

**Hausärztliche Palliativversorgung in Nordrhein:
Eine Analyse orientiert an dem Arztrollenkonzept
nach Parsons**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität zu Köln
nach der Promotionsordnung vom 18.12.2018
vorgelegt von

Sophie Peter

aus
Weißenfels

10/2024

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im Oktober 2024 angenommen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sophie Peter, geboren am 03.02.1992, versichere eidesstattlich, dass ich die von mir vorgelegte Dissertation selbstständig und ohne unzulässige Hilfe angefertigt, die benutzten Quellen und Hilfsmittel vollständig angegeben und die Stellen der Arbeit einschließlich Tabellen, Karten und Abbildungen, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, in jedem Einzelfall als Entlehnung kenntlich gemacht habe sowie dass diese Dissertation noch keinem anderen Fachbereich zur Prüfung vorgelegen hat. Die Promotionsordnung ist mir bekannt. Die von mir vorgelegte Dissertation ist von Prof. Dr. Holger Pfaff und Prof. Dr. Nadine Scholten betreut worden.

Erklärung über den Eigenanteil an den veröffentlichten Artikeln der kumulativen Dissertation

Die vorliegende kumulative Dissertation basiert auf drei Publikationen die von mir, Sophie Peter, als Erstautorin erstellt und in internationalen Fachzeitschriften nach einem Peer-Review-Verfahren veröffentlicht wurden. Die Durchführung der Studie „Evaluation der Wirksamkeit von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein“ (APVEL), aus der die im folgenden präsentierten Daten stammen, erfolgte nach wissenschaftlichen Kriterien und wurde durch die Ethikkommission der Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, positiv votiert (Votumsnummer: 17-297).

Die jeweilige Aufbereitung des Forschungsstandes inklusive Literaturrecherchen, die Aufbereitung der Daten sowie deren Analyse und Interpretation, die Erstellung und Überarbeitung der Manuskripte und die Kommunikation mit den Journals erfolgten durch mich. Unterstützt wurde ich in der Manuskripterstellung durch die in den Originalarbeiten genannten Koautor*innen. Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt.

Danksagung

Ich möchte mich hier bei allen Personen bedanken, die mich auf dem Weg der Dissertation begleitet haben.

An erster Stelle gilt mein Dank meinem Doktorvater Prof. Dr. Holger Pfaff. Danke für Ihre Unterstützung. Ich habe mich durch die Doktorarbeit nicht nur wissenschaftlich, sondern auch persönlich weiterentwickelt. Danke, dass Sie mir dabei mit Rat und lehrreichen Anekdoten zur Seite standen. Aus unseren Gesprächen habe ich oft die Motivation geschöpft, weiter an den Publikationen und an dem Rahmentext zu arbeiten.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Nadine Scholten. Liebe Nadine, danke, dass du mich in meinen ersten akademischen Schritten nicht nur inhaltlich und methodisch, sondern auch mit Herz und Vertrauen begleitet und angeleitet hast. Ich bin sehr daran gewachsen und dankbar für deinen fachlichen Support, dein offenes Ohr, deine Wertschätzung und deine gute Laune auch in „trubeligen Phasen“.

Außerdem möchte ich mich bei den Ärzt*innen bedanken, die an den Datenerhebungen teilgenommen haben. Ohne Sie wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen. Zusätzlich bedanke ich mich bei dem APVEL-Projektteam, speziell bei meinen Ko-Autor*innen der Publikationen, für die gute Zusammenarbeit und das reichhaltige Feedback.

Ein großes Dankeschön geht auch an meine (ehemaligen) Kolleg*innen, die mich in der Zeit begleitet haben- nicht nur wissenschaftlich, sondern auch in den wirklich lehrreichen Mittags- und Kaffeegesprächen. Ein besonders großes Danke geht an Anna (für unsere gemeinsame Zeit im APVEL-Projekt), Achim und Caro (für euer Feedback).

Von ganzem Herzen möchte ich auch bei allen meinen Lieben, meinen Freund*innen und meiner Familie bedanken, die mich in der turbulenten Zeit unterstützt und gestärkt haben. Großen Dank an vier ganz besonders wichtige Menschen in meinem Leben, die die Dissertationsphase besonders intensiv begleitet haben: Liebe Lisas, lieber Lucas, danke für eure moralische Unterstützung und auch alle Ablenkung vom Schreibstress. Schön, dass es euch gibt! Danke Kevin für deine Beratung und Unterstützung bei allen meinen Abschlussarbeiten und deine Liebe und Geduld dabei!

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Versorgungsformen der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland..... | 4 |
| Abbildung 2: Definition der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons)..... | 11 |
| Abbildung 3: Ergebnisse entsprechend der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons) | 29 |
| Abbildung 4: Schlussfolgerungen entsprechend der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons)..... | 42 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Leitfaden der Fokusgruppe | 17 |
| Tabelle 2: Kennzahlen der postalischen Vollbefragung | 20 |
| Tabelle 3: Soziodemografie der Teilnehmenden..... | 22 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| AAPV | Allgemeine Ambulante Palliativversorgung |
| APVEL | Evaluation der Wirksamkeit von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein |
| BQKPMV | Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung |
| bspw. | Beispielsweise |
| bzgl. | Bezüglich |
| bzw. | Beziehungsweise |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GP | General Practitioner |
| HCJSSQ | Hospital Consultants' Job Stress & Satisfaction Questionnaire |
| IMVR | Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| n.d. | Nicht datiert |
| SAPV | Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung |
| TRAPD | Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation |
| u.a. | Unter anderem |
| WHO | World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation |
| z. B. | Zum Beispiel |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Theoretischer Hintergrund..... | 9 |
| 2.1. Strukturfunktionalistische Handlungstheorie nach Parsons..... | 9 |
| 2.2. Typologie: Die Arztrolle nach Parsons | 10 |
| 3. Forschungsfragen und Ziele der Forschungsarbeiten im Rahmen der Dissertation..... | 13 |
| 4. Datenerhebung und Methodik | 14 |
| 4.1. Methodik der APVEL-Studie | 14 |
| 4.2. Methodik der Dissertation..... | 14 |
| 4.2.1. Methodik der Fokusgruppe | 14 |
| 4.2.2. Methodik der postalischen Vollbefragung..... | 17 |
| 5. Ergebnisse..... | 23 |
| 5.1. Veröffentlichungen im Rahmen der Dissertation | 23 |
| 5.1.1. General Practitioners' Perspectives on General and Specialized Palliative Home Care in North Rhine, Germany: An Explorative Focus Group Study (Peter et al. 2021a) .. | 23 |
| 5.1.2. GPs' involvement in specialised palliative home care: A mixed methods study in Germany (Peter et al. 2022a) | 24 |
| 5.1.3. Influence of Palliative Care Qualifications on the Job Stress Factors of General Practitioners in Palliative Care: A Survey Study (Peter et al. 2022b)..... | 25 |
| 5.2. Einordnung der Ergebnisse in das Arztrollenkonzept nach Parsons..... | 26 |
| 6. Gesamtdiskussion der Ergebnisse | 29 |
| 6.1. Stärken und Limitationen..... | 29 |
| 6.2. Kritische Diskussion der Ergebnisse im Lichte der Literatur..... | 33 |
| 7. Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung | 40 |
| 8. Literaturverzeichnis | 46 |

1. Einleitung

„Schwerstkranke und sterbende Menschen bedürfen einer Versorgung, die je nach individueller Situation multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller Beteiligten erfordert. [...] Basis ist die häusliche Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte [...]“
(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. et al. 2020)

Die Versorgung von Patient*innen am Lebensende wird als Palliativversorgung bezeichnet (Kübler-Ross 1980; Kavalieratos et al. 2016; Müller-Busch 2019; Radbruch et al. 2020). Der Begriff leitet sich vom lateinischen Wort „pallium“ (deutsch: Mantel) ab (Müller-Busch 2019). In der Palliativversorgung wird ein holistischer, biopsychosozialspiritueller Versorgungsansatz angewendet. Die Versorgung erfolgt also ganzheitlich und orientiert sich an den biologischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedarfen der Patient*innen (Radbruch et al. 2020). Ziel der Palliativversorgung ist es, gesundheitsbezogenes Leiden von Personen jeden Alters mit schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen zu lindern und die Lebensqualität von Patient*innen und deren Betreuenden (bspw. deren Angehörige) zu fördern. Das Versterben der Patient*innen wird weder hinausgezögert, noch beschleunigt (Kübler-Ross 1980; Kavalieratos et al. 2016; Radbruch et al. 2020). Vor allem die Symptom- und Schmerzlinderung stehen im Fokus (Radbruch et al. 2020). Die Palliativversorgung verfolgt einen interdisziplinären bzw. multiprofessionellen Teamansatz (Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020; Radbruch et al. 2020). Professionelle Hilfe erhalten Palliativpatient*innen u.a. durch Ärzt*innen (Anneser 2013; Pförtner und Pfaff 2020), aber auch durch andere Gesundheitsversorgende wie bspw. Pflegefachpersonen, Pharmazeut*innen sowie Therapeut*innen (u.a. aus der Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) (Schnell und Schulz-Quach 2019; Hirmüller und Schröer 2019; Radbruch et al. 2020; Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020). Die Versorgung als Team bestehend aus mehreren Fachdisziplinen ist wichtig, denn „sterbende Patienten [sic] und ihre Angehörigen weisen in der letzten Lebensphase häufig vielfältige Symptome auf und sind mit Problemen konfrontiert, die nicht von einer einzelnen Fachkraft, gleich welcher Profession, gelindert und im besten Falle gelöst werden können“ (Hirmüller und Schröer 2019). Zudem spielen auch ehrenamtliche Unterstützer*innen und informell Pflegende (z. B. Angehörige) für die Versorgung von Palliativpatient*innen eine wichtige Rolle (Hirmüller und Schröer 2019;

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020).

Palliativversorgung kann parallel zur kurativen Behandlung erfolgen (Radbruch et al. 2020) und gilt als fundamentales Recht für jede Person mit entsprechenden Versorgungsbedarfen (Maetens et al. 2020). Palliative Leistungen sollten so früh wie möglich in die Versorgung integriert werden, sobald absehbar ist, dass Patient*innen an einer nicht-heilbaren Erkrankung leiden (Moon et al. 2022). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass der palliative Versorgungsbedarf in den kommenden Jahren aufgrund soziodemografischer Trends, wie der Alterung der Bevölkerung, weiter zunehmen wird (World Health Organization 2020). Internationale Studien schätzen, dass zwischen 40,7% (minimale Schätzung) und 96,1% (maximale Schätzung) der versterbenden Personen einen palliativen Versorgungsbedarf haben und/oder von palliativer Versorgung profitieren würden (Murtagh et al. 2014; Scholten et al. 2016). Demgegenüber werden etwa 14% der Personen, die einen palliativen Versorgungsbedarf aufweisen, tatsächlich palliativ versorgt (World Health Organization 2020; Connor et al. 2020).

Lokale Gegebenheiten beeinflussen die Ausgestaltung der Palliativversorgung stark (Pivodic et al. 2013; Deckx et al. 2019; Freytag et al. 2023). Nicht nur im internationalen Kontext gibt es große Unterschiede zwischen palliativen Regelungen und Organisationsweisen sowie der Qualität von palliativen Leistungen (Pivodic et al. 2013; Economist Intelligence Unit 2015; Woitha et al. 2016; Arias-Casais et al. 2019; Bhadelia et al. 2022). Die Rahmenbedingungen der palliativen Versorgung variieren selbst zwischen den deutschen Bundesländern und Regionen der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zum Teil enorm (Hofmeister und Althoff 2021; Stichling et al. 2023). Dennoch folgen sie einem einheitlichen Grundaufbau: Die Palliativversorgung in Deutschland lässt sich, entsprechend den Sektoren des Gesundheitssystem, in ambulante und stationäre Versorgungsformen unterteilen. Zudem wird zwischen allgemeinen und spezialisierten Leistungen unterschieden (Luckett et al. 2014; Hofmeister und Althoff 2021). Allgemeine Palliativleistungen, oder auch Basisleistungen genannt, stellen dabei die palliative Grundversorgung sicher. Sie können bei Bedarf durch die spezialisierte Versorgung, die von Palliativexpert*innen durchgeführt wird, ergänzt werden (Demmer et al. 2021). Die spezialisierte Palliativversorgung setzt also im Vergleich zur Basisversorgung eine höhere palliative Qualifikation voraus (Hofmeister und Althoff 2021). Stationäre palliative Versorgung findet bspw. auf Palliativstationen in Krankenhäusern oder in auf Palliativversorgung spezialisierten Einrichtungen wie Hospizen statt (Albrecht et al. 2021; Bausewein et al. 2021). Der Wunsch vieler Patient*innen ist es jedoch, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu versterben (Kübler-Ross 1980; Gomes et al. 2013; Pype et al. 2014; Arnold et al. 2015; Graaf et al. 2016; Shepperd et al. 2021). Dies kann durch ambulante Palliativversorgung ermöglicht werden. Zu den ambulanten Palliativangeboten zählen die

ambulante, palliative Basisversorgung (palliative Grundversorgung durch Gesundheitsfachberufler*innen, meist Hausärzt*innen, ohne weiterführende palliative Qualifikation), die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV, Versorgende weisen eine palliative Basisqualifikation auf), die Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV, zweithöchste Qualifikationsstufe für Versorgende) sowie die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV, höchste Qualifikationsstufe der Versorgenden) (Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988c; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. 2013; Kratel 2014; Prütz und Saß 2017; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V. 2018; Gemeinsamer Bundesausschuss 2022; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft n.d.; Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein n.d.). Eine strukturelle Ausnahme dieser Unterteilung bildet die KV-Region Nordrhein, in der die palliative Basisversorgung als ein Teil der AAPV gilt (Ditscheid et al. 2020). Abbildung 1 fasst die Struktur der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland zusammen (s. Abbildung 1: Versorgungsformen der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland).

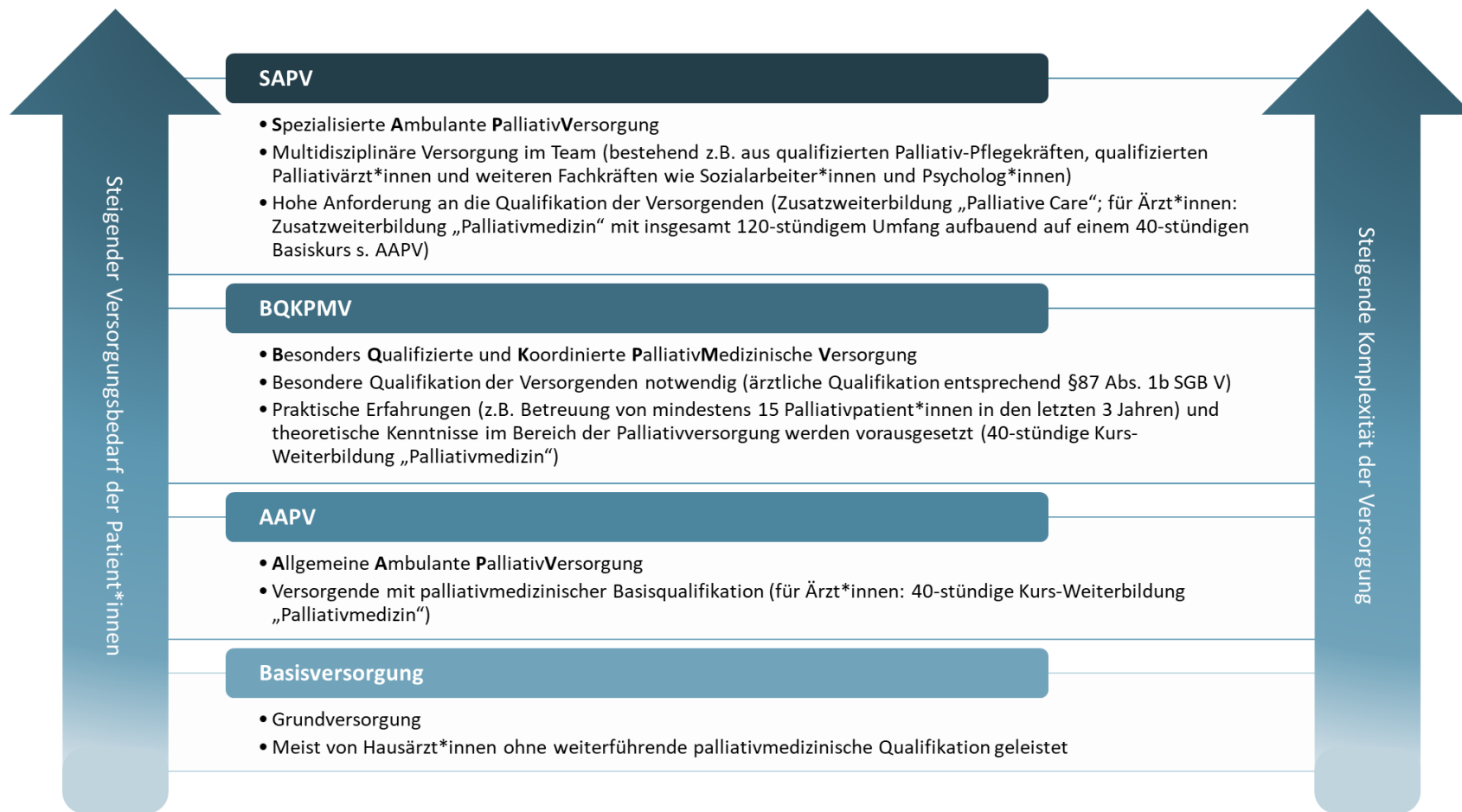


Abbildung 1: Versorgungsformen der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland.

Eigene Darstellung auf Basis von Fachliteratur: Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988d; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. 2013; Kratel 2014; Prütz und Saß 2017; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V. 2018; Gemeinsamer Bundesausschuss 2022; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft n.d.; Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein n.d.

Die Palliativversorgung, die durch Ärzt*innen geleistet wird, wird als Palliativmedizin bezeichnet (Klaschik 2009). Die Begriffe „Palliativversorgung“ und „Palliativmedizin“ werden im Deutschen jedoch oft synonym verwendet (Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020). Ambulant tätige Ärzt*innen nehmen eine sehr wichtige Rolle in der Palliativversorgung ein (Ahluwalia und Fried 2009; Brueckner et al. 2009). Besonders hervorzuheben ist dabei die zentrale Rolle der Hausärzt*innen (Borasio 2013; Klindtworth et al. 2013; Schneider et al. 2014; Winthereik et al. 2016; Stiel et al. 2020a).

Der Fachbereich der hausärztlichen oder auch primärärztlichen Tätigkeit wird als Allgemeinmedizin bezeichnet (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2002; Allen et al. 2023). Neben Fachärzt*innen mit der Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“ können auch Fachärzt*innen mit der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ von gesetzlichen Krankenkassen für die hausärztliche Versorgung zugelassen werden (Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988a; Gemeinsamer Bundesausschuss 2023). Hausärzt*innen gelten als Primärversorgende, sind also oft erste Ansprechpartner*innen für alle Patient*innen mit akuten und chronischen physischen, sozialen, kulturellen, existenziellen und psychologischen Gesundheitsstörungen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2002; Cina 2015; Allen et al. 2023). Hausärzt*innen versorgen Patient*innen longitudinal, also häufig über längere Abschnitte des Lebensverlaufes (Klaschik 2009; Schneider et al. 2010; Kratel 2014; Riedl und Peter 2017). Sie kennen ihre Patient*innen oft gut und erwerben deswegen nicht selten ein enges Vertrauensverhältnis (Tarrant et al. 2003; Erlinghagen und Pihl 2004; Statista Research Department 2010; Croker et al. 2013; Casanova et al. 2018; Kassenärztliche Bundesvereinigung n.d.d). Als Primärmediziner*innen steuern und koordinieren Hausärzt*innen die medizinische Versorgung ihrer Patient*innen (Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988a). Hausärzt*innen sind Generalist*innen. Sie behandeln entsprechend eines holistischen Ansatzes sowie eines hermeneutischen Fallverständnisses¹ und arbeiten dafür eng mit weiteren Gesundheitsversorgenden zusammen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2002; Bahrs 2012; Allen et al. 2023; Balasundram et al. 2023).

Palliativmedizin ist ein wichtiger Teil der hausärztlichen Tätigkeit sowie des hausärztlichen Selbstverständnisses (Schneider et al. 2010; Schnakenberg et al. 2016; Kaiser et al. 2016;

¹Definition des Begriffs „hermeneutisches Fallverständnis“ nach Bahrs (2012): Einbezug der Lebensgeschichte, des Umfelds und des Krankheitsverständnisses der Patient*innen in die ärztliche Behandlung (Bahrs 2012).

Winthereik et al. 2016; Green et al. 2018; Herrmann et al. 2019a). Etwa die Hälfte der Patient*innen mit palliativen Versorgungsbedarfen wird von Hausärzt*innen identifiziert (Arias-Casais et al. 2019). Hausärztliche Palliativleistungen werden oft im Rahmen einer AAPV und/oder der palliativmedizinischen Basisversorgung erbracht (Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein 2014; Scholten et al. 2016; Riedl und Peter 2017; Ewertowski et al. 2019; Stichling et al. 2020; Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020). Palliative Versorgung gilt als eine traditionelle Aufgabe von Hausärzt*innen (Becka et al. 2014). Ihre Palliativleistungen basieren auf den primärversorgenden Grundwerten der Allgemeinmedizin (Oude Engberink et al. 2017; Green et al. 2018) und auf der oftmals engen Beziehung zu den Patient*innen (Hermann et al. 2010; Klindtworth et al. 2013; Marterer 2016; Green et al. 2018; Johansen und Ervik 2018; Liu et al. 2019; Fasting et al. 2022). Als hausärztliche Tätigkeiten zählen vor allem die palliative Schmerz- und Symptomkontrolle (Bergert et al. 2007; Klaschik 2009; Liu et al. 2019; Senior et al. 2019; Gerber 2021) und das Monitoring der Patient*innen zur Vermeidung von krisenhaften Verschlechterungen (Starck und Wendtner 2012). Aber auch das Management von Informationen für und über die Patient*innen (Liu et al. 2019; Senior et al. 2019) und die Kommunikation mit Patient*innen und deren Angehörigen über das Lebensende (Deckx et al. 2020; Thomas et al. 2020) gehören dazu. Hausärzt*innen übernehmen zudem die emotionale bzw. psychosoziale Begleitung der Patient*innen (Husebø 2009; Liu et al. 2019; Senior et al. 2019) und gewährleisten eine Notfallbetreuung in Form von Hausbesuchen (Schnakenberg et al. 2016; Senior et al. 2019; Kjellstadli et al. 2020). Des Weiteren fungieren sie als Koordinierende oder Gatekeeper*innen von (palliativen) Gesundheitsleistungen (Klindtworth et al. 2013; Liu et al. 2019; Senior et al. 2019; van Gaans et al. 2022). Hausärzt*innen kooperieren zudem mit anderen palliativen Leistungserbringenden (Schneider et al. 2014; Kaiser et al. 2016; Oude Engberink et al. 2017; Kjellstadli et al. 2020; van Gaans et al. 2022). Vor allem in komplexen Fällen sind Hausärzt*innen wichtige Zuweisende in die spezialisierte Palliativversorgung, in dem sie bspw. Überweisungen in die SAPV ausstellen (Schneider et al. 2014; Schwabe et al. 2017; Stichling et al. 2020; Gemeinsamer Bundesausschuss 2022; van Gaans et al. 2022; Wyatt et al. 2022). Zusammengefasst sind Hausärzt*innen durch ihre Tätigkeit in der Lage, die Versorgungskontinuität für Palliativpatient*innen zu unterstützen und zu gewährleisten (Senior et al. 2019). Auf Grund ihres beschriebenen Aufgabenspektrums wird Hausärzt*innen in vielen nationalen und internationalen Studien eine essenzielle Rolle in der Palliativversorgung zugewiesen (Klindtworth et al. 2013; Reyniers et al. 2014; Afshar et al. 2015; Marterer 2016; Mitchell et al. 2016; Schnakenberg et al. 2016; Green et al. 2018; Koper et al. 2018; Reymond et al. 2018; Rhee et al. 2018; Senior et al. 2019; Afshar et al. 2021; Fasting et al. 2021; Hubbard et al. 2021; van Gaans et al. 2022).

