



Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung im Klinikum Links der Weser / Bremen

**Kooperationsprojekt
der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung
im V.F.w.F.
und dem
Klinikum Links der Weser, Bremen**

im Auftrag der Helmut und Ruth Märtens Stiftung

Abschlussbericht der Begleitevaluation

Bremen, den 30.04.2010

Auftragnehmer:

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (VFwF e.V.) in der Freien Hansestadt Bremen

Wilhelm-Herbst-Str. 7
28359 Bremen
www.akg.uni-bremen.de

Projektleitung:

Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke

Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V. und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

Tel.: 0421-218-8131
Fax: 0421-218-8135
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

Projektdurchführung:

Frau Dr. Veronika E. Müller, Gesundheitswissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.

Tel.: 0421-218-8153
E-Mail: vmueller@uni-bremen.de

Projektzeitraum Begleitevaluation:

01.04.2008 bis 31.03.2010

Zitierweise dieses Berichts:

Müller VE, Schmacke N. Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung im Klinikum Links der Weser in Bremen. Abschlussbericht der Begleitevaluation. Bremen 2010. Abrufbar unter: <http://www.akg.uni-bremen.de> – Rubrik „Arbeitspapiere“

Inhalt

1 EINLEITUNG	4
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	6
2.1 Inhalte, Zielgruppen und Angebotsform palliativmedizinischer und -pflegerischer Aktivitäten.....	6
2.2 Palliative Versorgungslage in Deutschland.....	7
2.3 Nutzen palliativer Konsildienste	9
3. METHODEN	12
3.1 Anlage des Praxisprojekts.....	12
3.2 Begleitevaluation.....	13
3.2.1 Datenerhebung im Rahmen des Jour Fixe	13
3.2.2 Experteninterviews.....	14
3.2.3 Quantitative Erfassung von Patientencharakteristika und Tätigkeiten des PL-Dienstes	15
4 PROJEKTVERLAUF	16
4.1 Externe und interne Begleitung des Projekts.....	16
4.2 Rahmenbedingungen, Anbindung und Arbeitssituation der Fallmanagerin	16
4.3 Veränderungen der Projektausrichtung im Laufe des Projektes.....	17
4.4 Bekanntmachung des Projekts	20
5 EVALUATIONSDATEN	21
5.1 Quantitative Daten	21
5.2 ExpertInneninterviews.....	29
5.2.1 TeilnehmerInnengewinnung.....	29
5.2.2 Durchführung	29
5.2.3 Ergebnisse	30
5.3 Fallbeispiele	39
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND WEITERE ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN DES PROJEKTS	51
6.1 Anzahl und Charakteristika der betreuten Klientel.....	51
6.2 Tätigkeitsschwerpunkte der Fallmanagerin.....	53
6.3 Vorverlegung des Zeitpunktes für den Beginn der palliativen Begleitung.....	55
6.4 Zusammenarbeit mit den Stationen	56
6.5 Arbeitssituation der Fallmanagerin /Arbeitsorganisation des Liaisondienstes	57
6.6 Möglichkeiten der Verstetigung des Liaisondienstes	59
LITERATURVERZEICHNIS	62
ANHANG 1: TABELLEN	65
ANHANG 2: INTERVIEWLEITFADEN	66
ANHANG 3: WHO DEFINITION OF PALLIATIVE CARE	68

1 Einleitung

„Es gibt noch viel zu tun, wenn (angeblich) nichts mehr zu machen ist.“ So könnte die Überschrift über den hier vorliegenden Bericht lauten. Die Begleitung und Evaluation der Einrichtung eines palliativen Konsildienstes im Klinikum Links der Weser hat gezeigt, dass es in der Betreuung schwerst kranker Menschen ganz besonders viel zu tun gibt, auch – oder gerade – wenn die so genannten therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Für zahlreiche Menschen können auch im weit fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung durch die entsprechende Unterstützung entscheidende Verbesserungen erreicht werden. Dies betrifft zum einen die Verbesserung der belastenden körperlichen Symptome, aber zu einem weiteren und genauso bedeutenden Teil auch die Entlastung für den seelischen Schmerz, das Anhören und Auffangen der Sorgen und Ängste, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit verbunden sind. Durch eine offene Kommunikation und eine empathische Begleitung können auch schwerste Leiden gelindert werden.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, wurde das Projekt „Einrichtung eines palliativen Liaisondienstes im Klinikum Links der Weser“ ins Leben gerufen. Ziel des Projekts war es:

- schwerst kranke Menschen von Anfang an täglich in der Klinik mitzubetreuen
- Kontakt zu ambulanten Diensten herzustellen
- Behandlungsabläufe zu verbessern indem
 - Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen angemessen berücksichtigt werden und
 - diagnostische und therapeutische Prozeduren, die für Behandlungsverlauf und Behandlungsziel unerheblich sind, vermieden werden
- Ansprechpartner für den ambulanten Bereich (Ärzte, Pflegeheime, Pflegeverbände, Hospizdienste) zu sein, für die Patienten, bei denen ein palliatives Behandlungskonzept erarbeitet wurde.

Das zunächst auf zwei Jahre befristete Projekt wurde von der Helmut und Ruth Märtens Stiftung finanziert. Der Liaisondienst sollte sowohl für medizinische als auch für psychosoziale, organisatorische und palliativpflegerische Fragen zur Verfügung stehen. Die Personalplanung sah entsprechend eine ärztliche und eine pflegerische MitarbeiterIn vor. Da der Schwerpunkt der geplanten Aufgaben im Bereich des Fallmanagements lag, wurde die Stelle der Fallmanagerin durch die Stiftung finanziert, die medizinische Unterstützung wurde seitens der KLdW getragen. Beide MitarbeiterInnen sollten über eine Weiterbildung in Palliativversorgung verfügen und als Team zusammenarbeiten. Eine begleitende Evaluation sollte dafür sorgen, dass bereits während der Projektlaufzeit notwendige Anpassungen vorgenommen werden können.

Kern der Aufgabenstellung war, das Angebot so in die Klinikstruktur zu integrieren, dass es eine sinnvolle Ergänzung zur bestehenden Versorgung darstellt und unterstützend eingreift, wo es nötig, sinnvoll und erwünscht ist. Dazu wurden zu Beginn bereits zahlreiche Abstimmungsprozesse in die Wege geleitet. So wurde innerhalb einer klinikinternen Arbeitsgruppe die Zuständigkeit des Liaisondienstes, die Abgrenzung zu Aufgaben der StationsmitarbeiterInnen und zu anderen Diensten und die strukturelle Einbindung konsentiert. Die konkreten Aufgaben des Liaisondienstes ergaben sich für den ärztlichen Teil aus den Konsilanfragen und bestanden in der Verbesserung der Symptomkontrolle. Der Großteil der Arbeit der Fallmanagerin bestand in der Begleitung der PatientInnen und der Unterstützung z.B. im Hinblick auf die Entwicklung realistischer Behandlungsziele aber auch in organisatorischen Aufgaben wie der Hinzuziehung weiterer hausinterner aber auch externer Dienste.

Die Einpassung des Angebots in die klinikinternen Strukturen und die intensiven persönlichen Kontakte der MitarbeiterInnen des Liaisondienstes zu den MitarbeiterInnen der Stationen und anderer Dienste erwies sich als sehr förderlich für die Akzeptanz des Projekts. Im Laufe der knapp zwei Jahre, die nun hinter dem Projekt liegen, wurden 160 PatientInnen betreut (Stand 31.12.2009). Die Berichte der MitarbeiterInnen des Liaisondienstes, die Ergebnisse aus den Interviews mit KlinikmitarbeiterInnen und die erfahrenen positiven Rückmeldungen von Zugehörigen¹ zeichnen das Bild einer durchweg positiven Resonanz der Arbeit des Liaisondienstes. Die kontinuierliche Zunahme der Anfragen und die sukzessive Ausweitung der Indikationsstellungen auf den Konsilscheinen machen deutlich, dass im Klinikum ein Lernprozess in Gang gesetzt wurde, der sicher zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist.

¹ Der Begriff „Zugehörige“ soll abbilden, dass er alle Personen umschließt, die dem Patienten / der Patientin nahe stehen – ungeachtet einer Verwandtschaftsbeziehung (die in der Regel über den Begriff „Angehörige“ ausgedrückt wird).

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick gegeben über Empfehlungen und Leitlinien zur Palliativversorgung, die Aufschluss über Inhalte, Angebotsformen und Zielgruppen palliativer Versorgung geben (Kap. 2.1). Anschließend wird die Versorgungslage in Deutschland (Kap. 2.2) sowie die wissenschaftliche Evidenz für palliative Konsildienste dargestellt (Kap. 2.3).

2.1 Inhalte, Zielgruppen und Angebotsform palliativmedizinischer und -pflegerischer Aktivitäten

Die Palliativversorgung ist in den vergangenen zehn Jahren verstärkt ins Bewusstsein gerückt worden. In verschiedenen Veröffentlichungen nationaler wie internationaler Gremien wurde in den letzten Jahren die Problematik der unzulänglichen Versorgung schwerst Kranker und Sterbender aufgegriffen. So hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2004 die Dokumente „Palliative Care – The Solid Facts“ und „What are the palliative care needs of older people and how might they be met?“ veröffentlicht. Bereits zwei Jahre zuvor hatte sie eine neue Definition von Palliativversorgung entwickelt: *„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification [Hervorheb. d. Verf.in] and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual“* (WHO 2002: 84).² Bedeutsam an dieser Definition ist, dass explizit darauf hingewiesen wird, dass Palliativversorgung bereits früh im Krankheitsverlauf zum Einsatz kommen sollte (also nicht reduziert werden sollte auf Sterbegleitung). Auch wird keine Einschränkung auf PatientInnen mit einer bestimmten Diagnose gemacht, sondern die Zielgruppe als Menschen, mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung beschrieben (s.o.). Ferner wird betont, dass Palliativversorgung immer von einem Team und nicht von einzelnen Fachleuten angeboten werden sollte (s. gesamten Wortlaut der Definition in Anhang 3).

Weitere internationale Dokumente liegen von der EU vor. Im Jahr 2003 wurden vom Europäischen Rat Empfehlungen für die Organisation der Palliativversorgung in den Mitgliedsstaaten herausgegeben (Council of Europe 2003). Als Kerndimensionen palliativer Versorgung werden in diesem Dokument die Symptomkontrolle, die psychologische, spirituelle und emotionale Unterstützung, die Unterstützung der Familie und

² „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (Übersetzung nach Enquete-Kommision 2005:5).

die Unterstützung in der Trauerphase benannt. Als eines der Hauptziele wird die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen genannt. Wie die WHO betont auch der Europäische Rat, dass Palliativversorgung ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist und unterstreicht die Forderung nach einer jederzeit und für alle PatientInnen verfügbaren Palliativversorgung: „*Any person who is in need of palliative care should be able to access it without undue delay (...)*.“ (European Commission 2003: 10). Auch der Anspruch auf Palliativversorgung aufgrund vorhandener Probleme und Bedürfnisse der PatientInnen – und nicht aufgrund einer bestimmten Erkrankung – wird explizit formuliert (Council of Europe 2003: 11). Darüber hinaus wird auch hier auf die Notwendigkeit eines multidisziplinären Teams hingewiesen, das für ein qualifiziertes palliatives Angebot unabdingbar ist (vgl. Council of Europe 2003: 10ff).

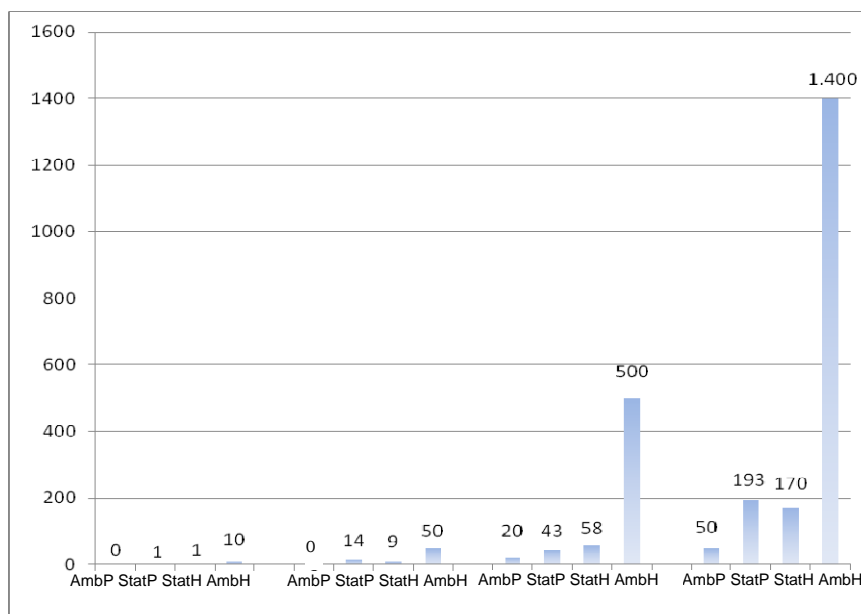
In Bezug auf die Angebotsform palliativer Leistungen wird in allen Dokumenten deutlich, dass keinem bestimmten Setting der Vorzug vor anderen gegeben wird, sondern dass es vielmehr darum geht, Angebote dort in ausreichender Form vorzuhalten, wo sie benötigt werden. Das heißt, es muss ambulante ebenso wie stationäre Angebotsformen in ausreichender Zahl geben. Dennoch zeichnet sich hinsichtlich der stationären Versorgung ein Trend zur Einrichtung Palliativer Konsildienste ab. Im Jahr 2004 wurden vom Europäischen Rat Empfehlungen zur Entwicklung und Integration von Palliativen Unterstützungsteams im Krankenhaus herausgegeben (Council of Europe 2004). Auch das National Institute for Clinical Excellence (NICE) befürwortet die Einrichtung mobiler Palliative Care Teams im Krankenhaus (und im ambulanten Bereich) (NICE 2004: 11). In Großbritannien, das hinsichtlich der Palliativversorgung innerhalb Europas führend ist, stehen z.B. 305 Konsildienste zur Verfügung (bei 3180 Palliativbetten), während in Deutschland nur 56 Konsildienste registriert sind (bei 2034 Betten) (Martin-Moreno et al. 2008: 35ff).

2.2 Palliative Versorgungslage in Deutschland

Die Zahl der palliativen Versorgungsangebote ist seit dem Jahr 1983, in dem die erste Palliativstation in der Universitätsklinik Köln eröffnet wurde, kontinuierlich gestiegen (s. Abb. 2.1). Während es im Jahr 1986 lediglich eine Palliativstation und ein stationäres sowie 10 ambulante Hospize gab, waren es im Jahr 2008 bereits 193 Palliativstationen, 170 stationäre und 1.400 ambulante Hospize sowie 50 ambulante Palliativdienste (Müller-Busch 2008: 9). Im europäischen Vergleich lag Deutschland im Jahr 2005 bezüglich vorhandener Palliativbetten mit 22 Betten pro eine Million Einwohner hinter Großbritannien (54 Betten), Belgien (35 Betten) und Polen (33 Betten). Die Anzahl der Konsildienste wurde im selben Jahr mit 56 angegeben (Martin-Moreno et al. 2008: 35). Bedarfzahlen zu palliativen Strukturen beziehen sich hauptsächlich auf die Anzahl verfügbarer Palliativbetten und neuerdings auch auf die Anzahl ambulanter Palliativteams. Der Bedarf an ambulanten Teams, die spezialisierte Palliativversorgung anbieten, wird von Jasper & Schindler mit 330 angegeben (Jasper & Schindler 2004: 203).

Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin errechnete für Deutschland einen Bedarf an Palliativbetten von 27 Betten pro 1 Million Einwohner wenn eine hundertprozentige und von 33 pro 1 Million Einwohner wenn eine achtzigprozentige Auslastung zugrunde gelegt wird. Zurzeit ist eine Versorgung von etwa 24 Betten / 1 Million Einwohner gegeben. Von der Forderung nach einem weiteren Ausbau der Palliativbetten raten allerdings Buser et al. in ihrem Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen aus Kostengründen ab. Stattdessen empfehlen sie die flächendeckende Einrichtung palliativer Konsildienste für alle Krankenhäuser, die regelhaft Schwerstkranke und Sterbende betreuen (vgl. Buser et al. 2004: 220 ff).

Abbildung 2.1: Stationäre und ambulante Palliativmedizinische Angebote in Deutschland (Müller-Busch 2008: 9)



Welche Kosten die Palliativversorgung in Deutschland verursacht, ist bislang unklar, da Abrechnungen der Leistungserbringer nicht ausweisen, bei welcher Patientengruppe die abgerechneten Leistungen erbracht worden sind (Jaspers & Schindler 2004). Darüber hinaus war die Finanzierung von Palliativangeboten bis vor kurzem nicht durch die Krankenversicherungen geregelt, so dass bis auf die ersten Abrechnungen der seit 2007 tätigen ambulanten Palliativdienste noch keine tatsächlichen Kostenberechnungen möglich sind.

2.3 Nutzen palliativer Konsildienste

In mittlerweile zahlreichen internationalen Studien wurde die Wirksamkeit und der Nutzen von palliativen Konsildiensten untersucht. Bereits 1995 stellten Ellershaw et al. fest, dass die Arbeit palliativer Konsildienst die Symptomkontrolle erhöht, zum besseren Verständnis von Diagnosen und Prognosen beiträgt und die Weitervermittlung von PatientInnen an andere Dienste optimiert. Hearn & Higginson (1998) erstellten einen Review mit 18 Studien (davon 5 RCTs³) in dem sie eine höhere Zufriedenheit von PatientInnen und Zugehörigen, ein bessere Symptomkontrolle und eine Reduktion der Länge des Klinikaufenthaltes feststellten. Higginson et al. (2002) ermittelten in einem Review von neun Studien, die die Wirksamkeit von Konsildiensten untersuchten, Hinweise auf eine Reduktion der Dauer des Klinikaufenthaltes und in einigen Studien die Besserung von Symptomen. Insgesamt beurteilten sie die vorhandenen Studien jedoch als qualitativ mäßig und die Ergebnisse damit als wenig belastbar. Mahony et al. (2005) evaluierten die Arbeit eines palliativen Konsildienstes in New York. Durch den Konsildienst besserten sich die Symptome der PatientInnen. Für PatientInnen, die anschließend in ein Hospiz verlegt wurden, reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in der Klinik. Darüber hinaus stellten sie eine hohe Zufriedenheit der zuweisenden Klinikmitarbeiter fest, die unter anderem daran abzulesen war, dass die Zuweisungsraten im Laufe der Zeit deutlich anstiegen. Die Auswertung der Patientenakten wies auf mögliche finanzielle Einsparungen durch geringere Inanspruchnahme aufwändiger Interventionen und kostenintensiver Abteilungen hin (z.B. geringere Nutzung der Notaufnahme). Delgado-Guay et al. (2009) führten eine retrospektive Aktenanalyse von PatientInnen einer Intensiveinheit durch und stellten eine Verbesserung von Schmerzen, Luftnot, Angst und eine Verringerung des Auftretens deliranter Zustände fest. Trotz weiterer zahlreicher Untersuchungen zu den Effekten palliativer Versorgungsangebote muss kritisch angemerkt werden, dass es nur wenige qualitativ hochwertige Studien zu dieser Fragestellung gibt (vgl. Zimmermann et al. 2008). Dies mag nicht zuletzt daran liegen, dass das dafür erforderliche Vorgehen, nämlich die zufallsgesteuerte Zuordnung von PatientInnen in eine Gruppe mit und eine Gruppe ohne Palliativversorgung, nicht unerhebliche ethische Fragen aufwirft.

Eine Untersuchung mit einer völlig anderen Fragestellung führten Vernooij-Dassen et al. (2007) durch. Sie untersuchten, welche unerkannten Problemlagen durch die PC-Konsultationen festgestellt werden konnten. Sie stellten fest, dass Probleme im Bereich der körperlichen Verfassung und der pharmakologischen Therapie, der psychischen Verfassung, der psychosozialen Unterstützung und der Organisation der Behandlung durch die Hinzuziehung des palliativen Konsildienstes erkannt werden konn-

³ RCT heißt Randomisierte Kontrollierte Studie und bezeichnet das Studiendesign, das die besten methodischen Voraussetzungen bietet, um Interventionseffekte realitätsnah zu erfassen und zu beurteilen.

ten. Gestützt wird dieses Ergebnis durch die aktuelle Untersuchung von Sasahara et al. (2010), die darauf hinweisen, dass die erbrachte Unterstützung von Palliativen Konsildiensten deutlich umfassender ist, als die angeforderten Leistungen. Es ist anzunehmen, dass die Feststellung des tatsächlichen Bedarfs nicht nur unmittelbar den betroffenen PatientInnen zugutekam, sondern auch einen Lerneffekt für das Stationspersonal erzeugte. Den Aspekt der Weiterbildung stellten Kuin et al. (2004) explizit in den Mittelpunkt ihrer Untersuchung. In einer Evaluation der Arbeit ambulanter Palliativteams, die für Hausärzte als BeraterInnen zur Verfügung standen, konnte gezeigt werden, dass die Zusammenarbeit der Hausärzte mit den Palliativteams nicht nur die Versorgung der Patienten verbesserte, sondern auch das Fachwissen der Hausärzte vergrößerte.

