

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

Der integrierte palliative Dienst – Beginn einer neuen Kultur im Krankenhaus

An integrated palliative care service – the start of a new culture within hospitals

Background: Multi-professional palliative care services within hospitals are an important component in today's concept of holistic palliative care. A service of this type was set up six years ago in Bremen at the Klinikum Links der Weser. The aim of this qualitative study was to investigate the acceptance and understanding of this service by health professionals on general wards.

Methodology: Ten expert interviews with respondents classified according to the criteria of profession, status and gender were conducted and the results were evaluated analytically.

Results: The interviews indicate a high level of acceptance and appreciation of the palliative care service across all professional groups. In the view of the interviewees, the service in particular opens up new perspectives for critically ill patients and therefore also for the therapeutic self-perception of the professionals themselves. The study also discusses the compensatory function of the service in terms of perceived deficiencies in psychosocial care. The progress induced by the palliative care service is closely connected with the commitment of the palliative nurse.

Conclusion: It appears important that professionals on general wards appreciate the palliative care service because it strongly supports their own work. Further studies should explore the question of what genuine competencies would render such in-patient services even more beneficial, particularly against the backdrop of a broader concept of early integrated palliative care.

Keywords

palliative care, hospital, nursing, expert interviews

Hintergrund: Palliative Dienste im Krankenhaus mit Vertreter/-innen unterschiedlicher Fachberufe sind ein wichtiger Baustein der aktuellen Konzeption umfassender palliativer Versorgung. In Bremen wurde vor sechs Jahren ein derartiger Dienst am Klinikum Links der Weser eingerichtet. Ziel einer qualitativen Studie war die Frage nach Akzeptanz und Verständnis dieses Dienstes bei Vertreter/-innen der Fachberufe auf so genannten Normalstationen.

Methodik: Es wurden zehn Expert/-inneninterviews geschichtet nach den Kriterien Beruf, Status und Geschlecht durchgeführt und strukturierend sowie zusammenfassend inhaltsanalytisch ausgewertet.

eingereicht 18.04.2017

akzeptiert 20.06.2017

Ergebnisse: Die Interviews sprechen für eine hohe Akzeptanz des palliativen Dienstes in allen Berufsgruppen. Der Dienst eröffnet in der Wahrnehmung der Interviewten neue Perspektiven für Schwerstkranke und zugleich für das therapeutische Selbstverständnis der Vertreter/-innen verschiedener Fachberufe. Thematisiert wird auch die kompensatorische Funktion des Dienstes angesichts wahrgenommener Mängel in der psychosozialen Versorgung. Die positive Entwicklung durch den palliativen Dienst wird vor allem dem Einsatz der Fachpflegekraft für Palliative Care zugerechnet.

Schlussfolgerung: Bedeutsam erscheint, dass der palliative Dienst von den Vertreter/-innen der Fachberufe der so genannten Normalstationen als starke Unterstützung der eigenen Tätigkeit erlebt wird. Im Mittelpunkt weiterer Studien sollte ausdrücklich die Frage der genuinen Kompetenzen derartiger stationärer Dienste in einem Konzept von frühzeitiger Integration palliativer Versorgung stehen.

Schlüsselwörter

Palliativdienst, Krankenhaus, Pflege, Expert/-inneninterviews

1. Einleitung

Die Dichte an Angeboten in der palliativen Versorgung¹ in Deutschland hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Am Klinikum Links der Weser (LdW) in Bremen wurde vor sechs Jahren ein palliativer Dienst bestehend aus Vertreter/-innen unterschiedlicher Fachberufe (eine Palliative Care Pflege Fachkraft und ärztliche Anteile im Umfang einer weiteren Stelle) eingerichtet. Der Dienst sollte eine Brücke zwischen den so genannten „Normal“-Stationen und der Palliativstation bauen und wurde anfänglich über eine private Stiftung finanziert und wissenschaftlich begleitet (Müller, Schmacke 2010). Es ist belegt, dass ein Ineinandergreifen ambulanter und stationärer Palliativdienste die Qualität der Betreuung steigert, zu einer Umorientierung und Entlastung der Akutversorgung führt und sich beides letztlich auch mit einer Reduzierung der Gesamtkosten verbindet (Murray et al. 2017; Murtagh 2014; Morrison et al. 2008). Für die weitere Verankerung palliativer Dienste im stationären Bereich ist auch die Frage der Akzeptanz seitens der Vertreter/-innen unterschiedlicher Fachberufe wichtig. So konnten Kutner et al. (2004) ermitteln, dass der Information der Behandlungsteams über die Möglichkeit der Verbesserung der Versorgung durch palliative Konsultationsdienste auf den so genannten regulären Stationen große Bedeutung zukommt. Es lag nahe, Ärzt/-innen wie Krankenpfleger/-innen, die längere Erfahrung mit einem solchen palliativen Dienst gemacht haben, nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen zu befragen. Zur Implementierung des Palliativen Dienstes in Bremen (unter dem Namen Palliativer Liaisondienst, nachfolgend stets PLD) wurde im Zei-

