

# „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV): Hausärztliche Erfahrungen

## Eine Befragung in Niedersachsen

### What are the Experiences of Family Physicians with an Intermediate Level of Outpatient Palliative Care in Germany?

#### A Survey in Lower Saxony

Sabrina Reffke, Katharina van Baal, Nils Schneider, Stephanie Stiel

#### Hintergrund

2017 entstand die Vereinbarung zur „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV). Offen ist, welche Rolle die BQKPMV in der Versorgungspraxis spielt und welche Erfahrungen Hausärzt\*innen damit machen.

#### Methoden

Alle 5012 Hausärzt\*innen in Niedersachsen wurden im September 2021 eingeladen, online oder papierbasiert an einer Fragebogenerhebung zur Implementierung der BQKPMV teilzunehmen. Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistik und Häufigkeitsanalysen ausgewertet.

#### Ergebnisse

Mit 665 Antworten wurde eine Teilnahmequote von 13 % erreicht. Daten von 642 Hausärzt\*innen wurden in die Analyse einbezogen. 13 % der Befragten (n = 84) kennen die BQKPMV. 71 % der Hausärzt\*innen mit BQKPMV-Kenntnis (n = 58) haben sich gegen eine Teilnahme an der Vereinbarung entschieden. 38 dieser Hausärzt\*innen begründen ihre Ablehnung damit, dass sie die ansonsten bestehenden ambulanten palliativen Versorgungsformen als ausreichend empfinden. Trotz inhaltlich überwiegend positiver Bewertung der BQKPMV, sehen mehr als die Hälfte der Teilnehmenden Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung.

#### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die BQKPMV in der hausärztlichen Praxis der Teilnehmenden wenig zur Anwendung kommt. Die Befragten sehen Grenzen in der Durchführbarkeit der BQKPMV. Belastbare Schlüsse auf die gesamtdeutsche Versorgungsrealität lassen sich aufgrund der eher geringen Rücklaufquote und dem regionalen Bezug nur bedingt ziehen. Denkbar ist, dass es neben einer niedrighschwelligigen Information aller Hausärzt\*innen über die BQKPMV einer Anpassung der Rahmenbedingungen der BQKPMV z.B. in den Bereichen Qualifikationsvoraussetzungen, Vergütung und Aufgabenverteilung bedarf. Empfehlungen zur Optimierung der BQKPMV werden im Gesamtprojekt entwickelt und ermöglichen eine Evaluation der Implementierung dieser Versorgungsform.

#### Schlüsselwörter

Palliativversorgung; Versorgungsforschung; ambulante Versorgung; BQKPMV; Allgemeinmedizin

#### Background

In 2017, the agreement on an intermediate level of outpatient palliative care (BQKPMV) emerged. It is unclear what role BQKPMV plays in healthcare practice and what experiences family physicians have with the implementation.

#### Methods

In September 2021, all 5012 family physicians in Lower Saxony were invited to participate in an online or paper-based questionnaire survey on the implementation of BQKPMV. Data were analysed using descriptive statistics and frequency analyses.

#### Results

With 665 responses, a participation rate of 13 % was achieved. Data from 642 family physicians were included in the analysis. 13 % of the respondents (n = 84) are aware of BQKPMV. 71 % of the participants with knowledge of BQKPMV (n = 58) have decided not to participate in the agreement. Thirty-eight of these family physicians justify this by saying that they consider the existing forms of outpatient palliative care to be sufficient. More than half of the participants see difficulties in the practical implementation.

#### Conclusions

The results of the survey of family physicians in Lower Saxony indicate that BQKPMV is rarely used in the clinical practice of the participants. Respondents see limitations in the feasibility of BQKPMV. Due to the rather low response rate and the regional connection, reliable nationwide conclusions about the reality of care can only be drawn to a limited extent. It is conceivable that, in addition to providing all family physicians with low-threshold information about BQKPMV, the framework conditions of BQKPMV need to be adjusted, e.g. in the areas of qualification requirements, remuneration and the distribution of tasks. Recommendations for optimising BQKPMV are developed in the overall project and enable a comprehensive evaluation of the implementation of this form of care.

#### Keywords

palliative care; health services research; outpatient care; BQKPMV; family medicine

## Hintergrund

In Folge des im Jahre 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG), entstand 2017 die „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV, gemäß § 87 Abs. 1b SGB V) [1]. Sie entspricht einer Erweiterung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und ist im Versorgungsspektrum der ambulanten Palliativversorgung zwischen der AAPV und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu verorten. Mit Einführung der BQKPMV intendierte der Gesetzgeber, die Versorgung Schwerkranker zu verbessern, ihren Versorgungsbedarfen und dem Wunsch nach einer Betreuung in der Häuslichkeit besser zu begegnen und die Übergänge zwischen den Formen ambulanter Palliativversorgung fließender zu gestalten [2]. Eine Schlüsselrolle haben Hausärzt\*innen inne [3]. Im Rahmen der BQKPMV sollen sie u.a. die 24-stündige palliativmedizinische Versorgung sicherstellen (ggf. in Kooperation mit anderen Professionen) sowie bei Bedarf weitere Palliativversorgende hinzuziehen und koordinieren [1]. Vor Teilnahme muss ein 40-stündiger Basiskurs Palliativmedizin und eine zweiwöchige Hospitation in einer palliativen Einrichtung oder die Betreuung von mindestens 15 Palliativpatient\*innen in den letzten drei Jahren nachgewiesen werden. Die Leistungsvergütung wird durch eigene Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet [4].