Wenig Hinweise gibt es über die konkrete Ausgestaltung palliativer Angebote. Die häufigsten beschriebenen Aufgabenbereiche in der Palliativversorgung sind Schmerzbehandlung, Behandlung anderer körperlicher Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Luftnot), Behandlung psychischer Symptome, emotionale Unterstützung der PatientInnen und der Zugehörigen, Information und Beratung von PatientInnen und Zugehörigen, Organisation von Verlegungen, Sterbebegleitung und Trauerbegleitung (vgl. Manfredi et al. 2002, Homsy et al. 2002, Virik & Glare 2002). Addington-Hall erprobten 1992 erstmals den Ansatz des Fallmanagements in der Palliativversorgung. Obwohl sie Unterschiede für die Häufigkeit von Erbrechen, Husten, Verdauungsstörungen, den Schweregrad von Schluckbeschwerden und die Reaktion der Zugehörigen auf den Tod der PatientInnen fanden, erreichten diese Unterschiede keine Signifikanz und wurden von den Autoren als gering quantifiziert (Addington-Hall et al.: 1317). Die geringe Ausprägung der Unterschiede führten sie unter anderem auf die fehlenden finanziellen Möglichkeiten für eine am Bedarf der PatientInnen orientierte Versorgung zurück sowie auf mögliche Unzulänglichkeiten in der Vorbereitung der eingesetzten Krankenschwestern auf ihre Aufgaben. Meier et al. (2004) untersuchten ebenfalls die Möglichkeit mittels eines Case Managements die Versorgung von PalliativpatientInnen zu verbessern. Sie kritisieren an herkömmlichen Fall-Management-Programmen, dass diese sich häufig ausschließlich auf die Koordinierung von Angeboten konzentrieren und Aspekte der Entscheidungsfindung, der Feststellung palliativer Probleme und Interventionsmöglichkeiten vernachlässigen. Sasahara et al. (2010) weisen auf einen großen Bedarf an psychosozialer Unterstützung hin. Dieser Bedarf ist für KrebspatientInnen bereits hinlänglich bekannt und in entsprechenden Studien wurden positive Effekte für Interventionen im psychosozialen Bereich festgestellt. So ermittelten Koch et al. (2002) in einer Literaturanalyse 21 Studien eine Entlastung der PatientInnen durch verschiedenste Interventionen fest. Primär eingesetzt wurde die Methode der progressiven Muskelentspannung, aber auch unterstützende Gespräche, Einüben von Problemlösetechniken, Stressmanagement, Coping-Training, themenzentrierte Beratung u.a.m. (vgl. Koch et al. 2002: 33ff).

Hanson et al. (2008) untersuchten in ihrer Studie unter anderem die mögliche Kostenersparnis durch palliative Betreuung. In einer prospektiven Beobachtungsstudie wurden konsekutive PatientInnen von einem Palliativteam, bestehend aus einem Arzt und einer Krankenschwester, beide mit einer palliativen Weiterbildung, betreut. Während der Betreuung verbesserten sich die Symptome Schmerzen, Luftnot, Verwirrtheit und Übelkeit/Erbrechen. Um die Kosten für diese PatientInnen zu ermitteln, wurden die Gesamtkosten, die Aufenthaltsdauer und die täglichen Kosten der PalliativpatientInnen mit Kosten für PatientInnen mit derselben Diagnose und dem gleichen Sterberisiko verglichen. In der Gegenüberstellung wurde deutlich, dass mit der Länge der Betreuung durch einen palliativen Dienst die Kostenersparnis zunahm (ermittelt wurde hier eine Kostenersparnis zwischen etwa 100 und 200 US Dollar pro Tag). Auch Bendaly et al. (2008) ermittelten in einem Vergleich von PatientInnen mit und ohne palliative Betreuung, dass trotz einer längeren Liegedauer der PatientInnen durch die Palliativversorgung Kosten eingespart werden konnten. Doch auch für Fragen der Kosten(ersparnis) durch Palliativversorgung ist die Datenlage nur mäßig und es lassen sich kaum definitive Aussagen treffen (vgl. Zimmermann et al. 2008).

3. Methoden

3.1 Anlage des Praxisprojekts

Das Projekt Palliativer Liaisondienst wurde als interdisziplinäres Angebot angelegt. Eine Krankenschwester mit einer Weiterbildung zur Breast Nurse⁴, die das Fallmanagement übernahm, ein Arzt mit einer Weiterbildung in Palliativmedizin und der klinikinterne ärztliche Projektleiter bildeten das Projektteam. Die Stelle der Fallmanagerin wurde während des Projekts umbesetzt: Am 1. November 2008 wurde sie von einer Krankenschwester übernommen, die über eine Weiterbildung in Palliative Care verfügt und bereits praktische Erfahrung im Umgang mit schwerst Kranken hatte. Die Stelle des Teamarztes wurde in den ersten eineinhalb Jahren von einem Arzt bekleidet, der für den noch im Genehmigungsverfahren befindlichen Dienst zur Speziellen Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorgesehen war. Da dieser Dienst seine Tätigkeit noch nicht aufgenommen hatte, konnte er für die Arbeit im Palliativen Liaisondienst freigestellt werden.

Geplant war, dass der Arzt und die Fallmanagerin sich täglich zu einer Morgenbesprechung treffen, in der sie gemeinsam Patientenbesuche vorbereiten, Fragen zur Behandlungsplanung diskutieren und zu Beginn auch die Bekanntmachung des Palliativen Liaisondienstes im Klinikum planen. Neue PatientInnen sollten immer zu zweit aufgenommen werden. Der Fallmanagerin war neben der psychosozialen Begleitung vor allem die Beobachtung der subjektiven Befindlichkeit der PatientInnen zugedacht, durch die unter anderem die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie überprüft werden sollte. Ansprechpartner für fachliche Fragen sollte der klinikinterne Projektleiter sein.

Es wurde eine klinikinterne multidisziplinäre Arbeitsgruppe eingerichtet, die die Implementierungsphase des Liaisondienstes begleiten sollte. In dieser Gruppe sollten Fragen, die die Arbeit und die Zuständigkeiten des Liaisondienstes betreffen, aber auch konkrete Probleme in der Umsetzung des Angebots diskutiert werden.

Zu Beginn des Projekts wurde von der Fallmanagerin ein Konzept für die Arbeit des Liaisondienstes entwickelt, in dem inhaltliche und organisatorische Aufgaben sowie die strukturellen Rahmenbedingungen beschrieben wurden (s. Zwischenbericht vom 25.08.2008). Des Weiteren erarbeitete sie in Zusammenarbeit mit der internen Arbeitsgruppe eine Schnittstellenbeschreibung. Darüber hinaus wurde von ihr ein Flyer für die Bekanntmachung des Dienstes im Klinikum erstellt. Diese Dokumente dienten im Weiteren als Grundlage für die Ausrichtung und die Arbeit des Palliativen Liaisondienstes.

⁴ Mit Aufnahme der Tätigkeit als Fallmanagerin begann die Mitarbeiterin eine Weiterbildung in Palliative Care.

3.2 Begleitevaluation

Die Begleitevaluation wurde als so genannte formative Evaluation geplant und durchgeführt. Der Vorteil einer formativen Evaluation ist, dass sie bereits im Verlauf eines Vorhabens Zwischenergebnisse erhebt und diese an die jeweiligen Akteure rückmeldet. Dies hat den Vorteil, dass erforderliche Anpassungsprozesse schon während des Projektverlaufs in die Wege geleitet werden können und nicht erst am Ende des Projekts. Auf diese Weise werden Ressourcen geschont und Entwicklungen können unmittelbar in ein laufendes Projekt integriert werden. Die Rückmeldungen wurden mit den Projektdurchführenden besprochen. Je nach der Reichweite der erforderlichen Anpassungsmaßnahme wurde ein größerer Kreis, die so genannte interne Arbeitsgruppe, in die Besprechungen einbezogen.

Die Evaluation erfolgte in verschiedenen Bereichen und mit unterschiedlichen Methoden: Zur Erhebung des Projektverlaufs und der Arbeitssituation gab es regelmäßige Zusammenkünfte der Fallmanagerin und der Evaluatorin (Einzelheiten zur methodischen Vorgehensweise unter 3.2.1). In Experteninterviews wurden einzelne KlinikmitarbeiterInnen zu ihren Erfahrungen mit dem Projektangebot befragt (s. 3.2.2). Darüber hinaus wurden quantitative Daten erfasst (3.3.3).

3.2.1 Datenerhebung im Rahmen des Jour Fixe

Die Begleitung der Fallmanagerin im Rahmen eines vierzehntägigen Jour Fixe wurde in Anlehnung an die Methode des ExpertInneninterviews (Meuser & Nagel 1991/2005) ergänzt um Elemente der Teilnehmenden Beobachtung (Jorgensen 1989: 13-14) durchgeführt. Im Unterschied zu anderen Interviewformen wird eine ExpertIn nicht als Person, sondern in ihrer Funktion befragt. Somit werden bei der Auswertung die Sachinhalte analysiert und nicht die Gesamtperson mit ihren Orientierungen und Einstellungen (vgl. Meuser & Nagel 1991/2005: 72). Die klassische Methode der Datenerhebung in Form eines Experteninterviews beinhaltet eine Auswahl und Vorstrukturierung der Gesprächsinhalte durch einen Interviewleitfaden. Von dieser Vorgehensweise wurde hier abgewichen, um die aktuellen Ereignisse und Entwicklungen aus dem Projektalltag erfassen zu können. So konnten die Schwerpunkte des Berichteten von der Fallmanagerin nach ihren eigenen Prioritäten gesetzt werden. Diese freien Erzählungen konzentrierten sich überwiegend auf Schilderungen der Begleitung verschiedener PatientInnen (eine Darstellung der zentralen Fallschilderungen findet sich in Kapitel 5.2). Ergänzt wurden diese Erzählungen durch Nachfragen in Bezug auf bestimmte Eckpunkte des Projekts, wie z.B. die Zusammenarbeit innerhalb des PL-Teams, die Zusammenarbeit des PL-Teams mit dem Stationspersonal, Fragen nach der Resonanz auf das PL-Angebot im Allgemeinen aber auch zur Arbeitssituation der Fallmanagerin (Ergebnisse dazu finden sich in Kapitel 4, Kapitel 5.3 und 5.4).

3.2.2 Experteninterviews

Neben der oben erwähnten Variante des Experteninterviews wurde die Methode auch in ihrer klassischen Form eingesetzt. Als ExpertInnen wurden in diesem Fall MitarbeiterInnen aus den Arbeitsbereichen Pflege, Medizin und Sozialarbeit des Klinikums links der Weser befragt, die im Rahmen ihrer Arbeit Kontakt mit dem Palliativen Liaisondienst gehabt hatten. Die Gespräche wurden anhand eines vorab entwickelten Interviewleitfadens (s. Anhang) vorstrukturiert. Alle Interviews wurden im Klinikum durchgeführt und mittels eines Diktaphons aufgezeichnet. Die Beteiligten erklärten sich schriftlich einverstanden mit der Aufzeichnung des Interviews. Vor der Durchführung der Interviews wurde die Zustimmung der Geschäftsleitung des Klinikums eingeholt.

Die Interviews wurden selektiv protokolliert (Mayring 2002: 97), d.h. sie wurden im Hinblick auf bestimmte Themenbereiche (s.u.) abgehört und Äußerungen zu diesen Themen wurden in paraphrasierter Weise schriftlich festgehalten. Diese Themenbereiche ergaben sich überwiegend aus dem Fragebogen, der letzte der unten aufgeführten Bereiche ergab sich aus den Interviews. Besonders markante oder bedeutsame Äußerungen wurden wörtlich transkribiert und als Belege in die Auswertung der ExpertInneninterviews aufgenommen (s. Kap. 5.2). Es wurden Äußerungen zu den folgenden Themen festgehalten:

- Welche Klientel sollte vom PL-Dienst betreut werden?
- Welche Aufgaben sollte der PL-Dienst übernehmen?
- An welchen Kriterien lässt sich gute Zusammenarbeit fest machen?
- Welche Veränderungen haben sich durch die Tätigkeit des PL-Dienstes ergeben?
- Zu welchem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf sollte der PL-Dienst einbezogen werden?

Die selektiven Protokolle wurden mit Hilfe der Methode der Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert (Mayring, 2002). Es wird zwischen drei Grundformen der Inhaltsanalyse unterschieden: der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung. In der vorliegenden Evaluation wurden mit der Methode der Zusammenfassung gearbeitet. Die Äußerungen der ExpertInnen wurden innerhalb der oben dargestellten Themenbereiche zu Kategorien zusammengefasst. Entsprechend der idealtypischen Vorgehensweise wurden zunächst die Zuordnungskriterien festgelegt und anschließend Kategorienbegriffe abgeleitet (vgl. Mayring 2002: 115f).

3.2.3 Quantitative Erfassung von Patientencharakteristika und Tätigkeiten des PL-Dienstes

Um einen Eindruck von der behandelten Klientel und einen Überblick über die ausgeführten Tätigkeiten zu bekommen, wurden Daten zu den Patienten und der Arbeit des Liaisondienstes in quantitativer Form erhoben. Dazu wurde ein Formular entwickelt, in dem demographische und krankheitsbezogene Angaben zu den Patienten festgehalten wurden. Darüber hinaus wurden die Tätigkeiten und der dafür notwendige Zeitaufwand von der Fallmanagerin in einer Meta-Dokumentation festgehalten. Weitere Daten wurden von der Evaluatorin den Patientenakten entnommen. Die Daten, die bis zum Stichtag 31. Januar 2010 erhoben worden waren, wurden in die Analyse aufgenommen. Die dafür notwendigen Angaben wurden auf ein Dateneingabeblatt übertragen und in das Statistikprogramm PASW (früher SPSS) übertragen. Mit Hilfe dieses Programms wurden verschiedene deskriptive statistische Auswertungen durchgeführt.

4 Projektverlauf

4.1 Externe und interne Begleitung des Projekts

Das Projekt startete mit einem so genannten „Kick-Off-Treffen“ am 11. April 2008 im Klinikum Links der Weser. An diesem Treffen nahmen die Projektbeteiligten des Klinikums und der AKG teil. Darüber hinaus waren Mitarbeiterinnen des Klinikums aus den Bereichen Sozialarbeit, innerbetriebliche Fortbildung sowie die pflegerische Geschäftsführerin beteiligt. Das Treffen diente zum einen dazu, den anwesenden MitarbeiterInnen das Projekt vorzustellen, zum anderen aber auch dazu, in einem ersten Brainstorming Ideen für die Aufgabenfelder des Liaisondienstes, Zuständigkeiten und Projektstrukturen zu sammeln. In teilweise veränderter Besetzung traf sich diese Arbeitsgruppe im Verlauf des Projektes insgesamt sechsmal. Zu Beginn war die Hauptaufgabe der Gruppe, die Tätigkeitsmerkmale und Aufgabenbereich der Fallmanagerin festzulegen. In späteren Treffen standen Informationsaustausch und konkrete Fragen, die sich aus der Tätigkeit ergaben, im Vordergrund. Eine kontinuierliche externe Begleitung wurde in Form eines 14-tägigen Jour Fixe, zu dem die Fallmanagerin und die Evaluatorin zusammenkamen, gesichert. Als interne AnsprechpartnerInnen für fachliche Fragen standen der Fallmanagerin der ärztliche Leiter des Palliativbereichs sowie die Leiterin der internen Fortbildung und die Pflegedienstleiterin der Palliativabteilung zur Verfügung.

4.2 Rahmenbedingungen, Anbindung und Arbeitssituation der Fallmanagerin

Die Rahmenbedingungen und die organisatorische Anbindung der Fallmanagerin sind zu Beginn des Projekts durch die interne Arbeitsgruppe geplant, bzw. aus den Interviews mit einzelnen Schlüsselpersonen abgeleitet worden (s. Kurzbericht über den Projektstand vom 25.08.2008, S. 9-13 und 15-18).

Rahmenbedingungen

Die Fallmanagerin teilte sich zunächst ein Büro mit dem Leiter des geplanten ambulanten Palliativdienstes. Sie verfügte über ein eigenes Faxgerät und eine Telefon- und Intranetanschlusss. Mittlerweile ist das Büro als Einzelbüro im Verwaltungstrakt des IdW untergebracht. Die Arbeitszeit ist auf Wunsch der Fallmanagerinnen (sowohl der ersten wie auch der zweiten Stelleninhaberin) auf 30 Stunden / Woche begrenzt. Hierdurch verlängerte sich die Projektlaufzeit von 24 auf 29 Monate.

Eine Urlaubs- und Krankheitsvertretung wurde bislang nicht eingerichtet. In Fällen der Abwesenheit wird die Tätigkeit der Fallmanagerin durch eine der ÄrztInnen der Palliativstation oder des SAPV übernommen.

Strukturelle Anbindung der Fallmanagerin

Wie im Kurzbericht vom 25.08.2008 vorgeschlagen, wurde die Stelle der Fallmanagerin als Stabstelle eingerichtet. Damit ist sie unmittelbar der pflegerischen Geschäftsleitung unterstellt. Die fachliche Leitung haben die Pflegedienstleiterin der Palliativstation sowie der ärztliche Leiter der Palliativstation. Bei fachlichen Fragen steht darüber hinaus das ärztliche und pflegerische Personal der Palliativstation zur Verfügung. Die Einrichtung des Arbeitsplatzes als Stabsstelle hat sich als sehr hilfreich erwiesen, da eine Anbindung der Fallmanagerin an eine Station, besonders in Phasen, in denen wenig PatientInnen in der Betreuung waren, wahrscheinlich zu einer Vereinnahmung für Stationsarbeiten geführt hätte. Stattdessen konnte die Zeit nach eigener Festlegung genutzt werden, z.B. für konzeptionelle Überlegungen, Reflexion über die Arbeit und aktives Aufsuchen der Stationen, um den PL-Dienst weiter bekannt zu machen oder um die StationsmitarbeiterInnen für möglicherweise vorhandene palliative Problemsituationen zu sensibilisieren.

Arbeitssituation der Fallmanagerin

Geplant war, dass die Fallmanagerin mit einem Arzt ein Behandlungsteam bildet (s. Kapitel 3.1). Erstgespräche mit PatientInnen sollten gemeinsam geführt werden, um danach eine gemeinsame Einschätzung und Planung der weiteren Begleitung vorzunehmen. Die gemeinsame Aufnahme der PatientInnen sollte gewährleisten, dass sowohl medizinische als auch pflegerische und psychosoziale Bedürfnisse erkannt werden. Von Mai 2008 bis Ende August 2009 wurde diese Vorgehensweise eingehalten. Bedingt durch die Arbeitsaufnahme der Spezialisierten Ambulanten Palliativen Versorgung (SAPV) im September 2009 ist der Arzt, der bis dahin kontinuierlich für den Liaisondienst freigestellt war, nicht mehr verfügbar. Die dadurch entstandene Lücke wird zurzeit kompensiert, indem wechselnde ÄrztInnen des SAPV und der Palliativstation der Fallmanagerin als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung stehen. Routinemäßig finden zurzeit keine gemeinsamen Aufnahmegespräche statt.

Eine Möglichkeit, über die PatientInnen zu sprechen, wird aktuell über die Teilnahme der Fallmanagerin an der Morgenbesprechung des SAPV geboten.

Die Fallmanagerin nimmt überdies an den monatlichen Supervisionen der Palliativstation teil.

4.3 Veränderungen der Projektausrichtung im Laufe des Projektes

Fallmanagement als verlässlichen Begleitung

Das Ziel des Projekts war die Verbesserung der Situation von PalliativpatientInnen durch Einführung eines Fallmanagements. Die Annahme war, dass die Versorgung häufig unter einem Mangel an Abstimmung der verschiedenen Angebote leidet oder KlinikmitarbeiterInnen vielfach nicht über adäquate Unterstützungsangebote für Pallia-

tivpatientInnen informiert sind, so dass vorhandene Bedürfnisse nicht angemessen berücksichtigt werden können. Darüber hinaus wurde angenommen, dass den PatientInnen vielfach ein fester Ansprechpartner fehlt. Im Projektverlauf zeigte sich, dass die Begleitung durch Gespräche, in denen die PatientInnen ihre Sorgen und Ängste formulieren konnten und sich in ihrer existentiellen Bedrohung wahrgenommen fühlten, sehr viel Raum einnahmen. Es wurde somit ersichtlich, dass die Aufgabe eines Fallmanagements erst ganz zum Schluss die Weiterverweisung oder bessere Koordination geeigneter Unterstützungsangebote meint. Diese Arbeiten markieren zum Teil sogar den Endpunkt der Begleitung. Diese Begleitung umfasst Gespräche über bestimmte Themen, in denen Ziele und Problemlösungen entwickelt wurden, wie auch Zuhören und Dasein. In den Gesprächen kommen Elemente der Gesprächstherapie nach Rogers zum Einsatz. Vor allen Dingen die drei so genannten Basisvariablen Empathie, Wertschätzung und Authentizität werden in allen Gesprächen berücksichtigt.

Es zeigte sich, dass in manchen Situationen auch Körperkontakt als Unterstützung wahrgenommen wurde. Vor allem, wenn PatientInnen bereits zu schwach waren, sich verbal zu äußern, aber auch in Situationen, in denen es kein Gesprächsbedürfnis von Seiten der PatientInnen gab, wurde es als wohltuend empfunden, dass die Fallmanagerin am Bett saß und z.B. die Hand der PatientIn hielt.⁵ Körperkontakt, wie das Halten der Hand, ist nicht als isolierte Maßnahme zu begreifen, sondern erhält seinen Sinn und seine Bedeutung erst durch den Gesamtkontext, in diesem Fall die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin und Fallmanagerin. Die „Wirksamkeit“ dieser Geste ist somit nicht auf den bloßen Körperkontakt, sondern vielmehr auf die Herbeiführung einer Atmosphäre, die diesen Kontakt ermöglicht, zurückzuführen. Somit hat diese Geste vor allem einen symbolhaften Charakter.

Ferner wurde deutlich, dass die Kontinuität der Begleitung durch ein und dieselbe Person sich sehr positiv auf die PatientInnen auswirkte. Die Fallmanagerin berichtete, dass es auch bei anfangs sehr verschlossenen PatientInnen häufig gelang, nach mehreren Besuchen Vertrauen aufzubauen, so dass ein offenes Sprechen darüber, was die PatientInnen bewegte, möglich wurde (s. dazu auch Kapitel 5.3).