Als Einflussfaktoren auf die hausärztliche Palliativversorgung werden patientenseitige Faktoren, Umweltfaktoren und arztseitige Einflüsse beschrieben. Als patientenseitige Faktoren werden u.a. die Persönlichkeit der Patient*innen (Deckx et al. 2019), deren Beziehung zu dem/der Hausarzt*in (Johnson et al. 2018; Rhee et al. 2020) sowie deren Bedarfe (Mitchell et al. 2016; Rhee et al. 2020) benannt. Zu den beeinflussenden Umweltfaktoren zählen gesellschaftliche Trends wie der demografische Wandel (Reymond et al. 2018), der zum einen zu einer Zunahme von älteren Palliativpatient*innen mit Multimorbidität und zum anderen zu Nachwuchsproblemen unter den Gesundheitsfachberufen (und damit auch unter den Hausarzt*innen) führt (Stiel et al. 2020b). Aber auch regionale Bedingungen (Boudy et al. 2020; Rhee et al. 2020; Stichling et al. 2020; Freytag et al. 2023), wie Verfügbarkeit von Spezialist*innen und die Organisation der Palliativversorgung (Mitchell et al. 2016; Rhee et al. 2020), beeinflussen die hausärztliche Palliativversorgung. Eine gute Zusammenarbeit aller Palliativversorgenden ist für das Gelingen der Versorgung ebenfalls sehr wichtig (Johnson et al. 2018; Reymond et al. 2018; Rhee et al. 2018; Herrmann et al. 2019b; Senior et al. 2019; Stiel et al. 2020b; van Baal et al. 2020; Wyatt et al. 2022). Bürokratische und organisatorische Hürden werden als Probleme für die (hausärztliche) Palliativversorgung benannt. Hierfür werden besonders Zeitmangel und hoher Zeitdruck (Götze et al. 2013; Giezendanner et al. 2017; Johansen und Ervik 2018; Bilgin et al. 2022), hoher Workload (Herrmann et al. 2019b) und die Gewährleistung einer Versorgungskontinuität (Johnson et al. 2018) (bspw. durch Hausbesuche (Malik et al. 2017)) aufgezählt. Außerdem weisen einige Studien darauf hin, dass die Vergütung der hausärztlichen Palliativversorgung gering ist (Götze et al. 2013; Johansen und Ervik 2018; Rhee et al. 2018; Ewertowski et al. 2019). Zu den arztseitigen Faktoren zählen die Soziodemografie, bspw. das Alter der behandelnden Ärzt*innen (Malik et al. 2017; Deckx et al. 2019), aber auch Einstellungen zur Palliativversorgung (Afshar et al. 2015; Mitchell et al. 2016). Auch persönliche Faktoren wie persönliche Ressourcen (van Baal et al. 2020), Arbeitsmuster (Rhee et al. 2018) sowie der emotionale Umgang, z. B. Coping oder Selfcare, mit den Leistungen von Palliativversorgung (Herrmann et al. 2019b; Rhee et al. 2020) werden darunter gefasst. Manche Hausarzt*innen berichten zudem über ein geringes Selbstbewusstsein, palliative Versorgung auf einem guten Niveau leisten zu können (Damarell et al. 2020; Schwill et al. 2020). Palliatives Wissen und palliatives Training werden als wichtige Einflussfaktoren betont (Gardiner et al. 2012; Mitchell et al. 2016; Johnson et al. 2018; Rhee et al. 2018; Boudy et al. 2020; Damarell et al. 2020; van Baal et al. 2020; Stiel et al. 2020b; Gerber 2021). Mehrere Studien schlussfolgern, dass hausärztliche Trainings- und Wissensbedarfe in der Palliativversorgung ausbaufähig sind (Pype et al. 2014; Klie et al. 2015; Mason et al. 2015; Oude Engberink et al. 2017; Koper et al. 2018; Rhee et al. 2018; Leysen et al. 2020; Schwill et al. 2020; Wyatt et al. 2022). Ein weiteres Hindernis für die flächendeckende Palliativversorgung ist, dass nicht alle Hausarzt*innen palliative Versorgung

anbieten (Pype et al. 2014; Malik et al. 2017) und durch geringe Fallzahlen insgesamt wenig Kontakt zur Palliativversorgung haben (Kratel 2014; Afshar et al. 2015; Rhee et al. 2020). Palliativversorgung wird deswegen von einigen Hausärzt*innen als anstrengende oder belastende Aufgabe angesehen (Pereira et al. 2011; Geiger et al. 2016; Mitchell et al. 2016; Schneider et al. 2019; Wyatt et al. 2022). Wie stark sich Hausärzt*innen engagieren oder wie intensiv sie in palliative Versorgung integriert sind variiert (Götze et al. 2013; Sercu et al. 2015; Geiger et al. 2016; Koper et al. 2018). Vor allem bei Patient*innen mit hohen Versorgungsbedarfen oder schweren Krankheitsverläufen spielt die hausärztliche Versorgung gegenüber Formen der spezialisierten Palliativversorgung eine geringere Rolle (Schwabe et al. 2017). Die hausärztliche Versorgung von Palliativpatient*innen ist somit mit einigen Herausforderungen verbunden (Pereira et al. 2011; Geiger et al. 2016; Ding et al. 2019; Senior et al. 2019; Rhee et al. 2020; Stiel et al. 2020b; Schofield et al. 2021; Wyatt et al. 2022).

Obwohl die Bedeutung von Hausärzt*innen als Palliativversorgende in nationalen und internationalen Studien häufig betont wird (Klindtworth et al. 2013; Reyniers et al. 2014; Afshar et al. 2015; Marterer 2016; Mitchell et al. 2016; Schnakenberg et al. 2016; Green et al. 2018; Koper et al. 2018; Reymond et al. 2018; Rhee et al. 2018; Senior et al. 2019; Afshar et al. 2021; Fasting et al. 2021; Hubbard et al. 2021; van Gaans et al. 2022), ist ihre Rolle in der Palliativversorgung unzureichend definiert (Gardiner et al. 2012; Hagemeyer 2013; Carmont et al. 2018; Ding et al. 2018; Senior et al. 2019; Damarell et al. 2020; Wyatt et al. 2022). Forschende schlussfolgern außerdem, dass die hausärztliche Palliativversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich wenig entwickelt ist (Becka et al. 2014; Afshar et al. 2015). Aufgrund der Vielzahl an Aufgaben und Herausforderungen ist die Rollendefinition von Hausärzt*innen in der Palliativversorgung zudem relativ inkohärent (Gardiner et al. 2012; Hagemeyer 2013; Carmont et al. 2018; Ding et al. 2018; Senior et al. 2019; Damarell et al. 2020; Wyatt et al. 2022). Dies führt zu Unklarheiten in ihrer Versorgendenrolle (Hagemeyer 2013; Wyatt et al. 2022) und zu Verunsicherungen (Sercu et al. 2015) sowie zu Kompetenzkonflikten mit weiteren Palliativversorgenden (Schwabe et al. 2017).

Ziel dieser Dissertation ist deswegen die Beschreibung der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung. Dies erfolgt am Beispiel der Region „Nordrhein“. Die Thematik wird ausschließlich aus Sicht der Hausärzt*innen, als professionelle Versorgende in der Palliativmedizin, betrachtet (Dunger und Schnell 2022). Um im Rahmen einer versorgungswissenschaftlichen Studie die hausärztliche Rollendefinition in der Palliativversorgung tiefergehend zu erforschen, braucht es eine theoretische Fundierung (Baumann et al. 2016). Als Typologie bietet sich die Arztrolle nach Parsons an (Parsons 2005). Im folgenden Kapitel wird diese im Rahmen von Parsons' strukturfunktionalistischer Handlungstheorie erläutert (s. Kapitel 2: Theoretischer Hintergrund).

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Strukturfunktionalistische Handlungstheorie nach Parsons

Talcott Parsons' strukturfunktionalistische Handlungstheorie gilt als Systemtheorie, die u.a. eine ärztliche Rollendefinition beinhaltet (Ebert 2003; Parsons 2005; Siegrist 2012). Die Basis ist ein holistischer Denkansatz: Parsons strebt danach, eine einheitliche Theorie menschlichen Handelns, bzw. einen Handlungsbezugsrahmen, zu bieten (Parsons 2005; Staubmann 2015). Als Metatheorie bewegt sich diese Systemtheorie auf einem relativ hohem Abstraktionsniveau (Teubner 1999). Sie wird dem normativen Paradigma zugeordnet (Wilson 1980; Esser 2003), beruht also auf der Grundannahme, dass die Gesellschaft (inklusive der Gesundheitsversorgung) eine soziale Tatsache ist. Die Menschen, die in deren Rahmen agieren, sind rollenspielende Akteur*innen (Wilson 1980; Esser 2003). Menschliches Handeln ist laut Parsons damit weniger instinkt-, sondern eher kulturell- und normativgesteuert (Ebert 2003; Parsons 2005).

Zentral ist die Kontextualisierung des Handelns: Handeln findet immer in einer sozialen Situation statt (Parsons 2005; Rosa et al. 2018). Durch diese wird das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten bestimmt sowie Bedingungen und Mittel des Handelns definiert (Rosa et al. 2018). Zudem besteht eine Kongruenz zwischen Motiven sozialen Handelns und den Funktionsanforderungen gesellschaftlicher Systeme. Menschen erfüllen ihre sozialen Rollen² (Parsons 2005). Dadurch werden nicht nur individuelle Bedürfnisse befriedigt, sondern auch das gesellschaftliche System stabilisiert (Siegrist 2005).

Soziale Systeme sind in verschiedenen Ebenen aufgebaut. Im Gesamtsystem existieren Subsysteme (Institutionen), darin wiederum gibt es physische Individuen, die in ihrer Rolle handeln (Parsons 2005). Jedes System erfüllt dabei vier Funktionen: Anpassung an äußere Bedingungen (*adaptation*), Zieldefinition und Verfolgung dieser Ziele (*goal attainment*), Herstellung und Absicherung von Zusammenhalt und Inklusion (*integration*) und die Aufrechterhaltung von grundlegenden Strukturen und Wertmustern (*latency*) (Parsons 2005).

Parsons beschreibt mit den so genannten „Pattern Variables“ Dimensionen, die eine soziale Rolle definieren. Diese beschreiben die Werteorientierung in Gesellschaften (Parsons 2005; Pfortner und Pfaff 2020). Die Pattern Variables sind als fünf dichotome

² Definition des soziologischen Begriffs „Rolle“ nach Siegrist (2012): „Mit dem soziologischen Begriff „Rolle“ werden zusammenfassend die normativen Erwartungen bezeichnet, die typischerweise an den Inhaber [sic] einer bestimmten sozialen Position gerichtet werden. Rollennormen beinhalten Pflichten und Vorrechte, deren Gewährung an bestimmte Eigenschaften oder Qualifikationen gebunden sind.“ (Siegrist 2012).

Entscheidungsalternativen dargestellt: Die Pattern Variables „Zuschreibung“ und „Leistung“ (alternative Bezeichnung: Kompetenz) unterscheiden, ob ein Status auf Grund von persönlichen oder auch sozialen Merkmalen zugeteilt wird (Zuschreibung) oder durch nachgewiesene Leistungen erworben wurde (Leistung). Spezifität und Diffusität stellen Zuständigkeiten gegenüber. Spezifisches Handeln bezieht sich auf klar umschriebene Tätigkeitsbereiche, während diffuses Handeln weniger klar umschriebenen Tätigkeitsbereiche umfasst. Parsons unterscheidet zudem zwischen Universalismus, die Norm des Handelns ist auf alle Personen anwendbar, und Partikularismus, die Norm gilt nur für eine bestimmte Personengruppe. Affektivität beschreibt die Ausrichtung der Handlung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung und ist affektiver Neutralität (mittelbarer Bedürfnisbefriedigung) gegenübergestellt. Selbstorientierung, die Verfolgung von Eigeninteressen, ist das Gegenteil der Kollektivitätsorientierung, also der Verfolgung von gemeinsamen Interessen einer Gruppe oder eines Kollektivs (Parsons 2005). Als Beispiel für eine soziale Rolle beschreibt Parsons die Arztrolle innerhalb der Institution des Krankenhauses (Parsons 2005).

2.2. Typologie: Die Arztrolle nach Parsons

Talcott Parsons gilt als Vorreiter für die Beschreibung universell geltender ärztlicher Rollenerwartungen (Ebert 2003; Parsons 2005; Siegrist 2012). Ergänzend zu der Arztrolle entwickelte Parsons eine Patientenrolle (Parsons 1951, 1975, 2005), die bedingt durch den inhaltlichen Fokus dieser Dissertation nur oberflächlich skizziert wird.

Parsons definiert die Arztrolle als professionelle Berufsrolle, die entsprechend der Pattern Variables in fünf Dimensionen unterteilt werden (Parsons 2005): Leistung, funktionale Spezifität, Universalismus, affektive Neutralität und Kollektivitätsorientierung (Ebert 2003; Parsons 2005; Williams 2005; Pfortner und Pfaff 2020). Eine grafische Aufbereitung inklusive verkürzter Definitionen ist in Abbildung 2 zu finden (s. Abbildung 2: Definition der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons)). Mit Leistung ist gemeint, dass sich das Verhalten des/der Ärzt*in an der performativen Rollenerwartung orientiert (Parsons 2005): Durch die Ausbildung bzw. das Studium hat der/die Ärzt*in einen Status erworben (Borgetto 2006; Pfortner und Pfaff 2020). Der/die Patient*in erwartet darauf aufbauend die Leistungsfähigkeit der/des Ärzt*in. Funktionale Spezifität bezeichnet die Annahme, dass Mediziner*innen hochqualifizierte Expert*innen in ihrem Gebiet sind. Die ärztliche Zuständigkeit ist dabei jedoch begrenzt auf die spezifische Sphäre der Krankheit. Die/der Patient*in wird als Träger*in der Krankheit betrachtet (Ebert 2003; Parsons 2005). Im Universalismus wird der/die Patient*in als Fall gesehen. Das medizinische Wissen wird von dem/der Ärzt*in nach allgemeingültigen wissenschaftlichen Standards unabhängig von der Person der/des Patient*in angewendet. Sympathien und Antipathien spielen keine Rolle (Ebert 2003; Parsons 2005; Siegrist 2005). Der/die Ärzt*in zeigt eine affektive Neutralität, hat also keine emotionale Bindung zu dem/der

Patient*in. Von persönlichen Motiven wird abgesehen (Parsons 2005; Siegrist 2005; Borgetto et al. 2007). Der/die Ärzt*in ordnet seine/ihre persönlichen Interessen gemeinschaftlichen Werten unter, zeigt also eine Kollektivitätsorientierung. Die zentrale Pflicht von Ärzt*innen ist das Handeln zum Wohle der/des Patient*in (Ebert 2003; Parsons 2005; Borgetto et al. 2007).



Abbildung 2: Definition der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons)
Eigene Darstellung auf Basis von Fachliteratur: Ebert 2003; Parsons 2005; Siegrist 2005; Williams 2005; Borgetto 2006; Borgetto et al. 2007; Pfortner und Pfaff 2020

Das Rollengefüge von Ärzt*innen und Patient*innen ist laut Parsons komplementär, reziprok, asymmetrisch und gesellschaftlich festgelegt (Parsons 1975, 2005; Siegrist 2005; Lidz 2010; Varul 2010; Pförtner und Pfaff 2020). Die Behandlung von Krankheiten wird als Interaktionsprozess angesehen (Parsons 1975; Stollberg 2001). Parsons beschreibt dabei die Arzt-Patienten-Beziehung als Musterbeispiel von sozialen Interaktionssystemen (Stollberg 2001; Parsons 2005; Borgetto et al. 2007) und „als zentralen Aspekt der sozialen Funktion der Medizin“ (Stollberg 2001). Die Funktionsfähigkeit von sozialen Systemen beruht auf der Gesundheit der Akteur*innen (Stollberg 2001). Krankheit stellt eine Abweichung zu der gesellschaftlich erwarteten, optimalen Funktionserfüllung dar und wird damit als dysfunktional, unerwünscht und deviant definiert (Parsons 1951, 1975, 2005; Stollberg 2001; Ebert 2003; Williams 2005; Lidz 2010). Krankheit bedeutet somit den Verlust oder zumindest eine Beeinträchtigung der Fähigkeit eines/einer Patient*in, seine/ihre Rolle in sozialen Systemen auszuüben (Parsons 1951, 2005; Ebert 2003). Patient*innen nehmen die Rolle als hilfeschuchende Laien ein, sobald sie ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen (Parsons 1951; Stollberg 2001; Siegrist 2005). Ärzt*innen wird eine Leistungs- und Expertenrolle zugeschrieben (Parsons 1975; Stollberg 2001; Siegrist 2005). Sie sind generalistische Interpret*innen gesundheitlicher Belange. Ärzt*innen haben damit die Definitionsmacht von Krankheit durch ihre Diagnosestellung (Parsons 1975; Siegrist 2005; Frank 2016) als „social control agent“ (Frank 2016). Diese traditionelle Form der Arztrolle wird als paternalistische Rolle definiert (Siegrist 2005). Ziel von medizinischen Interventionen ist, für die Patient*innen ein Level an Gesundheit wiederherzustellen, dass ihnen eine Ausübung ihrer sozialen Rollen ermöglicht. Liegen chronische Krankheiten vor, sollen Patient*innen dazu befähigt werden, ein möglichst hohes Level an Gesundheit zu erreichen (Parsons 1951, 1975; Ebert 2003).

Die ärztliche Kompetenz steuert den Patientenkontakt und gibt so den Rahmen der Interaktion beider vor (Siegrist 2005). Dabei orientieren sich Ärzt*innen an wissenschaftlichen Standards (Parsons 1975; Borgetto et al. 2007). Ärzt*innen haben treuhänderisch Verantwortung für die Gesundheit der/des Patient*in (Ebert 2003). Sie kontrollieren den Gesundheitswillen von Patient*innen (Parsons 1975; Crossley 1998; Ebert 2003). Gleichwohl wird von Ärzt*innen ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Gemeinwohlorientierung erwartet (Ebert 2003). Sie dürfen damit ihre Rolle weder ausnutzen noch ihre Kompetenzen überschreiten (Kessler 2021). Neben Pflichten, die daraus entstehen, ergeben sich auch ärztliche Rechte, u.a. das Recht auf kontrollierte Körperverletzung und das Recht, in moralisch und seelisch intimste Sphären der Patient*innen einzudringen (Parsons 1951; Ebert 2003). Zudem haben Ärzt*innen laut Parsons das Recht, die Behandlung zu monopolisieren, also über weitere Behandlungsschritte zu bestimmen (Parsons 2005). Ärzt*innen entscheiden damit über die Konsultation von weiteren Mediziner*innen im kollegialen Austausch (Borgetto et al. 2007), ohne dass eine Konkurrenzhaltung entsteht (Ebert 2003).

3. Forschungsfragen und Ziele der Forschungsarbeiten im Rahmen der Dissertation

Im Rahmen dieser Dissertation stellt sich aufbauend auf Parsons' Arztrollen-Typologie (Parsons 2005) (s. Kapitel 2.2 Typologie: Die Arztrolle nach Parsons) die folgende Forschungsfrage: Welche Rolle nehmen Hausärzt*innen in der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein entsprechend des Arztrollenkonzeptes nach Parsons ein?

Die drei Veröffentlichungen im Rahmen der kumulativen Dissertation bearbeiten die folgenden Unterfragestellungen:

1. Wie nehmen Hausärzt*innen in Nordrhein die ambulante Palliativversorgung und ihre hausärztliche Rolle inklusive hausärztlicher Tätigkeiten wahr? (s. Kapitel 5.1.1 General Practitioners' Perspectives on General and Specialized Palliative Home Care in North Rhine, Germany: An Explorative Focus Group Study (Peter et al. 2021a))
2. Wie erleben Hausärzt*innen in Nordrhein den realisierten und gewünschten Einbezug in die SAPV? (s. Kapitel 5.1.2 GPs' involvement in specialised palliative home care: A mixed methods study in Germany (Peter et al. 2022a))
3. Wirkt sich das palliative Qualifikationsniveau von Hausärzt*innen in Nordrhein auf ihre Wahrnehmung von Arbeitsbelastungsfaktoren aus? (s. 5.1.3 Influence of Palliative Care Qualifications on the Job Stress Factors of General Practitioners in Palliative Care: A Survey Study (Peter et al. 2022b))

Bevor die Forschungsfragen entsprechend der Veröffentlichungen beantwortet und die Ergebnisse in das Arztrollenkonzept nach Parsons (Parsons 2005) eingeordnet werden, erfolgt eine Beschreibung der Datenerhebung und Methodik.

4. Datenerhebung und Methodik

4.1. Methodik der APVEL-Studie

Die Datenerhebung dieser Dissertation fand im Rahmen des Projektes „Evaluation der Wirksamkeit von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein“ (APVEL) statt. Das Forschungsprojekt wurde vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF16007). Der Projektfokus lag auf der Evaluation der SAPV in der Region „Nordrhein“ und der Beschreibung der Wirksamkeit dieser Versorgungsform (Krumm und Rolke 2020). Die Autorin der Dissertation war als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem APVEL-Teilprojekt der Facharzt-Befragung (Befragung von Hausärzt*innen und Onkolog*innen) tätig. Neben der Vorbereitung der Datenerhebung, der Erstellung der Erhebungsinstrumente und der Rekrutierung der Teilnehmenden war die Autorin auch in der Durchführung der Datenerhebung und Datenauswertung maßgeblich beteiligt. Zudem hat sie basierend auf den Daten drei Artikel in wissenschaftlichen Journals veröffentlicht (s. Kapitel 5.1 Veröffentlichungen im Rahmen der Dissertation) (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a, 2022b). Die Autorin hat am Ergebnisbericht für den Projektförderer mitgewirkt (Krumm und Rolke 2020) und die Projektdaten auf sieben nationalen und drei internationalen Kongressen präsentiert (Peter et al. 2018a, 2018b, 2018c, 2018d, 2018e; Peter et al. 2019a; Peter et al. 2019b; Peter et al. 2019c; Peter et al. 2020; Peter et al. 2021b).

4.2. Methodik der Dissertation

Die Datenerhebung der vorliegenden Dissertation fand in Form eines exploratorischen, sequentiellen Mixed-Methods-Design statt. Dabei werden qualitative- und quantitative Methoden miteinander kombiniert (Creswell 2015; Flick 2016). Diese Art der Datenerhebung wurde gewählt, um einen umfassenderen Blickwinkel auf die komplexe Thematik zu ermöglichen (Creswell 2015). Die Datenerhebungen und Analysen wurden durch die Ethikkommission der Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, positiv votiert (Votumsnummer: 17-297).

Im Projektverlauf wurden wiederholt Literaturrecherchen durchgeführt. Diese dienten zum einen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und zum anderen wurden dadurch die im Studienverlauf erzielten Forschungsergebnisse in Relation zu bereits publizierten wissenschaftlichen Erkenntnissen gesetzt (Sandberg 2013; Dettmann und Bense 2019).

4.2.1. Methodik der Fokusgruppe

Basierend auf den Ergebnissen einer Expertenbefragung (Peter et al. 2018a) (die Ergebnisse wurden nicht im Rahmen der Dissertation veröffentlicht und werden deshalb hier nicht

dargestellt) sowie auf Literaturrecherchen wurde in mehreren Sitzungen der interdisziplinären Projektgruppe ein semistrukturierter Leitfaden für eine Fokusgruppe entwickelt. Ein Leitfaden-Pretest mit Ärzt*innen wurde nicht durchgeführt. Allerdings haben sich die Projektmitarbeitenden vor der Datenerhebung Rückmeldungen in Form einer Methodenberatung bei einer Expertin für qualitative Forschung eingeholt. Ziel der Fokusgruppe war die weiterführende Exploration des Themenfeldes der ambulanten Palliativversorgung aus der Perspektive von ambulant tätigen Hausärzt*innen und Onkolog*innen (Flick 2016). Dies ermöglichte den Forschenden in einem effektiven Vorgehen tiefere Einblicke in die Wahrnehmung der palliativen Versorgung aus Sicht der genannten Fachärzt*innen (Morgan 1998; Flick 2016). Außerdem lassen Fokusgruppen den Austausch zwischen den Befragten zu, was Forschenden ein breites Spektrum an Meinungen der Fachärzt*innen aufzeigen kann (Morgan 1998; Flick 2016). Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Fokusgruppe war, in der ambulanten Versorgung in Nordrhein als Hausärzt*in oder Onkolog*in tätig zu sein. Die Projektmitarbeitenden haben im Januar und Februar 2018 mit Hilfe von Faxaufrufen mit Rückantwortformular und Flyern zu der Teilnahme eingeladen. Insgesamt wurden 509 Faxe an Lehrpraxen der Universitäten Aachen, Köln und Bonn gesendet. Zudem wurden berufspolitische Verbände von Hausärzt*innen und Onkolog*innen und entsprechende Fortbildungsveranstaltende mit der Bitte kontaktiert, für die Teilnahme zu werben. Parallel dazu suchten zwei Projektmitarbeitende Hausarztpraxen im Umkreis des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) auf, um persönlich Flyer zu übergeben und Teilnehmende zu akquirieren. Des Weiteren wurde auf dem Hausärztetag der KV Nordrhein, einer Fortbildungsveranstaltung für Hausärzt*innen, durch die gezielte Ansprache von Ärzt*innen für die Teilnahme geworben. Ziel war es, sechs bis acht Hausärzt*innen und Onkolog*innen mit variierendem Wissensstand und Qualifikationsniveau bzgl. der ambulanten Palliativversorgung zu rekrutieren (Morgan 1998; Greenbaum 2000).

Insgesamt nahmen 6 Hausärzt*innen und eine Onkologin an der semistrukturierten, leitfadengestützten Fokusgruppe teil. Die Datenerhebung wurde im März 2018 in den Räumlichkeiten des IMVR durchgeführt. Die teilnehmenden Ärzt*innen unterschrieben eine Einwilligungserklärung, mit der sie der Studienteilnahme zustimmten. Die Proband*innen erhielten ein finanzielles Incentive für ihre Studienteilnahme. Die Kategorien des Fokusgruppenleitfadens wurden den Pattern Variables nach Parsons (Parsons 2005) zugeordnet. Dies ist in Tabelle 1 aufgeführt (s. Tabelle 1: Leitfaden der Fokusgruppe). Die Soziodemografie der Teilnehmenden lässt sich aus der Tabelle 3 (s. Tabelle 3: Soziodemografie der Teilnehmenden). Die Teilnehmenden kannten sich vor der Durchführung der Fokusgruppe nicht.

Die Hauptthemen waren die Rollendefinition und die praktische Tätigkeit von Hausärzt*innen und Onkolog*innen in der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein. Die Autorin moderierte die Fokusgruppe. Weitere Projektmitarbeitende übernahmen die Ko-Moderation und Dokumentation. Alle Projektmitarbeitenden fertigten Feldnotizen an (Flick 2016). Die Fokusgruppe wurde mit Hilfe von Audioaufnahmegeräten aufgezeichnet und wörtlich durch einen professionellen Transkriptionsservice transkribiert. Das Transkript wurde von der Autorin auf Korrektheit und Vollständigkeit geprüft und anschließend pseudonymisiert. Die Fokusgruppe dauerte 94 Minuten.