¹ Zum Verständnis der verwendeten Termini: 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 multidisziplinär 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 multidisziplinär konzipiert. Insofern ist gerade der Begriff der Palliativmedizin nicht vor Missverständnissen geschützt.

traum Juli bis November 2015 eine solche Studie zur Frage der Wahrnehmung des Liaisondienstes durch Vertreter/-innen der Fachberufe auf so genannten „Normal“-Stationen durchgeführt. Es ging ausdrücklich um die 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 Vertreter/-innen der Fachberufe auf den verschiedensten Stationen leistet. Im Mittelpunkt der Studie steht folglich die Untersuchungsfrage, wie Vertreter/-innen unterschiedlicher Fachberufe, die auf verschiedenen Stationen des o. g. Krankenhauses tätig sind, die Aktivitäten der im PLD tätigen Kolleg/-innen im Hinblick auf die von ihnen im Rahmen der peripheren Stationen zu erfüllenden Aufgaben wahrnehmen und bewerten. Ziel der Studie ist es, Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung eines PLD aus Mitarbeiter/-innenperspektive zu erurieren, um auf diesem Wege weitere Erkenntnisse für die zukünftige Gestaltung palliativer Versorgung zu gewinnen.

2. Methodisches Vorgehen

Da das Ziel der Untersuchung im Ergründen und damit auch Rekonstruieren subjektiver Perspektiven liegt, kamen für die beschriebene Untersuchungsfragestellung grundsätzlich qualitative Verfahren in Betracht (Flick 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Flick et al. 2008). Ein solches Vorgehen erscheint ferner angemessen, da es sich um eine explorative Studie handelt, denn bisher liegen nur wenige Erkenntnisse zum Untersuchungsthema vor. Auf der Erhebungsebene wurden leitfadengestützte Interviews mit narrativem Erzähleinstieg durchgeführt (Flick 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Helfferich 2011). Eine Kombination aus leitfadengestütztem und narrativem Ansatz geht mit der Möglichkeit einher, dass Interviewpartner/-innen sowohl ihre Eindrücke auf ihre Art und Weise erzählen können als auch dass im Fortgang des Interviews eine explizite thematische Fokussierung im Sinne der Untersuchungsfragestellung möglich ist (Mey & Mruck 2010). Fokussiert auf die jeweilige berufliche Rolle wurden die Interviewpartner/-innen als Expert/-innen für das im Fokus stehende Untersuchungsfeld angesprochen (Meuser und Nagel 2009).

Vor Beginn der Studie wurde die Genehmigung der Klinikleitung eingeholt. Es schloss sich die Entwicklung eines Informationsschreibens für potentielle Interviewpartner/-innen an, welches auf allen Stationen verteilt wurde. Interessierte wurde in dem Schreiben gebeten, sich bei der Studienleitung zu melden (Miethe 2010). Basierend auf diesen Rückmeldungen erfolgte eine Vorab-Stichprobenbildung unter Berücksichtigung der Kriterien Beruf, Status und Geschlecht (Flick 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Die Begrenzung des Forschungsfeldes sowie die Begrenzung der für die Studie zur Verfügung stehenden Ressourcen ermöglichte die Durchführung von zehn Interviews (Tabelle 1).