Ausbau der aufsuchenden Elemente

Die Projektplanung sah vor, dass der Palliative Liaisondienst auf Anfrage des Stationspersonals tätig wird. Es zeigte sich jedoch, dass beim Stationspersonal Unsicherheiten im Hinblick auf die Einschätzung palliativer Situationen vorlagen. Daher besuchte die Fallmanagerin auch Stationen, auf denen sie gerade keine Patienten betreute, um aktiv nach weiteren PatientInnen zu fragen. Aus diesen Gesprächen entwickelte sich des Öfteren auf Seiten des Stationspersonals die Erkenntnis, dass auch PatientInnen, bei denen sie zunächst gar keinen zusätzlichen Betreuungsbedarf gesehen hatten, von einer

⁵ Information aus den Gesprächen mit der Fallmanagerin.

palliativen Begleitung profitieren würden. Es ist anzunehmen, dass auf diese Weise die Anzahl der Betreuungen erhöht werden konnte. Auch wenn sich zu dieser Frage im Rahmen der vorliegenden Studie keine definitive Aussage treffen lässt, so gibt es doch Hinweise aus Studien zu ähnlichen Fragestellungen, in denen dieser Effekt nachgewiesen wurde. Als Beispiel sei an dieser Stelle auf die Ethikvisiten im Universitätsklinikum Marburg verwiesen, durch die die Anzahl der ethischen Begutachtung nach dem Wechsel der Angebotsstruktur von einer „Komm-Struktur“ in eine aufsuchende Struktur deutlich angestiegen ist (Gerdes & Richter 1999, Richter 2007).⁶

Ausbau und Stärkung des mündlichen Austauschs

Auch die Organisation des Informationsaustausches zwischen Stationspersonal und PL-Dienst im Rahmen mündlicher Besprechungen, statt, wie anfänglich geplant, über ein Dokumentationsblatt, hat zu einer Vergrößerung der Klientel geführt. Aufgrund der regelmäßigen Besprechungen war die Fallmanagerin häufig auf den Stationen. So ergaben sich auch zufällige Gespräche mit PatientInnen und Angehörigen, in denen zum Teil Betreuungsbedarf deutlich wurde, auf den das Stationspersonal dann mit einer entsprechenden formellen Anfrage reagieren konnte. Darüber hinaus hat der mündliche Austausch zu einer Verbesserung der Beziehungen zwischen dem Palliativen Liaisondienst und den StationsmitarbeiterInnen geführt. Durch den persönlichen Kontakt entstand eine kollegiale Beziehung, die im Weiteren dazu beitrug, dass die Hemmschwelle zur Einbeziehung des PL-Dienstes sank und auch Nachfragen bezüglich einer Beratung des Stationspersonals an den Dienst herangetragen wurden.

Konzentration auf den stationären Bereich

Der anfangs geplante intensive Austausch mit ambulanten Diensten hat sich mit der Einrichtung des SAPV am Klinikum Links der Weser zumindest teilweise erübrigt, da dieser Dienst häufiger im Kontakt mit Hausärzten, Apotheken, Pflegediensten oder Hospizen ist. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass es in Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem Stationspersonal förderlicher ist, dieses im Hinblick auf Kontaktaufnahme zu ambulanten Anbietern zu beraten, als diese Kontakte selbst in die Hand zu nehmen. In einigen Fällen wurde jedoch die Kontaktaufnahme zu ambulanten Anbietern von der Fallmanagerin übernommen. Dies war überwiegend bei der Organisation ambulanter Hospizhilfen der Fall. Einige Male wurde auch die Kontaktaufnahme zum Hausarzt übernommen.

⁶ Erstmals wurde dieser Wechsel der Angebotsform in der Sozialarbeit eingeführt, da festgestellt wurde, dass so genannte „schwer erreichbare“ Klientel nicht auf Unterstützungsangebote reagiert, sondern aktiv aufgesucht werden muss.

4.4 Bekanntmachung des Projekts

Interne Bekanntmachung

Eine erste Information über das Projekt wurde von der Geschäftsleitung an die Abteilungen gegeben, von denen später MitarbeiterInnen in die interne Arbeitsgruppe entsandt wurden. Dies waren die Abteilungen Sozialarbeit, Innerbetriebliche Fortbildung, die Palliativstation und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. Des Weiteren wurde das Projekt zu Beginn durch den klinikinternen Projektleiter in der Chefarztrunde und der Stationsleitungskonferenz bekannt gemacht. Darüber hinaus stellten sich der ärztliche Leiter und die Fallmanagerin persönlich auf allen Stationen des Klinikums vor und informierten über das Projekt. Im Rahmen des Einführungstages für neue KlinikmitarbeiterInnen wird der Palliative Liaisondienst ebenfalls vorgestellt. Im November 2009 wurde das Projekt erneut in der Chefarztrunde vorgestellt und über die ersten Erfolge berichtet. Darüber hinaus wurden alle Arbeitsbereiche von der Geschäftsleitung nochmals über die Existenz und die Arbeit des Palliativen Liaisondienstes informiert. Ferner wurde die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zum Liaisondienst über das Intranet geschaffen, so dass auch über diesen Weg das Vorhandensein des Liaisondienstes deutlich wird.

Ein hausinterner Flyer über das Angebot und die Zugangsweg des Liaisondienstes ist im Druck. Darüber hinaus wird in der nächsten Ausgabe der haus-eigenen Zeitschrift „Leuchtfeuer“ ein Artikel über den Palliativen Liaisondienst erscheinen.

Externe Bekanntmachung

Extern wurde der Palliative Liaisondienst im hausärztlichen Weiterbildungszirkel Palliativmedizin bekannt gemacht. Zu diesem Zweck nahmen die Fallmanagerin und ein Palliativmediziner an zwei Zusammenkünften des Weiterbildungszirkels teil und berichteten dort über das Projekt. Des Weiteren wurden zwei Artikel in der Zeitschrift „Angewandte Schmerztherapie“ und ein Artikel im Bremer Ärzteblatt veröffentlicht, in denen der Liaisondienst erwähnt wurde. Für den Bremer Pflegekongress im Mai 2010 ist ein Vortrag des Klinikums mit dem Titel „Aufbau eines palliativen Netzwerkes“ angemeldet, in dem auch der Palliative Liaisondienst vorgestellt werden wird. Im Mai 2010 wird ein Beitrag im AOK-Magazin Gesellschaft und Gesundheit (G+G) erscheinen, in dem über die Arbeit des Liaisondienstes berichtet wird. Für den Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Herbst 2010 ist ein Vortragsabstract eingereicht.

5 Evaluationsdaten

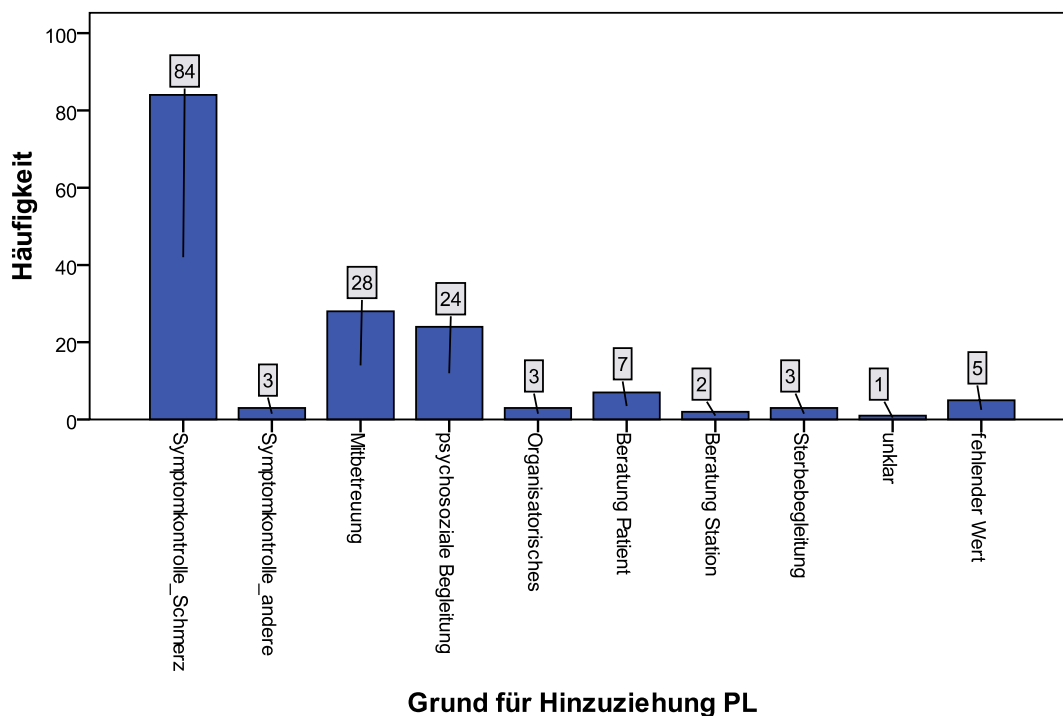
5.1 Quantitative Daten ⁷

Durch den Palliativen Liaisondienst wurden im Laufe der fast zwei Projektjahre 160 Patientinnen und Patienten betreut. Gerechnet auf den hier analysierten Gesamtzeitraum von 91 Wochen sind das pro Woche 1,8 Patienten. Allerdings verteilte sich die Betreuung nicht gleichmäßig auf diese 91 Wochen, sondern es gab Ausfallzeiten durch Urlaub, Fortbildungen oder Krankheit der Fallmanagerin sowie durch einen Personalwechsel. Berechnet man die Betreuungsdichte nur für die Zeiträume, in denen eine Fallmanagerin aktiv war (67 Wochen), so ergibt sich eine Fallzahl von 2,4 betreuten Personen pro Woche.

Die vom Palliativen Liaisondienst betreuten Menschen waren zwischen 30 und 90 Jahren alt. Der Altersmedian lag bei 66,5 Jahren. Mit 65,5 Prozent (105 Patientinnen) war das weibliche Geschlecht etwas häufiger vertreten. Die zugrunde liegende Erkrankung war in 135 Fällen (das entspricht 84,4 Prozent) eine Krebserkrankung. Neun Personen hatten eine Herzerkrankung und 14 hatten verschiedene Erkrankungen, die in der Kategorie „andere“ zusammengefasst wurden (z.B. Amputationen, HIV/AIDS, Hospitalisierung). Für zwei Patienten konnte die Grunderkrankung aufgrund fehlender Dokumente nicht mehr festgestellt werden.

Als Grund für die Hinzuziehung des Palliativen Liaisondienstes wurde bei 84 der 160 Anfragen die Schmerzkontrolle genannt, für drei PatientInnen wurde die Kontrolle anderer Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Atemnot) nachgefragt (s. Abbildung 5.1). Damit ist etwas mehr als die Hälfte der Nachfragen auf die Symptombehandlung zurückzuführen. Bei 76 Patienten wurden primär die Leistungen der Fallmanagerin nachgefragt, bzw. unter dem Begriff „Mitbetreuung“ undifferenziert sowohl medizinische als auch psychosoziale Leistungen. Die Auswertung der weiteren Gründe für die Hinzuziehung des Liaisondienstes ergab, dass in 40 Fällen, in denen eine Symptomkontrolle der primäre Grund einer Anfrage war, zusätzlich die Begleitung durch die Fallmanagerin nachgefragt wurde.

⁷ Wenn nicht anders ausgewiesen beziehen sich alle Angaben auf den Zeitraum 01.05.2008 bis 31.01.2010 (Ende der quantitativen Erfassung der Patientendaten)

Abbildung 5.1: Grund für Hinzuziehung des Palliativen Liaisondienstes

Die Dauer der Betreuung zeigt eine erhebliche Bandbreite mit Werten zwischen einem und 54 Tagen. Das Gros der PatientInnen (66 Prozent) wurde jedoch zwischen einem und sieben Tagen betreut (s. Tab. A/5.1 im Anhang 1).

Die Anzahl der Besuche durch die Fallmanagerin variierte zwischen keinem Besuch (dieser Wert ergab sich durch Zeiten der Nicht-Anwesenheit) und 27 Besuchen (s. Tab. 5.1).

Tabelle 5.1: Anzahl Besuche Fallmanagerin und ärztlicher PL-Dienst

	Anzahl Besuche Fallmanagerin	Anzahl Besuche ärztlicher Dienst
Gesamtanzahl Besuche	673	187
fehlend	0	9
Mittelwert	4,21	1,24
SD*	3,93	1,28
Median	3,00	1,00
Modus	2	1
Minimum	0	0
Maximum	27	7

*SD = Standardabweichung des Mittelwertes.

Im Durchschnitt wurden die PatientInnen viermal von der Fallmanagerin besucht, während der ärztliche Dienst die PatientInnen im Schnitt nur einmal aufsuchte (s. Mittelwertangaben in Tabelle 5.1). Die deutlich höhere Besuchszahl der Fallmanagerin weist darauf hin, dass der überwiegende Teil der geleisteten Arbeit des Palliativen Liaisondienstes im Bereich der psychosozialen Begleitung, dem Fallmanagement und gegebenenfalls der Überwachung der symptomatischen Therapie lag (s. dazu auch Abbildung 5.3). Die Gründe für die im Durchschnitt wenigen Kontakte (vier für die Fallmanagerin und einer für den ärztlichen Dienst) sind vielfältig und können nicht als Surrogatparameter für den Bedarf an palliativer Begleitung gelesen werden: In manchen Fällen wurde der PL-Dienst erst sehr spät hinzugezogen, so dass einige Patienten unmittelbar nach der Aufnahme in die Betreuung starben. Es gab auch Situationen, in denen der PL-Dienst erst kurz vor der Entlassung oder Verlegung eingeschaltet wurde, so dass die Anzahl der Besuche nicht den Bedarf an Begleitung abbildet, sondern sich am Zeitraum orientierte, den PatientInnen noch in der stationären Behandlung verblieben. Manche einmaligen Betreuungen spiegeln jedoch tatsächlich den Bedarf wider, da es, wie Tabelle 5.2 zeigt, 15 PatientInnen gab, die aus der Betreuung ausschieden, weil kein weiterer Bedarf vorhanden war. Bei den einmaligen Besuchen handelte es sich häufig um Beratungsgespräche zu palliativen Versorgungsmöglichkeiten oder unterstützenden Angeboten im ambulanten Bereich.

Die Betreuung durch den Palliativen Liaisondienst endete in 35,6% der Fälle wegen einer Entlassung nach Hause (s. Tabelle 5.2), was häufig der letzte Wunsch der PatientInnen war. Eine Nachverfolgung der entlassenen PatientInnen war leider nicht möglich, in einigen Fällen erreichte jedoch die Nachricht vom Tod der PatientInnen nach wenigen Tagen den Liaisondienst. Eine weitere große Gruppe (21,3 Prozent) wurde auf die Palliativstation verlegt, 15,6 Prozent der Patienten starben im Verlauf der Betreuung. In 15 Fällen (9,4 Prozent) endete die Betreuung, weil es keinen weiteren Bedarf mehr gab. Hierbei handelte es sich um Patientinnen und Patienten, die sich in einem frühen Krankheitsstadium befanden und nur einmalige Beratungen zu Diagnose

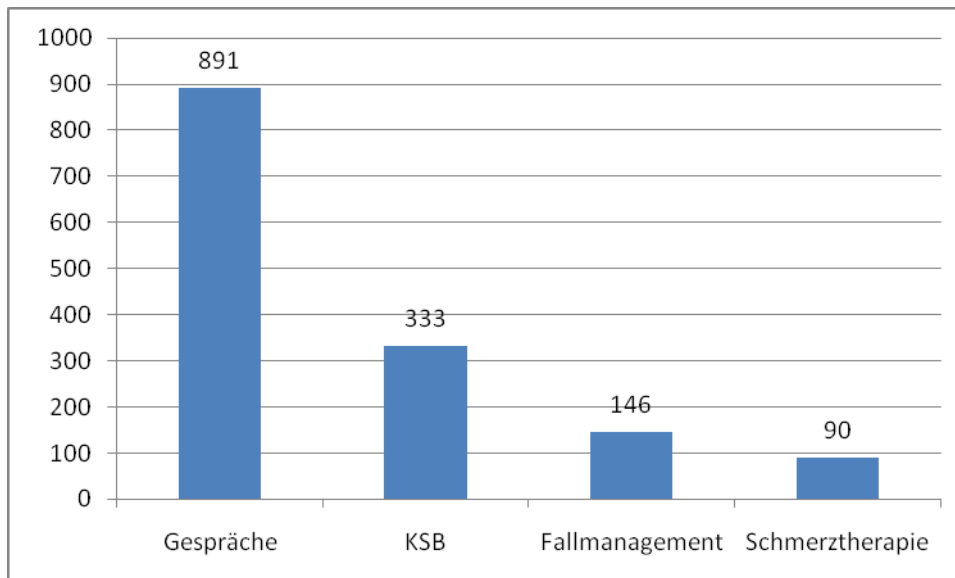
und Krankheitsverlauf in Anspruch genommen hatten. Weitere Gründe für das Ende der Betreuung finden sich in Tabelle 5.2.

Tabelle 5.2: Gründe für das Ende der Betreuung

	Häufigkeit	Prozent
nach Hause entlassen	57	35,6
auf Palliativstation verlegt	34	21,3
gestorben	25	15,6
in Pflegeheim verlegt	16	10,0
kein weiterer Bedarf	15	9,4
andere Gründe	3	1,9
in andere Einrichtung verlegt	2	1,3
auf andere Station verlegt	2	1,3
in anderes Krkh. verlegt	1	0,6
in Hospiz verlegt	1	0,6
fehlend	4	2,5
Gesamt	160	100*

*Bedingt durch Rundungsfehler der Einzelwerte ergeben sich als Gesamtsumme genau genommen 100,1 Prozent. Aus Plausibilitätsgründen wird die Summe jedoch mit 100 Prozent ausgewiesen.

Die in Anspruch genommenen Leistungen des Liaisondienstes bestanden überwiegend aus Tätigkeiten, die durch die Fallmanagerin angeboten wurden. Dies waren Gespräche, die Kontrolle des subjektiven Befindens der PatientInnen, sowie das Fallmanagement (s. Abbildung 5.2). Da Gesprächsleistungen die mit Abstand häufigste Leistung waren, wurden sie ab dem fünfundneunzigsten Patienten (ID 95) differenziert nach den jeweiligen GesprächspartnerInnen erfasst. Wie Tabelle 5.3 zeigt, wurden die mit Abstand meisten Gespräche mit Patienten und Patientinnen durchgeführt. Gespräche mit dem Stationspersonal wurden im Laufe des Projekts mehr und mehr zur Routine. In diesem Bereich dominierten ein- oder zweimalige Gespräche. Extremwerte ergaben sich für eine Langzeitbetreuungen, bei der eine Höchstzahl von 27 Gesprächen erreicht wurde (s. Tabelle 5.3). Der Patient, um den es in diesen Gesprächen ging, war allerdings auch über einen Zeitraum von 54 Tagen in der Betreuung. Bezogen auf das Gesamtsample wurden 243 Gespräche mit dem Stationspersonal geführt, in der Untergruppe ID 95-160 jedoch 198. Da zu Beginn der Projektphase die Gesprächspartner jedoch nicht differenziert erfasst wurden, sind bei den ersten 94 PatientInnen möglicherweise nicht alle Gespräche mit dem Stationspersonal dokumentiert worden. Dennoch können die Angaben als Trends gelesen werden, da nach Angaben der Fallmanagerin Gespräche mit dem Personal im Laufe der Zeit zugenommen haben und aktiv nachgefragt wurden.

Abbildung 5.2: Tätigkeiten des Palliativen Liaisondienstes

KSB = Kontrolle des subjektiven Befindens, unter Fallmanagement wurden die Weitervermittlung an andere Dienste sowie Entlassungsvorbereitungen zusammengefasst.

NB: Die Leistung „Schmerztherapie“ wurde vom ärztlichen Dienst erbracht.

Im Vergleich zu Gesprächen mit dem Stationspersonal fanden sowohl im Gesamt- als auch im oben beschriebenen Teilsample deutlich weniger Zugehörigengespräche statt. In 94 bzw. 27 Fällen gab es keine Zugehörigengespräche, in den meisten Fällen fand lediglich ein Gespräch statt. Inwieweit dies auf einen geringeren Gesprächsbedarf der Zugehörigen schließen lässt, kann anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden. Denkbar ist auch, dass den Zugehörigen die Möglichkeit der Kontaktaufnahme nicht bekannt war. Auch die üblichen Besuchszeiten in den Abendstunden und an Wochenenden haben möglicherweise eine Rolle gespielt. Zumindest zufällige Kontakte wurden so erschwert. Als günstig hat sich erwiesen, den PatientInnen die Kontaktdaten des Palliativen Liaisondienstes zu übergeben, so dass sich Zugehörige telefonisch mit der Fallmanagerin in Verbindung setzen konnten und gegebenenfalls einen Gesprächstermin vereinbaren konnten.

Tabelle 5.3: Gespräche der Fallmanagerin mit PatientInnen, Zugehörigen und Stationspersonal, Gesamtsample und Teilsample

	Gespräche mit PatientInnen	Gespräche mit Stationspersonal	Gespräche mit Zugehörigen
N 160			
Gültig	136	83	66
Fehlend	24	77	94
Anzahl Gespräche	515	243	133
Mittelwert	3,79	2,93	2,02
Median	3	2	1
Modus	1	1 und 2	1
Maximum	27	27	8
N 66 (ID 95-160)			
gültig	64	59	39
fehlend	2	7	27
Anzahl Gespräche	328	198	87
Mittelwert	5,13	3,36	2,23
Median	4,00	2,00	1,00
Modus	2	2	1
Maximum	27	27	8

* Mit dem Stationspersonal wurden am häufigsten ein bzw. zwei Gespräche geführt.