Bisher ist unklar, ob und in welchem Umfang die BQKPMV von Hausärzt\*innen geleistet wird und welche Erfahrungen sie dabei gemacht haben. Ziel dieser Arbeit ist daher die Untersuchung praktischer Erfahrungen und Sichtweisen niedersächsischer Hausärzt\*innen zur BQKPMV anhand folgender Forschungsfragen:

- Wie viele der an der Befragung teilnehmenden Hausärzt\*innen kennen die BQKPMV und nehmen an der Vereinbarung teil?
- Welche Gründe sprechen für oder gegen eine Teilnahme an dieser Vereinbarung?
- Wie beurteilen die befragten Hausärzt\*innen die BQKPMV inhaltlich?

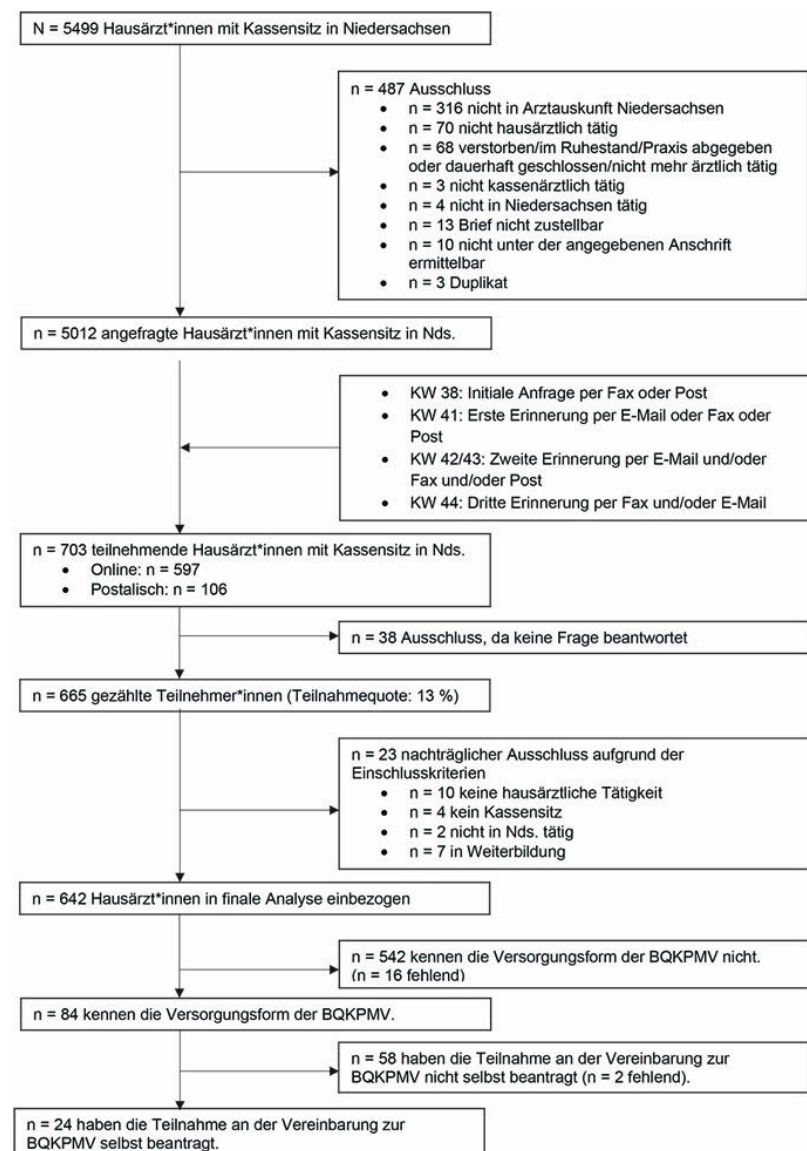
## Methoden

### Studiendesign

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Innovationsfonds-Projektes Polite [5]. Diesem Projektteil vorangegangen sind eine Literaturrecherche zum Stand der Forschung in der Vorbereitung des Gesamtprojektes [5] und eine Analyse von Stellungnahmen zur BQKPMV [6]. Gegenstand dieses Artikels ist eine querschnittliche Befragungsstudie als Teilprojekt von Polite. Die Darstellung orientiert sich am STROBE-Statement für Querschnittsstudien (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) [7].

### Fragebogenentwicklung und Pre-Test

Zwischen Mai und Juli 2021 wurde auf Basis der vorab erfolgten Dokumentenanalyse [6] ein standardisierter Fragebogen für Hausärzt\*innen entwickelt. Im Juli 2021 wurde dieser im Rahmen eines Pre-Tests mit acht Ärzt\*innen erprobt. Der Pre-Test enthielt Fragen zur Bearbeitungsdauer und der Verständlichkeit von Fragen, dem Gebrauch einer angemessenen (Fach-)Sprache, der Vollständigkeit der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie einer möglichen Lenkung durch die verwendeten Formulierungen. Darüber hinaus wurden Einschätzungen zur Länge des Fra-