Alle Interviews (Dauer 30 bis 70 Minuten) wurden vom Erstautor im Zeitraum Juli bis Dezember 2015 in einem dafür geeigneten Raum in der Klinik durchgeführt. Von einer Ausnahme abgesehen wurden sie auf Tonband aufgenommen und im Sinne eines

	Oberärztin/-arzt		Stationsarzt/-ärztin		Stationsleiter/-in Pflege		Sozialarbeiter/-in	
	w	m	w	m	w	m	w	m
Bauchchirurgie			1	1				
Innere Onkologie	1	1				1		
Innere Allgemein			1					
Gynäkologie	1				2			
Nichtmedizinischer Dienst							1	

Tab. 1: Sample der Interviewten

einfachen wissenschaftlichen Transkriptes (Fuß & Karbach 2014) Wort für Wort vollständig abgeschrieben. Eine Interviewperson 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 dem oben genannten Informationsschreiben zur Studie, wurde eingeholt; die Einschaltung einer Ethikkommission wurde nicht für nötig erachtet. Die an der Studie beteiligten Interviewpartner/-innen sind schriftlich und mündlich darauf aufmerksam gemacht worden, dass eine Wiedererkennung ihrer Person trotz sorgfältiger Pseudonymisierung innerhalb der Beschäftigten des Krankenhauses nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Die Interviewpartner/-innen haben in Kenntnis dieser Information der Teilnahme an der Studie freiwillig zugestimmt (Miethe 2010).

Die Interviews wurden seitens des Interviewers mit folgendem Erzählanreiz 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 Situationen 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 die Einstiegserzählung der Interviewten. Bei der Interviewdurchführung wurde auf ein regelhaftes Ansprechen folgender Themen geachtet:

- 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. Im Sinne bestehender Gütekriterien

qualitativer Forschung wurde der Auswertungsprozess im Rahmen einer multiprofessionellen, aus vier Forscher/-innen bestehenden Arbeitsgruppe, reflektiert (Stamer et al. 2015). Zum einen wurde die vom Erstautor aufgezeigte Interpretation aller Interviews im Sinne intersubjektiver Nachvollziehbarkeit in der Arbeitsgruppe erörtert und zum anderen sind darauf aufbauend in der Gruppe gemeinsam weiterführende Interpretationsansätze entwickelt und entfaltet worden. Mit Hilfe einer Kombination aus zusammenfassender und inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse konnten induktive und deduktive Herangehensweisen im Sinne der Untersuchungsfrage wie auch der Zielsetzung der Studie gewinnbringend miteinander verknüpft werden (Schreier 2014; Mayring 2010). Zum Schutz der Anonymität der beteiligten Interviewpersonen wird auf eine Nennung von Gechlechtern in Verbindung mit den nachfolgend dargestellten Interviewziten weitgehend verzichtet. Eine Nennung der Berufsgruppen erfolgt, sofern diese für das interpretative Verstehen der Belege relevant erscheint. Die Studie wurde durch Eigenmittel ermöglicht. Die Kosten für die Transkription der Interviews übernahm die Deutsche Krebsgesellschaft.

3. Ergebnisse

3.1 Die Wahrnehmung des Nutzens des PLD im Hinblick auf die Patient/-innen

Als ein zentrales Ergebnis scheint auf, dass die Interviewten über die Erfahrung berichten, die Einschaltung des PLD habe die Entwicklung neuer Behandlungsperspektiven für schwerstkranke Patient/-innen ermöglicht. Sie sprechen von ihren eigenen professionellen Grenzen und den Alternativen, welche der Dienst aufzeigen kann. Hierin liegt nicht zuletzt 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 Bedarfs 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 Be-reich 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 müsse 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 abgeschlos-sen. 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 auf einer anderen Ebene als die Akutmedizin für Schwerstkranke im selben Krankenhaus eine Fortsetzung von Behandlung ermöglicht: *Ja auf jeden Fall, es 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* (8, 168-175).

3.2 Der Wahrnehmung des Nutzens des PLD im Hinblick auf die Vertreter/-Innen der Fachberufe

Die Interviewten konkretisieren im Weiteren 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 überwiegend 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. 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)

Es wird weiter darüber gesprochen, wie schwer es Ärzt/-innen 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 Y (Mitarbeiterin des PLD, Anmerk. d. Verf.). 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 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).

In einem Interview wird die geschilderte Unterstützungsfunktion für die Pflege durch den PLD direkt angesprochen: *Sie, sie (Mitarbeiterin des PLD, Anmerk. d. Verf.) 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 (eine Mitarbeiterin des PLD, Anmerk. d. Verf.) 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).