Zeitaufwand für die Begleitung

Der Zeitaufwand wurde nur für Patientinnen und Patienten ab der ID 95 festgehalten, so dass hierfür lediglich Angaben zu 66 PatientInnen vorliegen (s. Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4: Zeitaufwand für die Begleitung

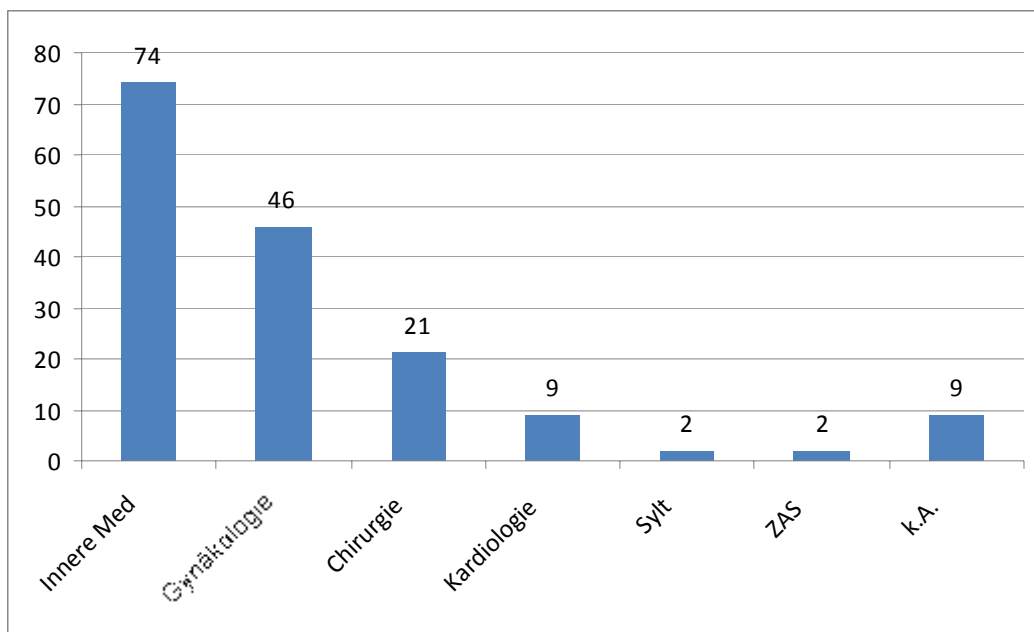
	Zeitaufwand in Min.
N	66
fehlend	9
analysiert:	57
Mittelwert	298
Median	275
Modus	105
SD	210
Minimum	45
Maximum	1145
Summe	16.985

Der alleine von der Fallmanagerin geleistete Zeitaufwand liegt bei durchschnittlich 300 Minuten pro Patient, die häufigste angebotene Zeiteinheit lag bei eindreiviertel Stunden (s. Modus in. Tabelle 5.4).

Überweisende Fachdisziplinen

Die Nachfrage nach dem Palliativen Liaisondienst variierte stark mit den jeweiligen Fachdisziplinen. Erwartungsgemäß dominiert die Innere Medizin mit insgesamt 74 Anfragen. Auffallend ist, dass die Gynäkologie die zweithöchste Anfragefrequenz hat. Dies ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass auf der Gynäkologie häufig Tumoroperationen einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen durchgeführt werden, zum anderen aber auch auf die besonders gute Zusammenarbeit mit einer gynäkologischen Station. Die geringe Anfragequote der Station Sylt ist deren besonderer Struktur als multidisziplinäre Privatstation geschuldet. Aufgrund dieser Multidisziplinarität sind die PatientInnen häufig schon über einen längeren Zeitraum bekannt, so dass die Beziehung zwischen Personal und PatientInnen vertrauter ist, als auf anderen Stationen. Darüber hinaus bietet die bessere finanzielle Ausstattung einer Privatstation natürlich auch eine höhere Personaldecke und bessere Möglichkeiten, auf Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen einzugehen.

Abbildung 5.3: Überweisende Fachabteilungen



Fallmanagement

Die Erledigung organisatorischer Arbeiten fiel ebenfalls in den Bereich der Fallmanagerin. Von den 34 Verlegungen auf die Palliativstation des Klinikums wurden 28 von der Fallmanagerin in die Wege geleitet und fünf von der jeweiligen Station. Die Verlegungen geschahen jedoch immer im Einverständnis mit und häufig auch im Auftrag der Station. Vielfach nahmen die Stationen die Möglichkeit, eine Verlegung über den Liaisondienst organisieren zu lassen gerne an, da damit die Hoffnung verbunden war, dass aufgrund der Verbindung des Liaisondienstes zur Palliativstation die Verlegungen rascher vonstattengehen würden. Inwieweit diese Hoffnung begründet war, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht feststellen.

Ein weiteres Betätigungsfeld war die Kontaktaufnahme zu ambulanten Diensten und die Beratung von Zugehörigen im Vorfeld der Entlassung. Es zeigt sich, dass die Beratung der Zugehörigen die häufigste Leistung in diesem Bereich war. Da es sich bei allen PatientInnen um schwer kranke Menschen handelte und die Entlassung nach Hause meist eine Entlassung zum Sterben war, ist offensichtlich, dass dies für die Zugehörigen eine belastende und fordernde Situation war. Zum einen wurden in diesen Gesprächen Hilfen für die Patientenbegleitung zu Hause aufgezeigt, vielfach nutzten die Zugehörigen die Gespräche jedoch auch zur Stützung der eigenen psychischen Verfassung.

Tabelle 5.5: Kontaktaufnahme zu externen Diensten vor der Entlassung*

	Anzahl	Prozent
Gesamt N	57	100
Zugehörigenberatung	19	32,2
Hausarzt	12	20,3
Pflegedienst	11	18,6
Ambulante Hospizhilfe	9	15,3
anderer Dienst	7	11,9
Hospiz	1	1,7

*N = 66 (ID 95-160)

5.2 ExpertInneninterviews

5.2.1 TeilnehmerInnengewinnung

Zur Ermittlung der Akzeptanz des Palliativen Liaisondienstes wurden zwischen Mai und September 2009 Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums durchgeführt. Dieser Zeitraum wurde gewählt, weil die Arbeit des Liaisondienstes zunächst eine gewisse Routine erlangt haben sollte. Mithilfe der Interviews wurde zum einen die Akzeptanz und die Einstellung des Klinikpersonals zum Palliativen Liaisondienst erfasst und zum anderen wurden Anregungen aus der Praxis im Hinblick auf die Zusammenarbeit oder das Angebot gesammelt. Die Interviews wurden mit Pflege- und ärztlichem Personal durchgeführt, da diese am engsten mit dem PL-Dienst im Kontakt waren. Interessierte anderer Berufsgruppen konnten sich zwar ebenfalls für ein Interview zur Verfügung stellen, wurden aber nicht explizit angesprochen.

5.2.2 Durchführung

Im Februar wurden die Interviews bei der Klinikleitung angemeldet und es wurde ein Flyer erstellt, in dem das Anliegen erläutert und um Beteiligung an den Interviews geworben wurde. Ende Februar wurden die Flyer von der Evaluatorin auf den Stationen des Klinikums verteilt. Dazu wurde zunächst telefonisch Kontakt mit den Stationen aufgenommen und ein Termin erfragt, zu dem eine persönliche Vorstellung auf der Station möglich wäre. Zu den vereinbarten Terminen wurde dem Stationspersonal der Hintergrund der Interviews erläutert und ein Flyer mit den Kontaktdaten der Evaluatorin ausgehändigt mit der Bitte, sich bei Interesse zu melden. Nach drei Wochen wurde ein erneuter Besuch auf allen Stationen durchgeführt, um noch einmal die Bedeutsamkeit der Interviews darzustellen. Durch diesen zweiten Besuch konnten fünf InterviewteilerInnen gewonnen werden. Im März und April wurden diese fünf Interviews durchgeführt. Gleichzeitig wurden bei den Besuchen im Klinikum MitarbeiterInnen des ärztlichen Dienstes angesprochen und um Mitwirkung an den Interviews gebeten. Auch die MitarbeiterInnen des Palliativen Liaisondienstes sprachen Ärztinnen und Ärzte an, so dass schließlich aus diesem Bereich ebenfalls fünf InterviewpartnerInnen zur Verfügung standen. Eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes stellte sich aus eigener Initiative für ein Interview zur Verfügung, so dass insgesamt 11 ExpertInnen interviewt werden konnten.

Die Interviews wurden im Klinikum Links der Weser in Funktionsräumen der jeweiligen Stationen durchgeführt. Die Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend selektiv protokolliert, das heißt, es wurden nur Aussagen verschriftlicht, die sich auf bestimmte, zuvor festgelegte Punkte bezogen (vgl. Mayring 2002: 97). Die Festlegung dieser Punkte ergab sich überwiegend aus dem Interview-

leitfaden, einer ergab sich aus den Aussagen der Interviewpartnerinnen. Im Einzelnen handelte es sich dabei um folgende Punkte:

- Welche Klientel sollte vom PL-Dienst betreut werden (LF⁸)
- Welche Aufgaben sollte der PL-Dienst übernehmen (LF)
- An welchen Kriterien lässt sich gute Zusammenarbeit fest machen (LF)
- Welche Veränderungen haben sich durch die Tätigkeit des PL-Dienstes ergeben (LF)
- Zu welchem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf sollte der PL-Dienst einbezogen werden (IP⁹).

Tabelle 5.6: ExpertInnensample

TeilnehmerInnen	Anzahl
ExpertInnen Pflege	5
ExpertInnen Medizin	5
ExpertInnen Sozialarbeit	1
Gesamt	11

5.2.3 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den Interviews mit Professionellen aus dem Klinikum Links der Weser dargestellt. Die Ergebnisse werden geordnet nach den fünf Auswertungskategorien dargestellt.

Klientel, die durch den PL-Dienst mit betreut werden sollte

Gefragt, für welche PatientInnen sie sich eine palliative Mitbetreuung wünschen würden, nannten die ExpertInnen zahlreiche Kriterien. Diese wurden zusammengestellt und anschließend systematisiert, so dass sich fünf verschiedene Kategorien ergaben: die körperliche Verfassung, der Zeitpunkt im Krankheitsverlauf, an dem sich jemand befindet, die Krankheitsbewältigung, der Bedarf an Gesprächen und Zuwendung sowie die Diagnose (s. Tab. 5.7). Die KlinikexpertInnen orientieren sich demnach bei ihren Überlegungen, den palliativen Liaisondienst einzuschalten, nicht nur an der Diagnose,

⁸ Aspekt, der sich aus dem Leitfaden (LF) ergab.

⁹ Aspekt, der aus den Äußerungen der InterviewpartnerInnen (IP) abgeleitet wurde.

sondern zu einem großen Teil an der physischen und psychischen Verfassung der PatientInnen.

Tabelle 5.7: Kriterien zur Bestimmung der Klientel für den PL-Dienst

Patientencharakteristika	Kategorie
PatientInnen mit Verschlechterung des Allgemeinzustandes	körperliche Verfassung
PatientInnen mit Komplikationen	
Multimorbide PatientInnen	
PatientInnen mit erhöhtem Pflegeaufwand	
PatientInnen mit starken (nicht beherrschbaren) Schmerzen	
Sterbende PatientInnen	Zeitpunkt im Krankheitsverlauf
PatientInnen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen	
PatientInnen, die eigentlich auf die Palliativstation gehören	
PatientInnen mit Rezidiven, deren Zustand sich verschlechtert	Krankheitsbewältigung
Besonders verschlossene PatientInnen, zu denen sich kein Zugang finden lässt	
PatientInnen in akuten Krisen oder vor schwerwiegenden Therapieentscheidungen	
PatientInnen, die mit ihrer Erkrankung nicht zurecht kommen	
Hospitalisierte PatientInnen (LangzeitpatientInnen)	
PatientInnen mit erhöhtem Gesprächsbedarf	Bedarf an Gesprächen und Zuwendung
PatientInnen, die im Stationsalltag untergehen, weil sie nicht zur Last fallen wollen	
Besonders verschlossene PatientInnen, zu denen sich kein Zugang finden lässt	
PatientInnen mit sozialen / familiären Problemen	Diagnose
Onkologische PatientInnen	
DiabetikerInnen mit Spätkomplikationen	
PatientInnen mit unheilbaren Erkrankungen (nicht ausschließliche Krebs)	
PatientInnen mit pAVK	

Aufgaben, die der Palliative Liaisondienst übernehmen sollte

Die Tätigkeiten, die die Fallmanagerin übernehmen sollte, wurden sehr konkret benannt und ließen sich zu den Kategorien „Unterstützung von PatientInnen und Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung“, „Zuwendung und Empathie, Vertrauen aufbauen“, „Beratung und Information“, „Zuverlässigkeit und Kontinuität“ und „Fallmanagement und Organisation“ zusammenfassen (s. Tabelle 5.8). Dabei wurde betont, dass diese Tätigkeiten prinzipiell auch vom Pflege- bzw. ärztlichen Personal auszuführen wären, dies jedoch aufgrund fehlender Zeit häufig nicht möglich sei. Deutlich wurde auch, dass die ExpertInnen sehr genau die Problematik fehlender zeitlicher Kapazitäten benennen konnten. PatientInnen brauchen Zeit, um sich zu öffnen und Vertrauen zu fassen: *„Kann ich mir nicht da unten die Station mal angucken?“ Diese Frage*

kommt nicht sofort. Das ist ne Barriere, bis man erst mal so weit ist und sich traut, diese Fragen zu stellen. Und wenn man dann mehr Gespräche mit den Patienten gehabt hat oder eben jemanden gerufen hat, der wirklich näher mit denen in Kontakt getreten ist, dann kommt diese Frage und dann öffnen die sich auch, aber nicht so von jetzt auf gleich, wenn man mal eben Blutdruck und sonst was misst.“ (E2/15:10-15:38) Die Fallmanagerin, die aus Sicht einer InterviewpartnerIn „alle Zeit der Welt“ hat (E4), kompensiert den Zeitmangel, der in der Regel auf den Stationen herrscht. So kann das Stationspersonal ruhigen Gewissens Arbeiten abgeben, die häufig nicht in den Stationsalltag hineinpassen: „So ist es eigentlich ganz schön, wenn man guten Gewissens auch was abgeben kann. (...) Wenn man guten Gewissens sagen kann, ich weiß, dass es jetzt gut, du hättest es genauso gemacht, so nach dem Motto, wenn du die Zeit gehabt hättest. Weil Zeit ist ein extremer Faktor. (E2/18:08-18:29) Ein anderer Interviewpartner formulierte es folgendermaßen: „Frau X¹⁰ hat das dann gemacht und hat sich dann die Zeit genommen und kam dann mit Informationen, wo ich, die ich mir nicht hätte träumen lassen. Das fand ich dann schon wirklich gut. (...) Das hätten wir nie leisten können.“ (E7/32:50-33:08)

Bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen, wie z.B. eine vor Unterbrechungen geschützte Situation, wurden als Grundvoraussetzung für Gespräche über so existentielle Themen wie Tod und Sterben gesehen: „Unter Krankenpflege verstehe ich auch, dass, dass man mit dem Patienten über seine Situation auch redet. Das ist aber 'n Wort, also so was zu machen. Das kann man nicht mal so eben aus der Hüfte schießen, find ich. Sie sehen das ja, mal eben sagen, dass die Leute hier falsch sind, dauernd klingelt das Telefon, da kann man nicht mit jemandem mal eben darüber reden, ob er sterben wird.“ (E1/5:24-5:49) Auch die Betrachtung der PatientInnen unter dem jeweiligen professionstypischen Blickwinkel der an der Versorgung Beteiligten, wurde problematisiert und es wurde hervorgehoben, dass die Fallmanagerin diejenige ist, die den Patienten als Gesamtperson sieht und somit auch alle Einzelmaßnahmen zu einem sinnvollen Ganzen bündeln und fokussieren kann: „Und was unheimlich gut gewesen ist, das hab ich auch an der Akzeptanz des Teams hier gemerkt, sie hat eine unheimliche Ruhe ausgestrahlt und sie war einfach – und das hat sie uns gezeigt und dem Patienten auch – sie war einfach wirklich nur für diese Sache zuständig. Während, wenn man solche Leute, was sie gerade ansprechen, Wundmanager oder so, die müssen dann von einem Patienten zum nächsten, für die ist Schwerpunkt die Wunde, während Frau X halt eben einfach – oder der Liaisondienst einfach – das Gesamte sieht: Den Patienten mit dem gesamten Umfeld und das ist ja auch richtig so.“ (E3/18:31-19:12)

Die Ansicht der InterviewpartnerInnen, dass viele der Aufgaben, die die Fallmanagerin übernimmt, prinzipiell auch vom Stationspersonal übernommen werden könn-

¹⁰ Mit Frau X ist hier und in allen weiteren Zitaten die Fallmanagerin gemeint.

ten, wenn genug Zeit vorhanden wäre, spiegelt einerseits wider, dass Palliativversorgung sich nahtlos an die „Normalversorgung“ anschließt, die Grenzen also fließend sind und die Bereiche ineinander greifen. Andererseits wird jedoch darin auch deutlich, dass bestimmte Qualifikationen mitunter nicht ausreichend wahrgenommen werden. Es klingt jedoch auch an, dass der Erfolg der Arbeit nicht ausschließlich auf das größere Zeitbudget zurückzuführen ist, sondern auch auf Qualifikationen in der Gesprächsführung *„Es ist schon Wahnsinn, was so da an Konfliktsituationen in der Familie so ist, was wir so gar nicht sehen. Wir wundern uns nur, warum bringt der Sohn die Mutter immer wieder her und denken «Mensch ok, der geht's wohl nicht gut», aber dass im Endeffekt auch die Familie damit überfordert ist, das sind natürlich so Sachen, die, wenn wir Zeit genug hätten, wir vielleicht rauskriegen könnten.“* (E9B/19:48-20:12)

Tabelle 5.8: Aufgaben, die der Palliative Liaisondienst übernehmen sollte

Aufgaben, die übernommen werden sollen	Kategorie
Fragen klären, wie es weitergehen kann 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	Unterstützung von PatientInnen und Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung
Wellnessangebote PatientInnen Palliativstation zeigen Fragen immer wieder beantworten Anwesenheit beim Aufklärungsgespräch Den ganzen Menschen sehen	Zuwendung und Empathie, Vertrauen aufbauen
Aufklärung über Angebote im Haus Aufklärung über ambulante Unterstützungsangebote Beratung über palliative Behandlungsmöglichkeiten	Beratung und Information
Feste Ansprechpartnerin für Zugehörige Feste Ansprechpartnerin für PatientInnen	Zuverlässigkeit und Kontinuität
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	Organisation und Fallmanagement

Neben den formulierten Aufgaben, wurde eine wichtige Funktion der Fallmanagerin darin gesehen, eine feste Ansprechpartnerin für die PatientInnen zu sein: *„Ich hab nur*

festgestellt, dass die Patientinnen es eigentlich toll finden, wenn sie eine feste Ansprechpartnerin haben. Für bestimmte Dinge. Ob's nun wirklich wie, «Was mach ich zu Hause, wenn ich da irgendwelche Gerätschaften oder so brauche, spezielle Hilfsmittel?», oder «Kann ich mir nicht da unten die Station mal angucken?» (E2/14:50-15:13)

Kriterien guter Zusammenarbeit

Es wurden zahlreiche Kriterien genannt, die einer guten Zusammenarbeit für zuträglich erachtet wurden. Auffallend ist, dass der Großteil der Verantwortung für ein gutes Gelingen der Zusammenarbeit beim Palliativen Liaisondienst (oder auch anderen, stationenübergreifend tätigen Diensten) gesehen wurde. Als bedeutsam für die Zusammenarbeit wurden die Persönlichkeit der Fallmanagerin, die Kommunikationsfähigkeit der Fallmanagerin, die Fachkompetenz der Fallmanagerin sowie die Zuverlässigkeit und Arbeitsorganisation der Fallmanagerin hervorgehoben. Auch die Verantwortung für den Informationsaustausch wurde primär bei der Fallmanagerin gesehen (s. Tabelle 5.9). Es gab jedoch auch Äußerungen, die zeigen, dass das Zustandekommen von Gesprächen ein Auftrag ist, der an alle Beteiligten ergeht. Allerdings findet sich in den strukturellen Gegebenheiten dafür kein regulärer Platz: „Das ist oft so: Man macht da grad Visite, ich weiß, ich muss gleich wieder in den Op: Ah, Sozialdienst steht in der Tür, mit seiner dicken Akte. Und dann denk ich, oh Scheiße auf Deutsch gesagt, ich hab jetzt eigentlich gar keine Zeit, aber ich weiß genau, ich muss es machen, damit die Leute gut versorgt sind. Insofern, klar, man muss die Zeit sich dann nehmen.“ (E7/23:58-24:17) Interdisziplinäre Zusammenarbeit, bzw. Zeit, die Zusammenarbeit zu organisieren, ist im Routineablauf nicht vorgesehen. Das Ge- oder Misslingen interdisziplinärer Zusammenarbeit ist damit abhängig von den jeweils beteiligten Personen. Ihre Einstellung und ihre Fähigkeiten zur Zusammenarbeit entscheiden damit über die Qualität der Gesundheitsversorgung. Da dieses Manko im gesamten Gesundheitswesen anzutreffen ist (Sachverständigenrat 2007), ist es nicht verwunderlich, dass es im Rahmen des Projektes als Problem auftaucht. Nichtsdestotrotz ist hier nach Möglichkeiten der Abhilfe zu suchen. Eine Möglichkeit wurde von InterviewpartnerIn E1 vorgeschlagen: „Was wir früher hatten, waren wöchentliche Besprechungen mit dem kompletten Team und dem Sozialdienst. Das war immer 'ne gute Sache. (...) Krankengymnastik kam auch noch dazu, im Grunde genommen alle Disziplinen, die am Patienten arbeiten. Und dann sind wir jeden Fall einmal durchgegangen. (...) Das macht auch Sinn, dass jeder irgendwie seine Sicht der Dinge schildern kann, wenn er möchte. Ich glaub das wird aber auch irgendwann wieder kommen. Also bis jetzt ist es immer so, dass der Sozialdienst, der geht dann zur Pflege, dann geht er zum Arzt und dann trägt er die Informationen zusammen und das ist, im Grunde genommen ist das Quatsch.“ (E1/27:44-28:43)

Tabelle 5.9: Kriterien guter Zusammenarbeit

Kriterien guter Zusammenarbeit	Kategorie	
Respektvoller Umgang mit anderen Berufsgruppen	Persönlichkeit der Fallmanagerin	
Große Akzeptanz des Gegenübers		
Sehr gute kommunikative Fähigkeiten		
Gleichberechtigter Austausch		
Sehr gute kommunikative Fähigkeiten	Kommunikationsfähigkeit der Fallmanagerin	
Kommunikation muss von beiden Seiten gewollt sein und man muss sich Zeit dafür nehmen		
Austausch über mögliche Therapieziele und die dafür notwendigen Schritte		
Krankenbeobachtung	Palliativpflegerische und -medizinische Fachkompetenz der Fallmanagerin	
Überwachung der Medikation und ggf. Veranlassung der Dosisanpassung		
Fachkompetenz in Sterbebegleitung		
Fachkompetenz in Schmerztherapie und anderen symptomorientierten Behandlungen		
Umgehende Arbeitsaufnahme	Zuverlässigkeit und Arbeitsorganisation der Fallmanagerin	
Gute Erreichbarkeit		
Verlässlichkeit der Rückmeldung und der Arbeitsaufnahme		
Ankündigen des nächsten Besuchs		
Abschließendes Feedback zum gemeinsamen Betreuungsverlauf		
Austausch und Information über Absprachen mit PatientInnen, gefundene Behandlungsziele, festgestellte Problemlagen usw.	Informationsaustausch und Transparenz	
Vor dem Patientenkontakt immer erst Austausch mit dem Stationspersonal		
Gemeinsame Einschätzung der Situation		
Persönlicher (mündlicher) Informationsaustausch über die PatientInnen		
Informationsaustausch muss von <u>beiden Seiten gewollt</u> sein		
Feedback über Behandlungserfolge		
Gegenseitige Tipps zum Umgang mit der PatientIn		
Termine für Informationsaustausch verabreden		
Gute Verbindungen im Haus		informelle Strukturen
Bekanntsein im Haus		
Guter persönlicher Kontakt zu Kollegen (der eigenen und auch anderer Berufsgruppen)		

Veränderungen, die sich durch die Tätigkeit des PL-Dienstes ergeben haben

Die Veränderungen, die sich durch die Tätigkeit des Palliativen Liaisondienstes ergeben hatten, bezogen sich zum einen auf die PatientInnen und zum anderen auf Veränderungen, die die Experten bei sich selber beobachtet hatten.

