

**Modellprogramm zur
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI**

**Implementierung von Hospizkultur und
Palliativkompetenz in stationären
Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen
(ImPAct)**

Abschließender Endbericht, Juli 2022

Laufzeit 33 Monate: 01.08.2019 – 30.04.2022
(inklusive ausgabenneutrale Verlängerung vom 01.11.2021 – 30.04.2022)

Projektträger: Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. (DWiN)

Wissenschaftliche Begleitforschung: Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), Institutsdirektor: Prof. Dr. Nils Schneider, Bereichsleitung Forschung: Prof. Dr. Stephanie Stiel

Verfasserinnen: Dr. Gabriele Müller-Mundt (MHH), Wenke Walther (MHH)
Hannover, Juli 2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Exkurs: Rahmenbedingungen der Leistungserbringung.....	3
1.3 Das Modellprojekt des Diakonischen Werks evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. (DWIN).....	6
1.4 Stand der Forschung und Fragestellung der Evaluation.....	7
2 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen	9
2.1 Projektdesign	9
2.2 Konzept und Durchführung der quantitativen Teilstudie (Phase I).....	10
2.2.1 Konzept der quantitativen Ist-Analyse	10
2.2.2 Durchführung der quantitativen Teilstudie	15
2.3 Konzept und Durchführung der qualitativen Teilstudie (Phase II)	19
2.3.1 Konzept der qualitativen Fallstudien	19
2.3.2 Durchführung der qualitativen Teilstudie	24
2.4 Konzept und Durchführung des Expert*innen-Forums (Phase III)	26
2.4.1 Konzept des Expert*innen-Forums.....	26
2.4.2 Durchführung des Expert*innen-Forums	28
3 Ergebnisse der empirischen Untersuchung	29
3.1 Ergebnisse der quantitativen Teilstudie (Phase I)	29
3.1.1 Rücklauf und Datenbasis der quantitativen Teilstudie.....	29
3.1.2 Ergebnisse der Leitungsbefragung	34
3.1.3 Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter*innen	38
3.1.4 Ergebnisse der Befragung von hinterbliebenen Angehörigen	44
3.1.5 Versorgung am Lebensende im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen im Spiegel der Routinedaten der Heime	51
3.1.6 Zwischenfazit der Ergebnisse der quantitativen Teilstudie	56
3.2 Ergebnisse der qualitativen Teilstudie (Phase II)	63
3.2.1 Datenbasis der qualitativen Teilstudie	63
3.2.1.1 Merkmale der beteiligten Heime	63
3.2.1.2 Profil der interviewten professionellen Akteur*innen	64

3.2.1.3	Profil der interviewten Nutzer*innen.....	66
3.2.2	Fallportraits der Heime	70
3.2.2.1	Fallstudie 1 (Heim H1)	70
3.2.2.2	Fallstudie 2 (Heim H2)	82
3.2.2.3	Fallstudie 3 (Heim H3)	93
3.2.2.4	Fallstudie 4 (Heim H4)	103
3.2.2.5	Fallstudie 5 (Heim H5)	111
3.2.2.6	Fallstudie 6 (Heim H6)	122
3.2.3	Strategien, Elemente und Nachhaltigkeit der Implementierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur	134
3.2.3.1	Strategien und Elemente der Implementierung.....	134
3.2.3.2	Fördernde und hemmende Faktoren.....	136
3.2.4	Zwischenfazit zur Bedeutung der Verbandsinitiative	138
3.3	Ergebnisse des Expert*innen-Forums.....	139
3.3.1	Teilnehmende Expert*innen und Verlauf der Diskussion.....	139
3.3.2	Ergebnisse des Expert*innen-Forums.....	139
4	Diskussion der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen.....	143
4.1	Synopse und Diskussion der Ergebnisse	143
4.2	Limitationen und Stärken der Studie	152
4.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	153
4.3.1	Qualifizierung und Anerkennung fachlicher Kompetenz	153
4.3.2	Struktur- und Prozessgestaltung.....	155
4.3.3	Optimierung der ärztlichen Versorgung am Lebensende und Kooperation im Heim	158
4.3.4	Kooperation mit Hospizdiensten -Ehrenamtliche Hospizhilfe als Ressource	160
5	Literatur.....	162
6	Projektbezogene Präsentationen und Publikationen.....	172
6.1	Vorträge und Posterpräsentationen	172
6.2	Originalarbeiten	173
Anhang	174

Abkürzungsverzeichnis

A:	Angehörige
Abs.:	Absatz
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ACP:	Advance Care Planning
AG:	Arbeitsgruppe
ANP:	Advanced Practice Nurse
AOK:	Allgemeine Ortskrankenkasse
B;	Bewohner*in
BAG Hospiz:	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.
β :	Beta-Koeffizient
BSD:	Begleitender sozialer Dienste
DGP:	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV:	Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V.
DIP:	Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
DWiN:	Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V.
E:	Expert*in
EAPC:	European Association of Palliative Care
EPACS:	Establishment of Hospice and Palliative Care Services
EDV:	Elektronische Datenverarbeitung
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
gem.:	gemäß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG:	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GVP	Gesundheitliche Vorausplanung
HPG:	Hospiz- und Palliativgesetz
i.V.:	in Verbindung
H:	Heim
HPG:	Hospiz- und Palliativgesetz
KW:	Kalenderwoche
M:	Mitarbeiter*in
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS:	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MHH:	Medizinische Hochschule Hannover
MuG IV:	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen, IV. Infratest Repräsentativerhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
NäPa:	Nicht-ärztliche Praxisassistenz
NEVAP:	Niedersächsischer Evangelischer Verband für Altenhilfe und Pflege e.V.
Nds.:	Niedersachsen
NRW:	Nordrhein-Westfalen

p:	Signifikanz
PSG II:	Zweites Pflegestärkungsgesetz
rd.:	rund
RL:	Richtlinie
r _s :	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (Spearman's Rho)
SAPV:	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SD:	Standardabweichung
SeLeP:	Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim
SGB V:	Fünftes soziales Gesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Elftes soziales Gesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung
SAPV:	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SeLeP:	Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim
SiH:	Sterben zu Hause im Heim
SVR:	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SiH:	Sterben zu Hause im Heim
SiLVer–A:	Situation älterer Patienten in der letzten Lebensphase und Versorgungsqualität aus der Sicht von Angehörigen
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVR:	Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens
Σ:	Summe
VERAH:	Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis
v.s.:	versus
WHO:	World Health Organization
ZfG:	Zentrum für Gesundheitsethik

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Profil der Heime nach Teilnahmebereitschaft an der quantitativen Studie (Phase I)	17
Tabelle 2	Begründungen für die Nichtteilnahme an der Studie durch die Heimleitungen (n=82)	17
Tabelle 3	Themenschwerpunkte der Interviewleitfäden für Schlüsselpersonen und Mitarbeitende der Heime	21
Tabelle 4	Themenschwerpunkte der Interviewleitfäden für Bewohner*innen und Angehörige	21
Tabelle 5	Rücklauf der Erhebungsbögen zu den Modulen der quantitativen Teilstudie	29
Tabelle 6	Profil der an der quantitativen Studie beteiligten Heime (n=18)	30
Tabelle 7	Profil der Beschäftigten der an der Studie beteiligten Heime (n=1.100)	31
Tabelle 8	Profil der in den Heimen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner (n=1.636)	32
Tabelle 9	Profil der befragten Mitarbeitenden der Heime (n=186)	33
Tabelle 10	Palliative Care Qualifikation der befragten Mitarbeitenden der Heime (n=186)	34
Tabelle 11	Analyse ausgewählter Variablen auf Parameter der palliativen Versorgung aus Sicht der befragten Mitarbeiter*innen.	43
Tabelle 12	Profil der befragten hinterbliebenen Angehörigen (n=149)	45
Tabelle 13	Soziodemografische Merkmale der verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen (n=149)	46
Tabelle 14	Krankheitslast, Pflegebedürftigkeit und Versorgung der verstorbenen Angehörigen aus Sicht der befragten Hinterbliebenen am Lebensende (n=149)	47
Tabelle 15	Persönliche Merkmale der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)	52
Tabelle 16	Krankheitslast und Grad der Pflegebedürftigkeit der 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase (n=363)	53
Tabelle 17	Versorgungssituation der 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase (n=363)	54
Tabelle 18	Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (ACP), Willensbekundungen und Sterbeort der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)	55
Tabelle 19	Einfluss ausgewählter Heim- und Bewohnermerkmale auf dokumentierte Aspekte der Palliativversorgung der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)	57
Tabelle 20	Merkmale der in die qualitativen Fallstudien einbezogenen Heime (n=6)	63
Tabelle 21	Durchgeführte Interviews (n=104) nach Einrichtung und Zielgruppe	63
Tabelle 22	Merkmale der interviewten Schlüsselpersonen (n=30)	65
Tabelle 23	Merkmale der interviewten Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche (n=41)	66
Tabelle 24	Soziodemografische Merkmale der interviewten Bewohner*innen (n=18)	67
Tabelle 25	Bedarfs- und Versorgungssituation der interviewten Bewohner*innen (n=18)	67
Tabelle 26	Gesundheitliche Vorausplanung und Willensbekundungen der interviewten Bewohner*innen (n=18)	68
Tabelle 27	Merkmale der interviewten Angehörigen (n=15) und Beziehungskonstellation zu dem/der Bewohner*in	68
Tabelle 28	Merkmale der Bewohner*innen deren Angehörige interviewt wurden (n=15)	69
Tabelle 29	Gesundheitliche Vorausplanung und Willensbekundungen Bewohner*innen deren Angehörige interviewt wurden (n=15)	70

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Begünstigt durch den soziodemografischen Wandel gewinnt die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase weltweit an Bedeutung (Davies & Higginson 2004, WHO 2015). Für Deutschland lassen Bevölkerungsprognosen darauf schließen, dass im Jahr 2050 ca. 88% der jährlich versterbenden Menschen älter als 75 Jahren sein werden (Simon et al. 2012). Radbruch et al. (2015) verweisen auf Schätzungen der European Association of Palliative Care (EAPC) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), wonach bis zu 90% der in Deutschland sterbenden Menschen im Verlauf der letzten Lebensphase einer palliativen Versorgung bedürfen. Bei etwa 12% der Betroffenen ist demnach eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt, während die überwiegende Anzahl der Betroffenen durch eine allgemeine Palliativversorgung angemessen betreut werden kann (Radbruch et al. 2015, S.41; Radbruch et al. 2009).

Die Begleitung älterer Menschen am Lebensende wird zu einem nicht unerheblichen Anteil durch stationäre Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe getragen und stellt diese vor vielfältige Herausforderungen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990-er Jahre verstärkt sich der Trend, dass ältere Menschen zunehmend im höheren Alter und in späten Stadien chronisch progredienter (Mehrfach-)Erkrankungen in ein Heim eintreten (Wingenfeld 2012, Isfort et al. 2018). Mit dieser Entwicklung korrespondiert eine zunehmend kürzere Zeitspanne, die ältere Menschen im Heim leben. Nach den Ergebnissen der Infratest-Repräsentativerhebungen verringerte sich die Verweildauer von durchschnittlich 56,4 Monaten im Jahr 1994 auf 41,3 Monate im Jahr 2005 (Schneekloth & von Thorne 2007, S.62). In den von Techtmann (2015) untersuchten 32 stationären Einrichtungen eines diakonischen Trägerverbandes in Nordrhein-Westfalen sank die Verweildauer im Zeitraum von 2007 bis 2014 von durchschnittlich 32,2 Monaten auf 27,1 Monate (ebd., S.6). Zugleich zeigte sich mit nahezu zwei Jahren eine hohe Variation der Verweildauer zwischen den Heimen, wobei kein statistisch signifikanter Zusammenhang von Verweildauer und Bewohnerstruktur (bezogen auf die Geschlechterverteilung, Anzahl an demenziell Erkrankten und Pflegebedürftigkeit der Bewohner*innen) erkennbar war (ebd., S.8f.).

Nach den Erhebungen für Pflegestatistik von 2019 lebte bundesweit von den rund 4,1 Millionen pflegebedürftigen Menschen knapp ein Fünftel (818.317) in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In Niedersachsen bedurften 2019 insgesamt 456.255 Personen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) pflegerischer Unterstützung. Davon lebten mit 96.741 Personen etwas mehr als ein Fünftel in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2020, S. 9) Der Anteil der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden pflegebedürftigen Menschen lag damit in Niedersachsen (21,2%) etwas über dem bundesweiten Anteil in Pflegeeinrichtungen lebender pflegebedürftiger Menschen (19.8%).

Der für Deutschland in populationsbezogenen Studien ermittelte Anteil im Heim verstorbener Menschen variiert zwischen 7% und knapp 27% der Todesfälle (vgl. Dasch et al. 2015, S.501; Dasch & Zahn 2021). In der Sterbeortanalyse von Dasch und Zahn (2021) für die Jahre 2001, 2007 und 2011 in ausgewählten nordrhein-westfälischen Regionen zeichnete sich ein Rückgang der Todesfälle im häuslichen Umfeld (2001: 28% vs. 2011: 21%) und eine Verlagerung des „institutionellen“ Sterbens vom Krankenaus in den Heim- und Hospizbereich ab, wenngleich das Krankenhaus weiterhin der häufigste Sterbeort blieb (2001: 56% vs. 2011: 52%). Der Anteil im Hospiz verstorbener Menschen hatte sich in dem Zeitraum mehr als verdoppelt (jeweils knapp 2% vs. 5%), ist jedoch bezogen auf alle Sterbefälle insgesamt vergleichsweise gering. Der altersstandardisierte Anteil der Sterbefälle im Heim erhöhte sich 2001 bis 2011 von 13% auf 20%, wobei vor allem Menschen im hohen Alter im Heim verstarben (Dasch & Zahn 2021). Der Anteil der Sterbefälle im Heim lag 2001 unter den im Alter ab 80 Jahren verstorbenen Menschen bei 43% und erhöhte sich bis 2011 auf 51% (ebd., S. 497).

Eine deutliche Zunahme der Sterbefälle im Heim zeichnete sich auch in der Analyse einer Zufallsstichprobe der Todesbescheinigungen von in den Jahren 2007 und 2017 in der Region Hannover verstorbener Menschen ab: In dem betrachteten Zehnjahreszeitraum erhöhte sich der Anteil in stationären Pflegeeinrichtungen verstorbener Menschen in der Region von 15,3 % auf 27,1 %. Damit korrespondierte ein Rückgang des Anteils der Sterbefälle im Krankenhaus (52,2% vs. 48,4%) und insbesondere im häuslichen Umfeld (26,1% vs. 19,8%) (Herbst et al. 2020).

Um den mit der Zunahme der Sterbefälle verbundenen Herausforderungen adäquat begegnen zu können, ist die Integration einer Hospiz- und Palliativkultur in stationären Einrichtungen der Altenhilfe unabdingbar geworden (Frogatt et al. 2020). Eine einfache Übertragung der in spezialisierten Einrichtungen, wie den klinikangebundenen Palliativstationen oder stationären Hospizen entwickelten und erprobten Konzepten, ist aufgrund der anders gelagerten (Rahmen-)Bedingungen in der stationären Langzeitpflege indes nur bedingt möglich. Daher stellte sich die Frage, in welcher Form eine Hospizkultur in Altenpflegeeinrichtungen nachhaltig gestaltet werden kann. Eine wesentliche Herausforderung für die Etablierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege resultiert nicht allein aus den andersgelagerten strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen, wie der Bettenzahl, der vorgehaltenen Räumlichkeiten und nicht zuletzt der personellen Ressourcen. Für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe bedeutet die Integration eines palliativen Ansatzes in die Regelversorgung zugleich die oft divergenten Anforderungen einer rehabilitativ-aktivierenden und einer palliativen Pflege im Versorgungsalltag situations- und fallangemessen auszutarieren (Heller et al. 2003; Thompson & Oliver 2008).

Dabei ist es möglich, externe Leistungserbringer unter bestimmten Voraussetzungen unterstützend auch in die Versorgung von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen zu integrieren. So können nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(2021) auf Verordnung durch die behandelnden Ärzt*innen hin sowohl in der Häuslichkeit schwerstkranker Menschen als auch in stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch entsprechend qualifizierte Dienste als Krankenkassenleistung in Anspruch genommen werden (§ 72 Abs. 1 SGB XI).

In gesundheitspolitischen Initiativen zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde die Bedeutung einer von der professionellen Pflege in Verbund mit den behandelnden Hausärzt*innen in der Primärversorgung getragenen allgemeinen Palliativversorgung hervorgehoben. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG 2015) war die Intention verbunden, die allgemeine Palliativversorgung zu fördern (s. dazu im Detail 1.2.). Auch in den 2016 publizierten „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“ zur Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ wird die Verankerung von „Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen“ als eines der prioritären Handlungsfelder herausgestellt (DGP et al. 2016, S 40–45).

1.2 Exkurs: Rahmenbedingungen der Leistungserbringung

In der Langzeitpflege stellt sich das Problem, dass die mit Wirkung zum 01.01.1995 für die ambulante und ab dem 01.06.1996 für die stationäre Langzeitpflege geltende **Soziale Pflegeversicherung (gemäß PflegeVG 1994)** als Teilversicherung der Daseinsvorsorge zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit konzipiert wurde. Dem Elften Sozialen Gesetzbuch (SGB XI) und den zunächst definierten drei Pflegegraden lag zudem ein primär auf körperliche Funktionseinschränkungen bezogener Begriff der Pflegebedürftigkeit zugrunde. Er wurde bereits dem Unterstützungsbedarf von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht annähernd gerecht, geschweige denn einer dem holistischen Ansatz von Palliative Care (WHO 1990) folgenden Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen und der Begleitung am Lebensende.

Während im ambulanten Sektor therapie- und krankheitsbezogene Pflegeleistungen gemäß §37 SGBV nach ärztlicher Verordnung als Krankenkassenleistungen betrachtet und erbracht werden (vgl. im Detail G-BA 2021a, Anlage, S. 19ff.) werden diese seit Einführung von SGB XI in der vollstationären Langzeitpflege pauschal mit den geltenden Pflegegesetzen für bewilligten Pflegestufen bzw. -grade pauschal als Leistungen der Pflegeversicherung abgegolten. Die ursprünglich als Interimslösung gedachte Verlagerung von Leistungsansprüchen pflegebedürftiger Menschen bei einem Heimeintritt von der Kranken- auf die Pflegeversicherung wurde beibehalten. Sie wird auch angesichts des von Bewohner*innen vollstationärer Einrichtungen der Langzeitpflege zu tragenden und mit der Höhe der Pflegestufe bzw. des Pflegegrades steigenden Eigenanteils (Hotelleistungen und Investitionspauschalen) kritisch gesehen (vgl. Paquet 2020, S. 7; Schwinger & Tsiasioti 2020, S. 43ff.). Inwieweit die in der zugrundeliegende Pauschalierung der Leis-

tungserstattung für ärztlich verordnete krankheits- und therapiebezogene Pflegeinterventionen kostendeckend sind, hängt letztlich von dem Anteil an Bewohner*innen in den Einrichtung ab, die pflegeintensive Maßnahmen der Behandlungspflege (z.B. die Versorgung chronischer Wunden) bedürfen.

In der Folgezeit wurde eine Reihe von Reformen und Ergänzungen der Pflegeversicherung für eine bedarfsgerechtere Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf den Weg gebracht. In diesem Kontext ist insbesondere das seit Januar 2016 geltende **Zweite Pflegegestärkungsgesetz (PSG II, 2015)** hervorzuheben. Mit dem Gesetz wurde die seit längerem geforderte Erweiterung des Pflegebegriffs und differenziertere Graduierung von Pflegebedürftigkeit (Ablösung der drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade) mit Wirkung zum 1.1.2017 umgesetzt. Das auf dem erweiterten Pflegebegriff beruhende und in Modellregionen erprobte neue Begutachtungsverfahren berücksichtigt kognitive, psychische, soziale und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und damit verbundene Unterstützungserfordernisse (vgl. MDS & GKV 2021, S. 31 ff). Mit dieser Novellierung der Pflegeversicherung war eine deutliche Erweiterung des Leistungsspektrums und des Kreises der Leistungsberechtigten verbunden, und zwar speziell von Menschen mit demenziellen Veränderungen (Paquet 2020, S.11).

Im Bereich der Krankenversicherung wurde im dem **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007)** mit der Ergänzung von §37b SGB V die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als neue Versorgungsform in das Leistungsspektrum der Krankenversicherung das aufgenommen und ein Anspruch der Versicherten auf eine angemessene Palliativversorgung gesetzlich verankert. Während im Rahmen der Regelversorgung Behandlungspflege im Heimsektor weiterhin als Leistung der Pflegeversicherung pauschal über den Pflegesatz des bewilligten Pflegegrades abgegolten wird, wurde Heimbewohner*innen mit nicht-heilbaren und lebenslimitierenden Erkrankung in Palliativsituationen gleichermaßen ein Anspruch auf Leistungen der SAPV eingeräumt. Auf ärztliche Anordnung hin können seither SAPV-Dienste als Krankenkassenleistung ergänzend in die Versorgung von Bewohner*innen stationärer Einrichtungen der Langzeitversorgung eingebunden werden (Details der Umsetzung von §37b SGB V sind in der im März 2021 zuletzt geänderten SAPV-RL vom 20. Dezember 2007 des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt).

Mit dem **Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG 2015)** war gesundheitspolitisch die Intention verbunden, die allgemeine Palliativversorgung verstärkt zu fördern. Ein Fokus lag auf der stationären Langzeitpflege, einschließlich der Förderung der gesundheitlichen Vorausplanung. Im HPG (2015) wurde die Palliativversorgung als Regelleistung der Kranken- und Pflegeversicherung festgeschrieben (vgl.

