



Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen



Der integrierte Palliative Dienst: Beginn einer neuen Krankenhauskultur

Eine Studie zur Sicht der Professionellen im Klinikum Links der Weser
auf den palliativen Liaisondienst

Abschlussbericht

Bremen, den 31.10.2016

Projektleiter

Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. 1 Versorgungsforschung
Universität Bremen
Grazer Straße 4
28359 Bremen
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Projektbeteiligte

Frau Prof. Dr. Maren Stamer
Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
E-Mail: stamer@ash-berlin.eu

Frau Prof. Dr. Veronika Müller
Studiengang Physiotherapie DUAL
hochschule 21 gemeinnützige GmbH
Staatlich anerkannte private Fachhochschule
Harburger Str. 6
21614 Buxtehude
E-Mail: mueller@hs21.de

Frau Nicole Höfling-Engels, Sozialpädagogin/Sozialarbeitswissenschaftlerin, Bremen

Zitierweise für diesen Bericht:

Norbert Schmacke, Maren Stamer, Veronika Müller, Nicole Höfling-Engels. Der integrierte Palliative Dienst: Beginn einer neuen Krankenhauskultur. Eine Studie zur Sicht der Professionellen im Klinikum Links der Weser auf den palliativen Liaisondienst. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen.

Danksagung

Unser ganz besonderer Dank gilt den Beschäftigten des Klinikums Links der Weser in Bremen, die sich für die dieser Studie zugrunde liegenden Interviews zur Verfügung gestellt haben. Ohne ihre Offenheit und ihre Bereitwilligkeit zu erzählen, wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen. Der Deutschen Krebsgesellschaft danken wir für die Übernahme der Transkriptionskosten.

Norbert Schmacke - Maren Stamer - Veronika Müller - Nicole Höfling-Engels

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	5
2 METHODIK	7
3 AUSSAGEN ZUM PLD	9
3.1 Der Nutzen des PLD	9
3.2 Die Kompetenzen des PLD	12
3.3 Spektrum und Stadium der Erkrankungen	17
3.4 Kuration und Palliation.....	18
3.5 Anforderung des PLD	20
3.6 Rahmenbedingungen für den PLD	21
3.7 Der PLD als Substitution nicht erbrachter Leistungen.....	23
3.8 Anregungen für die Zukunft	24
3.9 Der Name des Dienstes	24
4 ZUSAMMENFASSENDE DEUTUNG DER INTERVIEWAUSSAGEN FÜR DEN STANDORT DES PLD.....	25
5 AUSBLICK.....	28
LITERATUR	29
ANHANG 1	31

1 Einleitung und Fragestellung

Die Qualität und die Dichte an Angeboten in der palliativen Versorgung in Deutschland haben sich ohne Frage in den letzten Jahren deutlich verbessert, auch wenn der Ansatz von Palliation¹ aus einer systemischen Betrachtung heraus noch als Stiefkind der Medizin gelten muss. Das Klinikums Links der Weser (LdW) verfügt seit langem über eine Palliativstation. Vor sechs Jahren wurde in diesem Klinikum mit einer von der Helmut und Ruth Märtens-Stiftung geförderten Einrichtung eines palliativen Liaisondienstes der Weg eingeschlagen, eine Brücke zwischen den „Normal“-Stationen und der Palliativstation zu bauen. Längst nicht alle Schwerstkranken könnten auf solchen Spezialstationen betreut werden, nicht alle wollen das auch, und es gibt vor allem auch häufiger als gedacht Situationen im Krankheitsverlauf, in denen der Rückgriff auf palliative Kompetenzen hilfreich ist, ohne dass eine Verlegung auf eine Palliativstation nötig wäre. Das Klinikum LdW gehört zu den noch wenigen Kliniken in Deutschland, welche die Empfehlung des Europäischen Rates zur Entwicklung und Integration von Palliativen Unterstützerteams im Krankenhaus umgesetzt haben (Council of Europe 2004). Die aktuelle S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ beschreibt detailliert die evidenzbasierten Empfehlungen zum Stand von Palliativen Diensten im Krankenhaus. Die Umsetzung dieser Empfehlungen ist je nach Betrachtung ernüchternd bis ermutigend. Gärtner et al haben 2015 ein Studienprotokoll vorgelegt, demgemäß die heterogenen Reviews zum Stand der Integration palliativer Dienste im stationären Sektor systematisch ausgewertet werden sollen. Bezüglich stationärer Palliative Care Konsultationsdienste bestand lange Zeit große Zurückhaltung bezüglich der Nutzenbewertung wie auch der Kostenauswirkungen (Higginson et al. 2002), es wird aber immer deutlicher, dass sie ebenso wie ambulante palliative Dienste vermutlich dazu beitragen, bei Gewährung hoher Versorgungsqualität gleichzeitig Kosten zu sparen (Morrison et al. 2008). Hierüber noch sicherere Erkenntnisse zu gewinnen, ist von äußerst großer Bedeutung. Im letzten Lebensjahr fallen besonders hohe Kosten für die medizinische Versorgung an.

Im Rahmen der Anhörung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ (Deutscher Bundestag 2015) hat eine der führenden Palliativmedizinerinnen Deutschlands, Frau Claudia Bausewein, auf den hohen Stellenwert von Palliativdiensten in Krankenhäusern hingewiesen. Es spricht immer mehr dafür, dass ein gutes Ineinandergreifen ambulanter und stationärer Palliativdienste die Qualität der Betreuung für die Gruppe der Schwerstkranken steigert, zu einer wünschenswerten Um-

¹ Zur Terminologie: Kuration bedeutet Heilung, nicht Behandlung der Grunderkrankung. Wenn von Palliation die Rede ist, so ist damit ein Behandlungskonzept gemeint, das nicht allein ärztlich sondern immer multiprofessionell zu entwickeln ist. Wenn von Medizin die Rede ist, dann ist hier primär die ärztliche Komponente gemeint; alternativ hätte auch immer von ärztlich oder pflegerisch oder sozialarbeiterisch als den Bestandteilen der Medizin gesprochen werden können. Die Problematik einer einheitlichen Verwendung dieser Begriffe in der deutschen Sprache hat auch etwas mit der starken ärztlichen Dominanz in der medizinischen Versorgung zu tun. Im englischen ist demgegenüber nahezu durchgängig von palliative care die Rede, und die ist stets multiprofessionell konzipiert. Insofern ist auch der Begriff der Palliativmedizin nicht vor Missverständnissen geschützt. S. u.a. Gaertner et al 2014.

orientierung und Entlastung der Akutversorgung führt und sich beides letztlich auch noch mit einer Reduzierung der Gesamtkosten verbindet (Murtagh 2014, Morrison et al. 2008). Für die weitere Verankerung palliativer Konsultations- bzw. Liaisondienste im stationären Bereich ist aber nicht allein die Nutzen- und Kostendebatte wichtig, sondern auch die Frage der Akzeptanz bei den Professionellen selber. So konnten Kutner et al. (2004) ermitteln, dass der Information der Behandlungsteams über die Möglichkeit der Verbesserung der Versorgung durch palliative Konsultationsdienste auf den regulären Stationen große Bedeutung zukommt. Insofern lag es nahe, Ärztinnen und Ärzte wie Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, die längere Erfahrung mit einem solchen palliativen Dienst gemacht haben, nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen zum palliativen stationären Dienst zu befragen. Hierfür erschien ein qualitatives Studiendesign mittels leitfadengestützter Interviews (Flick et al. 2008, S. 19) und deren inhaltsanalytischer Auswertung die geeignete Forschungsmethode zu sein. Zur Implementierung des Bremer Liaisondienstes führte die Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung im Zeitraum Juli bis November 2015 eine qualitative Studie zur Frage der Wahrnehmung des Liaisondienstes durch Ärztinnen und Ärzten wie Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern der „Normal“-Stationen durch. Es handelt sich um eine Erhebung qualitativer Daten zu der Vorannahme, dass der Liaisondienst nicht allein für bestimmte Gruppen von Schwerstkranken einen Fortschritt darstellt (sein primäres Ziel), sondern damit gleichzeitig auch eine wichtige Unterstützungsfunktion für die Professionellen auf den Stationen leistet. Der Dienst besteht seit 6 Jahren und ist insofern weit über die Implementierungsphase hinaus. Interviews mit den LdW-internen professionellen NutzerInnen des Dienstes zielen mit anderen Worten auf die Frage ab, welchen Stellenwert der Dienst inzwischen in der ‚Routine‘ eines Klinikums mit eigener Palliativstation für die allgemeine stationäre Versorgung hat. Es interessierte, ob die Erhebung der Sicht der professionellen Akteure und Akteurinnen begründete Aussagen darüber erlauben kann,

- in welchen Situationen der Dienst in Anspruch genommen wird,
- ob es demzufolge ‚typische‘ Situationen gibt, in denen der Dienst in Anspruch genommen wird,
- ob und wenn ja in welcher Weise der Dienst als Unterstützung für die ‚Normalstationen‘ erlebt wird,
- ob und wenn ja in welcher Weise der Kontakt mit dem Dienst Einfluss auf Routinen der Normalstationen genommen hat,
- ob und wenn ja welche Perspektiven für einen solchen Dienst über den Status Quo hinaus gesehen und/oder als sinnvoll erachtet werden.