**Abbildung 1** Flow Chart zur Rekrutierung von Hausärzt\*innen

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, KW = Kalenderwoche

Merkmal/Variable		n	%	
<b>Geschlecht</b> (n = 627)	Weiblich	295	47,1	
	Männlich	330	52,6	
	Divers	2	0,3	
<b>Facharzt/Fachärztin</b>	Allgemeinmedizin (n = 627)	ja	465	74,2
		nein	162	25,8
	Innere Medizin (n = 627)	ja	174	27,8
		nein	453	72,2
	Andere (n = 626)	ja	71	11,3
		nein	555	88,7
<b>Praxisform</b> (n = 626)	Einzelpraxis	233	37,2	
	Gemeinschaftspraxis	327	52,2	
	Praxisgemeinschaft	38	6,1	
	MVZ	28	4,5	
<b>Anstellungsverhältnis</b> (n = 624)	Ja	87	13,9	
	Nein	537	86,1	
<b>Versorgungsregion</b> (n = 626)	Ländlich ( $\leq$ 5000 EW)	160	25,6	
	Kleinstädtisch (5000 – < 20.000 EW)	194	31	
	Mittelstädtisch (20.000 – < 100.000 EW)	154	24,6	
	Großstädtisch ( $\geq$ 100.000 EW)	118	18,8	
<b>Kenntnis über die Versorgungsform BQKPMV</b> (n = 626)	Ja	84	13,4	
	Nein	542	86,6	
<b>Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV beantragt</b> (n = 82)	Ja	24	29,3	
	Nein	58	70,7	
<b>Teilnahmeberechtigung zurückgegeben</b> (n = 23)	Ja	1	4,3	
	Nein	22	95,7	
<b>Vertraglich vereinbarte Kooperationspartner*innen</b> (n = 22)	SAPV-Team	Ja	11	50,0
		Nein	11	50,0
	Ambulante Pflegedienste	Ja	12	54,5
		Nein	10	45,5
	Ambulante Hospizdienste	Ja	6	27,3
		Nein	16	72,7
	Hospize	Ja	8	36,4
		Nein	14	63,6
	Pflegeheime	Ja	10	45,5
		Nein	12	54,5
	Keine	Ja	5	22,7
		Nein	17	77,3
	Andere (Freitext: Apotheke)	Ja	1	4,5
		Nein	21	95,5

Merkmal/Variable		n	%	
Weitere beteiligte, vertraglich nicht gebundene Partner*innen (n = 22)	SAPV-Teams	Ja	11	50
		Nein	11	50
	Ambulante Pflegedienste	Ja	12	54,5
		Nein	10	45,5
	Ambulante Hospizdienste	Ja	8	36,4
		Nein	14	63,6
	Hospize	Ja	5	22,7
		Nein	17	77,3
	Pflegeheime	Ja	9	40,9
		Nein	13	59,1
	Keine	Ja	4	18,2
		Nein	18	81,8
	Andere	Ja	0	0
		Nein	22	100

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, EW = Einwohner\*innen, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum, SAPV = spezialisierte palliativmedizinische Versorgung

**Tabelle 1** Angaben zur Person und Praxis (A) und administrative Angaben zur BQKPMV (B1)

gebogens und Plausibilität des Aufbaus sowie weitere inhaltliche und strukturelle Verbesserungsvorschläge erfragt.

Die mittlere Bearbeitungsdauer lag bei 7 Minuten (Range = 4–14, Standardabweichung (SD) = 3,4). Entlang der Anmerkungen wurden Modifizierungen am Fragebogen vorgenommen und im September 2021 konsentiert sowie online in SoSciSurvey programmiert.

Im finalen Fragebogen wurden drei Themenkomplexe adressiert:

- A Fragen zur Person und Praxis
- B1 Administratives zur BQKPMV
- B2 Inhaltliche Beurteilung der BQKPMV

Antworten wurden vorwiegend mittels dichotomer Ja/Nein-Skalen sowie vierstufiger verbaler Rangskalen gegeben, ergänzt um einzelne Freitexte.

### Rekrutierung und Fragebogenerhebung

Von Juni bis August 2021 wurde parallel zur Fragebogenentwicklung eine Datenbank aller Hausärzt\*innen in Niedersachsen mit folgenden Einschlusskriterien erstellt: hausärztliche Tätigkeit, Kassensitz in Niedersachsen, Listung in Arztauskunft Niedersachsen.

Die Einladung von Hausärzt\*innen zur Teilnahme erfolgte in mehreren Etappen und auf verschiedenen Kontaktwegen einschließlich wiederholter Erinnerungsschreiben (Abb. 1). Das initiale Anschreiben erfolgte für einen Großteil der Hausärzt\*innen in Niedersachsen per Fax sowie bei nicht ermittelbarer Faxnummer auf dem Postweg (n = 106). Weitere Erinnerungsschreiben erfolgten per E-Mail/Fax sowie postalisch. Mit dem Anschreiben erhielten die Hausärzt\*innen einen QR-Code und Link mit Zugang zum Online-Fragebogen sowie das Angebot, eine Zusendung der Papierversion des Fragebogens anzufordern. Zusätzlich wurden verschiedene Veranstaltungen und Kanäle (z.B. Niedersächsischer Hausärzttag, Rundschreiben Hausärzteverband, Niedersächsisches Ärzteblatt) für weitere Aufrufe zur Teilnahme genutzt.

### Datenaufbereitung und Datenanalyse

Fragebögen, die in Papierform eingingen, wurden in eine Excel-Datenbank eingepflegt bzw. digitale Daten aus SoSciSurvey extrahiert. Alle Fälle wurden in einer Gesamtdatei im Statistical Package for Social Sciences (SPSS) zusammengeführt und auf Plausibilität geprüft. Fragebögen mit mindes-

tens einer beantworteten Frage wurden in die Auswertung mittels SPSS Version 27 einbezogen. Es wurde deskriptiv analysiert und Freitexte wurden kategorisiert. Fehlende Werte sind als solche in der Ergebnisdarstellung angegeben.

## Ergebnisse

### Beschreibung der Stichprobe

Mit n = 665 Antworten wurde eine Teilnahmequote von 13 % erreicht. Datensätze von insgesamt n = 642 Teilnehmenden wurden in die Analyse einbezogen (Abb. 1).

### Angaben zur Person und Praxis (A)

53 % der an der Umfrage Teilnehmenden waren männlich (Tab. 1). Im Durchschnitt waren die Hausärzt\*innen 55 Jahre alt (SD = 9) und seit im Mittel 17 Jahren (SD = 10) hausärztlich tätig.

