daher mag es erstaunen, dass die HA nur in 21% der Fälle die PÄZ behalten wollen. Die am häufigsten genannten Gründe dafür sind die unzureichende Verfügbarkeit, der Zeitmangel und fehlendes Know-how. Patienten und Patientinnen in palliativen Situationen brauchen oft mehrmals täglich und auch nachts telefonische Beratung und es sind immer wieder ungeplante Hausbesuche nötig, um unerwünschte Spitaleinweisungen zu vermeiden. Bei schwieriger Symptomkontrolle sind oft parenterale Medikationen und Techniken nötig, mit denen die HA wenig vertraut sind. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass die HA in fast 80% der Fälle die PÄZ delegieren möchten. Die Delegation der PÄZ heisst allerdings nicht, dass die HA bei der Betreuung nicht mehr involviert sind. Planbare Untersuchungen und Behandlungen führen sie weiterhin in Absprache mit den PA durch. Schwierige Situationen können gemeinsam besprochen werden, so dass Informationen aus der langjährigen, hausärztlichen Betreu-

Tabelle 2: Häufigkeit der versandten und Auswertung der retournierten Formulare an die HA

Analyse 2019–2021	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Anzahl verschickter Formulare	323	
Anzahl retournierter Formulare	198	61% Rücklaufquote
Häufigkeit der PÄZ bei HA (Auswahl 1)	41	21% der Antworten
Häufigkeit der PÄZ bei PA (Auswahl 2)	150	76% der Antworten
Häufigkeit PÄZ bei PA und HA nicht mehr involviert (Auswahl 3)	7	3% der Antworten
Häufigkeit Betreuung ohne GZO-Team (Auswahl 4)	0	

PÄZ = primäre ärztliche Zuständigkeit, HA = Hausärztinnen und Hausärzte, PA = Palliative Ärztinnen und Ärzte, GZO = Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland

Tabelle 3: Onlineumfrage zu den Beweggründen für die Wahl der primären ärztlichen Zuständigkeit (PÄZ)

1	Was sind Gründe für mich, um die PÄZ zu behalten?
2	Was würde dazu beitragen, dass ich die PÄZ häufiger behalten würde?
3	Was sind Gründe für mich, um die PÄZ an einen Arzt oder eine Ärztin des Palliativteams zu delegieren?
4	Was sind Gründe für mich, dass ich über den weiteren Verlauf nicht mehr informiert werden möchte?
5	Wie ist in der Regel die Zusammenarbeit mit dem GZO-Team?

ung berücksichtigt werden. Bei langjähriger Beziehung oder bei explizitem Wunsch der Patientinnen und Patienten übernehmen die HA eher die PÄZ und die PA stehen subsidiär zur Verfügung. Gerade in diesen Situationen schätzen die HA grossmehrheitlich die Unterstützung durch das Palliative Team (91%) und insbesondere durch die PA (95%), wenn sie selbst nicht erreichbar oder nicht verfügbar sind.

Ein direkter Vergleich der hier vorliegenden Resultate mit anderen, im ambulanten Bereich tätigen interprofessionellen Palliative Care Teams war nicht möglich weil es in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum kaum Studien zur Institutionalisierung von fachübergreifender Zusammenarbeit zwischen HA und PA gibt [11]. Giet et al. beschreiben für das mobile Palliative Care Team im Unterwallis, dass die HA die primäre Zuständigkeit a priori übernehmen, sofern sie diese nicht von sich aus an die PA delegieren [12]. Wie oft das geschieht, wird nicht beschrieben.

In vielen Regionen der Schweiz sind bei den mobilen Palliativdiensten keine PA vor Ort involviert [13]. Weil den HA die Zeit und Flexibilität für die Betreuung der Palliativpatienten fehlt und mit dem HA Mangel auch in naher Zukunft kaum mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen werden, wäre es wichtig, dass PA nicht nur in Palliativstationen der Akutspitäler, sondern auch zu Hause und in den Pflegeheimen bei palliativen Patientinnen und Patienten verfügbar sind. Genau hier möchten gemäss einer repräsentativen Umfrage die meisten Menschen ihre letzte Lebenszeit verbringen und auch sterben [14]. Durch den Einsatz von spezialisierten Palliativteams gelingt es viel öfter, diesen Wunsch zu erfüllen. Die Analyse verschiedener Teams durch Thomas Schindler in Deutschland zeigt, dass ohne Unterstützung durch ein spezialisiertes Team 30% der Menschen zuhause versterben und dieser Anteil mit einem spezialisierten Pflgeteam auf 60% steigt, mit einem interprofessionellen Team mit Pflege und PA sogar auf 78% [15].

Ebenfalls könnte die Betreuung der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten verbessert werden, indem die Zusammenarbeit zwischen HA und PA vertieft wird. Ein Beispiel aus Westfalen-Lippe zeigt, dass dies durch die Gründung eines Kooperationsvereins gelingt und sich die HA der Region im Vergleich zu anderen Bundesländern stärker verantwortlich für die Versorgung palliativer Patientinnen und Patienten fühlen [16]. Auch das bessere Know-how in Palliative Care führt dazu, dass HA enger in palliative Behandlungen integriert sein wollen [17].

Limitationen

Die Formulare zur Klärung der PÄZ wurden im Beobachtungszeitraum nur bei 28% der Patientinnen und Patienten ihren betreuenden HA gestellt. Dies ist auf die knappen personellen Ressourcen in unserem Team aber nicht auf weitere spezifische Kriterien zurückzuführen. Die Onlineumfrage wurde anonymisiert und nur bei jenen HA durchgeführt, mit denen



Ein mobiler Palliativdienst besteht aus einem interprofessionellen Team von ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal.

das Palliative Care Team zusammenarbeitet. Ein gewisser Selektions-Bias kann damit nicht ausgeschlossen werden.

