

Zwischen maximalem Einsatz und Herausforderungen: Interdisziplinäre Netzwerke in der ambulanten Palliativversorgung im Modell Westfalen-Lippe – Ergebnisse einer qualitativen Studie

Balancing maximum commitment and challenges: Interdisciplinary networks in outpatient palliative care within the Westphalia-Lippe model – results of a qualitative study



Autorinnen/Autoren

Anastasia Suslow¹ , Chantal Flemm² , Nino Chikhradze³ , Horst Christian Vollmar¹ , Ina Carola Otte⁴

Institute

- 1 Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB), Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Germany
- 2 Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Universitätsklinik Marien Hospital Herne, Herne, Germany
- 3 Institut für Diversitätsmedizin, Ruhr-Universität Bochum, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Germany
- 4 Abteilung für Versorgungsforschung, Institut für Diversitätsmedizin, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Germany

Korrespondenzadresse

Anastasia Suslow
Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB)
Universitätsstraße 150
44801 Bochum
Germany
anastasia.suslow@rub.de

Zusätzliches Material finden Sie unter
<https://doi.org/10.1055/a-2801-0534>.

Schlüsselwörter

Ambulante Palliativversorgung, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerkstrukturen, Westfalen-Lippe, Versorgungsmodelle

Keywords

Outpatient palliative care, interdisciplinary collaboration, network structures, Westphalia-Lippe, care concepts

eingereicht 01.12.2025

akzeptiert 29.01.2026

Artikel online veröffentlicht 2026

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2801-0534

ISSN 0941-3790

© 2026. The Author(s).

The Author(s). This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution License, permitting unrestricted use, distribution, and reproduction so long as the original work is properly cited. (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Die Palliativversorgung in Westfalen-Lippe zeichnet sich durch ein interdisziplinäres Netzwerk von Palliativmedizinischen Konsiliardiensten aus, das die Versorgung ohne strikte Unterscheidung zwischen Allgemeiner Ambulanter Palliativversorgung und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung ermöglicht. Ziel dieser Studie war es, die Besonderheiten und Herausforderungen dieser Netzwerkarbeit zu analysieren.

Methoden In einer qualitativen Studie innerhalb des VESPAL-Projekts (VESPAL – Versorgungsqualität in der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel von Westfalen-Lippe) wurden 50 Versorger*innen im Palliativversorgungsmodell Westfalen-Lippe mithilfe von Einzelinterviews und Fokusgruppen interviewt. Zusätzlich wurden vorab nicht-teilnehmende Beobachtungen durchgeführt, um die Versorgungsrealität besser abbilden zu können. Anschließend wurden die Beobachtungen und Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz mit der Software MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse Die Versorger*innen betonten die Vorteile der interdisziplinären Zusammenarbeit, die schnelle Lösungen und eine individuelle und bedarfsgerechte Betreuung der Patient*innen ermögliche. Herausforderungen ergaben sich durch Ruf-

bereitschaft, Koordinationsprobleme und logistische Schwierigkeiten, insbesondere im ländlichen Raum.

Schlussfolgerungen Das Modell der Palliativversorgung in Westfalen-Lippe bietet eine flexible, bedürfnisorientierte Versorgung mit kurzen Dienstwegen und vernetzten Teams, erfordert jedoch Anpassungen, um die Kommunikation und Koordination zu verbessern.

ABSTRACT

Background Palliative care in Westphalia-Lippe is characterized by an interdisciplinary network of palliative medical consultation services. This network enables care without a strict distinction between general and specialized outpatient palliative care. This study aimed to analyze the special features and challenges of this network.

Methods In a qualitative study within the VESPAL project (VESPAL – “care quality in ambulatory palliative care with Westphalia-Lippe as example”), 50 care providers in the Palliative Care Model Westphalia-Lippe were interviewed individually and in focus groups. In addition, non-participant observations were carried out in order to provide a more accurate depiction of the reality of care. Afterwards, the observations and interviews were analyzed using qualitative content analysis based on Kuckartz using MAXQDA software.