SGB V § 27 Abs. 1 Satz 3 sowie § 28 Abs. 5 SGB XI sowie die Aufnahme der Sterbebegleitung in die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI)¹. Für Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wurde die Möglichkeit geschaffen, den Bewohner*innen Gespräche für eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende“ (§ 132g SGB V) als Regelleistung anzubieten.

Schwerstkranke und sterbende Menschen haben seither gemäß § 37b SGB unabhängig von ihrem Lebensort einen gesetzlichen Anspruch auf eine angemessene Palliativversorgung, die neben einer multiprofessionellen palliativen Versorgung entsprechende Leistungen der Versorgungskoordination umfasst. Für die Langzeitpflege wird in Artikel 3 (Änderungen des Elften Sozialen Gesetzbuchs) HPG (2015) bekräftigt: *„Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein“* und in diesem Kontext die Kooperation der Pflegeeinrichtungen „mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ gefordert. Entsprechend wird auch in dem die Details der Umsetzung des Gesetzes auf Landesebene regelnden „Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i.V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Dauerpflege Niedersachsen“, herausgestellt, dass die Sterbebegleitung Teil der Pflege auf der Grundlage der Leistungen der Pflegeversicherung betrachtet wird und die Kooperation und Vernetzung mit regionalen Strukturen und Akteur*innen der Hospiz- und Palliativarbeit vorgesehen ist.² Ergänzend wird in §22 Abs. 3 betont, dass speziell für in die Begleitung der Bewohner*innen eingebundene Ehrenamtliche feste Ansprechpartner*innen in den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden sollen. In diesem Kontext wird auf die hierfür gem. §82b SGB XI (Ehrenamtliche Unterstützung) bestehende Möglichkeit einer Refinanzierung verwiesen.

Mit dem HPG (2015) wurden auf der Basis der Einführung von § 132g SGB V erstmals Finanzierungsmöglichkeiten für ein qualifiziertes Angebot der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung durch die Krankenkassen eröffnet. Gemäß § 15 Absatz 3 und 4 der hierauf bezogenen „Vereinbarung

¹ Schwinger et al. (2022) verweisen in diesen Kontext darauf, dass Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege seit der Neufassung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der vollstationären Pflege (MuG) nach § 113 SGB XI“ verpflichtet sind, „Sterbebegleitung auf Basis eines Konzeptes durchzuführen.“ (Schwinger et al. 2022, S.55).

² Abschnitt 1, §1 Abs. 5 des Rahmenvertrages in der Fassung vom 01.04.2019 lautet: *„(5) Sterbebegleitung Bei sterbenden Menschen sind ihre besonderen Bedürfnisse bei der Begleitung zu berücksichtigen, um in der letzten Lebensphase eine angemessene Versorgung zu gewährleisten Zur medizinischen Versorgung arbeitet die Einrichtung mit möglichst qualifizierten Haus- und Fachärzten zusammen, damit Bewohnerinnen gut begleitet sind und ein Abschiednehmen sowie ein Sterben unter würdevollen Bedingungen gewährleistet sind. Es wird eine Vernetzung und Kooperation mit Hospizdiensten oder Hospiz- und Palliativnetzen oder SAPV-Teams in der Region angestrebt.“* (Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Dauerpflege Niedersachsen, S. 11)

nach § 132g Abs. 3 SGB V“ zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Trägerverbände der zugelassenen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2017 werden pauschal pro 50 leistungsberechtigten Bewohner*innen eine 1/8 Vollzeitstelle bzw. eine Vollzeitstelle pro 400 für eine als Gesprächsbeleiter*in qualifizierte Fachkraft finanziert. Neben der Umsetzung des Gesprächsangebots zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die Bewohner*innen setzt dies den Nachweis der internen und externen Vernetzung gemäß §§ 10 und 11 der Vereinbarung mit allen relevanten Akteur*innen innerhalb der Einrichtung und den beteiligten externen Institutionen und Akteur*innen voraus.

1.3 Das Modellprojekt des Diakonischen Werks evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. (DWiN)

Neben der Erarbeitung von „Diakonischen Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur“ (Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers. e.V. 2006), wurden vom DWiN – unterstützt durch einzelne Landeskirchen in Niedersachsen – im Jahr 2006 Initiativen zur Förderung von Palliativkompetenz unter den Mitarbeitenden der Heime des Trägerverbandes eingeleitet. So wurden zwischen den Jahren 2006 und 2010 zwei „Projektwerkstätten“ zur Implementierung von Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Aus je neun Einrichtungen nahmen daran jeweils eine Leitungskraft und eine Palliativfachkraft teil, die in einem top-down-Prozess palliative Strukturen in den Einrichtungen entwickeln sollten. Sowohl die Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme als auch die Finanzierung und personelle Engpässe (Personalausfall der Leitungspersonen und Palliativfachkräfte während der Teilnahme) erschwerten die Umsetzung.

Basierend auf diesen Erfahrungen wurde das Modellprojekt „Implementierung einer Hospiz- und Palliativkultur in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ für eine breite Schulung der Mitarbeitenden initiiert, um einen bottom-up-Prozess einzuleiten. Seit 2013 wurden landesweit über 30 Inhouse-Schulungen ausgerichtet. Das Schulungskonzept basiert auf dem in einem Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung entwickelten und von der DGP zertifizierten Basis-Curriculum „Palliative Praxis“ (Klapper & Hoeter 2015). Intendiert war, die palliative Kompetenz der Mitarbeitenden in der Breite zu fördern. Palliativkompetenz wurde im Sinne von Fachlichkeit, Haltung und Selbstreflexion definiert.

Im Rahmen dieses bis 2019 laufenden innovativen Projekts wurden bis 2018 insgesamt 582 Mitarbeitende aus zehn Bereichen (z.B. Leitung und Qualitätsmanagement, Hauswirtschaft, Pflegefachpersonen und Pflegehilfen der Wohnbereiche, Mitarbeitende in der Sozialarbeit, Verwaltung, Ergotherapie, begleitende Dienste) in 75 Einrichtungen erreicht. Die Fortbildungsteilnahme war kostenfrei. Darüber hinaus wurde der Dienstausfall der Einrichtungen für die Freistellung der Mitarbeitenden für die Teilnahme an dem

40-stündigen Basiskurs „Palliative Praxis“ über die Projektfinanzierung durch die Ev.-Luth. Landeskirchen Hannover und Braunschweig kompensiert.

Ergänzend zu den in Form von In-House-Schulungen und in Bildungseinrichtungen des Verbandes angebotenen Wochenkursen, wurden für Mitarbeitende der Heime 2017 und 2018 einrichtungsübergreifend Praxisreflexionstage zu ausgewählten Themen der Palliativversorgung, wie z.B. zu Vernetzung/Kooperation, Schmerz, basale Stimulation, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende angeboten (Arnold-Krüger 2018).

1.4 Stand der Forschung und Fragestellung der Evaluation

Mit Blick auf die Palliativversorgung liegt der wissenschaftlichen Begleitforschung die erweiterte Palliative Care Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde. Ziel von Palliative Care ist demnach „(...) *die bestmögliche Lebensqualität von Patienten, ihren Familien und Angehörigen angesichts lebensbedrohlicher, nicht heilbarer Erkrankungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Prävention und Linderung von Leid stehen im Mittelpunkt. Dies erfolgt über ein frühzeitiges Erkennen und eine genaue Erfassung aller Beeinträchtigungen, Symptome und Konfliktfelder auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene.*“ (Sepuleva et al. 2002, zit. n. der Übersetzung in der Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften 2015, S.11).

Konzeptionell knüpft die in der Endphase des Modellvorhabens eingeleitete wissenschaftliche Begleitforschung an vorliegende Forschungsbefunde an. Demnach kann durch die frühzeitige Integration eines palliativen Ansatzes in das Versorgungsgeschehen von (älteren) Menschen mit chronisch progredienten Erkrankungen ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung der Lebensqualität geleistet werden (Davis et al. 2015) sowie Notfalleinweisungen (McNamara et al. 2013), wiederholten Krankenhausaufenthalten (Shaw et al. 2010) und belastenden therapeutischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase und im Sterbeprozess gegengesteuert werden (Harris & Murray 2013).

Ergebnisse nationaler und internationaler Studien zu Krankenhauseinweisungen am Lebensende und Sterbeortanalysen deuten darauf hin, dass mit 30% bis 46% ein relativ hoher Anteil der in stationären Altenpflegeeinrichtungen lebenden Menschen im Krankenhaus stirbt (Allers et al. 2019, Günther et al. 2019, Hoffmann & Allers 2021). Analysen zur Versorgungssituation am Lebensende in Deutschland, wie der Bertelsmann „Faktencheck Palliativversorgung“, lassen vor allem in der allgemeinen Palliativversorgung auf eine Unterversorgung schließen (Radbruch et al. 2015). Dies zeichnet sich für Niedersachsen auch in einer neueren Analyse ausgewählter Indikatoren der Palliativversorgung der Daten von im Jahr 2016 und 2017 verstorbenen chronisch-progredient erkrankten Versicherten der AOK-Niedersachsen ab (van Baal et al. 2020).

Trotz der auch im internationalen Vergleich erreichten Fortschritte in der Etablierung der spezialisierten Palliativversorgung (Economist Intelligence Unit 2015), wird allerdings

auch eine spezialisierte Palliativversorgung offenbar eher relativ spät im Krankheitsverlauf und vorwiegend bei onkologischen Erkrankungen eingeleitet (Radbruch et al. 2015, Hess et al. 2014, van Baal et al. 2020).

Modelle zur Integration der Palliativversorgung in unterschiedliche Versorgungssettings und Strategien für die Versorgung am Lebensende wurden international in unterschiedlichen Ländern entwickelt und evaluiert (vgl. z.B. Übersicht Siouta et al. 2016; Moore et al. 2020). Exemplarisch für die stationäre Langzeitpflege steht die „End-of-Life Care Culture Change“ Bewegung in den USA (Schwartz et al. 2019) und der in Großbritannien auch für den Heimsektor entwickelte „Gold Standards Framework“, (Badger et al. 2012). In Deutschland wurden verschiedene Modellprojekte zur Etablierung einer Hospiz- und Palliativkultur im Heimsektor durchgeführt (vgl. exemplarisch die Übersicht der „Best-Practice-Modelle“ in Schneider et al. 2018, S. 36–44). In diesen Projekten gesammelte Erfahrungen unterstreichen, dass im Heim ebenso wie in der häuslichen Versorgung – neben geeigneten Rahmenbedingungen – einer Erweiterung der Kompetenz und eine enge Kooperation der Akteur*innen in der Primärversorgung erforderlich sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung in der letzten Lebensphase für die erkrankten Menschen und ihre Familien zu gewährleisten (vgl. a. Murray et al. 2015; Nationale Akademie der Wissenschaften 2015; Kaasalainen et al. 2019; Xyländer & Sauer 2019; Frogatt et al. 2020; Schlögl-Flierl et al. 2021).

Kaasalainen et al. arbeiteten in einem Scoping Review drei Grundmodelle und ein gemischtes Modell evaluierter Konzepte der Integration von Palliative Care in der stationäre Langzeitpflege heraus: (1) die Kooperation mit externen spezialisierten Palliativdiensten, (2) der Aufbau einer spezialisierten Palliativ- bzw. Hospizeinheit in den Heimen und (3) die Etablierung unterstützende Strukturen und Prozesse für die Palliativversorgung in den Heimen sowie (4) die Kombination des Aufbaus interner Expertise und Strukturen in Kombination mit der Kooperation und Vernetzung mit externen Expert*innen bzw. Diensten (Modell 1 und 3). Vorliegende empirische Befunde unterstreichen demnach die Bedeutung der Verankerung einer entsprechenden Expertise in den Heimen. Zugleich deuten die Ergebnisse der von den Autor*innen analysierten Studien in der Summe daraufhin, dass ein gemischtes Modell am ehesten eine nachhaltige Integration einer palliativen Praxis in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bewirken kann (Kaasalainen et al. 2019).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung sollte auf der Basis einer Exploration des erreichten Entwicklungsstandes der Frage nachgegangen werden, inwieweit mit Hilfe des vom DWiN initiierten Modellprojekts die Implementierung von Palliativkompetenz und einer Hospizkultur in den stationären Altenpflegeeinrichtungen des Verbandes gefördert werden konnte. Es sollte untersucht werden, welche Anhaltspunkte sich für die Qualität, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Qualifizierungsprozessen identifizieren lassen, anhand derer gelingende Faktoren für eine nachhaltigen Implementierung einer Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege abgeleitet

werden können, die dann als Basis für die Entwicklung eines Standards für gute palliative Versorgung und deren Qualitätsmerkmale sowohl in Bezug auf Bewohner*innen als auch auf die Mitarbeitenden in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege dienen können.

2 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen

Die Exploration des erreichten Entwicklungsstands der Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in den vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe des DWiN sollte im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung retrospektiv erfolgen. Übergreifende Zielsetzung war die Formulierung von Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Etablierung einer Hospizkultur in der stationären Altenhilfe. Damit verbunden sind die folgenden Teilziele:

- die Bestandsaufnahme der Qualifikationsprozesse als Voraussetzung der Implementierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur und sie bedingender Faktoren
- die Ermittlung von Veränderungserfordernissen und Bedingungsfaktoren für eine nachhaltige Implementierung einer Hospizkultur in der stationären Altenhilfe (hemmende und fördernde Faktoren)
- eine Konkretisierung von Konzept und Inhalt einer „guten palliativen Versorgung“ in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie
- die Herausarbeitung von Ansatzpunkten für deren Umsetzung unter Berücksichtigung institutioneller und regionaler Gegebenheiten.

2.1 Projektdesign

Für die retrospektive Evaluation wurde ein gemischt methodisches Design gewählt, in dem qualitative und quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz kommen (Farquhar et al. 2013, Johnstone 2004). Ferner wurde ein mehrperspektivischer Ansatz zur Exploration des erreichten Stands der Implementierung von Palliativkompetenz und einer Hospizkultur in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe des DWiN aus Sicht unterschiedlicher professioneller Akteursgruppen und aus der Nutzer*innenperspektive (Bewohner*innen und Angehörige) gewählt. Ergänzend sollten ausgewählte Indikatoren der Palliativversorgung und grundlegende Struktur- und Prozessmerkmale der Organisation anhand von Routinedaten der Einrichtungen ermittelt werden. Das im Rahmen der Planung auf eine Laufzeit von 27 Monaten angelegte Forschungsvorhaben gliedert sich in drei Hauptphasen, denen eine auf drei Monate angelegte Vorbereitungsphase vorgeschaltet war. Die drei Hauptphasen umfassten die folgenden Teilstudien:

Phase I: eine trägerweite quantitative Ist-Analyse (geplant: 9 Monate)

Phase II: vertiefende qualitative Fallstudien in sechs Einrichtungen (geplant: 9 Monate)

Phase III: die Synopse der Ergebnisse und ein darauf aufbauendes Expertenforum zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen (geplant: 6 Monate).

Aufgrund von Verzögerungen im Projektbeginn und der bedingt durch die Corona-Pandemie seit den Frühjahr 2020 schwierigen Rahmenbedingungen der Datenerhebung in den Einrichtungen wurde in Abstimmung mit dem Projektträger Mitte 2021 eine ausgabenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit um 9 Monate beantragt. Sie wurde vom Projektförderer für einen Zeitraum von 6 Monaten bis zum 30.04.2022 bewilligt.

Ethikvotum. Das Studienprotokoll und ergänzende Dokumente (Entwurfss Fassungen der zielgruppenspezifischen Informationsschreiben und Datenschutzerklärungen für die Adressat*innen der quantitativen und qualitativen Befragungen, der Erhebungsinstrumente und Codebögen) wurden der **Ethikkommission der MHH** am 28.10.2019 zur Prüfung vorgelegt und von der Kommission positiv begutachtet (Ethikvotum Nr. 8739_BO_S_2019 vom 22.11.2019, s. Anhang A1).

Entsprechend dem seit in Krafttreten der EU-Datenschutzverordnung an der MHH geltendem Protokoll wurde im Vorfeld ein **Datenschutzkonzept** erarbeitet. Darin werden der Zugang und die Haltung von Kontaktdaten der Adressat*innen sowie der Modus der Datenerhebung, der Haltung, Auswertung und Nutzung der Daten, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung generiert werden, für die Berichtslegung und wissenschaftlichen Veröffentlichungen unter Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung und der Anonymität der einbezogenen Personen und Einrichtungen durch entsprechende Verfahren der Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung festgehalten. Neben der Begutachtung des Konzepts für die wissenschaftliche Begleitforschung durch die Ethikkommission der MHH erfolgte eine Prüfung des Datenschutzkonzepts durch die Datenschutzbeauftragten des DWiN und der MHH. Ergänzend erfolgten eine Feinabstimmung der Inhalte der vorbereiteten Dokumente zur Information der unterschiedlichen Adressatengruppen mit der Datenschutzbeauftragten der MHH und die Erarbeitung einer Risikoabschätzung nach Maßgabe der hierfür geltenden Richtlinien und Vorlagen an der MHH.

2.2 Konzept und Durchführung der quantitativen Teilstudie (Phase I)

2.2.1 Konzept der quantitativen Ist-Analyse

Die quantitative Ist-Analyse diente der Ermittlung der Rahmenbedingungen einer palliativen Praxis in den Einrichtungen (z.B. Kooperation mit externen Diensten und Einbindung regionaler SAPV-Teams und ambulanter Hospizdienste) und des erreichten Standes der Etablierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur aus Sicht der Leitungen, Mitarbeitenden und Nutzer*innen (Meso- und Mikro-Ebene).

Setting und Zielgruppen. Ziel der quantitativen Ist-Analyse war, die Frage der Wirkung und Nachhaltigkeit der auf der Ebene der Kompetenzstärkung der Mitarbeitenden in bewohnernahen Bereichen ansetzenden DWiN-Initiative auf unterschiedlichen Ebenen und aus verschiedenen Perspektiven zu ergründen. Nach Abstimmung mit den DWiN-Projektverantwortlichen sollten alle vollstationären Altenpflegeeinrichtungen des Verbandes zur Teilnahme an der quantitativen Studie eingeladen werden. Vorgesehen waren schriftliche Befragungen der Einrichtungsleitungen und der Mitarbeitenden der Wohnbereiche (Alten-/Pflegefachpersonen, Alten-/Pflegehilfen, Mitarbeitende der begleitenden und hauswirtschaftlichen Dienste). Die Exploration wurde auf institutioneller Ebene ergänzt durch die anonymisierte Erhebung und Analyse von Versorgungs- und medizinischen Routinedaten im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen, soweit diese in der

Pflegedokumentation routinemäßig hinterlegt sind. Zur Ermittlung der Sicht der Nutzer*innen war eine Befragung der hinterbliebenen Angehörigen im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen vorgesehen.

Eine **Abschätzung der Fallzahlen** für die Zielgruppen der quantitativen Studie war anhand der auf Verbandsebene verfügbaren Daten nur bedingt möglich. Dem DWiN waren 2018 landesweit 146 (voll)stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit ca. 13.400 Plätzen (ohne solitäre Kurzzeiteinrichtungen und Spezialeinrichtungen) angeschlossen. Bei einer durchschnittlichen Auslastung von 98% entspricht die Anzahl der Plätze weitgehend der der Bewohner*innenzahl, wobei die Einrichtungen hinsichtlich der Größe sehr heterogen sind. Daten über die Anzahl verstorbener Bewohner*innen werden auf Verbandsebene nicht vorgehalten (Angaben des DWiN Referats Altenhilfe Herbst 2019).

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe des DWiN verfügen nach den Angaben des Referats Altenghilfe insgesamt über 10.492 Vollzeitstellen, davon ca. 5.000 Vollzeitstellen im Bereich Pflege, ca. 2.790 Vollzeitstellen im Bereich der Begleitenden Sozialen Dienste (BSD) und ca. 2.214 Vollzeitstellen in der Hauswirtschaft. Die Differenzierung der Vollzeitstellen nach voll- und teilstationären Einrichtungen ist nicht möglich. Auch liegen keine Daten über Art und Umfang an Teilzeitbeschäftigung der Mitarbeitenden vor (Angaben des DWiN Referats Altenhilfe Herbst 2019).

Erhebungsmodule und -instrumente. Für die Entwicklung und Anpassung der Erhebungsinstrumente für die quantitative Teilstudie wurde im 1. Quartal der Projektlaufzeit zunächst zur Aktualisierung der Aufarbeitung des Forschungsstands eine Recherche zu Publikationen neuerer Forschungsprojekte zur Hospizkultur und Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege durchgeführt. Ein Schwerpunkt der Analyse lag auf quantitativen Studien bzw. Erhebungsinstrumenten und Indikatoren zur Einschätzung von Hospizkultur und Palliativkompetenz (vgl. z.B. Cagle et al. 2017; Pasman et al. 2009; Schwartz et al. 2019; Froggatt et al. 2020; Moore et al 2020).

Entsprechend der mehrperspektivischen Anlage der quantitativen Studie wurden Erhebungsbögen zur Erfassung ausgewählter Routinedaten der Heime und Fragebögen für die unterschiedlichen Zielgruppen vorbereitet. Dabei handelt es um die folgenden Erhebungsmodule, die auf den Ebenen der Einrichtung bzw. Leitung, der Wohnbereiche bzw. professionellen Akteur*innen sowie der Nutzer*innen ansetzen:

Einrichtungs-/Leitungsebene:

- **Standardisierte Erhebung der Rahmenbedingungen und Struktur der Heime.** Der Erhebungsbogen wurde in Orientierung an der Pflege- und Heimstatistik sowie an Studien zur Leistungsstruktur in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege entwickelt (vgl. Statistisches Bundesamt 2018; Wingenfeld & Schnabel 2002; Schwartz et al. 2019). Erfasst wurden grundlegende Kontext- und Strukturmerkmale, wie die Größe des Einrichtungsstandortes und der Einrichtung gemessen an der Anzahl Plätze, räumliche Voraussetzungen, Beschäftigtenstruktur differenziert nach Berufs-

gruppen, Beschäftigungsumfang und Anzahl unbesetzter Stellen sowie Grundmerkmale der Bewohnerstruktur (Geschlechtsverteilung, Alter, Pflegegrad, Verweildauer der Bewohner*innen) (s. im Anlagenband Anhang I.I).