Etwa die Hälfte der Befragten hat den Basiskurs Palliativmedizin absolviert (46 %), circa ein Viertel führt die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (27 %). Leistungen der AAPV erbringen 68 % der an der Befragung Teilnehmenden. In 89 % der teilnehmenden Praxen werden Leistungen der SAPV durch mindestens eine/n

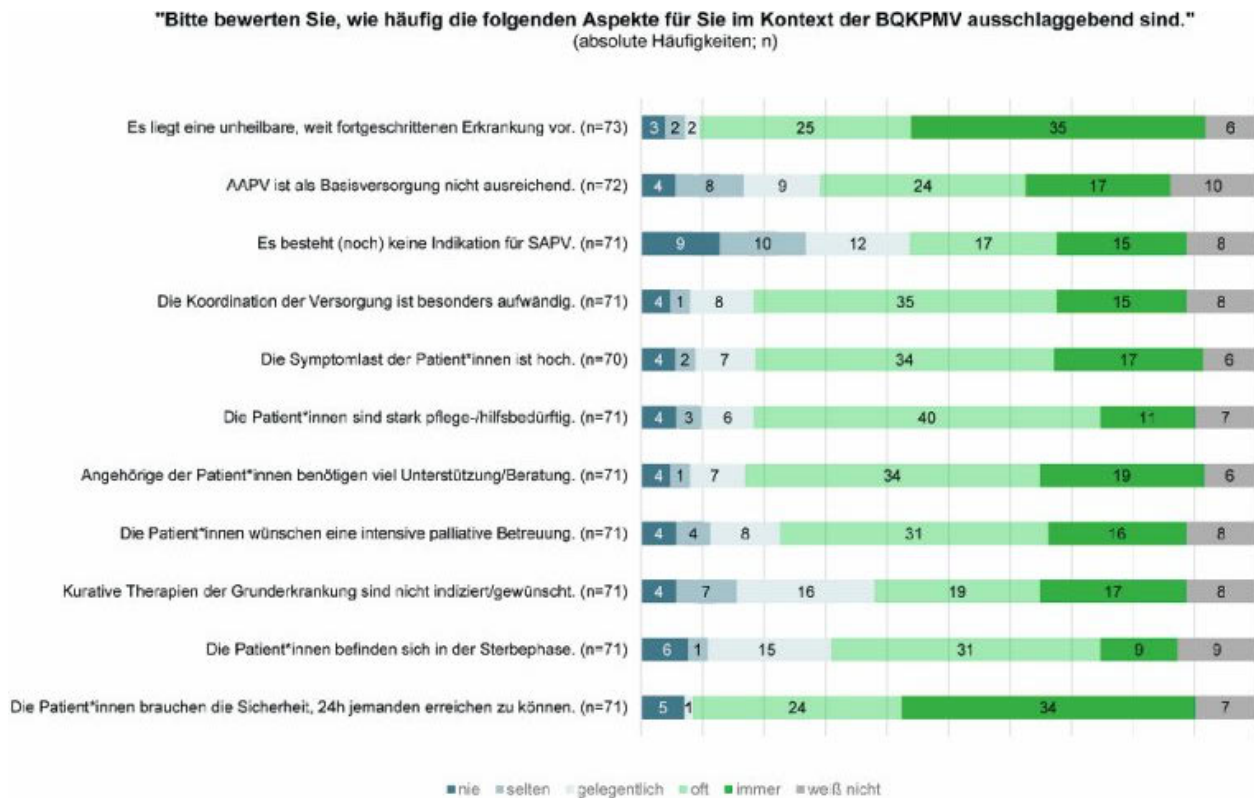


Abb.: Sabrina Reffke

**Abbildung 2** Ausschlaggebende Aspekte im Kontext der Erbringung der BQKPMV (B2)

AAPV = allgemeine ambulante Palliativversorgung, BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Partner\*in verordnet. 41 % der Befragten erbringen selbst Leistungen der SAPV.

**Administratives zur BQKPMV (B1)**

Von den teilnehmenden Hausärzt\*innen gaben 13 % (n = 84) an, Kenntnisse über die BQKPMV zu haben. 29 % dieser 84 Hausärzt\*innen (n = 24) haben die Teilnahme an der Vereinbarung beantragt (Tab. 1). Die weiteren Items konnten im Fragebogen nur von Ärzt\*innen mit BQKPMV-Kenntnis beantwortet werden (n = 84).

Hauptmotivation für die Teilnahme an der BQKPMV war die Möglichkeit Leistungen abzurechnen, die ohnehin erbracht werden (88 %, n = 21). Spezifiziert wurde dies im Freitext durch eine teilnehmende Person wie folgt: „Grundsätzlich rechne ich nach SAPV ab, will sich Patient nicht einschreiben lassen, dann über BQKPMV.“ Als Grund für eine Nicht-Teilnahme an der Vereinbarung gaben Befragte, die die

BQKPMV kennen, vor allem als ausreichend empfundene bestehende Versorgungsformen (AAPV/SAPV) an (68 %, n = 38). Insgesamt acht der 24 Hausärzt\*innen (33 %), die initial an der Vereinbarung teilgenommen haben, haben sich im Verlauf gegen die Erbringung von Leistungen der BQKPMV entschieden. Ursächlich waren vorrangig eine als nicht aufwandgerecht empfundene Vergütung (n = 3) sowie der Zeitaufwand (n = 2). Als Argumente gegen die Teilnahme wurden in den Freitexten unter anderem eine Ablehnung der Versorgungsform (n = 3) und fehlende persönliche Ressourcen (n = 2) benannt. Beispielkommentare lauteten: „Mein Eindruck bei der Einführung war, dass es für mich unattraktiv ist, habe mich seitdem nicht damit befasst.“ und: „Ich besetze eine Woche/Monat die 24h Hotline des SAPV-Teams und muss die anderen drei Wo/Mo das Handy nachts ausmachen können, sonst halte ich den Belastungen auf Dauer nicht stand.“

**Inhaltliche Beurteilung der BQKPMV (B2)**

Alle Teilnehmenden, die die BQKPMV kennen, konnten in diesem Abschnitt des Fragebogens Angaben machen (n = 84). 82 % dieser Hausärzt\*innen gaben an, dass das Vorliegen einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung oft oder immer ein wichtiger Aspekt im Kontext der BQKPMV sei (Abb. 2).