Results Providers emphasized the advantages of interdisciplinary cooperation, which enabled quick solutions and individual patient care. Challenges arose due to on-call duty, coordination problems, and logistical difficulties, particularly in rural areas.

Conclusions The palliative care model Westphalia-Lippe offers flexible, needs-oriented care with short service routes and networked teams. However, it requires adjustments to improve communication and coordination.

ABKÜRZUNGEN

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
WL	Westfalen-Lippe

Hintergrund

Das Hauptanliegen der Palliativversorgung in Deutschland ist das Bestreben, dass Patient*innen auch bei einer lebenslimitierenden Erkrankung mit einer möglichst hohen Lebensqualität versterben dürfen [1]. Um diese Aufgabe erfolgreich umzusetzen, gibt es in Deutschland zwei unterschiedliche Versorgungsformen, die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), die je nach Schweregrad der Erkrankung von verschiedenen Versorgungsteams im Bundesgebiet in heterogenen Strukturen durchgeführt wird [2, 3]. Diese palliative Versorgung zeichnet sich vor allem durch eine offene und sensible Herangehensweise aus, bei der die Bedürfnisse der Patient*innen und ihrer Angehörigen im Vordergrund stehen [4]. Mit der Gesundheitsreform von 2007 wurde in Deutschland ein gesetzlicher Anspruch auf SAPV geschaffen. Ziel war es, Menschen mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankungen eine hochwertige, multiprofessionelle Betreuung in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen [5]. Hierbei zeigt das ambulante Palliativversorgungsmodell in Westfalen-Lippe (WL) eine Besonderheit, da hier keine strenge Differenzierung zwischen AAPV und SAPV besteht. Die Versorgung wird dort von sogenannten interdisziplinären Palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKDs) anstelle von SAPV-Teams durchgeführt, die zwar an eine SAPV angelehnt ist, aber vor allem von Hausärzt*innen und Koordinator*innen geleistet wird [6–8]. Die Hausärzt*innen sollten Teil der Versorgung bleiben. Zusätzlich kooperieren diese Teams unter anderem mit Palliativärzt*innen, Pflegediensten, Psycholog*innen und Hospiz-

vereinen und leisten häusliche Pflege in Bereitschaftsdiensten [9, 10].

In der pallCompare-Studie wurde bereits gezeigt, dass das Versorgungsmodell WL die günstigste Kosten-Effektivitäts-Relation von Gesamtversorgungskosten zur Sterberate in der Häuslichkeit mit sich bringt [7], weshalb im Forschungsprojekt „VESPAL – Versorgungsqualität in der ambulanten Palliativversorgung am Beispiel von Westfalen-Lippe“ die Besonderheiten in WL untersucht wurden. Die Kernfrage des VESPAL Projekts fokussiert darauf, welche Besonderheiten in WL bestehen und welche Alleinstellungsmerkmale in der Region erkennbar sind. Um einzelne wichtige Aspekte näher beleuchten zu können, illustriert dieser Artikel wie sich die Netzwerkstrukturen in WL gestalten, welche fördernden und hemmenden Faktoren dort bestehen und wie letztere überwunden werden können, um das Modell möglicherweise auch in anderen Regionen implementieren zu können.

Methoden

Dieses qualitative Forschungsdesign beinhaltet nicht-teilnehmende Beobachtungen, teilstrukturierte Interviews und Fokusgruppendifkussionen. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte von der Proband*innengewinnung bis zu Analyse dargestellt.

Proband*innengewinnung

In Zusammenarbeit mit dem Palliativnetz Bochum wurde eine Kontaktaufnahme der PKDs in WL durch „Gatekeeper“ per E-Mail organisiert, um Unterstützung bei der Proband*innengewinnung zu erhalten. Die Versorger*innen (Koordinator*innen, Hausärzt*innen, Palliativärzt*innen) wurden zunächst durch „purposeful sampling“ und anschließend mittels des Schneeballverfahrens identifiziert. Die Proband*innengewinnung erfolgte per Telefon oder E-Mail [11]. Zur Sicherstellung einer erfolgreichen Proband*innengewinnung wurden zudem Informationsflyer an interessierte PKDs versendet. Ziel war es, 50 Proband*innen zu gewinnen, was letzten Endes umgesetzt werden konnte.