- **Standardisierte schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen.** Der Fragebogen „Palliativkompetenz und Hospizkultur in Altenpflegeeinrichtungen“ wurde mit Einverständnis des Urhebers in Orientierung an dem in dem Projekt "Sterben zu Hause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege" konzipierten Fragebogen entwickelt (Schneider et al. 2018). Neben soziodemografischen Grunddaten beziehen sich die Fragenkomplexe auf die (a) übergeordnete Konzeptebene (z.B. Orientierung an Leitlinien des Verbandes, interne Handlungshilfen), (b) Kommunikation und (c) Kooperation, (d) Rahmenbedingungen und Ebenen der Sterbe- und Trauerbegleitung (z.B. Rituale, Elemente einer Abschiedskultur) und (f) personelle und finanzielle Ressourcenlage. Je nach Inhalt und Art der Formulierung der Items sind unterschiedliche Antwortformate vorgegeben (vornehmlich vierstufige Häufigkeitsskalen von 1=„(fast) nie“ bis 4=„immer“ und sechsstufige Ratingskalen von 1=„sehr gut“ bis 6=„ungenügend“). Ergänzend bieten Freitextfelder zu einzelnen Fragenkomplexen den Befragten die Möglichkeit, ihre Einschätzung näher darzulegen. Der Fragebogen wird abgerundet durch offene Fragen zu den aus Leitungssicht in der Einrichtung besonders guten und verbesserungswürdigen Aspekten und für weitere Hinweise und Anregungen (s. im Anlagenband Anhang I.I).
- **Erhebung von ausgewählten personenbezogenen und Versorgungsdaten verstorbener Heimbewohner*innen.** Anhand eines standardisierten Erhebungsbogens wurden anonymisierte Daten erhoben. Berücksichtigt wurden Indikatoren der Palliativversorgung (Pasma et al. 2009) wie sie auch im „Faktencheck Palliativversorgung“ der Bertelsmann Stiftung (Radbruch et al. 2015) herangezogenen wurden, soweit diese routinemäßig in der Pflegedokumentation der Pflegeeinrichtungen erfasst werden. Neben personenbezogenen Grunddaten (Geschlecht, erreichtes Alter, Familienstand), wurden u.a. die Dauer des Heimaufenthalts, Hauptdiagnose(n) und Pflegegrad, SAPV-Leistungen und Begleitung durch ehrenamtliche Hospizhelfer*innen im letzten Lebensjahr, Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Lebensmonaten, Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung, das Vorliegen von Willensbekundungen der Bewohner*innen (z.B. Patientenverfügung), deren Entsprechung und der Sterbeort erfasst (s. im Anlagenband Anhang I.II).

Wohnbereichs- bzw. (professionelle) Akteursebene

- **Standardisierte schriftliche Befragung** zur „Palliativkompetenz und Hospizkultur im Heim“ aus Sicht der **Mitarbeitenden** der Einrichtungen auf Wohnbereichsebene. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in Orientierung an dem Leitungsfragebogen "Sterben zu Hause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege" von Schneider et al. (2005) sowie unter Berücksichtigung der Empfehlungen der BAG-Hospiz (2005) und von DGP & DHPV (2012) zur Hospizkultur im Heim sowie an den im Gold Standard Framework definierten Kernaufgaben in der Versorgung am Lebensende (Amass 2006; Badger et al. 2012). Der vier Seiten

umfassende Fragebogen enthält Items (a) zur Orientierung an übergreifenden Konzepten und Handlungshilfen zur Integration einer Hospizkultur, (b) zur bewohnerorientierten vorausschauenden Versorgungsorganisation und zum Informationsaustausch (personelle Versorgungskontinuität, Ermittlung, Dokumentation und Berücksichtigung der Bedürfnisse und Willensbekundungen der Bewohner*innen, Informationsweitergabe und ethische Fallbesprechungen), (c) zur professionsübergreifenden Kooperation und Vernetzung (z.B. mit Ärzten, SAPV-Diensten, Hospizvereinen), (d) zu Symptommanagement und Berücksichtigung psychosozialer und spiritueller Problemlagen, (e) zur Begleitung der Bewohner*innen und Angehörigen in der Sterbephase (z.B. Erkennen des Eintritts der Sterbephase, Begleitung Sterbender, Ermöglichung der Angehörigen, die Sterbende/den Sterbenden zu begleiten, und eines Sterbens in Ruhe und Würde) sowie (f) zur Trauerarbeit und Abschiedskultur (z.B. Möglichkeit des Abschiednehmens für Angehörige, Erinnerungsrituale und Unterstützungsangebote für Mitarbeitende), (g) zur Förderung der Palliativkompetenz der Mitarbeitenden und der Rahmenbedingungen für eine gelebte Abschiedskultur. Für die Beantwortung der Items ist jeweils eine vierstufige Ratingskala (1=„nie“ bis 4=„immer“) und die Kategorien „weiß nicht“ bzw. „kann ich nicht beurteilen“ vorgegeben. Ergänzende offene Fragen bieten den Befragten die Möglichkeit, zu den Fragenkomplexen in Freitextfeldern jeweils aus ihrer Sicht besonders positive und/oder verbesserungswürdige Punkte darzulegen, die anhand der geschlossenen Fragen nicht erfasst werden (s. im Anlagenband Anhang I.III).

Nutzer*innenebene

- Schriftliche **Befragung der Angehörigen verstorbener Bewohner*innen**: Für die Ermittlung der Versorgungsqualität am Lebensende aus Angehörigensicht wurde das Modul „stationäre Langzeitpflege“ des Fragebogens „Situation älterer Patienten in der letzten Lebensphase und Versorgungsqualität aus der Sicht von Angehörigen – SiL-Ver-A“ modifiziert. Der Fragebogen basiert auf dem von Escobar-Pinzón et al. (2010) entwickelten Fragebogen „Establishment of Hospice and Palliative Care Services“. Die Kernitems beziehen sich darauf, wie Hinterbliebene die Versorgung ihrer/ihrer im Heim verstorbenen Angehörigen durch unterschiedliche Betreuungspersonen rückblickend einschätzen und auf ihr persönliches Erleben der Situation. Berücksichtigt werden zentrale Aspekte der Palliativversorgung, wie die Erreichbarkeit und Zeit der Fachkräfte für den/die Bewohner*in, das Symptommanagement, krankheits- und therapiebezogene Information, Berücksichtigung individueller therapie- und pflegebezogener Wünsche, seelisch-emotionale Unterstützung und Unterstützung in existenziell-spirituellen Fragen, Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung sowie die wahrgenommene Fachkompetenz und Kooperation der betreuenden Fachkräfte. Weitere Fragenkomplexe beziehen sich auf die Sterbe- und Trauersituation. Die Angehörigen werden gebeten, jeweils bezogen auf die letzten vier Lebenswochen des/der Verstorbenen den Grad ihrer Zustimmung zu den Aussagen anhand einer 5-stufigen Ratingskala anzugeben (1 = „trifft nicht zu/gar nicht“ bis 5 = „trifft voll zu/sehr“) oder zu vermerken, wenn ein Problem nicht bestand bzw. nicht beurteilt werden kann. Ergänzend bieten offene Fragen den Befragten die Möglichkeit ihre Einschätzung der professionellen Kommunikation und (Nicht-)Beach-

tung von Willensbekundungen der Bewohner*innen zu erläutern und positive und/oder verbesserungswürdige Aspekte der Versorgung am Lebensende konkret zu beschreiben (s. im Anlagenband Anhang I.IV).

Pretest und Finalisierung der Leitungs- und Mitarbeiterfragebögen Für den Strukturfragebogen und die Fragebögen zur Einschätzung der „Palliativkompetenz und Hospizkultur in Altenpflegeeinrichtungen“ durch die Leitungen und Mitarbeitenden der Heime wurde im Januar 2020 in zwei nicht dem DWiN zugehörigen Heimen ein Pretest eingeleitet. Die Teilnehmenden wurden gebeten, in einem Feedbackbogen Angaben (a) zur Bearbeitungsdauer des Fragebogens sowie zu ihrer Einschätzung (b) der Logik des Aufbaus und (c) der Verständlichkeit der Fragen und Antwortkategorien zu machen. Nach der informierten Zusage der beiden Heimleitungen wurden ihnen jeweils ein Leitungsfragebogen und fünf Mitarbeiterfragebögen nebst Feedbackbogen zugesandt.

Es wurden zwei Leitungs- und sieben Mitarbeiterfragebögen (Bereich Pflege: 3, Bereich begleitende Dienste: 3, Bereich Hauswirtschaft: 0, Andere: Verwaltung: 1) zurückgesandt. Fünf Teilnehmende hatten den Feedbackbogen bearbeitet, darunter eine Leitungsperson und vier Mitarbeitende.

Bezogen auf den vierseitigen Mitarbeiterfragebogen kann festgehalten werden, dass die 4 Mitarbeitenden, die den Feedbackbogen bearbeitet haben, zwischen 10 und 20 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens benötigten. Den Aufbau und die Abfolge der Fragen empfanden sie schlüssig, das Layout übersichtlich und die Formulierungen und Antwortkategorien verständlich. Ein*e Mitarbeiter*in verwies darauf, dass einzelne Begriffe, wie ‚SAPV‘ erklärungsbedürftig seien. Bei der Analyse der Antworten wurden Verständnis- und Zuordnungsprobleme zu einzelnen offenen Fragen deutlich (z.B. Verwechslung von Berufs- und Schulabschluss, fehlende Differenzierung von positiven und negativen Aspekten in Freitextfeldern).

Für die Bearbeitung des sieben Seiten umfassenden Leitungsfragebogens wurde von der Leitungsperson, die den Feedbackbogen ausgefüllt hat, eine Bearbeitungsdauer von ca. 30 Minuten angegeben. Aufbau und Verständlichkeit wurden positiv eingeschätzt, jedoch kritisch angemerkt, dass die gewünschten Angaben zu Strukturdaten der Heime *„nicht alle auf Knopfdruck vorliegen“*. Verständnisprobleme bestanden offenbar bei der Frage zu Palliativnetzwerken. Die Angaben zu den auf Strukturmerkmalen bezogenen Fragen waren teilweise nur fragmentarisch. Beide Erhebungsinstrumente wurden daher auf Basis der Pretest-Ergebnisse nochmals leicht überarbeitet.

Datenanalyse. Die Datensicherung und -analyse erfolgte mit dem Statistikprogramm Statistical Package for the Social Sciences für Windows, Version 26 (SPSS Inc., Chicago, IL/USA). Die Datenanalyse wurde durch die Biostatistikerin des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin beratend begleitet.

Die statistische Auswertung der Befragungsdaten und der Routinedaten verstorbener Bewohner*innen erfolgte deskriptiv mittels uni- und bivariater statistischer Verfahren

(zentrale Tendenz und Streuung, Häufigkeitsauszählungen, Kreuztabellen). Je nach Skalenniveau, Stichprobengröße und Verteilung der Zielparameter kamen verschiedene metrische oder parametrische statistischer Verfahren zum Einsatz (Bortz 2005, Bortz et al. 2008). Um die Zusammenhänge zwischen zwei Variablen zu analysieren, wurden für nominale Daten der χ^2 -Test nach Pearsons bzw. der exakte Test nach Fisher für dichotome Variablen und bei ordinalen Variablen der Linear-Trend-Test durchgeführt. Zudem wurde zur Prüfung der Stärke und Richtung des Zusammenhangs ordinalskalierten Variablen der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (Spearman's Rho r_s) bestimmt. Für die Untersuchung von Gruppenunterschieden wurde für ordinale Daten auf nicht-parametrische Testverfahren (z.B. Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben) zurückgegriffen (Bortz 2005). Bei intervallskalierten Variablen wurden Unterschiede in der Ausprägung der Mittelwerte zwischen zwei Gruppen mittels Students' T-Test statistisch geprüft (Bortz et al. 2008). Bei den statistischen Analysen wurde jeweils ein p-Wert $<0,05$ als statistisch signifikant betrachtet, bzw. ein Konfidenzintervall von 95 Prozent zugrunde gelegt. Für die Analyse der Mitarbeitendenfragebögen wurde jeweils anhand der Subskalen zur Erfassung der Hauptkategorien ein Index gebildet. Für die Kategorien Kommunikationsprozesse, Kooperation und Vernetzung, Symptommanagement, Begleitung der Bewohner*innen und Angehörige in der Sterbephase sowie die Trauerbegleitung konnte so mit dem ermittelten Index in vertiefenden Analysen gerechnet werden. Für diese vertiefenden Analysen des Datensatzes der Mitarbeiter*innen erfolgten entsprechend der Fallzahlen und Datenqualität multiple logistische Regressionen zu den Indizes der Kategorien zur palliativen Versorgung. Da sich bei der Analyse der Datensätze der Angehörigen ein sehr hoher Anteil der Antwortkategorien „weiß nicht“, „wollte der Angehörige/ich nicht“ und „traf nicht zu“ zeigte, erschien die Qualität der Daten nicht geeignet für vertiefende Analysen (z.B. Regressionsanalysen) aufgrund zu weniger eingeschlossener Fälle. Ergänzend erfolgte für die Analyse der Routinedaten verstorbener Bewohner*innen eine Modellrechnung mit gemischten Effekten zur logistischen Regression für zentrale Variablen der Versorgung am Lebensende mittels des Statistikprogramms R.

Die Freitextangaben der Befragten zu einzelnen Fragenkomplexen wurden jeweils wörtlich in einem Datenfile dokumentiert, thematisch geclustert und exemplarisch zur Illustration der jeweiligen Themen in die Darstellung der Befragungsergebnisse eingebunden.

2.2.2 Durchführung der quantitativen Teilstudie

Die **Rekrutierung der Heime** wurde nach der Begutachtung des Projekts durch die Ethikkommission der MHH Anfang Dezember 2019 eingeleitet. Zur Teilnahme an der quantitativen Studie sollten alle dem Trägerverband angeschlossenen vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe eingeladen werden. Nach den Angaben des DWiN im Projektantrag wurde von einer Fallzahl von 103 Einrichtungen ausgegangen. Im Verlauf der Projektar-

beit stellte sich heraus, dass von 146 vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe auszugehen ist (s. Diakonie in Niedersachsen o.J.), wobei es sich teilweise um Einrichtungen eines Trägers an unterschiedlichen Standorten handelt.

Erschließung des Feldzugangs. Für die Öffentlichkeitsarbeit und speziell für die Sicherung des Feldzugangs und die Rekrutierung der unterschiedlichen Zielgruppen wurden zunächst ein Akronym für den Projekttitle (ImPAct), ein Projektlogo und Informationsmaterialien für verschiedene Medien (Homepage der Projektpartner*innen, Projektflyer und Zielgruppen (Heimleitungen, Mitarbeitende, Bewohner*innen und Angehörige) erstellt, die über Ziel, Inhalt und das geplante Vorgehen bei der Datenerhebung und -analyse und über die Verwendung der Ergebnisse informieren.

Das Vorhaben wurde im Herbst 2019 in den vier regulären trägerweiten Leitungskonferenzen des DWiN-Referats Altenhilfe und der Vorstandssitzung des Niedersächsischen Evangelischen Verbandes für Altenhilfe und Pflege e.V. (NEVAP) durch das MHH-Team vorgestellt, um die Heimleitungen und Vorstandsmitglieder des NEVAP als „Gatekeeper“ und Multiplikatoren für Realisierung des Forschungsvorhabens zu gewinnen.

Die **Anfrage zur Projektbeteiligung** der vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe des Trägerverbands erfolgte aus Datenschutzgründen institutionsbezogen. Da die Beteiligung die Zustimmung des Einrichtungsträgers voraussetzt, wurde dem MHH-Team vom DWiN eine Datei mit 210 Anschriften stationärer Einrichtungen und Träger zugesandt. Nach Ausschluss von Doppelungen und Adressen nicht vollstationärer Einrichtungen der Altenhilfe wurden 181 Institutionen (Einrichtungen und Träger) angeschrieben. Als Stichtag für eine Rückmeldung war der 15.01.2020 angesetzt worden.

Bis Mitte Januar 2020 lag aus 20 Heimen eine schriftliche Rückmeldung vor. Angesichts des sehr verhaltenen Rücklaufs wurden für die übrigen, in der Adressliste aufgeführten 161 Institutionen mittels Internetrecherche ergänzende Kontaktdaten ermittelt (Telefon-/Faxnummer, Email-Adresse, Ansprechpartner auf der Leitungsebene). 35 Institutionsadressen wurden ausgeschlossen, da sich es laut Selbstdarstellung auf deren Internetseite nicht um vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege handelte (z.B. Hospiz, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen). Vom MHH-Team wurden zumeist nach mehrmaligen Anläufen Leitungspersonen von 126 Heimen telefonisch kontaktiert, um diese zur Projektteilnahme zu motivieren. 51 Leitungspersonen wurden nach dem Telefonat nochmals die Projektinformation und der Rückmeldebögen zugesandt.

Mitte Februar lagen aus 129 der insgesamt 146 vollstationären Einrichtungen Stellungnahmen zur Frage der Projektbeteiligung vor. Der Rückmeldebogen mit Grunddaten zur Struktur der Einrichtung wurde – zumeist nach mehrmaliger telefonischer Nachfrage – aus 110 Einrichtungen (75%) zurückgesandt. Aus 17 Einrichtungen liegen weder eine schriftliche noch eine mündliche Rückmeldung vor. Versuche zur telefonischen Kontaktierung der Leitungspersonen wurden abgeblockt.

Aus den 146 Heimen sagten schließlich 28 Leitungen (19,2%) die Teilnahme an der quantitativen Studie zu. Von ihnen signalisierten 13 Leitungspersonen zugleich ihr Interesse zur Mitwirkung an den in Phase II des Projekts vorgesehenen qualitativen Fallstudien.

Die 28 Heime, aus denen im Februar 2020 eine Projektzusage vorlag, unterscheiden sich von den nicht teilnehmenden Heimen, von denen ein Rückmeldebogen vorliegt (n=82) hinsichtlich der Standort- und Heimgröße. Unter den Heimen, die nicht zur Beteiligung an der wissenschaftlichen Begleitforschung bereit waren, ist der Anteil in Landgemeinden und kleineren Großstädten gelegener Heime höher, während die zur Teilnahme an der Studie bereiten Heime häufiger in Mittelstädten ansässig sind und durchschnittlich über eine etwas höhere Anzahl an Heimplätzen verfügen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Profil der Heime nach Teilnahmebereitschaft an der quantitativen Studie (Phase I)

Merkmal	Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe des DWiN (n=110) ^a	
	Teilnahme abgelehnt (n=82)	Teilnahme zugesagt (n=28)
Einrichtungsgröße^{b)}		
▪ Kleine Einrichtung (<50 Plätze)	9 (11,0%)	2 (7,1%)
▪ Mittlere Einrichtung (50 bis 100 Plätze)	44 (53,7%)	15 (53,6%)
▪ Große Einrichtung >100 Plätze	24 (29,3%)	11 (39,3%)
▪ Keine Angabe	5 (6,1%)	-
Durchschnittliche Anzahl der Plätze (Standardabweichung SD)	92 (SD 40,2)	104 (SD 45,3) *
Standort/Versorgungsregion^{c)}		
▪ Landgemeinde (<5.000 Einwohner)	13 (15,9%)	3 (10,7%)
▪ Kleinstadt (5.000 bis <20.000 Einwohner)	23 (28,0%)	8 (28,6%)
▪ Mittelstadt (20.000 bis <100.000 Einwohner)	14 (17,1%)	11 (39,3%) *
▪ kleine Großstadt (100.000 bis <500.000 Einwohner)	21 (25,6%)	2 (7,1%) *
▪ Großstadt (≥500.000 Einwohner)	11 (13,4%)	4 (14,3%)

Signifikanz: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

a) Datenbasis: n= 110 der 146 Einrichtungen, von denen ein Rückmeldebogen vorliegt

b) Differenzierung in Orientierung an den in der MUG IV Studie definierten Größenklassen der Heime (Schneekloth & von Thorne 2007, S.63; vgl. auch Infratest 2010, S. 115)

c) Klassifizierung von Stadt- und Gemeindetypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), wie sie auch vom Statistischen Bundesamt genutzt wird (vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Methoden/Erlauterungen/verstaedterung.html>)

Von den 82 Heimen, die sich nicht an der Studie beteiligten und aus denen ein Rückmeldebogen vorlag, begründeten 31 Leitungspersonen ihre Entscheidung mit knappen zeitlichen und personellen Ressourcen. 27 Leitungen verwiesen auf in ihrer Einrichtung laufende Projekte und Umstrukturierungsprozesse (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Begründungen für die Nichtteilnahme an der Studie durch die Heimleitungen (n=82)

Benannte Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie	Heime (n=82) Anzahl (Anteil in %)
Knappe personelle/ zeitliche Ressourcen	31 (37,8%)
Laufende bzw. anstehende Umstrukturierungen und Projekte	27 (32,8%)
MAV oder Vorstand/Träger stimmte nicht zu	7 (8,5%)
Generelle Ablehnung der Teilnahme am/an Forschungsprojekt/en	4 (4,9%)
Keine Angabe von Gründen	13 (15,9%)

Datenbasis: n=82 Einrichtungen, die eine Projektbeteiligung abgelehnt haben und von denen ein Rückmeldebogen vorlag

Die **Datenerhebung** orientierte sich an in den Sozialwissenschaften empfohlenen und erprobten Vorgehen (vgl. Dillman 1991; Menold 2015). Mitte Februar 2020 erfolgte die Drucklegung der Unterlagen für die Datenerhebung in Phase I (incl. adressatengerechte Anschreiben für die unterschiedlichen Zielgruppen der quantitativen Studie, Hinweise zum Datenschutz, Rückumschläge für die Befragung der Mitarbeitenden der Wohnbereiche und der Angehörigen im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen) und deren Versand an die 28 Einrichtungen, die sich zur Beteiligung an der Phase I des Vorhabens zur wissenschaftlichen Begleitforschung bereit erklärt hatten. Der Versendung der Erhebungsunterlagen an die Leitungen erfolgte schrittweise in drei Chargen:

- (1) auf Leitungsebene zu bearbeitenden Erhebungsbögen (Struktur- und Leitungsfragebogen zur Palliativkompetenz und Hospizkultur, Erhebungsbögen zu Grunddaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen) in der 8. KW (nebst Rückumschlag, Rücksendefrist: 11.03.2020)
- (2) Unterlagen für die schriftliche Befragung der Mitarbeitenden der Wohnbereiche und begleitenden Dienste zur Palliativkompetenz und Hospizkultur mit erläuterndem Begleitschreiben und Bitte um Weiterleitung innerhalb der Einrichtung in KW 10 (je Mitarbeiterin/Mitarbeiter ein Umschlag mit motivierendem Anschreiben, Fragebogen und Rückumschlag, Rücksendefrist: 31.03.2020)
- (3) Unterlagen für die schriftliche Angehörigenbefragung im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen nebst Begleitschreiben mit der Bitte um Weiterleitung an die Betreffenden in KW 10 (je Angehöriger/Angehörigem ein Umschlag mit motivierendem Anschreiben, Fragebogen und Rückumschlag, Rücksendefrist: 31.03.2020).