2 Methodik

Für die beschriebene Fragestellung (Erfahrungen und Einschätzungen zum PLD von Teammitgliedern auf „Normalstationen“ kamen grundsätzlich qualitative Verfahren in Betracht. Als optimal wäre eine Methodentriangulation (Kuckartz 2014, S. 13) einzustufen, die maßgeblich die teilnehmende Beobachtung umfassen würde. Aus pragmatischen Gründen (Ressourcenbegrenzung) schied dies aus, und es wurde auf die Methode der Experteninterviews (Meuser & Nagel 2005, 2009) zurückgegriffen. Dies erschien auch insofern begründet, als es sich bei dieser Erhebung unseres Wissens um die erste derartige Untersuchung überhaupt handelt. Die Gewinnung von InterviewpartnerInnen erfolgte nach Einholen der Genehmigung durch die Klinikleitung mittels Verteilung eines Merkblatts (Anlage 1).

Für das Vorab-Sample (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, Flick 2014) wurden die Kriterien Beruf, Status und Geschlecht berücksichtigt. Nach zehn Interviews schien eine interpretationsfähige Dichte und Vielfalt an Aussagen erreicht zu sein. Eine prinzipiell sicher wünschenswerte Verbreiterung des Samples schied aus Kapazitätsgründen aus.

Tabelle 1: Endgültige Samplezusammenstellung

	Oberärztin /-arzt		Stationsarzt /-ärztin		Stationsleiter/in Pflege (auch Stellv.)		Sozialarbeiter /-in	
	w	m	w	m	w	m	w	m
Bauchchirurgie			1	1				
Innere Onkologie	1	1				1		
Innere Allgemein			1					
Gynäkologie	1				2			
Nicht-Medizinischer Dienst							1	

Die Interviews wurden im Zeitraum Juli bis Dezember 2015 in der Klinik durchgeführt, auf Tonband aufgenommen und Wort für Wort vollständig transkribiert. Ein Interviewter war lediglich einverstanden, dass ein Kurzprotokoll des Interviews verwendet werden durfte. Ansonsten wurden alle Interviews im vollen Umfang für die Interpretation verwendet. Das schriftliche Einverständnis der Interviewten, basierend auf einer Information zur Studie, wurde eingeholt. Die Einschaltung einer Ethikkommission wurde nicht für nötig erachtet (Miethe 2010).

Die Interviews wurden seitens des Interviewers mit folgender (jeweils leicht modifizierter) Frage begonnen: „Vielen Dank für die Bereitschaft zu diesem Gespräch. Ich habe ja schon gesagt, es geht uns darum, in Erfahrung zu bringen, was diejenigen, die diesen Palliativdienst in Anspruch nehmen, darüber berichten mögen und können. Und deshalb am Anfang die ganz allgemeine Frage, ob Ihnen vielleicht eine bestimmte Situation oder Situatio-

nen einfallen, in der Zusammenarbeit und Inanspruchnahme dieses Dienstes. Es ist Ihnen aber freigestellt, wie Sie berichten möchten. Für uns ist alles wichtig, was für Sie wichtig ist.“ Die sich anschließenden Fragen nahmen Bezug auf den ersten Erzähl- bzw. Berichtsbogen der Interviewten. Die Formulierung der Fragen erfolgte in Anlehnung an Empfehlungen von Helfferich (2011). Der Interviewer bemühte sich darum, dass folgende Themen regelhaft angesprochen wurden:

- Die Bedeutung der eigenen Karriere und Einschätzungen zur Qualifizierung in Gesprächsführung
- Gründe und Zeitpunkte für die Hinzuziehung des PLD
- Wandel des Blicks auf den PLD
- Rollenverteilungen im Team im Behandlungsablauf
- Das Verständnis von Palliation
- Die Bedeutung von Rahmenbedingungen für die Versorgung
- Das Verhältnis des PLD zu anderen Diensten.

Die Interviews wurden mittels zusammenfassender sowie inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Mit Hilfe einer Kombination aus zusammenfassender und inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse konnten induktive und deduktive Herangehensweisen im Sinne des Erkenntnisinteresses der Studie gewinnbringend miteinander verknüpft werden (Mayring 2010, Schreier 2014).

Die Studie wurde durch Eigenmittel ermöglicht. Die Kosten für die Transkription der Interviews übernahm die Deutsche Krebsgesellschaft.

3 Aussagen zum PLD

3.1 Der Nutzen des PLD

Die Interviewten berichten über die Erfahrung, dass die Einschaltung des PLD die Entwicklung neuer Behandlungsperspektiven für schwerstkranke Patientinnen und Patienten ermöglicht hat. Sie sprechen von ihren eigenen professionellen Grenzen und den Alternativen, welche der Dienst nach einer von ihnen zunächst empfundenen Beendigung der Therapiemöglichkeiten aufzeigen kann. Hierin liegt offenbar auch eine Entlastung angesichts der erlebten eigenen Hilflosigkeit:

Den Kranken kann wieder etwas „angeboten“ werden, denn das Repertoire der eigenen Ansätze kann sich erschöpfen:

Weil wir auf der Station, mit unserer Planung, nicht weiterkommen, und da 'nen ganz dringenden Bedarf sehen, für den Patienten (1, 16-17).

Es wird nach neuen therapeutischen Optionen gesucht:

...und bei den Menschen die, schon weiter fortgeschritten sind, im onkologischen Bereich ist es häufiger der Fall, dass der Liaisondienst hinzugerufen wird. Grad' wenn's um, Verschlechterungen geht und, man überlegt, wie geht's weiter. Was ist, hilfreich. Soll noch 'ne Chemotherapie erfolgen oder, muss man vielleicht drüber nachdenken ob man, sich das, Lebensende anders vorstellt als nur mit, Therapie Therapie Therapie. Eine noch auf die nächste. Das ist 'nen, denk' ich 'nen umfangreiches Feld (1, 36-43).

In einer Variation dieses Suchmotivs wird formuliert, dass es etwas Anderes geben muss als den Abbruch der therapeutischen Beziehung:

(...) es lohnt sich immer dann den Liaisondienst zu rufen, wenn man, einen, Menschen hat. Und man sagt, da können wir nichts mehr für den tun. Die Therapie ist abgeschlossen. Er hat, massive Schmerzen. Mh, (--) gerade in der Kardiologie oder Chirurgie höre ich häufig, "der Patient muss einfach nur weg, organisier' mal Pflege" (1, 163-167)

Der PLD ist in einer anderen Darstellung die Institution, die gewissermaßen auf einer anderen Ebene als die Akutmedizin für Schwerstkranke im selben Krankenhaus eine Fortsetzung von Behandlung ermöglicht:

Ja auf jeden Fall ((mit einem überzeugenden Brustton sprechend)). (--) Also, ähm, (--) es äh, erleichtert schon so her, dass man dann einfach auch weiß, man kann was anbieten. Dass man sagen kann, wenn, wir sind jetzt zwar, mh, wir müssen uns irgendwie zurück ziehen. Wir sind eine akutmedizinische Einrichtung. Wir werden das nicht mehr alles machen können aber, wir können Kontakt herstellen, zu, Institutionen ne, wie den palliativen Versorgungs- die eben einfach da auch, weiter, vermitteln, und weiter helfen können. Und das macht, das hilft mir schon ungemein. Auf jeden Fall (8, 168-175).

Die Interviewten konkretisieren im Weiteren aber auch, in welcher Weise sie sich selber vom PLD unterstützt fühlen. Dabei nimmt das Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“ eine zentrale Rolle ein, angefangen von dem Erstgespräch über soeben ermittelte Diagnosen bis zur Erörterung vorliegender palliativer Erkrankungsstadien.

Also die Diagnoseaufklärung, mit den Konsequenzen. Das ist eigentlich für mich, die Hauptunterstützung (1, 477-478).

Der Nutzen der Einbindung des PLD in die Diagnoseaufklärung wird mit Blick auf die jungen Ärztinnen und Ärzte in folgender Weise formuliert:

Also die haben alle Angst, wenn sie (--) neu auf den Stationen sind. Dann heißt es, oh die Histologie ist gekommen. Herr Sowieso hat 'nen Bronchialkarzinom. Wer sagt ihm das? (--) Und das kann ich verstehen, die sind Mitte 20. (--) Ja. Die sind (--), da muss man sagen, die sind ja auch, mit Mitte 20 anders als wir mit Mitte 20 gewesen sind, ne. Und, (--) die, kommen eigentlich aus (--) unbeschwerten Verhältnissen, ohne, ohne Sorgen. Ohne, oder im wesentlichen, ohne Negativerlebnisse, aber auf einmal, werden sie mit diesen Geschichten konfrontiert. Und müssen jemand anders sagen dass das Leben endlich ist. Wie soll man das können? (3, 530-538)

AkteurInnen anderer Berufsgruppen betonen die grundlegende Bedeutung des PLD für die Entwicklung einer belastbaren kommunikativen Basis:

Aus ärztlicher Sicht kann es offenbar auch bedeutsam sein, dass der PLD von den Patientinnen und Patienten in einer fundamental anderen Rolle wahrgenommen wird als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die nicht nur als Hoffnungsträger für die Überwindung einer Krebserkrankung sondern auch als Verantwortliche für belastende Nebenwirkungen der damit einhergehenden Therapie gesehen werden können:

Und (--) die, der Überbringer der bösen Nachricht ist natürlich der Schuldige. So dass, oft auch zwischen Patient und Arzt da, 'ne hohe Spannung ist. (--) Und, (--) der der Arzt steht quasi auf der anderen Seite. Also der, der, wird, quasi gleichgesetzt mit einem Gegner. Der gehört sozusagen zum Tumor. (--) Während der- Frau X, vom Liaisondienst, damit ja nichts zu tun hat. Sondern mehr, patientenseitig steht. Und das wird auch so wahrgenommen... Ich bin die mit den Giften (3, 259-265 und 270).