Nicht-teilnehmende Beobachtung

Zunächst wurden nicht-teilnehmende Beobachtungen bei fünf zufällig ausgewählten PKDs durchgeführt. Ziel war es, einen tieferen Einblick in die tatsächliche Versorgungsrealität der PKDs zu gewinnen, um diesen in den Interviewleitfaden einfließen zu lassen [11–15]. Die PKDs stimmten per E-Mail zu, an drei Werktagen eine Forscherin mitzunehmen. Die Forscherin begleitete die PKDs bei ihren Routineaufgaben und fertigte Beobachtungsprotokolle an. Die Beobachtungsprotokolle wurden anschließend digitalisiert und mit Hilfe von MAXQDA 2022 codiert, um relevante Kategorien für die Erstellung des Interviewleitfadens zu identifizieren.

Interviewdurchführung und Fokusgruppen

Sowohl die Interviewleitfäden für die Einzelinterviews als auch die Fokusgruppendifkussionen (siehe **Anhang 1**; **Anhang 2**) wurden basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche erstellt – ergänzt durch die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtungen. Somit flossen z. B. beobachtete Aspekte zu Arbeitsabläufen oder der Zusammenarbeit der Versorger*innen in die Leitfäden ein. Der Fokus der Interviews lag auf dem Berufsalltag der Versorger*innen, der Arbeit im Netzwerk und dem Umgang mit Patient*innen und Angehörigen und wurden von AS, CF und NC (Soziologin, Versorgungswissenschaftlerin, Pflegewissenschaftlerin) durchgeführt.

Im Anschluss an die semi-strukturierten Einzelinterviews mit 50 Versorger*innen (Haus- und Palliativärzt*innen, Koordinator*innen, Pflegekräfte), die entweder telefonisch oder persönlich bei den Proband*innen in den Räumlichkeiten der PKDs durchgeführt wurden, fanden nach beobachten einer thematischen Sättigung [11], zur Validierung der gewonnenen Daten drei Fokusgruppendifkussionen statt [16, 17]. Dabei wurden erneut die bereits interviewten Proband*innen angesprochen, ob sie an der Fokusgruppendifkussion teilnehmen möchten und wurden dazu angehalten weitere Kolleg*innen dazu aufzufordern. Die Gruppen wurden von AS, CF und NC anhand eines teilstrukturierten Interviewleitfadens moderiert, wobei ein Diskussionsimpuls gegeben wurde. In den Fokusgruppendifkussionen lag der Schwerpunkt auf Fragen zu Rettungsdiensteinsätzen, lebenserhaltenden Maßnahmen und der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Alle Interviews und Fokusgruppen wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, von einem externen Dienstleister transkribiert und pseudonymisiert. Vorab erhielten alle Teilnehmenden ein Informationsblatt, das eine Datenschutzaufklärung und die Einwilligungserklärung beinhaltete. Die Interviews und Fokusgruppen wurden erst nach schriftlichem Einverständnis durchgeführt.

Auswertung der Interviews und Fokusgruppendifkussionen

Für die Auswertung der Interviews und Fokusgruppen wurde die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz [18] durchgeführt. Zunächst wurden mithilfe der Software MAXQDA 2022 [19] deduktiv Kategorien auf der Grundlage der Literatur und der Leitfäden gebildet. Diese Kategorien wurden im weiteren Verlauf durch induktiv aus dem Material extrahierte Kategorien ergänzt [18, 19]. Alle Interviews und Fokusgruppen wurden von den Wissenschaftlerinnen (AS, CF, NC) unabhängig voneinander unter Verwendung des Codebaums codiert. Abweichungen wurden anschließend im kompletten Projektteam (ICO,

► **Tab. 1** Demographie der interviewten Versorger*innen.