Die Heimleitungen bzw. von ihnen benannte Projektbeauftragte wurden durch Projektmitarbeiterinnen (WW, PO) in der 9. KW nochmals telefonisch kontaktiert, um sie in ihrer Teilnahmemotivation zu bestärken und mögliche Fragen zum Vorgehen zu klären. Auf Bitte einzelner Heimleitungen wurde die Frist für die Rücksendung der auf Leitungsebene zu bearbeitenden Erhebungsbögen bis Mitte April 2020 verlängert.

Für das **Monitoring des Rücklaufs** der Erhebungsbögen für die Module der Ist-Analyse wurde der Eingang fortlaufend dokumentiert. Drei Leitungen sahen sich im März 2020 angesichts der Corona-Pandemie und der damit verbundenen schwierigen Situation im Heimsektor gezwungen, ihre Zusage zur Projektbeteiligung zurückzuziehen. Darunter befand sich eine Heimleitung, die sich zugleich zur Mitwirkung an Phase II des Projekts bereit erklärt hatte.

Aufgrund der auch auf Leitungsebene in den Heimen zu verzeichnenden Belastung angesichts der Corona-Pandemie, wurde von der für schriftliche Befragungen empfohlenen Versendung von zwei Dankes- und motivierenden Erinnerungsschreiben zur Erhöhung des Rücklaufs (Menold 2015) in Absprache mit dem DWiN abgesehen. Aus Datenschutzgründen waren dem MHH-Team keine Kontaktdaten der Mitarbeitenden und Angehörigen verstorbener Bewohner*innen übermittelt worden, d.h. auch der Versand von Erinnerungsschreiben wäre nur über die Einrichtungen möglich gewesen. Anfang der 15. KW wurde daher an die Heimleitungen nur eine elektronische Ostergrußkarte mit einem Dank für die Beteiligung an der Befragung und dem Hinweis auf eine weitere Verlängerung der Rücksendefrist der Fragebögen zugesandt, verbunden mit der Bitte diese –

sofern möglich – über den hausinternen Verteiler per Email an die betreffenden Mitarbeitenden weiterzuleiten.

Gegenüber den bis Mitte April erreichten Fallzahlen hatte sich der Rücklauf für die einzelnen Erhebungsmodule nach Versendung der Grußkarte nur geringfügig erhöht: Aus einer Einrichtung wurden noch ein Struktur- und Leitungsfragebogen und 40 Datenblätter verstorbener Bewohner*innen zugesandt. Ferner gingen noch 12 Mitarbeiterfragebögen und 16 Angehörigenfragebögen ein. Bis Ende Mai lagen insgesamt 18 Leitungs- und Strukturfragebögen, 363 Erhebungsbögen zu Grunddaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen, 149 Angehörigenfragebögen und 186 Mitarbeiterfragebögen vor.

Datensicherung und Qualitätskontrolle. Die Vorbereitung der Datenmasken für die einzelnen Module der quantitativen Teilstudie für die Dateneingabe und Analyse mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics (Version 26) wurde im April 2020 abgeschlossen. Die parallel zum Eingang der Erhebungsbögen der quantitativen Studie begonnene Dateneingabe konnte im Juni 2020 abgeschlossen werden. Zur Qualitätssicherung erfolgt eine stichprobenmäßige Prüfung der Dateneingabe jedes 10. Erhebungsbogens sowie eine Plausibilitätsprüfung anhand der Häufigkeitsauszählungen und Antwortmuster der einzelnen Datensätze.

2.3 Konzept und Durchführung der qualitativen Teilstudie (Phase II)

2.3.1 Konzept der qualitativen Fallstudien

Die qualitative Teilstudie (Phase II) umfasste exemplarische qualitative Fallstudien in sechs vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe des DWiN. Sie dienten der Exploration förderlicher und hemmender Faktoren einer nachhaltigen Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz (Yin 1999; Flyvbjerg 2011). Dem Fallstudien Ansatz lag die Annahme zugrunde, dass in jeder Einrichtung, betrachtet als ‚komplexes System‘, sowohl förderliche als auch hemmende Faktoren auf Struktur- und Prozessebene wirksam sind (Anderson et al. 2003; Forbes-Thompson et al. 2007).

Um bei der Auswahl der Einrichtungen die Besonderheiten der Versorgungsstrukturen im Flächenland Niedersachsen mit seinen gemischt städtischen, kleinstädtischen und ländlichen Regionen abzubilden, sollten Einrichtungen aus dem großstädtischen Raum, städtisch geprägten und ländlichen Regionen einbezogen werden. Bei der Auswahl der Einrichtungen sollte ferner darauf geachtet werden, dass sowohl kleinere als auch größere Einrichtungen vertreten sind. Dieses Vorgehen sollte die Berücksichtigung unterschiedlicher Voraussetzungen und Herausforderungen der Kooperation mit den für die Gewährleistung einer allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung zentralen Akteur*innen ermöglichen. So ist anzunehmen, dass in kleineren Einrichtungen Leitbilder eher in der Breite im Versorgungsalltag gelebt werden, während größere Einrichtungen personell eher dazu in der Lage sind, Stabsstellen und Fachexpertise zur Unterstützung der Implementierung eines palliativ-hospizlichen Versorgungsansatzes bereitzustellen.

Für die allgemeine Palliativversorgung kann der vor allem im ländlichen Raum zu verzeichnende Mangel an Hausärzt*innen als limitierender Faktor zum Tragen kommen (SVR-Gesundheit 2014; Tangermann et al. 2016; Herrmann et al. 2018). Auch befinden sich Hauptstandorte der die spezialisierte Palliativversorgung (mit-)tragenden SAPV-Stützpunkte und ihnen angeschlossener ehrenamtlicher Hospizdienste vornehmlich im städtischen Raum (Melching 2015).

Im Rahmen der qualitativen Fallstudien war je nach Größe der Einrichtungen die Durchführung qualitativer Interviews und Gruppendiskussionen mit den folgenden Zielgruppen vorgesehen:

- ca. 6 bis 10 qualitative leitfadenorientierte Interviews mit Schlüsselpersonen der Einrichtung (Heim-/Pflegedienstleitung, Sozialarbeiter*in, Palliativbeauftragte*r, Seelsorger*in, Sprecher*in des Heimbeirats, Vertreter*in der Mitarbeitervertretung) sowie mit externen Schlüsselpersonen, sofern in die Begleitung der Bewohner*innen eingebunden (ehrenamtliche Hospizhelfer*innen, Teammitglieder der SAPV).
- ca. 4 bis 6 heterogene Gruppendiskussionen auf Wohnbereichsebene mit Mitarbeiter*innen des Pflege-, begleitenden und hauswirtschaftlichen Dienstes.
- soweit möglich, qualitative Interviews mit je 6 bis 10 Bewohner*innen und Angehörigen zur Versorgungsqualität und Kommunikationskultur.

Entwicklung und Pretest der Interviewleitfäden und ergänzender Dokumente. Für die qualitativen Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution und Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche, Bewohner*innen und Angehörigen in den Heimen lebender Bewohner*innen wurden **zielgruppenspezifische Interviewleitfäden** und **Dokumentationsbögen für die Protokollierung des Kontextes und Interviewverlaufs** erstellt. Dabei wurde auf Studien Dritter (Pleschberger 2004; Heimerl et al. 2015) und Vorarbeiten aus vorangegangenen Studien der Forschungsgruppe zurückgegriffen (Brueckner et al. 2009; Müller-Mundt et al. 2013; Klindtworth et al. 2015).

Die Interviewleitfäden dienen als flexibel zu handhabende Strukturierungshilfen der Interviewführung. In den Leitfäden wurden die für die Beantwortung der Forschungsfragen zentralen Themen in Form von Erzählimpuls, Memos bzw. Checks und Detailierungsfragen abgesteckt. Für die Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution und Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche wurde jeweils ein Basisleitfaden erstellt, der je nach professionellem Hintergrund und Tätigkeitsfeld der Interviewpartner*innen angepasst wird (s. Tabelle 3 und 4). Die Leitfäden wurden durch Kurzfragebögen mit Fragen zu den soziodemografischen Grunddaten der Interviewpartner*innen und für Interviews mit professionellen Akteur*innen zu Grunddaten der Institution bzw. ihres Arbeitsbereiches ergänzt

Die Interviewleitfäden und ergänzenden Kurzfragebögen wurden jeweils anhand von ein bis zwei Probeinterviews auf ihre Praktikabilität und Verständlichkeit hin überprüft und entsprechend der Hinweise der Proband*innen nochmals stilistisch überarbeitet.

Tabelle 3: Themenschwerpunkte der Interviewleitfäden für Schlüsselpersonen und Mitarbeitende der Heime

Schlüssel-/Leitungspersonen der Heime	Mitarbeitende auf Wohnbereichsebene
Persönlicher professioneller Hintergrund	Persönlicher professioneller Hintergrund
Besonderheiten des Heims (Geschichte, Image, regionale Verankerung)	Besonderheiten des Heims (Geschichte, Image, regionale Verankerung)
Struktur der Einrichtung und Profil der Bewohner*innen	Struktur der Einrichtung und Profil der Bewohner*innen des Wohnbereich
Versorgungsalltag – interne Abläufe: Ressourcen und Versorgungsorganisation*	Versorgungsalltag – interne Abläufe: Ressourcen und Versorgungsorganisation*
Kooperation mit externen Diensten und Vernetzung*	Kooperation mit externen Diensten und Vernetzung*
Rolle und Einbindung der An-/Zugehörigen*	Rolle und Einbindung der An-/Zugehörigen*
Herausforderungen und Gestaltung der Begleitung am Lebensende*	Herausforderungen und Gestaltung der Begleitung am Lebensende*
Schwierige Entscheidungen und Umgang Konfliktsituationen am Lebensende*	Schwierige Entscheidungen am Lebensende und Umgang mit Konfliktsituationen*
Abschieds- und Trauerkultur*	Abschieds- und Trauerkultur*
Resümee: Voraussetzungen für ein würdevolles Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende und ihrer Angehörigen im Heim und Nachhaltigkeit darauf bezogener Initiativen	Resümee: Voraussetzungen für ein würdevolles Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende und ihrer Angehörigen im Heim und Nachhaltigkeit darauf bezogener Initiativen

* ergänzende Fragen zu Veränderungen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie

Tabelle 4: Themenschwerpunkte der Interviewleitfäden für Bewohner*innen und Angehörige

Bewohner*inneninterview	Angehörigeninterview
Persönliche Situation und Befinden?	Persönliche Situation und Beziehung zum Bewohner/zur Bewohnerin
Umstände und Erleben des Heimeintritts	Umstände und Erleben des Heimeintritts
Leben im Heim – Unterstützungsbedarf und Erleben der Betreuung und Begleitung im Alltag*	Leben im Heim – Unterstützungsbedarf und Erleben der Betreuung und Begleitung des Bewohners/der Bewohnerin im Alltag*
Gesundheitsversorgung und Versorgungsorganisation*	Gesundheitsversorgung und Versorgungsorganisation*
Soziale Einbindung und Gesprächsangebote*	Soziale Einbindung und Gesprächsangebote*
Wahrnehmung/Erleben von Sterben, Tod und Trauer im Heim *	Wahrnehmung/Erleben von Sterben, Tod und Trauer im Heim*
Bedürfnisse und Wünsche für das Lebensende und Willensbekundungen und vorausschauende Versorgungsplanung	Bedürfnisse und Wünsche des Bewohners/der Bewohnerin für das Lebensende und Willensbekundungen Schwierige Entscheidungen und Konfliktsituationen in der letzten Lebensphase
Resümee: Voraussetzungen für ein würdevolles Leben und Sterben im Heim und Nachhaltigkeit darauf bezogener Initiativen	Resümee: Voraussetzungen für ein würdevolles Leben und Sterben im Heim und Nachhaltigkeit darauf bezogener Initiativen

* ergänzende Fragen zu Veränderungen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie

Anpassung des Erhebungskonzepts zur Sicherung der Realisierung unter den Bedingungen der Corona-Pandemie. Um die Realisierung angesichts der seit dem Frühjahr 2020 auch Deutschland betreffenden Corona-Pandemie und den zu ihrer Eindämmung getroffenen Maßnahmen des Infektionsschutzes zu ermöglichen, wurde das Konzept der Datenhebung wie folgt angepasst:

- Statt face-to-face Interviews erfolgte die Durchführung der leitfadenorientierten qualitativen Interviews in Form von Telefoninterviews.
- Für die Datenerhebung auf Wohnbereichsebene wurde zunächst die Möglichkeit der Durchführung von Gruppendiskussionen in Form von Videokonferenzen geprüft. Aufgrund der unterschiedlichen technischen Ausstattung und des für die Heimleitungen bzw. Projektkoordinator*innen damit verbundenen zusätzlichen Organisationsaufwandes wurde von Gruppendiskussion als Methode der Datenerhebung abgesehen. Für die Ermittlung der Sichtweise der Vertreter*innen der unterschiedlichen Berufs- und Statusgruppen auf Wohnbereichsebene wurde daher gleichfalls auf das Format telefonischer Einzelinterviews zurückgegriffen.

Je nach Größe der jeweiligen Einrichtung wurde die Durchführung von max. 24 bis 32 Telefoninterviews pro Heim vorgesehen, die sich bezogen auf die unterschiedlichen Zielgruppen wie folgt verteilen:

- ca. **6 bis 8 Interviews mit Schlüsselpersonen** der Institution (z.B. Pflegedienstleitung, Palliativbeauftragte*r, Sozialarbeiter*in, Diakon*in, Seelsorger*in, Mitglieder des Heimbeirats und der Mitarbeitendenvertretung, Koordinator*in ehrenamtlicher Besuchsdienste);
- ca. **6 bis 12 Interviews mit Mitarbeiter*innen auf Wohnbereichsebene** unter Einbeziehung von ein bis zwei Wohnbereichen (je nach realisierbarer Freistellung von Mitarbeiter*innen mit der Wohnbereichsleitung und/oder deren Stellvertretung, mit ein bis zwei weiteren Pflegefachpersonen, ein bis zwei Pflegeassistent*innen, ein bis zwei Mitarbeiter*innen des Betreuungsdienstes und – sofern in der Einrichtung angestellt und vorrangig in dem Wohnbereich tätig – mit einem/einer Mitarbeiter*in des hauswirtschaftlichen Dienstes).
- Soweit realisierbar jeweils ca. **4 bis 6 Interviews mit Bewohner*innen** und/oder **Angehörigen** der Bewohner*innen.

Anknüpfend an Erkenntnisse vorliegender Studien (s. exemplarisch Schneider et al. 2018; Xyländer & Sauer 2019,) wurde davon ausgegangen, dass auf dieser Grundlage eine hinreichende Datenbasis für die qualitativen Fallstudien erhoben werden kann, wengleich durch den Verzicht auf die Durchführung der Datenerhebung in den Heimen für institutionsbezogene Fallstudien relevante ergänzende Kontextinformationen nicht generiert werden können (Yin 1999). Hierzu zählen die von den Forscher*innen im Kontext der Datenerhebung vor Ort gewonnenen Eindrücke und deren Dokumentation in Form von Beobachtungsprotokollen. Ergänzend zu den Interviewdaten sollten Selbstdarstellungen der Einrichtungen zum Charakter und (Pflege-)Leitbild herangezogen werden, wie sie in Imagebroschüren und Internetauftritten der Einrichtungen bzw. ihrer Träger zu finden sind.

Die Interviews mit professionellen Akteur*innen, Bewohner*innen und Angehörigen sollten durch zwei mit der Erhebungsmethode vertraute wissenschaftliche Mitarbeiter*innen

(GMM, WW) geführt werden. Zur Sicherung der Qualität und Kohärenz der Datenerhebung war eine gemeinsame Durchführung erster Interviews in Form von Tandeminterviews vorgesehen.

Dokumentation und Sicherung der qualitativen Daten. Das schriftliche Einverständnis der Teilnehmer*innen und eine mündliche Bestätigung ihrer Zustimmung zu Beginn des Interviews vorausgesetzt, sollten die Interviews digital aufgenommen und im Anschluss an die Interviews jeweils ein Kurzprotokoll erstellt werden, um Eckdaten des Interviews und Interviewsituation, den Verlauf und Besonderheiten festzuhalten. Im Fall einer Nichtzustimmung der Interviewpartner*innen zu einer Audioaufnahme sollte möglichst zeitnah im Anschluss an das Interview eine ausführliche Protokollierung anhand der Notizen der Interviewer*innen während des Interviews erfolgen.

Die Audiodateien sollten pseudonymisiert durch die Studienassistentin bzw. Mitarbeiter*innen des Instituts, die mit den Maßgaben zur Wahrung des Datenschutzes entsprechend der Empfehlungen für eine gute wissenschaftliche Praxis in der qualitativen Forschung vertraut sind (Liebig et al. 2014) wörtlich transkribiert werden. Zur Qualitätssicherung sollten die Transkripte der Audioaufnahmen jeweils durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin (GMM, WW) gegengeprüft werden.

Zur Unterstützung des Datenmanagements und der weiteren Analyseschritte war der Rückgriff auf Software-Programm für die Analyse qualitativer Daten MAXQDA® (Version 18) vorgesehen (Kuckartz 2018).

Datenanalyse. Ergänzend zu den Kurzprotokollen der Interviews sollten im Anschluss an die Prüfung der Transkripte Interviewmemos erstellt werden, in denen neben personenbezogenen Eckdaten Kontextinformationen, Besonderheiten und zentrale Aussagen zu den im Vordergrund stehenden Fragestellungen zusammengefasst werden.

Die Analyse der qualitativen Interviewdaten war in Orientierung an der deduktiv-induktiven Variante der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse vorgesehen (Hsieh & Shannon 2005; Mayring 2008, 2014, Kuckartz 2018). Ausgehend von den im Leitfaden abgesteckten Themenschwerpunkten sollten ergänzend am Material entwickelte Codes und Kernkategorien gebildet und die Transkripte kodiert werden.

Dem primären Erkenntnisinteresse entsprechend sollte der Fokus der Analyse auf fördernden und hemmenden Faktoren der Implementierung einer Hospizkultur und palliativen Praxis im Versorgungsgeschehen liegen. Ein zweiter, ergänzter Strang der Analyse bezog sich auf das (Er-)Leben und die Versorgung der Heimbewohner*innen in der letzten Lebensphase unter den Bedingungen der Corona-Pandemie. Zu den Ergebnissen der hierauf bezogenen Analyse siehe den Sonderbericht vom 10.12.2021.

Die Interviewdaten sollten zunächst getrennt nach Einrichtungen und Akteursgruppen analysiert werden und in einem zweiten Schritt entlang zentraler Ergebniskategorien erfolgen, um die Perspektiven der Akteursgruppen einer Einrichtung und einrichtungsübergreifend miteinander zu vergleichen (Ayres et al. 2003; Flyvbjerg 2011).

2.3.2 Durchführung der qualitativen Teilstudie

Zur Vorbereitung der **Auswahl der Heime** für die qualitativen Fallstudien wurde zunächst ergänzend eine Internetrecherche zum Profil bzw. der Selbstdarstellung der 13 Einrichtungen durchgeführt, deren Leitungspersonen im Frühjahr 2020 ihre Bereitschaft zur Beteiligung an den qualitativen Fallstudien erklärt hatten. Darunter befanden sich drei Heime, deren Mitarbeitende bisher nicht an dem vom Träger angebotenen Programm für eine Basisschulung zur „Palliativen Praxis“ teilgenommen haben. In der zweiten Oktoberhälfte wurde die Kontaktaufnahme mit den Heimleitungen, bzw. den von ihnen benannten Ansprechpartner*innen zur Rückversicherung der Teilnahmebereitschaft und Abstimmung des Vorgehens eingeleitet. Bis Ende der 42. Kalenderwoche 2020 konnte mit zehn Einrichtungsleitungen Rücksprache gehalten werden. Von ihnen bekräftigten acht ausdrücklich ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an den qualitativen Fallstudien, darunter fünf Einrichtungen, die das Fortbildungsangebot für eine Basisschulung ihrer Mitarbeiter*innen zur „Palliativen Praxis“ aufgegriffen hatten. Allerdings betonten vier Heimleitungen, dass dies aufgrund laufender interner Projekte (z.B. Einführung eines neuen EDV-Systems) allenfalls ab Mitte Januar/Anfang Februar 2021 möglich sein würde. Die Verantwortlichen eines der drei Heime, in denen die Fortbildungsinitiative bisher nicht aufgegriffen worden war, zogen die Zusage zur Mitwirkung an den qualitativen Fallstudien im März 2021 zurück. Aus dem Kreis der Heime, deren Leitungen die Zusage zur Mitwirkung an der qualitativen Studie bekräftigt hatten, wurden schrittweise sechs Heime unter Berücksichtigung der im Studienkonzept definierten Kontrastierungslinien der Heimgröße und des Standorts der Heime ausgewählt.