Die Datenauswertung folgte einem iterativen Prozess mit deduktiver und induktiver Kategorienbildung angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Morse 2015; Bengtsson 2016; Kuckartz 2016). Dafür wurde die Software MAXQDA 12 genutzt. Die Datenanalyse begann mit deduktiven Kategorien entsprechend der Leitfragen basierend auf recherchierter Literatur und den Ergebnissen einer Expertenbefragung. Nach einer initiierenden Textarbeit am Transkript, der Exploration des Dokuments, wurde das Gesagte zunächst entsprechend der deduktiven Kategorien des Leitfadens kodiert. Darauf aufbauend wurden bei Bedarf Subkategorien gebildet und induktive, aus dem Text abgeleitete, Kategorien eingeführt und definiert. Entsprechend dieser induktiv-deduktiven Kategorien wurde das gesamte Transkript in drei Durchgängen von zwei Kodierenden kodiert. Danach diskutierten die Autorin und eine weitere Projektmitarbeiterin ihre jeweiligen Analysen und entwickelten ein einheitliches Kategoriensystem, welches die Autorin für die finale Kodierung des Transkripts verwendete. Im Projektteam wurden schließlich die Ergebnisse und repräsentativen Zitate besprochen (Kuckartz 2016). Anschließend wurden die wichtigsten Themen anhand des Kategoriensystems zusammengefasst und den Teilnehmenden der Fokusgruppe zugesandt. Sie wurden gebeten, einen schriftlichen Kommentar abzugeben (Morse 2015). Es gab keine Rückmeldungen. Die Daten der Fokusgruppe wurden in den zwei der Veröffentlichungen im Rahmen dieser Dissertation genutzt (s. Kapitel 5.1.1, 5.1.2).

| Leitfrage/Ziel | Kategorien | Zuordnung zu Parsons' Pattern Variables |
|--|---|---|
| Vorstellungsrunde | <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Forschenden, des Instituts und des Projekts • Vorstellung der Teilnehmenden: beruflicher Werdegang, kurze Antwort: "Welche Rolle spielt Palliativmedizin in Ihrer derzeitigen Berufspraxis?" | Leistung & funktionale Spezifität |
| Beschreibung der Berufspraxis von Hausärzt*innen und Onkolog*innen in der (ambulanten) Palliativversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Tätigkeiten von Hausärzt*innen und Onkolog*innen in der ambulanten Palliativversorgung • Einbeziehung der SAPV • Was ist SAPV (für Sie)? • Inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit • Hard- und Soft Skills | Leistung, funktionale Spezifität & affektive Neutralität |
| Strukturelle und organisatorische Faktoren der Palliativversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Welche Faktoren helfen Ihnen, die Qualität der Palliativversorgung aufrechtzuerhalten oder zu verbessern? | Keine Zuordnung möglich (Kontextfaktor) |
| Ambulante Palliativversorgung in Nordrhein | <ul style="list-style-type: none"> • Wie wird die ambulante Palliativversorgung in Nordrhein umgesetzt? • Wünschen Sie sich, dass die Palliativversorgung in Nordrhein weiterhin in der aktuellen Form bestehen bleibt oder wünschen Sie sich Veränderungen? | Funktionale Spezifität, Universalismus & Kollektivitätsorientierung |
| Zusammenfassung | <ul style="list-style-type: none"> • Bestehen offene Fragen? Möchten Sie etwas ergänzen? • Zusammenfassung der Hauptaspekte | Keine Zuordnung möglich (offene Kategorie) |

Tabelle 1: Leitfaden der Fokusgruppe

4.2.2. Methodik der postalischen Vollbefragung

Aus den Ergebnissen einer Expertenbefragung (Peter et al. 2018a) und der bereits beschriebenen Fokusgruppe (s. Kapitel 4.2.1 Methodik der Fokusgruppe) wurde im Abgleich mit der themenbezogenen Forschungsliteratur ein Fragebogen erstellt (Steiner und Benesch 2021). Die Skalen und Items des Fragebogens wurde mehrfach im interdisziplinären Projektteam diskutiert und überarbeitet (Raithel 2008). Ein Pretest wurde mit den Teilnehmenden der bereits beschriebenen Fokusgruppe durchgeführt. Dabei wurden die Befragten gebeten zu bewerten, ob die Items des Fragebogens lesbar, verständlich und beantwortbar sind. Außerdem wurden die Teilnehmenden aufgefordert, möglicherweise fehlende Items, die ihrer Meinung nach wichtig für die Darstellung der ambulanten

Palliativversorgung in Nordrhein sind, zu ergänzen. An einigen Stellen des Fragebogens wurden Formulierungen angepasst, aber keine neuen Inhalte hinzugefügt. Der Fragebogen wurde daraufhin von einem Mitarbeiter des IMVR in die Software TeleForm® umgesetzt, die das systematische Einlesen und Erfassen von Dokumenten, wie bspw. Fragebögen, ermöglicht und diese in einem Dateiformat ausgibt, das den Datenimport in Statistiksoftwares ermöglicht (Open Text Corporation 2021). Der finale Fragebogen unterteilt sich in vier Domänen: Ambulante Palliativversorgung, SAPV, Fragen zur hausärztlichen/onkologischen Tätigkeit sowie Struktur- und Statusangaben der Zuweisenden/soziodemografische Daten. Der Fragebogen besteht aus 28 Skalen mit insgesamt 109 Items und einem Freitextfeld. Die Kennzahlen des Fragebogens sind in Tabelle 2 entsprechend der Fragebogendomänen einzeln aufgelistet (s. Tabelle 2: Kennzahlen der postalischen Vollbefragung). Die Domänen werden in der Tabelle den jeweiligen Pattern Variables nach Parsons (Parsons 2005) zugeordnet. Der Fragebogen wurde im Rahmen des Ergebnisberichts des APVEL-Projekts veröffentlicht (Krumm und Rolke 2020) und enthält sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Neben selbstentwickelten Skalen wurden auch bereits existierende Skalen für den Fragebogen verwendet. Dabei handelte es sich zum Teil um validierte, aber auch um nicht-validierte Skalen. Englischsprachige Skalen wurden durch eine Mitarbeiterin des Projektes, die deutsche Muttersprachlerin ist, ins Deutsche übersetzt. Dabei wurde kein systematisches, standardisiertes Übersetzungsverfahren verwendet. Die Formulierung der einzelnen Items wurde im Projektteam diskutiert, bei Bedarf angepasst und an die ambulante Palliativversorgung adaptiert.

| Fragebogen-domäne | Kennzahl | Erläuterung | Zuordnung zu Parsons' Pattern Variables |
|--------------------------------|---|---|---|
| Ambulante Palliativ-versorgung | Palliativmedizin in hausärztlicher Tätigkeit | Einordnung von Palliativmedizin in der hausärztlichen Tätigkeit | Funktionale Spezifität |
| | Berührungen mit Palliativmedizin | Berührungen mit palliativmedizinischen Akteur*innen in hausärztlicher Tätigkeit (Qualifikation) | Leistung |
| | Informationsbedarf und Nutzung Palliativmedizin | Einbezug von Leitlinien und Richtlinien sowie Bewertung palliativmedizinischer Fortbildungen | Leistung & Universalismus |
| | Zufriedenheit mit palliativen Strukturen | Bewertung der Zufriedenheit mit SAPV-Teams, AAPV und stationärer Palliativversorgung | Funktionale Spezifität |
| | Bewertung palliativmedizinischer Infrastruktur | Einschätzung zur Versorgungsqualität palliativmedizinischer und -pflegerischer Infrastruktur | Keine Zuordnung möglich (Kontextfaktor) |
| | Besonderer palliativmedizinischer Aufwand | Nennung von Aspekten der Palliativmedizin, die in der hausärztlichen Tätigkeit besonders aufwendig sind | Kollektivitätsorientierung |
| | Belastung durch Palliativmedizin | Maß für die Belastung der Zuweisenden durch Palliativmedizin | Affektive Neutralität |
| | Quantifizierung palliativmedizinischer Leistungen | Maß für Rolle von Palliativmedizin in der täglichen Arbeit | Funktionale Spezifität |
| | Palliativmedizinische Abrechnung | Abrechnungsverhalten bei palliativmedizinischen Leistungen | Funktionale Spezifität |
| | Einstellung zur Abrechnung | Einstellung zur parallelen Abrechnung von SAPV und AAPV | Funktionale Spezifität |
| SAPV | Bewertung SAPV als Versorgungsform | Beurteilung SAPV als Versorgungsform | Funktionale Spezifität |
| | Einschätzung palliativer Bedarfe | Maß für die eigene Einschätzung zur Identifikation von Patient*innen, die für SAPV in Frage kommen | Funktionale Spezifität & Universalismus |
| | Verordnung von SAPV | Verordnungsverhalten von SAPV | Funktionale Spezifität |
| | Überweisungspräferenz | Überweisungspräferenz innerhalb von SAPV-Überweisung: SAPV-Vollversorgung gegenüber SAPV-Teilversorgung | Universalismus |

| Fragebogen-domäne | Kennzahl | Erläuterung | Zuordnung zu Parsons' Pattern Variables |
|---|---|---|--|
| SAPV (Fortsetzung der vorherigen Seite) | Kriterien für SAPV-Überweisung | Angabe von Kriterien, die häufig zu einer SAPV-Überweisung führen | Universalismus |
| | Zufriedenheit mit der SAPV | Beurteilung der SAPV | Funktionale Spezifität |
| | Zufriedenheit mit den Palliativmediziner*innen des SAPV-Teams | Beurteilung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Palliativmediziner*innen der SAPV-Teams | Funktionale Spezifität |
| | Einbezug in die Behandlung bei SAPV | Maß für die Einbeziehung der/des Hausärzt*in in die Behandlung bei Verschreibung von SAPV | Funktionale Spezifität |
| | Präferenz zum Einbezug in die SAPV-Behandlung | Maß für die Präferenzen der/des Hausärzt*in bei SAPV-Verordnung in der Behandlung involviert zu bleiben | Funktionale Spezifität |
| | Einleitung der SAPV durch andere Leistungserbringende | Quantifizierung von SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringende | Keine Zuordnung möglich (Kontextfaktor) |
| | Gründe für Nicht-Verordnung von SAPV | Gründe, die dazu führen, dass SAPV trotz Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nicht verordnet wird | Leistung, funktionale Spezifität, Kollektivitätsorientierung & Kontextfaktoren |
| Zu Ihrer hausärztlichen Tätigkeit (Struktur- und Statusangaben der Zuweisen den/ Soziodemografie) | Tätigkeit im ambulanten Sektor | Maß für die Dauer der Tätigkeit im ambulanten Sektor | Funktionale Spezifität |
| | Hausärztliches Selbstverständnis | Maß für eine generalistische oder spezialisierte Auffassung der hausärztlichen Tätigkeit | Funktionale Spezifität |
| | Einbezug in die Behandlung bei Facharztüberweisung | Maß für die Präferenzen der/des Hausärzt*in bei Überweisungen zu einer/einem anderen Fachärzt*in, in der Behandlung involviert zu bleiben | Funktionale Spezifität |
| | Arbeitszufriedenheit | Maß für die Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Tätigkeit | Affektive Neutralität & Kollektivitätsorientierung |
| Freitextfeld | Weitere Anmerkungen zur ambulanten Palliativversorgung | Ergänzungen zur ambulanten Palliativversorgung, die über die vorhergehenden Items hinaus gehen | Keine Zuordnung möglich (offene Antwortkategorie) |

Tabelle 2: Kennzahlen der postalischen Vollbefragung

Der Survey wurde in Form einer Vollbefragung postalisch an alle ambulant tätigen, also niedergelassenen und angestellten, Hausärzt*innen und Onkolog*innen in Nordrhein versendet (n=2.199 Fachärzt*innen; davon 2.154 Hausärzt*innen und 45 Onkolog*innen). Es handelt sich dabei um alle Hausärzt*innen und Onkolog*innen, die vertragsärztlich tätig sind. Diese Ärzt*innen behandeln also gesetzlich versicherte Patient*innen und sind nicht (ausschließlich) privatärztlich tätig. Nordrhein wurde für die Befragung als folgende Kreise und Städte definiert: Aachen, Städteregion Aachen, Köln, Bonn, Rhein-Erft-Kreis und Rhein-Sieg-Kreis. Der Brief zum Zwecke der postalischen Befragung enthielt neben dem Fragebogen ein Anschreiben, eine Studieninformation, einen Projektflyer und einen portofreien Rückumschlag. Eine schriftliche Einverständniserklärung war nicht notwendig. Die Rücksendung des Fragebogens entsprach einem informierten, impliziten Einverständnis und wurde sowohl in der Studieninformation als auch im Fragebogen beschrieben.

Die Datenerhebung fand anonym unter Rücklaufkontrolle statt. Entsprechend Dillmans „Total Design Method“ wurden die Teilnehmenden dreimalig an die Teilnahme an der Befragung erinnert (Dillman 1978). Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juli und August 2018. Insgesamt nahmen 445 Hausärzt*innen an der Befragung teil, was einer Rücklaufquote von 20,6% entspricht. Die Soziodemografie der Teilnehmenden wird in Tabelle 3 beschrieben (s. Tabelle 3: Soziodemografie der Teilnehmenden).

| | | Fokusgruppe N | Postalische Befragung N (%) |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Anzahl der Teilnehmenden | | 6 | 445** |
| Gender | Männlich | 6 | 217 (48,8%) |
| | Weiblich | – | 226 (50,8%) |
| | Fehlende Werte | – | 2 (0,5%) |
| Alter in Jahren (Mean, Altersspanne) | | 57 (Minimum: 52; Maximum: 62) | 53,5 (Minimum: 33; Maximum: 78) |
| Höchste palliativ- medizinische Qualifikation | Keine | 2 | 198 (44,7%) |
| | 3 monatige Arbeitserfahrung in einer palliativen Einrichtung | – | 21 (4,7%) |
| | AAPV* | 1 | 162 (36,6%) |
| | BQKPMV* | – | 10 (2,3%) |
| | Qualifizierte:r Palliativärzt:in | 3 | 52 (11,3%) |
| Arbeitserfahrung in Jahren (Mean) | | 27 | 18,1 |
| Praxisinhaber:in | | 6 | 364 (83,1%) |
| <p>* AAPV: 40-stündige palliative Weiterbildung (Basiskurs Palliativmedizin) BQKPMV: Qualifikation in der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ Qualifizierter Palliativärzt:in: Palliativmedizinische:r Spezialist:in mit 120-stündiger Weiterbildung</p> <p>** 18 Hausärzt:innen wurden aus den Analysen ausgeschlossen, da sie derzeit in einem SAPV-Team arbeiten</p> | | | |

Tabelle 3: Soziodemografie der Teilnehmenden

Die Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms STATA 15® ausgewertet. Zunächst wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Zudem fanden Subgruppenanalysen, bi- und multivariate Analysen statt. In den Veröffentlichungen wurden auf Grund der Skalenniveaus lineare Regressionsanalysen genutzt (Carifio und Perla 2007; Carifio und Perla 2008; Norman 2010). Die Daten aus der postalischen Befragung wurden im Rahmen dieser Dissertation in zwei Veröffentlichungen genutzt (s. Kapitel 5.1.2, 5.1.3). Ausgewählte Ergebnisse der Befragung wurden den Teilnehmenden nach Abschluss der Datenerhebung in Form eines Factsheets postalisch zugesendet und auf der Website des IMVR veröffentlicht (Volkert et al. 2019a, 2019b).

Auf Grund des inhaltlichen Fokus dieser Dissertation wird im Folgenden vertiefend auf die Ergebnisse aus der Hausärzt*innen-Befragung eingegangen. Die Ergebnisse aus der Befragung der Onkolog*innen lassen sich darüber hinaus dem Ergebnisbericht des APVEL-Projektes entnehmen (Krumm und Rolke 2020).

5. Ergebnisse

5.1. Veröffentlichungen im Rahmen der Dissertation

5.1.1. General Practitioners' Perspectives on General and Specialized Palliative Home Care in North Rhine, Germany: An Explorative Focus Group Study (Peter et al. 2021a)

DOI: 10.1177/1049909120920541

Veröffentlichung in der Zeitschrift: American Journal of Hospice & Palliative Medicine

Impact-Faktor der Zeitschrift zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 1.9

Autor*innen: Sophie Peter, MA¹, Anna Maria Volkert, MSc¹, Holger Pfaff, PhD¹, Lukas Radbruch, MD², Roman Rolke, MD³, Raymond Voltz, MD⁴, and Nadine Scholten, PhD¹, On Behalf of the APVEL Consortium

¹ Institute of Medical Sociology, Health Services Research and Rehabilitation Science (IMVR) of the University of Cologne, Cologne, Germany

² Department of Palliative Medicine, University Hospital Bonn, Germany

³ Department of Palliative Medicine, Medical Faculty RWTH Aachen University, Germany

⁴ Department for Palliative Medicine, CIO Aachen Bonn Cologne Düsseldorf, University Hospital Cologne, Germany

5.1.2. GPs' involvement in specialised palliative home care: A mixed methods study in Germany (Peter et al. 2022a)

DOI: 10.1080/13814788.2022.2139824

Veröffentlichung in der Zeitschrift: European Journal of General Practice

Impact-Faktor der Zeitschrift zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 3.636

Autor*innen: Sophie Peter^a, Anna Maria Volkert^a, Lukas Radbruch^b, Roman Rolke^c, Raymond Voltz^d, Holger Pfaff^a, Nadine Scholten^a on behalf of the APVEL-consortium

^aUniversity of Cologne, Faculty of Human Sciences & Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Institute of Medical Sociology, Health Services Research, and Rehabilitation Science, Cologne, Germany

^bDepartment of Palliative Medicine, University Hospital Bonn, Bonn, Germany

^cDepartment of Palliative Medicine, Medical Faculty RWTH Aachen University, Aachen, Germany

^dDepartment of Palliative Medicine, CIO Aachen Bonn Cologne Düsseldorf, University of Cologne, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Cologne, Germany

5.1.3. Influence of Palliative Care Qualifications on the Job Stress Factors of General Practitioners in Palliative Care: A Survey Study (Peter et al. 2022b)

DOI: 10.3390/ijerph192114541

Veröffentlichung in der Zeitschrift: International Journal of Environmental Research and Public Health

Impact-Faktor der Zeitschrift zum Zeitpunkt der Veröffentlichung: 4.614

Autor*innen: Sophie Peter ^{1,2,3}, Anna Maria Volkert ^{1,2,3}, Lukas Radbruch ⁴, Roman Rolke ⁵, Raymond Voltz ^{2,6,7}, Holger Pfaff ^{1,2,3} and Nadine Scholten ^{1,2,3} on behalf of the APVEL Consortium

¹ Faculty of Human Sciences, University of Cologne, 50933 Cologne, Germany

² Faculty of Medicine, University of Cologne, 50933 Cologne, Germany

³ Institute of Medical Sociology, Health Services Research and Rehabilitation Science, University Hospital Cologne, 50933 Cologne, Germany

⁴ Department of Palliative Medicine, University Hospital Bonn, 53127 Bonn, Germany

⁵ Department of Palliative Medicine, Medical Faculty, RWTH Aachen University, 52074 Aachen, Germany

⁶ Department of Palliative Medicine, University Hospital Cologne, 50933 Cologne, Germany

⁷ CIO Aachen Bonn Cologne Düsseldorf, 50937 Cologne, Germany

5.2. Einordnung der Ergebnisse in das Arztrollenkonzept nach Parsons

Ordnet man die Daten der beschriebenen Veröffentlichungen (s. Kapitel 5.1 Veröffentlichungen im Rahmen der Dissertation (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a, 2022b)) in die Pattern Variables (Leistung, funktionale Spezifität, Universalismus, affektive Neutralität und Kollektivitätsorientierung) des Arztrollenkonzeptes nach Parsons (Parsons 2005) ein, ergeben sich die folgenden Aussagen:

Bezogen auf die Pattern Variable „Leistung“ kann aus den Daten der Dissertation folgendes abgeleitet werden: Laut den Aussagen der Fokusgruppenteilnehmenden wird das hausärztliche Handeln durch deren palliativmedizinische Qualifizierung gerahmt und definiert. Hausärzt*innen können qualitativ gute Basis-Palliativversorgung leisten. Zudem beschreiben die Interviewten, dass sich Hausärzt*innen als essenzielle Versorgende in der AAPV sehen. Jede*r Hausärzt*in sollte, laut der Meinung der Fokusgruppe, in der Lage sein, allgemeine Palliativleistungen anzubieten. Auch individuelle palliative Bedarfe der Patient*innen wahrzunehmen und deren Lebenserwartung einzuschätzen sind hausärztliche Kompetenzen (Peter et al. 2021a). Etwa 45% der Teilnehmenden der postalischen Befragung haben keine spezifisch palliativmedizinische Qualifikation über die allgemeinmedizinische Grundausbildung hinaus (Peter et al. 2022a). Unsicherheiten auf die Vergütung (Regress) sehen Hausärzt*innen mit BQKPMV-Qualifikation im Vergleich zur Hausärzt*innen ohne Zusatzqualifikation laut der postalischen Vollbefragung als signifikant belastenden Faktor an. In den Daten lässt sich jedoch kein weiterer statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen palliativmedizinischer Qualifikation und Arbeitsbelastungsfaktoren erkennen (Peter et al. 2022b).

Im Rahmen der funktionalen Spezifität lässt sich aus den Fokusgruppendaten ableiten, dass sich die teilnehmenden Hausärzt*innen in einer hybriden Rollendefinition als Koordinierende, Versorgende und Überweisende in der Palliativversorgung sehen. Die Behandlung von Palliativpatient*innen definieren die interviewten Hausärzt*innen als Teil ihrer hausärztlichen Tätigkeit. Die fachliche Expertise wird dabei in der hausärztlichen Palliativversorgung als ebenso wichtig erachtet wie eine angemessene Haltung. Die Fokusgruppenteilnehmenden erläutern zudem, dass die oft langjährige und enge Beziehung zu den Patient*innen eine Vertrauensbasis bildet, von der die hausärztliche Palliativversorgung profitiert. Von den Interviewten wird ein insgesamt eher moderates Palliativwissen unter Hausärzt*innen beschrieben. Laut der Fokusgruppe sollten besonders komplexe Fälle, also Patient*innen mit hohen palliativen Bedarfen, von palliativmedizinischen Spezialist*innen und nicht ausschließlich von Hausärzt*innen behandelt werden (Peter et al. 2021a). Probleme ergeben sich hier durch fehlende oder unzureichende Kommunikation und Kooperation zwischen den Hausärzt*innen und weiteren Versorgenden. Hausärzt*innen fühlen sich laut Aussagen der

Fokusgruppe zum Teil aus der Behandlung ihrer Patient*innen ausgeschlossen, wenn die Patient*innen von SAPV-Teams versorgt werden. Zudem beschreiben die Interviewten, dass die Zusammenarbeit mit der SAPV bereits gut ist und durch das Sammeln von positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit zunehmend besser wird (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a). Die postalische Vollbefragung hat ergeben, dass es keine statistisch signifikante Assoziation zwischen dem Item „Ich habe ausreichend Wissen über die palliativmedizinische Versorgung“ und den im Survey abgefragten Arbeitsbelastungsfaktoren gibt (Peter et al. 2022b). Die Fragebogendaten zeigen außerdem, dass die meisten Hausärzt*innen nach einer Überweisung der Patient*innen in die SAPV in deren Behandlung einbezogen bleiben möchten. Viele der befragten Hausärzt*innen wollen über die Versorgung ihrer Patient*innen in der SAPV informiert werden (44% stimmen eher zu, 47% stimmen voll und ganz zu). Ebenfalls ein Großteil der Befragungsteilnehmenden möchte in die Versorgung von ihren Patient*innen einbezogen bleiben, auch wenn diese SAPV erhalten (44% stimmen eher zu, 40% stimmen voll und ganz zu). Einige Befragte möchten zudem auch dann noch selbst Leistungen erbringen, wenn ihre Patient*innen in die SAPV überwiesen wurden (39% stimmen eher zu, 20% stimmen voll und ganz zu). Bei annähernd der Hälfte der Hausärzt*innen stimmt der realisierte und gewünschte Einbezug in der Behandlung von SAPV-Patient*innen nicht überein, da sie weniger als gewünscht (circa 40%) oder mehr als gewünscht (circa 4%) in die Behandlung einbezogen werden (Peter et al. 2022a).

Zum Universalismus der hausärztlichen Palliativversorgung lassen sich folgende Aussagen aus den Veröffentlichungen ableiten: Gemäß den Aussagen aus der Fokusgruppe sollen Hausärzt*innen individuelle Palliativbedarfe einschätzen können. Gleichzeitig berichten die Interviewten, dass die Versorgung von palliativen Patient*innen im hausärztlichen Alltag relativ selten auftritt (Peter et al. 2021a). Die Fokusgruppenteilnehmenden beschreiben, dass Hausärzt*innen befürchten, durch die Palliativspezialist*innen aus der Versorgung ihrer Patient*innen ausgeschlossen zu werden (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a). Aussagen zum Einbezug von wissenschaftlichen Standards in die hausärztliche Palliativversorgung wurden in den Veröffentlichungen nicht beschrieben. Zudem werden im Rahmen der Dissertation keine Daten bzgl. einer Bevorzugung oder Benachteiligung bestimmter Patientengruppen berichtet.

Bezogen auf die affektive Neutralität wird zum einen betont, dass unter den Fokusgruppenteilnehmenden emotionale Faktoren als wichtige Motivation der hausärztlichen Palliativversorgung gesehen werden. Teilnehmende Hausärzt*innen beschreiben in der Fokusgruppe eine positive Einstellung gegenüber der palliativen Versorgung. Zudem besteht laut den Interviewten eine Vertrauensbasis zwischen Hausärzt*innen zu ihren Patient*innen (Peter et al. 2021a). Einige Hausärzt*innen geben in der postalischen Befragung verschiedene

belastende Situationen in der Palliativversorgung an. Dazu zählt ein hohes Arbeitspensum oder auch kollidierende Anforderungen an ihre Arbeitszeit. Außerdem wird die Anteilnahme an dem emotionalen Leid von Patient*innen und deren Angehörigen von Hausärzt*innen in der postalischen Befragung als belastend empfunden (Peter et al. 2022b).