Der PLD wird somit 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 Vertreter/-innen der Fachberufe. 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 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).

3.3 Die Kompetenzen des PLD

In unterschiedlicher Art und Weise thematisieren die befragten Vertreter/-innen der Fachberufe die Funktion der Vernetzung der Mitarbeiter/-innen des PLD innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, die Schaffung von Übergängen im Versorgungsprozess und das Angebot von Gesprächen in einem ausreichenden, d. h. längeren Zeitumfang und ggf. auch anderen Inhalten, als dies im Verlauf stationärer Routinen möglich ist oder erscheint.

Der PLD verfügt in der Wahrnehmung der Interviewten über sonst nicht bestehende Kontakte zu Akteuren und Akteurinnen aus anderen Institutionen, v. a. im ambulanten Sektor: *Netzwerker. Dieser Liasondienst hat einen riesen Netzwerk nach außen. In den ambulanten Bereich. Und, wenn eben dann der Liasondienst wo anruft, dann, kriegt man halt einfach, eher Termine, wie wenn ich da jetzt irgendwo anrufe* (4, 596-599).

Des Weiteren wird das Überwinden bisheriger Barrieren zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungssektor angesprochen: *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 geignet wird, und ohne Komplikation in der Regel verläuft (2, 506-512).

Ganz zentral wird das Thema „Zeit“ positioniert: der PLD wird als ein Dienst erlebt, der im Gegensatz zur eigenen Arbeitstaktung noch Zeit für die einzelnen Kranken habe: *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 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).

Die Mitarbeiter/-innen des PLD zugesprochenen Gesprächskompetenzen werden als spezifisch und über die eigenen Fähigkeiten hinausgehend erlebt: *Und, in Gesprächen mit dem Liaisondienst, 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).*

Die Frage im Interview, ob jüngere Ärzt/-innen, die in den Reformstudiengängen ein Training in Gesprächsführung erhalten haben, weniger auf die spezifischen Kompetenzen des PLD angewiesen sind, wird von den berufserfahrenen Interviewpartnern und -partner/-innen 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 (8, 388-399).*

Problemzentrierung, Konstanz und Zuverlässigkeit in der Begleitung von Schwerkranken werden als weitere bedeutende Elemente – im Sinne zugeschriebener 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).

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, 375 und 377-378).*

Spezialisiert erscheint der PLD aus ärztlicher Sicht aber 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 anbelangt, meine Therapie, meine Prognose und so weiter. Das klär‘ ich ärztlich* (4, 266-270).

3.4 Zum Verständnis von Kuration und Palliation

Die oben angesprochene Trennung der Zuständigkeitsbereiche findet eine Entsprechung in der Reflexion der Behandlungsaufträge und -ziele. So wird ausgeführt, dass es für Ärzt/-innen eine besondere Herausforderung darstellt, Palliation 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, Mediziner*innen* (1, 349-350).

Von Seiten der Pflege wird scheinbar vollständig akzeptiert, dass die Festlegung der Grenze zwischen Kuration und Palliation eine rein ärztliche Aufgabe sei: *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 Ärztin und den Mitarbeiter/-innen im PLD gewissermaßen natürlich verteilt sind. Es liegt die Deutung nahe, dass im ärztlichen Denken das Verhältnis von Kuration zu Palliation nach wie vor als ‚angespannt‘ erlebt wird: *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 allerdings 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 eben sterben und dann ist es. Sondern dass da auch noch ‘ne ganz lange Phase sein kann, wo man eben viel machen 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).