Der Aussage „Aus meiner Sicht wird durch die BQKPMV die Versorgung in der letzten Lebensphase verbessert“ stimmten 66 % (eher) zu. Die Befragten fanden die Aussage, dass durch die BQKPMV eine leistungsgerechte Vergütung geschaffen werde, (eher) unzutreffend (n = 30; 43 %; Abb. 3).

Der Aussage „In meiner hausärztlichen Praxis nehme ich die BQKPMV wahr als geeignete Versorgungsform bei Patient\*innen mit erhöhtem Versorgungsaufwand, der über die Basisversorgung der AAPV hinausgeht“ stimmten 59 % (n = 41) der Teilnehmenden (eher) zu. 57 % (n = 39) der

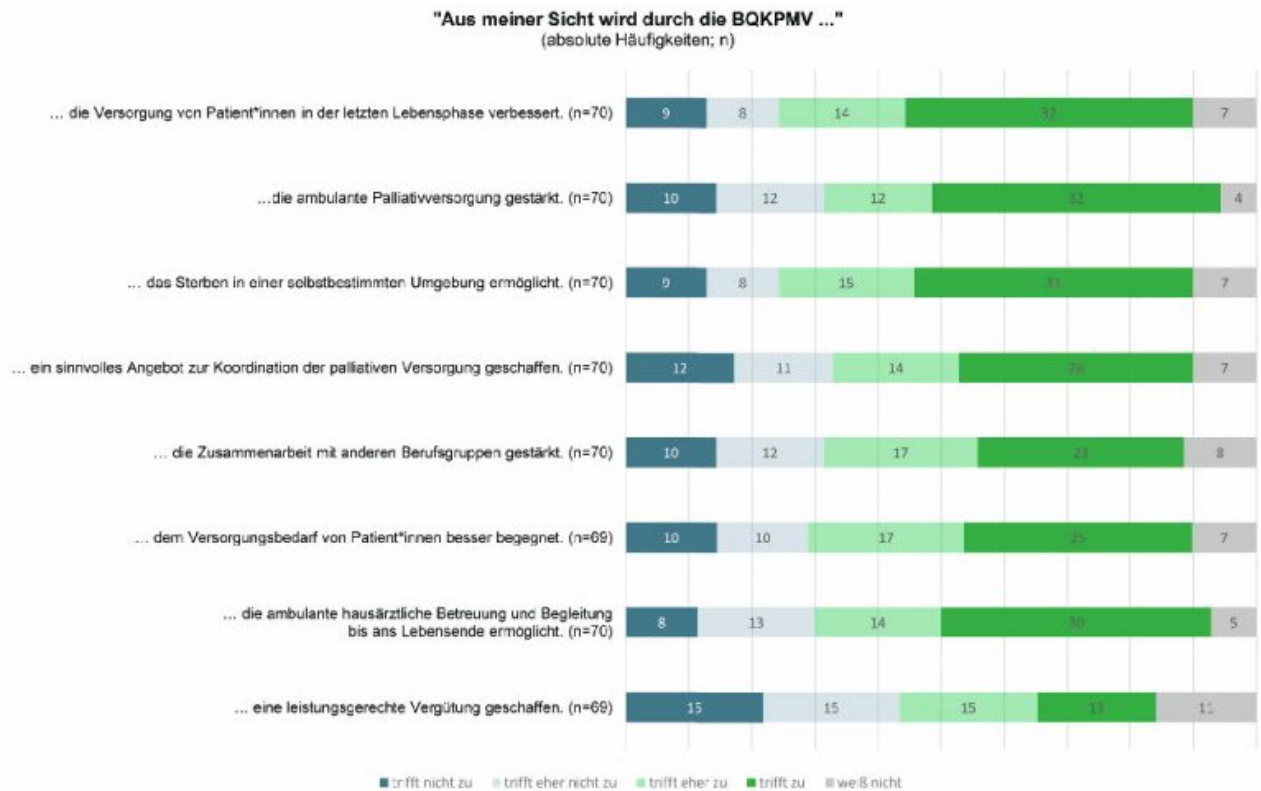


Abb.: Sabrina Reffke

**Abbildung 3** Sichtweisen zu BQKPMV (B2)

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Befragten fanden es (eher) unzutreffend, dass die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten, garantiert durch Kooperationspartner\*innen, gut durchführbar sei (Abb. 4).

Zur näheren inhaltlichen Beurteilung der BQKPMV werden im Folgenden ausgewählte Freitextkommentare dargestellt, die von den an der Befragung Teilnehmenden auf die Frage nach weiteren förderlichen und/oder hemmenden Faktoren für die praktische Umsetzung der BQKPMV angegeben wurden.

Als förderlicher Faktor wurde unter anderem die Vergütung (n = 5) genannt. Beispielsweise erklärte eine teilnehmende Person den „Einsatz, wo SAPV (z.B. im Pflegeheim) indiziert ist, aber häufig von den Krankenkassen abgelehnt wird“. Auch die Stärkung der hausärztlichen Rolle und Patient\*innenbindung (n = 4) wurde thematisiert. Ein Beispielkommentar lautete: „Die Palliativversorgung bleibt in hausärztlicher Hand/BQKPMV kann die Palliativversor-

gung durch den Hausarzt besser sichtbar machen/Kontinuität der Versorgung für Patienten und Angehörige/Berufliche Zufriedenheit.“.