Eigenschaften Versorger*innen	n = 50
Geschlecht n (%)	
Weiblich	34 (68 %)
Männlich	16 (32 %)
Alter, Durchschnitt (min-max)	53 (31–70)
Berufserfahrung in Jahren, Durchschnitt (min-max)	22 (1–46)
Interview Dauer in Minuten, (min-max)	42 (18–75)
Berufsgruppe n (%)	
Palliativärzt*innen	7 (14 %)
Hausärzt*innen	14 (28 %)
Haus- und Palliativärzt*innen	12 (24 %)
Koordinator*in	7 (14 %)
Pflegefachkraft	8 (16 %)
Viszeralchirurgie	1 (2 %)
MFA	1 (2 %)

Soziologin mit medizinethischer Zusatzqualifikation und HCV, Allgemeinmediziner mit Public Health Abschluss) besprochen und klärend diskutiert. Die jeweiligen Codebäume befinden sich im Anhang (siehe **Anhang 3**; **Anhang 4**).

Ergebnisse

Bei der Analyse der Daten kristallisierten sich mehrere Themenschwerpunkte heraus. Ein zentraler Punkt war die wiederholte Reflexion des Versorgungsmodells in WL. Die Proband*innen berichteten sowohl über Chancen als auch Herausforderungen der Netzwerkarbeit in der ambulanten Palliativversorgung in WL. ► **Tab. 1** verdeutlicht die Interdisziplinarität der Palliativnetze und der von uns interviewten Versorger*innen.

Netzwerkarbeit als große Chance

Ein gut funktionierendes Palliativnetzwerk zeichnet sich durch eine enge Kommunikation und Zusammenarbeit aus. Die Versorger*innen betonten, wie wichtig ein „gutes Team“ und eine flächendeckende Vernetzung seien, um Patient*innen sowohl ambulant als auch stationär schnell vermitteln zu können:

*Hausärzt*in 06: „Und das ist total wichtig, weil hier über die vielen Jahre nicht nur ein gutes Team entstanden ist, sondern auch eine sehr gute Vernetzung. Also wir können ganz, ganz viele Dinge auf dem kleinen Dienstweg klären und können schauen, dass wir, ja, Patienten ambulant als auch stationär relativ schnell irgendwo hin vermitteln.“*

*Koordinator*in 13: „Das liegt auch da dran, dass wir eine hohe Akzeptanz und eine gute und enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten haben, auch da findet eine gute und enge Absprache statt.“*

*Koordinator*in 13: „Ich schätze diese Netzwerkarbeit also, auch wenn es manchmal sehr herausfordernd ist, aber ich schätze dieses Miteinander und diese hohe Kommunikation untereinander und miteinander [...] tatsächlich sehr. Es sind viele Netzwerkpartner, die aber flächendeckend [...] die Versorgung aufrechterhalten.“*

Die hier interviewten Versorger*innen betonen die Bedeutung eines gut funktionierenden Palliativnetzwerks, das auf einer engen Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorger*innen basiert. Diese Netzwerkarbeit wird als „auffangendes Netz“ beschrieben, das durch eine enge Vernetzung die Versorgung im häuslichen Umfeld optimiert:

*Fokusgruppe 05 (Koordinator*in): „Und je besser diese Vernetzung funktioniert, desto kleiner können wir die Maschen ziehen und desto besser können wir die Patienten fangen und im häuslichen Setting behalten.“*

Individuelle Betreuung durch Einsatzbereitschaft

In WL wird nicht nur auf schwerwiegende Fälle geachtet, sondern auch auf eine individuelle Betreuung, die dabei helfen kann, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Versorger*innen legen großen Wert darauf, dass alle Patient*innen in der letzten Lebensphase unterstützt werden, unabhängig davon, wie nah sie dem Lebensende sind:

*Hausarzt*in 03: „Der Vorteil vielleicht von diesem System hier in WL ist auch, dass eben nicht nur die wirklich schwersten Fälle behandelt werden, sondern dass eben auch die Fälle, die schon dem Lebensende näherkommen, aber jetzt nicht nur die letzten drei Tage betreffen, [...] unterstützt werden.“*