Veränderungen bei den PatientInnen

Die Arbeit der Fallmanagerin trug dazu bei, dass PatientInnen, mit denen die Zusammenarbeit für die Station schwierig war, sich öffnen und durch die Gespräche beginnen konnten, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen und sie zu verarbeiten. Wie wichtig die Krankheitsbewältigung für das Gelingen therapeutischer Interventionen, aber auch für ein positives Miteinander von Patienten und Personal ist, verdeutlichen die folgenden Beispiele: Eine ExpertIn berichtete von einem Patienten, der sich trotz der wiederholten Aufforderung, bei Schmerzen rechtzeitig Schmerzmittel zu verlangen, weiterhin erst dann meldete, wenn die Schmerzen unerträglich waren. Die Therapie gestaltete sich dann entsprechend schwierig. Es wurde zunächst davon ausgegangen, dass der Patient nicht verstanden hatte, dass er sich früher melden sollte und so wurde ihm dies mehrfach erklärt. Die Beibehaltung seiner Verhaltensweise trotz dieser mehrfachen Erläuterungen führte zu einigem Unmut beim Stationspersonal. Im Glauben, alles getan zu haben, um dem Patienten sein Leiden zu erleichtern, wurde die Verantwortung für das Misslingen der Schmerzkontrolle dem Patienten zugewiesen. Durch einen Besuch der Fallmanagerin wurde jedoch deutlich, dass der Patient mit seiner Erkrankung nicht zurecht kam und große Ängste hatte. Diese Ängste führten dazu, dass er seine Schmerzen, also den „Beweis“ für seine Erkrankung, so lange wie möglich ignorierte und erst dann zugeben konnte, dass er Schmerzen hatte, wenn diese bereits unerträglich geworden waren. In mehreren Gesprächen konnte die Fallmanagerin langsam das Vertrauen des Patienten gewinnen, so dass er schließlich seine Ängste thematisieren konnte. Erst danach war es ihm möglich, die angebotenen Schmerzmittel annehmen zu können: *„Der besagte Patient mit der Lungenentzündung der hatte eben, der war unheimlich verschlossen am Anfang, hat nie was gesagt. Der hat sich auch mit Schmerzen gemeldet, wenn er eigentlich schweißig und zitternd im Bett lag, also immer, wenn es zu spät war. Und dann läuft man natürlich hinterher. Und bis das dann angekommen war. Wir haben uns alle den Mund fusselig geredet. Wie oft ich ihm erklärt hab, dass er sich früh melden soll, wenn die Schmerzen anfangen und nicht, wenn sie oben sind, dass es dann eben schwierig wird. Das kam dann so langsam, dass er auftaute und auch überhaupt Gespräche zugelassen hat. Frau X war bestimmt fünfmal da, bis er überhaupt irgendwas gesagt hat. Und sein Hauptproblem war, dass er eine wahnsinnige Angst hat, dass er stirbt. Ihm geht's schlecht, er merkt, dass er abbaut seit nem dreiviertel Jahr, wird immer weniger. Dann kommen wir immer mit ner neuen Hiobsbotschaft (...) Er hatte eben letztlich ne wahnsinnige Todesangst. Nach-*

dem das raus war, kamen wir auch alle besser an ihn ran und seitdem geht's ihm auch besser, aber er musste da erst mal hin. Und dafür war das gut, denn das ging weit über das hinaus, was wir hier leisten können, zeitlich einfach.“ (E6/5:59-7:14)

Einen ähnlichen Fall schildert ein anderer Experte. Hier konnte mithilfe des Liaisondienstes die wahren Gründe für die ständige Wiederaufnahme eines Patienten herausgefunden und dem Patienten andere Wege zum Umgang mit seiner Erkrankung aufgezeigt werden: *„Wir hatten zum Beispiel einen Patienten, kann ich als Beispiel auf jeden Fall definitiv nennen, der sich mit seiner Krebserkrankung nicht auseinandersetzen konnte. Der es nicht wollte und auch vielleicht auch in seinem kulturellen Kreis sehr sehr schwer konnte, als Mann erkrankt zu sein. Der sozusagen auch die Familie natürlich eigentlich unterstützen sollte, muss man sagen, und der regelmäßig wiederkam, aus, nicht aus medizinischen Gründen, sondern einfach, weil er mit seiner Krebserkrankung nicht zurecht kam. (...) Da waren halt die Kollegen vom Palliativen Liaisondienst sehr stark mit involviert und eingebunden, diesen Patienten zu unterstützen und dem Patienten auch Möglichkeiten zu geben, wie er sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen kann. (...) Das ist auf jeden Fall das Beispiel, das mir auch immer im Kopf bleiben wird, weil das einfach, der Patient alle Tage wieder kam, manchmal mehrfach am Tag. (...) Als wir ihn entlassen haben, ging's ihm gut, zwei Stunden später kam er wieder, hatte wieder Schmerzen, obwohl er maximal eingestellt gewesen ist und da hat der Palliative Liaisondienst uns super unterstützt, muss man sagen. Hat regelmäßig mit ihm gesprochen, hat lange mit ihm gesprochen und letztendlich hat sich herausgestellt, dass er mit der Krebserkrankung sich nicht auseinandersetzen konnte, nicht wollte, die familiäre Situation nicht geklärt war, wie sollte es mit der Familie weitergehen, wenn der Mann nicht mehr da ist, und er letztendlich auch Hilfsmechanismen gelernt hat, wo er sich vorstellen kann, wie er sich vorstellen muss, ob ambulant – beim Hausarzt vielleicht erst mal – oder erst mal mit seinen Zugehörigen sprechen muss, um halt nen gewissen Leidensdruck oder nen Krankheitsdruck loszuwerden.“* (E8/4:48-7:07)

Diese Beispiele machen deutlich, dass erst die Gespräche mit der Fallmanagerin es ermöglichten, die Bedürfnisse der PatientInnen zu erkennen und ihnen entsprechende Unterstützung zukommen zu lassen. Es wurde darüber hinaus auch berichtet, dass die Information durch den PL-Dienst über ambulante Unterstützungsangebote dazu führe, dass PatientInnen weniger häufig zur stationären Aufnahme kämen (E9A und E9B).

Veränderungen bei den Professionellen

Durch die Arbeit des Palliativen Liaisondienstes erweiterten sich auch die Kompetenzen des Stationspersonals im Umgang mit schwer kranken Menschen. So konnten Verhaltens- und Umgehensweisen mit den PatientInnen am Beispiel erlernt und Ideen für die Unterstützung und Betreuung en passant aufgenommen werden: *„Wenn sie da-*

rüber redet, was sie macht, ist doch schön, dann lernt man neue Dinge kenne, finde ich ok, vollkommen in Ordnung, weil es eröffnet Perspektiven“ (E2/27:55-28:20). InterviewpartnerIn 9B äußerte, dass sie durch den PL-Dienst von Angeboten erfahren hätte, die ihr vorher gänzlich unbekannt waren. (E9/25:49-26:57).

Auch im Umgang mit Schmerzen, bzw. der Art und Weise wie Schmerzmedikamente angeboten werden, zeigten sich Verhaltensänderungen: „Da finde ich zum Beispiel als Veränderung, dass dieses ganze Schmerzgeschehen, das Thema Schmerz einfach ne ganz ganz große Bedeutung findet. Was ja eigentlich auch in der Pflege sein soll, aber leider ja ich denk mal, das wird immer noch so'n bisschen, ja, darf man gar nicht laut sagen, immer noch ein bisschen vernachlässigt. Patient meldet sich praktisch erst, wenn er Schmerzen hat, aber muss er ja gar nicht haben. Man kann ja was tun, bevor das losgeht. Und dieser Aspekt, das, das denk ich so ne Geschichte, die lernt man jetzt dadurch. Also ich hab mir das zum Beispiel jetzt angewöhnt, zu sagen, «Brauchen sie was gegen Schmerzen?» und wenn die Patienten dann sagen «Nein, ich hab jetzt keine Schmerzen, wenn was ist, dann meld ich mich», dass ich eben mit dieser Antwort komm: «Wir haben also genug Sachen, die auch nicht schädlich sind und die letztendlich jetzt auch gut tun, dass sie sich entspannter erholen oder die ganze Situation entspannt ist, es muss kein Schmerz kommen, wir haben die Sachen.» Das hab ich zum Beispiel dadurch gelernt.“ (E4/17:40-18:36)

Und auch in der Haltung zu Zugehörigen, gab es Veränderungen: „Das zweite eben auch, dass man die Zugehörigen mit einbeziehen muss, einfach auch, ne. Dass die nicht einfach lästig sind. Manchmal sind sie's, aber ich denk, das ist einfach auch ganz viel Sorge und Unwissen.“ (E4/18:40-18:55)

Diese Lerneffekte haben sich durch die praktische Tätigkeit des Liaisondienstes ergeben und es ist davon auszugehen, dass es noch mehr als die über die Interviews erfassten Beispiele gibt. Somit kann die Arbeit des Liaisondienstes neben der Patientenbegleitung auch als implizite Fortbildungsmaßnahme für das Klinikpersonal betrachtet werden.

Zeitpunkt im Krankheitsverlauf, zu dem der PL-Dienst einbezogen werden sollte

In den Interviews wurde mehr oder weniger explizit deutlich, welche Vorstellungen die InterviewpartnerInnen vom Zeitpunkt haben, zu dem der Palliative Liaisondienst in die Behandlung eingebunden werden sollte. Bisweilen zeigt sich, dass Palliative Begleitung mit Sterbebegleitung gleichgesetzt wird, also als Angebot verstanden wird, dass erst eingesetzt werden „darf“, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sind: „Ich glaub schon, dass da noch einige Brücken zu bauen sind, aber das hab ich jetzt schon ein paarmal gesagt, das liegt eben auch in der Verantwortung der Ärzte, noch und wird ja auch in der nächsten Zeit erst mal noch so sein, denk ich, dass dass da eben einfach auch noch ein bisschen Ängste abgebaut werden müssen, aber das hat sicher auch ganz viel gesundheitspolitische Hintergründe, warum die Ärzte sich da,

dass die einfach auch sehr vorsichtig sind, die Assistenten, bevor sie irgendwie sagen, bevor sie jemanden aufgeben. Das ist ja auch ne Riesenverantwortung, muss man auch sagen, in deren Haut möchten ich auch nicht immer stecken, wirklich nicht.“ (E1/20:42-21:22) Diese Vorstellung erklärt, warum palliative Angebote häufig erst sehr spät im Krankheitsverlauf in Anspruch genommen werden. Wenn Ärzte meinen, dass sie Palliativpatienten erst aufgeben müssen, bevor sie den Palliativen Liaisondienst einschalten, dann steht vor jedem Konsilschein eine existentielle Entscheidung. Demgegenüber fanden sich auch Einschätzungen, die eine palliative Begleitung ab einem frühen Stadium im Krankheitsverlauf für sinnvoll erachten. So wurde vorgeschlagen, dass Zugehörige des Palliativen Liaisondienstes bereits bei der Aufklärung der PatientInnen dabei sein sollten, da sich im Anschluss an die Aufklärung häufig Fragen ergeben, für deren Beantwortung die ÄrztInnen keine Zeit haben oder die von den PatientInnen nicht an diese Berufsgruppe gestellt werden (E6). Oder dass der PL-Dienst sukzessive in die Behandlung einbezogen werden könnte, damit PatientInnen über die gesamte Dauer ihrer Erkrankung davon profitieren (E9A und B). Als Hürde für eine frühe Einbeziehung wurde hierbei die Namensgebung gesehen, ein Aspekt der erst kürzlich von Fadul et al. (2009) untersucht worden ist und für den festgehalten wurde, dass eine neutralere Namensgebung (vorgeschlagen wurde in dieser Studie der Begriff „supportive care“) sich positiv auf die Zuweisung von PatientInnen zu einem solchen Dienst auswirkt.

5.3 Fallbeispiele¹¹

Über den gesamten Projektzeitraum wurden regelmäßige Besprechungen zwischen der Fallmanagerin und der Evaluatorin durchgeführt. Die Besprechungen sollten dem Austausch über die Arbeit und die Entwicklung des Projekts dienen, aber auch der Reflektion der Tätigkeit und der gemeinsamen Suche nach Lösungen für aktuelle Probleme. Die Inhalte dieser Treffen sollen hier nicht im Detail wiedergegeben werden, sondern es soll vielmehr anhand von Fallberichten die Wirkungsweise der Begleitung geschildert werden.

Fallbeispiel 1

Sterbebegleitung

Die Fallmanagerin berichtete von einer 90-jährigen Frau, die mit einer akuten Lungenentzündung stationär aufgenommen worden war. Obwohl die eingeleitete Therapie mit Antibiotika die Entzündungszeichen reduzierte, verschlechterte sich der Allgemeinzustand der Patientin. Da die Einschätzung der Lage der Frau sich für das Stationsper-

¹¹ Die in diesem Kapitel beschriebenen Fallbeispiele basieren auf den detaillierten Verlaufsbeschreibungen der Fallmanagerin, die sie teilweise in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt hat. An dieser Stelle geht ein herzlicher Dank an die Fallmanagerin für diese detaillierten Beschreibungen.

sonal recht schwierig gestaltete, wurde beim Liaisondienst angefragt, ob die Fallmanagerin die Patientin einmal besuchen könne. Die Fallmanagerin kam bei ihrem Besuch zu der Einschätzung, dass die Patientin im Sterben lag. Sie war nicht mehr ansprechbar, allerdings sehr unruhig. Die Fallmanagerin besprach ihre Einschätzung mit dem Stationspersonal und wies darauf hin, dass die Unruhe der Patienten auf vorhandene Schmerzen hindeute und dass die Patientin überdies Atemnot habe. Um diese Symptome zu therapieren, wurde ein Palliativmediziner hinzugezogen. Darüber hinaus regte sie an, die Zugehörigen unmittelbar über den Zustand der Patientin und die anzunehmende Entwicklung zu informieren. Diese Aufgabe wurde vom Stationspersonal an die Fallmanagerin delegiert. Sie erläuterte der Tochter die Änderung der therapeutischen Ausrichtung hin zu einer Sterbebegleitung. Die Tochter der Patientin zeigte sich einverstanden mit den Vorschlägen der Fallmanagerin, zumal sie die Einschätzung der Fallmanagerin teilte. Da bereits Anzeichen einer beginnenden Sterbephase sichtbar waren, wurde die Tochter gebeten, baldmöglichst ins Klinikum zu kommen. Auf Anraten der Fallmanagerin wurde das zweite Bett im Patientenzimmer frei gehalten und die Abläufe so organisiert, dass keine unnötigen Störungen auftraten. Die Schmerzmedikation wurde unter Absprache mit dem Liaisondienst so dosiert, dass die Patientin ausreichend versorgt war. Darüber hinaus wurden entlastende Lagerungen vorgenommen. Die Fallmanagerin begleitete auf Wunsch der Zugehörigen den Sterbeprozess. Die Zugehörigen bedankten sich später sehr für die Begleitung. Ihnen wurde angeboten, sich jederzeit für ein abschließendes Gespräch mit der Fallmanagerin melden zu können.

Das Stationspersonal zeigte sich überrascht über die vielfältigen Möglichkeiten, die eine palliative Behandlung bietet. Das Pflegepersonal bedankte sich abschließend ebenfalls für die Unterstützung.

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie vielfältig die Wirkungen der Begleitung durch den palliativen Liaisondienst sind. Durch die Umstellung der medikamentösen Therapie konnten die akuten Beeinträchtigungen der Patientin durch Schmerzen und Atemnot beseitigt werden. Pflegerische Maßnahmen wie entlastende Lagerungen (im Gegensatz zu prophylaktischen Lagerungen) und eine effektive Mundpflege trugen ebenfalls zum Wohlbefinden der Patientin in ihren letzten Lebensstunden bei. Die Zugehörigen hatten durch die rechtzeitige Information über die anzunehmende Entwicklung die Möglichkeit, die Mutter / Schwiegermutter bis zu ihrem Tod zu begleiten und sich von ihr zu verabschieden. Die Anwesenheit der Fallmanagerin wurde dabei als Unterstützung empfunden. Das Stationspersonal fühlte sich durch die Fallmanagerin ebenfalls unterstützt, da Unsicherheiten im Umgang mit Zugehörigen aber auch der Sterbesituation selber bestanden. Darüber hinaus war das Spektrum palliativer Interventionen nicht bekannt, so dass sich durch die Begleitung das Wissen des Stationspersonals im Hinblick auf palliative Interventionsmöglichkeiten deutlich vergrößert hat.

Fallbeispiel 2

Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung

Die Fallmanagerin berichtet über eine krebskranke Patientin, in deren Betreuung sie einbezogen wurde, weil das Stationspersonal deutlich depressive Verstimmungen bei ihr festgestellt hatte. Die Patientin war operiert worden, verweigerte sich jedoch nach der Operation den notwendigen Maßnahmen zur Mobilisierung. Im Gespräch stellte sich heraus, dass der Grund für die Antriebslosigkeit der Tod eines der Söhne der Patientin war. In einem langen Gespräch erzählte sie ihre Lebensgeschichte, die sehr geprägt war durch zahlreiche Krisen. Dabei suchte sie auch körperlichen Kontakt, indem sie die Hand der Fallmanagerin immer wieder ergriff. Die Patientin war sichtlich bewegt durch die Schilderung der Lebensereignisse. Die Fallmanagerin beendete das Gespräch, als sie merkte, dass die Belastung aufgrund der wieder auflebenden Erinnerungen zu groß für die Patientin wurde und bot an, am nächsten Tag wiederzukommen. Ein weiterer Besuch war jedoch nicht möglich, da der Sohn der Patientin dies nicht wünschte und die Patientin sich diesem Wunsch fügte. Die Pflegekräfte berichteten jedoch, dass die Patientin nach diesem Gespräch positiv verändert war. Sie sei gesprächiger geworden und bringe sich viel aktiver in den Genesungsprozess ein. Die Schwiegertochter berichtete in einem Telefongespräch, dass ihre Schwiegermutter wieder neuen Lebensmut gefunden hätte und bedankte sich für das Gespräch, das dies ihrer Meinung nach bewirkt hatte.

Das Sprechen über die eigene Situation eingebettet in die Lebenserfahrungen, hatte in diesem Fall einen therapeutischen Effekt. Es scheint, dass es der Patientin durch die Erzählung wichtiger Lebensetappen möglich wurde, ihre momentane Situation neu einzuordnen und mit dem vorher Gewesenen in Verbindung zu bringen. Dadurch war es ihr möglich, neue Kraft zu schöpfen und sich für den Genesungsprozess zu motivieren. Dieser Effekt konnte durch die ungeteilte Aufmerksamkeit und ein behutsames Anregen zum Erzählen ohne Zeitdruck erreicht werden.

Fallbeispiel 3

Lebensweltbezogene Therapieangebote

Obwohl der im Folgenden vorgestellte Patient nicht zur „eigentlichen“ Klientel des Palliativen Liaisondienstes gehört, machte die Betreuung – vor allem der Erfolg der Betreuung – deutlich, wie wichtig es ist, die Lebensweltbezüge von PatientInnen aufzugreifen und in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen. Bei dem Patienten handelte es sich um einen Mann, der bereits seit mehreren Monaten in der Klinik war, einen Großteil der Zeit auf der Intensivstation verbracht hatte und der deutlich hospitalisiert war. Die Betreuung wurde durch ein Schmerzkonsil initiiert. Die Fallmanagerin wurde hinzugezogen, weil der Patient völlig introvertiert, mutlos und depressiv war und keine

Energie für den Genesungsprozess hatte sowie keinerlei Interesse für seine Umgebung zeigte. Durch die Anamnese der Fallmanagerin wurden bedeutsame Eckpunkte der Lebenswelt des Patienten klar, die die Fallmanagerin aufgriff. Besonders wichtig war im Leben dieses Patienten seine berufliche Tätigkeit gewesen, zu der sich eine Verbindung über das Angebot der Atemtherapie herstellen ließ.¹² Die Fallmanagerin leitete eine atemtherapeutische Behandlung in die Wege, die bereits nach wenigen Tagen eine deutliche Verbesserung der Situation herbeiführte. Der Patient hatte durch die Atemtherapie eine Verbindung zu seinem früheren Leben herstellen können. Dies zeigte sich in zunehmender Aktivität: er bemühte sich aktiv, wieder mobiler zu werden und zeigte sich in den Gesprächen nicht mehr so verschlossen. Nach sechs Besuchen konnte die Betreuung durch die Fallmanagerin beendet werden, die schmerztherapeutische Begleitung wurde noch eine Weile fortgesetzt.