Im Bezug auf Kollektivitätsorientierung zeigt sich in den Fokusgruppensdaten zum einen, dass die als zu gering empfundene Vergütung von hausärztlichen Palliativleistungen als Belastung und Barriere für die Versorgung wahrgenommen wird (Peter et al. 2021a). Finanzielle Incentives, also eine höhere Vergütung, werden zum anderen durch die Fokusgruppenteilnehmenden als Motivationsfaktor für hausärztliche Palliativversorgung erläutert. Außerdem werden Bürokratie und strukturell-organisatorische Hindernisse, wie eine undurchsichtige Organisation der Palliativversorgung und ein hoher Workload in der Hausarztpraxis, beschrieben (Peter et al. 2021a). Die an der Fokusgruppe teilnehmenden Hausärzt*innen berichten jedoch gleichzeitig von einem Interesse an der Palliativmedizin und einer adäquaten Haltung gegenüber der Palliativversorgung (Peter et al. 2021a). Die Abrechnung bzw. finanzielle Aspekte werden ebenfalls in der Vollbefragung als Belastungsfaktor in der hausärztlichen Palliativversorgung benannt (Peter et al. 2022b).

Eine grafische Aufbereitung der Ergebnisse findet sich in Abbildung 3 (s. Abbildung 3: Ergebnisse entsprechend der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons)).

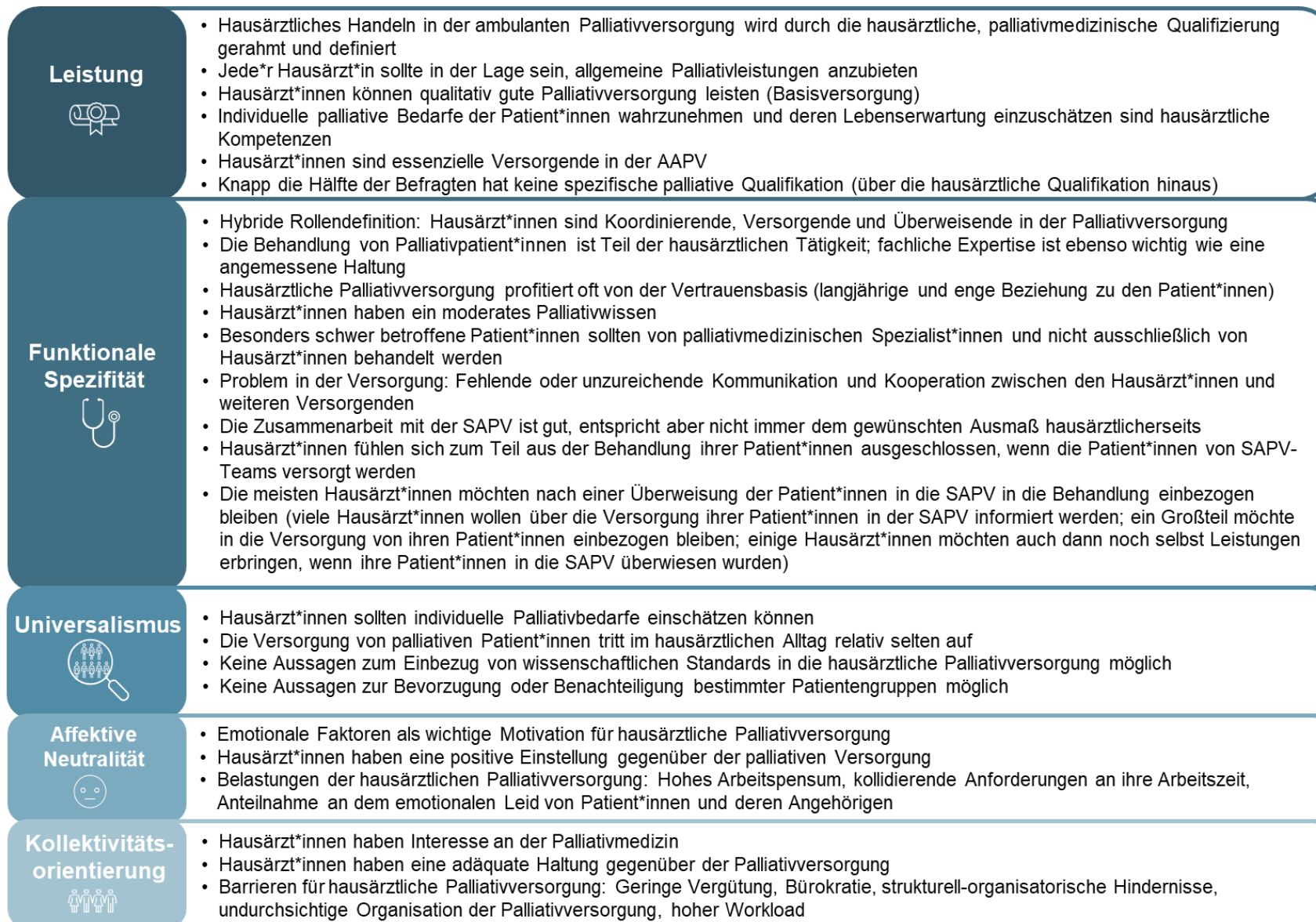


Abbildung 3: Ergebnisse entsprechend der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons) (Parsons 2005)

6. Gesamtdiskussion der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Dissertation ist die Beschreibung der hausärztlichen Rolle in der ambulanten Palliativversorgung entsprechend des Arztrollenkonzeptes nach Parsons (Parsons 2005). Die zugrundeliegenden Datenerhebungen fanden in der Region „Nordrhein“ (Aachen, Städteregion Aachen, Köln, Bonn, Rhein-Erft-Kreis und Rhein-Sieg-Kreis) statt. Die hausärztliche Rollenbeschreibung baut auf den Ergebnissen von drei Veröffentlichungen auf (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a, 2022b), die in den Kapiteln 5.1.1, 5.1.2 und 5.1.3 beschrieben wurden. Im Rahmen der Publikationen wurden die Ergebnisse bereits im Hinblick auf das jeweiligen Forschungsfragen der Veröffentlichungen diskutiert. In Kapitel 5.2 wurden die Ergebnisse in das Arztrollenkonzept nach Parsons (Parsons 2005) eingeordnet (s. Kapitel 5 Ergebnisse). Die folgende Diskussion reflektiert Stärken und Limitationen der Datenerhebung und Analyse der gesamten Dissertation. Anschließend werden die erzielten Ergebnisse entsprechend des Arztrollenkonzeptes nach Parsons (Parsons 2005) kritisch im Lichte der Literatur diskutiert.

6.1. Stärken und Limitationen

Die Erhebung und Auswertung der Daten dieser Dissertation haben methodische Stärken, unterliegen allerdings auch Limitationen:

Bei den erhobenen Daten handelt es sich um Selbstberichte der Hausärzt*innen. Diese können Response-Bias, wie bspw. Recall-Bias und sozialer Erwünschtheit unterliegen (Raithel 2008), die auf einer potenziellen Kluft zwischen normativen Ansprüchen und dem tatsächlichen ärztlichen Handeln beruhen können (Siegrist 2005). Eine bereits veröffentlichte Studie hat gezeigt, dass die Selbst- und Fremdwahrnehmung der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung zum Teil stark variieren können (Schwabe et al. 2017). Ein Abgleich mit bspw. der Patientensicht auf die Hausarztrolle und auch die Einschätzung von anderen Palliativversorgenden wäre eine spannende Ergänzung zu den hier beschriebenen Daten.

Bei den teilnehmenden Ärzt*innen zeigt sich, dass sie überverhältnismäßig palliativmedizinisch qualifiziert sind. Während in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2018 3,9% der ambulant-tätigen Ärzt*innen die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“/qualifizierte*r Palliativärzt*in erworben hatten (Kassenärztliche Bundesvereinigung n.d.b) waren es unter den Teilnehmenden der berichteten postalischen Befragung 11,3% (Peter et al. 2022a). Dies weist auf einen Selektionsbias hin (Freed 2019). Alter und Gender der Survey-Teilnehmenden liegen nah am nationalen Durchschnitt unter Hausärzt*innen: Während 50,8% der Teilnehmenden weiblich sind, lag der Anteil an weiblichen Hausärztinnen im Jahr 2018 bei 45,9% (Kassenärztliche Bundesvereinigung n.d.a; Peter et al. 2022a). Das Durchschnittsalter von Hausärzt*innen lag im Jahr 2018 bei 55,3 Jahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung

n.d.c). Die Hausärzt*innen, die an der postalischen Befragung teilgenommen haben, waren im Durchschnitt 53,5 Jahre alt (Peter et al. 2022a).

Die Befragungen waren beschränkt auf die Region „Nordrhein“ (Aachen, Städteregion Aachen, Köln, Bonn, Rhein-Erft-Kreis und Rhein-Sieg-Kreis) und geben damit nur regional begrenzte Aufschlüsse über die hausärztliche Palliativversorgung. Allerdings ist Nordrhein als repräsentative Region für die Palliativversorgung in Deutschland anzusehen (Melching 2015; Kassenärztliche Bundesvereinigung n.d.e). Im Rahmen der Studie konnte nicht festgestellt werden, ob die Ergebnisse auch auf andere Gebiete Deutschlands übertragbar sind. Hierüber können überregionale Datenerhebungen Aufschluss geben. Innerhalb des Forschungsprojektes „Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktion, Regionale Unterschiede“ wurden beispielsweise hausärztliche Aktivitäten und die Zusammenarbeit mit der SAPV deutschlandweit (mit Ausnahme der KV-Region Nordrhein) erhoben (Stichling 2020; Meißner et al. 2021). Hausärzt*innen sehen sich auch laut dieser Daten als zentrale Akteur*innen in der palliativen Versorgung. Sie berichten von einer Zufriedenheit in der Zusammenarbeit mit der SAPV, auch wenn es Kritikpunkte, u.a. Konkurrenz in der Patientenversorgung, gibt (Stichling 2020; Meißner et al. 2021).

Probleme in der Rekrutierung von Hausärzt*innen sind bereits ein bekanntes Hindernis in der allgemeinmedizinischen Forschung (Leysen et al. 2019). Insgesamt zeigte sich für die Durchführung der Fokusgruppe und der postalischen Befragung eine geringe Rücklaufquote im Vergleich zu anderen internationalen Studien zum Thema „Palliativmedizin“ unter Hausärzt*innen (Burt et al. 2006; Dumitrescu et al. 2006; Bajwah und Higginson 2008; Winthereik et al. 2016; Alminoja et al. 2019). Die Teilnahmequote der Hausärzt*innen an der postalischen Befragung liegt dennoch über dem nationalen Durchschnitt in Deutschland, der in einer europäischen Vergleichsstudie mit unter 10% angegeben wird (Groenewegen et al. 2016). Der Anteil an teilnehmenden Hausärzt*innen ist mit ähnlichen Studien im deutschsprachigen Raum annähernd vergleichbar: Bei Befragungen unter Hausärzt*innen zu palliativmedizinischen Themen werden Teilnahmequoten zwischen 19% bis 33,5% berichtet (Becker et al. 2010; Allers et al. 2020; Stichling 2020; Meißner et al. 2021). Auch international wurden einige thematisch ähnliche hausärztliche Studien publiziert, deren Teilnahmequoten zwischen 11% und circa 30% liegen (To et al. 2017; Plat et al. 2018)

Um Probleme in der Rekrutierung zu vermeiden, haben vergleichbare qualitative Studien Convenience- oder auch Purposeful Samples genutzt, und bspw. die Ansprache von potenziellen Proband*innen über persönliche Netzwerke oder bestehende Interessengruppen berichtet (Borgsteede et al. 2006; Beccaro et al. 2013; van der Plas et al. 2014; Vleminck et al. 2016; Ding et al. 2019; Fasting et al. 2022; Maybee et al. 2022; Son et al. 2022). Dies wurde auch für die hier beschriebenen Datenerhebungen versucht, in dem u.a. Interessenverbände

auf die Studie angesprochen und auf Fortbildungsveranstaltungen (Selman et al. 2017) für die Studienteilnahme geworben wurde. Alternativ zu der genutzten Rekrutierung via Fax hätten auch E-Mails oder Telefonanrufe für die Werbung zu Teilnahme genutzt werden können (Ding et al. 2019; Busser et al. 2022). Auf Grund des Zeitmanagements im Projekt und der lückenhaften Verfügbarkeit der Kontaktdaten der Ärzt*innen wurde jedoch davon abgesehen. Gründe für Non-Response bzgl. der postalischen Befragung wurden in einer Non-Responder-Befragung des APVEL-Projektes erfasst. Dabei wurden vor allem fehlende Zeit und die Fragebogenlänge als Hindernisgrund für die Teilnahme angegeben (Peter et al. 2019b). Zudem waren die Zeitpunkte der Befragung (Fokusgruppe im ersten Quartal des Jahres: wahrscheinlich Mehrbelastung der Praxen durch u.a. saisonale Effekte wie eine hohe Anzahl von Patient*innen mit grippalen Infekten/respiratorischen Infektionen (Hallam und Metcalfe 1985); postalische Vollbefragung im Sommer überlappend mit den Sommerferien) eventuell ungünstig gewählt. Dies wurde in der postalischen Befragung versucht über eine mehrere Wochen andauernde, gezielte sowie wiederholte Erinnerung der Non-Responder auszugleichen (Dillman 1978). Es bleibt zu reflektieren, ob eine papierbasierte Befragung das beste Medium für Hausarzt-Befragungen ist oder andere Befragungsmodi, bspw. online-Surveys, zu einer höheren Teilnahmequote geführt hätten (El-Menouar und Blasius 2005; Pokorny und Roose 2020). Eine Alternative zu einer Fokusgruppe in Präsenz stellt zum Beispiel eine online-Fokusgruppe dar (Cardoso et al. 2021), was im Jahr 2018 aber unüblich war. Die Forschenden haben ein online-Format deswegen nicht in Erwägung gezogen. Das Angebot von bspw. Fortbildungspunkten als Incentives hätte zu einer höheren Teilnahmequote führen können (Johnston et al. 2010; Parkinson et al. 2015; Groenewegen et al. 2016; Krebs et al. 2021)

Die Nutzung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2016) ist ein probates Mittel für die Dateninterpretation der vorliegenden Fokusgruppensdaten. Die angewendeten Strategien, z. B. unabhängige Kodierung mehrerer Forschenden, Nachbesprechung und die Übermittlung der Ergebnisse an die Teilnehmenden, unterstützen zudem die Daten- und Ergebnisqualität (Morse 2015). Kuckartz' Analysemethode ist jedoch außerhalb des Deutschlands eher weniger bekannt. Eine international populärere Analysemethodik wäre bspw. die „thematic analysis“ nach Braun und Clarke (Braun und Clarke 2006). Der Leitfaden wurde nach einer Methodenberatung im Projektteam konsentiert. Zusätzlich wäre ein Pretest des Fokusgruppenleitfadens hilfreich gewesen (Flick 2016), der jedoch zeitlich nicht möglich war.

In der postalischen Befragung zeigen sich in den Regressionsmodellen geringe R^2 -Werte. Somit kann nur ein geringer Teil der Varianz der Ergebnisse erklärt werden. Es gibt also noch weitere erklärende oder beeinflussende Faktoren, die nicht in den Modellen erfasst wurden

(van Ophuysen et al. 2021). Eine intensiviertere Fragebogenpilotierung, die sich nicht nur auf Teilnehmende der Fokusgruppe beschränkt, hätten die Itemformulierung und Fragebogengestaltung unterstützen können (Porst 2014). Dies war jedoch zeitlich und auf Grund der geringen Teilnahmebereitschaft nicht möglich.

Auch der Umgang mit fehlenden Werten bzgl. der Daten der postalischen Befragung ist zu diskutieren (Urban et al. 2016; Ströhl und Rockel 2020). Diese wurden aus den Regressionsmodellen exkludiert, was die Fallzahlen zusätzlich reduziert hat. Die Nutzung der Software TeleForm® kann als Qualitätsmerkmal der Studiauswertung angeführt werden, da Übertragungsfehler der Daten dadurch minimiert werden konnten (Open Text Corporation 2021). In der Erstellung der Erhebungsinstrumente musste zudem entsprechend der Ausschreibung des Förderers ein thematischer Fokus auf der SAPV liegen. Der Projekttitle mit Fokus auf die SAPV könnte zudem Teilnehmende bewusst oder unbewusst dazu verleitet haben (Möhring und Schlütz 2019), die SAPV in ihren Aussagen und Angaben zu fokussieren.

Besonders zu Veröffentlichung 3 (Peter et al. 2022b) (s. Kapitel 5.1.3) lässt sich die Auswahl der verwendeten Skala kritisch reflektieren. Es gibt alternative Befragungsinstrumente, die Arbeitsbelastung messen und zum einen populärer, zum anderen bereits im Deutschen validiert sind, wie bspw. die „Perceived Stress Scale“ (Klein et al. 2016). Auf Grund der besseren Passung zur Zielgruppe (Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag von Ärzt*innen) haben sich die Projektmitarbeitenden jedoch gemeinsam in der Abwägung für die HCJSSQ-Skala nach Teasdale et al. (2008) entschieden (Teasdale et al. 2008). Die Skalenübersetzung ins Deutsche folgte jedoch keinem standardisierten Schema wie bspw. dem TRAPD-Verfahren (Behr et al. 2015). Außerdem ist die Skala nicht für den deutschen Sprachraum validiert. Innerhalb der Veröffentlichung und auch im Fragebogen wurde keine Definition und kein Wirkmodell von Arbeitsbelastung bereitgestellt. Dadurch konnten die Befragten selbst interpretieren, was Belastung für sie bedeutet. Dies kann natürlich auch zu einer Ergebnisverzerrung durch Missinterpretationen führen (Raithel 2008).

Die Synthese von qualitativen und quantitativen Ergebnissen bezieht sich für die verwendeten Daten hauptsächlich auf die Entwicklung der postalischen Befragung aus den Daten der Expertenbefragung und der Fokusgruppe. Spannend wäre zusätzlich die Ergebnisdiskussion der quantitativen Daten mit Hausärzt*innen bspw. in Form einer weiteren Fokusgruppe gewesen. Dies hätte ermöglicht, hausärztlicherseits Rückmeldung zur Praxisnähe der im Projekt abgeleiteten Empfehlungen zu erhalten. Expert*innen beschreiben, dass die Evaluation von komplexen Interventionen, wie der Palliativversorgung, von Mixed-Methods-Designs profitiert (Farquhar et al. 2011). Es bleibt zu diskutieren, ob es sich bei dem gewählten Vorgehen dieser Dissertation methodisch um einen Mixed-Methods-Ansatz (Creswell 2015) oder eine Methodenkombination (Baur et al. 2017; Schoonenboom und Johnson 2017)

handelt. Definiert man das Vorgehen anhand von Creswell (2015), handelt es sich um ein exploratorisches, sequentielles Mixed-Methods-Design (Creswell 2015).

Anzumerken bleibt, dass viele der berichteten Barrieren und Belastungsfaktoren, zum Beispiel organisatorische Hindernisse, Kritik an der Finanzierung und Vergütung und fehlende zeitliche Ressourcen, nicht exklusiv für die palliative Versorgung gelten und generell von Hausärzt*innen in ihrem Versorgungsalltag kritisiert werden (Zwolsman et al. 2012; Knesebeck et al. 2019; Naqvi et al. 2019).

Außerdem sollte erwähnt werden, dass die SAPV eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022) ist. Deswegen sind die beschriebenen Ergebnisse möglicherweise nur eingeschränkt auf die hausärztliche Palliativversorgung von Privatversicherten zu übertragen.

Die Datenerhebungen fanden vor der COVID-19-Pandemie statt. Effekte, die die Pandemie eventuell auf die palliative Versorgung von Hausärzt*innen hatte, beeinflussen die hier vorliegenden Daten nicht (Schwartz et al. 2021) und wurden in den Datenerhebungen nicht erfasst.

6.2. Kritische Diskussion der Ergebnisse im Lichte der Literatur

Das Arztrollenkonzept nach Parsons (Parsons 2005) wurde im Rahmen dieser Dissertation in der Erstellung der Erhebungsinstrumente einbezogen und als Typologie genutzt. Dies fand auf Basis der Annahme statt, dass Parsons' Konzept dabei unterstützt, das Phänomen der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung in der Region „Nordrhein“ zu beschreiben. Es gibt nur wenige weitere Autor*innen, die sich mit Arztrollen auseinandergesetzt haben (Williams et al. 1983; Schmalstieg-Bahr et al. 2021). Insgesamt gibt es kaum Literatur zu hausärztlichen Rollen im soziologischen Sinne, denn: „Often studies focus on the question whether GP-gatekeeping should be implemented, is beneficial, or leads to satisfaction of patients, GPs, and specialists. Other aspects of the GP's role in complex health care systems are lesser well-researched.“ (Schmalstieg-Bahr et al. 2021). Der Autorin ist außerhalb der Arztrolle nach Parsons (Parsons 2005) keine Typologie bekannt, die, aufbauend auf einer theoretischen Fundierung, spezifisch ärztliche Rollen thematisiert.

Die in den Veröffentlichungen beschriebenen Ergebnisse lassen sich wie folgt entsprechend der einzelnen Dimensionen (Pattern Variables) nach Parsons (Parsons 2005) diskutieren:

Bezogen auf die Pattern Variable „Leistung“ kann aus den Daten der Dissertation abgeleitet werden, dass nach Meinung der Fokusgruppe die palliativmedizinische Qualifizierung einen entscheidenden Faktor darstellt und die palliativen Leistungen in der hausärztlichen

Versorgung definiert (Peter et al. 2021a). Die Fokusgruppenteilnehmenden gehen außerdem davon aus, dass Hausärzt*innen eine qualitativ gute palliative Basisversorgung leisten können (Peter et al. 2021a), obwohl in der postalischen Befragung etwa 45% der Teilnehmenden keine weiterführende palliative Qualifikation angeben (Peter et al. 2022a). Die Dimension „Leistung“ scheint damit Teil der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung zu sein. Palliativexpert*innen bekräftigen, dass adäquates Palliativwissen für die ärztliche Palliativversorgung eine wichtige Grundvoraussetzung ist (Pype et al. 2014; Thöns 2016). Das Fach „Palliativmedizin“ ist seit 2009 ein Pflichtteil des Curriculums des Medizinstudiums (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. 2009). Es gibt darüber hinaus verschiedene weitere Qualifikationskurse für praktizierende Ärzt*innen. Je nach Qualifikationsniveau dürfen unterschiedliche Leistungen im Rahmen der Palliativversorgung erbracht und vergütet werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020).

Vor dem Hintergrund der Pattern Variable „funktionale Spezifität“ beschreiben die im Rahmen der Fokusgruppe interviewten Ärzt*innen eine hybride Rollen von Hausärzt*innen in der Palliativversorgung: Sie sind sowohl Koordinierende*r, als auch Versorgende*r und Überweisende*r (Peter et al. 2021a). Die Aufgaben lassen auf eine breitgefächerte (in Parsons' Sinne eher diffuse und nicht funktional spezifische (Parsons 2005)) Tätigkeit in der palliativen Versorgung schließen. Generell wird die Disziplin der Allgemeinmedizin in der Fachliteratur als generalistische (d.h. nicht funktional spezifische (Parsons 2005)) Versorgung definiert (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2002; Cina 2015; Allen et al. 2023). Die Tatsache, dass Hausärzt*innen als Gatekeeper*innen der Patientenversorgung fungieren wird auch in weiteren Studien geschlussfolgert (Mik-Meyer und Obling 2012; Klindtworth et al. 2013; Liu et al. 2019; Senior et al. 2019; Stichling 2020; Meißner et al. 2021; van Gaans et al. 2022). Auch die Koordinationsrolle ist ein bereits bekannter und wichtiger Teilbereich von hausärztlicher Tätigkeit (Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988a). Die Daten der zweiten Veröffentlichung im Rahmen der Dissertation beschreiben die Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der SAPV und betonen gleichzeitig die Wichtigkeit dieser Zusammenarbeit für eine hochwertige ambulante Palliativversorgung (Peter et al. 2022a) (s. Kapitel 5.1.2). Grundsätzlich ist die medizinische Versorgung arbeitsteilig organisiert (Simon 2021). Auch die S3-Leitlinie Palliativmedizin betont die Notwendigkeit einer interdisziplinären Palliativversorgung (Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020). Es wird empfohlen, dass zwischen der Basisversorgung und der SAPV ein vertrauensvoller Austausch stattfindet und dass die Palliativversorgung multidisziplinär erfolgt (Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020). Die Wichtigkeit der Interprofessionalität von palliativmedizinischer

Betreuung wird auch in mehreren nationalen sowie internationalen Veröffentlichungen betont (DiMatteo 1998; Reymond et al. 2018; Despotova-Toleva und Toleva-Nowak 2021; Hofmeister und Althoff 2021). Die in der Dissertation erzielten Ergebnisse sind vergleichbar mit den berichteten Hürden anderer thematischer Forschungsarbeiten: Die Rollenerwartungen der Hausärzt*innen und Spezialist*innen sind für den fachlichen Austausch nicht immer miteinander vereinbar oder Aufgabenfelder nicht immer klar voneinander abgegrenzt (Atreya et al. 2022; Tomaschek et al. 2022). Neben den technischen Fähigkeiten, die Parsons im Rahmen der funktionalen Spezifität beschreibt (Parsons 2005), sind auch kommunikative Kompetenzen für eine gute ärztliche Versorgung notwendig (DiMatteo 1998; Heritage und Maynard 2006; Kalateh Sadati et al. 2016).