Es wird darüber gesprochen, wie schwer es Ärztinnen und Ärzten fallen kann, die Grenzen der Medizin nicht nur deutlich zu machen, sondern auch selber zu akzeptieren. Dies schließt an die Wertschätzung des PLD zur Eröffnung neuer Behandlungsoptionen an, auch wenn deutlich wird, dass „Therapie“ und „palliative Therapie“ nach wie vor in klassischer Weise gegenübergestellt werden:

Und, da haben wir viele gemeinsame Gespräche geführt. Zusammen mit Frau (Mitarbeiterin des PLD). Mit dem Patienten zu dritt. Dann sie wieder mit ihm alleine, mit der Lebensgefährtin. Wir nochmal. (--) Und sind nach viel, vielen Gesprächen, doch zu dem Schluss gekommen, dass wir, k- keine Therapie machen werden. (--) Sondern, wirklich 'ne rein, palliative, [unverständlich, 1 Wort] Therapie, mit Schmerzmedikation. Mit, mit Infektbekämpfung, halt

auch lokal, weil das sich entzündete. Und hat wirklich, den gemeinsam begleitet über die Wochen, bis er dann starb... die die Gespräche waren sehr schwer, und so, sicher auch sehr belastend. ((atmet hörbar ein)) Aber immer so raus gehen dass man sagte, „das war belastend, aber dieses Gespräch war gut. Und das war hilfreich“. Und man stand nicht, alleine damit (3, 424-438).

Wie schwer es für Ärztinnen und Ärzte sein kann, Palliation in den eigenen (traditionell verstandenen) Behandlungsauftrag zu integrieren, wird in folgender Aussage besonders deutlich:

(...) wir müssen das natürlich dann auch irgendwann akzeptieren dass ist 'nen Patient dem wir jetzt im Moment, sagen müssen, es ist jetzt wirklich palliativ (8, 79-82).

In einem Interview mit einer Krankenpflegerin wird die geschilderte Unterstützungsfunktion für die Professionellen durch den PLD direkt angesprochen:

Sie, sie steht nicht nur den Patienten bei, sondern halt auch uns (6, IP2, 80).

In einem Interview wird hierzu auch über ein Schlüsselerlebnis gesprochen. Die Rede ist vom Leiden des gesamten Teams angesichts des Schicksals einer ganz jungen Patientin:

Bis dann, unsere Betreuerin (die Kollegin des PLD) gesagt hat zu mir mal (--) die Patientin braucht nicht unser Mitleid. Das hat mich persönlich, also auf einen so guten Stand gebracht, dass ich gedacht habe das ist das was mir weitergeholfen hat (6, IP 1, 32-35).

Gleichzeitig wird es offenkundig als großes Problem gesehen, sich selber im Sinne größerer Offenheit und einer Reflexion der eigenen Rolle auf die Belange der Patientinnen und Patienten einzulassen:

Kann ja auch sehr schmerzhaft sein (6, IP1, 353). Ja. (--) So ist es ja auch immer 'ne Auseinandersetzung mit dir selbst (6, IP2, 354-355).

Der PLD wird, auf eine Formel gebracht, in doppelter Weise als Nutzen stiftend erlebt: Er weist Wege über die bestehenden Routinen und Grenzen der stationären Versorgung hinaus, für die Kranken wie aber auch für die Professionellen. Im sechsten Jahr nach seiner Etablierung wird der Dienst von den Interviewpartnern und -partnerinnen als fester Bestandteil des therapeutischen Angebots angesehen. Anfängliche Skepsis darüber, worin der Sinn dieses neuen Angebots liegen könnte, scheinen im Lichte der hier durchgeführten Interviews verflogen:

Also ich weiß als-, es damals im Haus hieß, es wird einen Liaisondienst geben. War ich dem Ganzen, nicht skeptisch, aber sehr kritisch, gegenüber stehend. Pflege hat ja immer dieses Problem, dass sie, auch meint, oh da kommt jemand und holt mir meine Arbeit weg (6, IP2, 54-57).

Keiner ist da mehr, denkt was was will sie denn. Und, was macht sie- was macht sie hier oder. Will sie uns jetzt irgendwie be- Ratschläge geben, wie wir besser, den Patienten behandeln oder versorgen. Das ist überhaupt nicht mehr der Fall. Ne. (--) Und, es ist zur Zeit wirklich in in jedem, in in allen Belangen, eine zu- so- große Bereicherung für uns, und vor allem auch für den Patienten natürlich. Weil der sich natürlich, viel besser, versorgt fühlt auch ne (2, 68-74).

Und das hat sich, wirklich, zunehmend, als der Liaisondienst anfang, habe ich mich erst lange gefragt, was will der eigentlich hier. (--) wozu, mh, brauch' ich den? Wie soll, wie soll der überhaupt inhaltlich strukturiert sein. (--) Und das war glaub' ich im Anfang auch gar noch nicht so richtig klar, wie wie, die Situation gerade in der Klinik, sich darstellen wird, wo, die Kollegin vom Liaisondienst quasi, mitarbeitend hilft. (--) Und das hat sich im Laufe der Jahre, die er jetzt existiert, sehr deutlich kristallisiert. Er hat eine, deutliche Struktur gewonnen (3, 43-50).

In einem Interview wird die ergänzende Rolle des PLD besonders stark betont:

Also wir wären verloren ohne den Liaisondienst, muss man sagen. Also wir könnten zumachen (4, 618-620).

3.2 Die Kompetenzen des PLD

Aus den Interviews lässt sich ableiten, dass die befragten Professionellen zum einen ganz generell die Funktion des PLD im gesamten Versorgungsnetz wahrnehmen und diese Einbindung als zentral ansehen, zum anderen dem PLD aber auch spezifische Leistungsmerkmale in der alltäglichen Versorgung in der Klinik zuschreiben. Es geht vor allem um die Themen Vernetzung nach außen und innen, die Schaffung von Übergängen und das Angebot von Gesprächen in einem ausreichend erscheinenden Zeitumfang. Hierbei weisen Interviewte dem Dienst auch Rollen im Binnenverhältnis zur Krankenpflege und zur Medizin zu und weisen damit auf eine Erweiterung der bestehenden Interdisziplinarität hin. Der PLD verfügt in der Wahrnehmung der Interviewten über sonst nicht verfügbare Kontakte zu anderen Institutionen, v.a. im ambulanten Sektor:

Netzwerker. Dieser Liaisondienst hat einen riesen Netzwerk nach außen. In den ambulanten Bereich. Und, wenn eben dann der Liaisondienst wo anruft, dann, kriegt man halt einfach, eher Termine, wie wenn ich da jetzt irgendwo anrufe (4, 596-599).

Diese Vernetzungskompetenz ermöglicht das Überwinden bisheriger Barrieren zwischen ambulant und stationär:

D- das wirklich ein-, eine, eine, Verbesserung wie gesagt, von der, stationären, von dem stationären Aufenthalt, in die häusliche Versorgung oder auch, die Übernahme auf die Palliativstation, je nachdem, wie der Bedarf ist. Dass dieser Übergang, durch diesen palliativen Liaisondienst, so, so toll geebnet wird, und ohne Komplikation in der Regel verläuft. Und ohne

Hemmnisse oder Hindernisse. Dass man, man kann das einfach nur positiv finden (2, 506-512).

Also, (--), was mir, schon echt wichtig ist, dass der so 'ne große Verbindungsstelle einfach schafft. Also wirklich, dass, dass der auch so ein bisschen Verbindungsglied zwischen, der Station, der onkologischen Tagesklinik, der Palliativ-, dem ambulanten Palliativdienst ist, und, quasi dem Netzwerk, was eben an ambulanter, Möglichkeiten noch da ist. Also das ist wirklich, dass ist so, so 'ne Sammlung von, von Wissen und Netzwerk (4, 803-808).

In einem anderen Interview heißt es mit Blick auf diese Ermöglichung besserer Kontakte innerhalb der Klinik dazu: „es verzahnt miteinander“ (125, IP2, 194). Und so können auch Kommunikationsblockaden innerhalb der Klinik überwunden werden:

Ich hab' ja in Links der Weser 2004 im Sommer angefangen zu arbeiten, in der Onkologie. Und, da gab es, eigentlich, keine Zusammenarbeit zwischen den, Kollegen, die Palliativmedizin betrieben haben und der, Hämatonkologie. Sondern das war nur sehr strikt getrennte Bereiche. Die, zu diesem Zeitpunkt auch, keine Kommunikation, hatte ich den Eindruck, so richtig pflegen wollten. Und, quasi gemeinsam Patienten, behandeln wollten. Das hat sich, nach Einführung des Liaisondienstes deutlich geändert, weil die Verzahnung zweier Abteilungen, für mich, dann wirklich, Bedeutung im klinischen Alltag gefunden haben (3, 9-17).