Rekrutierung von Studienteilnehmer*innen. Vorgesehen waren leitfadenorientierte qualitative Telefoninterviews mit Vertreter*innen der unterschiedlichen Zielgruppen in sechs Heimen. Angesichts der im Frühjahr 2021 zum Teil weiterhin bestehenden Kontaktbeschränkungen und wiederholter Quarantänemaßnahmen in den Heimen erfolgte die Rekrutierung von Interviewpartner*innen vermittelt über Projektverantwortliche in den Heimen. Für die potentiellen Studienteilnehmer*innen wurden jeweils zielgruppenspezifische Dokumente zur Sicherstellung einer informierten Zustimmung und die Terminfindung vorbereitet. Die Informationspakete bestehen aus den folgenden Dokumenten: (siehe hierzu exemplarisch die Dokumente des Informationspakets für die Interviews mit Bewohner*innen im Anlagenband Anhang II.I–II.IX).

- ein zielgruppenspezifisches motivierendes Anschreiben,
- eine Kurzdarstellung des Projekts,
- eine Datenschutzerklärung,
- ein Formblatt für die Einverständniserklärung in zweifacher Ausführung, von dem ein Exemplar für den Verbleib bei den Studienteilnehmer*innen gedacht ist,
- ein Rückmeldebogen für Terminvereinbarungen zur Klärung eventueller Fragen und für das Interview,
- ein ergänzender Kurzfragebogen für die Interviews mit den Bewohner*innen sowie
- ein an das MHH-Projektteam adressierten Freiumsschlag

Die Unterlagen und Darstellung des Vorgehens bei der Rekrutierung wurden den benannten Projektverantwortlichen der beteiligten Heime durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des Projekts vor Ort übergeben und das Vorgehen telefonisch oder soweit möglich persönlich besprochen. Für ein Heim erfolgte die Zustellung der Unterlagen per Post. Die weitere Abstimmung des Vorgehens und Vereinbarung von Interviewterminen erfolgte mit den Projektverantwortlichen in den Heimen telefonisch und im Fall der Mitarbeitenden der Wohnbereiche mittels vorbereiteter Terminlisten. Für die rekrutierten Bewohner*innen wurden die Projektverantwortlichen gebeten, dem Projektteam vor dem Interviewtermin Grunddaten zur Person und Gesundheitssituation der Interviewpartner*innen und die Benennung einer/s Ansprechpartners*in, mit der für den Fall Kontakt aufgenommen werden kann, dass sich im Verlauf der Interviews abzeichnet, dass es den Bewohner*innen nicht gut geht und Hilfe mobilisiert werden sollte.

Bei der Durchführung der qualitativen Teilstudie kam die anhaltende Pandemie zum Tragen. Angesichts der Entwicklung der Inzidenzraten im letzten Quartal 2020 und im ersten Halbjahr 2021 gestaltete sich auch die Realisierung der Datenerhebung für die qualitativen Fallstudien schwierig. Ende 2020 wurden Covid-19-Testreihen für die Bewohner*innen und Mitarbeitenden anberaumt und die Testung von Besucher*innen verpflichtend. Anfang des Jahres 2021 stand die Koordination und Durchführung der Impfereien für die Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen an, einschließlich der Nachbeobachtung und Dokumentation möglicher unerwünschter Effekte der Impfungen unter den Bewohner*innen. Aufgrund der damit verbundenen zusätzlichen Arbeitslast und Bindung von Personalkapazitäten auf Leitungs- und Wohnbereichsebene waren in einem Teil der Heime Terminabsprachen und die Realisierung von (weiteren) Interviews erst ab Ende Februar/Anfang März 2021 möglich. Eine Heimleitung zog die Beteiligungszusage im März 2021 kurz vor dem Beginn der bereits vorbereiteten Feldphase zurück. Wenngleich aus dem Kreis der Heime, deren Leitungen 2020 im Einvernehmen mit der Mitarbeitendenvertretung ein generelles Mitwirkungsinteresse an der zweiten Projekt Phase signalisierte hatten, relativ kurzfristig ein sechstes Heim gewonnen werden konnte, führte dies zu weiteren Verzögerungen im Projektverlauf. Da zunächst erneut die Rekrutierung möglicher Teilnehmer*innen aus dem Kreis der unterschiedlichen Zielgruppen vorbereitet und eingeleitet werden musste.

In drei der sechs ausgewählten Heime konnten nach dem Vorliegen der Einverständniserklärungen der durch die Projektverantwortlichen der Einrichtung vermittelten Studienteilnehmer*innen ab Mitte November 2020 Termine abgestimmt und Interviews geführt werden. In zwei weiteren Heimen wurde die Datenerhebung Anfang Dezember 2020 eingeleitet. Mit den Leitungen von zwei Heimen war der Beginn der Datenerhebung im Frühjahr 2021 vereinbart worden. Insgesamt gestaltete sich die Rekrutierung, Terminfindung und Realisierung der Interviews recht schleppend. Dabei kamen vornehmlich folgende Aspekte zum Tragen:

- **Bewohnerprofil** der Einrichtungen, d.h. der teilweise recht hohe Anteil an Bewohner*innen mit demenziellen Veränderungen limitierte von vorneherein die Anzahl möglicher Interviewpartner*innen aus dem Kreis der Bewohner*innen.
- **Arbeitslast/Überlastung** der Projektkoordinator*innen und Mitarbeitenden der Heime (neben der generellen hohen Arbeitslast zusätzliche Covid-19 bedingte Belastungen und Arbeitslast aufgrund der Hygienekonzepte, Impfung im Februar/März 2021 und seit Anfang 2021 kontinuierlicher Covid-19-Testserien im Heim).
- die **pandemiebedingten Kontaktbegrenzungen** und zeitweise **Schließung der Einrichtungen** aufgrund von positiven Testbefunden schränkte zugleich den direkten Kontakt der Mitarbeitenden mit den Angehörigen der Bewohner*innen und damit die Möglichkeiten diese auf ihre Bereitschaft zu einer Mitwirkung an der Interviewstudie anzusprechen ein.
- **Quarantänemaßnahmen** in einzelnen Heimen aufgrund positiver Covid-19-Testbefunde der Mitarbeitenden auf Leitungs- und Wohnbereichsebene, von Bewohner*innen und Angehörigen, die sich zu einem Interview bereit erklärt hatten.
- schwierige **Terminfindung und -realisierung** für Interviews insbesondere auf der Ebene der Mitarbeitenden bedingt durch teilweise relativ hohe krankheits- und quarantänebedingte Fehlzeiten (incl. Absagen der Interviews nach Zustimmung von drei Interviewpartner*innen).
- **Rücknahme der Einwilligung** insbesondere von Mitarbeitenden, Bewohner*innen und Angehörige, da sie angesichts der aktuellen Situation doch kein Interview geben wollten.
- erforderliche **Nachrekrutierung einer Einrichtung**, da die Leitung von Heim VI im März 2021 kurz vor dem vereinbarten Beginn der Feldphase angesichts sich zuspitzender personeller Engpässe die Zusage zur Mitwirkung der Einrichtung an der Studie zurückziehen musste.

2.4 Konzept und Durchführung des Expert*innen-Forums (Phase III)

Die dritte Projektphase diente der Synopse der Ergebnisse der Teilstudien, um darauf aufbauend Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Für die kritische Reflexion der Ergebnisse und diskursiven Entwicklung von Handlungsempfehlungen war ein Expert*innen-Forum vorgesehen.

2.4.1 Konzept des Expert*innen-Forums

Als Expert*innen sollten neben Projektverantwortlichen des DWiN (Projektträger) und der Forschungsstelle der GKV (Projektförderer), Vertreter*innen stationärer Einrichtungen der Langzeitpflege, zentraler Pflegeverbände, der Hausärzt*innen, des Landesstützpunktes Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (LSHPV) sowie der Nutzer*innen (z.B. Mitglieder kommunaler Seniorenvertretungen) einbezogen werden. Für die Teilnahme waren eine pauschale Aufwandsentschädigung in der Höhe von 120 Euro und eine Reisekostenerstattung in der Projektplanung veranschlagt worden.

Konzeptionell war eine halbtägige Präsenzveranstaltung im Format des Aktions- bzw. World-Cafés (Brown & Isaaks 2007) geplant. Nach einer Vorstellungsrunde der Teilnehmenden („warming-up“) waren die folgenden drei Arbeitsschritte vorgesehen:

- (1) Vorstellung des Vorgehens und der Ergebnisse der retrospektiven Evaluation durch das Projektteam (Impulsreferat),
- (2) Diskussion zentraler Ergebnisse und darauf bezogener Handlungsempfehlungen und Implementationsstrategien in selbstorganisierten Kleingruppen moderiert durch Pat*innen für die einzelnen Themenecken sowie

(3) Vorstellung der Ergebnisse der Arbeitsgruppen durch die Themenpat*innen und anschließende Diskussion und Priorisierung von Handlungsempfehlungen im Plenum.

Für die Ergebnissicherung war eine Protokollierung des Diskussionsverlaufs durch eine*n Mitarbeiter*in des Projektteams und – das Einverständnis der Teilnehmenden vorausgesetzt – eine Audioaufnahme der Plenumsdiskussionen, deren pseudonymisierte Transkription und themenbezogene Auswertung vorgesehen.

Modifikation des Konzepts und Vorbereitung des Expert*innen–Forums. Angesichts der seit Herbst/Winter 2021 erneut steigenden Covid-19-Inzidenzraten wurde das Konzept des Expert*innen–Forums in Absprache mit den Verantwortlichen des Projektträgers und des Projektförderers modifiziert. Statt einer Präsenzveranstaltung in Format des World-Cafés wurde das Format einer Online-Konferenz gewählt.

Das Online-Forum zu Thema „Verankerung von Palliativkompetenz und Hospizkultur im Heim“ wurde als dreistündige Plenumsveranstaltung angelegt und von der im World-Café vorgesehenen Zwischenschaltung einer Gruppenarbeitsphase abgesehen. Auf der Basis der Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Teilstudien (Phase I und II) wurden stattdessen zentrale Ergebnisse in Form von empirisch-begründeten Thesen aufgearbeitet und den Teilnehmenden im Vorfeld der Veranstaltung zugesandt.

Analog zu der ursprünglichen Planung wurde nach einer kurzen Vorstellungsrunde der Teilnehmenden („warming-up“) (1) ein Impulsreferat zu Design und zentralen Ergebnissen der retrospektiven Evaluation vorgesehen. (2) Kernstück des Expert*innen–Forums bildet die Diskussion empirisch begründeter Thesen zu zentralen Ergebnissen der Evaluation. (3) Abschließend sollten in einem weiteren Schritt eine Bündelung der Ergebnisse und Priorisierung der Kernpunkte durch die Teilnehmenden erfolgen. Die auf der Basis der Synopse der Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Teilstudien als Diskussionsimpulse formulierten Thesen beziehen sich auf vier Kernthemen:

- **Qualifikation:** Eine breite Basisqualifikation und palliativpflegerische Fachexpertise sind notwendige, wenngleich nicht hinreichende Voraussetzungen für eine gelebte Hospizkultur im Heim.
- **Struktur und Prozessgestaltung:** Strukturen und Prozesse müssen an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet sein, um eine würdevolle Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende und ihrer Angehörigen zu ermöglichen.
- **Ärztliche Versorgung im Heim:** Die Sicherstellung einer palliativen Begleitung im Heim erfordert eine Optimierung der haus- und notärztlichen Versorgung der Bewohner*innen und der Einbindung der SAPV.
- **Einbindung von Hospizdiensten:** Die (frühzeitige) Einbindung von ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen kann eine sinnvolle Unterstützung im Prozess der Sterbebegleitung darstellen, so dass eine gute Kooperation entwickelt bzw. ausgebaut werden sollte.

Für die Ergebnissicherung war eine Protokollierung des Diskussionsverlaufs vorgesehen sowie – bei Zustimmung der Teilnehmenden – eine digitale Aufnahme der Plenumsdiskussion und deren pseudonymisierte Transkription, um auf der Basis einer themenbezogenen Auswertung finale Handlungsempfehlungen zu formulieren.

2.4.2 Durchführung des Expert*innen–Forums

Die Umsetzung der dritten Projektphase erfolgte in den Projektmonaten Januar 2022 bis April 2022, wobei erste Schritte zur Rekrutierung der Teilnehmer*innen im Dezember 2021 eingeleitet worden waren. Die per Telefon und/oder per E-Mail erfolgten Anfragen bei ausgewiesener Expert*innen dienten zugleich der Terminfindung. In dem Rahmen kristallisierte sich der 09.03.2022 als realistischer Termin heraus. Insgesamt wurden 19 Expert*innen aus Versorgungspraxis und –forschung im Bereich der stationären Langzeitpflege und Palliativversorgung im Heim kontaktiert. Jeweils ein Experte bzw. eine Expertin aus dem hausärztlichen Bereich sowie der Versorgungsforschung im Bereich der Pflegewissenschaft und der Gesundheitsökonomie signalisierten, dass ihnen eine Teilnahme Ende Februar/Anfang März 2022 nicht möglich sei.

Neben Vertreter*innen des Projektförderers und –trägers konnten Leitungspersonen aus vier Einrichtungen der Langzeitpflege und ein Vertreter der Allgemeinmedizin mit Praxis- und Forschungserfahrung in der hausärztlichen Versorgung im Heim, Vertreter*innen zentraler Pflegeverbände (Deutscher Pflegerat, e.V. (DPR); Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, e.V. (DBfK); Deutscher Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege, e.V. (DEVAP)) sowie – teilweise in Personalunion – ausgewiesene Expert*innen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft und Palliativforschung (einschließlich der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)), des Landesstützpunktes für Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (LSHPN), des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum und der Nutzer*innen (je ein*e Vertreter*in eines kommunalen Seniorenbeirats und einer Selbsthilfegruppe Pflegenden Angehöriger) für die Teilnahme gewonnen werden.

In der zweiten Januarhälfte wurden den Expert*innen die Materialien zur Vorbereitung des Online–Forums per Post zugesandt (Einladungsschreiben, nebst Konkretisierung des Ablaufs, Hinweise zur Nutzung der Online–Plattform MS–Teams, Datenschutzhinweise, Einverständniserklärung für die digitale Aufnahme und Verschriftlichung der Plenumsdiskussion, adressierter Rückumschlag). Die Expert*innen wurden um eine Bestätigung der Teilnahmezusage und Rücksendung der Einverständniserklärung bis Anfang Februar 2022 gebeten, um absehen zu können, ob eine digitale Aufnahme des online–Forums möglich sein würde. Ergänzend wurde den Expert*innen eine Auswahl von drei Probetermine für die Nutzung der Online–Plattform MS–Teams angeboten. Dies wurde von 6 Teilnehmer*innen im Vorfeld genutzt.

Mitte der 8. Kalenderwoche 2022 erhielten die Teilnehmer*innen die in Form von empirisch begründeten Thesen aufbereiteten Projektergebnisse und Fragen zu den einzelnen Themenbereichen per Post und parallel per Email (s. im Anlagenband Anhang III.I und III.II).

3 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

3.1 Ergebnisse der quantitativen Teilstudie (Phase I)

Vorauszuschicken ist, dass das Forschungsvorhaben beginnend mit der Phase der Datenerhebung für Projekt-Phase I unter dem Zeichen der Corona-Pandemie stand. Es ist anzunehmen, dass die eher verhaltene Beteiligungsbereitschaft an der quantitativen und an der qualitativen Teilstudie in den ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen der Adressat*innen und den pandemiebedingten zusätzlichen Belastungen im Heimsektor mitbegründet sind. Kurz nach Einleitung der schriftlichen Befragung der unterschiedlichen Zielgruppen für die quantitative Teilstudie in Phase I erfolgte die zeitweise Schließung der Heime sowie die Notwendigkeit der Entwicklung und Umsetzung von Hygienekonzepten.

3.1.1 Rücklauf und Datenbasis der quantitativen Teilstudie

Bis Ende Mai erhielten wir 18 Leitungs- und Strukturfragebögen sowie insgesamt 363 Erhebungsbögen zu Grunddaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen, 149 Angehörigenfragebögen und 186 Mitarbeiterfragebögen. Bezogen auf die von den 25 Heimen, aus denen eine Zusage zur Beteiligung an der quantitativen Studie vorlag, konnte damit eine Rücklaufquote von knapp zwei Drittel erzielt werden.

Bei Zugrundelegung der von den 25 Heimleitungen im Vorfeld übermittelten Fallzahlen wurde für die übrigen Module der quantitativen Studie folgende Rücklaufquoten erzielt: rd. 54% in der Erhebung der Grunddaten der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363), rd. 12% im Rahmen der Befragung der Mitarbeitenden (n=186) und knapp 26% in der Angehörigenbefragung (n=149) (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Rücklauf der Erhebungsbögen zu den Modulen der quantitativen Teilstudie

Erhebungsinstrument	Versandte Bögen an teilnahme-bereite Heime ^a	Versandte Bögen an Heime ohne Rücknahme der Zusage ^b	Eingegangene Erhebungsbögen	Rücklaufquote bezogen auf 28 Heime ^a	Rücklaufquote bezogen auf 25 Heime ^b
Strukturfragebogen (Heimleitung)	28	25	18	64,3%	72,0%*
Leitungsfragebogen „Hospizkultur und Palliativkompetenz“	28	25	18	64,3%	72,0%*
Erhebungsbögen zu Grunddaten der 2019 verstorbenen Bewohner*innen	739	667	363	47,8%	54,4%
Mitarbeiterfragebogen „Hospizkultur und Palliativkompetenz“	1672	1542	186	10,7%	12,1%
Angehörigenfragebogen „Hospizkultur und Palliativkompetenz“	739	579	149	23,9%	25,7%

a) 28 Heime, die die Beteiligung zugesagt hatten

b) 25 Heime der ursprünglich 28 Heime, d.h. ohne die drei Heime, die Beteiligungszusage nach Erhalt der Erhebungsunterlagen unter dem (Ein-)Druck der Corona-Pandemie Mitte März 2020 aktiv zurückgezogen haben

Profil der an der Studie beteiligten Einrichtungen

Von den 18 vollstationären Altenpflegeeinrichtungen, die sich im Frühjahr 2020 an der Studie beteiligten haben und von denen ein Strukturfragebogen vorliegt, hatten 10 Einrichtungen (56%) die bis 2019 laufenden Fortbildungsinitiative des DWiN zur Stärkung der palliativen Kompetenz der Mitarbeitenden genutzt.

Versorgungsregion und Einrichtungsgröße. Die Mehrzahl der 18 Heime ist im klein- bis mittelstädtischen Raum angesiedelt. Während mit Blick auf die Standortgröße kaum Unterschiede bestehen, zeigt sich ein mittlerer statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Größe der Heime (gemessen an der Anzahl der Plätze) und der Nutzung des DWiN-Fortbildungsangebot ($r_s: .58, p < .001$) (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Profil der an der quantitativen Studie beteiligten Heime (n=18)

Merkmal	Heime insgesamt (n=18)	Heime am DWiN Projekt	
		beteiligt (n=10)	nicht beteiligt (n=8)
Standort^{a)}			
▪ Landgemeinde (<5.000 Einwohner)	2 (11,1%)	1 (10%)	1 (12,5%)
▪ Kleinstadt (5.000 bis <20.000 Einwohner)	6 (33,3%)	3 (30%)	3 (37,5%)
▪ Mittelstadt (20.000 bis <100.000 Einwohner)	7 (38,9%)	4 (40%)	3 (37,57%)
▪ kleine Großstadt (100.000 bis <500.000 Einwohner)	2 (11,1%)	1 (10%)	1 (12,5%)
▪ Großstadt (≥500.000 Einwohner)	1 (5,6%)	1 (10%)	0 (0%)
Einrichtungsgröße^{b)} und Auslastung			
▪ Kleine Einrichtung (<50 Plätze)	1 (5,5%)	-	1 (12,5%)
▪ Mittelgroße Einrichtung (50 bis 100 Plätze)	12 (66,7%)	7 (70%)	5 (62,5%)
▪ Große Einrichtung >100 Plätze	5 (27,8%)	3 (30%)	2 (25%)
Durchschnittliche Anzahl der Plätze	92,2 (SD 28,1)	99,7 (SD 24,8)	82,9 (SD 30,9) ***
Durchschnittliche Anzahl der zum Befragungszeitpunkt belegten Plätze	90,9 (SD 28,6)	98,6 (SD 25,1)	81,3 (SD 31,3)

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) Klassifizierung von Stadt- und Gemeindetypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), wie sie u.a. vom Statistischen Bundesamt genutzt wird (vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Methoden/Erlaeuterungen/verstaedterung.html>)

b) Differenzierung in Orientierung an den in der MUG IV Studie definierten Größenklassen der Heime (Schneekloth & von Thorne 2007, S.63; vgl. auch Infratest 2010, S. 115)

Beschäftigtenstruktur. Die 18 Heime verfügten durchschnittlich über rd. 69 Beschäftigte. Im Jahr 2019 konnten im Mittel 1,3 Vollzeitstellen nicht besetzt werden. Mit 1,0 gegenüber 1,5 Vollzeitstellen war dieser Wert in den Heimen, die die Schulungsinitiative des DWiN nicht genutzt haben, etwas höher ausgeprägt.