Zum Thema des Universalismus der hausärztlichen Palliativversorgung zeigen die Daten der ersten Veröffentlichung im Rahmen der Dissertation, dass die Palliativversorgung ein wichtiger Teil hausärztlicher Tätigkeit ist. Allerdings treten palliative Leistungen im Praxisalltag eher selten auf (Peter et al. 2021a) (s. Kapitel 5.1.1). Forschende gehen davon aus, dass standardisierte (in Parsons' Worten: universal anwendbare (Parsons 2005)) Tools helfen könnten, um Palliativversorgung effizient in den hausärztlichen Alltag zu integrieren (Afshar et al. 2022). Die Palliativversorgung fundiert auf einer biopsychosozialspirituellen Orientierung (Kavalieratos et al. 2016; Radbruch et al. 2020), was eine Bevorzugung oder Benachteiligung von bestimmten Patientengruppen in der Versorgung ausschließen sollte (Haase et al. 2015; Council of Europe, Parliamentary Assembly 2018; Axelsson 2022). Hierzu lassen sich jedoch aus den Veröffentlichungen der Dissertation keine Aussagen ableiten. Patientenzentrierung ist bereits als ein wichtiger Faktor der hausärztlichen Palliativversorgung bekannt (Oosterveld-Vlug et al. 2019). Dies könnte auch die Befürchtung erklären, die die Hausärzt*innen in der Fokusgruppe beschreiben, durch den Einbezug von SAPV-Teams aus der Versorgung ihrer Patient*innen ausgeschlossen zu werden (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a). Die wissenschaftliche Fundierung nimmt in der Palliativversorgung laut palliativer Forschungsliteratur eine wichtige Rolle ein (Black 2014). Zum Thema der evidenzbasierten Palliativversorgung lassen sich jedoch aus den Ergebnissen der Veröffentlichung keine Aussagen ableiten.

Zur Dimension der affektiven Neutralität lassen sich folgende Ergebnisse diskutieren: Die Fokusgruppenteilnehmenden gehen davon aus, dass die emotionale Komponente der Palliativversorgung ein wichtiger Motivationsfaktor für Hausärzt*innen ist (Peter et al. 2021a). In den Daten der Dissertation lassen sich Hinweise auf emotionale Bindungen zu den Palliativpatient*innen finden (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a, 2022b). Still und Todd (1986) beschreiben, dass neben der Arztrolle nach Parsons auch eine „caring role“ (Still und Todd 1986) in der hausärztlichen Palliativversorgung hinzukommt (Still und Todd 1986).

Soziale und emotionale Fähigkeiten stehen damit in der hausärztlichen Palliativversorgung mehr im Fokus als die von Parsons in der Arztrolle beschriebenen technischen Fähigkeiten (Still und Todd 1986; Parsons 2005; Pförtner und Pfaff 2020). Die „mask of affective neutrality“ (Still und Todd 1986) gilt damit nicht für die Palliativversorgung. Empathie gilt als ein wichtiger Faktor in der Palliativversorgung (Husebø 2009; Kalateh Sadati et al. 2016), der aber auch laut Studienlage eine Herausforderung für versorgende Hausärzt*innen darstellt (Selman et al. 2017; Son et al. 2022). Affektive Neutralität meint nicht Empathielosigkeit sondern die Orientierung an sachlichen Motiven in der Patientenversorgung (Siegrist 2005). Häufig beschriebene Kennzeichen der palliativmedizinischen Versorgung, die oft als Mitgefühl, Empathie oder auch Zugewandtheit beschrieben werden (Kübler-Ross 1980; Baldwin 2014; Ding et al. 2022), stellen zudem in Frage, ob affektive Neutralität in der palliativen Versorgung überhaupt intendiert ist.

Parsons' Kollektivitätsorientierung lässt sich auf Basis der Daten wie folgt diskutieren: Viele der befragten Hausärzt*innen wollen, auch wenn ihre Patient*innen von Palliativspezialist*innen betreut werden, weiterhin in deren Behandlung einbezogen werden (Peter et al. 2022a). In den Daten dieser Dissertation zeigen sich Barrieren für hausärztliche Palliativleistungen. Dazu zählen Bürokratie, strukturell-organisatorische Hindernisse, undurchsichtige Organisation und eine als zu gering empfundene Vergütung. Ein Motivationsfaktor könnte finanzielle Incentivierung, also eine höhere Vergütung, sein (Peter et al. 2021a). Die Vergütung wird zudem als Belastungsfaktor für die hausärztliche Palliativversorgung beschrieben (Peter et al. 2022b). Internationale Studien beschreiben ähnliche Ergebnisse, in denen die Vergütung palliativer Angebote als zu gering oder belastend dargestellt wird (McCallan und Daudt 2021; van Gaans et al. 2022). Die Kollektivitätsorientierung wird bereits in der aktuellen Forschungsliteratur bezogen auf die ökonomische Ausrichtung des Gesundheitssystems und das Wirtschaftlichkeitsgebot kritisch reflektiert (Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988b; Siegrist 2005; Borgetto et al. 2007; Borasio 2013; Pförtner und Pfaff 2020; Winkler 2023). Im Vergleich zu Parsons' Definition (Parsons 2005) kann man also von einer eingeschränkten Kollektivitätsorientierung in der hausärztlichen Palliativversorgung sprechen.

Talcott Parsons Werke haben die heutige Medizinsoziologie geprägt (Siegrist 2005; Willis 2017; Cockerham und Scambler 2021; Pfaff et al. 2022). Die darin definierte Arzt- und Patientenrolle werden auch weiterhin in aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen diskutiert (Shilling 2002; Williams 2005; Varul 2010; Hallowell et al. 2015; Kalateh Sadati et al. 2016; Boersma und Brown 2020; Kim und Lee 2020; Cheshire et al. 2021; van Dijk et al. 2021). Die Konzepte sind jedoch in ihren Absolutheitsansprüchen starker Kritik ausgesetzt (Ebert 2003; Borgetto et al. 2007; Lidz 2010; Burnham 2012, 2014; Collyer 2018; Cockerham und

Scambler 2021). Parsons' Theorie folgt dem normativen Paradigma (Esser 2003), welches dem Menschenbild eines „Socialized, Role-Playing, Sanctioned Man“ (Esser 2003) folgt. Esser (2003) bemängelt an diesem Ansatz, dass Menschen wie „Marionetten“ einem gesellschaftlichen „Drehbuch“ folgen und keine (Selbst-) Gestaltung der Rollen (role-making) möglich ist (Esser 2003).

Parsons' Arztrolle ist zudem zugeschnitten auf die damalige US-amerikanische, kapitalistische Gesellschaft der 1950er bis 1970er Jahre. Die Übertragung auf andere Wirtschafts- und Gesellschaftsordnungen ist nur eingeschränkt möglich (Varul 2010). Im Vergleich zu der Entstehungszeit von Parsons' Werken dominieren in der heutigen medizinischen Versorgung der paternalistische Ansatz mit alleiniger ärztlicher Expertise und der Laienrolle von Patient*innen die Gesundheitsversorgung weniger stark (DiMatteo 1998; Hellín 2002; Siegrist 2005; Borgetto et al. 2007; Kaba und Sooriakumaran 2007; Varul 2010; Frank 2016). Auch die Zentrierung der Ärzt*innen in der Versorgung von Patient*innen ist schwächer ausgeprägt als zu Zeiten von Parsons' Veröffentlichungen (DiMatteo 1998; Bloom 2002; Hellín 2002; Begenau et al. 2005). Es kommt zudem durch die Konsultation von mehreren Ärzt*innen zu einer Aufhebung der Exklusivität, die Parsons in seiner Arztrolle voraussetzt (Siegrist 2005). Einen weiteren aktuellen Trend sieht Siegrist (2005) in der Überdehnung des Behandlungsauftrages: Patient*innen erwarten nicht nur die Behandlung ihrer Erkrankungen durch die Ärzt*innen sondern auch die Steigerung ihres Wohlbefindens (Siegrist 2005), was sich nicht in Parsons' Theorie wiederfinden lässt. Die Typologie der Arztrolle nach Parsons formuliert idealtypische Erwartungshaltungen an Ärzt*innen (Pförtner und Pfaff 2020). Diese Erwartungen befinden sich durch technisch-gesellschaftliche Trends und die zunehmende Ökonomisierung der Medizin im Wandel (Pförtner und Pfaff 2020).

Gleichzeitig stimmt Parsons' Arztrolle zu großen Teilen mit der Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärzt*innen überein (Pförtner und Pfaff 2020; Bundesärztekammer 2021). Parsons beschreibt es als zentrale Pflicht von Ärzt*innen, zum Wohle der Patient*innen zu handeln (Parsons 2005). Dies ist auch weiterhin ein Standard der medizinischen Behandlung (Borgetto et al. 2007; Beauchamp und Childress 2013). Gleiches gilt auch für das durch Parsons beschriebene ärztliche Handeln orientiert an wissenschaftlichen Standards, das auch in der aktuellen (hausärztlichen, palliativ-)medizinischen Versorgung im Rahmen der evidenzbasierten Medizin eine wichtige Rolle einnimmt (Borgetto et al. 2007; Beauchamp und Childress 2013; Radbruch et al. 2020; Allen et al. 2023).

Zu kritisieren bleibt, dass Diversity-Themen in Parsons Typologie nicht thematisiert werden und bspw. von einem generischen Maskulinum des Arztes ausgegangen wird (Williams 2005). Williams (2005) beschreibt dies als: „his [Anm.: gemeint ist Parsons] failure to address factors such as class, gender, age and ethnicity in medical encounters“ (Williams 2005).

Ergänzend zur Arztrolle beschreibt Parsons ebenfalls die Patientenrolle. Patient*innen wird dabei eine Publikums- oder Laienrolle zugeschrieben (Stollberg 2001). Auf Grund des Fokus auf die Arztrolle wird innerhalb dieser Dissertation nicht tiefer auf die Patientenrolle eingegangen. Die Ergänzung der Patientenperspektive wäre aber sicher hilfreich, um das Versorgungssystem als Ganzes besser zu begreifen (Garfield et al. 2015; Sacristán et al. 2016; Saini et al. 2021). Deren Aktualität ist jedoch, durch die zugeschriebene Passivität von Patient*innen im Vergleich zu aktuellen Ansätzen der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) und der/des informierten Patient*in, zu diskutieren (Tassano 1995; Borgetto et al. 2007; Beauchamp und Childress 2013).

In Parsons' Typologie fehlt außerdem die Betrachtung der sozialen Umwelt, also bspw. der Einbezug von Angehörigen (Still und Todd 1986; Broom und Kirby 2013), was ein sehr wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung ist und unbedingt in der hausärztlichen Versorgung mitbedacht werden sollte (Still und Todd 1986; Broom und Kirby 2013; Thöns 2016; Gerber 2021; Ding et al. 2022).

Eine Herausforderung in der Nutzung von Parsons' Arztrolle als Typologie dieser Dissertation war, dass das Konzept auf einem kurativen Ansatz von akuten Erkrankungen beruht (Still und Todd 1986; Parsons 2005; Varul 2010). Das Ziel von Palliativversorgung ist nicht, wie in Parsons Konzept, die Wiederherstellung von Gesundheit (Young 2004; Parsons 2005), vielmehr steht die Lebensqualität der Palliativversorgten im Fokus (Radbruch et al. 2020). Das Versterben soll weder hinausgezögert noch verhindert werden (Radbruch et al. 2020). Die Versorgung von Sterbenden, so beschreibt auch Parsons selbst, "raises a few special problems" (Parsons 1975), die erst in einem späteren Werk von Parsons präzisiert werden (Parsons 1978; Williams 2005). Der Tod wird hier als organischer, unausweichlicher Teil des menschlichen Lebens bezeichnet (Parsons 1978).

Eine weitere Herausforderung bei der Anwendung der Typologie bestand darin, dass die Arztrolle von Parsons für das Krankenhaussetting als Institution bzw. geschlossenes System beschrieben wird (Parsons 2005). Hausärztliche Palliativversorgung wiederum findet im ambulanten Bereich statt (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2002; Simon 2021; Allen et al. 2023). Da sich die Strukturen im ambulanten und stationären Sektor stark unterscheiden können (Hodek 2021; Simon 2021), könnte die Übertragbarkeit der Typologie auf die hausärztliche Palliativversorgung eingeschränkt sein.

Die Möglichkeit der validen Operationalisierung von Parsons' Pattern Variables ist begrenzt (Ebert 2003). Das Arztrollenmodell nach Parsons konnte erst nach Bewilligung des Projektantrages in den Forschungsprozess einbezogen werden und musste entsprechend des bewilligten Vorgehens integriert werden (Baumann et al. 2016). Die Forschenden haben Parsons' Arztrollenmodell jedoch bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente und auch in

der Datenanalyse als zugrundeliegende Typologie genutzt, was den Empfehlungen aus der Forschungsliteratur entspricht (Ebert 2003). Trotzdem ist keine gleichgewichtete Abbildung aller fünf Pattern Variables der Arztrolle aus den Daten möglich. Das liegt zum einen daran, dass die Inhalte des Fragebogens innerhalb des Projektteams diskutiert und dem Projektziel des Förderers angepasst wurden. Zum anderen mussten Inhalte nach Rückmeldungen der Reviewer*innen der einzelnen Veröffentlichungen gestrichen werden, um den Veröffentlichungsprozess nicht zu gefährden. Trotz dessen konnten die Daten der Dissertation zeigen, dass sich durchaus ein Arztrollenkonzept für die hausärztliche Palliativversorgung abzeichnet.

Parsons' Pattern Variables können mit inhaltlicher Anpassung, vor allem im Bereich der affektiven Neutralität, auf die palliativmedizinische Hausarztrolle angewendet werden. Vereinfacht würde die Anwendung von Parsons Arztrollenkonzept, wenn die Gegensatzpaare der Pattern Variables nicht als konträr, sondern als Kontinuum gesehen werden können. Zudem sollte die Individualität der Ärzt*innen und damit auch derer Versorgendenrollen (Williams et al. 1983) besser abgebildet werden können.

7. Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung

Ordnet man die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung in die Arztrolle nach Parsons (Parsons 2005) ein, lässt sich folgendes schlussfolgern:

Die Pattern Variable „Leistung“ wird abgeleitet aus den Daten erfüllt. Hausärzt*innen können laut Selbsteinschätzung im Rahmen der Fokusgruppe mit ihrem Wissensstand eine qualitativ gute palliative Basisversorgung leisten (Peter et al. 2021a).

Die funktionale Spezifität scheint in der hausärztlichen Palliativversorgung auf Basis der durchgeführten Datenerhebungen wiederum nicht vorzuliegen. Palliativleistungen sind Teil der hausärztlichen Tätigkeit, kommen aber selten vor. Allgemeinmedizin als Profession definiert sich als generalistisch (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2002; Cina 2015; Allen et al. 2023) und nicht in Parsons' Sinne funktional spezifisch (Parsons 2005). Die Zusammenarbeit mit der SAPV ist gut. Die Teilnehmenden berichten jedoch, dass sich Hausärzt*innen manchmal aus der Versorgung ausgeschlossen fühlen oder in einem unpassenden Ausmaß (nicht) in die Versorgung einbezogen werden, wenn die SAPV-Teams involviert sind (Peter et al. 2022a). Viele der befragten Hausärzt*innen möchten mindestens über die Versorgung informiert bleiben, in die Versorgung ihrer Patient*innen einbezogen werden oder sogar weiterhin selbst Leistungen erbringen, auch wenn die Patient*innen von der SAPV versorgt werden (Peter et al. 2022a). Teilnehmende Hausärzt*innen definierten die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung als hybride Rolle (koordinierend, versorgend und überweisend) (Peter et al. 2021a). Die hausärztliche Palliativversorgung ist damit laut der zugrundeliegenden Daten nicht funktional spezifisch sondern generalistisch und damit in Parsons' Worten „diffus“ (Parsons 2005).

Bezogen auf die Dimension des Universalismus liegen im Rahmen der Dissertation keine Daten zu dem Einbezug wissenschaftlicher Standards in die hausärztliche Palliativversorgung vor. Außerdem können aus den Ergebnissen keine Aussagen über Bevorzugung oder Benachteiligung bestimmter Patientengruppen in der hausärztlichen Palliativversorgung abgeleitet werden. Hausärzt*innen sollen nach Aussagen der Teilnehmer*innen in der Lage sein, individuelle Palliativbedarfe und die Lebenserwartung ihrer Patient*innen einzuschätzen (Peter et al. 2021a). Patientenzentrierung ist ein wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung (Oosterveld-Vlug et al. 2019).

Emotionale Faktoren sind laut den Veröffentlichungen der Dissertation wichtige Motivatoren für die Erbringung der hausärztlichen Palliativleistungen (Peter et al. 2021a). Die teilnehmenden Hausärzt*innen berichten jedoch auch von verschiedenen belastenden Faktoren in ihren palliativen Tätigkeiten, u.a. das insgesamt hohe Arbeitspensum und kollidierende Anforderungen an ihre Arbeitszeit (Peter et al. 2022b). Empathie ist ein wichtiger

Grundpfeiler der Palliativversorgung (Kübler-Ross 1980; Baldwin 2014) und die emotionale Dimension ist sehr wichtig in der palliativen Betreuung (Ding et al. 2022). Die Daten dieser Dissertation weisen zudem auf die emotionale Bindung der teilnehmenden Hausärzt*innen an ihre palliativversorgten Patient*innen hin (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022a, 2022b). Insgesamt scheint keine affektive Neutralität, sondern eher Affektivität unter den befragten Hausärzt*innen vorzuliegen.

Bezogen auf die Kollektivitätsorientierung werden folgende Barrieren für hausärztliche Palliativversorgung in den Veröffentlichungen der Dissertation berichtet: Bürokratie, strukturell-organisatorische Hindernisse, undurchsichtige Organisation, kollidierende Anforderungen und eine als zu gering empfundene Vergütung (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022b). In Anbetracht der vergütungsbezogenen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung wird die Kollektivitätsorientierung bereits von mehreren Forschenden und Expert*innen kritisch diskutiert (Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz 1988b; Siegrist 2005; Borgetto et al. 2007; Borasio 2013; Pfortner und Pfaff 2020). Es bestehen also finanzielle Eigeninteressen der Hausärzt*innen in der ambulanten Palliativversorgung (Peter et al. 2021a; Peter et al. 2022b). Diese stehen dem Interesse, an der Behandlung von Palliativpatient*innen beteiligt zu bleiben, gegenüber und beschränken damit die Kollektivitätsorientierung entsprechend Parsons' Definition (Parsons 2005).

Eine grafische Darstellung der Schlussfolgerungen und Ergebnisse entsprechend der Pattern Variables ist in Abbildung 4 zu finden (s. Abbildung 4: Schlussfolgerungen entsprechend der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons)).

| | |
|--|---|
| <p>Leistung</p>  | <p>Auf hausärztliche Palliativversorgung zutreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzt*innen können eine gute palliative Basisversorgung leisten |
| <p>Funktionale Spezifität</p>  | <p>Auf hausärztliche Palliativversorgung nicht zutreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärztliche Palliativversorgung als generalistische/diffuse, nicht funktional spezifische Versorgung • Palliativversorgung ist Teil der hausärztliche Tätigkeit, tritt aber selten auf • Hybride Rollendefinition (koordinierend, versorgend, überweisend) • Z.T. fühlen sich Hausärzt*innen aus der Versorgung ausgeschlossen oder werden in einem für sie unpassenden Ausmaß (nicht) in die Versorgung einbezogen, wenn SAPV hinzugezogen wird • Viele der Befragten wollen auch nach einer SAPV-Überweisung über die Versorgung informiert werden, einbezogen werden oder selbst Leistungen erbringen |
| <p>Universalismus</p>  | <p>Auf hausärztliche Palliativversorgung zum Teil zutreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzt*innen sollen nach Aussagen der Teilnehmer*innen in der Lage sein, individuelle Palliativbedarfe und die Lebenserwartung ihrer Patient*innen einzuschätzen • Keine Aussagen zu dem Einbezug wissenschaftlicher Standards möglich • Keine Aussagen über Bevorzugung oder Benachteiligung bestimmter Patientengruppen möglich |
| <p>Affektive Neutralität</p>  | <p>Auf hausärztliche Palliativversorgung nicht zutreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Faktoren als wichtige Motivatoren zur Erbringung hausärztlicher Palliativleistungen • Verschiedenen belastenden Faktoren in palliativen Tätigkeiten, u.a. das insgesamt hohe Arbeitspensum und kollidierende Anforderungen an ihre Arbeitszeit • Es zeigt sich keine affektive Neutralität, sondern eher Affektivität unter den palliativversorgenden Hausärzt*innen |
| <p>Kollektivitätsorientierung</p>  | <p>Auf hausärztliche Palliativversorgung zum Teil zutreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzt*innen zeigen Interesse an der Palliativversorgung und wollen an der Behandlung von Palliativpatient*innen beteiligt bleiben • Barrieren hausärztlicher Palliativversorgung: Bürokratie, strukturell-organisatorische Hindernisse, undurchsichtige Organisation, kollidierende Anforderungen und eine als zu gering empfundene Vergütung |

Abbildung 4: Schlussfolgerungen entsprechend der Pattern Variables (Arztrolle nach Parsons) (Parsons 2005)

Aus der Zusammenfassung der Ergebnisse ist zu erkennen, dass sich die hausärztliche Palliativversorgung in Nordrhein nicht immer genau einem der gegensätzliche Pole von Parsons Pattern Variables (Parsons 2005) zuordnen lässt. Die Daten deuten eher daraufhin, dass sich eine weichere Definition im Sinne einer kontinuierlichen Skalierung besser auf die regionale hausärztliche Palliativversorgung anwenden lassen würde. Trotzdem „ist doch ein stabilisierender Einfluss in sich stimmiger normativer Rollenerwartungen nicht von der Hand zu weisen, da sie darauf angelegt sind, funktional erforderliche Verhaltensweisen von Arzt und Patient [sic] zu generieren“ (Borgetto et al. 2007).

Palliativmedizin kann als Aufgabe aller Ärzt*innen gesehen werden (Anneser 2013), denn sie spielen in der palliativen Versorgung eine wichtige Rolle (Pförtner und Pfaff 2020). Sie sind sowohl Begleiter*innen der Patient*innen als auch Helfende (Pförtner und Pfaff 2020). Dass Patient*innen versterben widerspricht jedoch gleichzeitig dem ärztlichen Selbstverständnis und wird von Ärzt*innen zum Teil als fachliches Versagen interpretiert (Tassano 1995; Siegrist 2005; Gronemeyer und Heller 2014; Gahl 2017). Ärzt*innen müssen in der Palliativversorgung mehr Rollen erfüllen, als von Parsons beschrieben. Sie sind „Experte, Kommunikator, Teamplayer, Manager, Fürsprecher, Lernender und Professioneller [sic]“ (Pförtner und Pfaff 2020). Durch den durchlaufenen Anpassungsprozess der Arztrolle sind „Gestaltungschancen für eine weiterführende Patientenzentrierung ärztlichen Handelns gegeben“ (Siegrist 2012), die in Parsons' Ausführung kaum Erwähnung finden (DiMatteo 1998; Hellín 2002; Siegrist 2005; Borgetto et al. 2007; Kaba und Sooriakumaran 2007; Varul 2010; Frank 2016). Außerdem sollte in der (haus-)ärztlichen Rollendiskussion der palliative Teamansatz (Anneser 2013; Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020; Radbruch et al. 2020) bedacht werden.

Den Zugang zu palliativer Versorgung zu gewährleisten ist ein Kernbestandteil der Gesundheitsversorgung (Maetens et al. 2020). Bedingt durch gesellschaftliche Trends, wie bspw. den demografischen Wandel, gehen Expert*innen davon aus, dass der momentan bereits hohe Bedarf an Palliativleistungen weiterhin zunehmen wird (European Commission 2020; World Health Organization 2020; Demmer et al. 2021; Statistisches Bundesamt n.d.). Der steigende palliative Versorgungsbedarf wird als medizinische Herausforderung prognostiziert (Demmer et al. 2021). U.a. liegt das daran, dass familiäre Pflegeressourcen abnehmen (Kruse 2021). Um entsprechende palliative Interventionsangebote zu entwickeln und Entscheidungen zu treffen, braucht es eine solide Evidenzbasis (Black 2014). Die S3-Leitlinie Palliativversorgung empfiehlt die Stärkung der hausärztlichen Rolle in der Erbringung von Palliativleistungen, u.a. zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Gewährleistung einer Versorgungskontinuität durch die hausärztliche Betreuung

(Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) et al. 2020). Denn mit einem limitierten Zugang zu (spezialisierten) Palliativleistungen sind es oft Hausärzt*innen, die die Koordination und Versorgung von Palliativpatient*innen übernehmen (van Gaans et al. 2022). Eine zeitnahe Versorgung unter Einbezug von sowohl palliativen Spezialist*innen als auch Generalist*innen wie Hausärzt*innen ist ein wichtiger Faktor, um potentiell inadäquate Palliativversorgung zu vermeiden (Boddaert et al. 2022; Fasting et al. 2022). Trotzdem wurde bisher noch kein Konsens über die hausärztliche Rolle in der Palliativversorgung gefunden (Fasting et al. 2022). Hausärztliche Rollen in komplexen Gesundheitssystemen weisen Forschungslücken auf (Holden et al. 2020), die u.a. durch diese Dissertation bearbeitet werden. Andere Veröffentlichungen konzentrieren sich weniger auf ein Rollenkonzept im soziologischen Sinne (Mik-Meyer und Obling 2012; Frank 2013), als dass sie hausärztliche Tätigkeiten in der ambulanten Palliativversorgung beschreiben (Kendrick et al. 1991; Vass 2009; Grol et al. 2018; Stichling 2020; Meißner et al. 2021; Edmiston et al. 2023).

Rollenmodelle sind zum einen wichtig für die Professionalisierung, zum anderen aber auch für die Edukation von kommenden Generationen von Ärzt*innen (Parsons 1975; Jacobson et al. 2006). Parsons' Arztrollenkonzept kann dabei helfen, die Versorgungspraxis zu verbessern, u.a. durch die Bewusstmachung und Reflexion der hausärztlichen Rolle in der Palliativversorgung. Parsons' Rollendefinition ist laut den Ergebnissen dieser Dissertation zu Teilen auf die hausärztliche Palliativversorgung in Nordrhein übertragbar, auch wenn sie international unter Kritik steht (Ebert 2003; Borgetto et al. 2007; Lidz 2010; Burnham 2012; Frank 2013; Burnham 2014; Collyer 2018; Cockerham und Scambler 2021). Zu ergänzen wären die Bereiche der Interdisziplinarität (Begenau et al. 2005) und interprofessioneller Konkurrenz (Siegrist 2012), sowie Shared Decision-Making (Jutel 2009), emotionale und soziale Fähigkeiten (Pfortner und Pfaff 2020), die Ankerkennung der Wichtigkeit der Arzt-Patientenbeziehung für den Behandlungserfolg (Deng et al. 2021), ethische Kompetenzen (Pfortner und Pfaff 2020), der Einbezug von An- und Zugehörigen (Gerber 2021) in die Versorgung und die Einflüsse von ökonomischen Bedingungen wie dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesundheitsversorgung (Borgetto et al. 2007; Siegrist 2012). Der von Parsons definierte Universalismus (Parsons 2005) wird zudem durch die biopsychosozialspirituelle Orientierung der Palliativversorgung auch um die spirituelle Dimension erweitert (Kavalieratos et al. 2016; Radbruch et al. 2020). Außerdem kann das formulierte Ziel der Versorgung nicht wie von Parsons beschrieben die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit, Gesundheit und/oder sozialer Rollen sein (Parsons 2005), sondern es sollte die Aufrechterhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität der Patient*innen fokussiert werden (Radbruch et al. 2020).