3.5 Rahmenbedingungen für den PLD

Vielfach taucht das Thema ‚Ökonomisierung‘ auf: Interviewte erleben, dass der Arbeitsalltag stärker als früher durch die Erwartung hoher Erlöse geprägt wird und dass die Spielräume für eine angemessene Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen enger geworden sind (z. B. 2, 188-208). Früher übliche Routinen der Ermöglichung des Austauschs zwischen Akteur/-innen verschiedener Professionen sind offenkundig ins Wanken gekommen, festzumachen u. a. daran, dass es kaum noch gemeinsame Visiten des ärztlichen und des pflegerischen Bereichs gibt (1, 280-283 sowie 2, 291-294). Teambesprechungen dienen aus Sicht von Interviewpartner/-innen 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, 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 wieder gegeben. 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).*

In einem Interview wird explizit darauf hingewiesen, wie wichtig es für die jungen Ärzt/-innen 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).*

Es wird auch angesprochen, dass keine Regeln entwickelt worden sind, wie der Dialog zwischen PLD und Stationsmitarbeitenden systematisch hergestellt wird. Viele Gespräche zwischen Mitarbeitenden der Station und dem PLD finden, so eine Aussage, „zwischen Tür und Angel“ statt (125, 774).

3.6 Der PLD als Substitution nicht erbrachter Leistungen

In einigen Interviews wird im Kontext der hohen Wertschätzung des PLD angesprochen, dass dieser 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).

Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass es keine Möglichkeit gibt, einen klinikeigenen psychologischen Dienst in Anspruch zu nehmen und der PLD dadurch an Bedeutung gewinnt: *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, vgl. auch 4, 13-17).*

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).*

Die Kernergebnisse der Interpretation sind in Tabelle 2 gebündelt dargestellt.

Patient/-innenseitiger Nutzen	Eröffnung neuer therapeutischer Optionen
Nutzens für die Vertreter/-innen der Fachberufe auf den Versorgungsstationen	Unterstützung beim Überbringen schlechter Nachrichten und Schaffung einer neuen Offenheit für therapeutische Begegnungen
Kompetenzen des palliativen Dienstes	Gesprächskompetenz und Wissen um Netzwerke
Verständnis von Palliation vs. Kuration	Verhaftet bleiben im dichotomen Denken bei hoher Wertschätzung des Dienstes
Rahmenbedingungen für Palliation	Starker Druck durch die Ökonomisierung der Medizin
Fehlnutzung des palliativen Dienstes	Hinweise für Substitution fehlende psychosozialer Dienste

Tab. 2: Synopse zentraler Interviewergebnisse

4. Zusammenfassende Deutung

Der PLD im Klinikum Links der Weser ist als ein von der Klinikleitung implementierter Spezialdienst nach nunmehr sechs Jahren in der Behandlungskette der Klinik anerkannt. Die Erfahrungen mit der zuvor langjährig bestehenden Palliativstation können dies erleichtert haben. Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme des PLD bzw. einer Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter/-innen des PLD liegt auf Stationen bzw. der Tagesklinik mit Tumorpatient/-innen. Die Beschäftigten bewerten hoch, dass Schwerkranken durch den Dienst neue Perspektiven jenseits der traditionellen Behandlungskonzepte eröffnet werden können. Dabei bezieht sich diese durchgängige Wertschätzung *expressis verbis* ausschließlich auf die Palliative Care Pflege Fachkraft. Der Dienst wird entsprechend der Vorannahme der Untersuchung zugleich als Entlastung für die Vertreter/-innen der Fachberufe gesehen, die innerhalb des herkömmlichen Denkens von Kuration versus Palliation ihre Grenzen häufig als Versagen erleben. Als besonders bedeutend wird die Hinzuziehung des PLD beim Überbringen schlechter Nachrichten

ten⁶ geschildert. Die Interviews sprechen dafür, dass sich die Ärzt/-innen nach wie vor schwer damit tun, eine neue Rolle in der Kooperation mit den Mitarbeitenden des hoch geschätzten PLDs zu finden. Stärker aus der Pflege als aus der Medizin heraus scheint sich Verständnis für eine frühzeitige Integration der Palliation in das Behandlungskonzept zu finden. In die generelle Wertschätzung fließt die Einschätzung ein, dass dem PLD stark kompensatorische Züge anhaften. Schwächen in der Psychoonkologie bis hin zum Fehlen stationsbezogener klinischer Psycholog/-innen, hoher Zeitdruck, kurze Verweildauern und das Gefühl eigener Unzulänglichkeiten im Umgang vor allem mit Krisen werden als weitere wesentliche Ursachen für die Inanspruchnahme des Dienstes angenommen. Dies korrespondiert mit häufigem Stationswechsel der jungen Ärzt/-innen, mit dem Fehlen der Inanspruchnahme interdisziplinärer Fortbildungen durch die Teams auf den Stationen und mit fehlender oder nur sporadischer Supervision.