Von allen Interviewten wird das Thema „Zeit“ angesprochen: der PLD wird als ein Dienst erlebt, der im Gegensatz zur eigenen Arbeitstaktung noch Zeit für die einzelnen Kranken habe. Nur so könne Wesentliches im Kontakt mit Patientinnen und Patienten angesprochen werden:

Dass sich jemand Zeit nimmt, (--), einmal die Erkrankung zu erklären. Was bedeutet das überhaupt für mich. Und dann auch, welche, Folgen, kann das, in meinem, weiteren Leben haben. Was bedeutet das, für mich, an Einschränkungen (1, 18-21).

Und dann fallen sie (die PatientInnen, Anmerk. d. Verf.) erstmal in 'nen riesen Loch. Um, dieses quasi aufzufangen und auch, die ganze, Situation so ein bisschen zu entschleunigen (4, 74-75).

Und dann hat sie (eine Patientin, Anmerk. d. Verf.) gemeint, „ja, jetzt wär' eben nochmal der Liaisondienst da gewesen und sie hätten doch jetzt echt ganz tolle Gespräche geführt“ – da kann ich Ihnen hunderte Geschichten erzählen (4, 712-713).

Es wird auch noch deutlicher angesprochen, dass es nicht allein um die Dauer von Kontakten und Gesprächen zwischen dem PLD und den Patientinnen und Patienten geht, sondern um Gesprächskompetenzen, die als spezifisch und über die eigenen Fähigkeiten hinausgehend erlebt werden:

Und, in Gesprächen mit dem Liasondienst, kommen einfach andere, Punkte bei den Patienten raus, die in 'nem ärztlichen Gespräch, egal auch wenn ich mich 24 Stunden mit der Patientin hinsetzen würde, nie rauskommen würden. Weil die die, mir nie erzählen würde (4, 331-334).

Ja das ist auch so 'nen über-den-Tellerrand-hinaus-Blick ne (6, IP1, 88).

Also dass man schon merkt, dass einfach, dieses, Neben- (--) die ganzen Dinge die neben dem Medizinischen bei der Erkrankung sind, dass die, total wichtig sind (4, 23-25).

Es bedarf nach Aussagen von Interviewten besonderer, in der eigenen Berufsgruppe nicht erlebter Gesprächskompetenzen, um den Bedürfnissen Schwerkranker Rechnung tragen zu können:

Es geht dann ja doch, nicht, im Endeffekt darum, es ist halt das, was ich am Anfang sagte, so ja, als es hieß es wird diesen Liaisondienst geben, „ja glauben die denn ich rede nicht mit dem Patienten?“ „Glauben die denn ich kann nicht mit dem reden, dass hier da noch jemand dazu kommt“. Und ich muss, mittlerweile über die Zeit sagen (--) glauben die richtig, glaub' ich auch nicht. Ich glaube auch, nicht, dass ich so, wie Frau X, mit dem Patienten, reden, könnte. (--) Weil mir einfach, mir fehlt die Ausbildung dazu. Mir fehlt das Wissen dazu. Die Weiterbildung, ja (6, IP2, 444-452).

Gesprochen wird auch vom Erleben der Grenzen von Aufklärungsbemühungen:

Selbst, sehr engagierte Ärzte, die schon 'nen paar Jahre im Haus sind sagen mir, „ich hab' den Patienten das ausführlich erklärt“. Sieht keinen Grund jetzt da noch weiter, erklärend tätig zu werden. (--) Aber der Patient sagt er hat's trotzdem nicht verstanden. (--) Und, manchmal, gibt's da unterschiedliche, (--) Verständnisse also, also Grund-, Grundverständnisse, von dem worüber man spricht. Manchmal spricht man ja auch aneinander vorbei (1, 212-217).

Und es wird angenommen, dass Professionelle im PLD einen uneinholbaren Erfahrungsvorsprung haben:

Wir haben, am Anfang, viel auch einfach selber gemacht. Und, aber man muss ehrlicherweise einfach sagen, dass sie, bei den palliativen Patienten soviel Erfahrung haben, bis wir diese, nach seiner Erfahrung, jetzt, jeder einzelne von uns erreichen wird, gehen wir wahrscheinlich in Rente. (--) Also, das, und da sind wir halt, sehr großzügig und, haben all- allerdings von denen natürlich auch schon, viel gelernt. Dass wir, viele Sachen jetzt auch von denen übernehmen können (4, 214-220).

Die Frage im Interview, ob jüngere Ärztinnen und Ärzte, die in den Reformstudiengängen ein Training in Gesprächsführung erhalten haben, weniger auf die spezifischen Kompetenzen des PLD angewiesen sind, wird von den erfahreneren ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen im Kern verneint:

Weil zumal, zum einen ist immer noch, ist, relativ wenig, Kollegen sind die ich kenne die, von denen ich bewusst weiß dass sie aus dem Reformstudiengang kommen. Und, (--) ich weiß immer nicht woran es liegt, man kriegt immer mit, es gibt immer wieder junge Kollegen die können so was sehr schnell sehr gut. Und es gibt welche, die können es nicht so gut. Ich denke das ist sehr individuell. Also ich sehe das nich- s-, ob ich jetzt das Gefühl hab' dass die das, besser können, das weiß ich nicht (8,388-399).

Die „Jungen“ könnten aber durch die Beobachtung der Gesprächsführung des PLD lernen (was entsprechend übereinstimmender Aussagen in den Interviews aber nicht regelhaft praktiziert wird):

Also ich glaube hilfreich ist es immer mal wieder, auf, wär's für junge Kollegen, bei solchen Gesprächen einfach an-, einfach still anwesend zu sein. (--) Und (--) weil man durch aufmerksames Zuhören dann, schon, merkt, ach so geht das. So kann man das auch formulieren. So kriegt man Zugang (3, 227-230).

Problemzentrierung, Konstanz und Zuverlässigkeit in der Begleitung von Schwerkranken werden als weitere bedeutende Facetten der dem Dienst zugeschriebenen Kompetenzen geschildert:

Und eben auch, psychologische Gespräche führen kann, aber keine Psychologen sind. Also dass, dann im Prinzip ja nicht so läuft wie 'nen psychologisches Gespräch (--) äh (--) Gespräch, wo dann irgendwie, mit, Problemen in der Kindheit angefangen wird. Sondern zu der wirklich die, aktuelle Situation, eben aufgearbeitet wird (4, 50-54).

Dass, dass da halt, der palliative Liaisondienst, dann, gerufen wird oder kommt. Und sich schon in der Tagesklinik um diese Patienten kümmert. Von sich aus auch kommt, wenn die Patienten immer wieder kommen. Und solche Dinge halt schon, schon beredet. Und und bespricht, immer wieder (2, 30-33).

Das ist so dass, zum einen, gerade Frau (Name der Kollegin des PLD) eigentlich, immer zur Verfügung steht und immer auch sehr zeitnah kommen kann (8, 9-11).

Die Zuverlässigkeit zeichnet für einen Interviewten diesen Dienst vor den sonstigen ebenfalls wertgeschätzten Konsiliardiensten besonders aus (5, 5—8). Und dieses Herausheben zeigt Verbindungen zu Einschätzungen der Positionierung des PLD innerhalb der Klinikhierarchie:

(...) dass, auch, eine Krankenschwester mit 'ner psychoonkologischen Ausbildung, eine hohe Kompetenz besitzt. Die, eigentlich, letztendlich auch als gleichwertig einzustufen ist, zu der Kompetenz, die wir im medizinischen Bereich, therapeutischen Bereich haben. Und da gibt's, 'ne gewisse Kollision und Spannung, die die kriegen wir auch nicht aufgelöst (3, 150-155).

(...) ich glaub' schon, dass Frau (Name der Kollegin des PLD), also gerade jetzt speziell durch die Arbeit die sie auch vorher gemacht hat. Und auch die entsprechenden Fortbildungen die sie dafür hat, im palliativen Bereich, mehr weiß als die Schwestern auf den Stationen (1, 372-375).

Die zugeschriebenen Kompetenzen werden auch als hilfreich für die Fortbildung in der eigenen Disziplin betrachtet:

Also im speziellen Fall anwenden und die, Pflegekräfte, anleiten. Das macht sie ja auch durchaus, und ist offen dafür. Pflegekräfte anzuleiten, wie man jemanden der schwer krank ist, definitiv krank ist, pflegt. (--) Welche Möglichkeiten es, gibt, dem Erleichterung zu schaffen, bei der Pflege (1, 378-382)

(Im Kontext der Motive zur Inanspruchnahme des PLD): Ja also, in erster Linie Schmerz. Dann aber auch, mit einer un- ist eher seltener, einer, Übelkeit Erbrechen, Symptomatik, die schwer einzustellen ist. Mit den, gegebenen Mitteln, wo oft dann auch psychische Komponenten eine Rolle spielen. Und man zu anderen Mitteln oft d- zurückgreifen muss (2, 341-345).

Eine Interviewte antwortet auf die Frage, ob der PLD letztlich ein neuer Spezialdienst sei:

Das ist 'nen Spezialdienst (...). Aber der trotzdem, die Einbindung im Ganzen findet. Es ist nicht zu trennen (6, IP I, 375 und 377-378).