Die Arzt- und Patientenrolle nach Parsons beruht auf der Interaktion von beiden Akteur*innen (Williams 2005). Deswegen ist der einseitige Fokus auf die Arztrolle inkomplett. Es bedarf der Erforschung der Patientenrolle entsprechend Parsons' Konzept (Parsons 2005) in der hausärztlichen Palliativversorgung. Zudem sollte weitere Forschung stattfinden, um festzustellen, inwiefern sich die Ergebnisse im Rahmen der Typologie (Parsons 2005) auf die kurative Hausarztrolle, also die auf Heilung oder Zustandsverbesserung ausgelegte Behandlung außerhalb der Palliativversorgung, übertragen lassen. Es bleibt ebenfalls erforschen, wie sich die Rollenwahrnehmung der Hausärzt*innen in der Palliativversorgung auf ihr Handeln bzw. ihre ärztliche Tätigkeit auswirkt. Für die beschriebenen Forschungsbedarfe können die Ergebnisse dieser Dissertation hypothesengenerierend genutzt werden.

8. Literaturverzeichnis

- Afshar, Kambiz; Geiger, Karin; Müller-Mundt, Gabriele; Bleidorn, Jutta; Schneider, Nils (2015): Hausärztliche Palliativversorgung bei nichtonkologischen Patienten: Eine Übersichtsarbeit. In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 29 (6), S. 604–615. DOI: 10.1007/s00482-015-0054-9.
- Afshar, Kambiz; Geiger, Karin; Müller-Mundt, Gabriele; Bleidorn, Jutta; Schneider, Nils (2021): Hausärztliche Palliativversorgung bei nichtonkologischen Patienten : Eine Übersichtsarbeit. In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 35 (Suppl 3), S. 161–171. DOI: 10.1007/s00482-016-0135-4.
- Afshar, Kambiz; van Baal, Katharina; Wiese, Birgitt; Schleef, Tanja; Stiel, Stephanie; Müller-Mundt, Gabriele; Schneider, Nils (2022): Structured implementation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in general practice - A prospective interventional study with follow-up. In: *BMC palliative care* 21 (214), S. 1–13. DOI: 10.1186/s12904-022-01107-y.
- Ahluwalia, Sangeeta C.; Fried, Terri R. (2009): Physician factors associated with outpatient palliative care referral. In: *Palliative medicine* 23 (7), S. 608–615. DOI: 10.1177/0269216309106315.
- Albrecht, Elisabeth; Bausewein, Claudia; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (2021): Betreuungsorte und organisatorische Aspekte. Schnittstelle häusliche – stationäre Betreuung. In: Claudia Bausewein (Hg.): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung. 7. Auflage. München: Urban & Fischer in Elsevier (Klinikleitfaden), S. 529–538.
- Allen, Justin; Gay, Bernard; Crebolder, Harry; Heyrman, Jan; Svab, Igor; Ram, Paul (2023): THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. Unter Mitarbeit von Adam Windak, Andrée Rochfort und Jean-Pierre Jacquet. Hg. v. WONCA Europe. Online verfügbar unter https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf, letzte Aktualisierung 2023, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Allers, Katharina; Fassmer, Alexander M.; Spreckelsen, Ove; Hoffmann, Falk (2020): End-of-life care of nursing home residents: A survey among general practitioners in northwestern Germany. In: *Geriatrics & gerontology international* 20 (1), S. 25–30. DOI: 10.1111/ggi.13809.
- Alminoja, Aleksii; Piili, Reetta P.; Hinkka, Heikki; Metsänoja, Riina; Hirvonen, Outi; Tyynelä-Korhonen, Kristiina et al. (2019): Does Decision-making in End-of-life Care Differ Between Graduating Medical Students and Experienced Physicians? In: *In vivo (Athens, Greece)* 33 (3), S. 903–909. DOI: 10.21873/invivo.11557.
- Anneser, Johanna (2013): Basics Palliativmedizin. 1. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer (Basics).
- Arias-Casais, Natalia; Garralda, Eduardo; Rhee, John Y.; Lima, Liliana de; Pons-Izquierdo, Juan José; Clark, David et al. (2019): EAPC ATLAS OF PALLIATIVE CARE IN EUROPE 2019. Hg. v. EAPC Press. Online verfügbar unter https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/56787/6/Atlas%20Europa%202019_DEF.pdf, letzte Aktualisierung 2019, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Arnold, Elizabeth; Finucane, Anne M.; Oxenham, David (2015): Preferred place of death for patients referred to a specialist palliative care service. In: *BMJ supportive & palliative care* 5 (3), S. 294–296. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000338.

- Atreya, Shrikant; Datta, Soumitra; Salins, Naveen (2022): Public Health Perspective of Primary Palliative Care: A Review through the Lenses of General Practitioners. In: *Indian journal of palliative care* 28 (3), S. 229–235. DOI: 10.25259/IJPC_9_2022.
- Axelsson, Bertil (2022): The Challenge: Equal Availability to Palliative Care According to Individual Need Regardless of Age, Diagnosis, Geographical Location, and Care Level. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (7), S. 1–8. DOI: 10.3390/ijerph19074229.
- Bahrs, Ottomar (2012): Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 88 (9), S. 355–361. DOI: 10.3238/zfa.2012.0355–0361.
- Bajwah, Sabrina; Higginson, Irene J. (2008): General practitioners' use and experiences of palliative care services: a survey in south east England. In: *BMC palliative care* 7, Artikel 18, S. 1–9. DOI: 10.1186/1472-684X-7-18.
- Balasundram, Shangavi; Holm, Anne; Benthien, Kirstine Skov; Waldorff, Frans Boch; Reventlow, Susanne; Overbeck, Gritt (2023): Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: a systematic review of qualitative literature. In: *BMC primary care* 24 (1), Artikel 77, S. 1–11. DOI: 10.1186/s12875-023-02038-0.
- Baldwin, Moyra A. (2014): Kennzeichen palliativer Versorgung. In: Moyra A. Baldwin und Jan Woodhouse (Hg.): *Palliative-Care-Konzepte. Grundbegriffe der Palliative Care begreifen.* Unter Mitarbeit von Christoph Gerhard. 1. Aufl. Bern: Huber (Palliative Care), S. 125–133.
- Baumann, Walter; Farin, Erik; Menzel-Begemann, Anke; Meyer, Thorsten (2016): Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (5), S. 337–352. DOI: 10.1055/s-0042-105511.
- Baur, Nina; Kelle, Udo; Kuckartz, Udo (2017): Mixed Methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. In: *Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie* 69 (S2), S. 1–37. DOI: 10.1007/s11577-017-0450-5.
- Bausewein, Claudia; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (2021): Betreuungsorte und organisatorische Aspekte. Stationäre Betreuung. In: Claudia Bausewein (Hg.): *Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung.* 7. Auflage. München: Urban & Fischer in Elsevier (Klinikleitfaden), S. 539–546.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2013): *Principles of biomedical ethics.* Seventh edition. New York: Oxford University Press.
- Beccaro, Monica; Lora Aprile, Pierangelo; Scaccabarozzi, Gianlorenzo; Cancian, Maurizio; Costantini, Massimo (2013): Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care. In: *Journal of pain and symptom management* 46 (3), S. 335–344. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.08.020.
- Becka, Denise; Riese, Anna; Rychlik, Reinhard P. T.; Huenges, Bert; Rusche, Herbert (2014): Stand der hausärztlichen Palliativversorgung in Deutschland. Ein systematischer Literaturreview. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 139 (44), S. 2254–2258. DOI: 10.1055/s-0034-1387257.
- Becker, Gerhild; Momm, Felix; Deibert, Peter; Xander, Carola; Gigl, Annemarie; Wagner, Brigitte; Baumgartner, Johann (2010): Planning training seminars in palliative care: a cross-sectional survey on the preferences of general practitioners and nurses in Austria. In: *BMC medical education* 10, Artikel 43, S. 1–7. DOI: 10.1186/1472-6920-10-43.

- Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogd, Werner (2005): *Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis. Szenarien - Fälle - Theorien*. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit).
- Behr, Dorothee; Braun, Michael; Dorer, Brita (2015): *Messinstrumente in internationalen Studien*. Unter Mitarbeit von GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Messinstrumente_internationale_Studien_BehrBraunDorer_012015_1.0.pdf, letzte Aktualisierung 2015, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Bengtsson, Mariette (2016): How to plan and perform a qualitative study using content analysis. In: *NursingPlus Open* 2, S. 8–14. DOI: 10.1016/j.npls.2016.01.001.
- Bergert, F. W.; Braun, M.; Clarius, H.; Ehrenthal, K.; Feßler, J.; Gross, J. et al. (2007): *Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung*. Unter Mitarbeit von J. Gärtner, Christoph Ostgathe und Raymond Voltz. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/downloads/070806_Leitlinien_zur_hausaerztlichen_Palliativversorgung.pdf, letzte Aktualisierung 06.08.2007, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Bhadelia, Afsan; Oldfield, Leslie E.; Cruz, Jennifer L.; Singh, Ratna; Finkelstein, Eric A. (2022): Identifying Core Domains to Assess the "Quality of Death": A Scoping Review. In: *Journal of pain and symptom management* 63 (4), e365-e386. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.11.015.
- Bilgin, Esmâ Sümeyya; Ülgüt, Rojda; Schneider, Nils; Stiel, Stephanie (2022): Improving primary palliative care - a Delphi consensus study on measures for general practice in Germany. In: *BMC primary care* 23 (1), Artikel 12, S. 1–13. DOI: 10.1186/s12875-021-01613-7.
- Black, Catherine (2014): *Forschung in der Palliative Care*. In: Moyra A. Baldwin und Jan Woodhouse (Hg.): *Palliative-Care-Konzepte. Grundbegriffe der Palliative Care begreifen*. Unter Mitarbeit von Christoph Gerhard. 1. Aufl. Bern: Huber (Palliative Care), S. 77–83.
- Bloom, Samuel William (2002): *The word as scalpel. A history of medical sociology*. New York: Oxford University Press.
- Boddaert, Manon S.; Pereira, Chantal; Adema, Jeroen; Vissers, Kris C. P.; van der Linden, Yvette M.; Raijmakers, Natasja J. H.; Fransen, Heidi P. (2022): Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. In: *BMJ supportive & palliative care* 12 (e1), e137-e145. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002302.
- Boersma, Jolanda J.; Brown, Patrick (2020): The tired hero and her (il)legitimation: Reworking Parsons to analyse experiences of burnout within the Dutch employment system and lifeworld. In: *Social science & medicine* (1982) 265, Artikel 113471, S. 1–9. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113471.
- Borasio, Gian Domenico (2013): *Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen*. 11. Auflage. München: C.H. Beck.
- Borgetto, Bernhard (2006): Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient. In: Karl-Siegbert Rehberg (Hg.): *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede*. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München 2004. Frankfurt: Campus, S. 1965–1975. Online verfügbar unter <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/17468/ssoar-2006-borgetto->

zum_wandel_der_generellen_gesellschaftlichen.pdf;jsessionid=A84D34EFCB9E7F3731FCFF1B5C4EEB1C?sequence=1, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

- Borgetto, Bernhard; Mann, Bernhard; Janßen, Christian (2007): Soziologische Theorien in der medizinsoziologischen Versorgungsforschung. In: Christian Janßen (Hg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Gesundheitsforschung), S. 67–84.
- Borgsteede, Sander D.; Graafland-Riedstra, Corrie; Deliens, Luc; Francke, Anneke L.; van Eijk, Jacques Thm; Willems, Dick L. (2006): Good end-of-life care according to patients and their GPs. In: *The British Journal of General Practice* 56 (522), S. 20–26.
- Boudy, Carol-Anne; Bouchez, Tiphanie; Caprini, Didier; Pourrat, Isabelle; Munck, Stéphane; Barbaroux, Adriaan (2020): Home-based palliative care management: what are the useful resources for general practitioners? a qualitative study among GPs in France. In: *BMC family practice* 21 (1), Artikel 222, S. 1–9. DOI: 10.1186/s12875-020-01295-7.
- Braun, Virginia; Clarke, Victoria (2006): Using thematic analysis in psychology. In: *Qualitative Research in Psychology* 3 (2), S. 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Broom, Alex; Kirby, Emma (2013): The end of life and the family: hospice patients' views on dying as relational. In: *Sociology Health & Illness* 35 (4), S. 499–513. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2012.01497.x.
- Brueckner, Torben; Schumacher, Martin; Schneider, Nils (2009): Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. In: *BMC palliative care* 8, Artikel 7, S. 1–11. DOI: 10.1186/1472-684X-8-7.
- Bundesärztekammer (2021): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. – MBO-Ä 1997 –*. in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 in Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf, letzte Aktualisierung 05.05.2021, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz (1988a): § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung, vom 20.12.1988. Fundstelle: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. In: *BGBI I*, S. 2477. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_73.html, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz (1988b): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_12.html, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Bundesrepublik Deutschland und Bundesministerium der Justiz (1988c): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte, vom 20.12.1988. In: Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_87.html, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Burnham, John C. (2012): The Death of the Sick Role. In: *Social History of Medicine* 25 (4), S. 761–776. DOI: 10.1093/shm/hks018.

- Burnham, John C. (2014): Why sociologists abandoned the sick role concept. In: *History of the Human Sciences* 27 (1), S. 70–87. DOI: 10.1177/0952695113507572.
- Burt, Jenni; Shipman, Cathy; White, Patrick; Addington-Hall, Julia (2006): Roles, service knowledge and priorities in the provision of palliative care: a postal survey of London GPs. In: *Palliative medicine* 20 (5), S. 487–492. DOI: 10.1191/0269216306pm1159oa.
- Busser, Sara T.; Rens, Jeanne; Thoosen, Bregje; Engels, Yvonne; Wichmann, Anne B. (2022): The GP's perceived role and use of language concerning the existential dimension of palliative patients: a Dutch interview study. In: *BMC primary care* 23 (1), Artikel 182, S. 1–11. DOI: 10.1186/s12875-022-01789-6.
- Cardoso, Carlos Seïça; Prazeres, Filipe; Xavier, Beatriz; Gomes, Bárbara (2021): Family Physicians' Perspectives on Their Role in Palliative Care: A Double Focus Group in Portugal. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (14), S. 1–12. DOI: 10.3390/ijerph18147282.
- Carifio, James; Perla, Rocco (2008): Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. In: *Medical education* 42 (12), S. 1150–1152. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03172.x.
- Carifio, James; Perla, Rocco J. (2007): Ten Common Misunderstandings, Misconceptions, Persistent Myths and Urban Legends about Likert Scales and Likert Response Formats and their Antidotes. In: *J. of Social Sciences* 3 (3), S. 106–116. DOI: 10.3844/jssp.2007.106.116.
- Carmont, Sue-Ann; Mitchell, Geoffrey; Senior, Hugh; Foster, Michele (2018): Systematic review of the effectiveness, barriers and facilitators to general practitioner engagement with specialist secondary services in integrated palliative care. In: *BMJ supportive & palliative care* 8 (4), S. 385–399. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001125.
- Casanova, Ludovic; Ringa, Virginie; Chatelard, Sophia; Paquet, Sylvain; Pendola-Luchel, Isabelle; Panjo, Henri et al. (2018): Level of agreement between physician and patient assessment of non-medical health factors. In: *Family practice* 35 (4), S. 488–494. DOI: 10.1093/fampra/cmz141.
- Cheshire, Anna; Ridge, Damien; Clark, Lucy V.; White, Peter D. (2021): Sick of the Sick Role: Narratives of What "Recovery" Means to People With CFS/ME. In: *Qualitative health research* 31 (2), S. 298–308. DOI: 10.1177/1049732320969395.
- Cina, Christoph (2015): Der Hausarzt. In: Hans Neuenschwander und Christoph Cina (Hg.): *Handbuch Palliativmedizin*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Medizin), S. 331–334.
- Cockerham, William C.; Scambler, Graham (2021): Medical Sociology and Sociological Theory. In: William C. Cockerham (Hg.): *The Wiley Blackwell companion to medical sociology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons (Wiley Blackwell companions to sociology), S. 22–44.
- Collyer, Fran (2018): Envisaging the healthcare sector as a field: moving from Talcott Parsons to Pierre Bourdieu. In: *Soc Theory Health* 16 (2), S. 111–126. DOI: 10.1057/s41285-017-0046-1.
- Connor, Stephen; Morris, Claire; Jaramillo, Ernesto; Harding, Richard; Cleary, James; Haste, Barbara et al. (2020): *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition*. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. Unter Mitarbeit von Acknowledgements and Authorship Contributing writers: Acknowledgements. Hg. v. Stephen Connor. Online verfügbar unter <https://cdn.who.int/media/docs/default->

source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3, letzte Aktualisierung 2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

- Council of Europe, Parliamentary Assembly (2018): The provision of palliative care in Europe. Resolution 2249. Online verfügbar unter <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=25214&lang=en>, letzte Aktualisierung 23.11.2018, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Creswell, John W. (2015): A concise introduction to mixed methods research. Los Angeles: Sage.
- Crocker, Joanne E.; Swancutt, Dawn R.; Roberts, Martin J.; Abel, Gary A.; Roland, Martin; Campbell, John L. (2013): Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. In: *BMJ open* 3 (5), S. 1–8. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002762.
- Crossley, Michele (1998): 'Sick Role' or 'Empowerment'? The Ambiguities of Life with an HIV Positive Diagnosis. In: *Sociology Health & Illness* 20 (4), S. 507–531. DOI: 10.1111/1467-9566.00113.
- Damarell, Raechel A.; Morgan, Deidre D.; Tieman, Jennifer J.; Healey, David (2020): Bolstering General Practitioner Palliative Care: A Critical Review of Support Provided by Australian Guidelines for Life-Limiting Chronic Conditions. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 8 (4), S. 1–15. DOI: 10.3390/healthcare8040553.
- Deckx, Laura; Mitchell, Geoffrey; Rosenberg, John; Kelly, Michaela; Carmont, Sue-Ann; Yates, Patsy (2019): General practitioners' engagement in end-of-life care: a semi-structured interview study. In: *BMJ supportive & palliative care*, S. 1–8. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-001817.
- Deckx, Laura; Thomas, Hayley R.; Sieben, Nicolas A.; Foster, Michele M.; Mitchell, Geoffrey K. (2020): General practitioners' practical approach to initiating end-of-life conversations: a qualitative study. In: *Family practice* 37 (3), S. 401–405. DOI: 10.1093/fampra/cmz074.
- Demmer, T.; Mühlenbrock, J.; Lorenzl, S. (2021): Notwendigkeit und Form fachübergreifender medizinischer Konzepte. In: Martin Groß und Thomas Demmer (Hg.): *Interdisziplinäre Palliativmedizin*. Berlin: Springer, S. 55–62.
- Deng, Guangwei; Cai, Wenjun; Yang, Monica; Lio, Jonathan; Feng, Chenpeng; Ma, Xiaopeng; Liang, Liang (2021): Linking doctor-patient relationship to medical residents' work engagement: The influences of role overload and conflict avoidance. In: *BMC family practice* 22 (1), Artikel 191, S. 1–11. DOI: 10.1186/s12875-021-01541-6.
- Despotova-Toleva, Lyubima; Toleva-Nowak, Nina (2021): Narrative review of home care for palliative patients in general practice. In: *Annals of palliative medicine* 10 (12), S. 13009–13023. DOI: 10.21037/apm-2021-01.
- Dettmann, Marleen; Bense, Ronja (2019): Der Wegweiser zum wissenschaftlichen Arbeiten. Für Studium, Fernstudium und Praxis. Unter Mitarbeit von Leoni Schilling. 2. Auflage. Bremen: Apollon University Press (Methodenbuch).
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.) (2002): Fachdefinition. Online verfügbar unter <https://www.degam.de/fachdefinition>, letzte Aktualisierung 21.09.2002, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2009): Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. Online verfügbar unter

<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>, letzte Aktualisierung 2009, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Bundesarbeitsgemeinschaft (n.d.): Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung. Umsetzungsempfehlung der Charta zur ambulanten Palliativversorgung. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erl%C3%A4uterungen_zu_Regelungen_der_ambulanten_Palliativversorgung_DGP_BAG_SAPV.pdf, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V. (Hg.) (2018): ERLÄUTERUNGEN ZU REGELUNGEN DER AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/2018/2018_Erluterungen_Ambulante_Palliativversorgung.pdf, letzte Aktualisierung 2018, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.; Bundesärztekammer (Hg.) (2020): Charta zur Bertreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf>, letzte Aktualisierung Januar 2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2013): Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422_Arbeitspapier_DGP_DHPV.pdf, letzte Aktualisierung 23.04.2013, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

Dillman, Don A. (1978): Mail and telephone surveys: The total design method. New York: Wiley.

DiMatteo, M. R. (1998): The role of the physician in the emerging health care environment. In: *Western Journal of Medicine* 168 (5), S. 328–333.

Ding, Jinfeng; Johnson, Claire E.; Cook, Angus (2018): How We Should Assess the Delivery of End-Of-Life Care in General Practice? A Systematic Review. In: *Journal of palliative medicine*, S. 1790–1805. DOI: 10.1089/jpm.2018.0194.

Ding, Jinfeng; Licqurish, Sharon; Cook, Angus; Ritson, Dianne; Masarei, Carolyn; Chua, David et al. (2022): Delivery and outcomes of end-of-life care in the Australian context: Experiences and reflections of general practitioners. In: *Health & social care in the community* 30 (6), e5145-e5155. DOI: 10.1111/hsc.13931.

Ding, Jinfeng; Saunders, Christobel; Cook, Angus; Johnson, Claire E. (2019): End-of-life care in rural general practice: how best to support commitment and meet challenges? In: *BMC palliative care* 18 (1), Artikel 51, S. 1–10. DOI: 10.1186/s12904-019-0435-4.

Ditscheid, Bianka; Krause, Markus; Lehmann, Thomas; Stichling, Kathleen; Jansky, Maximiliane; Nauck, Friedemann et al. (2020): Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland : Inanspruchnahme und regionale Verteilung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (12), S. 1502–1510. DOI: 10.1007/s00103-020-03240-6.

- Dumitrescu, Luminita; van den Heuvel, Wim J. A.; van den Heuvel-Olaroiu, Marinela (2006): Experiences, knowledge, and opinions on palliative care among Romanian general practitioners. In: *Croatian medical journal* 47 (1), S. 142–147.
- Dunger, Christine; Schnell, Martin W. (2022): Wie erforscht man das Sterben? Methodologische Überlegungen. In: Daniel Schönefeld und Wolfgang von Gahlen-Hoops (Hg.): *Soziale Ordnungen des Sterbens. Theorie, Methodik und Einblicke in die Vergänglichkeit*. 1. Auflage. Bielefeld: transcript (Kulturen der Gesellschaft, 54), S. 137–155.
- Ebert, Michael (2003): Talcott Parsons - seine theoretischen Instrumente in der medizinsoziologischen Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung. Zugl.: Düsseldorf, Univ., Diss, 2002. Aachen: Shaker (Soziologische Studien).
- Economist Intelligence Unit (2015): The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. Online verfügbar unter <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>, letzte Aktualisierung 2015, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Edmiston, Natalie; Hu, Wendy; Tobin, Stephen; Bailey, Jannine; Joyce, Caroline; Reed, Krista; Mogensen, Lise (2023): "You're actually part of the team": a qualitative study of a novel transitional role from medical student to doctor. In: *BMC medical education* 23 (1), Artikel 112, S. 1–10. DOI: 10.1186/s12909-023-04084-9.
- El-Menouar, Yasemin; Blasius, Jörg (2005): Abbrüche bei Online-Befragungen: Ergebnisse einer Befragung von Medizinerinnen. In: *ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung* (56), S. 70–92. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/19854/ssoar-zarchiv-2005-56-el-menouar_et_al-abbruche_bei_online-befragungen.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Erlinghagen, Marcel; Pihl, Christian (2004): Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Empirische Analysen zum Einfluss der individuellen Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche. Diskussionspapiere aus der Fakultät für Sozialwissenschaft – 04-4 Ruhr-Universität Bochum. Online verfügbar unter <https://www.sowi2.ruhr-uni-bochum.de/mam/content/fakultaet/diskuss/dp04-4.pdf>, letzte Aktualisierung April 2004, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Esser, Hartmut (2003): *Soziologie. Allgemeine Grundlagen*. 3. Aufl. Frankfurt: Campus-Verl.
- European Commission (2020): European Commission Report on the Impact of Demographic Change. Online verfügbar unter https://commission.europa.eu/system/files/2020-06/demography_report_2020_n.pdf, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Ewertowski, Helen; Hesse, Anja Katharina; Schneider, Nils; Stiel, Stephanie (2019): Allgemeine Palliativversorgung in der hausärztlichen Praxis: Entwicklung von Strategien zur Verbesserung struktureller, rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 149, S. 32–39. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.12.003.
- Farquhar, Morag C.; Ewing, Gail; Booth, Sara (2011): Using mixed methods to develop and evaluate complex interventions in palliative care research. In: *Palliative medicine* 25 (8), S. 748–757. DOI: 10.1177/0269216311417919.
- Fasting, Anne; Hetlevik, Irene; Mjølstad, Bente Prytz (2021): Palliative care in general practice; a questionnaire study on the GPs role and guideline implementation in Norway. In: *BMC family practice* 22 (1), Artikel 64, S. 1–10. DOI: 10.1186/s12875-021-01426-8.