*Hausarzt*in 04: „Die Versorgung ist wesentlich besser und wir haben ja auch statistisch gesehen, [...] dass viel weniger Menschen, die jetzt palliativ sind, ins Krankenhaus geschickt werden.“*

Zudem sind die Versorger*innen bereit, auch in unsicheren Situationen oder bei emotionaler Belastung zu helfen, was Sicherheit für Patient*innen und Angehörige schaffen kann:

*Koordinator*in 22: „Ich finde aber auch, wenn mich, [...] am Samstagvormittag drei Mal die Ehefrau von einem Patienten anruft, weil sie unsicher ist, ob sie die Situation richtig einschätzt, oder [...] mit der Situation so nicht zurechtkommt. Das ist in dem Sinne ja kein Notfall, aber da fahr ich da trotzdem hin. Weil ich dann einfach finde, klar ist der Patient an erster Stelle, aber das funktioniert NUR, wenn das Netz darum, wenn er sich auch wohl fühlt und aufgefangen fühlt. [...] dann brechen wir uns alle keinen Zacken aus, wenn wir da hinfahren und mal für zehn Minuten das Gespräch suchen.“*

Des Weiteren wird biografisches Wissen über die Patient*innen genutzt, um sie im letzten Lebensabschnitt individuell zu begleiten:

*Koordinator*in 23: „[...] also ich finde da ist gerade die Biographiearbeit total wichtig und in der Palliativversorgung, je mehr man im Vorfeld sozusagen, von dem Patienten schon erfahren hat, desto mehr kann man ihn auch, sag ich mal, auf dem letzten Weg, begleiten. Wenn, das machen wir halt auch, wenn jemand jetzt gerne einen trockenen Wein von einer bestimmten Sorte getrunken hat sein Leben lang, dass wir dann halt auch da immer noch fragen: „Hier möchten Sie nochmal einen Schluck von dem*

Rotwein haben?“ Oder selbst auch, wenn er nicht mehr ansprechbar ist, die Lippen einfach damit befeuchten, ja.“

In diesem Abschnitt wird deutlich, dass in WL ein ganzheitlicher und individueller Ansatz in der Palliativversorgung verfolgt wird.

Herausforderungen der Netzwerkarbeit

Trotz der Vorteile bringt die interdisziplinäre Zusammenarbeit auch Herausforderungen mit sich. Eine häufig genannte Schwierigkeit ist die Rufbereitschaft, die zu Belastung führen kann. Zudem berichten einige Koordinator*innen, dass Ärzt*innen trotz Rufbereitschaft nicht immer erreichbar sind:

*Palliativärzt*in 11: „Belasten, ja, das ist sicherlich schon manchmal diese ständige Rufbereitschaft. [...] also man kann nie mal das Telefon weglegen, das ist schon eine Belastung.“*

*Koordinator*in 16: „Und wenn man dann AAPV-Patienten hatte (seufzt), die dann vom Hausarzt betreut wurden und am Wochenende hieß es: Ja, der Hausarzt ist angeblich, der auch Palliativmediziner war, ist dann erreichbar. Aber man hat niemanden erreicht, da ging nur ein Anrufbeantworter dran, da wurde einem manchmal wirklich schon anders.“*

Ein weiteres Problem ist die Vielfalt der Meinungen und Prioritäten im großen Team, was die Koordination erschweren kann:

*Koordinator*in 13: „Viele Menschen [Versorger*innen] bedeutet immer viele Befindlichkeiten, viele Einzelmeinungen und das gemeinsam immer mit dem Ziel, eine bestmögliche Versorgung für den Patienten rauszuholen. Das ist so ein bisschen die Schwierigkeit in dem System und das zu bündeln.“*

Besonders im ländlichen Raum stellt der große Versorgungsradius eine logistische Herausforderung dar. Koordinator*innen müssen abwägen, welche Patient*innen schnell erreicht werden können und wie Routen angepasst werden müssen:

*Koordinator*in 13: „Also, wenn man in der Pflgetour angerufen wird und es heißt, der und der Mensch braucht jetzt Unterstützung, der hat eine auffällige Atmung. Und ich sage dann: „Ja, toll, jetzt bin ich ganz am anderen Ende von meinem Einsatzgebiet. Es dauert jetzt eine halbe Stunde und ich muss aber auch noch den und den und den versorgen. Halten Sie noch eine Stunde ohne mich aus?“ Da würde ich dann manchmal am liebsten direkt hinfahren. Und das ist dann schon manchmal schwierig, ein bisschen abzuwägen und ja, da eine gute Balance hinzubekommen, allen gerecht zu werden.“*

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Palliativversorgung bietet viele Vorteile, stellt die Beteiligten jedoch auch vor Herausforderungen. Rufbereitschaft kann zu Stress führen, und Kommunikationsprobleme erschweren möglicherweise die schnelle Unterstützung der Patient*innen. Zudem erschwert möglicherweise die Vielfalt an Meinungen und Prioritäten im Team die Koordination. Besonders im ländlichen Raum sind die weiten Distanzen und logistische Entscheidungen eine Herausforderung, um allen Patient*innen gerecht zu werden.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen sowohl die Chancen als auch die Herausforderungen der interdisziplinären Netzwerkarbeit in der ambulanten Palliativversorgung in WL. Besonders die Möglichkeit, eine eng vernetzte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen zu fördern, wurde von den Versorger*innen als ein wesentlicher Vorteil hervorgehoben. Sowohl in den Interviews als auch in der recherchierten Literatur scheinen die Hausärzt*innen die zentralen Kontaktpersonen zu sein und die Palliativärzt*innen werden bei Bedarf hinzugezogen [8]. Wie auch schon von Brueckner et al. berichtet, könnte eben diese Zusammenarbeit zwischen den Haus- und Palliativärzt*innen einen enormen Vorteil darstellen, für dessen flächendeckende Umsetzung aber die strukturellen Voraussetzungen noch geschaffen werden müssen [3].

Die Interviews zeigen, dass ein gut funktionierendes Netzwerk, in dem sich die verschiedenen Akteur*innen aus (u. a. Koordinator*innen, Ärzt*innen, Pflegedienste und Therapeut*innen) [10], regelmäßig austauschen und die Kommunikation aufrechterhalten wird, entscheidend für die schnelle und effiziente Versorgung der Patient*innen ist [8]. Dies spiegelt sich auch in den Erfahrungen der Versorger*innen wider, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit als eine Stärke des Versorgungsmodells WL identifizieren, da sie nicht nur schnelle Lösungen ermöglicht, sondern auch den Patient*innen eine kontinuierliche Betreuung im häuslichen Umfeld sichert. Die Möglichkeit, über den „kleinen Dienstweg“ schnelle Entscheidungen zu treffen und Lösungen zu finden, ist ein deutliches Beispiel für die Effizienz eines gut organisierten Netzwerks. Dies hilft den Versorger*innen auf die ganzheitlichen Bedürfnisse der Patient*innen einzugehen. Diese Vorteile zeigen sich ebenfalls in der Literatur, indem die gute Erreichbarkeit des Palliativnetzwerks sich positiv auf das Versterben im häuslichen Umfeld auswirkt [20].

Dennoch dürfen die Herausforderungen der Netzwerkarbeit nicht unbeachtet bleiben. Die Interviews zeigen, dass die ständige Erreichbarkeit und Rufbereitschaft, aber auch die schwierige Erreichbarkeit einiger Kolleg*innen, eine Belastung für die beteiligten Versorger*innen darstellen kann. Ein weiteres benanntes Problem ist die Herausforderung, die Vielfalt der Meinungen und Prioritäten innerhalb des interdisziplinären Teams zu koordinieren. Diese Belastung zeigt sich auch in der Literatur, die über Burn-Out bei 17 % bis 30 % der Versorger*innen in der ambulanten Palliativversorgung berichtet [21, 22]. Zusätzlich zu den hier genannten Herausforderungen, konnten andere Forscher*innen außerhalb der Netzwerkarbeit noch eine hohe (Stress-) Belastung durch „zu viele nicht patientenbezogene Aufgaben [z. B. Dokumentation], Zeitdruck oder die gleichzeitige Betreuung von zu vielen Patienten [...] oder unangemessene Erwartungen der Angehörigen“ identifizieren [22].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Versorgungsmodell WL sowohl große Chancen für eine verbesserte, individuelle Betreuung der Patient*innen bietet als auch Herausforderungen mit sich bringt, insbesondere im Hinblick auf die Kommunikation, Erreichbarkeit und Koordination innerhalb des Netzwerks. Nichtsdestotrotz bietet die interdisziplinäre Netzwerkarbeit viele Vorteile und die Handlungssicherheit der Versorger*innen kann sich dadurch verbessern [23]. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die hier genannten Herausforderungen adressiert werden, um die Qualität der Versorgung weiterhin sicherzustellen und die Arbeits-