Durch die Herstellung eines Bezuges zur früheren Lebenswelt des Patienten gelang es, ihn aus seiner Depression herauszuführen und ihm einen Anknüpfungspunkt zu bieten, der ihm half, den Weg zurück ins Leben zu finden. Der Patient wirkte nach kurzer Zeit deutlich aktiver und wurde langsam zuversichtlicher, was seine Genesung anbelangte. Er beteiligte sich aktiv an seiner Mobilisierung und konnte einen Monat später in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen werden.

Fallbeispiel 4

Begleitung von PatientInnen nach der Diagnosestellung

In einem Gespräch berichtet die Fallmanagerin, dass von einer Station neuerdings auch Anfragen mit der Indikation „Betreuung nach der Diagnosestellung“ kommen. Hierbei geht es um die psychische Unterstützung von PatientInnen, die gerade ihre Krebsdiagnose mitgeteilt bekommen haben. Die StationsmitarbeiterInnen haben die Fallmanagerin in diesen Fällen nicht als eine Mitarbeiterin des PL-Teams vorgestellt, sondern als gesprächstherapeutisch ausgebildete Fachkraft. Die Aufgabe von Frau von Krogh lag bei diesen PatientInnen in der Unterstützung bei der Bewältigung der Diagnose. In den ein- oder mehrmaligen Gesprächen konnten die PatientInnen über ihre Ängste sprechen und bekamen zugleich Informationen über den Krankheitsverlauf sowie über unterstützende Möglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen.

Im Fall eines männlichen Patienten wurde die Fallmanagerin von einer anderen Station zum Aufklärungsgespräch dazu gebeten, um anschließend dem Patienten und seiner Ehefrau beratend und unterstützend zur Seite zu stehen. Der Patient empfand die Begleitung durch die Fallmanagerin insofern beruhigend, als dass ihm seine Sorge genommen werden konnte, mit seiner Prognose nun nicht mehr adäquat medizinisch

¹² Zur Sicherung der Anonymität des Patienten wird der Beruf hier nicht angegeben.

versorgt zu werden. Darüber hinaus nutzte der Stationsarzt die Gelegenheit um im Anschluss an das Aufklärungsgespräch mit der Fallmanagerin gemeinsam seine Aussagen und seine Vorgehensweise zu reflektieren.

Die Einschaltung der Fallmanagerin bereits in einem früheren Krankheitsstadium bzw. bei der Diagnosemitteilung, eröffnet allen Beteiligten neue Perspektiven. Die PatientInnen werden in ihrer Verzweiflung aufgefangen und fühlen sich nicht mit ihrer Diagnose allein gelassen oder gar abgeschrieben. Der breite fachliche Hintergrund der Fallmanagerin ermöglicht überdies auch krankheits- und therapiebezogene Fragen zu stellen, die bei den meist kurzen Arztkontakten häufig nicht gestellt werden und vom Pflegepersonal nicht beantwortet werden können oder dürfen. Die Anwesenheit der Fallmanagerin beim Aufklärungsgespräch kann neben der Unterstützung für die PatientInnen, von den ÄrztInnen genutzt werden, das eigene Vorgehen in solchen Situationen zu reflektieren und zu verbessern.

Fallbeispiel 5

Begleitung von Zugehörigen

Die Begleitung von Zugehörigen ist ein bedeutsamer Bestandteil der Arbeit der Fallmanagerin. Wenn Zugehörige erreicht wurden, zeigte sich häufig sehr deutlich, dass sie durch die Erkrankung der (Ehe-)PartnerIn, der Eltern, Großeltern, oder FreundInnen sehr belastet waren. Ein besonders dramatischer Fall ergab sich während der Projektzeit als der Ehemann einer Patientin auf das Betreuungsangebot der Fallmanagerin derart einging, dass die Begleitung der Patientin fast in den Hintergrund trat. Er wurde mit dem bevorstehenden Tod seiner Ehefrau nicht fertig, was diese intuitiv spürte, und zunehmend belastete. Es wurde schnell deutlich, dass die Begleitung durch die Fallmanagerin in diesem Fall nicht mehr ausreichend war. Der Mann wurde daher in ein entsprechendes psychotherapeutisches Angebot vermittelt, so dass die Fallmanagerin sich wieder verstärkt der Patientin widmen konnte. Durch die Vermittlung des Ehemannes an entsprechende Stellen wurde auch die Patientin sehr entlastet, die den drohenden Zusammenbruch ihres Ehemannes zwar erahnt hatte, jedoch nicht in der Lage gewesen war, dem entgegenzusteuern.

Die Belastung von Zugehörigen durch die Erkrankung ist häufig sehr groß, dennoch nehmen diese selten von sich aus Hilfe in Anspruch. Daher ist das aktive Anbieten begleitender und unterstützender Maßnahmen notwendig, wie auch die Kenntnis zusätzlicher oder intensiverer Unterstützungsmaßnahmen. Durch die Vermittlung eines adäquaten Hilfsangebotes können PatientInnen Schuldgefühle aufgrund ihrer Erkrankung und der Belastung, die diese für die Zugehörigen bedeutet, reduziert werden. Im hier

beschriebenen Fall konnte möglicherweise ein Zusammenbruch des Zugehörigen vermieden werden.

Fallbeispiel 5

Unterstützung von PatientInnen und Zugehörigen bei der Beteiligung an Therapieentscheidungen

Die Fallmanagerin schilderte den Fall eines alten Herrn, der aufgrund akuter Verschlechterung seines Allgemeinzustandes aus dem Pflegeheim ins Klinikum eingewiesen worden war. Die Situation stellte sich so dar, dass der Patient sich im Klaren darüber war, dass er sterben würde und auch schon seinen Frieden damit gefunden hatte. Sein größter Wunsch war jedoch, nicht im Krankenhaus, sondern in seiner gewohnten Umgebung im Pflegeheim zu sterben. Der einzige Verwandte, ein Neffe, unterstützte ihn in diesem Wunsch. Die Stationsärzte hatten jedoch bislang an einem therapeutischen Konzept festgehalten und wollten den Patienten noch nicht entlassen. In mehreren Gesprächen gelang es der Fallmanagerin, die Situation des Patienten deutlich zu machen, so dass schließlich dem Wunsch des Patienten ins Pflegeheim entlassen zu werden, entsprochen wurde. Der alte Herr wurde in sein Pflegeheim entlassen, wo er drei Tage später starb. Der Neffe meldete sich einige Zeit später bei der Fallmanagerin und bedankte sich für die Unterstützung bei der Erfüllung des letzten Wunsches seines Onkels. Er sei friedlich in seiner vertrauten Umgebung gestorben.

Letzte Wünsche von PatientInnen werden im Krankenhausalltag oft nicht wahrgenommen, da diese den therapeutischen Zielen der Behandelnden häufig zuwiderlaufen. Hier kann die Fallmanagerin sich als vermittelnde Instanz anbieten, die einerseits den Patienten hilft, ihre letzten Wünsche umzusetzen und andererseits das Stationspersonal in der Entscheidung unterstützt, bestimmte therapeutische Ziele aufzugeben.

Fallbeispiel 6

Vermeidung unnötiger Verlegungen auf die Palliativstation

Im geschilderten Fall geht es um eine Patientin die auf ihren eigenen Wunsch während eines stationären Aufenthaltes auf der Palliativstation angemeldet wurde. Die Palliativstation bat um Klärung der Aufnahmegründe. Es stellte sich heraus, dass die Patienten unter verschiedenen Symptomen, in der Hauptsache Luftnot und Schmerzen litt, die auf der Station nicht adäquat behandelt wurden. Der Stationsarzt zeigte sich einverstanden mit der Einschaltung eines Palliativmediziners, so dass die medikamentöse Behandlung der Symptome eingeleitet werden konnte. Nach einer Woche hatte sich die Situation der Patientin deutlich gebessert, Schmerzen und Luftnot konnten durch

die Medikamente ausreichend behandelt werden. Die Patientin hielt nicht mehr am Wunsch fest, auf die Palliativstation verlegt zu werden.

Durch den begleitenden Einsatz des PL-Dienstes können unnötige Verlegung auf die Palliativstation vermieden werden.

Fallbeispiel 7

Unterstützung bei der Entwicklung realistischer Therapieziele

Die Fallmanagerin berichtete von einer Patientin mit einer Krebsdiagnose, die sich wenig mit ihrer Krankheit auseinandergesetzt hatte. Bei der aktuellen stationären Aufnahme zeigte sich, dass ihre Situation sich drastisch verschlechtert hatte und die verbleibende Lebenszeit nur noch sehr gering sein würde. In Gesprächen mit der Fallmanagerin setzte sich die Patientin erstmalig mit ihrer Situation auseinander und es gelang ihr, zeitlich nahe liegende Ziele zu entwickeln. Sie entschied sich für eine palliative Chemotherapie und plante Schritte, die ihr eine Entlassung nach Hause ermöglichen würden. In den notwendigen organisatorischen Schritten wurde sie durch den PL-Dienst sowie den Sozialdienst unterstützt.

Durch das Aufzeigen der vorhandenen Möglichkeiten in Situationen, die von den Betroffenen häufig als ausweglos empfunden werden, wird es den PatientInnen möglich, realistische Ziele für die ihnen noch verbleibende Lebenszeit zu entwickeln.

Fallbeispiel 8

Sensibilisierung des Stationspersonals für Gesprächsbedarf

Die Fallmanagerin berichtet, dass Ärzte einer Station einen neuen Umgang mit PatientInnen pflegen, bei denen sie Gesprächsbedarf bemerken. Durch die Arbeit der Fallmanagerin ist ihnen klar geworden, wie hilfreich und wichtig es ist, diesen Gesprächsbedarf aufzugreifen. Wenn sie während der Visite bemerken, dass PatientInnen Gesprächsbedarf, Unsicherheiten, Angst usw. zeigen. Durch diese Einzelgespräche sei der Kontakt zu den PatientInnen sehr viel besser geworden. Es wäre deutlich zu spüren, dass sie viel mehr Vertrauen hätten. Das würde im weiteren Verlauf vieles leichter machen.

Die Tätigkeit des Palliativen Liaisondienstes, vor allem die Gesprächsangebote der Fallmanagerin, werden vom Stationspersonal als informelle Weiterbildung genutzt. Die Beteiligten lernen an einem konkreten Fall, worauf sie achten müssen und wie sie sich verhalten könnten. Die neue Vorgehensweise kann dann im Bedarfsfall eingesetzt werden.

Fallbeispiel 9

Sensibilisierung des Stationspersonals für palliative Situationen und Versorgungsbedarf

Geschildert wird der Fall einer Patientin mit einer Krebsdiagnose und sehr reduzierter Lebenserwartung. Die Patientin war sich im Klaren über ihre Situation und hatte den Wunsch, noch einmal nach Hause entlassen zu werden. Im Kontakt mit der Patientin stellte die Fallmanagerin fest, dass sie ihren Hilfebedarf nicht realistisch einschätzte und versuchte, ihr andere Optionen nahe zu bringen. Dem Stationspersonal empfahl die Fallmanagerin, Kontakt mit den Zugehörigen aufzunehmen um über etwaige Lösungen zu sprechen und eine Verlegung auf die Palliativstation in die Wege zu leiten. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es noch keinen offiziellen Auftrag für die Tätigkeit, so dass die Fallmanagerin sich nach diesen Empfehlungen wieder zurückzog. Nach mehreren Tagen meldete sich die Station erneut, der Zustand der Patientin war in der Zwischenzeit schlechter geworden und die Patientin wurde immer unzugänglicher. Sie litt unter sehr beeinträchtigenden Symptomen, vor allem Übelkeit und Erbrechen, aber auch starken Schmerzen. Nachdem die Fallmanagerin erneut um einen offiziellen Auftrag zur Mitbetreuung gebeten hatte, wurde ein Konsil ausgestellt, so dass der Liaisonarzt und die Fallmanagerin tätig werden konnten. Sie veranlassten nach Rücksprache mit der Patientin und ihren Zugehörigen eine rasche Verlegung auf die Palliativstation. Dort trat eine rasche Besserung der Symptome durch die palliativmedizinische Therapie ein. Die Patientin starb wenige Tage später auf der Palliativstation. In einem abschließenden Gespräch bedankte sich das Stationspersonal für die als sehr hilfreich empfundene Unterstützung durch den Palliativen Liaisondienst. Dieses Erlebnis führte dazu, dass nun der PL-Dienst von dieser Station häufiger und zu einem anderen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf eingeschaltet wird.

Das hier geschilderte Beispiel macht deutlich, dass das Erleben einer gelungenen Zusammenarbeit nachhaltige positive Effekte hat. Dies kann sich auf die Versorgung zukünftiger PatientInnen positiv auswirken.

5.4 Entwicklung seit dem Zwischenbericht vom Januar 2009

Im Folgenden werden die Aspekte aufgegriffen, die im Zwischenbericht vom Januar 2009 kritisch erwähnt worden waren.

Schwerpunkte der palliativen Begleitung

Bei den für den Zwischenbericht ausgewerteten PatientInnen stand noch die medizinische Begleitung in Form von Symptomkontrolle (zumeist Schmerzkontrolle) im Vordergrund. Es wurde empfohlen, das Fallmanagement zu stärken.

Entwicklung:

Wie die quantitative Auswertung in Kapitel 5.1 zeigt, überwiegen mittlerweile bei den Tätigkeiten das Fallmanagement und die psychosoziale Betreuung. Auch die Gründe für die Hinzuziehung des Palliativen Liaisondienstes haben sich verändert. Während zu Beginn des Projekts noch die meisten Konsile aufgrund schwer behandelbarer Schmerzen erfolgten, gibt es mittlerweile zahlreiche Anfragen mit der Bitte um psychosoziale Begleitung (s. Kap. 5.1). Dies weist darauf hin, dass das Angebot des Palliativen Liaisondienstes in seiner gesamten Breite genutzt wird. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass anhand der vorliegenden Daten nicht feststellbar ist, ob der quantitative Bedarf an palliativer Begleitung nicht größer ist, also mehr PatientInnen als die aktuell zugewiesenen, Begleitung benötigen.

Kriterien für die Zuweisung in eine palliative Mitbetreuung

Im Zwischenbericht wurde darauf hingewiesen, dass primär Krebspatienten der Begleitung durch den PL-Dienst zugewiesen wurden. Daher wurde angeregt, noch einmal zu formulieren, wer als PalliativpatientIn zu betrachten ist (s. Zwischenbericht vom 27.01.2009, S. 8).

Entwicklung:

Diese Anregung wurde im Rahmen des Arbeitsgruppentreffens vom 22.06.2009 nachgekommen. Nach Ansicht der internen Arbeitsgruppe sollte die Klientel des Palliativen Liaisondienstes wie bereits in anderen Sitzungen diskutiert (s. auch Kurzbericht vom 25.08.2008, S. 16), nicht nur PatientInnen in der Sterbephase und auch nicht ausschließlich KrebspatientInnen umfassen. Um diese Ansicht auch auf den Stationen deutlich zu machen, wurde im Oktober 2009 ein Flyer für das Klinikum entworfen, in dem der Palliative Liaisondienst erneut vorstellt und auf Zuweisungskriterien hingewiesen wird (ist zurzeit noch im Druck). Auch im Rahmen anderer Bekanntmachungen des Liaisondienstes (Chefarztrunde, Einweisungstag für neue MitarbeiterInnen, Fortbildungskurse Palliative Care und Breast Nurse) wurden und werden diese Kriterien dargestellt.

Primäres Tätigkeitsfeld der Fallmanagerin

Im Zwischenbericht vom 27.01.2009 wurde darauf hingewiesen, dass die überwiegende Tätigkeit der Fallmanagerin in der Überwachung der Schmerztherapie bestand. Es wurde angeregt, dass Projekt stärker in Richtung Fallmanagement auszurichten.

Entwicklung:

Die Auswertung der quantitativen Daten (s. Kap. 5.1) zeigt, dass sich der Charakter des Projekts deutlich in Richtung Begleitung und Fallmanagement verändert hat. Die Mehrzahl der erbrachten Leistungen fielen in die Kategorie Gespräche mit PatientInnen, Zugehörigen und Stationspersonal. Die Inhalte dieser Gespräche sind je nach GesprächspartnerIn unterschiedlich: PatientInnen und Zugehörige benötigen Gespräche zur Krankheitsbewältigung aber auch Beratung und Unterstützung für die Organisation der Entlassung und der ambulanten palliativen Begleitung. Das Stationspersonal fragt Gespräche nach, um sich über die PatientInnen auszutauschen, aber auch um sich im Hinblick auf Angebote oder Umgehensweisen mit PatientInnen beraten zu lassen. Auch Leistungen im Bereich Fallmanagement wurden vielfach abgefragt, so dass hier insgesamt eine überaus positive Entwicklung festgestellt werden kann (zu den abgefragten Leistungen im Einzelnen s. Kapitel 5.1).

Umsetzung der Schmerztherapie

Im Bericht vom 27.01.2009 wurde darauf hingewiesen, dass das Stationspersonal im Hinblick auf die Dosierung von Schmerzmitteln Unsicherheiten hat, die sich z.B. in einem verhaltenen Umgang mit Bedarfsmedikationen äußern.

Entwicklung:

Durch verstärkten mündlichen Austausch konnte eine höhere Akzeptanz der Therapieempfehlungen erreicht werden, so dass es aktuell keine Probleme mehr mit der Umsetzung der Schmerzmedikation berichtet wurde.

Einschätzung der Lage der PatientInnen

Die Einschätzung der Lage der PatientInnen von Seiten der StationsmitarbeiterInnen und des Palliativen Liaisondienstes wurde als zum Teil divergierend beschrieben. Von Seiten des Stationspersonals wurden therapeutische Maßnahmen, z.B. Infusionen zur Flüssigkeitssubstitution, länger eingesetzt, als die MitarbeiterInnen des Palliativen Liaisondienstes dies für sinnvoll hielten.

Entwicklung:

Durch den regelmäßigen Austausch und Gespräche hat sich die Situation verändert. Im Falle unterschiedlicher Einschätzungen über die notwendigen therapeutischen

Schritte wird versucht, gemeinsame Behandlungsziele zu finden. Der Fallmanagerin kommt in solchen Situationen häufig die Aufgabe zu, die Wünsche der PatientInnen zu vertreten. In zahlreichen Fällen hat dies dazu geführt, dass letzte Wünsche von PatientInnen – wie z.B. die Entlassung zum Sterben nach Hause – noch erfüllt werden konnten. Sicher ist die Nicht-Übereinstimmung von Therapiezielen ein ganz besonders sensibler Punkt. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass es möglich ist, dennoch Veränderungen zum Besten der PatientInnen herbeizuführen. Als besonders bedeutsam erwies sich in diesen Fällen die respektierende und akzeptierende Haltung der Fallmanagerin gegenüber den Einschätzungen des Stationspersonals sowie die klare Haltung, dass die Behandlungsverantwortung bei der Station liegt. In Kombination mit Gesprächen, die häufig Weiterbildungscharakter hatten, konnten nach und nach Handlungsprämissen der Palliativversorgung deutlich gemacht werden, die vielfach ein Umdenken des Stationspersonals bewirken konnten.

Bekanntmachung des Palliativen Liaisondienstes

Die Bekanntmachung des Palliativen Liaisondienstes war zum Zeitpunkt des Zwischenberichts aus guten Gründen noch nicht weit fortgeschritten. Der Dienst sollte sich zunächst einmal etablieren und eigene Routinen entwickeln, bevor er einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht werden sollte.

Entwicklung:

Mittlerweile ist der Palliative Liaisondienst im Klinikum Links der Weser gut bekannt. Im Oktober 2010 wurde zum wiederholten Mal im Rahmen der Chefarztrunde und der Stationsleiterbesprechung auf das Angebot aufmerksam gemacht. Seit September 2009 wird der Palliative Liaisondienst als Angebot im Intranet des Hauses geführt, so dass der Dienst für alle NutzerInnen des Intranets sichtbar ist. Beim Einführungstag für neue MitarbeiterInnen ist der PL-Dienst ein fester Bestandteil der Informationen über die Klinik, ebenso wie bei Mediatorenschulungen und Weiterbildungsseminaren zu den Themen Palliative Care oder Breast Nurse. Darüber hinaus haben die Fallmanagerin und ein Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes das Angebot im Qualitätszirkel der Hausärzte in Bremen bekannt gemacht. Ein Flyer für das Klinikpersonal ist in der Entwicklung. Auch eine Bekanntmachung auf der Website der Klinik sowie Eintragungen in palliativmedizinische Netzwerke sollen die Bekanntheit des Palliativen Liaisondienstes verbessern.

Zusammenarbeit mit anderen Diensten im KLdW

Zum Zeitpunkt des Zwischenberichts lagen noch nicht genügend Informationen zur Zusammenarbeit mit anderen Diensten vor, da der Schwerpunkt der Arbeit noch im Bereich Schmerztherapie und deren Überwachung lag.

Entwicklung:

Der Tätigkeitsschwerpunkt hat sich, wie in Kapitel 5.1 dargestellt, unter anderem in Richtung Fallmanagement verlagert. Daraus haben sich jedoch keinerlei Probleme mit anderen Diensten des Hauses ergeben. In einem Interview weist eine Expertin explizit darauf hin, dass es keine Konkurrenzsituation zwischen dem PL-Dienst und anderen gibt, sondern dass im Gegenteil aufgrund der hohen kommunikativen Kompetenzen der Fallmanagerin sich die Dienste in einem regen Austausch befinden und voneinander profitieren. Die Existenz des PL-Dienstes hat nicht zu weniger, sondern zu mehr Arbeit beim Sozialdienst geführt, was jedoch von den MitarbeiterInnen sehr begrüßt wird (E10).