Von den Beschäftigten sind ca. 60% im Pflegebereich und 23% im hauswirtschaftlichen Dienst tätig. Der Anteil der Beschäftigten in den begleitenden Diensten liegt bei rd. 9%. Mit Blick auf die berufliche Ausbildung zeigt sich, dass es sich bei gut der Hälfte der

Beschäftigten in der Pflege um Pflegefachpersonen (52,3%) handelt, und zwar vornehmlich mit einer Altenpflegeausbildung.

Insgesamt verfügen die Heime im Durchschnitt jeweils über zwei Mitarbeitende mit einer Palliative Care Weiterbildung (160 Stunden) und 16 Mitarbeitende mit einem Basiskurs. Die Anzahl der Beschäftigten mit einem Basiskurs, ist in den Heimen, die das DWiN-Angebot genutzt haben, mit durchschnittlich 23 gegenüber 5 Beschäftigten in den Heimen, die es nicht genutzt haben, deutlich höher (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Profil der Beschäftigten der an der Studie beteiligten Heime (n=1.100)

Merkmal	Beschäftigte insges. (n=1.100)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=612)	ohne Inhouse-Kurs (n=488)
Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten 2019 (Voll- und Teilzeitbeschäftigte)	68,7 (SD 26,7)	67,9 (SD 23,9)	69,7 (SD 31,8)
Durchschnittliche Anzahl 2019 nicht besetzte Planstellen	1,2 (SD 2,0)	1,0 (SD 1,3)	1,5 (SD 2,6)
Anzahl der Beschäftigten nach Bereich			
▪ Pflege	663 (60,2%)	374 (61,0%)	289 (59,2%)
▪ Begleitende Dienste	96 (8,7%)	50 (8,1%)	46 (9,4%)
▪ Hauswirtschaft	259 (23,5%)	110 (17,9%)	119 (24,4%)
▪ Pflegekraft in Ausbildung	83 (7,6%)	49 (8,0%)	34 (7,0%)
Ausbildung der Beschäftigten in der Pflege			
▪ Altenpflege	315,5 (47,6%)	176,5 (47,2%)	139,0 (48,1%)
▪ Gesundheits- und Krankenpflege	31,0 (4,7%)	19,0 (5,1%)	12,0 (4,2%)
▪ Altenpflegehilfe	168,0 (25,4%)	75,0 (20,1%)	93,0 (32,2%)
▪ Krankenpflegehilfe	7,0 (1,1%)	4,0 (1,1%)	3,0 (1,0%)
▪ Pflegehilfe	151,0 (22,8%)	99,0 (26,5%)	52,0 (18,0%)
Anzahl der Beschäftigten mit Palliative Care Qualifikation			
▪ Palliativ Care Weiterbildung (160 Std.)	34 (3,1%)	22 (3,6%)	12 (2,5%)
▪ Palliative Care Basiskurs (40 Std.)	259 (23,6%)	231 (37,8%)	28 (5,7%) *
Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten mit Palliative Care Qualifikation			
▪ Palliativ Care Weiterbildung (160 Std.)	2,1 (SD 1,4)	2,2 (SD 1,4)	2,0 (SD 1,4)
▪ Palliative Care Basiskurs (40 Std.)	16,2 (SD 18,1)	23,1 (SD 19,9)	4,7 (SD 4,1) *

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) 9 Mitarbeiterfragebögen konnten nicht zugeordnet werden

Merkmale der Bewohner*innen. Nach den Angaben der Heimleitungen handelt es sich mit 68% bei den Bewohner*innen mehrheitlich Frauen. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Heimeintritts lag bei 82 Jahren (SD=3,4). In den Heimen leben vor allem Menschen mit Pflegegrad 3 (31,6%), Pflegegrad 4 (28,1%) und Pflegegrad 2 (22,6%). Bei 15,6% der Bewohner*innen lag der höchste Pflegegrad 5 vor, wobei sich zwischen den Heimen, die die Schulungsinitiative genutzt bzw. nicht genutzt haben, leichte Unterschiede in der Verteilung des Anteils der Bewohner*innen mit einem mittlerem und schwerem Grad an Pflegebedürftigkeit abzeichnet.

Insgesamt sind 30% der Bewohner*innen der Heime im Jahr 2019 verstorben, wobei der Anteil der Sterbefälle in den Heimen, die das Schulungsangebot des DWiN genutzt haben, mit 36% deutlich höher war als in den Heimen, die nicht daran teilgenommen haben (27,5%). (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Profil der in den Heimen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner (n=1.636)

Merkmal	Bewohnerinnen/ Bewohner insges. (n=1.636)	Bewohnerinnen/Bewohner der Heime ^a	
		mit Inhouse- Kurs (n=986)	ohne Inhouse-Kurs (n=650)
Geschlecht weiblich	1149 (75,9%)	656 (75,9%)	493 (75,9%)
Durchschnittliches Eintrittsalter in das Heim	81,9 (SD 3,4)	81,46 (SD 3,1)	82,7 (SD 4,0)
Verteilung nach Altersgruppen			
▪ ≤70 Jahre	58 (4,7%)	29 (4,8%)	29 (4,6%)
▪ 71 bis 80 Jahre	244 (19,6%)	161 (26,6%)	83 (13,1%)
▪ 81 bis 90 Jahre	603 (48,3%)	284 (46,9%)	319 (50,4%)
▪ 91 bis 100 Jahre	326 (26,1%)	127 (21,0%)	199 (31,4%)
▪ > 100 Jahre	17 (1,4%)	4 (0,7%)	13 (2,1%)
Pflegegrad gemäß SGB XI			
▪ Pflegegrad 1	7 (0,5%)	1 (0,1%)	6 (0,9%)
▪ Pflegegrad 2	327 (22,6%)	132 (18,2%)	159 (24,5%)
▪ Pflegegrad 3	457 (31,6%)	248 (34,2%)	209 (32,2%)
▪ Pflegegrad 4	406 (28,5%)	230 (31,7%)	176 (27,1%)
▪ Pflegegrad 5	226 (15,6%)	113 (15,6%)	100 (15,4%)
▪ (bisher) keine Zuordnung	2 (0,1%)	2 (0,2%)	-
Anzahl der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner	491 (30,0%)	312 (36,1%)	179 (27,5%) *

Signifikanz: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

a) 9 Mitarbeiterfragebögen konnten nicht zugeordnet werden

Profil der befragten Mitarbeiter*innen

An der Mitarbeiterbefragung beteiligten sich 186 Beschäftigte. Bezogen auf die von den Leitungen der 25 Heime, aus denen eine Beteiligungszusage vorlag und nicht zurückgezogen worden war, genannte Anzahl der für die Befragung in Frage kommenden Beschäftigten wurde eine Beteiligungsquote von 11,6% erzielt (s. Tabelle 5). Mit 92% handelte es sich bei den Befragten fast ausschließlich um Frauen. Das durchschnittliche Alter liegt bei 45 Jahren. Die Mehrzahl der Befragten verfügt über eine Berufserfahrung von mehr als 10 Jahren (55,9%) und sind seit mehr als 5 Jahren in der Einrichtung tätig (58%). 21,7% der Befragten hatten eine Leitungsposition inne (s. Tabelle 9).

An der Befragung beteiligten sich Mitarbeitende aus dem Pflegedienst (64%), dem Betreuungsdienst (14,4%), der Hauswirtschaft (inkl. Küche 12,4%), der Verwaltung (4,3%) und anderen Bereichen (3,2%). Fast die Hälfte der Befragten (47,9%) waren Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung in der Alten- oder Gesundheits- und Krankenpflege. Fast

jede bzw. jeder Achte (12,9%) hatte eine Ausbildung in einem Pflegeassistentenberuf (Altenpflegehilfe, Pflegehilfe, Pflegeassistent). In der schriftlichen Befragung konnten somit alle Zielgruppen der Fortbildung „Palliative Praxis“ erreicht werden.

Tabelle 9: Profil der befragten Mitarbeitenden der Heime (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Geschlecht weiblich	159 (92,4%)	117 (92,9%)	42 (91,3%)
Durchschnittliches Alter	45 Jahre	45 Jahre	44 Jahre
Ausbildung der Befragten			
▪ Altenpflege	68 (36,6%)	42 (32,6%)	24 (50,0%)
▪ Gesundheits- und Krankenpflege	21 (11,3%)	11 (8,5%)	4 (8,3%)
▪ Pflegeassistent	24 (12,9%)	19 (14,7%)	5 (10,4%)
▪ Auszubildende	4 (2,2%)	2 (1,6%)	2 (4,2%)
▪ Betreuungskraft / Alltagsbegleiter/in	10 (5,4%)	6 (4,7%)	4 (8,3%)
▪ Andere (z.B. Hauswirtschaftl. Personal, Sozialarbeit, Verwaltungsangestellte)	49 (26,3%)	42 (32,6%)	6 (12,5%)
▪ Keine Angabe	10 (5,4%)	7 (5,4%)	3 (6,3%)
Tätigkeitsbereich/Bereichszuordnung			
▪ Pflegedienst	119 (64,0%)	77 (59,7%)	34 (70,8%)
▪ Begleitende Dienste	25 (14,4%)	18 (14,0%)	7 (14,6%)
▪ Hauswirtschaftsdienst	23 (12,4%)	21 (16,3%)	1 (2,1%)
▪ Verwaltung	8 (4,3%)	7 (5,4%)	1 (2,1%)
▪ Anderer Bereich	6 (3,2%)	3 (2,3%)	3 (6,3%)
▪ Keine Angabe	5 (2,7%)	3 (2,3%)	2 (4,2%)
Befragte mit Leitungsfunktion	36 (21,7%)	22 (18,0%)	14 (31,8%)
Berufserfahrung			
< 1 Jahr	9 (4,8%)	7 (5,4%)	1 (2,1%)
> 1 bis 5 Jahre	27 (14,5%)	16 (12,4%)	10 (20,8%)
> 5 bis 10 Jahre	33 (17,7%)	24 (18,6%)	6 (12,5%)
> 10 Jahre	104 (55,9%)	72 (55,8%)	28 (58,3%)
keine Angaben	13 (7,0%)	10 (7,8%)	3 (6,3%)
Betriebszugehörigkeit			
< 1 Jahr	19 (10,2%)	10 (7,8%)	7 (14,6%)
> 1 bis 5 Jahre	49 (26,3%)	32 (24,8%)	15 (31,3%)
> 5 bis 10 Jahre	43 (23,1%)	31 (24,0%)	10 (20,8%)
> 10 Jahre	65 (34,9%)	48 (37,2%)	14 (29,2%)
keine Angabe	10 (5,4%)	8 (6,2%)	2 (4,2%)
Stellenumfang			
Minijob	4 (2,2%)	4 (3,1%)	0
Teilzeit (<=50%)	21 (11,3%)	17 (13,2%)	3 (6,3%)
Teilzeit (>50%)	72 (38,7%)	53 (41,1%)	19 (39,6%)
Vollzeit	70 (37,6%)	45 (34,9%)	24 (50,0%)
keine Angabe	19 (10,2%)	10 (7,8%)	2 (4,2%)

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) 9 Mitarbeiterfragebögen konnten nicht zugeordnet werden

Der Anteil der Befragten mit einer Vollzeitstelle liegt bei rd. 36%, wobei sich aus den Heimen, die sich nicht an dem DWiN-Projekt beteiligt haben, ein höherer Anteil an vollzeitbeschäftigten Mitarbeitenden an der Befragung beteiligt hat (50 vs. 35%).

Insgesamt verfügen 9% der Befragten über eine Palliativ Care Weiterbildung. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Befragten aus Heimen, die das Fortbildungsangebot des DWiN genutzt bzw. nicht genutzt haben, zeigen sich hinsichtlich des Anteils der Mitarbeitenden, die über einen Basiskurs Palliative Care verfügen, der in den Heimen, die das Angebot genutzt haben, höher ist (33,6% vs. 26%) (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Palliative Care Qualifikation der befragten Mitarbeitenden der Heime (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Anzahl der Beschäftigte mit			
▪ Palliativ Care Weiterbildung (160 Std.)	15 (9,3%)	11 (9,5%)	4 (8,7%)
▪ Palliativ Care Basiskurs (40 Std.)	51 (31,5%)	39 (33,6%)	12 (26,0%) *
▪ Teilnahme an Fortbildung(en) zu Palliative Care Themen	10 (6,32%)	5 (4,3%)	5 (10,9%)
Anzahl der Beschäftigten mit Palliative Care Fort-/Weiterbildung (mindestens 40 Stunden Basiskurs)			
▪ im Pflegedienst	44 (24,7%)	30 (24,2%)	9 (20%)
▪ in den begleitenden Diensten	9 (5,1%)	8 (6,5%)	1 (2,2%)
▪ im Hauswirtschaftsdienst	–	–	–
▪ in anderen Bereichen	2 (1,1%)	–	2 (4,4%)

Signifikanz: * p <.05, ** p <.01, *** p <.001

a) 9 Mitarbeiterfragebögen konnten nicht zugeordnet werden

3.1.2 Ergebnisse der Leitungsbefragung

Datenbasis und Profil der Befragten. 28 Leitungen der 146 dem DWiN angeschlossenen vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe (37,4%) hatten Anfang 2020 ihre Bereitschaft zur Mitwirkung der quantitativen Teilstudie erklärt. Von ihnen beteiligten sich Leitungspersonen aus 18 Heimen (64,3%) an der schriftlichen Befragung. Bezogen auf die 146 vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe des Trägerverbandes entspricht dies einer Beteiligungsquote von 12,3%.

Die teilnehmenden 18 Leitungspersonen nutzten jeweils in unterschiedlichem Umfang die Freitextfelder für ergänzende Anmerkungen und Vorschläge zur Verbesserung der Begleitung sterbender Menschen.

Bei den beteiligten Einrichtungen handelt sich vornehmlich um Heime mittlerer Größe (50 bis <100 Heimplätze) aus klein- bis mittelstädtischen Regionen (s. Tabelle 5).

Die Fragebögen wurden zu zwei Dritteln von der Einrichtungsleitung (n=12), zu 27,8% von der Pflegedienstleitung (n=5) und in einem Fall von einer Mitarbeiterin mit Stabs-

stellenfunktion bearbeitet. Das mediane Alter der Befragten lag bei 55 Jahren (Alterspanne: 28 bis 65 Jahre). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten sind weiblich. Von ihnen verfügen knapp zwei Drittel über einen pflegfachlichen Hintergrund (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege). 14 Leitungspersonen (78%) haben an Fort- und/ oder Weiterbildungen zur Palliativversorgung teilgenommen, von ihnen hatten sechs Personen eine Palliative Care Weiterbildung (≥ 160 Stunden) abgeschlossen. Mit jeweils mindestens 10 Jahren verfügen die Befragten mehrheitlich über eine langjährige Berufserfahrung (n=15) und Betriebszugehörigkeit (n=11), siehe auch im Detail die Tabellen im Anhang B1.

Palliative Care Konzept und Implementierung. Jeweils 15 der 18 Befragten (83%) gaben an, dass sich die Versorgung sterbender Bewohner*innen an dem Leitbild des Trägers bzw. der Einrichtung orientiert und das Thema Palliativversorgung und Hospizkultur konzeptionell bearbeitet wurde (s. Tabellenanhang B1.1). 12 der 18 befragten Leitungspersonen gaben an, dass ein entsprechendes Palliativkonzept multidisziplinär mit einer Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen entwickelt wurde. Dabei zeigte sich zwischen Heimen, die sich an der DWiN-Initiative beteiligt und nicht beteiligt haben kein Unterschied. Zwei Drittel der Befragten (n=12) waren persönlich an der Implementierung beteiligt. In 14 Einrichtungen (78%) bestehen aus Leitungssicht meistens bis immer Freiräume für dessen Umsetzung. Mit einer Ausnahme erfolgt den Angaben der Leitungspersonen zufolge zumeist eine Einführung neuer Mitarbeiter*innen in die „Abschiedskultur“ der Einrichtung und gut zwei Fünftel der Befragten (n=15) bekundeten, dass Mitarbeiter*innen immer oder meistens die Möglichkeit zur Teilnahme an Fortbildungen zur Hospizkultur und Palliativversorgung eröffnet wird (s. Tabellenanhang B1.1). Während Freiräume für die Konzeptumsetzung und Einführung neuer Mitarbeiter*innen in die Abschiedskultur in den Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative des Trägerverbands nicht genutzt haben, etwas positiver eingestuft wurde, sehen die befragten Leitungspersonen der Einrichtungen, die die Initiative aufgegriffen haben, eher Möglichkeiten für die Mitarbeiter*innen zur Fortbildungsteilnahme als gegeben an.

Die **Hospizkultur** wird von Leitungsseite, mit einer Ausnahme, „gut“ bis „sehr gut“ eingestuft. Mit knapp der Hälfte der Befragten (n=8) ist der Anteil der Leitungspersonen deutlich geringer, die die Unterstützungsangebote und Versorgungsmöglichkeiten in der Region und die hausärztliche Kooperation im Rahmen der Begleitung von Menschen am Lebensende „gut“ bis „sehr gut“ bewerten (s. Tabellenanhang B1.2).

Aus Leitungssicht wird in den Heimen ein **palliatives Versorgungskonzept** weitgehend umgesetzt. Dies gilt nach Einschätzung der Befragten sowohl für das Erkennen und die Behandlung körperlicher Symptome, als auch für die Beachtung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse der Bewohner*innen, wobei die Leitungspersonen aus zwei Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative aufgegriffen haben, die Beantwortung sozialer und spiritueller Bedürfnisse kritischer einschätzen. Die **Voraussetzungen für eine Begleitung**

sterbender Bewohner*innen und ein würdevolles Sterben werden von Leitungsseite nahezu durchweg positiv eingeschätzt. Aus ihrer Sicht werden der Eintritt der Sterbephase zumeist rechtzeitige erkannt und den Bewohner*innen ein Versterben in „Ruhe und Würde“ in ihren Zimmern ermöglicht. Auch bestehen nach den Angaben der Leitungspersonen jeweils Verpflegungsmöglichkeiten und in 15 der 18 Heime Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige (83%).

Die Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass **Willensbekundungen der Bewohner*innen** zumeist bekannt sind und auch beachtet werden. Nahezu durchgängig werden den Angaben der Leitungspersonen zufolge, Wünsche der Bewohner*innen zur Versorgung am Lebensende ermittelt und **Beratungsgespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung** angeboten. In 13 der 18 Heime (72%) werden demnach auch **individuelle Notfallpläne für Krisensituationen** erstellt, und zwar vornehmlich unter Einbeziehung der Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer*innen (n=11/85%). Deutlich seltener erfolgt dies gemeinsam mit den Bewohner*innen (n=7/54%) und/oder mit den behandelnden Hausärzt*innen und anderen an der Versorgung beteiligten Kooperationspartner*innen (n=8/62%) (s. Tabellenanhang B1.3). Nach den Angaben der Mehrzahl der Leitungspersonen werden Notfallpläne zumeist dokumentiert und als Kopie hinterlegt (n=12/92%), im Bedarfsfall dem Rettungs- bzw. notärztlichen Dienst oder auch im Krankenhaus vorgelegt (n=10/77%) und finden in Notfallsituationen zumeist Berücksichtigung (n=11/85%). Tendenziell deutet sich an, dass der Notfallplanung aus Leitungssicht in den Heimen, die die Fortbildungsinitiative nicht aufgegriffen haben, ein höherer Stellenwert eingeräumt wird und dort häufiger mit den Bewohner*innen erfolgt. Demgegenüber sind in den Heimen, die sich an der Fortbildungsinitiative beteiligt haben, aus Leitungssicht die behandelnden Hausärzt*innen und weitere an der Versorgung beteiligte Akteur*innen etwas häufiger in die Notfallplanung einbezogen (s. Tabellenanhang B1.3).

Mit zwei Dritteln (n=12) ist der Anteil der Befragten Leitungspersonen, die die **personellen Ressourcen** für die Begleitung sterbender Bewohner*innen in ihrer Einrichtung „gut“ bis „sehr gut“ einschätzen, etwas geringer als der Anteil der Befragten, die die personellen Ressourcen für die Beratung der Bewohner*innen zum Thema Sterben und Tod (n=13/72%) und die Angehörigenbetreuung (n=14/78%) positiv einstufen, wobei die Ressourcen zur Betreuung Angehöriger in Heimen, die die Fortbildungsinitiative genutzt haben, häufiger „gut“ bis „sehr gut“ eingeschätzt werden (90% vs. 63%) (s. Tabellenanhang B1.4).

Die interne professions- und bereichsübergreifende **Kommunikation und Kooperation** ist aus Leitungssicht in Form von gemeinsamen Übergaben, Visiten und interdisziplinären Bereichsbesprechungen in den Einrichtungen durchgängig sichergestellt. In 15 der 18 Einrichtungen (83%) werden nach dem Bekunden der Leitungspersonen bedarfsweise ethische Fallbesprechungen durchgeführt. In etwas mehr als der Hälfte der Heime (n=10/56%) sind Gespräche zu vorausschauenden Versorgungsplanung mit allen Beteiligten üblich, wobei dies von einem höheren Anteil der Leitungspersonen angegeben

wird, die die Fortbildungsinitiative nicht genutzt haben (73% vs. 50%). Mit Blick auf die hausärztliche Versorgung am Lebensende zeigt sich, dass den Ärzt*innen von Leitungsseite, mit zwei Ausnahmen, jeweils eine gute Erreichbarkeit im Bedarfsfall attestiert wird. Allerdings wird die Zeit der Hausärzt*innen für die Begleitung sterbender Bewohner*innen, mit 44% der Befragten (n=7) von einem deutlich geringeren Anteil der Leitungspersonen hinreichend eingestuft. Der Anteil der Befragten, die die Erreichbarkeit der Hausärzt*innen positiv einschätzen, ist in den Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative genutzt haben, mit 30% (n=3) deutlich geringer als in Heimen, die das Schulungsangebot nicht genutzt haben (n=5/63%) (s. Tabellenanhang B1.5).