belastung der Versorger*innen zu reduzieren. Künftige Anpassungen im Modell könnten sich darauf konzentrieren, die Erreichbarkeit zu verbessern, die Koordination innerhalb des Teams bspw. durch die Nutzung von speziellen Anwendungen wie ISPC zu optimieren und Lösungen für die logistischen Herausforderungen im ländlichen Raum zu entwickeln. Letzteres ließe sich möglicherweise durch eine flächendeckende Versorgung gewährleisten, für die leider die finanziellen Mittel fehlen dürften. Inwieweit neue Berufsgruppen (z. B. Physician Assistants, Community Nurses) hier eine Rolle spielen werden, wird sich in Zukunft abzeichnen.

Stärken und Limitationen

Diese Arbeit untersucht ein spezielles Versorgungsmodell, das auf einen interdisziplinären Ansatz setzt und verschiedene Professionen einbindet, um eine bedürfnisorientierte Versorgung zu gewährleisten. Als Stärke ist aufzuführen, dass eine umfangreiche Datenerhebung mit Hilfe qualitativer Methoden (nicht-teilnehmende Beobachtungen, Interviews, Fokusgruppen) stattgefunden hat und so ein differenzierter Einblick in die Stärken und Schwächen des Versorgungsmodells gewonnen werden konnte. Zur vollständigen Nachvollziehbarkeit des Studienvorgehens, wurden die jeweiligen Schritte in einer COREQ-Checkliste festgehalten (siehe **Anhang 5**).

Dennoch bietet dieses Vorgehen eine methodische Begrenzung. Die Proband*innengewinnung erfolgte mittels „purposeful sampling“ und Schneeballverfahren, was möglicherweise zu einer Verzerrung der Stichprobe führen könnte. Versorger*innen, die besonders engagiert oder zufrieden mit dem Modell sind, könnten überrepräsentiert sein, während weniger engagierte oder negative Stimmen möglicherweise nicht ausreichend berücksichtigt werden. Das untersuchte Versorgungsmodell ist zudem spezifisch für die Region WL und hat sich über die letzten Jahre entwickelt. Somit sind die Ergebnisse möglicherweise nicht auf andere Regionen mit unterschiedlichen Strukturen und Versorgungsmodellen übertragbar. Weitere Studien in unterschiedlichen geografischen und institutionellen Kontexten sind erforderlich, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu überprüfen.

Ethikvotum und Zustimmung der Teilnahme

Es liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum für diese Studie vor [21–7366]. Alle Methoden wurden in Übereinstimmung mit den einschlägigen Richtlinien und Vorschriften dieser Ethikkommission durchgeführt. Alle Teilnehmer*innen gaben sowohl mündlich als auch schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Durchführung der Interviews. Alle Teilnehmer*innen nahmen freiwillig teil und stimmten der Veröffentlichung der Ergebnisse zu. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit den Kriterien der Deklaration von Helsinki durchgeführt.

Studienregistrierung

Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS): <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00027904> (Registrierung am 25.02.2022)

Verfügbarkeit von Daten und Materialien

Die im Rahmen der qualitativen Analyse erstellten und/oder analysierten Datensätze sind aus Gründen der Anonymität der Teilnehmer*innen nicht öffentlich zugänglich, können aber auf begründete Anfrage bei der entsprechenden Autorin angefordert werden.