Spezialisiert ist der PLD auch noch aus einer anderen Perspektive. Die Rede ist von der Trennung von ‚Medizinischem‘ und ‚Begleitendem‘:

(...) ich glaub' das ist schon ganz gut dass das einfach, auch getrennt wird, das Medizinische und das Begleitende (4, 246-248).

Und hieran anknüpfend wird bezüglich der Option gemeinsamer Visiten mit dem PLD ausgeführt:

Und ich glaub' auch wirklich, dass das die Patienten gar nicht unbedingt wollen. Weil, auch für die Patienten ist es irgendwie wichtig zu wissen, wo, geh' ich mit welchen Problemen hin.

Und, so ist das glaub' ich schon wichtig zu sagen okay, was meine Tumorerkrankung angeht, meine Therapie, meine Prognose und so weiter. Das klär' ich ärztlich (4, 266-270).

Überschneidungen dieser letzten Aussage mit dem Thema der unterschiedlichen beruflichen Identität und v.a. dem ärztlichen Selbstverständnis liegen auf der Hand: so sehr der PLD als qualitative Bereicherung des traditionellen Behandlungskonzepts erlebt wird, so schwer scheint es für Ärztinnen und Ärzte zu sein, damit die über viele Generationen institutionalisierte und immer wieder aufs Neue in der eigenen Sozialisation zugeschriebene wie übernommene Rollenzuweisung als überwindbar zu denken.

3.3 Spektrum und Stadium der Erkrankungen

Es zieht sich durch alle Interviews, dass die Begleitung von Menschen mit Krebserkrankungen im Mittelpunkt der Hereinnahme des PLD in die Therapiekette steht. Und hier stehen wiederum die spezialisierten Stationen und die Tagesklinik im Vordergrund. Es hat den Anschein, dass der PLD in der gynäkologischen Klinik am weitestens integriert ist, wobei angesichts des Samples gewisse Vorsicht bei einer solchen Interpretation geboten ist. Zugleich wird der Dienst dort offenkundig nicht ausschließlich bei Frauen in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien eingebunden, sondern frühzeitig zum Auffangen des Schocks im Rahmen von Diagnoseübermittlung und Ersttherapie (4, 100 und 169). Auf den allgemein-internistischen und chirurgischen Stationen ist die Hinzuziehung des PLD den Interviewten zufolge vermutlich noch selten, die Notwendigkeit für eine Einbeziehung des PLD im Hinblick auf dort vorhandene Indikationen ist den Interviews – wenn auch unterschiedlich stark – durchaus vorhanden:

Und, nicht immer erst, wenn 'ne palliative Situation erreicht ist. Das kann auch durch schon, früher sinnvoll sein (1, 177-179).

Das ist ja auch ganz entscheidend, dass schon, früh, der Weg geebnet wird, die ganzen Symptome, die Beschwerden zu lindern. Und auch schon, wenn's dann nach Hause geht. Die Betreuung zu Hause. Dass das alles schon ganz früh geebnet wird. (--) Und das ist wirklich nur ein, nur ein Gewinn. Kann man wirklich sagen (2, 363-367).

(...) worüber ich persönlich froh bin ist, auch im, im Bereich Kardiologie oder innere Medizin, bei Menschen mit, schweren Herzerkrankungen, die nicht mehr therapierbar sind (1, 43-45).

Und, palliative Situationen, kommen dann in der Menge der Patienten nicht so häufig vor. Aber sie kommen vor. Und, die Auseinandersetzung glaub' ich, gerade von, neuen jungen KollegInnen, ist da nicht so weit fortgeschritten (1, 141-144).

Mh, ich glaube auf den allgemeinen, internistischen Stationen, ist das nicht ganz so verbreitet. Das heißt nicht dass wir das gar nicht in Anspruch nehmen, aber ich glaube häufig, ist das nicht so präsent (9, 37-39).

3.4 Kuration und Palliation

Welche Aussagen werden in den Interviews zur Abgrenzung von Kuration und Palliation gemacht und inwieweit wird ein ausdrückliches Verständnis von Palliation im Behandlungsgefüge artikuliert? Zu dieser aus wissenschaftlicher wie versorgungspraktischer Sicht besonders relevanten Fragestellung finden sich eine Reihe zentraler Ausführungen.

Aus Sicht von Akteuren/Akteurinnen verschiedener Gesundheitsberufe bedeutet es für Ärztinnen und Ärzte eine besondere Herausforderung, Palliation gleichberechtigt in ihren verinnerlichten Behandlungsauftrag zu integrieren, der klassisch im Sinne von Kuration gedacht wird:

Die Möglichkeit keine Therapie, durchzuführen, ist eigentlich, wird nicht, so wirklich gedacht, glaub' ich, bei vielen, Medizinern (1, 349-350).

Interviewer: Der palliative Liaisondienst tut aber auch?

Interviewte: Ja. Der tut auch, aber, im Sinne von Heilung und, Behandlung, wird, der Bereich dann ausgeklammert (1, 358-359).

Die Interviewte schildert noch eine von ihr erlebte Situation in der kardiologischen Klinik, die dafür spricht, dass auch Pflege vom klassischen Behandlungsbegriff geprägt sein kann:

Ich hab' 'nen paar Fragen dazu gestellt und dann, hab' ich drum gebeten, weil die Ärztin, noch nicht mal wusste, ob sie die Patientin nun aufgeklärt hatte über die, Nichttherapiefähigkeit. (--) Und, sie wollten alle nur, dass ich schnell, die Entlassung organisiere. Dass die Frau, entlassen werden kann. Hatte 'nen massiven Druck, in, in der Brust. Dass ich um 'nen Schmerzkonsil, und Konsil präventiv diesen Liaisondienst gebeten habe. (--) Und die, spontane Antwort einer Schwester war, „die kann damit noch drei Jahre leben“. (--) Das braucht noch nicht. (--) So, Palliativmedizin mit finalen, Begleitungen, verbunden wurde. Das es aber, (--) nicht nur, die, Begleitung des Lebensendes ist sondern schon weit vorher ansetzt, das ist, machte nochmal deutlich, wie wenig das bekannt ist (1, 511-518).

Von Seiten der Pflege wird der folgenden Ausführung zufolge scheinbar vollständig akzeptiert, dass die Festlegung der Grenze zwischen Kuration und Palliation eine rein ärztliche Aufgabe ist:

Das entscheiden ja die Ärzte. Entscheiden ja, gehen davon aus, wenn sie eine Diagnose stellen, dass, der Tumor, oder die Krebserkrankung, durch die Therapie zu heilen ist. Oder nicht zu heilen. Die Aussichten bestehen gut oder sie stehen nicht so gut. (--) Und, da machen die Ärzte in erster Linie die Unterscheidung. Und, geben, teilen uns das dann mit. Und dann heißt es entweder ist er, besteht Aussicht auf Heilung oder es ist 'ne palliative Situation (2, 202-208).

Aus ärztlicher Sicht wird die Ansicht vertreten, dass die Kompetenzen zwischen der betreuenden Ärztinnen und Ärzten und dem PLD gewissermaßen natürlich verteilt sind. Es liegt die Deutung nahe, dass insofern im ärztlichen Bewusstsein das Verhältnis von Kuration zu Palliation nach wie vor als ‚angespannt‘ verankert ist:

Weil, auch für die Patienten ist es irgendwie wichtig zu wissen, wo, wo geh' ich mit welchen Problemen hin. Und so ist das glaub' ich schon wichtig zu sagen okay, was meine Tumorerkrankung angeht, meine Therapie, meine Prognose und so weiter. Das klär' ich ärztlich. Das find' ich sollten, sollte auch nicht über den Liaisondienst geklärt werden also, dass man, wenn klar ist okay, das ist 'ne Patientin die weiß bestimmt, dass das natürlich auch erörtert wird, die Angst vor dem Tod, zum Beispiel. Im Liaisondienst, das ist ganz klar. Das gehört natürlich da auch dazu aber, zu, das erstmalige Sagen von 'ner Prognose, das sollte denk' ich schon, ärztlicherseits auch erfolgen. (--) Weil ich glaub' da sind auch die Kompetenzen einfach so, so, verteilt (4, 267-277/).

Es findet sich in der Ärzteschaft aber auch die Perspektive, dass es im herkömmlichen Verständnis der Medizin als Niederlage empfunden wird, wenn Palliation an die Stelle von Kuration tritt und dass es eine neue Erfahrung ist, dass Palliation sehr wohl ein langfristiges Behandlungskonzept anbieten kann:

Einfach weil man, glaub' ich, überhaupt, in der letzten Zeit auch wir alle gelernt haben, dass eben, (--) palliativ nicht heißt, was ja auch-, Patienten lernen müssen, wie wir. Dass palliativ nicht einfach nur heißt, jetzt noch ((klatscht Hände auf den Schoß)), eben sterben und dann ist es. Sondern dass da auch noch 'ne ganz lange Phase sein kann, wo man eben viel machen kann. Und wo man eben Patienten eben auch, oder den, [unverständlich, ca. 2 Wörter] eben viel helfen kann. Betreuen kann. Und ich glaube dieses Bewusstsein hat sich, allgemein würd' ich sagen, durchgesetzt. Dass man das glaub' ich, heute, vielleicht nicht mehr so stark so als Niederlage sieht (8, 260-269).