Nach den Angaben der überwiegenden Anzahl der befragten Leitungspersonen kooperieren die Heime mit Ärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (n=16), SAPV-Teams (n=16), Ehrenamtlichen lokaler Hospizvereine (n=17) und Seelsorger*innen (n=17). Von der überwiegenden Anzahl der Befragten wird die Kooperation mit Hausärzt*innen, Hospizvereinen und Seelsorger*innen positiv eingeschätzt (jeweils n=14/77,8% „gut“ bis „sehr gut“). Mit zwei Dritteln ist der Anteil der Befragten (n=12), die die Kooperation mit Instanzen der spezialisierten Palliativversorgung (Ärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, SAPV-Dienste) „gut“ bis „sehr gut“ einstufen, etwas geringer. Mit Ausnahme der Zusammenarbeit mit Seelsorger*innen wird von Leitungen der Heime, die die Fortbildungsinitiative genutzt haben, die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartner*innen bei der Betreuung von Bewohner*innen am Lebensende jeweils etwas häufiger positiv eingestuft (s. Tabellenanhang B1.6).

12 der 18 befragten Leitungspersonen nutzten in den Freitextfeldern die Möglichkeit anzugeben, mit welchen professionellen Akteur*innen oder Institutionen eine gute Kooperation besteht. Hier wurde vornehmlich auf Hospizdienste und Ärzt*innen mit einer palliativen Weiterbildung verwiesen. Dabei zeigten sich in den Angaben der Leitungspersonen nur marginale Unterschiede zwischen den Einrichtungen bezogen auf die Nutzung bzw. Nichtnutzung der Schulungsinitiative. Ausbaufähig wurde von den befragten Leitungspersonen insbesondere die Kooperation mit Hausärzt*innen (5 Leitungspersonen aus Einrichtungen, die sich an der Schulungsinitiative beteiligten/2 Leitungspersonen aus Einrichtungen, die sich nicht an der Schulungsinitiative beteiligten) genannt sowie mit SAPV-Diensten (3 Leitungspersonen aus Einrichtungen, die sich nicht an der DWiN-Initiative beteiligt haben) und vereinzelt mit Krankenhäusern, Hospizvereinen und der Seelsorge.

Abschieds- und Trauerkultur. Nach den Angaben der Mehrzahl der Befragten besteht in den Einrichtungen zumeist die Möglichkeit zur Ausrichtung von Trauerfeiern (n=15/83%) und kulturspezifischen Abschiedsritualen (n=14/78%) (s. Tabellenanhang B1.7). Ein **Abschiednehmen** von verstorbenen Bewohner*innen wird in den Heimen aus Leitungssicht Angehörigen, Mitarbeiter*innen und Mitbewohner*innen zumeist ermöglicht. Mit zwei Ausnahmen wird von den Befragten signalisiert, dass Angehörigen im Todesfall Zeit für das Räumen des Zimmers verstorbener Bewohner*innen gelassen wird.

Knapp drei Viertel der befragten Leitungspersonen (n=13) geben an, dass zumeist **Entlastungs- und Reflexionsmöglichkeiten zur Trauerverarbeitung für Mitarbeiter*innen** angeboten werden. Nach dem Bekunden der Befragten ist dies in Heimen, die die Schulungsinitiative nicht genutzt haben, durchgängig und in der Hälfte der Heime, die an der Schulungsinitiative teilgenommen haben, meistens der Fall (s. Tabellenanhang B1.7).

Auf die Frage hin, was bei der palliativen Versorgung in den Einrichtungen insgesamt gut läuft, wurde nahezu durchgängig (14 Leitungspersonen) das Engagement und der empathische und würdevolle Umgang der Mitarbeiter*innen mit den Bewohner*innen und Angehörigen, aber auch untereinander sowie mit externen Diensten positiv hervorgehoben. Deutlichen Verbesserungsbedarf sahen 6 Leitungspersonen in finanziellen, personellen bzw. zeitlichen Ressourcen. Analog zu den Angaben zum Themenblock Kooperation verwiesen 6 Leitungspersonen hier wiederum auf eine ausbaufähige Zusammenarbeit mit Hospizdiensten, Palliativdiensten und Ärzt*innen. Zudem sahen 5 Leitungspersonen weiteren Schulungsbedarf. Ebenfalls 5 Leitungspersonen machten ergänzende Angaben, wo aus Ihrer Sicht die Finanzierung gut funktioniert. Von ihnen gaben 2 Leitungskräfte aus Heimen, die sich an der DWiN-initiative beteiligt hatten, an, dass die Finanzierung der GVP-Kräfte positiv sei. 3 Leitungspersonen gaben an, dass Eigenmittel, Spenden bzw. der Träger zusätzliche Mittel zur Verfügung stelle. 12 Leitungspersonen merkten kritisch an, dass palliative Versorgungsleistungen in Altenpflegeeinrichtungen grundsätzlich gesondert vergütet werden müssen.

3.1.3 Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter*innen

Datenbasis und Profil der Befragten. An der schriftlichen Befragung nahmen 186 Beschäftigte teil. Dies entspricht bezogen auf die 25 Einrichtungen, deren Leitungen die im Vorfeld signalisierte Mitwirkungsbereitschaft an der quantitativen Studie angesichts der Corona-Pandemie nicht zurückgezogen hatten, einer Rücklaufquote von 11,6%.

Insgesamt machten 106 Mitarbeiter*innen (57%) in Freitextfeldern des Fragebogens ergänzende Angaben zu Aspekten der Versorgung am Lebensende, die sie zusätzlich zu den erfragten Themen als besonders gut oder als verbesserungswürdig einschätzen. Unter ihnen war der Anteil an Mitarbeiter*innen aus der Pflege (73%) etwas höher, als in der Grundgesamtheit der Befragten (64% Pflege), der Unterschied war aber statistisch nicht signifikant. Die Ausprägung weiterer Grundmerkmale (Geschlecht, Alter, Beteiligung an der DWiN-Fortbildungsinitiative) unterscheidet sich nicht.

Bei 129 der Befragten (69%) handelt es sich um Beschäftigte aus Heimen, die die Fortbildungsinitiative des DWiN aufgegriffen haben und bei 48 Befragten um Beschäftigte aus Einrichtungen, die diese nicht genutzt haben. Neun Fragebögen konnten diesbezüglich nicht zugeordnet werden. Die überwiegende Anzahl der Befragten (92%) ist weiblich. Das durchschnittliche Alter liegt bei 45 Jahren (SD 12,0). Jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten verfügen über eine Berufserfahrung von über zehn Jahren (56%) und sind seit über fünf Jahren in der Einrichtung tätig (58%). Rund ein Fünftel hat

eine Leitungsposition inne. An der Befragung beteiligten sich Mitarbeiter*innen der unterschiedlichen Zielgruppen des Fortbildungsangebots zur palliativen Praxis, d.h. aus dem Pflegedienst (64%), den begleitenden Diensten (14,4%), der Hauswirtschaft (inkl. Küche 12,4%), der Verwaltung (4,3%) und anderen Bereichen (3,2%). Fast die Hälfte der Befragten (47,9%) sind Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung in der Altenpflege bzw. Gesundheits- und Krankenpflege und jede bzw. jeder Achte (12,9%) verfügt über eine Ausbildung in einem Pflegeassistentenberuf (Altenpflegehilfe, Pflegehilfe, Pflegeassistent). Der Anteil der Befragten mit einer Vollzeitstelle liegt bei rd. 36%, wobei sich aus den Heimen, die das Fortbildungsangebot des DWiN-Projekts nicht genutzt haben, ein höherer Anteil an vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter*innen an der Befragung beteiligte (50% vs. 35%).

Insgesamt verfügen rd. 9% der Befragten über eine Palliativ Care Weiterbildung (≥ 160 Stunden) und rd. 29% über einen Basiskurs (40 Stunden), und zwar vornehmlich Mitarbeiter*innen aus dem Pflegedienst und den begleitenden Diensten. Der Anteil der Befragten, die über einen Basiskurs „Palliative Praxis“ verfügen ist in den Heimen, die die Fortbildungsinitiative des DWiN aufgegriffen haben, insgesamt deutlich höher (rd. 34% vs. 26%). Unter den befragten Mitarbeiter*innen der Heime, die die Fortbildungsinitiative nicht genutzt haben, ist der Anteil derer, die über eine Basisqualifikation in Palliative Care verfügen, deutlich höher als der in den Strukturdaten von den Leitungen angegebene Anteil der Beschäftigten mit einer entsprechenden Basisqualifikation (rd. 26% vs. 6%), während der Anteil unter den befragten Mitarbeiter*innen der Heime, die die Fortbildungsinitiative genutzt haben, etwas geringer ausfällt (rd. 34% vs. 38%).

Die Befragten betreuen durchschnittlich 40 Bewohner*innen in ihrem Arbeitsbereich. Im Verlauf des letzten Jahres sind im Mittel jeweils 10 von ihnen betreute Bewohner*innen verstorben, wobei bei gut zwei Drittel der Verstorbenen nach Einschätzung der Befragten eine palliative Situation vorlag.

Bemerkenswert ist, dass bei der Beantwortung der Fragen zur Einschätzung unterschiedlicher Aspekte der Versorgung am Lebensende und der Kooperation mit anderen Diensten, teilweise über 15% der Befragungsteilnehmer*innen signalisierten, dies nicht einschätzen zu können. Dabei handelt es sich zumeist überproportional um nicht der Pflege angehörige Mitarbeiter*innen (siehe auch im Detail die Tabellen im Anhang B2).

Von den befragten Mitarbeiter*innen bekunden 88%, dass die Themen **Palliativversorgung und Hospizkultur** in der Einrichtung konzeptionell bearbeitet wurden und 77%, dass Freiräume für die Implementierung bestehen. In den Heimen, die sich an der DWiN-Initiative beteiligt haben, ist der Anteil der Mitarbeiter*innen, die Freiräume zumeist als gegeben ansehen, mit rd. 81% gegenüber rd. 58% in den Heimen, die die Fortbildungsinitiative nicht aufgegriffen haben, deutlich höher. Jeweils ca. ein Drittel der Befragten waren persönlich an der Umsetzung erarbeiteter Konzepte beteiligt. Nach der Einschätzung von 61% der befragten Mitarbeiter*innen orientiert sich die Versorgung von Menschen am Lebensende vornehmlich am Leitbild des Trägers bzw. der Einrichtung und 9%

der Befragten verweisen in diesem Kontext auf die Charta „Versorgung Schwerstkranker und Sterbender“ (s. Tabellenanhang B2.2). Nach den Angaben von zwei Dritteln der Befragten sind einrichtungsinterne Handlungshilfen verfügbar. In den ergänzenden Freitextangaben wird betont, dass die Konzepte Raum für individuelle Bedürfnisse lassen („*Dass alles bewohnerbezogen passiert. Ich mir die Zeit nehmen kann, die ich für angemessen erachte!*“ (M62, BSD), und verständlich und klar formuliert sind („*Aufgaben sind klar und deutlich für alle Mitarbeiter*“ (M6, Pflege). Zugleich wird angemerkt, dass ein Konzept allein nicht ausreicht, um gute palliative Versorgung zu leisten („*Es reicht in der Regel nicht, ein gutes Konzept zu schreiben. Ich brauche Zeit und Personal, um es umzusetzen!*“ (M104, Pflege).

Insgesamt wird die **Hospizkultur der Einrichtung** von den befragten Mitarbeitenden annähernd gut ($\bar{x}=2,3$; SD 0,9) eingestuft (s. Tabellenanhang B2.3). Nach Einschätzung von rd. der Hälfte der Befragten werden neue Mitarbeiter*innen zumeist in die Abschiedskultur eingeführt. Nach den Angaben von 44% der Befragten besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an Fortbildungen zur Palliativversorgung und 54% der Befragten bekunden, dass zumeist die Möglichkeit besteht, Inhalte dieser Fortbildungen auch umzusetzen. Diese Aspekte werden von den Mitarbeiter*innen der Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative des Trägerverbandes genutzt haben, etwas häufiger positiv eingeschätzt. Vorrangig Mitarbeiter*innen aus Einrichtungen, die die Schulungsinitiative des DWiN nicht genutzt haben, signalisieren in den Freitexten, dass eine gelebte Hospizkultur in den Einrichtungen eine breitere Schulung des Personals und hinreichender Ressourcen bedarf:

„*Es sollte mehr geschultes Personal geben.*“ (M166, Hauswirtschaft)

„*[Es braucht] die Räume, die Zeit, das Pflegepersonal und mehr Möglichkeiten.*“ (M71, Pflege)

„*Palliative Versorgung stationär sollte über die Kassen abrechenbar sein.*“ (M67, Pflege)

Versorgungskontinuität, Kommunikation und Beachtung von Willensbekundungen der der Bewohner*innen. Die Befragten gaben zu einem hohen Teil an, dass Versorgungskontinuität für die Bewohner*innen am Lebensende (84%) ebenso wie die Ermittlung und Dokumentation (89%), die Weiterleitung (76%) und Beachtung der Wünsche der Bewohner*innen (93%) meistens/immer erfolgt. Auch die Information innerhalb des Teams über den Eintritt der Sterbephase der Bewohner*innen (89%) ist nach dem Bekunden der Mitarbeiter*innen zumeist gegeben (s. Tabellenanhang B2.4). Deutlich geringer ist der Anteil der Befragten, nach deren Einschätzung für Bewohner*innen am Lebensende zumeist individuelle Notfallpläne für Krisensituationen erstellt (60%) und im Bedarfsfall ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden (54%), was auch in den Freitextangaben als Verbesserungspotential betont wird („*Dass es ethische Fallbesprechungen gibt in jeder Einrichtung.*“ M87, Pflege). Mit 57%, gegenüber 48% ist der Anteil der Befragten, die bekunden, dass ethische Fallbesprechungen im Bedarfsfall durchgeführt werden, unter den Mitarbeiter*innen der Einrichtungen, die das Fortbildungsangebot genutzt haben, etwas höher. Ein entsprechender Trend zeichnet sich in den Angaben zur Praxis der Dokumentation und Hinterlegung von Patientenverfügung und der Berücksichtigung von

Wünschen der Bewohner*innen am Lebensende ab. Demgegenüber signalisierten Mitarbeiter*innen der Einrichtungen, die die Schulung nicht genutzt haben, etwas häufiger, dass für Bewohner*innen zumeist individuelle Notfallpläne erstellt werden.

Kooperation und Vernetzung. Die bedarfsweise Einbindung von Hospiz- und SAPV-Diensten in die Versorgung von Bewohner*innen am Lebensende erfolgt nach Einschätzung von 30% bzw. 35% der Befragten immer bis meistens. Die Kooperation mit diesen Diensten wird von 49% bzw. 41% der Befragten gut bis sehr gut bewertet, wobei vor allem die Kooperation mit Hospizdiensten vom Mitarbeiter*innen der Heime, die die Fortbildungsinitiative nicht genutzt haben, häufiger positiv eingeschätzt wird. Die Erreichbarkeit der Hausärzt*innen stufen 71% der Befragten meistens bis immer gut ein. Mit knapp 50% ist der Anteil der Befragten, die die Zeit der Hausärzt*innen für die Betroffenen zumeist gut einschätzen, deutlich geringer (s. Tabellenanhang B2.5). Ferner zeichnet sich ab, dass in Heimen, die die Fortbildungsinitiative nicht genutzt haben, der Anteil der Befragten, die diesen Aspekt der hausärztlichen Versorgung positiv einschätzen, signifikant höher ist, als in den Heimen, die das Fortbildungsangebot genutzt. In den Freitextangaben haben über die Hälfte der befragten Mitarbeiter*innen angegeben, dass sowohl die palliativmedizinische Kompetenz der Hausärzt*innen als auch die Zusammenarbeit und Kooperation mit Palliativmediziner*innen und SAPV-Diensten gestärkt werden sollte:

„Mehr Hausärzte, die sich auf Palliativmedizin spezialisiert haben. Bessere Vernetzung mit SAPV-Teams“ (M104, Pflege)

„Hausärzte tun sich manchmal schwer, SAPV mit zuzulassen.“ (M64, Pflege)

Aus Sicht der überwiegenden Anzahl der befragten Mitarbeiter*innen ist eine **umfassende palliative Versorgung** der Bewohner*innen zumeist gewährleistet, wobei die hinreichende Beachtung psychischer, sozialer und insbesondere spiritueller Bedürfnisse der Bewohner*innen im Vergleich zum Management körperlicher Symptome etwas kritischer eingestuft wird. Positiv wird – beginnend mit dem Erkennen der Sterbephase – die Begleitung der Bewohner*innen in der Sterbephase, die Ermöglichung eines Sterbens in „Ruhe und Würde“ und die Begleitung der Angehörigen eingestuft. Die ergänzenden Freitextangaben unterstreichen die Notwendigkeit des frühzeitigen Erkennens, auch um die behandelnden Ärzt*innen und unterstützende Dienste rechtzeitig in die Sterbebegleitung einbinden zu können, da z.B. Ärzt*innen, Hospizdienste oder Seelsorger*innen organisatorische Vorlaufzeit benötigen:

„Schulung von Mitarbeitern und HA-Ärzten. Sehr lange Wege bis die Medis ankommen. Ärzte haben oft nur eine Momentaufnahme von Bewohnern und nehmen Pflegepersonal nicht ernst. Bedarfsmedikation und psychosoziale Begleitung oft nicht ausreichend.“ (M112, Pflege)

„Schnellere Hilfe vom Hospizverein“ (M148, Pflege)

„Oft können wir den Pastor nicht erreichen oder sollen auf die Termine zu lange warten, was in keinem Fall geht.“ (M27, Pflege).

Während von den befragten Mitarbeiter*innen der Heime, die die Fortbildungsinitiative nicht genutzt haben, die Möglichkeiten der umfassenden Palliativversorgung im Sinne der Berücksichtigung soziopsychosomatischer und spiritueller Bedürfnisse etwas positiver eingestuft werden, zeichnet sich unter den befragten Mitarbeiter*innen der Heime,

die die Fortbildungsinitiative genutzt haben, eine etwas positivere Einschätzung der Begleitung der Bewohner*innen in der Sterbephase und der Angehörigen ab (s. Tabellenanhang B2.6).

Abschiedskultur und Trauerarbeit. Aus Sicht der überwiegenden Anzahl der befragten Mitarbeiter*innen besteht für die Angehörigen die Möglichkeit sich von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden (89%) und nach den Angaben von gut zwei Dritteln der Befragten wird dies zumeist auch den Mitbewohner*innen ermöglicht. Auch Abschiedsrituale sind nach dem Bekunden der Mehrzahl der Befragten (84%) etablierte Praxis (s. Tabellenanhang B2.7), wie es auch in den Freitextangaben von den Befragten erläutert wird:

„[...] interne Aussegnungen im Zimmer, Trauertisch, ggf. auch Trauerfeiern im Hause, Erwähnung bei der Andacht“ (M8, BSD)

„Sterbekoffer für Angehörige – mit Kerze, Decke, Notizblock usw. Angehörige können im Zimmer übernachten.“ (M184, Pflege).

Demgegenüber ist der Anteil der Befragten, nach deren Angaben zumeist Entlastungsangebote und Reflexionsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden bestehen mit knapp 40% deutlich geringer, wobei dies nach Einschätzung der Befragten aus Einrichtungen, die das Schulungsangebot des Trägerverbands nicht genutzt haben, etwas häufiger der Fall ist (44% vs. 38%) (s. Tabellenanhang B2.7). In den Freitexten wird deutlich, dass sich Mitarbeiter*innen mehr Raum und Unterstützung für die Trauerbewältigung auch für die Mitbewohner*innen wünschen:

„Bewohner können nicht trauern und Mitarbeiter haben keinerlei Entlastung und Zeit für Verarbeitung bei der Sterbebegleitung. Dies sollte unbedingt geändert werden.“ (M150, Pflege)

„Gehör finden, Austausch, Zeit auch gleich nach Versterben etwas Ruhe oder ein Gespräch. Nicht sofort dem Alltag nachgehen und schon die nächsten Aufträge zu bekommen. Weinen ist dann nicht möglich.“ (M108, Pflege)

Durch **vertiefende Analysen mittels multipler linearer logistischer Regression** wurde der Einfluss von Mitarbeitervariablen, Heimvariablen und Schlüsselvariablen der palliativen Versorgung auf die Indizes der Variablen zur Kommunikationsstruktur der Einrichtungen bezogen auf die palliative Versorgung, Kooperationen mit SAPV, Hospizdiensten und Hausärzt*innen, das Symptommanagement, Aspekte der Sterbebegleitung und Trauerarbeit untersucht. Es zeigt sich, dass bezogen auf die Teilnahme der Einrichtung an der DWiN-Initiative die Kooperation mit externen Diensten negativer eingeschätzt wurde. Wohingegen, wenn Mitarbeiter*innen selbst mindestens über einen Basiskurs verfügen, sowohl die Kooperation, als auch das Symptommanagement und die Trauerbegleitung signifikant häufiger positiv bewertet wurden (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Analyse ausgewählter Variablen (Alter, Geschlecht, Arbeitsbereich und mind. 40h palliative Fortbildung der befragten Mitarbeiter*innen, Größe, Versorgungsregion und Teilnahme an der DWiN-Initiative der Einrichtungen, Beurteilung der Hospizkultur allgemein, Beteiligung eines Hospizvereins, Beschäftigung mit dem Thema in der Einrichtung und das Erstellen von Notfallplanungen) auf Parameter der palliativen Versorgung (Indizes der Bereiche Kommunikation, Kooperation, Symptommanagement, Sterbebegleitung und Trauerarbeit) aus Sicht der befragten Mitarbeiter*innen (multiple lineare logistische Regression).