6. Schlussfolgerungen und weitere Entwicklungsmöglichkeiten des Projekts

Nach der zweijährigen Projektzeit lässt sich sagen, dass der Liaisondienst sich sehr gut etabliert hat. Er wird regelmäßig von verschiedenen Stationen genutzt und es findet über die fachliche Beratung hinaus auch eine informelle Weiterbildung des Stationspersonals im Hinblick auf das Erkennen palliativer Situationen oder den Umgang mit PalliativpatientInnen statt. Für die PatientInnen ergab sich sowohl aus der Sicht des Stationspersonals als auch aus der Sicht der Fallmanagerin eine deutliche Verbesserung.

Im Folgenden werden die Evaluationsergebnisse im Einzelnen kommentiert und weitere Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt.

6.1 Anzahl und Charakteristika der betreuten Klientel

Anzahl der PatientInnen

Die Anzahl der PatientInnen ist, wenn man die Urlaubs- und Krankheitszeiten, sowie den Ausfall durch den Personalwechsel zu Beginn des Projekts berücksichtigt, durchaus vergleichbar mit anderen Projekten. So wurden z.B. in einem Konsildienst in Österreich im ersten Jahr 187 PatientInnen betreut (Strohscheer 2005). Dieser Konsildienst arbeitete allerdings in einer Universitätsklinik mit etwa 1.700 Betten. Damit war der Pool an potentiellen PatientInnen weitaus größer als im LdW mit nur 446 Betten. Vom Palliativmedizinischen Konsildienst der Universitätsklinik Regensburg werden jährlich 120 PatientInnen betreut (Bettenzahl: 833 Betten). Im Vergleich mit dem Jahr 2008 ist eine deutliche Zunahme der Patientenzahlen zu verzeichnen. So wurden 2008 im Durchschnitt sieben PatientInnen pro Monat betreut, während es im Jahr 2009 etwa zehn waren.

Angesichts der Bestrebungen, die Bekanntheit des Projekts zu steigern (klinikinterner Informationsflyer, Artikel im Klinikmagazin) aber auch der Ausweitung der Inanspruchnahme des Dienstes durch einige Stationen, ist davon auszugehen, dass sich die Betreuungszahlen weiter vergrößern. Der momentane Trend weist bereits in diese Richtung. Dennoch sollte auch aktiv versucht werden, die Anzahl der PatientInnen noch zu erhöhen. Eine Möglichkeit dazu wären regelmäßige Palliativvisiten nach dem Modell der Ethik-Visiten (Gerdes & Richter 1999; Richter 2001 und 2007).

Charakteristika der betreuten Klientel

Die vom Palliativen Liaisondienst betreute Klientel setzte sich hauptsächlich aus PatientInnen mit Krebsdiagnosen zusammen (Anteil der PatientInnen mit einer Krebsdiagnose: 84,4 Prozent). Das Angebot ist zwar nicht explizit auf PatientInnen mit einer Krebserkrankung beschränkt, es war jedoch zu erwarten, dass diese Patientengruppe dominieren würde. Dies ist nicht nur auf die höhere Sensibilität des Stationspersonals im Hinblick auf palliativen Versorgungsbedarf bei diesen PatientInnen zurückzuführen, sondern hängt auch damit zusammen, dass eine Krebserkrankung mit ihrem langfristigen Verlauf häufiger in Situationen führt, in denen der Versorgungsbedarf komplexer wird. Darüber hinaus sind Personengruppen, bei denen häufig palliativer Bedarf besteht – wie z.B. geriatrische PatientInnen – in einem Akutkrankenhaus seltener vertreten. Anhand der Studiendaten lässt sich jedoch nicht abschließend klären, inwiefern die Diagnose das Zuweisungsverhalten des Stationspersonals beeinflusst. Im Vergleich mit der Klientel anderer Konsildienste liegt der Anteil der KrebspatientInnen im Liaisondienst im erwartbaren Rahmen. So geben Strohscheer et al. (2005) einen Anteil von 91,4 Prozent an, bei Virik & Glare (2002) dominieren KrebspatientInnen mit 80 und bei Weissman et al. (1994) mit 70 Prozent.

Auch in Bezug auf das Alter ähnelt die vom Palliativen Liaisondienst betreute Klientel den PatientInnen in anderen Studien. Zum Vergleich: Der Altersmedian in der vorliegenden Studie lag bei 66,5 Jahren, bei Strohscheer et al. (2005) wurde er mit 67 Jahren, bei Jenkins et al. (2000) ebenfalls mit 67, bei O'Mahony et al. (2005) mit 72 und bei Virik & Glare (2002) mit 58,5 Jahren angegeben. Einziger Unterschied zu den hier genannten Studien ist die Geschlechterverteilung. In der vorliegenden Studie waren etwa 66 Prozent der Patienten weiblich, dieser Anteil war in den o.g. Untersuchungen geringer und lag höchstens bei 50 Prozent.

Über die Betreuungsdauer waren keine Vergleichsdaten zu bekommen. Der existierende Operationen- und Prozedurenschlüssel zur Abrechnung palliativmedizinischer Komplexbehandlung weist jedoch darauf hin, dass für diese vergleichsweise lange Behandlungszeiten zugrunde gelegt werden.¹³

¹³ Der Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-982.1 zur Abrechnung Palliativmedizinischer Komplexbehandlungen ist erstmalig nach sieben Behandlungstagen abrechenbar.

Trotz der zufriedenstellenden Ergebnisse im Hinblick auf die Patientenzahlen und die PatientInnencharakteristika sollte weiterhin darauf geachtet werden, dass Informationen über die PatientInnen, die für eine Betreuung durch den Liaisondienst in Frage kommen, immer wieder weitergegeben werden. Der direkte Kontakt mit dem Stationspersonal im Rahmen der Patientenübergabe bietet dafür eine gute Möglichkeit. Darüber hinaus würden Fallbesprechungen mit dem Stationspersonal sowie Palliativvisiten auf den Stationen und unter Einbeziehung der StationsmitarbeiterInnen dazu beitragen, das Verständnis für palliative Situationen zu verbessern.

6.2 Tätigkeitsschwerpunkte der Fallmanagerin

Im Hinblick auf die Tätigkeiten, die der Liaisondienst übernahm, zeigte sich, dass die geplanten Aufgaben weitestgehend auch übernommen werden konnten. Der Schwerpunkt der Arbeit der Fallmanagerin liegt im Bereich der individuellen Begleitung der PatientInnen, vor allem in Form von Gesprächen. Bedingt durch die spezielle Weiterbildung der Fallmanagerin in Palliativversorgung hatten diese Gespräche häufig einen therapeutischen Charakter (s. Fallbeschreibungen in Kap. 5.3). Vielfach äußerten PatientInnen wie auch Angehörige, dass sie zuvor für Gespräche über Tod und Sterben keine Gesprächspartner gehabt hatten und sie diese Themen zum ersten Mal ansprechen konnten. Die stichprobenartige Lektüre der Dokumentationen zeigte, dass die Fallmanagerin über vielfältige Methoden der Annäherung an PatientInnen verfügte, sehr differenzierte Situations- und Bedarfseinschätzungen vornahm und aufgrund ihrer fundierten Kenntnisse weiterer Versorgungsangebote den PatientInnen individuelle Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Situation aufzeigen konnte. Auch die schrittweise Erarbeitung von (Behandlungs-)Zielen war häufig Aufgabe der psychosozialen Begleitung.

Als besonders anspruchsvoll an der psychosozialen Begleitung ist zu bewerten, dass sie immer in Abstimmung mit der momentanen Situation und der Verfassung der Betreuten erfolgen muss. Dies erfordert auf der persönlichen Ebene eine hohe Sensibilität im Hinblick auf die Einschätzung der Situation und der Bedürfnisse, auf der strukturellen Ebene das Vorhandensein von Zeit und zeitlicher Flexibilität, um Angebote dann machen zu können, wenn die PatientInnen sich darauf einlassen können. Vielfach waren für – von außen betrachtet – kleine Fortschritte z.B. in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, zahlreiche Besuche und eine Annäherung in vielen kleinen Etappen notwendig. Damit ist ein zentrales Charakteristikum der psychosozialen Begleitung beschrieben: es ist keine Tätigkeit, die „en bloc“ anfällt und ausgeführt werden kann. Sicher ist das einer der Hauptgründe, warum psychosoziale Begleitung meist nicht stationärsintern angeboten werden, denn die Abläufe auf den Stationen sind gerade dadurch geprägt, dass Arbeitsschritte zusammengefasst sind und eine feste Zeittaktung für den

Tagesablauf vorliegt. Eine Therapie in zahlreichen, zeitlich oft schwer kalkulierbaren Einzelschritten lässt sich in diese Abläufe nur schwer integrieren.

Desweiteren wurde bei PatientInnen, die einer speziellen palliativen Therapie (zumeist Schmerztherapie) unterlagen, regelmäßig das subjektive Befinden anhand eines strukturierten Erhebungsbogens (s. Anhang des Zwischenberichts vom Januar 2009) erfragt. Dies hat sich in mehrfacher Hinsicht bewährt: Zum einen war auf diese Weise eine Überprüfung der Wirksamkeit der angeordneten Medikamente möglich, zum anderen bot der Erhebungsbogen vor allem bei ansonsten schwer zugänglichen PatientInnen einen Anknüpfungspunkt für Gespräche. Manche PatientInnen nutzten die Abfrage der verschiedenen Parameter zum körperlichen und seelischen Befinden und erzählten ausführlicher über ihre Situation oder lenkten das Gespräch auf die Themen, die ihnen wichtig waren. Andere ließen sich zumindest auf die Abfrage der einzelnen Parameter ein. Bei diesen PatientInnen hat die regelmäßige Abfrage in einigen Fällen dazu geführt, dass sie zugänglicher und offener wurden und sich auf die Gesprächsangebote einlassen konnten. Aufgrund der Nutzbarkeit des Erhebungsbogens im Hinblick auf die Anbahnung von Gesprächen kam der Bogen später auch bei PatientInnen zum Einsatz, die keiner medikamentösen Therapie unterlagen, sich aber in der Gesprächssituation mit der Fallmanagerin unsicher und verschlossen zeigten. In einigen Fällen gelang es, über diese Methode Zugang zu PatientInnen zu bekommen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit lag im organisatorischen Bereich. Die Fallmanagerin wurde vielfach von den Stationen damit beauftragt, weitere geeignete Unterstützungsangebote zu organisieren und zu koordinieren. Es handelte sich dabei nicht nur um den Auftrag, einen bestimmten Dienst in die Betreuung einzubeziehen, sondern die StationsmitarbeiterInnen erfragten häufig erst, ob und welche weiteren Möglichkeiten es gäbe. Viele der existierenden (palliativen) Unterstützungsmöglichkeiten waren den MitarbeiterInnen unbekannt, so dass ohne die Kenntnisse der Fallmanagerin eine Weitervermittlung nicht möglich gewesen wäre. Die Hinzuziehung weiterer Dienste trug sehr zur Verbesserung des Befindens der PatientInnen bei. Darüber hinaus ergab sich ein Weiterbildungseffekt für die StationsmitarbeiterInnen, die auf diese Weise ein ihnen unbekanntes Angebot kennenlernten.

Insgesamt hat sich der Schwerpunkt der Tätigkeiten des Liaisondienstes zur individuellen Begleitung verlagert. Während zu Beginn die Anfragen primär medizinischer Art waren und es um die Beseitigung von Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen ging, wurden im weiteren Projektverlauf zunehmend Anfragen nach zusätzlicher aber auch primär psychosozialer Begleitung gestellt. Auch bei zunächst medizinische ausgerichteten Anfragen erfolgt parallel häufig eine psychosoziale Begleitung. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, das Angebot in derselben Form weiterzuführen. Eine Ausweitung der Unterstützung z.B. auf pflegerische Elemente sollte nur erfolgen, wenn dies nicht zu Lasten der Gespräche geht.

6.3 Vorverlegung des Zeitpunktes für den Beginn der palliativen Begleitung

Aus den Berichten der Fallmanagerin wie auch aus der Dokumentation wurde ersichtlich, dass der Zeitpunkt, zu dem der palliative Liaisondienst in eine Betreuung einbezogen wurde, meist sehr spät im Krankheitsverlauf liegt. Dies hängt sicher unter anderem mit den Vorstellungen, die die ExpertInnen in den Interviews geäußert haben, zusammen. Es herrscht der Eindruck vor, dass Palliativversorgung etwas ist, das PatientInnen in ihren letzten Lebenstagen zusteht, dann, wenn keine therapeutischen Möglichkeiten mehr vorhanden sind. Darüber hinaus hat jedoch auch der Gesetzgeber für Unsicherheit gesorgt, indem er als Bedingung – zumindest für die ambulante spezielle Palliativversorgung – formuliert hat, dass die Erkrankung weit fortgeschritten und die Lebenserwartung der betreffenden PatientInnen begrenzt sein muss (SGB V § 37b). Dagegen hat sich die Europäische Kommission in ihren Empfehlungen zur Palliativmedizinischen Versorgung im Jahr 2003 unmissverständlicher geäußert und in Bezug auf den Zeitpunkt der Einbeziehung formuliert: *„Palliativmedizinische Versorgung (...) umfasst die Zeitspanne von der Diagnosestellung einer fortgeschrittenen Erkrankung bis hin zum Ende der Trauer; dies kann einen Zeitraum von mehreren Jahren oder Wochen betreffen, selten auch Tagen. Palliativmedizinische Versorgung ist nicht identisch mit Versorgung in der Sterbephase (terminal care), aber sie schließt diese mit ein.“* (EU 2003: 6)

Angaben aus den ExpertInneninterviews wie aus den Gesprächen mit der Fallmanagerin und verschiedene Fallbeispiele machen deutlich, dass PatientInnen von einer früheren Einbeziehung des Liaisondienstes profitieren. Eine Station des IdW bekundet großes Interesse daran, in manchen Fällen den Liaisondienst bereits bei der Diagnosemitteilung in die Betreuung mit einbeziehen zu können, da diese Mitteilung die PatientInnen häufig in eine Krise stürzt und das Stationspersonal vielfach weder die notwendige Zeit, noch die erforderliche Ausbildung hat, um diese Krisen abfangen zu können. Diesen Anfragen wurde durch die Fallmanagerin nachgekommen und die Erfahrungen waren sehr gut. Dieser Eindruck lässt sich durch Ergebnisse verschiedener Studien stützen, in denen der positive Effekt verschiedener psychologischer und psychosozialer Unterstützung nachgewiesen wurde (Koch et al. 2002; Andersen et al. 2008). Zum Teil (z.B. in NRW) fanden diese Ergebnisse bereits Eingang in die Formulierung von Gesundheitszielen (MGSFF 2005).

Als problematisch wurde im Fall der frühzeitigen Hinzuziehung des Liaisondienstes die Namensgebung des Dienstes empfunden. StationsmitarbeiterInnen äußerten die Befürchtung, dass die Bezeichnung „palliativ“ bei den PatientInnen die Assoziation wecken könne, dass bereits alle so genannten therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien. Deshalb wurde bei der Hinzuziehung im Falle von Diagnoseübermittlungen der Liaisondienst von den StationsmitarbeiterInnen kurzerhand umgetauft und als psychosozialer Beratungsdienst vorgestellt. Es ist zu überlegen, inwieweit sich eine Umbenennung des Liaisondienstes nicht nur auf solche Nachfragen, sondern

generell positiv auf die Nachfrage auswirken könnte. In der Literatur finden sich Hinweise, dass der Name eines Angebots die Inanspruchnahme durchaus beeinflusst. Gemäß den Studienergebnissen von Fadul et al. (2009) empfanden medizinische und pflegerische Fachkräfte nach eigenen Angaben Angebote mit dem Namen „palliative care“ als belastend. Sie gaben an, dass sie für ein solches Angebot den Namen „supportive care“ eindeutig bevorzugen und einen Dienst mit diesem Namen auch früher in Anspruch nehmen würden.

Der Zeitpunkt der Hinzuziehung des Liaisondienstes ist zum einen durch eine unklare gesetzgeberische Festlegung, zum anderen durch die Namensgebung negativ beeinflusst. Die Bekanntmachung anderer Definitionen und Festlegungen möglicher Zeitpunkte für den Einsatz palliativer Leistungen, wie sie von der EU oder auch der WHO formuliert worden sind, sollte im Rahmen der Gespräche mit dem Stationspersonal, aber auch in Informationsmaterialien (intern und extern) über den Liaisondienst, erfolgen. Ferner ist die festgestellte Problematik der Namensgebung aufzugreifen. Klinikintern sollte überlegt werden, inwiefern eine Namensänderung des Dienstes zum jetzigen Zeitpunkt noch möglich ist.

6.4 Zusammenarbeit mit den Stationen

Für die Zusammenarbeit mit den Stationen hat sich der direkte Kontakt im Gespräch als äußerst förderlich erwiesen. Die zu Beginn des Projekts zunächst eingeführte Dokumentation in den Stationsakten wurde nach der Auswertung der ExpertenInterviews wieder eingestellt, da sich herausgestellt hatte, dass diese Dokumentation nicht genutzt und dem mündlichen Austausch der Vorrang gegeben wurde. Die aktuelle Praxis der mündlichen Übergabe hat jedoch nicht nur dem Austausch von Informationen gedient, sondern hat darüber hinaus eine größere Vertrautheit zwischen der Fallmanagerin und dem Stationspersonal aufgebaut. Die anfänglich zumindest in einigen Bereichen vorhandene Skepsis gegenüber dem Liaisondienst wurde auf diese Weise reduziert. Auch ließen sich die fachliche Fragen in die Gespräche einbetten, so dass hier häufig auch eine informelle Weiterbildung stattfand. Darüber hinaus führte der mündliche Austausch dazu, dass MitarbeiterInnen Fragen zu anderen PatientInnen stellen konnten, bei denen sie sich nicht sicher waren, ob eine Begleitung durch den Liaisondienst sinnvoll wäre. Auf diese Weise konnten einige PatientInnen in die Betreuung aufgenommen werden.

Probleme in der Zusammenarbeit traten auf, wenn Kompetenzen nicht geklärt waren oder auch Kenntnisse der rechtlichen Situation fehlten. So kam es zu Situationen, in denen an einer Therapie festgehalten wurde, obwohl die PatientIn bereits sterbend war, weil der zuständige Oberarzt, der diese Therapie angeordnet hatte, nicht erreichbar war und die StationsärztInnen sich der Anordnung gegenüber mehr verpflicht-

tet sahen als der Äußerung der Angehörigen, dass der Patient diese Behandlung sicher nicht mehr wolle. Hier könnten fachärztliche Weiterbildungsangebote zur Rechtslage hilfreich sein.

Als problematisch müssen die Äußerungen aus den ExpertInneninterviews zur Verantwortung für ein Gelingen der Zusammenarbeit angesehen werden. Die ExpertInnen scheinen die überwiegende Verantwortung dafür bei der Fallmanagerin zu sehen (vgl. Kap. 5.2). Vor dem Hintergrund der klinikinternen Strukturen, die wenig Möglichkeiten bieten, Abläufe zu verändern, ist dies durchaus verständlich. Dennoch sollten auch die StationsmitarbeiterInnen in die Verantwortung für das Gelingen der palliativen Begleitung genommen werden. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen, wäre eine Erweiterung des Palliativen Teams auf die StationsmitarbeiterInnen, die für die jeweilige PatientIn zuständig sind und die Einbeziehung dieser MitarbeiterInnen in die Fallbesprechungen. Diese Vorgehensweise würde überdies die geplante Überführung in eine Regelfinanzierung erleichtern, da hierfür Fallbesprechungen unter Beteiligung aller mit der PatientIn arbeitenden Mitarbeiter gefordert werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Palliativem Liaisondienst und den StationsmitarbeiterInnen hat sich aufgrund der intensiven und zahlreichen persönlichen Kontakte sehr positiv entwickelt. Mittlerweile kommt es auch vor, dass die Fallmanagerin gerufen wird, um ihre Einschätzung zu einer PatientIn abzugeben.

Erschwert wird die Zusammenarbeit in Situationen, in denen den Beteiligten die rechtliche Lage nicht bekannt ist. Hierfür sollten kleine Fortbildungseinheiten in Erwägung gezogen werden. Eventuell lassen sich hierfür auch exemplarische Fälle des Ethikkommittees in geeigneter Form klinikintern veröffentlichen.

Die Verantwortung für das Gelingen der Zusammenarbeit von Liaisondienst und Station sollte bei allen Beteiligten liegen. Es sollte jedoch auch künftig Rücksicht auf die für StationsmitarbeiterInnen geringere Flexibilität der Arbeitsorganisation und Zeiteinteilung genommen werden. Über die Einrichtung gemeinsamer Fallbesprechungen, zu denen sich die Mitarbeiter des Liaisondienstes und die StationsmitarbeiterInnen treffen, kann sich ein Teamgefühl entwickeln, so dass die Zuständigkeiten innerhalb des Teams ausgehandelt werden können und die Verantwortung für den Erfolg der Arbeit von allen gleichermaßen empfunden wird.