Die Befragten nutzten die Freitexte jedoch auch, um Verbesserungspotenziale zu benennen (n = 4): „Förderlich wäre eine Kompetenzerweiterung aller Hausärzte sowie Basiskompetenzen bei Kollegen im Bereitschaftsdienst – ein unbürokratischer Zugang für Leistungserbringer und eine attraktive Vergütung auch für Pflege, sodass sich bei Pflegediensten die Qualifizierung lohnt und Realität wird.“ Als weitere hemmende Faktoren wurden unter anderem die Erreichbarkeit (n = 4; z.B. „Erreichbarkeit im Hintergrund ist eine Hürde bezüglich der Versorgung der Patienten durch die langjährig betreuenden Hausärzte.“) sowie die Vergütung (n = 4; z.B.: „Im Vergleich zu Aufwand und Qualifikation ist [die] Honorierung nicht wesentlich besser als mit den aktuell abrechenbaren Ziffern.“) angegeben.

## Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, Erfahrungen und Sichtweisen von niedersächsischen Hausarzt\*innen zur Versorgungsform BQKPMV zu untersuchen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die BQKPMV wenig in der hausärztlichen Praxis der Teilnehmenden an dieser Umfrage zur Anwendung kommt. Außerdem sehen die Befragten Grenzen in der Durchführbarkeit der BQKPMV in der hausärztlichen Versorgungspraxis.

Nach Aussage der Ärztekammer Niedersachsen verfügten im Januar 2022 9 % aller niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Demgegenüber stehen 27 % Zusatzqualifizierte in unserer Stichprobe. Obgleich somit eher palliativmedizinisch interessierte Hausarzt\*innen, ca. ein Viertel mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, an der Befragung teilgenommen haben, ist die BQKPMV unter den

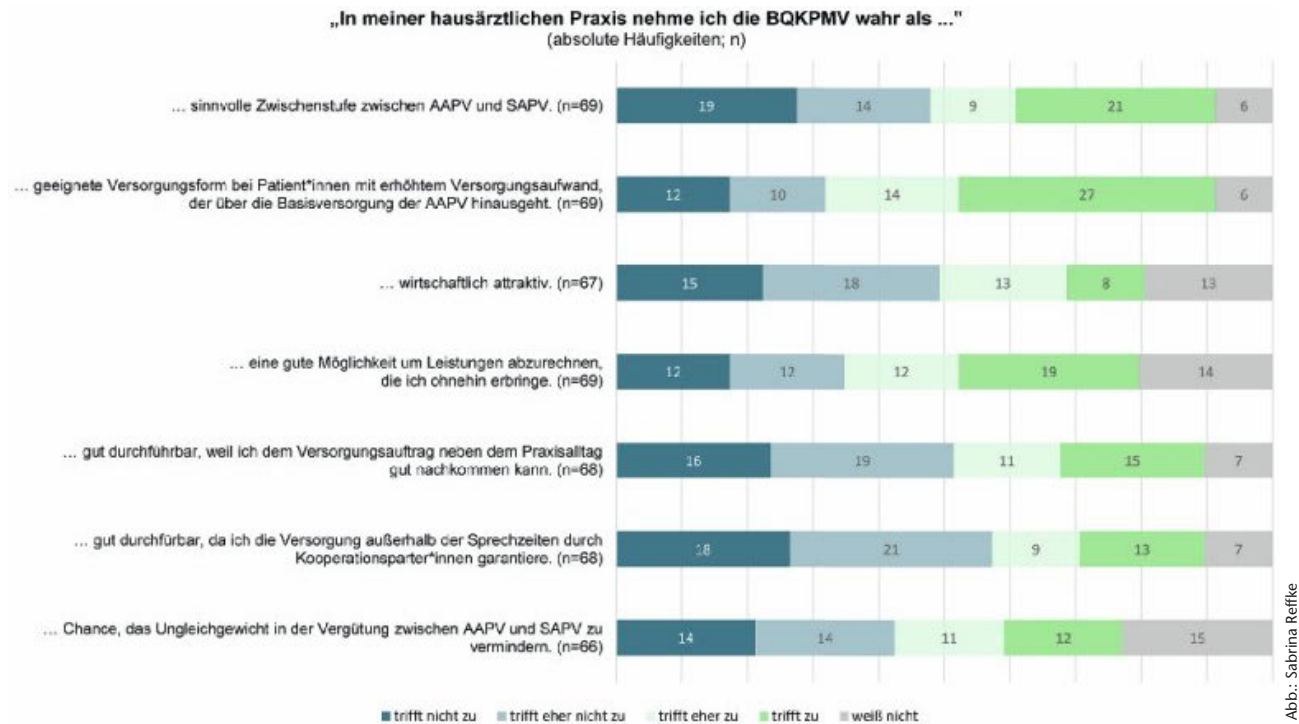


Abb.: Sabrina Reffke

**Abbildung 4** Wahrnehmung der BQKPMV in der hausärztlichen Praxis (B2)  
 BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Teilnehmenden bemerkenswert wenig bekannt und wird von ihnen selten genutzt. Bedenkt man den Selektionsbias zugunsten palliativmedizinisch Interessierter, so kann darüber hinaus vermutet werden, dass der Prozentsatz der Hausärzt\*innen, denen diese Versorgungsform nicht bekannt ist, landes- und bundesweit prozentual noch deutlich höher ausfallen könnte.

Die Mehrzahl der hier Befragten mit BQKPMV-Kenntnis hat sich wegen der als ausreichend empfundenen, bestehenden Versorgungsformen gegen eine Teilnahme an der Vereinbarung entschieden. Dagegen deuteten vergangene Untersuchungen zur Versorgungsqualität darauf hin, dass SAPV und regional auch AAPV eher selten und spät erfolgen, was zu einer Unterversorgung führen kann [8]. Erklären lässt sich diese diskrepante Einschätzung möglicherweise dadurch, dass die Teilnehmenden bei Versorgungsschwierigkeiten in der AAPV kompensatorisch weiterhin bevorzugt die SAPV nutzen, für die bereits Netzwerke bestehen, die höher vergütet wird und die sich zur Unterstützung des Sterbens

im häuslichen Umfeld und zur Symptomkontrolle bewährt hat [8, 9]. SAPV-Verordnungen sind seit Einführung der BQKPMV jedenfalls nicht rückläufig, sondern nehmen zu [10, 11].