- Fasting, Anne; Hetlevik, Irene; Mjølstad, Bente Prytz (2022): Finding their place - general practitioners' experiences with palliative care-a Norwegian qualitative study. In: *BMC palliative care* 21 (1), Artikel 126, S. 1–11. DOI: 10.1186/s12904-022-01015-1.
- Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55694).
- Frank, Arthur W. (2013): From sick role to practices of health and illness. In: *Medical education* 47 (1), S. 18–25. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2012.04298.x.
- Frank, Arthur W. (2016): From sick role to narrative subject: An analytic memoir. In: *Health (London, England : 1997)* 20 (1), S. 9–21. DOI: 10.1177/1363459315615395.
- Freed, Gary L. (2019): Bias in Physician Workforce Research. In: *Pediatrics* 144 (3), S. 1–3. DOI: 10.1542/peds.2019-0469.
- Freytag, Antje; Meissner, Franziska; Krause, Markus; Lehmann, Thomas; Jansky, Maximiliane Katharina; Marschall, Ursula et al. (2023): Ergebnisqualität und Kosten der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV-Routinedatenstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (10), S. 1135–1145. DOI: 10.1007/s00103-023-03746-9.
- Gahl, Klaus (2017): Grenzerfahrungen in der Begegnung des Arztes mit dem Kranken angesichts des Lebensendes. In: Andreas Frewer, Christoph Ostgathe, Heiner Bielefeldt und Caroline Welsh (Hg.): *Autonomie und Menschenrechte am Lebensende: Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis*. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Bielefeld: transcript Verlag (Menschenrechte in der Medizin / Human Rights in Healthcare, 3), S. 141–163.
- Gardiner, Clare; Gott, Merryn; Ingleton, Christine (2012): Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 62 (598), e353-62. DOI: 10.3399/bjgp12X641474.
- Garfield, Sara; Jheeta, Seetal; Jacklin, Ann; Bischler, Anna; Norton, Christine; Franklin, Bryony D. (2015): Patient and public involvement in data collection for health services research: a descriptive study. In: *Research involvement and engagement* 1, Artikel 8, S. 1–16. DOI: 10.1186/s40900-015-0006-7.
- Geiger, Karin; Schneider, Nils; Bleidorn, Jutta; Klindtworth, Katharina; Jünger, Saskia; Müller-Mundt, Gabriele (2016): Caring for frail older people in the last phase of life - the general practitioners' view. In: *BMC palliative care* 15, Artikel 52, S. 1–10. DOI: 10.1186/s12904-016-0124-5.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2988/SAPV-RL_2022-09-15_iK-2022-11-24.pdf, letzte Aktualisierung 15.09.2022, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3160/BPL-RL_2023-03-16_iK-2023-06-03.pdf, letzte Aktualisierung 16.03.2023, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

- Gerber, Andreas (2021): Palliative Care in der Hausarztmedizin. In: Klaus Bally, Daniel Büche, Petra Vayne-Bossert, Sophie Pautex und Tanja Fusi-Schmidhauser (Hg.): Handbuch Palliativmedizin. 4., aktual. und ergänzte Auflage 2021. Bern: Hogrefe AG, S. 307–311.
- Giezendanner, Stéphanie; Jung, Corinna; Banderet, Hans-Ruedi; Otte, Ina Carola; Gudat, Heike; Haller, Dagmar M. et al. (2017): General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. In: *PloS one* 12 (2), Artikel e0170168, 1-18. DOI: 10.1371/journal.pone.0170168.
- Gomes, Barbara; Calanzani, Natalia; Gysels, Marjolein; Hall, Sue; Higginson, Irene J. (2013): Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. In: *BMC palliative care* 12, Artikel 7, S. 1–13. DOI: 10.1186/1472-684X-12-7.
- Götze, Heide; Perner, Andrea; Gansera, Lutz; Brähler, Elmar (2013): "Da kann man nicht auf die Uhr gucken" - Interviews mit Hausärzten zur ambulanten Palliativversorgung von Tumorpatienten. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 75 (6), S. 351–355. DOI: 10.1055/s-0032-1321753.
- Graaf, Everlien de; Zweers, Daniëlle; Valkenburg, Anna Ch; Uyttewaal, Allegonda; Teunissen, Saskia Ccm (2016): Hospice assist at home: does the integration of hospice care in primary healthcare support patients to die in their preferred location - A retrospective cross-sectional evaluation study. In: *Palliative medicine* 30 (6), S. 580–586. DOI: 10.1177/0269216315626353.
- Green, Emilie; Knight, Selena; Gott, Merryn; Barclay, Stephen; White, Patrick (2018): Patients' and carers' perspectives of palliative care in general practice: A systematic review with narrative synthesis. In: *Palliative medicine* 32 (4), S. 838–850. DOI: 10.1177/0269216317748862.
- Greenbaum, Thomas L. (2000): Moderating focus groups. A practical guide for group facilitation. Thousand Oaks: Sage.
- Groenewegen, Peter P.; Greß, Stefan; Schäfer, Willemijn (2016): General Practitioners' Participation in a Large, Multicountry Combined General Practitioner-Patient Survey: Recruitment Procedures and Participation Rate. In: *International journal of family medicine* 2016, Artikel 4929432, S. 1–9. DOI: 10.1155/2016/4929432.
- Grol, Sietske M.; Molleman, Gerard R. M.; Kuijpers, Anne; van der Sande, Rob; Franssen, Gerdine A. J.; Assendelft, Willem J. J.; Schers, Henk J. (2018): The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. In: *BMC family practice* 19 (1), Artikel 40, S. 1–12. DOI: 10.1186/s12875-018-0726-5.
- Gronemeyer, Reimer; Heller, Andreas (2014): In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München: Pattloch.
- Haase, C.; Sendowski, M.; Müller, A.; Janisch, Maria (2015): Prozessqualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). In: *Palliativmedizin* 16 (04), S. 168–175. DOI: 10.1055/s-0034-1387609.
- Hagemeyer, Annika (2013): Erfolge und Probleme der ambulanten Palliativversorgung nach Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) : eine Untersuchung im Raum Neumünster. Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky. Online verfügbar unter <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/5907>, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Hallam, L.; Metcalfe, D. H. H. (1985): Seasonal Variations in the Process of Care in Urban General Practice. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 39 (1), S. 90–93.

- Hallowell, Nina; Heiniger, Louise; Baylock, Brandi; Price, Melanie; Butow, Phyllis; behal, kConFab Psychosocial Group on (2015): Rehabilitating the sick role: the experiences of high-risk women who undergo risk reducing breast surgery. In: *Health Sociology Review* 24 (2), S. 186–198. DOI: 10.1080/14461242.2014.999402.
- Hellín, Teresa (2002): The physician-patient relationship: recent developments and changes. In: *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 8 (3), S. 450–454. DOI: 10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x.
- Heritage, John; Maynard, Douglas W. (2006): Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. In: *Annu. Rev. Sociol.* 32 (1), S. 351–374. DOI: 10.1146/annurev.soc.32.082905.093959.
- Hermann, Katja; Miksch, Antja; Szecsenyi, Joachim; Engeser, Peter (2010): Versorgung von Palliativpatienten in der Hausarztpraxis – Übereinstimmung der Einschätzung der Betreuung aus Arzt- und Patientensicht mithilfe der Palliative Care Outcome Scale (POS). In: *Palliativmedizin* 11 (01), S. 26–33. DOI: 10.1055/s-0029-1223477.
- Herrmann, Anne; Carey, Mariko; Zucca, Alison; Boyd, Lucy; Roberts, Bernadette (2019a): General practitioners' perceptions of best practice care at the end of life: a qualitative study. In: *BJGP open* 3 (3), S. 1–11. DOI: 10.3399/bjgpopen19X101660.
- Herrmann, Anne; Carey, Mariko L.; Zucca, Alison C.; Boyd, Lucy A. P.; Roberts, Bernadette J. (2019b): Australian GPs' perceptions of barriers and enablers to best practice palliative care: a qualitative study. In: *BMC palliative care* 18 (1), Artikel 90, S. 1–14. DOI: 10.1186/s12904-019-0478-6.
- Hirmüller, Susanne; Schröer, Margit (2019): Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: Martin W. Schnell und Christian Schulz-Quach (Hg.): *Basiswissen Palliativmedizin. 3., völlig überarb. Auflage 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 9–16.
- Hodek, Jan-Marc (2021): *Das deutsche Gesundheitssystem für Dummies. 1. Auflage*. Weinheim: Wiley-VCH GmbH (Für Dummies).
- Hofmeister, Ulrike; Althoff, Isabel (2021): Aufbau und Implementierung von Palliativstrukturen. Ambulante Palliativversorgung. In: Martin Groß und Thomas Demmer (Hg.): *Interdisziplinäre Palliativmedizin*. Berlin: Springer, S. 134–139.
- Holden, John; Cox, Stephen; Irving, Greg (2020): Rethinking role models in general practice. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 70 (698), S. 459–460. DOI: 10.3399/bjgp20X712517.
- Hubbard, Gill; Broadfoot, Kirsten; Carolan, Clare; van Woerden, Hugo C. (2021): An Exploratory Qualitative Study of Computer Screening to Support Decision-Making about Use of Palliative Care Registers in Primary Care: GP Think Aloud and Patient and Carer Interviews. In: *Journal of Primary Care & Community Health* 12 (21501327211024402), 1–10. DOI: 10.1177/21501327211024402.
- Husebø, Stein (2009): Die Rolle des Arztes. In: Stein Husebø und Eberhardt Klaschik (Hg.): *Palliativmedizin. 5. Aufl.* Berlin: Springer Berlin, S. 531–566.
- Jacobson, Lionel; Hawthorne, Kamila; Wood, Fiona (2006): The 'Mensch' factor in general practice: a role to demonstrate professionalism to students. In: *The British Journal of General Practice* 56 (533), S. 976–979.
- Johansen, May-Lill; Ervik, Bente (2018): Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. In: *BMC health services research* 18 (1), Artikel 159, S. 1–8. DOI: 10.1186/s12913-018-2955-7.

- Johnson, Claire E.; McVey, Peta; Rhee, Joel Jin-On; Senior, Hugh; Monterosso, Leanne; Williams, Briony et al. (2018): General practice palliative care: patient and carer expectations, advance care plans and place of death-a systematic review. In: *BMJ supportive & palliative care*, S. 1–10. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001549.
- Johnston, Sharon; Liddy, Clare; Hogg, William; Donskov, Melissa; Russell, Grant; Gyorf-Dyke, Elizabeth (2010): Barriers and facilitators to recruitment of physicians and practices for primary care health services research at one centre. In: *BMC medical research methodology* 10, Artikel 109, S. 1–8. DOI: 10.1186/1471-2288-10-109.
- Jutel, Annemarie (2009): Sociology of diagnosis: a preliminary review. In: *Sociology Health & Illness* 31 (2), S. 278–299. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x.
- Kaba, Riyaz; Sooriakumaran, Prasanna (2007): The evolution of the doctor-patient relationship. In: *International journal of surgery (London, England)* 5 (1), S. 57–65. DOI: 10.1016/j.ijsu.2006.01.005.
- Kaiser, Florian; Sohm, Michael; Illig, Daniela; Vehling-Kaiser, Ursula; Haas, Michael (2016): Vier Jahre spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im ländlichen Bereich : Zusammenarbeit und Akzeptanz aus hausärztlicher Sicht. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (7), S. 916–920. DOI: 10.1007/s00103-016-2363-2.
- Kalateh Sadati, Ahmad; Iman, Mohammad Taghi; Bagheri Lankarani, Kamran; Ebrahimzadeh, Najmeh (2016): From good to great physician: a critical ethnography based on patients' views. In: *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 9, Artikel 18, S. 1–9.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (n.d.a): Gesundheitsdaten - Die Medizin wird weiblich. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (n.d.b): Gesundheitsdaten - Mehr Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17066.php>, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (n.d.c): Gesundheitsdaten - Niedergelassene Ärzte werden immer älter. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (n.d.d): GESUNDHEITSDATEN Konstant hohes Vertrauen in Haus- und Fachärzte. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24046.php>, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (n.d.e): Mehr als 150.000 SAPV-Verordnungen im Jahr 2021. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17063.php>, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): PALLIATIVVERSORGUNG. MÖGLICHKEITEN DER AMBULANTEN VERSORGUNG, PRAXISBEISPIELE UND RECHTLICHE HINWEISE. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf, letzte Aktualisierung Mai 2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

- Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (n.d.): Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V. Online verfügbar unter https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/palliativ/sapv_vertrag.pdf?v=1592903743, letzte Aktualisierung n.d., zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (2014): Strukturvertrag nach § 73a SGB V zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. KV Nordrhein – AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, SVLFG, Knappschaft, BKK-Landesverband NORDWEST. Online verfügbar unter https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/palliativ/vertrag_palliativmedizin.pdf?v=1592903744, letzte Aktualisierung 01.01.2014, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kavalieratos, Dio; Corbelli, Jennifer; Di Zhang; Dionne-Odom, J. Nicholas; Ernecoff, Natalie C.; Hanmer, Janel et al. (2016): Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA* 316 (20), S. 2104–2114. DOI: 10.1001/jama.2016.16840.
- Kendrick, T.; Sibbald, B.; Burns, T.; Freeling, P. (1991): Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 302 (6775), S. 508–510. DOI: 10.1136/bmj.302.6775.508.
- Kessler, Henrik (2021): Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme (Kurzlehrbuch).
- Kim, Jae-Hyung; Lee, Hyang A. (2020): The Trend and Prospect of Medical Sociology: Its Concepts and the Interface with Medical History. In: *Ui sahak* 29 (3), S. 843–902. DOI: 10.13081/kjmh.2020.29.843.
- Kjellstadli, Camilla; Allore, Heather; Husebo, Bettina S.; Flo, Elisabeth; Sandvik, Hogne; Hunskar, Steinar (2020): General practitioners' provision of end-of-life care and associations with dying at home: a registry-based longitudinal study. In: *Family practice* 37 (3), S. 340–347. DOI: 10.1093/fampra/cmz059.
- Klaschik, Eberhardt (2009): Palliativmedizin. In: Stein Husebø und Eberhardt Klaschik (Hg.): *Palliativmedizin*. 5. Aufl. Berlin: Springer Berlin, S. 1–46.
- Klein, Eva M.; Brähler, Elmar; Dreier, Michael; Reinecke, Leonard; Müller, Kai W.; Schmutzer, Gabriele et al. (2016): The German version of the Perceived Stress Scale - psychometric characteristics in a representative German community sample. In: *BMC psychiatry* 16, Artikel 159, S. 1–10. DOI: 10.1186/s12888-016-0875-9.
- Klie, Thomas; Bruker, Christine; Behrend, Sabine (2015): AAPV vor SAPV! Das Beispiel Kirchliche Sozialstation Nördlicher Breisgau e.V. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung. Online verfügbar unter https://agp-freiburg.de/downloads/AAPV_vor_SAPV_Bericht_Wissenschaftliche_Begleitung.pdf, letzte Aktualisierung 30.11.2015, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Klindtworth, Katharina; Schneider, Nils; Bleidorn, Jutta (2013): Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung? In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 89 (4), S. 159–164.
- Knesebeck, Olaf von dem; Koens, Sarah; Marx, Gabriella; Scherer, Martin (2019): Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. In: *BMC family practice* 20 (1), Artikel 142, 1-5. DOI: 10.1186/s12875-019-1033-5.
- Koper, Ian; Pasma, H. Roeline W.; Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. (2018): Experiences of Dutch general practitioners and district nurses with involving care services and facilities in

- palliative care: a mixed methods study. In: *BMC health services research* 18 (1), Artikel 841, 1-9. DOI: 10.1186/s12913-018-3644-2.
- Kratel, Udo (2014): Fortschritte in der ambulanten Palliative Care-Versorgung in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: *DZO* 46 (01), S. 8–15. DOI: 10.1055/s-0033-1357616.
- Krebs, Franziska; Lorenz, Laura; Nawabi, Farah; Lück, Isabel; Bau, Anne-Madeleine; Alayli, Adrienne; Stock, Stephanie (2021): Recruitment in Health Services Research-A Study on Facilitators and Barriers for the Recruitment of Community-Based Healthcare Providers. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (19), S. 1–16. DOI: 10.3390/ijerph181910521.
- Krumm, Norbert; Rolke, Roman (2020): Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein. Ergebnisbericht. Unter Mitarbeit von Raymond Voltz, Lukas Radbruch, Holger Pfaff, Nadine Scholten, Martin Hellmich, Christian Rietz und Ingrid Schubert. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/2/2020-04-03_APVEL_Ergebnisbericht.pdf, letzte Aktualisierung 06.02.2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Kruse, Andreas (2021): Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1980): Interviews mit Sterbenden. 12. AUFL. STUTTGART, BERLIN: KREUZ-VERLAG.
- Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe (Grundlagentexte Methoden).
- Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF); Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG); Deutschen Krebshilfe (DKH); Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V (Hg.) (2020): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion. Version 2.2. Unter Mitarbeit von Claudia Bausewein, Raymond Voltz, Lukas Radbruch und Steffen Simon (AWMF-Registernummer: 128/001OL). Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf, letzte Aktualisierung September 2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Leysen, Bert; Schmitz, Olivier; Aujoulat, Isabelle; Karam, Marlène; van den Eynden, Bart; Wens, Johan (2020): Implementation of Primary Palliative Care in five Belgian regions: A qualitative study on early identification of palliative care needs by general practitioners. In: *The European journal of general practice* 26 (1), S. 146–153. DOI: 10.1080/13814788.2020.1825675.
- Leysen, Bert; van den Eynden, Bart; Janssens, Anelies; Wens, Johan (2019): Recruiting general practitioners for palliative care research in primary care: real-life barriers explained. In: *BMC family practice* 20 (1), Artikel 40, S. 1–11. DOI: 10.1186/s12875-019-0930-y.
- Lidz, Victor (2010): Social control in doctor–patient relationships: Similarities and differences across medical specialties. In: James Chriss (Hg.): *Social Control: Informal, Legal and Medical (Sociology of crime, law and deviance ; v. 15)*: Emerald Group Publishing Ltd (Sociology of crime, law and deviance), S. 149–169.
- Liu, Jan Tse; Kovar-Gough, Iris; Farabi, Nabila; Animikwam, Frank; Weers, Sarah Beth; Phillips, Julie (2019): The Role of Primary Care Physicians in Providing End-of-Life Care. In: *The American journal of hospice & palliative care* 36 (3), S. 249–254. DOI: 10.1177/1049909118808232.

- Luckett, Tim; Phillips, Jane; Agar, Meera; Virdun, Claudia; Green, Anna; Davidson, Patricia M. (2014): Elements of effective palliative care models: a rapid review. In: *BMC health services research* 14, Artikel 136, S. 1–22. DOI: 10.1186/1472-6963-14-136.
- Maetens, Arno; Cohen, Joachim; Harding, Richard (2020): A Public Health Approach to Integrate Palliative Care into a Country's Health-Care System: Guidance as Provided by the WHO. In: Roderick Duncan MacLeod und Lieve van den Block (Hg.): *Textbook of Palliative Care*. Cham: Springer International Publishing; Imprint: Springer, S. 1–20.
- Malik, Shiraz; Goldman, Russell; Kevork, Nanor; Wentlandt, Kirsten; Husain, Amna; Merrow, Nancy et al. (2017): Engagement of Primary Care Physicians in Home Palliative Care. In: *Journal of palliative care* 32 (1), S. 3–10. DOI: 10.1177/0825859717706791.
- Marterer, Debora (2016): Wie beurteilen die niedergelassenen Ärzte die palliativmedizinische Versorgung im Kreis Limburg-Weilburg? Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.22029/jlupub-14422>, letzte Aktualisierung 2016, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Mason, Bruce; Buckingham, Susan; Finucane, Anne; Hutchison, Peter; Kendall, Marilyn; McCutcheon, Hazel et al. (2015): Improving primary palliative care in Scotland: lessons from a mixed methods study. In: *BMC family practice* 16, Artikel 176, S. 1–8. DOI: 10.1186/s12875-015-0391-x.
- Maybee, Abby; Winemaker, Samantha; Howard, Michelle; Seow, Hsien; Farag, Alexandra; Park, Hun-Je et al. (2022): Palliative care physicians' motivations for models of practicing in the community: A qualitative descriptive study. In: *Palliative medicine* 36 (1), S. 181–188. DOI: 10.1177/02692163211055022.
- McCallan, Tara; Daudt, Helena (2021): Engaging Family Physicians in the Provision of Palliative and End-of-Life Care: Can We Do Better? In: *Palliative medicine reports* 2 (1), S. 207–211. DOI: 10.1089/pmr.2021.0021.
- Meißner, Winfried; Nauck, Friedemann; Wedding, Ulrich; Schneider, Werner; Freytag, Antje; Gebel, Cordula; für die SAVOIR-Forschungsgruppe (2021): Ergebnisbericht. Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktion, Regionale Unterschiede. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/45/2020-11-12_SAVOIR_Ergebnisbericht.pdf, letzte Aktualisierung 30.04.2021, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Melching, Heiner (2015): Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf, letzte Aktualisierung 2015, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Mik-Meyer, Nanna; Obling, Anne Roelsgaard (2012): The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. In: *Sociology Health & Illness* 34 (7), S. 1025–1038. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01448.x.
- Mitchell, Sarah; Loew, Joelle; Millington-Sanders, Catherine; Dale, Jeremy (2016): Providing end-of-life care in general practice: findings of a national GP questionnaire survey. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 66 (650), e647-53. DOI: 10.3399/bjgp16X686113.
- Möhring, Wiebke; Schlütz, Daniela (2019): Die Formulierung des Fragebogens. In: Wiebke Möhring und Daniela Schlütz (Hg.): *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung*. 3., vollständig

- überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien (Studienbücher zur Kommunikations- und Medienwissenschaft), S. 69–124.
- Moon, Kilson; Rehner, Laura; Hoffmann, Wolfgang; van den Berg, Neeltje (2022): Comparison of survival between patients receiving general outpatient palliative care and patients receiving other palliative care - analysis of data of a statutory health insurance data. In: *BMC palliative care* 21 (1), Artikel 88, S. 1–8. DOI: 10.1186/s12904-022-00980-x.
- Morgan, David L. (1998): The focus group guidebook. [Nachdr.]. Thousand Oaks: Sage (Focus group kit, 1).
- Morse, Janice M. (2015): Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. In: *Qualitative health research* 25 (9), S. 1212–1222. DOI: 10.1177/1049732315588501.
- Müller-Busch, Hans Christof (2019): Kurze Geschichte der Palliativmedizin. In: Martin W. Schnell und Christian Schulz-Quach (Hg.): Basiswissen Palliativmedizin. 3., völlig überarb. Auflage 2019. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 3–8.
- Murtagh, Fliss E. M.; Bausewein, Claudia; Verne, Julia; Groeneveld, E. Iris; Kaloki, Yvonne E.; Higginson, Irene J. (2014): How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. In: *Palliative medicine* 28 (1), S. 49–58. DOI: 10.1177/0269216313489367.
- Naqvi, Danial; Malik, Anam; Al-Zubaidy, Mohaimen; Naqvi, Falak; Tahir, Anas; Tarfieh, Ali et al. (2019): The general practice perspective on barriers to integration between primary and social care: a London, United Kingdom-based qualitative interview study. In: *BMJ open* 9 (8), Artikel e029702, 1-8. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029702.
- Norman, Geoff (2010): Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. In: *Advances in health sciences education : theory and practice* 15 (5), S. 625–632. DOI: 10.1007/s10459-010-9222-y.
- Oosterveld-Vlug, M. G.; Custers, B.; Hofstede, J.; Donker, G. A.; Rijken, P. M.; Korevaar, J. C.; Francke, A. L. (2019): What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. In: *BMC palliative care* 18 (1), Artikel 96, S. 1–10. DOI: 10.1186/s12904-019-0485-7.
- Open Text Corporation (2021): OpenText Intelligent Forms Automation with TeleForm. Online verfügbar unter https://www.opentext.com/file_source/OpenText/en_US/PDF/opentext-ds-Intelligent-forms-automation-with-teleform-en.pdf, letzte Aktualisierung 2021, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Oude Engberink, Agnès; Badin, Mélanie; Serayet, Philippe; Pavageau, Sylvain; Lucas, François; Bourrel, Gérard et al. (2017): Patient-centeredness to anticipate and organize an end-of-life project for patients receiving at-home palliative care: a phenomenological study. In: *BMC family practice* 18 (1), Artikel 27, S. 1–8. DOI: 10.1186/s12875-017-0602-8.
- Parkinson, Anne; Jorm, Louisa; Douglas, Kirsty A.; Gee, Alison; Sargent, Ginny M.; Lujic, Sanja; McRae, Ian S. (2015): Recruiting general practitioners for surveys: reflections on the difficulties and some lessons learned. In: *Australian journal of primary health* 21 (2), S. 254–258. DOI: 10.1071/PY13129.
- Parsons, Talcott (1951): Illness and the role of the physician: a sociological perspective. In: *The American journal of orthopsychiatry* 21 (3), S. 452–460. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x.