6.5 Arbeitssituation der Fallmanagerin /Arbeitsorganisation des Liaisondienstes

Wie in Kap. 4.2 beschrieben, ist die Einrichtung der Stelle der Fallmanagerin als Stabsstelle von großem Vorteil. Neben den beschriebenen Vorteilen durch die Unabhängigkeit von einer Station, birgt diese isolierte Arbeitssituation jedoch auch problematische und belastende Elemente. Als problematisch muss die Tatsache angesehen werden, dass der Palliative Liaisondienst nicht mehr, wie ursprünglich geplant, aus ei-

nem ärztlichen und einem pflegerischen Teil besteht. Durch den Wegfall des Arztes, der bis zum September 2009 kontinuierlich für die Arbeit im Palliativen Liaisondienst eingesetzt war, ist für diesen Bereich eine Lücke entstanden. Trotz Bemühungen von Seiten der Klinik, konnte zunächst keine Abhilfe geschaffen werden. Momentan gestaltet sich die Situation so, dass die ÄrztInnen der Palliativstation und des SAPV im Wechsel für den Palliativen Liaisondienst zuständig sind. Mit einer Ärztin entwickelt sich gerade eine kontinuierlichere Zusammenarbeit, die jedoch nicht strukturell vorgegeben ist, sondern auf der Initiative dieser Ärztin und der Fallmanagerin basiert. Es ist jedoch unklar, inwieweit sich die Bemühungen um Kontinuität auch der ärztlichen Versorgung auf diese Weise umsetzen lassen. Kontinuität auch auf der ärztlichen Seite ist zum einen erforderlich, da die psychosoziale Begleitung bei Abwesenheit der Fallmanagerin an den ärztlichen Dienst übergeht. Zum anderen ist eine größere Kontinuität auch für die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagerin und ärztlichem Dienst förderlich, damit Absprachen nicht mehrfach ausgehandelt werden müssen und Kulturen der Zusammenarbeit nicht ständig wechseln. Darüber hinaus ist es gerade für eine Arbeitssituation, die ohnehin schon sehr geprägt ist durch Aushandlungsprozesse mit den jeweiligen StationsmitarbeiterInnen, besonders wichtig, auf Kontinuität in einem eigenen Team zurückgreifen zu können.

Darüber hinaus ist die vereinzelte Vorgehensweise fachlich problematisch. Vor allem die Anforderung, häufig die Situation der PatientInnen alleine einschätzen zu müssen, Entscheidungen über die notwendigen einzuleitenden Schritte oder auch die teils dramatischen Krankheitsgeschichten bedürfen einer Kompensationsmöglichkeit. Diese ist zum Teil durch das monatliche Supervisionsangebot gegeben. Es wird jedoch dringend angeraten, zum ursprünglichen Modell der täglichen gemeinsamen Besprechungen der Fallmanagerin mit dem Palliativmediziner zurückzukehren, PatientInnen gemeinsam aufzunehmen und Behandlungspläne gemeinsam zu entwickeln. Das gemeinsame Arbeiten ist nicht nur aus fachlicher Hinsicht unabdingbar, sondern auch ein Aspekt des Arbeitsschutzes: *„Palliativmedizinische Versorgung, Betreuung und Begleitung sind in der Regel dankbare Aufgaben, können aber auch sehr fordernd sein. Daher ist „Caring for the Caregivers“, die Betreuung der Behandelnden, Pflegenden und Begleitenden ein wesentlicher Aspekt des palliativmedizinischen Konzepts. Deren Gesundheits- und Arbeitsschutz sollte daher gesundheitspolitisch berücksichtigt werden.“* (EU 2003: 15)

Darüber hinaus kann nur in einem Team der Anspruch von PalliativpatientInnen auf eine multidisziplinäre Betreuung umgesetzt werden. Ferner ist ein multidisziplinäres Team für die Möglichkeit einer Regelfinanzierung des Palliativen Liaisondienstes durch die Krankenkassen unabdingbar.

6.6 Möglichkeiten der Verstetigung des Liaisondienstes

Aufgrund der positiven Resonanz sowie der Tatsache, dass der Liaisondienst eine bestehende Lücke im Versorgungssystem schwerst Kranker Menschen füllt, ist eine Fortführung des Projekts nach Ablauf der Projektlaufzeit anzustreben. Bezüglich der Weiterfinanzierung des Palliativen Konsildienstes besteht die Möglichkeit der Abrechnung mit den Krankenkassen über ein so genanntes Zusatzentgelt 60 (ZE 60). Dieses ZE 60 kann abgerechnet werden, wenn eine palliativmedizinische Komplexbehandlung länger als sechs Tage durchgeführt wird. Eine weitere Voraussetzung ist, dass wöchentlich ein Zeitaufwand von mindestens sechs Stunden für die Betreuung erbracht wird. Bislang ist der Palliativmedizinische Konsildienst der Universität Köln bundesweit der einzige, der seine Leistungen in dieser Form abrechnet. Ein Telefonat mit dem Leiter dieses Konsildienstes ergab, dass dort die Personalkosten für einen Arzt (65.000 Euro/Jahr), eine Krankenschwester (45.000 Euro/Jahr) und eine weitere Berufsgruppe (50.000 Euro/Jahr) über das ZE 60 gedeckt werden können. Tatsächlich können über das Zusatzentgelt nur etwa ein Drittel der PatientInnen abgerechnet werden, bislang war es jedoch möglich, die Betreuung der übrigen PatientInnen über die so eingenommenen Gelder mitzufinanzieren. Für den Liaisondienst wäre die Problematik ähnlich. Auch die Patienten im IdW waren überwiegend (58%) weniger als sieben Tage in der Betreuung des Liaisondienstes. Etwa 42 Prozent der betreuten Klientel erfüllt aber immerhin die Voraussetzungen die Aufenthaltsdauer betreffend.

Weitere Voraussetzungen, die für eine Abrechnung des ZE 60 gegeben sein müssen, sind das Vorhandensein eines multiprofessionellen Teams, mindestens jedoch zwei verschiedene Berufsgruppen, bzw. therapeutische Ausrichtungen. Das Gesprächsangebot der Fallmanagerin plus die Hinzuziehung einer weiteren Berufsgruppe (in der Hauptsache ist das die Gruppe der Sozialarbeiterinnen) ist aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ausreichend, um eine Abrechnung nach ZE 60 vornehmen zu können.

Um eine Kassenfinanzierung in Anspruch nehmen zu können, müssen jedoch auch bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sein. So ist das Vorhandensein eines multidisziplinären Teams eine Voraussetzung ebenso wie die Entwicklung eines Behandlungsplans, regelmäßige, schriftlich protokollierte Teambesprechungen und eine Dokumentation aller Berufsgruppen über die Zeit, die sie mit dem Patienten verbringen.

Eine erste Prüfung der Möglichkeiten zur Weiterfinanzierung des Liaisondienstes zeigt, dass Verhandlungen mit den Kassen über eine Verstetigung des Angebots aussichtsreich erscheinen. Die dafür geforderten Bedingungen werden zurzeit noch nicht ausreichend erfüllt. Der Liaisondienst sollte die verbleibende Projektzeit nutzen, um das Angebot den formalen Anforderungen der Krankenkassen anzupassen.

Tabelle 6-1: Evaluationsergebnisse und Vorschläge zur Anpassung des Projekts

Bereich	Evaluationsergebnis	Vorschläge zur Anpassung des Angebots
Entwicklung der PatientInnenzahlen	PatientInnenzahl hat sich positiv entwickelt. Im Vergleich mit anderen Projekten sind die Zahlen (gemessen an der Größe der Klinik) höher als erwartbar.	Stationspersonal für palliative Situationen schulen im Rahmen von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ regelmäßigen Palliativvisiten ▪ Fallbesprechungen ▪ Ggf. Umbenennung des Liaisondienstes
Diagnostische Charakteristika der PatientInnen	Krebspatienten deutlich stärker vertreten als Personen mit anderen Grunderkrankungen. „Case-Mix“ liegt im Bereich anderer Studien.	Information über die Offenheit des Dienstes für Patienten mit anderen Diagnosen als Krebs weiterhin bei Kontakten mit dem Stationspersonal deutlich machen. Möglich im Rahmen von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ regelmäßigen Fallbesprechungen und/oder ▪ Palliativvisiten.
Tätigkeitsschwerpunkt der Fallmanagerin	Fallmanagement wurde zur psychosozialen Begleitung, vor allem Gesprächsleistungen im Vordergrund. Gute Erfolge im Hinblick auf die Verbesserung der Situation der PatientInnen.	Angebot kann so bleiben, Ausweitung auf pflegerische Elemente nur, wenn dies nicht zu Lasten der psychosozialen Begleitung geht.
Zeitpunkt für die Aufnahme der Tätigkeit	Häufig späte Einbindung. Palliativ manchmal gleichgesetzt mit Sterbebegleitung	Aufklärung und Information der StationsmitarbeiterInnen über die Notwendigkeit und den nachgewiesenen Nutzen einer frühzeitig einsetzenden psychosozialen Begleitung, z.B. durch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelmäßige Fallbesprechungen auf den Stationen ▪ Einführung von Palliativvisiten ▪ Ggf. Umbenennung des Liaisondienstes
Strukturelle Einbindung der und Arbeitssituation der Fallmanagerin	Fallmanagement als Stabsstelle, die der Pflegerischen Geschäftsleitung unterstellt ist. Fachliche Leitung: ärztlicher Projektleiter und Pflegedienstleitung der Abteilung Palliativmedizin Positiv: keine Vereinnahmung für Stationsbelange, keine Gefahr, dass KonsilpatientInnen nachrangig betreut werden, kein Rechtfertigungszwang wegen Abwesenheit von der Station. Zuständigkeit bei fachlichen Fragen geregelt, leichte und unmittelbare Zugänglichkeit der dafür eingesetzten Personen.	

Fortsetzung Tabelle 6-1: Evaluationsergebnisse und Vorschläge zur Anpassung des Projekts

Bereich	Evaluationsergebnis	Vorschläge zur Anpassung des Angebots
Strukturelle Einbindung der und Arbeitssituation der Fallmanagerin (Fortsetzung)	<p>Negativ: wenig Teamgefühl, vereinzelte Arbeitsweise, Reflexion durch andere nur selten möglich, wenig Möglichkeiten der gemeinsamen Einschätzung einer Situation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstellung einer ÄrztIn, die mit der Fallmanagerin das Kernteam bildet. Tägliche Teambesprechungen des Kernteams Gemeinsame Aufnahme von PatientInnen Gemeinsame Behandlungsplanung Supervisionsangebot für die Fallmanagerin
Zusammenarbeit mit den Stationen	<p>Direkter Kontakt hat sich als sehr förderlich für eine gute Zusammenarbeit erwiesen.</p> <p>Probleme traten in Situationen auf, in denen Kompetenzen nicht geklärt waren.</p> <p>Hohe Erwartungshaltung von Seiten des Stationspersonals an den PL-Dienst in Bezug auf das Gelingen der Zusammenarbeit.</p>	<p>Formelle Fortbildungen der KlinikmitarbeiterInnen hinsichtlich der rechtlichen Situation durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Abteilung Innerbetrieblich Fortbildung ▪ Ärztlichen Leiter der Palliativabteilung <p>Förderung eines Teamgefühls durch regelmäßige Fallbesprechungen von PL-Team und StationsmitarbeiterInnen</p>
Weiterfinanzierung des Liaisondienstes	Finanzierung durch die Krankenkassen möglich	<p>Voraussetzungen für die Kassenfinanzierung schaffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Festes Kernteam bestimmen (eine Ärztin, eine Fallmanagerin) ▪ Gemeinsame PatientInnenaufnahme durch das Kernteam ▪ Erstellen eines Basisassessments für alle aufgenommenen PatientInnen ▪ Gemeinsames Erstellen eines Behandlungsplans ▪ Tägliche Fallbesprechungen ▪ Wöchentliche Besprechung mit dem erweiterten PC-Team: Kernteam + Sozialarbeiterin und mind. eine Stationsmitarbeiterin ▪ Schriftliche Dokumentation der Wochenbesprechungen ▪ Dokumentation des Zeitaufwandes ▪ Einführung einer ärztlichen Dokumentation ▪ Urlaubs- und Krankheitsregelungen

Literaturverzeichnis

- Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Chamberlain J, Freeling P, Bland JM et al. Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *BMJ* 1992/11/28; 305(6865):1317–22. Available from: URL:<http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/305/6865/1317>.
- Andersen BL, Yang H, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thorton LF et al. Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer Patients A Randomized Clinical Trial. *Cancer* 2008; 113(12):3450–8.
- Bendaly EA, Groves J, Juliar B, Gramelspacher GP. Financial Impact of Palliative Care Consultation. *Journal of Palliative Medicine* 2008; 11(10):1304–8.
- Buser K, Amelung V, Brandes, J, Schneider. Palliativversorgung in Niedersachsen - Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Gutachten im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Hannover. Available from URL: cdl.niedersachsen.de/blob/images/C8578778_L20.pdf
- 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).
- Delgado-Guay MO, Parsons HA, Li Z, Palmer LJ, Bruera E. Symptom Distress, Interventions, and Outcomes of Intensive Care Unit Cancer Patients Referred to a Palliative Care Consult Team. *Cancer* 2009; 115:437–45.
- Deutsches Ärzteblatt – Nachrichten – Hoppe fordert Ausbau der Palliativversorgung <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/39647/>
- Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC. Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliative Medicine* 1995/4/1; 9(2):145–52. Available from: URL:<http://pmj.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/2/145>.
- Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Bundestagsdrucksache 15/5858. Abrufbar unter: URL: dip.bundestag.de/btd/15/058/1505858.pdf
- Fadul N, Elsayem A, Palmer LJ, DelFabbro E, Swint K, Li Z et al. Supportive versus Palliative Care: What's in a Name? *Cancer* 2009; 115:2013–21.
- Gerdes B, Richter G. Ethik-Konsultationsdienst nach dem Konzept von J.C. Fletcher an der University of Virginia, Charlottesville, USA. *Ethik in der Medizin* 1999; 11(4):249–61.
- Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and Economic Impact of Palliative Care Consultation. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(4):340–6. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T8R-4RSRPYK-1/2/efab5e883976931f63b6615cc4a70b1e>.
- Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literatur review. *Palliative Medicine* 1998; 12:317.

- Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AGK et al. Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? *Journal of Pain and Symptom Management* 2002/2//; 23(2):96–106. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T8R-4535C7D-5/2/5f012708af6f0692b96cd12d0b5db245>.
- Homsí J, Walsh D, Nelson KA, LeGrand SB, Davis M, Khawam E et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer* 2002; 10(4):337–42.
- Jaspers B, Schindler T. Gutachten Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Auftraggeber: Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ Available from URL: <http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/Gutachten%20Jaspers-Schindler%20Endfassung%2050209.pdf>
- Jenkins CA, Schulz M, Hanson J, Bruera E. Demographic, Symptom, and Medication Profiles of Cancer Patients Seen by a Palliative Care Consult Team in a Tertiary Referral Hospital. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; 19(3):174–84.
- Koch U, Mehnert A, Petersen C. Psychoonkologische Evaluation der Abteilung Psychoonkologie am Klinikum Herford Abschlussbericht 2002. Available from URL: <http://projektdb-versorgungsforschung.gc.nrw.de>
- Kuin A, Courtens AM, Deliens L, Vernooij-Dassen MJFJ, van Zuylén L, van der Linden B et al. Palliative care consultation in the Netherlands: a nationwide evaluation study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 27(1):53–60. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T8R-4BC1PJC-8/2/03b42e304746f498fd3258d2d0878496>.
- Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, Goldhirsch SL, Carter JM, Meier DE. Palliative Care Consultations: How do they impact the care of hospitalized patients? *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; 20(3):166–73.
- Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand CE, Centeno C. Palliative Care in the European Union. Brussels.
- Mayring P. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2002.
- Meier DE, Thar W, Jordan A, Goldhirsch SL, Siu A, Morrison RS. Integrating Case Management and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine* 2004; 7(1):119–34.
- Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W. (Hg.) *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005: 71-93.
- Ministerium für Gesundheit Soziales, Frauen und Familie (MGSFF). Gesundheitsberichte NRW 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen – 1995 bis 2005. Eine Bestandsaufnahme. 2005.
- Müller-Busch C. Palliativmedizin in Deutschland Menschenwürdige Medizin am Lebensende - ein Stiefkind der Medizin? *G + G Wissenschaft* 2008; 8(4):7–14.
- NICE. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: The Manual. 2004. Available from: URL:www.nice.org.uk

- O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, Selwyn PA. The Benefits of a Hospital-Based Inpatient Palliative Care Consultation Service: Preliminary Outcome Data. *Journal of Palliative Medicine* 2004; 8(5):1033–9.
- Richter G. Greater Patient, Family and Surrogate Involvement in Clinical Ethics Consultation: The Model of Clinical Ethics Liaison Service as a Measure for Preventive Ethics. *HEC Forum* 2007/12/01; 19(4):327–40. Available from: URL:<http://dx.doi.org/10.1007/s10730-007-9047-0>.
- Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, Higuchi H, Shinoda J, Kawa M et al. Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view. *Palliative & Supportive Care* 2010; 8(01):49–57.
- Strohscheer I, Verebes J, Samonigg H. Implementierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes an einer Universitätsklinik Implementation of a Palliative Care Team in a University Hospital. *Palliativmedizin* 2005; 6(04):112–6.
- Vernooij-Dassen MJFJ, Groot MM, van den Berg J, Kuin A, van der Linden BA, van Zuylen L et al. Consultation in palliative care: The relevance of clarification of problems. *European Journal of Cancer* 2007/1//; 43(2):316–22. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T68-4MC71FR-1/2/72d5442e16311a5d65122538b41388bd>.
- Virik K, Glare P. Profile and Evaluation of a Palliative Medicine Consultation Service Within a Tertiary Teaching Hospital in Sydney, Australia. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 23(1):17–25.
- Weissman DE, Griffie J. The palliative care consultation service of the Medical College of Wisconsin. *Journal of Pain and Symptom Management* 1994; 9(7):474–9. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T8R-4C30255-7/2/cf98204370d3922dbfe409f4434bc8a6>.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation). National Cancer Control Programs – Policies and managerial guidelines. Geneva; WHO 2002, 2nd edition.
- Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of Palliative Care – A Systematic Review. *JAMA* 2008; 299(14):1698-1709.

Anhang 1: Tabellen

Tabell A/5.1 Anzahl der Betreuungstage durch den Palliativen Liaisondienst

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	18	11,3	11,3	11,3
	2	22	13,8	13,8	25,0
	3	19	11,9	11,9	36,9
	4	13	8,1	8,1	45,0
	5	13	8,1	8,1	53,1
	6	8	5,0	5,0	58,1
	7	12	7,5	7,5	65,6
	8	9	5,6	5,6	71,3
	9	9	5,6	5,6	76,9
	10	5	3,1	3,1	80,0
	11	4	2,5	2,5	82,5
	12	2	1,3	1,3	83,8
	13	3	1,9	1,9	85,6
	14	3	1,9	1,9	87,5
	15	6	3,8	3,8	91,3
	16	2	1,3	1,3	92,5
	17	2	1,3	1,3	93,8
	18	4	2,5	2,5	96,3
	22	1	,6	,6	96,9
	23	1	,6	,6	97,5
37	1	,6	,6	98,1	
40	1	,6	,6	98,8	
47	1	,6	,6	99,4	
54	1	,6	,6	100,0	
Gesamt	160		100,0	100,0	

Anhang 2: Interviewleitfaden

Interviewfragen:

Beginnen würde ich gerne mit Ihren eigenen Erfahrungen im Umgang mit schwerst kranken Patientinnen und Patienten.

1 Ausgestaltung des Angebots

- 1.1 Inwiefern haben Sie schon einmal schwer kranke Patienten/Patientinnen auf Ihrer Station gehabt, bei deren Betreuung Sie sich Unterstützung gewünscht haben?
- 1.2 Welche Art von Unterstützung haben Sie sich für diese Patienten/Patientinnen gewünscht? / Welche Tätigkeiten sollte der PL-Dienst übernehmen, damit Ihre eigene Arbeit in sinnvoller Weise unterstützt wird?
- 1.3 Welche Bedürfnisse von schwer Kranken können Ihrer Ansicht nach im Stationsalltag nur schwer berücksichtigt werden?

2 Einbindung / Zusammenarbeit

Hier im Haus gibt es ja einige zentrale Einrichtungen und Dienste (z.B. Sozialdienst, KG, Wundmanagement etc.). Mich interessiert nun, wie Sie das Zusammenspiel solcher zentralen Dienste mit Ihrer Station erleben und welche Faktoren für eine gelungene Zusammenarbeit Ihrer Meinung nach ausschlaggebend sind. Darüber hinaus möchte ich mit Ihnen über Ihre Erfahrungen mit dem PL-Dienst sprechen.

- 2.1 Erinnern sie sich an eine Situation, in der die Zusammenarbeit mit einem zentralen Dienst besonders gut gelaufen ist?
- 2.2 Gibt es Situationen, die die Zusammenarbeit erschweren?
- 2.3 Wenn der PL-Dienst schon auf Ihrer Station tätig gewesen ist: Wie beurteilen Sie die Erreichbarkeit und die Zusammenarbeit mit diesem Dienst?
- 2.4 Fühlen Sie sich ausreichend informiert, wenn der PL-Dienst einen Patienten betreut?

2.5 Kommt es vor, dass Anordnungen oder Vorgehensweisen des PL-Dienstes Ihrer Auffassung widersprechen? Wie gehen Sie dann mit dieser Situation um?

2.6 In welcher Weise wären Sie gerne stärker in die Betreuung miteinbezogen?

2.7 Was scheint Ihnen für die Rollenverteilung zwischen Palliativdienst und Station wichtig?

3 Auswirkungen, die der Dienst auf die Arbeit auf den Stationen hat.

Der PL-Dienst ist ja als zentrale Einrichtung auch für Ihre Station zuständig. Ich würde jetzt gerne wissen, inwieweit Sie Veränderungen in Ihrem beruflichen Alltag durch die Existenz dieses Dienstes wahrnehmen.

3.1 Erinnern Sie sich doch einmal zurück an die Einsätze des PL-Dienstes auf Ihrer Station. In welcher Weise hat die Einbindung des Dienstes etwas bewirkt?

Nachfragen:

Also inwiefern hat sich Verhalten des Pat. / der Angehörigen geändert?

Oder Ihr Umgang mit den Pat. und Angehörigen?

Hatten Sie selber das Gefühl entlastet zu werden?

3.2 Welche Veränderungen haben Sie in Ihren Arbeitsabläufen bemerkt, seit Sie mit dem PL-Dienst zusammenarbeiten?

Anhang 3: WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

WHO 2002: 84