Durch den immer selbstverständlicher gewordenen Kontakt zum PLD wird offenkundig erfahrbar, wie eine stärker patienten- und angehörigenbezogene Versorgung aussieht oder aussehen könnte. Der PLD kann insofern als Initiator einer neuen interdisziplinären, bereichs- und berufsgruppenübergreifenden Kultur in der Klinik gedeutet werden. Die Deutung der in dieser Studie gewonnenen Interviews kann dadurch beeinflusst worden sein, dass sich Vertreter/-innen der Fachberufe, die den PLD kritischer sehen, nicht zur Verfügung gestellt haben. Über dissente Einschätzungen zum Dienst auf den Stationen wird gleichwohl in den hier ausgewerteten Interviews nicht berichtet. Es ist wünschenswert, weitere Untersuchungen zur Implementierung palliativer Dienste im Lichte der Perspektive von Vertreter/-innen verschiedener Fachberufe mit qualitativen und potentiell auch quantitativen Methoden durchzuführen.

5. Schlussbetrachtung

Die positive Deutung der Rolle des hier untersuchten palliativen Dienstes aus Sicht der Vertreter/-innen der Fachberufe auf den Versorgungsstationen kann aus verschiedenen Perspektiven relativiert werden. Es ist denkbar, dass die Implementierung eines palliativen Dienstes in Kliniken ohne vorbestehende Erfahrungen mit einer eigenen Palliativstation komplizierter verlaufen wird. Vor allem aber wirft die starke Herausstellung der hohen Kompetenzen des palliativen Dienstes die Frage auf: Wie lassen sich die einen palliativen Dienst im Kern auszeichnenden Kompetenzen beschreiben? Und anders gefragt: Über welche grundlegenden Kompetenzen sollten alle diejenigen verfügen, die in Kooperation mit Spezialdiensten Schwerkranke betreuen? Dies soll wegen der grundsätzlichen Bedeutung für die Implementierung palliativer Dienste abschließend ausführlicher betrachtet werden.

Erste umfassende Antworten hat die European Association for Palliative Care erarbeitet (European Association for Palliative Care). Die Förderung einer übergreifenden Philosophie von Palliative Care muss danach stets das Hauptziel der Integration von Palliation in die Behandlungskonzepte sein. Zweitens muss ein Curriculum für alle Vertreter/-innen der Fachberufe zur Anwendung kommen, die in solchen therapeuti-

schen Settings arbeiten und drittens müssen darin integriert spezialisierte Angebote entwickelt werden. Die speziellen Kompetenzen dieser Palliativ-Teams von komplexer Schmerztherapie über Gesprächsführung bis zur Vernetzung in der Sektoren übergreifenden Palliativlandschaft sind erst dann in ein definiertes und erprobtes Behandlungskonzept integriert.

Der Weg zur frühzeitigen Integration von Palliative Care in die Krankenhauskultur ist vielleicht vor allem wegen dieser unklaren Rollenzuweisungen noch weit. Um den Stand der Entwicklung palliativer Dienste an Strukturdaten zu verdeutlichen: nach Dokumentation des National Palliative Care Research Center der USA verzeichnete Palliative Care dort vor allem in den größeren Krankenhäusern allein zwischen 2009 und 2015 einen Aufschwung, von dem Deutschland weit entfernt ist: Kliniken mit mehr als 500 Betten verfügen dort im Jahr 2015 über interdisziplinäre palliative Teams mit durchschnittlich 6,7 Vollzeitstellen (Vergleichszahl aus dem Jahr 2009: 3,8 Vollzeitstellen). Ein allzu rosiges Bild der Gesamtsituation in den USA sollte gleichwohl nicht gezeichnet werden: eine empirische Studie aus 2016 spricht von folgenden Barrieren: Ausbildungsmängel bei den Fachberufen, unzureichende Größe der palliativen Dienste und Fragmentierung der Versorgung (Aldridge et al 2016). Vergleichszahlen für Deutschland liegen nicht vor. Bezeichnend ist, dass in einem Konsensusprozess 2016 für die Integration von Palliative Care in die onkologischen Spitzenzentren eine Teamstärke von drei Vollzeitkräften gefordert wurde, nachdem nach erfolgter Datenanalyse die Verfügbarkeit palliativer Versorgungsangebote und dessen Umfang sowie Nutzungsgrad (in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten onkologischen Spitzenzentren) als heterogen beschrieben wurde (Berendt et al. 2016a und 2016b).