Es spricht viel dafür, dass das dichotome Verständnis von Kuration und Palliation tief im Bewusstsein primär der Ärzteschaft, aber konsekutiv innerhalb traditioneller Rollenverteilung auch in der Pflege verankert sein dürfte. Das spiegelt sich vielleicht am nachdrücklichsten in folgender Aussage einer Pflegekraft (?):

(--) also der Liason kommt vor allem dann ins Spiel, wenn's einfach drum geht, machen wir noch Therapie oder machen wir keine Therapie mehr (4, 301-302).

3.5 Anforderung des PLD

Der PLD wird in diesem Klinikum wie ein Konsiliardienst über die betriebsinterne Software angefordert. Damit findet er zudem Eingang in das Abrechnungssystem. Zuständig für den PLD sind formal die Ärztinnen und Ärzte:

(...) alle Abteilungen werden über so 'nen Konsil im, PC, SAP-System, eingestellt. Auch Sozialdienst, palliative Liaisondienst. Schmerz-, Röntgen, all' das was man eben, für den Patienten braucht, von Station aus. Wird über das, SAP-System angemeldet (1, 54-58).

In der Praxis füllen aber nach Aussagen von InterviewpartnerInnen auch Pflegekräfte das Anforderungsformular aus. Es gab auch Stimmen, denen zufolge alle Professionen je nach Situation das System bedienen (z.B.4, 225).

Über den Sozialdienst werden z.T. Angehörige auch auf den PLD aufmerksam gemacht, die dann auf der Station um entsprechende Kontaktaufnahme bitten (1, 58-62).

Von vermutlich großer Bedeutung ist schließlich die Arbeitsweise des PLD selber, der durch seine häufige Präsenz auf den Stationen das Nachdenken über die Sinnhaftigkeit palliativer Beratung anregt:

Und, wenn Frau (Name der Kollegin des PLD) ist glaub' ich, ich weiß nicht ob sie das bewusst macht. Oder ob sie, das auch weil, sie ist meist, zu den Visitenzeiten, (--) ist sie auch auf Station. So dass sie halt wenn sie sieht, da steht immer dieser Datenwagen vor den Zimmern. (--) Und dann, sieht sie ja, dass da, dass da die Pflege und der Arzt Visite machen. Und dann kommt sie einfach dazu. Dann kommt sie dazu und teilt ihre, Erkenntnisse mit und, tauschen sich dann aus. Dass so das, der, direkte Austausch, sofort vor dem Patientenzimmer stattfindet (2, 309-31).

3.6 Rahmenbedingungen für den PLD

Aus unterschiedlichen Perspektiven taucht in den Interviews das Thema ‚Ökonomisierung‘ auf: Interviewte erleben zum einen, dass der Alltag stärker als früher durch die Erwartung hoher Erlöse geprägt wird und zum anderen, dass damit einhergehend die Spielräume für eine umsichtige Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen und die angemessene Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse von PatientInnen viel enger geworden sind (z.B. 114, IP (Nummer) 188-208). Früher übliche Routinen der Ermöglichung des Austauschs zwischen Akteuren/Akteurinnen verschiedener Professionen sind offenkundig ins Wanken gekommen, festzumachen u.a. daran, dass es kaum noch gemeinsame Visiten des ärztlichen und des pflegerischen Bereichs gibt (113, IP (Nummer), 280-283 sowie 114, IP (Nummer), 291-294). Teambesprechungen dienen aus Sicht von Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen v.a. der Regelung von Arbeitsabläufen:

Wobei man sagen muss dass wir auch keine, Teambesprechung in dem Sinne machen, dass wir unsere Patienten besprechen. Sondern man, dann, dann geht das eigentlich mehr um Organisation und so was (6, IP1, 217-219).

Gemeinsame Fortbildungen und Supervision für Teams finden nach dem Gesagten nicht statt, obwohl der Bedarf gesehen wird:

Also für die, für den Pflegedienst hat das, immer mal wiedergegeben. Also da gibt's, Supervisionsgruppen. Die, (--) ich glaub' vor zwei Jahren ((etwas leiser sprechend)), das lief dann über 'nen ganzes Jahr. (--) Ähm, in regelmäßigen Abständen. Aber es hat im Wesentlichen das Pflegepersonal getroffen. (--) Was aber hochdankbar war dass es das hatte. Aber es war keine gemeinsame Veranstaltung, von Ärzten und Pflegepersonal (3, 556-565).

Schade finde ich halt wirklich, dass so 'ne Fortbildung selten von Ärzten besucht werden. Also ich hab' noch keine, Kommunikations-, schulung gehabt, in dem, irgendwelche Ärzte zum Beispiel anwesend waren (6, IP2, 512-515).

Weil, in dem täglichen Trott, ma- al-, in dieser verdichteten Arbeitswelt, bleibt die Selbst-, Reflektion, während der Arbeitszeit, manchmal doch etwas auf der Strecke. Beziehungsweise man ist unwillkürlich, wenn's, wenn's wirklich richtig überall brennt und man nur noch schnell sein muss, damit es, passiert, hat man keine gute Selbstwahrnehmung mehr, wie man, eigentlich dann nach außen, wirkt. (--) (3, 212-218).

Eine Variante der Ökonomisierungsdebatte findet sich in folgender Aussage:

Ich bin ja einer von denen die es noch mitgekriegt haben, find' ich, als ich vor zehn Jahren oder, studiert habe, fing das an diese (--), fan- wenn, find' ich immer rückblickend, dieser Paradigmenwechsel, der Medizin hin zur Dienstleistung. (--), Und, so wird man, hab' ich halt mal als Arzt oft das Gefühl, eben auch wahr genommen. Ne als Dienstleister wie so bin- und-. Das, spiegelt sich in vielem wieder ne. Beschwerden. Über, vermeintlich, oder, tatsächlich nicht, gute Behandlung. Also das ist also, das Anspruchsdenken ist sehr hoch (8, 334-440).

Dies ließe sich so deuten, dass ÄrztInnen in Sorge sind, ihre eigenen fachlichen Vorstellungen von guter Versorgung realisieren zu können, weil ‚Kundenzufriedenheit‘ einen unzulässigen Stellenwert erhalten kann. Dies kann hier natürlich nicht bewertet werden: das Zitat verweist aber auf einen weiteren, vielleicht wenig beleuchteten Aspekt der Rahmenbedingungen für patientenzentrierte Versorgung hin.

In einem Interview wird explizit darauf hingewiesen, wie wichtig es für die jungen ÄrztInnen ist, dass sie sich bezüglich der Einbindung des PLD durch die Vorgesetzten unterstützt fühlen:

Leider wenn die obere Etage dem Ganzen nicht aufgeschlossen gegenüber ist, dann hat der, der Assistenzarzt da nicht so viele Chancen. Das, das ist so. und dann muss der Assistenzarzt auch schon 'nen bisschen Erfahrung haben im Haus, um zu sagen, ich mach's aber trotzdem (1, 298-301).

Als weiteres Problem wurde geschildert, dass die Organisation von Ausbildung wie auch berufliche Spezialisierungsprozesse die Chancen verringert habe, an gemeinsamen Standards für eine patientenzentrierte Versorgung zu arbeiten. Als Beispiel wird hingewiesen auf die Logik der ärztlichen Facharztweiterbildung, welche einen häufigen, gelegentlich vierteljährlichen Stationswechsel mit sich bringt, so dass eine Teambindung erschwert werde (116, IP (Nummer), 618). Als weiteres Beispiel kann der Hinweis auf den wachsenden Spezialisierungsgrad in der Pflege gelten, der die Anforderungen an die jeweils prägenden Kompetenzen stärker berücksichtige als übergreifende Pflegeaspekte:

Ich glaube Pflege ist mittlerweile sehr spezialisiert. (--), Also, unabhängig davon dass überall Personalnot, herrscht. Ist sie, von Station zu Station sehr spezialisiert. Man, kann nicht einfach von 'ner Chirurgie in die, Innere oder Kardiologie springen und, sagen man kann da ganz normal arbeiten. Das sind einfach, so, unterschiedliche Anforderungen auch ans Pflegepersonal (1, 392-396).

Es finden sich auch Aussagen, die direkt auf die mangelnde Einordnung des PLD in den Klinikalltag hinweisen:

Das Unglückliche ist, das einzig unglückliche bei der Situation ist dass, Frau (Name der Kollegin des PLD), im Rahmen der Tagesklinik, wo, wo sie sehr viele Patienten betreut, kein eigenes Zimmer hat. Ähm (--), und diese Patientengespräche entweder, in diesem groß- größeren Therapiezimmern, das sind ja drei, stattfinden (3, 446-450).

Es ist offenkundig auch mehr dem Zufall überlassen, wie der Dialog zwischen PLD und StationsmitarbeiterInnen organisiert wird: Gespräche zwischen Mitarbeitenden der Station und PLD finden, so eine Aussage, „zwischen Tür und Angel“ statt (125, IP I, 774).