Teilnehmende an dieser Befragung haben ihre Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV überwiegend damit begründet, Leistungen abrechnen zu können, die ohnehin erbracht werden. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich die BQKPMV nicht auf ihre palliative Versorgungsrealität und -qualität auswirkt, sondern insbesondere zu Abrechnungszwecken genutzt wird. Dass sich hausärztliche Versorgungsrealität über EBM-Ziffern nur unzureichend abbilden lässt und Diskrepanzen zwischen ärztlicher Leistung und abgerechneten EBM-Ziffern bestehen können, wurde bereits am Beispiel der Überschneidung geriatrischer und palliativmedizinischer Ziffern beleuchtet [10]. Es ist denkbar, dass Hausärzt\*innen in der Nutzung der BQKPMV-Ziffern gegenüber anderen Abrechnungsoptionen, auch in Anbetracht des Zusatzaufwandes bei Partizipation

an dieser Versorgungsform, keinen Zusatzgewinn sehen.

Hausärzt\*innen, die an dieser Umfrage teilgenommen haben, sind zudem bereits stark in AAPV und SAPV engagiert, was mit einem hohen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden sein kann und dazu führen könnte, dass schlicht keine zusätzlichen Ressourcen für die BQKPMV bestehen [12]. Dies könnte erklären, warum die BQKPMV von einem Großteil der Befragten nicht genutzt wird, obgleich ihre Inhalte eine eher positive Bewertung erfahren.

Bereits bei Einführung der BQKPMV wurde seitens einiger Fachgesellschaften kritisch geäußert, dass die Umsetzung der BQKPMV aufgrund der Rahmenbedingungen zu Überforderung in hausärztlichen Praxen führen könnte [3, 13, 14]. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich diese Befürchtungen zumindest teilweise bestätigen. Denkbar ist außerdem, dass die Qualifikationsvoraussetzungen abschreckend wirken, die bereits bei Einführung als unangemessen diskutiert wurden [14].

Kritisch gesehen wird möglicherweise auch, dass die Abrechnung von BQKPMV-Ziffern an Zusatzqualifikationen geknüpft ist. Zum einen stellt der Qualifikationserwerb eine zusätzliche Hürde für Hausärzt\*innen dar, zum anderen wird die Abrechnung somit lediglich einer spezialisierten Subgruppe von Hausärzt\*innen zugänglich. Dass qualifikationsgebundene Vergütungsoptionen in der Palliativversorgung von Hausärzt\*innen als Beschneidung ihres Wirkungsbereiches wahrgenommen werden könnten, da Palliativmedizin nach ihrem Selbstverständnis eine originär hausärztliche Tätigkeit darstellt, wurde bereits im Falle der SAPV diskutiert [15]. Es ist möglich, dass Hausärzt\*innen auch die BQKPMV als Beschränkung ihres Tätigkeitsfeldes wahrnehmen.

### Stärken und Limitationen

Eine Stärke der Arbeit ist der Einschluss aller Hausärzt\*innen im Flächenland Niedersachsen in die Rekrutierung über unterschiedliche Kanäle. Limitierend wirkt die anonymisierte Teilnahme, da nicht auszuschließen ist, dass einzelne Personen, trotz eindeutiger Erläuterungen, mehrfach an der Befragung teilgenommen haben könnten. Die Rücklaufquote von 13 % und der Anteil an palliativmedizinisch Zusatzqualifizierten Teilnehmenden lässt eine Verzerrung zu Gunsten von am Thema Interessierten annehmen, was bei Befragungsstudien dieser Art zwar üblich, aber zu bedenken ist und eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht vorbehaltlos ermöglicht. Durch die geringe Rücklaufquote sowie den regionalen Bezug können nur bedingt belastbare Schlüsse für die gesamtdeutsche Versorgungsrealität gezogen werden. Als weiteres Teilprojekt von Polite wird die Analyse von Abrechnungsdaten jedoch Hinweise darauf liefern, inwiefern diese Tendenzen auf alle Hausärzt\*innen im Bundesland Niedersachsen übertragbar sind.

Inwiefern die Ergebnisse auch für andere Bundesländer gelten bleibt offen; es ist denkbar, dass in den Bundesländern Unterschiede in der Ausgestaltung und Anwendung der BQKPMV bestehen.

### Schlussfolgerungen

Die BQKPMV kommt in der hausärztlichen Praxis der Teilnehmenden wenig zur Anwendung und die befragten Hausärzt\*innen sehen Grenzen der Durchführbarkeit.

Vor dem Hintergrund der geringen Bekanntheit dieser Versorgungsform unter den Umfrageteilnehmenden erscheinen eine erneute niedrig-



#### Sabrina Reffke ...

... ist Weiterbildungsassistentin der Allgemeinmedizin im 5. Weiterbildungsjahr. Sie promoviert am Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover im Projekt Polite. Der vorliegende Artikel ist Teil ihrer Dissertation.

Foto: Sabrina Reffke

schwellige Information aller Hausärzt\*innen über die BQKPMV sowie anwendungsorientierte Fortbildungsveranstaltungen sinnvoll. Zusätzlich besteht die begründete Vermutung, dass es unter anderem in den Bereichen Qualifikationsvoraussetzungen, Vergütung und Aufgabenverteilung einer Anpassung der BQKPMV und ihrer Rahmenbedingungen bedarf, um Hausärzt\*innen zur Teilnahme an der Vereinbarung zu motivieren.