Konklusion

Interprofessionelle, mobile Teams mit PA zur Unterstützung der Behandlung in palliativen Situationen werden von den Hausärztinnen und Hausärzten gewünscht. Ein vermehrtes Engagement der PA ausserhalb der Spitäler, sowie Teilnahme der HA an Weiterbildungsangeboten der Palliative Care, würden die Zusammenarbeit zwischen HA und PA vertiefen und die Qualität der Betreuung in der letzten Lebensphase schweizweit verbessern. Dies wird allerdings nur möglich, wenn die Politik die Finanzierung der Palliativmedizin ausserhalb des Spitals endlich verbessert [18].

Korrespondenz

Dr. med. univ. Chasper Bardill
GZO Spital Wetzikon
Spitalstrasse 66
CH-8620 Wetzikon
chasper.bardill[at]gzo.ch

Verdankung

Wir bedanken uns bei den Hausärztinnen und Hausärzten des Zürcher Oberlandes für die Beantwortung der Onlineumfrage und die sehr gute Zusammenarbeit.

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potenziellen Interessenskonflikte zu haben.

Author Contributions

Die beiden Autoren haben das Konzept und die Methodologie gemeinsam erstellt. CB hat die Daten ausgewertet und das Manuskript geschrieben. Es wurde gemeinsam mit AW überarbeitet und korrigiert. Beide Autoren haben das eingereichte und revidierte Manuskript gelesen und sind für alle Aspekte des Werkes mitverantwortlich.

Literatur

- 1 BAG [Internet]. Nationale Leitlinien Palliative Care [cited 2023 Aug 08]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care.html>
- 2 BAG [Internet]. Bericht Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende [cited 2023 Aug 08]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html#-309017583>
- 3 Versorgungsstrukturen für spezialisiert Palliative Care in der Schweiz, Bundesamt für Gesundheit BAG, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/spezialisierte-versorgungsstrukturen.pdf.download.pdf/versstrukt-spez-pc-ch.pdf>, zugegriffen am 08.08.2023
- 4 Stichling K, Krause M, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, et al.; SAVOIR Study Group. Factors influencing GPs' perception of specialised palliative homecare (SPHC) importance – results of a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2020 Aug;19(1):117.
- 5 Grabenhorst U. Specialized ambulatory palliative care: (SAPV) 5-year results of a multi-professional care

- model by HomeCare linker Niederrhein gGmbH (HC) in the Lower Rhine region. *Ann Oncol*. 2017;28:v500.
- 6 Giezendanner S, Jung C, Banderet HR, Otte IC, Gutdat H, Haller DM, et al. General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PLoS One*. 2017 Feb;12(2):e0170168.
 - 7 Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2012 May;62(598):e353–62.
 - 8 SGAIM. SSMIG, SSGIM [Internet]. Aktuelles Berufsbild [cited 2023 Aug 08]. Available from: [Fachärztin/ Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/220413_berufsbild_AIM_neu_D.pdf](https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/220413_berufsbild_AIM_neu_D.pdf)
 - 9 Stichling K, Bleidorn J, Krause M, Meissner W, Wedding U, Bauer A, et al. A. Freytag Hausärztliche Einschätzungen zur Verbesserung der Palliativversorgung an der Schnittstelle zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). *Z Palliativmed*. 2022;23(2):105–12.
 - 10 Rhee JJ, Teo PC, Mitchell GK, Senior HE, Tan AJ, Clayton JM. General practitioners (GPs) and end-of-life care: a qualitative study of Australian GPs and specialist palliative care clinicians. *BMJ Support Palliat Care*. 2018 Nov;bmjspcare-2018-001531.
 - 11 Becka, D, Riese A, Rychlik RP, Huenges B, Rusche H. (2014). General practitioners in palliative care in Germany: a systematic review. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (1946), 139(44), 2254–2258.
 - 12 Giet O, Vacanti-Robert A, Monney M, Métrailler J. [«Doctor, I would like to stay at home» About the partnership between a specialized palliative home care team and general practitioners]. *Rev Med Suisse*. 2017 Feb;13(548):315–7.
 - 13 Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter – Dr. Matthias Wächter, https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/forschungsberichte/mobile/mobile_palliative_care_dienste_schlussbericht_2014.pdf.download.pdf/mobile_palliative_care_dienste_schlussbericht_2014.pdf, zugegriffen am 08.08.2023
 - 14 BASS [Internet]. Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017 [cited 2023 Nov 25]. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/forschungsberichte/palliative-care-bevoelkerungsbefragung-2018.pdf.download.pdf/PalliativeCare2017_Schlussbericht_BASS_mit_Summary.pdf
 - 15 Palliativmedizin im ambulanten Sektor Band 6, E. Aulbert E. Klatschik. Th. Schindler, ISBN-10 3794522974, pp 4–8.
 - 16 Stichling K, Meissner F, Beuthling M, Otte I, Chikhradze N, Ditscheid B, Vollmar HC, Freytag A. 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 Gesundhwes*. 2023 Sep;181:33–41.
 - 17 Peter S, Volkert AM, Radbruch L, Rolke R, Voltz R, Pfaff H, et al.; APVEL-consortium. GPs' involvement in specialised palliative home care: A mixed methods study in Germany. *Eur J Gen Pract*. 2022 Dec;28(1):224–33.
 - 18 Das Schweizer Parlament [Internet]. Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care [cited 2023 Aug 08]. Available from: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20204264>, Referenz 1