- Parsons, Talcott (1975): The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 53 (3), S. 257–278. DOI: 10.2307/3349493.
- Parsons, Talcott (1978): Action theory and the human condition. 3. print. New York: Free Press.
- Parsons, Talcott (2005): The social system. 2nd ed., transferred to digital printing 2005. [Abingdon]: Routledge (Routledge sociology classics).
- Pereira, Sandra Martins; Fonseca, António M.; Carvalho, Ana Sofia (2011): Burnout in palliative care: a systematic review. In: *Nursing ethics* 18 (3), S. 317–326. DOI: 10.1177/0969733011398092.
- Peter, Sophie; Scholten, Nadine; Pfaff, Holger; Ohnhäuser, Tim (2019a): Teilnehmerrekrutierung für ärztliche Fokusgruppen am Beispiel zweier Innovationsfondsprojekte. Unter Mitarbeit von Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Radbruch, Lukas; Rolke, Roman; Voltz, Raymond; Scholten, Nadine (2021a): General Practitioners' Perspectives on General and Specialized Palliative Home Care in North Rhine, Germany: An Explorative Focus Group Study. In: *The American journal of hospice & palliative care* 38 (1), S. 32–38. DOI: 10.1177/1049909120920541.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2018a): Evaluation der SAPV in Nordrhein: Experteninterviews und Delphibefragung. In: 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Bremen, 9/5/2018 - 9/8/2018: Georg Thieme Verlag KG (Zeitschrift für Palliativmedizin).
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2018b): Evaluation der Wirksamkeit von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein (APVEL) – Wahrnehmung struktureller und organisatorischer Aspekte aus Perspektive von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen. Unter Mitarbeit von Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2018c): „Evaluation der Wirksamkeit von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein“ (APVEL) – Wahrnehmung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein aus Sicht von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 68 (08), e50-e50.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2018d): General Practitioners' and Oncologists' Attitudes Toward Outpatient Palliative Care in North Rhine, Germany. In: *Journal of pain and symptom management* 56 (6), e102. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.10.345.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2018e): Wahrnehmung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein aus Sicht von niedergelassenen Hausärzten und Onkologen. Gemeinsamer Kongress der DGMP und DGMS im September 2018 in Leipzig. „Von globalen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu gemeindebasierten und individuellen psychosozialen Interventionsstrategien“.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2019b): Ursachen für die Nicht-Teilnahme an einer postalischen Befragung zum Thema Palliativversorgung: Eine Nonresponse-Analyse unter Hausärzten und Onkologen. In: Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der

- Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) – Die gemeinsame Jahrestagung in Düsseldorf findet statt unter Beteiligung des MDK Nordrhein und des MDS. „Neue Ideen für mehr Gesundheit“. Düsseldorf, 9/16/2019 - 9/18/2019: Georg Thieme Verlag KG (Das Gesundheitswesen). Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1694339>, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2020): Multidisziplinäre Kooperation in der Palliativversorgung aus hausärztlicher Sicht. Unter Mitarbeit von Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine; im Namen des APVEL-Konsortiums (2021b): Zusammenhang zwischen palliativer Qualifikation und Belastung von Hausärzt*innen in der Versorgung palliativer Patient*innen. DGMP/DGMS Kongress 2021. Psychosoziale Medizin in Zeiten des Umbruchs.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine on behalf of the APVEL-study group (2019c): EAPC Abstracts. Multidisciplinary Cooperation in Outpatient Palliative Care from a GP's Perspective. In: *Palliat Med* 33 (1), S. 146. DOI: 10.1177/0269216319844405.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Radbruch, Lukas; Rolke, Roman; Voltz, Raymond; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2022a): GPs' involvement in specialised palliative home care: A mixed methods study in Germany. In: *European Journal of General Practice* 28 (1), S. 224–233. DOI: 10.1080/13814788.2022.2139824.
- Peter, Sophie; Volkert, Anna Maria; Radbruch, Lukas; Rolke, Roman; Voltz, Raymond; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2022b): Influence of Palliative Care Qualifications on the Job Stress Factors of General Practitioners in Palliative Care: A Survey Study. In: *IJERPH* 19 (21), Artikel 14541, S. 1–10. DOI: 10.3390/ijerph192114541.
- Pfaff, Holger; Ansmann, Lena; Pfortner, Timo-Kolja (2022): Versorgungsforschung – Beiträge der Medizinsoziologie in Vergangenheit und Gegenwart. In: Johannes Siegrist, Ulrich Stößel und Alf Trojan (Hg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen*: Springer Verlag, S. 83–114.
- Pfortner, Timo-Kolja; Pfaff, Holger (2020): 3.3.2. Arztrolle. In: Renate Deinzer und Olaf von dem Knesebeck (Hg.): *Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*: German Medical Science GMS Publishing House.
- Pivodic, Lara; Pardon, Koen; van den Block, Lieve; van Casteren, Viviane; Miccinesi, Guido; Donker, Gé A. et al. (2013): Palliative care service use in four European countries: a cross-national retrospective study via representative networks of general practitioners. In: *PLoS one* 8 (12), Artikel e84440, 1-11. DOI: 10.1371/journal.pone.0084440.
- Plat, Fredrik M.; Peters, Yvonne A. S.; Giesen, Paul; Smits, Marleen (2018): Availability of Dutch General Practitioners for After-Hours Palliative Care. In: *Journal of palliative care* 33 (3), S. 182–186. DOI: 10.1177/0825859718766947.
- Pokorny, Sabine; Roose, Jochen (2020): Die Eignung von Umfragemethoden. Methodische Einschätzung. Hg. v. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.kas.de/documents/252038/7995358/Die+Eignung+von+Umfragemethoden+%28pdf%29.pdf/930e07f3-f750-502b-fd48-a42b94914a4d?version=1.0&t=1605534848743>, letzte Aktualisierung November 2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Aufl. 2014. Korr. Nachdruck 2013. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (SpringerLink Bücher).

- Prütz, Franziska; Saß, Anke-Christine (2017): Daten zur Palliativversorgung in Deutschland : Welche Datenquellen gibt es, und was sagen sie aus? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 26–36. DOI: 10.1007/s00103-016-2483-8.
- Pype, Peter; Symons, Linda; Wens, Johan; van den Eynden, Bart; Stes, Ann; Deveugele, Myriam (2014): Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study. In: *BMC family practice* 15, Artikel 36, 1-11. DOI: 10.1186/1471-2296-15-36.
- Radbruch, Lukas; Lima, Liliana de; Knaul, Felicia; Wenk, Roberto; Ali, Zipporah; Bhatnagar, Sushma et al. (2020): Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. In: *Journal of pain and symptom management* 60 (4), S. 754–764. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- Raithe, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. 2., durchges. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch).
- Reymond, Liz; Parker, Greg; Gilles, Louisa; Cooper, Karen (2018): Home-based palliative care. In: *Australian journal of general practice* 47 (11), S. 747–752. DOI: 10.31128/AJGP-06-18-4607.
- Reyniers, Thijs; Houttekier, Dirk; Pasma, H. Roeline; Stichele, Robert Vander; Cohen, Joachim; Deliens, Luc (2014): The family physician's perceived role in preventing and guiding hospital admissions at the end of life: a focus group study. In: *Annals of family medicine* 12 (5), S. 441–446. DOI: 10.1370/afm.1666.
- Rhee, Joel J.; Grant, Matthew; Senior, Hugh; Monterosso, Leanne; McVey, Peta; Johnson, Claire et al. (2020): Facilitators and barriers to general practitioner and general practice nurse participation in end-of-life care: systematic review. In: *BMJ supportive & palliative care*, S. 1–11. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-002109.
- Rhee, Joel J.; Teo, Patrick C. K.; Mitchell, Geoffrey K.; Senior, Hugh E.; Tan, Aaron J. H.; Clayton, Josephine M. (2018): General practitioners (GPs) and end-of-life care: a qualitative study of Australian GPs and specialist palliative care clinicians. In: *BMJ supportive & palliative care*, S. 1–22. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001531.
- Riedl, Bernhard; Peter, Wolfgang (2017): Basiswissen Allgemeinmedizin. 1. Aufl. 2017. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch).
- Rosa, Hartmut; Strecker, David; Kottmann, Andreas (2018): Soziologische Theorien. 3. aktual. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; UVK (utb basics, Bd.-Nr. 2836. UTB basics).
- Sacristán, José A.; Aguarón, Alfonso; Avendaño-Solá, Cristina; Garrido, Pilar; Carrión, Juan; Gutiérrez, Alipio et al. (2016): Patient involvement in clinical research: why, when, and how. In: *Patient preference and adherence* 10, S. 631–640. DOI: 10.2147/PPA.S104259.
- Saini, Pooja; Hassan, Shaima M.; Morasae, Esmaeil Khedmati; Goodall, Mark; Giebel, Clarissa; Ahmed, Saiqa et al. (2021): The value of involving patients and public in health services research and evaluation: a qualitative study. In: *Research involvement and engagement* 7 (1), Artikel 49, S. 1–16. DOI: 10.1186/s40900-021-00289-8.
- Sandberg, Berit (2013): Wissenschaftlich Arbeiten von Abbildung bis Zitat. Lehr- und Übungsbuch für Bachelor, Master und Promotion. 2., akt. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter; De Gruyter Oldenbourg.
- Schmalstieg-Bahr, Katharina; Popert, Uwe Wolfgang; Scherer, Martin (2021): The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. In: *Frontiers in medicine* 8, Artikel 680695, 1-5. DOI: 10.3389/fmed.2021.680695.

- Schnakenberg, Rieke; Goeldlin, Adrian; Boehm-Stiel, Christina; Bleckwenn, Markus; Weckbecker, Klaus; Radbruch, Lukas (2016): Written survey on recently deceased patients in Germany and Switzerland: how do general practitioners see their role? In: *BMC health services research* 16, Artikel 22, S. 1–8. DOI: 10.1186/s12913-016-1257-1.
- Schneider, Nils; Maier, Bernd Oliver; Schulz-Quach, Christian; Schnell, Martin W. (2019): Palliativmedizin im gesellschaftlichen System. Gesundheitssystemische und -ökonomische Perspektiven. Hausärztliche Versorgung von Palliativpatienten. In: Martin W. Schnell und Christian Schulz-Quach (Hg.): *Basiswissen Palliativmedizin*. 3., völlig überarb. Auflage 2019. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 256–262.
- Schneider, Nils; Mitchell, Geoffrey; Murray, Scott A. (2010): Ambulante Palliativversorgung: Der Hausarzt als erster Ansprechpartner. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (19), A 925–7. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/74925/Ambulante-Palliativversorgung-Der-Hausarzt-als-erster-Ansprechpartner>, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Schneider, Werner; Eichner, Eckhard; Thoms, Ursula; Kopitzsch, Franziska; Stadelbacher, Stephanie (2014): Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums) Ergebnisbericht. Online verfügbar unter https://www.pkv-stiftung.de/files/sapv_studie_2._ergebnisbericht_final_1.pdf, letzte Aktualisierung 2014, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Schnell, Martin W.; Schulz-Quach, Christian (Hg.) (2019): *Basiswissen Palliativmedizin*. 3., völlig überarb. Auflage 2019. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schofield, Guy; Dittborn, Mariana; Huxtable, Richard; Brangan, Emer; Selman, Lucy Ellen (2021): Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. In: *Palliative medicine* 35 (2), S. 315–334. DOI: 10.1177/0269216320974277.
- Scholten, Nadine; Günther, Anna Lena; Pfaff, Holger; Karbach, Ute (2016): The size of the population potentially in need of palliative care in Germany-an estimation based on death registration data. In: *BMC palliative care* 15, Artikel 29, S. 1–7. DOI: 10.1186/s12904-016-0099-2.
- Schoonenboom, Judith; Johnson, R. Burke (2017): How to Construct a Mixed Methods Research Design. In: *Kolner Zeitschrift Fur Soziologie Und Sozialpsychologie* 69 (Suppl 2), S. 107–131. DOI: 10.1007/s11577-017-0454-1.
- Schwabe, Sven; Ates, Gülay; Ewert, Benjamin; Hasselaar, Jeroen; Hesse, Michaela; Linge-Dahl, Lisa et al. (2017): „Der spielt im Moment nicht mehr ganz die Rolle“ : Der Hausarzt in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung aus Patientenperspektive. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 55–61. DOI: 10.1007/s00103-016-2478-5.
- Schwartz, Jacqueline; Reuters, Marie-Christine; Schallenburger, Manuela; Meier, Stefan; Roch, Carmen; Ziegau, Anke et al. (2021): Allgemeine Palliativversorgung in Pandemiezeiten. In: *Der Onkologe : Organ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V* 27 (7), S. 686–690. DOI: 10.1007/s00761-021-00970-3.
- Schwill, Simon; Reith, Dorothee; Walter, Tobias; Engeser, Peter; Wensing, Michel; Flum, Elisabeth et al. (2020): How to ensure basic competencies in end of life care - a mixed methods study with post-graduate trainees in primary care in Germany. In: *BMC palliative care* 19 (1), Artikel 36, S. 1–12. DOI: 10.1186/s12904-020-00540-1.

- Selman, Lucy Ellen; Brighton, Lisa Jane; Robinson, Vicky; George, Rob; Khan, Shaheen A.; Burman, Rachel; Koffman, Jonathan (2017): Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. In: *BMC palliative care* 16 (1), Artikel 17, S. 1–9. DOI: 10.1186/s12904-017-0191-2.
- Senior, Hugh; Grant, Matthew; Rhee, Joel J.; Aubin, Michèle; McVey, Peta; Johnson, Claire et al. (2019): General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. In: *BMJ supportive & palliative care*, S. 1–28. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-001852.
- Sercu, Maria; van Renterghem, Veerle; Pype, Peter; Aelbrecht, Karolien; Derese, Anselme; Deveugele, Myriam (2015): "It is not the fading candle that one expects": general practitioners' perspectives on life-preserving versus "letting go" decision-making in end-of-life home care. In: *Scandinavian journal of primary health care* 33 (4), S. 233–242. DOI: 10.3109/02813432.2015.1118837.
- Shepperd, Sasha; Gonçalves-Bradley, Daniela C.; Straus, Sharon E.; Wee, Bee (2021): Hospital at home: home-based end-of-life care. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (3), Artikel CD009231, 1-44. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.pub3.
- Shilling, Chris (2002): Culture, the 'sick role' and the consumption of health. In: *The British journal of sociology* 53 (4), S. 621–638. DOI: 10.1080/0007131022000021515.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. Mit ... 18 Tabellen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München, Jena: Elsevier; Urban und Fischer.
- Siegrist, Johannes (2012): Die ärztliche Rolle im Wandel. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9), S. 1100–1105. DOI: 10.1007/s00103-012-1527-y.
- Simon, Michael (2021): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 7., überarb. u. erw. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Son, Daisuke; Oishi, Ai; Taniguchi, Shin-Ichi (2022): The experience of providing end-of-life care at home: The emotional experiences of young family physicians. In: *Journal of General and Family Medicine* 23 (6), S. 376–383. DOI: 10.1002/jgf2.571.
- Starck, Michael; Wendtner, Clemens Martin (2012): Steigender Bedarf abzusehen: Multiprofessionelle Kooperation ist die Basis der Palliativmedizin. In: *MMW Fortschritte der Medizin* 154 (6), S. 59–61. DOI: 10.1007/s15006-012-0361-3.
- Statista Research Department (2010): Bewerten Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arzt als gut oder sehr gut? Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/165175/umfrage/vertrauensverhaeltnis-zum-arzt-2010/>, letzte Aktualisierung August 2010, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Statistisches Bundesamt (n.d.): Demografischer Wandel. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html;jsessionid=7BE2C63AD610DAB9AFE42DDF89F03175.live732#267576, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Staubmann, Helmut (2015): Handlungstheoretische Systemtheorie: Talcott Parsons. In: Julius Morel, Eva Bauer, Tamás Meleghy, Heinz-Jürgen Niedenzu, Max Preglau und Helmut Staubmann (Hg.): *Soziologische Theorie. Abriss der Ansätze ihrer Hauptvertreter*. 9., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: De Gruyter Oldenbourg, S. 197–221.
- Steiner, Elisabeth; Benesch, Michael (2021): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 6. aktualisierte Auflage. Wien: UTB; Facultas (UTB Schlüsselkompetenzen, 8406).

- Stichling, Kathleen (2020): Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV: eine Querschnittserhebung im Rahmen des Verbundprojektes "SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede". Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Stichling, Kathleen; Krause, Markus; Ditscheid, Bianka; Hach, Michaela; Jansky, Maximiliane; Kaufmann, Michelle et al. (2020): Factors influencing GPs' perception of specialised palliative homecare (SPHC) importance - results of a cross-sectional study. In: *BMC palliative care* 19 (1), Artikel 117, 1-9. DOI: 10.1186/s12904-020-00603-3.
- Stichling, Kathleen; Meissner, Franziska; Beuthling, Michelle; Otte, Ina; Chikhradze, Nino; Ditscheid, Bianka et al. (2023): Hausärztliche Palliativversorgung in Westfalen-Lippe im Vergleich mit anderen Bundesländern – sekundäre Auswertung einer Befragungsstudie. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, S. 33–41. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.12.006.
- Stiel, Stephanie; Ewertowski, Helen; Krause, Olaf; Schneider, Nils (2020a): 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. *GMS German Medical Science*; 18:Doc08. In: *German medical science : GMS e-journal* 18, Artikel Doc08, 1-12. DOI: 10.3205/000284.
- Stiel, Stephanie; Krause, Olaf; Berndt, Carolin Sophie; Ewertowski, Helen; Müller-Mundt, Gabriele; Schneider, Nils (2020b): Versorgung älterer gebrechlicher Patienten in der letzten Lebensphase : Herausforderungen für Hausärzte bei der Integration geriatrischer und palliativer Versorgungsansätze. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (8), S. 763–769. DOI: 10.1007/s00391-019-01668-3.
- Still, Arthur W.; Todd, Chris J. (1986): Role ambiguity in general practice: the care of patients dying at home. In: *Social science & medicine* (1982) 23 (5), S. 519–525. DOI: 10.1016/0277-9536(86)90012-2.
- Stollberg, Gunnar (2001): Medizinsoziologie. Bielefeld: transcript Verlag.
- Ströhl, Florian; Rockel, Tobias (2020): Auswirkungen fehlender Daten in der multiplen Regression Eine Simulationsstudie. Arbeitsbericht Nr. 2020-03, September 2020. Hg. v. E. Bankhofer, V. Nissen, D. Stelzer und S. Straßburger. Ilmenauer Beiträge zur Wirtschaftsinformatik. Online verfügbar unter https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00050898/ilm1-2020200403.pdf, letzte Aktualisierung September 2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Tarrant, Carolyn; Stokes, Tim; Baker, Richard (2003): Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 53 (495), S. 798–800.
- Tassano, Fabian (1995): The power of life or death. A critique of medical tyranny. London: Duckworth.
- Teasdale, E.; Drew, S.; Taylor, C.; Ramirez, A.; Cancer Research UK London Psychosocial Group (2008): Hospital Consultants' Job Stress & Satisfaction Questionnaire (HCJSSQ). London, UK: Cancer Research UK London Psychosocial Group.
- Teubner, Rolf Alexander (1999): Systemtheorie als Metatheorie. In: Rolf Alexander Teubner (Hg.): Organisations- und Informationssystemgestaltung. Theoretische Grundlagen und integrierte Methoden. Wiesbaden: Dt. Univ. Vlg (Gabler Edition Wissenschaft : Informationsmanagement und Controlling), S. 8–15.

- Thomas, Hayley R.; Deckx, Laura; Sieben, Nicolas A.; Foster, Michele M.; Mitchell, Geoffrey K. (2020): General practitioners' considerations when deciding whether to initiate end-of-life conversations: a qualitative study. In: *Family practice* 37 (4), S. 554–560. DOI: 10.1093/fampra/cmz088.
- Thöns, Matthias (2016): Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. 4. Auflage. München: Piper (Piper).
- To, Timothy H. M.; Tait, Paul; Morgan, Deidre D.; Tieman, Jennifer J.; Crawford, Gregory; Michelmore, Alexandra et al. (2017): Case conferencing for palliative care patients - a survey of South Australian general practitioners. In: *Australian journal of primary health* 23 (5), S. 458–463. DOI: 10.1071/PY16001.
- Tomaschek, Rebecca; Gemperli, Armin; Baumberger, Michael; Debecker, Isabelle; Merlo, Christoph; Scheel-Sailer, Anke et al. (2022): Role distribution and collaboration between specialists and rural general practitioners in long-term chronic care: a qualitative study in Switzerland. In: *Swiss medical weekly* 152, Artikel 40015, S. 1–9. DOI: 10.57187/smw.2022.40015.
- Urban, Dieter; Mayerl, Jochen; Wahl, Andreas (2016): Regressionsanalyse bei fehlenden Variablenwerten (missing values): Imputation oder Nicht-Imputation? Eine Anleitung für die Regressionspraxis mit SPSS. (2. korrigierte Auflage). SISS:Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften No. 44 / 2016. Online verfügbar unter <https://www.sowi.uni-stuttgart.de/dokumente/forschung/siss/SISS44.pdf>, letzte Aktualisierung 2016, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- van Baal, Katharina; Schrader, Sophie; Wiese, Birgitt; Geyer, Siegfried; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils et al. (2020): GPs' perspective on End-of-Life Care - an evaluation based on the German version of the General Practice End of Life Care Index. In: *German medical science : GMS e-journal* 18, Artikel Doc10, 1-13. DOI: 10.3205/000286.
- van der Plas, Annicka G. M.; Hagens, Martijn; Pasman, H. Roeline W.; Schweitzer, Bart; Duijsters, Marij; Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. (2014): PaTz groups for primary palliative care: reinventing cooperation between general practitioners and district nurses in palliative care: an evaluation study combining data from focus groups and a questionnaire. In: *BMC family practice* 15, Artikel 14, 1-7. DOI: 10.1186/1471-2296-15-14.
- van Dijk, Eva L.; van Tol, Donald G.; Diemers, Agnes D.; Wienen, Albert W.; Batstra, Laura (2021): Sick or Sad? A Qualitative Study on How Dutch GPs Deal With Sadness Complaints Among Young Adults. In: *Frontiers in sociology* 6, Artikel 765814, S. 1–11. DOI: 10.3389/fsoc.2021.765814.
- van Gaans, Deborah; Erny-Albrecht, Katrina; Tieman, Jennifer (2022): Palliative Care Within the Primary Health Care Setting in Australia: A Scoping Review. In: *Public health reviews* 43, Artikel 1604856, S. 1–8. DOI: 10.3389/phrs.2022.1604856.
- van Ophuysen, Stefanie; Fischer, Bernd; Behrmann, Lars; Bloh, Bea (2021): Statistik verstehen, Band 1. Deskriptive Statistik für die Bildungswissenschaften. Münster: UTB; Waxmann (UTB, 5585).
- Varul, Matthias Zick (2010): Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness. In: *Body & Society* 16 (2), S. 72–94. DOI: 10.1177/1357034X10364766.
- Vass, Mikkel (2009): The future role of general practice: managing multiple agendas. In: *Scandinavian journal of primary health care* 27 (2), S. 65–67. DOI: 10.1080/02813430902909185.

- Vleminck, Aline de; Pardon, Koen; Beernaert, Kim; Houttekier, Dirk; Vander Stichele, Robert; Deliens, Luc (2016): How Do General Practitioners Conceptualise Advance Care Planning in Their Practice? A Qualitative Study. In: *PloS one* 11 (4), Artikel e0153747, 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0153747.
- Volkert, Anna Maria; Peter, Sophie; Scholten, Nadine (2019a): Kurzzusammenfassung der Studienergebnisse von APVEL Teil 1. Hg. v. Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (KöR), Leitung: Prof. Dr. Holger Pfaff. Online verfügbar unter https://www.imvr.de/wp-content/uploads/Factsheet_APVEL_1.pdf, letzte Aktualisierung 2019, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Volkert, Anna Maria; Peter, Sophie; Scholten, Nadine (2019b): Kurzzusammenfassung der Studienergebnisse von APVEL Teil 2. Hg. v. Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (KöR), Leitung: Prof. Dr. Holger Pfaff. Online verfügbar unter https://www.imvr.de/wp-content/uploads/Factsheet_APVEL_2.pdf, letzte Aktualisierung 2019, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Williams, Simon J. (2005): Parsons revisited: from the sick role to...? In: *Health (London, England : 1997)* 9 (2), S. 123–144. DOI: 10.1177/1363459305050582.
- Williams, Stephen J.; Nightingale, Elena O.; Filner, Barbara (1983): THE PHYSICIAN'S ROLE IN A CHANGING HEALTH CARE SYSTEM. In: *Medical Education and Societal Needs: A Planning Report for the Health Professions*. Washington (DC), S. 70–106.
- Willis, Eileen (2017): Talcott Parsons: His Legacy and the Sociology of Health and Illness. In: Fran Collyer (Hg.): *The Palgrave handbook of social theory in health, illness, and medicine*. [Enhanced Credo edition]. Basingstoke, Hampshire [England], New York, NY, Boston, Massachusetts: Palgrave Macmillan; Credo Reference, S. 207–221.
- Wilson, Thomas P. (1980): Theorien der Interaktion und Modelle Soziologischer Erklärung. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen 1980*, S. 54–79.
- Winkler, Eva C. (2023): Time for a New Oath? The Role of the Individual Physician's Ethos and Institutional Ethics in the Face of Economization of the Health-Care System. In: *The impact of health care on character formation, ethical education, and the communication of values in late modern pluralistic societies*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, S. 23–34.
- Winthereik, Anna; Neergaard, Mette; Vedsted, Peter; Jensen, Anders (2016): Danish general practitioners' self-reported competences in end-of-life care. In: *Scandinavian journal of primary health care* 34 (4), S. 420–427. DOI: 10.1080/02813432.2016.1249059.
- Woitha, Kathrin; Garralda, Eduardo; Martin-Moreno, Jose María; Clark, David; Centeno, Carlos (2016): Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. In: *Journal of pain and symptom management* 52 (3), S. 370–377. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.03.008.
- World Health Organization (2020): Palliative care. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, letzte Aktualisierung 05.08.2020, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
- Wyatt, Kelly; Bastaki, Hamad; Davies, Nathan (2022): Delivering end-of-life care for patients with cancer at home: Interviews exploring the views and experiences of general practitioners. In: *Health & social care in the community* 30 (1), e126-e137. DOI: 10.1111/hsc.13419.

Young, J. T. (2004): Illness behaviour: a selective review and synthesis. In: *Sociology Health & Illness* 26 (1), S. 1–31. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2004.00376.x.

Zwolsman, Sandra; te Pas, Ellen; Hooft, Lotty; Wieringa-de Waard, Margreet; van Dijk, Nynke (2012): Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 62 (600), e511-21. DOI: 10.3399/bjgp12X652382.