Auch wenn mit der Einführung der BQKPMV langfristig ein Ausbau der ambulanten Palliativversorgung und eine Verbesserung der Versorgung von Menschen in Palliativsituationen intendiert war, kann diese Umfrage keine Aussagen darüber treffen, ob und inwiefern sich die Qualität der bisherigen ambulanten Palliativversorgung verändert hat. Bis dato kann die BQKPMV als eine weitere Abrechnungsform neben der AAPV und SAPV betrachtet werden, die mit bestimmten Struktur- und Prozessmerkmalen verbunden ist.

Zur Gesamtbeurteilung der BQKPMV bedarf es neben der hausärztlichen Sicht auch einer Betrachtung der Perspektiven weiterer Leistungserbringender und einer Hinzuziehung anderer Datenquellen. So erfolgte im Rahmen des Gesamtprojektes auch eine Untersuchung zu Sichtweisen von SAPV-Teams [16] und eine Analyse von Abrechnungsdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung aus Niedersachsen [17]. Basierend auf diesen Erkenntnissen werden im weiteren Verlauf des Projektes Empfehlungen für die Optimierung der BQKPMV entwickelt, die eine umfassende Evaluation der Implementierung der BQKPMV und ihrer Auswirkungen auf die ambulante Palliativversorgung erst ermöglichen.

#### Interessenskonflikte

Keine angegeben.

#### Literatur

In der Online-Version des Artikels unter [www.online-zfa.de/](http://www.online-zfa.de/)

#### Korrespondenzadresse

Katharina van Baal  
Institut für Allgemeinmedizin und  
Palliativmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
[vanbaal.katharina@mh-hannover.de](mailto:vanbaal.katharina@mh-hannover.de)



# „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV): Hausärztliche Erfahrungen

## Eine Befragung in Niedersachsen

### What are the experiences of family physicians with an intermediate level of outpatient palliative care in Germany?

#### A survey in Lower Saxony

Sabrina Reffke, Katharina van Baal, Nils Schneider, Stephanie Stiel

#### Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung, 2016. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/bundesmantelvertrag\\_1/bmv\\_anlagen/BMV-Ae\\_Anlage\\_30\\_Palliativversorgung\\_2017-01-01.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/bmv_anlagen/BMV-Ae_Anlage_30_Palliativversorgung_2017-01-01.pdf) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Palliativversorgung: Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, Praxisbeispiele und rechtliche Hinweise, 2020. [www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Palliativversorgung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
3. Blank W, Levin C, Beck A. Auswirkung des Hospiz- und Palliativgesetzes auf die hausärztliche Tätigkeit – eine kritische Bewertung aus hausärztlicher Sicht. *Z Palliativmed* 2018; 19: 234
4. Der niedergelassene Arzt. Palliativziffern für Haus- und Fachärzte im Überblick, 2022. [www.der-niedergelassene-arzt.de/praxis/news-details/wirtschaft/palliativziffern-fuer-haus-und-fachaezte-im-ueberblick](http://www.der-niedergelassene-arzt.de/praxis/news-details/wirtschaft/palliativziffern-fuer-haus-und-fachaezte-im-ueberblick) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
5. Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer J, Schneider N. Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. *PloS One* 2021; 16: e0256467
6. Ülgüt R, van Baal K, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung – eine Analyse von Stellungnahmen. *Z Palliativmed* 2022; 23: 207–214
7. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 344–349
8. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Faktencheck Gesundheit – Palliativversorgung Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende, 2015. [www.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue\\_Publikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf](http://www.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue_Publikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
9. Just J, Schmitz MT, Grabenhorst U, Joist T, Horn K, Weckbecker K. Specialized outpatient palliative care-clinical course and predictors for living at home until death. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119:327–32
10. Ditscheid B, Krause M, Lehmann T et al. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2020; 63: 1502–1510
11. van Baal K, Stiel S, Hemmerling M et al. Ambulante Palliativversorgung in Niedersachsen – regionale Unterschiede in der Versorgung von Menschen am Lebensende anhand von Qualitätsindikatoren. *Zi 2021 Versorgungsatlas-Bericht Nr. 21/04*. [www.doi.org/10.20364/VA-21.04](http://www.doi.org/10.20364/VA-21.04) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
12. Stiel S, Ewertowski H, Krause O, Schneider N. What do positive and negative experiences of patients, relatives, general practitioners, medical assistants, and nurses tell us about barriers and supporting factors in outpatient palliative care? A critical incident interview study. *Ger Med Sci* 2020; 18: Doc08
13. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.- Landesvertretung Bayern. Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Landesvertretung Bayern zur aktuellen Lage in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Speziellen zu den neu eingeführten Instrumenten Leistung Nr. 24 a der HKP-RL sowie zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV), 2018. [www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Stellungnahme\\_DGP\\_LV\\_Bayern\\_aktuelle\\_Lage\\_AAPV\\_20180326.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Stellungnahme_DGP_LV_Bayern_aktuelle_Lage_AAPV_20180326.pdf) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
14. Deutscher Hausärzterverband e.V. Rundbrief des Bundesvorsitzenden, Ulrich Weigeldt, vom 28. August 2017, 2017. [www.hausaerzterverband.de/presse-medien/hintergrund/nachrichten-details/rundbrief-des-bundesvorsitzenden-ulrich-weigeldt-vom-28-august-2017](http://www.hausaerzterverband.de/presse-medien/hintergrund/nachrichten-details/rundbrief-des-bundesvorsitzenden-ulrich-weigeldt-vom-28-august-2017) (letzter Zugriff am 03.08.2022)
15. Stichling K, Bleidorn J, Krause, M, et al. Hausärztliche Einschätzungen zur Verbesserung der Palliativversorgung an der Schnittstelle zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). *Z Palliativmed* 2022; 23: 105–112
16. van Baal K, Ülgüt R, Schulze C, Schneider N, Stiel S. Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV- Teams. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen* 2022 (im Druck)
17. Hemmerling M SJ, Schütte S, van Baal K, Stiel S. The new type of outpatient palliative care – an analysis of routine data from a statutory health insurance carrier after its introduction. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 548–549