Mit Blick auf die hohe Wertschätzung der Palliative Care Pflegefachkraft im hier diskutierten palliativen Dienst mag auch erstaunen, wie wenig Berücksichtigung in der Debatte um die Förderung des Konzeptes „early integrated palliative care“ (Gaertner et al 2015) bisher die Rolle einschlägig qualifizierter Krankenpfleger/-innen findet. Zwei Interviewreihen mit Palliative Care Nurses in Australien legen nahe, welche Kompetenzen ihnen für die zuge dachte „transition to palliative care“ in ihrer Selbstwahrnehmung abgefordert werden: Genannt werden „negotiating futility“, „managing emotions“ und „managing transitions“ (Kirby et al. 2014). Die Rede ist auch davon, dass Krankenpfleger/-innen den Eindruck gewinnen, dass von ihnen erwartet werde, „to mop things up following short and sometimes abrupt interactions between specialists and their patients“ (Broom et al. 2015, 305). Und es gibt danach einen Kontrast zwischen hoher Wertschätzung und unzureichender Verortung in der Beeinflussung der Behandlungskonzepte: „Thus, although the nurses talked about privileged access to patient needs and suffering they also recounted the persistence of medical dominance within their clinical work and the organizational limits of nursing knowledge in shifting the patient’s ‘medical status’“ (Broom et al. 2015, 306f.). Diese aktuellen Darstellungen finden eine Entsprechung in Ergebnissen der Begleitforschung zur Implementierung von palliativen Diensten in Deutschland im Zeitraum 2001-2003 (Ewers et al. 2003 sowie Schaeffer et al. 2003). In einem Überblicksartikel schreiben Ewers und Schaeffer: „Owing to their specialized educational background palliative care nurses

often were able to smooth over a difficult communication and conflict situation, thereby skillfully unraveling a chain of problems caused by these difficulties. But to gain these effects it is necessary to integrate nursing expertise in earlier states of the end-of-life phase and not only when terminal care is necessary. Furthermore, this demands a closer collaboration between regular and specialized forms of care and a smoother transition of the patient from one to the other“ (2007: 461). Und auch mit Blick auf den hohen und wachsenden Anteil alter und hochbetagter Menschen im heutigen Kernbereich der Palliation, der Onkologie, muss mit Ewers und Schaeffer gefragt werden, wie die allgemeine Pflege und und die palliative Pflege stärker ineinander verwoben werden können (2007: 462). Das bedeutet am Ende einen radikalen Wandel im Verständnis von guter medizinischer und pflegerischer Versorgung.

Die hier vorgestellten Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit der Schaffung einer neuen Kultur in den Kliniken hin. Integrierte palliative Dienste ausreichender Größe sind dafür unabdingbar. Sie haben das Potential, Vertreter/-innen der Fachberufe auf allen Klinikstationen erleben zu lassen, dass es Alternativen zum klassischen medizinischen Verständnis von Krankheit und Gesundheit gibt.