3.7 Der PLD als Substitution nicht erbrachter Leistungen

In einigen Interviews wird angesprochen, inwieweit der PLD Funktionen übernimmt, die prinzipiell Standard im Klinikalltag sein sollten:

Ähm, ja grundsätzlich ist mir glaube ich wichtig, dass im Krankenhaus die Personalsituation einfach so ist, das Ärzte und Schwestern, vieles was selbstverständlich sein sollte nicht mehr leisten können. (--) Und, vieles wäre vielleicht auch dann, nicht so, schlimm, was das zuhören und beraten, von Ärzten und Schwestern angeht. Würde nicht so, so ein Loch reißen, wenn es mehr Personal gäbe. (--) Nichtsdestotrotz finde ich die Einrichtung vom, Liaisondienst, gut. Weil er einfach nochmal, 'nen anderen Blick (--) von außen mitbringt. (--) (1, 553-562).

Angesprochen wird, dass es keine Möglichkeit gibt, einen klinikeigenen psychologischen Dienst in Anspruch zu nehmen und insofern der PLD an Bedeutung gewinnt (z.B. 4, 13-17) auch:

Und weil wir ja auch, so 'nen klassischen Onko- ähm, psychiatrischen Dienst, haben wir nicht im Hause. Das ist natürlich vielleicht auch so 'nen bisschen Missbrauch dieses Dienstes (8, 44-47).

Das ist, sehr gut für Patienten wenn man die gleich von Anfang an, führt. Das ist ja auch so das Prinzip was in Brustkrebszentren, zertifiziert geführte, eigentlich, durchgezogen wird. Dass gleich von Anfang an, ich glaub' da ist, meist 'nen Psychologe, mit eingeschaltet wird (3, 113-116).

Unter Hinweis auf die Qualitätsanforderungen an Brustzentren wird dann auch dezidiert die Einstellung von PsychologInnen gefordert (119, IP (Nummer), 544-548 sowie 571-572).

In einem Interview wird dann aber darauf hingewiesen, dass auf die Forderung nach Verstärkung eines Teams durch eine Psychologin mit dem Hinweis auf das Vorhandensein des PLD reagiert worden sei (4, 807-814). Die generelle Gefahr der Substitution genuiner Versorgungsleistungen durch spezialisierte Angebote kommt besonders klar in folgendem Statement heraus:

Das ist das Problem aller Formen des Delegierens und macht die Janusköpfigkeit derartiger Spezialdienste aus (5, 54-57).

3.8 Anregungen für die Zukunft

Neben der Forderung nach Wiedereinstellung von PsychologInnen tauchen folgende Anregungen zur Verbesserung der PatientInnenversorgung auf:

- Die Intensivierung gemeinsamer Fortbildungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich (1, 497 und 3, 499-502)
- Die systematische Einbeziehung des PLD in Fallkonferenzen (6, IP 1, 735-743)
- Die systematische Einbeziehung des PLD in Erstgespräche mit PatientInnen, die vor schwierigen Entscheidungen stehen (5, 119-120)
- Die Verstärkung des PLD angesichts erkennbarer Überforderung (6, IP 2, 170-172).

Manches, was von außen betrachtet selbstverständlich sein könnte wie gemeinsame Gespräche mit Kranken und Angehörigen, ist aber nicht für alle ein auf der Hand liegender Weg zur Integration des Palliativdienstes:

Dass muss ich gestehen habe ich noch gar nicht drüber nachgedacht. Weil ich das schon immer so sehe das ist ja, also, schon als meine oder als unserer Aufgabe als Ärzte sehe dass wir erstmal das Gespräch über, die Krankheit führen (8, 348-351).

3.9 Der Name des Dienstes

Vom Interviewer wurde immer die Frage gestellt, ob die Interviewten etwas zu dem Namen „Palliativer Liaisondienst“ sagen wollten. Es wurde überdeutlich, dass durchweg zum Ausdruck gebracht wurde, der Name „klinge schwierig“ (4, 750-752) und niemand wisse, „was das überhaupt ist“ (1, 530). Mit „palliativ“ verbinden einer Äußerung zufolge „wir alle, oh mein Gott morgen ist es zu Ende“ (125, IP 2, 235-237, ähnlich 9, 114-116). Offenbar wird der Begriff auch PatientInnen gegenüber gern umschrieben, um dieses problematisch erachtete Wording zu vermeiden:

Ich kündige ihn auch nicht so an, weil mir das einfach zuviel Mühe macht, dass so ausführlich zu erklären, sondern ich ich, "wir haben 'ne Kollegin, mit 'ner psychoonkologischen Spezialweiterbildung. Die anbietet, mit Ihnen über Ihre allgemeine Situation, Hilfen, etc. zu reden". (--) Also als Liaisondienst kündige ich das nicht an. Da, da gucken die mich alle an, nach dem Motto, was will sie jetzt noch. (3, 404-409).

Die Verwendung des Namens „Palliativer Liaisondienst“ erscheint somit zum einen immer stark erläuterungsbedürftig, zum anderen aber womöglich auch als angstausslösend.

4 Zusammenfassende Deutung der Interviewaussagen für den Standort des PLD

Die erste übergreifende Deutung lautet: der PLD ist als ein gewissermaßen top-down-implementierter Spezialdienst nach nunmehr sechs Jahren in der innerklinischen Behandlungskette anerkannt, anfängliche Skepsis ist gewichen. Das mag im Falle des hier untersuchten Klinikums dadurch befördert worden sein, dass die Palliativstation schon wesentlich länger existierte und von daher vielfältige Kontakte zu diesem Team und dem Leistungsspektrum von palliativer Versorgung bestanden haben. Es wird aber vor allem geschildert, dass der PLD in seiner vielfältigen Vernetzungsfunktion größere Nähe zwischen den ‚Normal‘-Stationen und der Palliativstation hergestellt hat. Damit ist Palliation insgesamt stärker im Alltag der Versorgung verankert worden. Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme des PLD liegt auf Stationen bzw. der Tagesklinik mit TumorpatientInnen. PatientInnen mit anderen Krankheiten spielen auch im Falle klar palliativer Verläufe offenkundig noch eine untergeordnete Rolle. Der PLD wird über seine spezialisierten Angebote etwa in der Schmerzbehandlung hinaus als eine Chance verstanden, für Schwerkranke neue Perspektiven der Behandlung zu eröffnen. Das klassische Denken, wonach von einem bestimmten Zeitpunkt ab die therapeutischen ‚Instrumente‘ der medikamentösen oder operativen Medizin erschöpft sind, konnte – vermutlich nicht flächendeckend und in unterschiedlicher Intensität – durch das Erleben ins Wanken gebracht werden, dass die Einschaltung des PLD neue Perspektiven, neue Optionen für diese körperlich wie psychisch besonders belastete Gruppe von Kranken eröffnen kann. Hierin wird zugleich eine Entlastung für die Professionellen gesehen, die innerhalb des klassischen Denkens von Kuration versus Palliation ihre Grenzen als Versagen erleben können. Als wesentliches Element der Entlastung wird die Hinzuziehung des PLD beim ‚Überbringen schlechter Nachrichten‘ (z.T. schon bei der Diagnoseeröffnung) erlebt. Sowohl im Falle des vertieften Nachdenkens über die Grenze zwischen Kuration und Palliation als auch im Falle der Diagnoseeröffnung scheint aber auch durch, dass sich die Ärztinnen und Ärzte besonders schwer damit tun, ihre eigene traditionelle Rolle in Abgrenzung zu dem generell hochgeschätzten PLD zu definieren. Es fanden sich nur begrenzt Hinweise für die Annahme der Erkenntnis, dass die klassische Gegenüberstellung von Kuration und Palliation letztlich ein überkommenes Konstrukt darstellt und es stattdessen darum gehen sollte, so früh wie möglich Behandlungsziele zu definieren, in denen palliative Kompetenzen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Intensität eine Rolle spielen. Stärker aus der Pflege als aus der Medizin waren Äußerungen im Sinne von frühzeitiger Integration der Palliation zu vernehmen. Die wissenschaftliche Debatte um „Early Integrated Palliative Care“ findet nach dieser Erhebung (nur) schrittweise Einzug in den Versorgungsalltag.

In deutlichem Maße explizit, aber auch verdeckt wurde artikuliert, dass dem PLD stark kompensatorische Züge anhaften. Schwächen in der Psychoonkologie bis hin zum Fehlen stationsbezogener klinischer PsychologInnen, hoher Zeitdruck, kurze Verweildauern und das Gefühl eigener Unzulänglichkeiten im Umgang vor allem mit Krisen müssen als nicht unwesentliche Ursachen für die Inanspruchnahme des Dienstes angenommen werden. Dies korrespondiert mit häufigem Stationswechsel der jungen ÄrztInnen, mit dem Fehlen der Inanspruchnahme interdisziplinärer Fortbildungen durch die Teams auf den Stationen und mit fehlender oder nur sporadischer Supervision. Auch hier macht sich ein Fehlen eines kontinuierlich erreichbaren psychologischen Dienstes negativ bemerkbar.