Fördermittel

Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V. und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe e.V.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bajwah S, Oluyase AO, Yi D et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 9: CD012780. DOI: 10.1002/14651858.CD012780.pub2
- [2] Freytag A, Krause M, Bauer A et al. Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR – evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. *BMC Palliat Care* 2019; 18: 12. DOI: 10.1186/s12904-019-0398-5
- [3] Brueckner T, Schumacher M, Schneider N. Palliative care for older people – exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC Palliat Care* 2009; 8: 7. DOI: 10.1186/1472-684X-8-7
- [4] Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung: [Stellungnahme. Halle (Saale): Dt. Akad. der Naturforscher Leopoldina; 2015
- [5] Hofmeister U. Praxisbeispiel Westfalen-Lippe: Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. *Faktencheck Gesundheit*
- [6] Ditscheid B, Meissner F, Gebel C et al. Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2016–2019) und regionale Variabilität. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 432–442. DOI: 10.1007/s00103-023-03683-7
- [7] Freytag A, Meissner F, Krause M et al. Ergebnisqualität und Kosten der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV-Routinedatenstudie. [A regional comparison of outcomes quality and costs of general and specialized palliative care in Germany: a claims data analysis]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2023. DOI: 10.1007/s00103-023-03746-9
- [8] Stichling K, Meissner F, Beuthling M et al. Hausärztliche Palliativversorgung in Westfalen-Lippe im Vergleich mit anderen Bundesländern – sekundäre Auswertung einer Befragungsstudie. [General practitioners' palliative care activities in Westphalia-Lippe compared to other federal states – Secondary analysis of a survey]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2023. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.12.006
- [9] Kuss K, Seipp H, Becker D et al. Study protocol: evaluation of specialized outpatient palliative care in the German state of Hesse (ELSAH study) – work package I: assessing the quality of care. *BMC Palliat Care* 2018; 17: 111. DOI: 10.1186/s12904-018-0363-8
- [10] Lux EA, Althaus A, Claßen B et al. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. *MMW-Fortschritte der Medizin Originalien* 2013; 155: 44–50
- [11] Baur N, Blasius J. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019
- [12] Kremeike K, Bausewein C, Freytag A et al. DNVF-Memorandum Versorgungsforschung im letzten Lebensjahr. *Das Gesundheitswesen* 2022. DOI: 10.1055/a-1889-4705
- [13] Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4th ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2011
- [14] Bicker AP, Atherton H, Brant H et al. Conducting a team-based multi-sited focused ethnography in primary care. *BMC Med Res Methodol* 2017; 17: 139. DOI: 10.1186/s12874-017-0422-5
- [15] Cubellis L, Schmid C, von Peter S. *Ethnography in Health Services Research: Oscillation Between Theory and Practice*. *Qual Health Res* 2021; 31: 2029–2040. DOI: 10.1177/10497323211022312
- [16] Schulz M, Mack B, Renn O. editors. *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Wiesbaden: Springer VS; 2012
- [17] Tausch A, Menold N. *Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?* Mannheim; 2015
- [18] Kuckartz U, Rädiker S. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz*. 6th ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2024
- [19] Rädiker S, Kuckartz U. *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019
- [20] Hofmeister U. *Praxisbeispiel Westfalen-Lippe: Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe*. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Paper_Palliativversorgung_Westfalen_Lippe.pdf
- [21] Gómez-Urquiza JL, Albendin-García L, Velando-Soriano A et al. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020. DOI: 10.3390/ijerph17207672
- [22] May S, Gabb F, Ignatyev Y et al. Mental and Physical Well-Being and Burden in Palliative Care Nursing: A Cross-Setting Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health* 2022. DOI: 10.3390/ijerph19106240
- [23] Schwabe S, Röwer H, Kamandi N et al. Identifikation regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke in Deutschland – Ergebnisse einer multimethodischen Bestandserhebung. [Identification of regional hospice and palliative care networks in Germany – Results of a multi-method survey]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2023; 182–183: 79–88. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.10.001