Literatur

- Aldrige, M.D.; Hasselaar, J.; Garralda, E.; van der Eerden, M.; Stevenson, D.; McKendrick, K.; Centeno, C.; Meier, D.E. (2016): Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. 30, 224-239
- Berendt, J.; Stiel, S.; Simon, S.T.; Schmitz, A.; van Oorschot, B.; Stachura, P.; Ostgathe, C. (2016): Integrating Palliative Care Into Comprehensive Cancer Centers: Consensus-Based Development of Best Practice Recommendations. *The Oncologist*. 21, 1241-1249
- Behrendt, J.; Oechsle, K.; Thomas, M.; van Oorschot, B.; Schmitz, A.; Radbruch, L.; Simon, S.T.; Gaertner, J.; Thuß-Patience, P.; Schuler, U.S.; Jense, J.; Gog, C.; Viehrig, M.; Mayer-Steinacker, R.; Stachura, P.; Stiel, S.; Ostgathe, C. (2016): Integration der Palliativmedizin in die von der deutschen Krebshilfe e.V. geförderten onkologischen Spitzenzentren. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 141: e16-e23
- Broom, A.; Kirby, E.; Good, P.; Wooton, J.; Yates, P.; Hardy, J. (2015): Negotiating Futility, Managing Emotions: Nursing in the Transition to Palliative Care. *Qualitative Health Research*. 25, 299-309
- European Association for Palliative Care. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. Im Internet: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/EAPCWhitepaper/education.aspx>. Ewers, M.; Schaeffer, D. (2007): Dying in Germany – consequences of societal changes for palliative care and the health care system. *J Public Health* 15, 457-465
- Ewers, M.; Schaeffer D. (eds.): (2003): Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. P02-121. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW): IPW, Bielefeld
- Flick, U. (2014): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 6. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Flick, U.; Kardoff, E.; von Steinke, I. (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 6. durchges. und aktualis. Aufl., Reinbek: Rowohlt
- Gaertner, J.; Lutz, s.; Chow, E. (2015): Early palliative care: philosophy vs. reality. *Ann Paliat Med* 4; 87-8
- Fuß, S.; Karbach, U. (2014): *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung*. Opladen & Toronto: Barbara Budrich
- Helfferrich, C. (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag
- Kirby, E.; Broom, A.; Good, P. (2014): The role and significance of nurses in managing transition to palli-

- ative care: a qualitative study. *BMJ Open*.4:4006026. Doi: 10.1136; bmjopen-2014-006026
- Kutner, J.S.; Metcalfe, T.; Vu KO et al. (2004): Implementation of an Ad Hoc Hospital-Based Palliative Care Consult Service. *J Pain Symptom Manage*. 28: 526-528
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz: UTB
- Mey, G.; Mruck, K. (2010): Interviews. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.) (2010): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwiss.; Springer: 423-435
- Meuser, M.; Nagel, U. (2009): 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, 35-60
- Miethe, I. (2010): Forschungsethik. In: Friebertshäuser, B.; Langer, A.; Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3. vollst. überarb. Aufl. Weinheim und München: Juventa,; 927-937
- Morrison, R.S.; Meier, D.E. (2015): America's Care of Serious Illness. 2015 State-by state Report Card on Access to palliative care in our nation's Hospitals. <https://reportcard.capc.org>
- Morrison, R.S.; Penrod, J.D.; Cassel, J.B. et al. Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. (2008): Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*, 168: 1783-90
- Müller V.; Schmacke N. (2010): Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung im Klinikum Links der Weser und im vom dort betreuten ambulanten Bereich in Bremen. Projektbericht. <http://www.ipp.uni-bremen.de/mitglieder/norbert-schmacke/publikationen/?publ=5683&page=1>
- Murtagh, F. (2014): Can palliative care teams relieve some of the pressure on acute services? *BMJ* Jun 6; 348:g3693. doi: 10.1136; bmj.g3693
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. erw. Aufl. München: Oldenbourg Verlag
- Rogers, M.; Dumanovsky, T. (2017): How We Work: Trends and Insights in Hospitals Palliative Care. The Center for Advance Palliative Care and the National Palliative Care Research Center. Im Internet: <https://registry.capc.org/wp-content/uploads/2017/02/How-We-Work-Trends-and-Insights-in-Hospital-Palliative-Care-2009-2015.pdf> [zuletzt eingesehen am 10.04.2017]
- Schaeffer, D.; Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. P03-120. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW): IPW, Bielefeld
- Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung*; *Forum: Qualitative Social Research*, 15 (1), Art. 18. Im Internet: <http://nbn-resolving.de; urn:nbn:de:0114-fqs1401185>
- Stamer, M.; Güthlin, C.; Holmberg, C. et al. (2015): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. In: *Gesundheitswesen*, 77: 966-975

Prof. Dr. Norbert Schmacke

Universität Bremen, Abt. 1 Versorgungsforschung, Grazer Straße 4, 28359 Bremen
schmacke@uni-bremen.de (Korrespondenzadresse)

Prof. Dr. Maren Stamer

Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin

Prof. Dr. Veronika Müller

Hochschule 21, Staatlich anerkannte private Fachhochschule, Harburger Straße 6,
21614 Buxtehude

Nicole Höfling-Engels

Universität Bremen, Grazer Straße 4, 28359 Bremen