Tabelle 5.8: Aufgaben, die der Palliative Liaisondienst übernehmen sollte (Müller & Schmacke 2010: 33)

Aufgaben, die übernommen werden sollen	Kategorie
Fragen klären, wie es weitergehen kann	Unterstützung von PatientInnen und Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung
Zeit für PatientInnen haben	
Gespräche über Tod und Sterben	
Fragen immer wieder beantworten	
Psychologische Begleitung	
Gespräche mit Zugehörigen	
„Da sein“ ohne Zeitlimit	
Unterstützung beim Finden eines Behandlungsziels	
Anwesenheit beim Aufklärungsgespräch	
Wellnessangebote	
PatientInnen Palliativstation zeigen	
Fragen immer wieder beantworten	
Anwesenheit beim Aufklärungsgespräch	
Den ganzen Menschen sehen	Beratung und Information
Aufklärung über Angebote im Haus	
Aufklärung über ambulante Unterstützungsangebote	
Beratung über palliative Behandlungsmöglichkeiten	Zuverlässigkeit und Kontinuität
Feste Ansprechpartnerin für Zugehörige	
Feste Ansprechpartnerin für PatientInnen	Organisation und Fallmanagement
Weitervermittlung an andere Dienste im Haus	
Weitervermittlung an ambulante Dienste	
Entlassungsvorbereitung	
Vernetzung im Haus	
Verlegung im Haus organisieren	
Alles rund um den Patienten (Termine koordinieren)	
Kontrolle der medikamentösen Therapie	

Diese durchgängig geschilderten Schwächen erfahren dann aber, anders betrachtet, durch das Auftreten des PLD ein Gegengewicht. Es wird konkret erfahrbar, wie eine stärker patienten- und angehörigenbezogene Versorgung aussieht oder aussehen könnte. Vernetzung und interdisziplinäre wie multiprofessionelle Ansätze werden zumindest passager immer wieder erlebt und öffnen den Blick auf eine für Kranke wie Professionelle zufrieden stellendere Pra-

xis. Der PLD steht insofern für den Beginn einer neuen interdisziplinären, bereichs- und berufsgruppenübergreifende Kultur in der Klinik. Über die notwendige personelle Ausstattung und die Fortentwicklung der innerbetrieblichen Einbindung sind damit noch keine Aussagen gemacht.

Interessant ist auch der Blick auf die Auswertung der ersten Interviewserie kurz nach Etablierung des PLD (Müller, Schmacke 2010) zu den Aussagen von ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen und SozialarbeiterInnen zu den Aufgaben, die ihres Erachtens der neue PLD prospektiv übernehmen sollte (s. Tabelle 5.8, S. 26).

Vieles von dem, was damals als wünschenswert betrachtet wurde, wird in der zweiten Interviewserie tatsächlich als konstitutiv für den PLD erlebt. Das betrifft sowohl die als belastend empfundenen Anteile der Kommunikation mit Schwerkranken, die Eröffnung neuer Behandlungsoptionen als auch die umfassenden Vernetzungskompetenzen. Andere zuge dachte Aufgaben werden demgegenüber in den jetzigen Interviews als nur teilweise oder auch gar nicht eingetroffen geschildert. Das betrifft v.a. klassische ärztliche Aufgabenfelder (Finden eines Behandlungsziels, Anwesenheit beim Aufklärungsgespräch und Kontrolle der medikamentösen Therapie). Das bekräftigt noch einmal die Deutung, dass für die Entwicklung einer neuen Kultur in der Klinik vor allem die Wege zu interdisziplinär verstandenen und organisierten Behandlungskonzepten konsequent gesucht und gegangen werden müssen.

5 Ausblick

Alle hier getroffenen Aussagen und Deutungen beziehen sich auf eine Klinik, in der palliative Versorgung bereits langjährig durch eine eigene Station präsent war. Es steht zu erwarten, dass die Implementierung eines palliativen Dienstes in Kliniken ohne eigene Palliativstation anders verlaufen wird. In jedem Fall stellt sich die Frage nach der Einbindung eines PLD in eine eigene „Heimat“, gerade wenn diese nicht vor Ort erreichbar ist. Die starke Herausstellung der hohen, gewissermaßen unerreichbaren Kompetenzen des PLD wirft noch eine weitere prinzipielle Frage auf, die bei der Thematisierung der kompensatorischen Anteile des Dienstes schon anklang. Die Frage lautet: Wie lassen sich die einen PLD im Kern auszeichnenden Kompetenzen beschreiben? Umgekehrt lautet die Frage: Über welche grundlegenden Kompetenzen sollten alle Professionellen verfügen, die in Kooperation mit Spezialdiensten Schwerkranke betreuen? Erste umfassend erarbeitete konzeptuelle Antworten hierauf hat vor allem die European Association for Palliative Care (EAPC) erarbeitet (EAPC 2013, part 1 und part 2; ein besonderes White Paper wurde zudem für pädiatrische palliative Versorgung erarbeitet). Es geht vereinfachend gesagt darum, dass für die Arbeit in allen Bereichen, in denen erkennbar Bedarf an palliativer Versorgung besteht, immer im Vordergrund die Förderung einer übergreifenden Philosophie von Palliative Care stehen sollte. Dass zweitens ein Curriculum für alle Professionellen zur Anwendung kommen muss, die in solchen therapeutischen Settings arbeiten und dass drittens darauf aufbauend bzw. besser darin integriert spezialisierte Angebote weiterentwickelt werden müssen. Die speziellen Kompetenzen dieser Palliativ-Teams von der Schmerztherapie über Gesprächsführung bis zur Vernetzung in der Sektoren übergreifenden Palliativlandschaft sind dann tatsächlich in ein definiertes und erprobtes Behandlungskonzept integriert – und sie tragen dann idealerweise zur Stabilisierung der palliativen Kompetenzen der internistischen, gynäkologischen oder onkologischen Teams bei. Palliativdienste stehen sonst in der Gefahr, zu stark kompensatorisch tätig zu sein und selber überfordert zu werden.

Literatur

- Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Available from: URL: [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).
- Deutscher Bundestag. Wortprotokoll der 50. Sitzung Ausschuss für Gesundheit 21. September 2015.
- Flick, U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 2014.
- Flick U, Kardoff E, von Steinke I. (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Verlag. 6. Durchges. und aktualis. Aufl
- Gaernter J, Siemens W, Antes G, Meerpohl JJ, Xander C, Schwarzer G, Stock S, Becker G. Specialist palliative care services for adults with advanced, incurable illness in hospital, hospice, or community settings—protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* (2015) 4:123
- Helfferrich, C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag. 2011.
- Higginson J. What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families? *Cancer J* 2010; 16: 423Y435
- Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, Douglas HR, Norman CE. Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? *J Pain Symptom Manage*. 2002; 23:96-106
- Kuckartz U. (2014): Mixed Methods. Wiesbaden: Springer, VS
- Kutner JS, Metcalfe T, Vu KO, Fink R, Nelson-Marten P, Armstrong JD, Seligman PA. Implementation of an Ad Hoc Hospital-Based Palliative Care Consult Service. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 28:526-8
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag/UTB, 2010.
- Meuser, M.; Nagel, U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005: S. 71-93.
- Meuser, M.; Nagel, U. Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. grundlegend überarbeitete Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009: S. 35-60.
- Miethe, I. Forschungsethik. In: Friebertshäuser, B.; Langer, A.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollst. überarb. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2010: S. 927-937.
- Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, Meier DE; Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1783-90
- Müller VE, Schmacke N. Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung im Klinikum Links der Weser / Bremen. 2010 (<http://www.ake.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php%3FID=29&SPRACHE=DE.html>)

Murtagh F. Can palliative care teams relieve some of the pressure on acute services? BMJ 2014;348:g3693 doi: 10.1136/bmj.g3693 (Published 6 June 2014)

Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. erw. Aufl. München: Oldenbourg Verlag, 2014.

Schmacke N. Palliativmedizin - Stiefkind der Medizin. Sueddeutsche Zeitung, 7.3.2015

Schreier, M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2014, 15 (1), Art. 18, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185> [zuletzt eingesehen am 17.09.2016].

S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. Mai 2015. AWMF-Registernummer: 128/001OL

Anhang 1

Prof. Dr. Norbert Schmacke

<http://www.ipp.uni-bremen.de/mitglieder/norbert-schmacke/>

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen

Projekt: Die Rolle des palliativen Liaisondienst des Klinikums Links der Weser aus ärztlicher und pflegerischer Perspektive

Information zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern

Der palliative Liaisondienst am Klinikum Links der Weser besteht im sechsten Jahr. Der Aufbau des Dienstes wurde von der Universität Bremen mit einer Prozessevaluation begleitet (Der Abschlussbericht ist einzusehen unter <http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php%3FID=29&SPRACHE=DE.html>).

Ziel dieses für 2015 vorgesehenen Projektes ist es, die Perspektive von Ärztinnen und Ärzten wie Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern der Versorgungsstationen des Klinikums Links der Weser auf den palliativen Liaisondienst in Erfahrung zu bringen. Hierzu werden an Hand eines kurzen Leitfadens Interviews durchgeführt, auf Tonband aufgezeichnet, vollständig verschriftlicht und in einer Arbeitsgruppe von drei Wissenschaftlerinnen/ Wissenschaftlern ausgewertet.

Die Studie erfolgt mit Eigenmitteln der Universität Bremen. Lediglich die Kosten für die Transkription der Interviews werden von der Deutschen Krebsgesellschaft übernommen.

Für Rückfragen steht der Projektleiter, Prof. Dr. Norbert Schmacke, per e-mail und telefonisch zur Verfügung (schmacke@uni-bremen.de, 01520 8987285).