	Beta-Koeffizienten β (Konfidenzintervall)				
	Kommunikation (n=126)	Kooperation (n=96)	Symptommanagement (n=124)	Sterbebegleitung (n=127)	Trauerarbeit (n=126)
Alter der Mitarbeiter*innen	-,002 (-,007 - ,007) ,970	-,070 (-,015 - ,005) ,303	-,192 (-,027 - -,004) ,010	-,003 (-,011 - ,011) ,976	,003 (-,011 - ,012) ,969
Geschlecht der Mitarbeiter*innen weiblich vs. männlich	-,048 (-,216 - ,075) ,339	-,017 (-,218 - ,161) ,765	-,056 (-,330 - ,131) ,393	,041 (-,161 - ,272) ,614	-,090 (-,366 - ,078) ,202
Arbeitsbereich der Mitarbeiter*innen	-,228 (-,251 - -,084) <,001	-,236 (-,310 - -,094) <,001	-,235 (-,341 - -,076) ,002	-,098 (-,190 - ,060) ,304	-,157 (-,252 - ,003) ,055
Teilnahmen an mind. 40h palliativer Fortbildung	,063 (-,080 - ,299) ,256	,157 (,051 - ,560) ,019	,150 (,016 - ,625) ,039	,060 (-,190 - ,381) ,510	,202 (,091 - ,675) ,011
Größe der Einrichtung Anzahl der Betten	-,009 (-,003 - ,003) ,881	,040 (-,003 - ,005) ,593	-,003 (-,005 - ,005) ,969	-,130 (-,007 - ,001) ,176	-,056 (-,006 - ,003) ,497
Versorgungsregion	-,013 (-,123 - ,097) ,816	,081 (-,052 - ,245) ,202	,026 (-,144 - ,210) ,715	,030 (-,136 - ,194) ,732	-,036 (-,209 - ,128) ,636
Teilnahme der Einrichtung an DWiN-Schulung	-,039 (-,251 - ,125) ,511	-,146 (-,558 - -,040) ,024	-,058 (-,425 - ,174) ,407	,004 (-,276 - ,288) ,967	-,109 (-,498 - ,077) ,150
Zentralitem: Hospizkultur in der Einrichtung (Note 1-5)	-,110 (-,197 - ,007) ,066	-,040 (-,173 - ,096) ,570	-,101 (-,271 - ,055) ,191	-,141 (-,267 - ,040) ,146	-,356 (-,490 - -,180) <,001
Einrichtung Kooperiert mit Hospizverein	,165 (,037 - ,185) ,004	--- ^a	,094 (-,040 - ,195) ,196	,131 (-,029 - ,190) ,149	,021 (-,098 - ,128) ,792
Einrichtung hat sich mit dem Thema beschäftigt	,128 (,029 - ,320) ,019	-,041 (-,269 - ,139) ,526	,323 (,311 - ,773) <,001	,240 (,089 - ,542) ,007	,197 (,073 - ,517) ,010
Es werden Notfallpläne erstellt	--- ^a	,149 (,006 - ,197) ,037	,340 (,142 - ,353) <,001	,240 (,032 - ,228) ,010	,230 (,048 - ,249) ,004

Einen zentralen Einfluss auf eine gute palliative Versorgung (alle Zielvariablen) zeigt sich in den Variablen, ob sich die Einrichtung grundsätzlich mit dem Thema der palliativen Versorgung im Heim auseinandergesetzt hat und ob Notfallpläne mit den Bewohner*innen erstellt werden. Weiterhin ist zu sehen, dass der Arbeitsbereich einen Einfluss auf die Beurteilung der palliativen Versorgung zu haben scheint, insofern, dass eher die Pflege, als der Betreuungsdienst oder die Hauswirtschaft die Versorgung positiver bewertet. Zudem zeigt sich, dass das Geschlecht der Mitarbeiter*innen sowie die Größe und Lage der Einrichtungen keinen Einfluss auf die palliative Versorgung zu haben scheinen (s. Tabelle 11).

3.1.4 Ergebnisse der Befragung von hinterbliebenen Angehörigen

Zur Ermittlung der Nutzerperspektive wurden hinterbliebene Angehörige der im Jahr 2019 in den Heimen verstorbenen Bewohner*innen befragt. In die schriftliche Angehörigenbefragung konnten nur Angehörige einbezogen werden, von denen in den Heimen zum Erhebungszeitpunkt noch gültige Kontaktdaten vorlagen. Bezogen auf die von den 25 Heimleitungen, die ihre Zusage zur Studienteilnahme nicht zurückgezogen hatten, genannten Fallzahlen zu verstorbenen Bewohner*innen des Jahres 2019, wurde in der schriftlichen Befragung ein Rücklauf von 26,9 % (n=149) erzielt. Bei fünf Fragebögen war eine Zuordnung, ob die verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen in einem Heim gelebt hatten, das die DWiN-Schulungsinitiative genutzt bzw. nicht genutzt hat, nicht möglich.

83 Angehörige (55,7%) haben die Freitextfelder für ergänzende Angaben zur Zusammenarbeit und Nicht-Einhaltung von Bewohnerwünschen genutzt sowie Hinweise, was sie besonders gelungen in der Begleitung ihrer Lieben im Heim am Lebensende empfunden haben aber auch, was sie für verbesserungsfähig halten, gegeben.

Charakteristika der befragten Angehörigen. Die hinterbliebenen Angehörigen, die sich an der Befragung beteiligt haben, waren zu 59,7% weiblich und im Durchschnitt 64,6 Jahre alt (SD 9,5). Mit 63,8% waren sie mehrheitlich verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft. Mit Blick auf den Bildungshintergrund zeigt sich, dass sich Angehörige mit (Fach-)Hochschulreife (39,6%) und Realschulabschluss (36,2%) häufiger an der Befragung beteiligt haben. 63% verfügen über eine Berufsausbildung und 31,5% über ein (Fach-)Hochstudium. 54,4% der Befragten waren zum Zeitpunkt des Todes ihrer Angehörigen erwerbstätig (55,3% Vollzeit). 42,3% der befragten Hinterbliebenen gaben an, dass sie mindestens einmal täglich bei ihren Lieben im Heim waren. 38,3% waren mehrmals wöchentlich und 16,1% mindestens einmal wöchentlich bei ihrer/ihrem Angehörigen im Heim zu Besuch (s. Tabelle 12).

Charakteristika der verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen. Nach den Angaben der befragten Hinterbliebenen handelte es sich bei der Mehrheit der Verstorbenen um die Eltern bzw. Schwiegereltern (72,5%) und zu einem deutlich geringeren Anteil um die Partner*in (10,1%), Geschwister (3,4%), eigene Kinder (1,3%) oder um sonstige Personen (12,8%), wie z.B. Tanten oder Freunde (n=149) (s. Tabelle 13).

Tabelle 12: Profil der befragten hinterbliebenen Angehörigen (n=149)

Merkmal	Angehörige insges. (n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Geschlecht weiblich	89 (59,7%)	60 (60%)	26 (59,1%)
Durchschnittliches Alter	64,6 Jahre (SD 9,5)	65,3 Jahre (SD 10,3)	63,0 Jahre (SD 8,0)
Familienstand			
▪ ledig/ verwitwet/ geschieden	54 (36,2%)	40 (40%)	12 (27,2%)
▪ verheiratet	95 (63,8%)	60 (60%)	32 (72,7%)
Schulbildung			
▪ kein Schulabschluss	2 (1,3%)	2 (2%)	-
▪ Haupt-/Volksschule	33 (22,1%)	28 (28%)	3 (6,8%)
▪ Realschule/Mittlere Reife	54 (36,2%)	33 (33%)	18 (40,9%)
▪ Fach/Hochschulreife	59 (39,6%)	36 (36%)	23 (52,3%)
▪ Keine Angabe	1 (0,7%)	1 (1%)	-
Ausbildung			
▪ Kein Ausbildungsabschluss	5 (3,4%)	5 (5%)	-
▪ Lehre/Fachschulausbildung	95 (63,8%)	62 (62%)	28 (63,6%)
▪ Fach/Hochschulstudium	47 (31,5%)	31 (31%)	16 (36,4%)
▪ Keine Angabe	2 (1,3%)	2 (2%)	-
Erwerbstätigkeit			
	81 (54,4%)	51 (51%)	26 (59,1%)
<i>Darunter:</i>			
▪ Vollzeitbeschäftigung	42 (28,2%)	28 (28%)	13 (29,5%)
▪ Teilzeitbeschäftigung	28 (18,8%)	17 (17%)	8 (18,2%)
▪ Geringfügige Beschäftigung	6 (4%)	3 (3%)	3 (6,8%)
▪ Keine Angabe	6 (4%)	3 (3%)	3 (6,8%)
Beziehung zu der/dem Verstorbenen			
▪ Ehe bzw. Lebenspartnerin/-partner	15 (10%)	14 (14%)	-**
▪ Kind	2 (1,3%)	2 (2%)	-**
▪ Elternteil	108 (72,5%)	62 (62%)	42 (95,5%) **
▪ Geschwister	5 (3,4%)	4 (4%)	1 (2,3%) **
▪ Andere Beziehung	19 (12,8%)	18 (18%)	1 (2,3%) **
Kontakthäufigkeit (letzte 4 Wochen)			
▪ seltener als wöchentlich	5 (3,4%)	2 (2%)	3 (6,8%)
▪ wöchentlich	24 (16,1%)	18 (18%)	4 (9,1%)
▪ mehrmals wöchentlich	57 (38,3%)	41 (41%)	16 (36,4%)
▪ einmal täglich	38 (25,5%)	25 (25%)	11 (25,0%)
▪ mehrmals täglich	25 (16,8%)	14 (14%)	10 (22,7%)

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001

a) 5 Angehörigenbögen konnten nicht zugeordnet werden

Entsprechend dem höheren Anteil im Heim lebender Frauen, handelte es sich bei den verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen zu 74,5% um weibliche Angehörige. Der Altersdurchschnitt der Verstorbenen lag bei ca. 88 Jahren (SD 8,3). Bezogen auf den Bildungshintergrund zeigte sich, dass die verstorbenen Angehörigen der Befragten in der Mehrzahl über einen Hauptschulabschluss (67,1%) und eine berufliche Ausbildung (63,1%) verfügten (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Soziodemografische Merkmale der verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen (n=149)

Merkmal	Verstorbene Angehörige insges. (n=149)	Verstorbene Angehörige der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Geschlecht weiblich	111 (74,5%)	71 (71%)	37 (84,1%)
Durchschnittlich erreichtes Alter	87,68 (s 8,34)	86,59 (s 8,48)	90,26 (s 7,65)
Familienstand			
▪ ledig / geschieden/	17 (11,4%)	12 (12%)	4 (9%)
▪ verheiratet	28 (18,8%)	23 (23%)	3 (6,8%)
▪ verwitwet	104 (69,8%)	65 (65%)	37 (84,1%)
Schulbildung			
▪ kein Schulabschluss	5 (3,4%)	4 (4%)	1 (2,3%)
▪ Haupt-/Volksschule	100 (67,1%)	73 (73%)	24 (54,5%)
▪ Realschule/Mittlere Reife	25 (16,8%)	11 (11%)	13 (29,5%)
▪ Fach/Hochschulreife	12 (8,0%)	6 (6%)	5 (11,4%)
▪ Keine Angabe	7 (4,7%)	6 (6%)	1 (2,3%)
Ausbildung			
▪ Kein Ausbildungsabschluss	36 (24,2%)	27 (27%)	8 (18,2%)
▪ Lehre/Fachschulausbildung	94 (63,1%)	59 (59%)	31 (70,5%)
▪ Fach/Hochschulstudium	8 (5,4%)	6 (6%)	2 (4,5%)
▪ Keine Angabe	11 (7,4%)	8 (8%)	3 (6,8%)

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001

a) 5 Angehörigenbögen konnten nicht zugeordnet werden

Nach Angaben der befragten Hinterbliebenen hatten die Verstorbenen im Durchschnitt über 3 Jahre der Einrichtung gelebt. Fast jede bzw. jeder Vierte (23,1%) hatte weniger als 6 Monate dort verbracht; 8,5% hatten 6 bis 12 Monate, 15,4% über ein Jahr und 53,1% über 2 Jahre in dem Heim gelebt (s. Tabelle 14).

An der Versorgung und Begleitung am Lebensende beteiligte externe Dienste. Neben den Hausärzt*innen der Bewohner*innen wurde nahezu jede bzw. jeder Fünfte durch einen SAPV-Dienst mitbetreut (18,1%) und zwar durchschnittlich über 10 Wochen (SD 15,3). Jede bzw. jeder Achte wurde am Lebensende hospizlich begleitet (12,8%). Die Begleitung durch Ehrenamtliche eines Hospizvereins erstreckte sich im Durchschnitt über einen Zeitraum von 10,6 Wochen (SD 10,0). Nach Angaben der befragten Angehörigen sind 85,9% der Bewohnerinnen und Bewohner im Heim und 13,4% im Krankenhaus verstorben (s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Krankheitslast, Pflegebedürftigkeit und Versorgung der verstorbenen Angehörigen aus Sicht der befragten Hinterbliebenen am Lebensende (n=149)

Merkmal	Verstorbene Angehörige insges. (n=149)	Verstorbene Angehörige der Heime^a mit Inhouse-Kurs (n=100)	ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	39,2 Monate	37,3 Monate	43,4 Monate
Dauer des Heimaufenthalt			
≤1 Monat	9 (6,0%)	8 (8%)	1 (2,3%)
1 bis 6 Monate	24 (16,1%)	19 (19%)	4 (9,1%)
>6 Monate bis 1 Jahr	8 (5,4%)	6 (6%)	2 (4,5%)
≥ 1 Jahr	89 (59,7%)	54 (54%)	32 (72,7%)
Keine Angabe	19 (12,8%)	13 (13%)	5 (11,4%)
Krankheitslast			
Anzahl chronischer Erkrankungen	1,99 (SD 1,28)	1,98 (SD 1,42)	2,02 (SD 0,96)
Mehrfacherkrankte (Multimorbidität: ≥3 chronische Erkrankungen)	39 (26,2%)	27 (27%)	11 (25,0%)
Häufigste (Haupt-)Diagnosen (Mehrfachnennungen)			
▪ Demenzielle Erkrankung	79 (53,0%)	57 (57,0%)	20 (54,5%)
▪ Koronare Herzerkrankung	42 (28,2%)	29 (29,0%)	11 (25,0%)
▪ Schlaganfall	37 (24,8%)	27 (27,0%)	9 (20,5%)
▪ Tumorerkrankung	24 (16,1%)	16 (16,0%)	8 (18,2%)
▪ Niereninsuffizienz	16 (10,7%)	10 (10,0%)	5 (11,4%)
▪ Chronisch Lungenerkrankung...	12 (8,1%)	7 (7,0%)	4 (9,1%)
B2 Pflegegrad gemäß SGB XI			
▪ Pflegegrad 1	1 (0,7%)	1 (1,0%)	-
▪ Pflegegrad 2	10 (6,7%)	9 (9,0%)	1 (2,3%)
▪ Pflegegrad 3	32 (21,5%)	18 (18,0%)	13 (29,5%)
▪ Pflegegrad 4	39 (26,2%)	29 (29,0%)	8 (18,2%)
▪ Pflegegrad 5	61 (40,9%)	40 (40,0%)	19 (43,2%)
▪ keine Angabe	6 (4%)	3 (3,0%)	3 (6,8%)
Hausärztliche Betreuung im Heim			
▪ durch bisherige/n Hausärztin/-arzt	105 (70,5%)	72 (72,0%)	29 (65,9%)
▪ durch andere/n Hausärztin/-arzt	40 (26,8%)	24 (24,0%)	15 (34,1%)
▪ nicht bekannt	4 (2,7%)	4 (4,0%)	-
SAPV-Betreuung (letztes Lebensjahr)	27 (18,1%)	22 (22,0%)	5 (11,4%)
Dauer in Wochen der SAPV-Betreuung	10,4 (SD 15,3)	10,9 (SD 17,3)	9,1 (SD 10,37)
Keine Angabe	14 (9,4%)	11 (11,0%)	2 (4,5%)
Begleitung durch Ehrenamtliche eines Hospizvereins im letzten Lebensjahr	19 (12,8%)	16 (16,0%)	3 (6,8%)
Dauer in Wochen hospizlicher Begleitung	10,6 (SD 10,0)	7,7 (SD 7,3)	18,1 (SD 13,9)
Keine Angabe	10 (6,7%)	7 (7%)	2 (4,5%)
Sterbeort			
▪ im Heim verstorben	128 (85,9%)	87 (87,0%)	36 (81,8%)
▪ im Krankenhaus verstorben	20 (13,4%)	12 (12,0%)	8 (18,2%)
▪ keine Angabe	1 (0,7%)	1 (1,0%)	-

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001

a) 5 Angehörigenbögen konnten nicht zugeordnet werden

Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung, Willensbekundungen der Bewohnerinnen und Bewohner. 42,3% der Hinterbliebenen gab an, dass Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung nicht gewünscht oder erforderlich waren. Ein Viertel der Hinterbliebenen (24,2%) konnte nicht einschätzen, ob ihre Angehörigen hilfreiche Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten haben. Die Angaben zu erhaltenen hilfreichen Gesprächsangeboten zur vorausschauenden Versorgungsplanung zeigen einen statistisch signifikanten Unterschied in der Verteilung (Mann-Whitney-U-Test, $p=.001$) zwischen Heimen, die das DWiN-Schulungsangebot genutzt bzw. nicht genutzt haben. In den Heimen, die das Schulungsangebot genutzt haben, erhielten die Bewohner*innen eher hilfreiche Gesprächsangebote als in Heimen, die die Schulungsinitiative nicht genutzt haben (s. Anhang B3.1).

75,2% der Befragten gaben an, dass ihre verstorbenen Angehörigen ihre Wünsche und Vorstellungen über die Behandlung und Versorgung im Falle einer schweren Erkrankung oder in Bezug auf das Sterben geäußert hatten. 70,5% hatten eine Patientenverfügung und 79,2% eine Vorsorgevollmacht hinterlegt. Wie in den bewohnerbezogenen Routinedaten zeigt sich hier ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Heimen, die sich an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligt bzw. nicht beteiligt haben: Nach den Angaben der Hinterbliebenen hatten 90% der in einem Heim verstorbenen Bewohner*innen, die die Schulungsinitiative nicht genutzt hatte, eine Willensbekundung geäußert, gegenüber 68% der in Heimen Verstorbenen, die das DWiN-Schulungsangebot genutzt hatten. In 81,2% der Fälle wurden nach den Angaben der Hinterbliebenen den Wünschen ihrer Angehörigen am Lebensende auch entsprochen. Auch hier zeigt sich ein höherer Anteil der Verstorbenen in den Heimen, die nicht an der DWiN-Schulungsinitiative teilgenommen haben, deren Wünsche und Präferenzen am Lebensende nach Einschätzung der Hinterbliebenen entsprochen wurde, wobei die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind (vgl. Anhang B3.1).

Die Auswertung der Freitextangaben der befragten Hinterbliebenen zeigt, dass die Nichteinhaltung der Wünsche am Lebensende zum einen daran lag, dass Wünsche nicht rechtlich umsetzbar waren („*Er wünschte sich schnelle Hilfe beim Sterben = Sterbehilfe.*“ A138). Zu anderen wurden Patientenverfügungen und Wünsche nicht beachtet („*Als meine Mutter meinen Vater nach dem Schlaganfall gefunden hat, wurde der Notarzt angerufen und nicht der Ordner mit der Patientenverfügung rausgesucht. Danach war "der Käse gegessen" und die Ablehnung notfallmedizinischer Maßnahmen spielten keine Rolle mehr,*“ A43) bzw. langes Leiden beschrieben („*Der Hausarzt ist jedoch wegen seines Praxisdienstes erst nach 12 Stunden zu meiner Mutter gekommen und hat sie lange leiden lassen!!*“ A45).

Insgesamt zeichnet sich in der Analyse der **Einschätzung der Versorgung am Lebensende durch die befragten hinterbliebenen Angehörigen** eine vergleichsweise positive Bewertung ab. Die überwiegende Anzahl der Hinterbliebenen gab an, dass sie im Großen und Ganzen mit der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Heim zufrieden waren,

wobei sich die Zufriedenheit mit der pflegerischen und medizinischen Versorgung signifikant voneinander unterscheidet ($p < .001$). Der Median der Einschätzung der hausärztlichen Versorgung in dem Heim war mit einem Wert von 4 („ziemlich zufrieden“) geringer als der auf die pflegerische Versorgung bezogene Median mit 5 („sehr zufrieden“) (s. Anhang B3.2). Insbesondere die von hausärztlicher Seite erhaltene „seelischen und moralischen Unterstützung“ wurde mit einem Median-Wert von 3 („trifft teils zu“) und die ärztliche Aufklärung wurde weniger positiv bewertet. Dabei wurde die überwiegende Anzahl der Verstorbenen (70,5%) nach den Angaben der befragten Hinterbliebenen im Heim von ihren bisherigen Hausärzt*innen betreut.

Mit Blick auf die krankheits-, prognose- und therapiebezogene ärztliche Aufklärung in den letzten Lebenswochen gab mit 36% über ein Drittel der Befragten an, dass ihre Angehörigen nicht mehr ansprechbar bzw. kommunikationsfähig waren. 21,5 bis 38% derer, die kommunikationsfähig waren, wurden nach dem Bekunden der befragten Hinterbliebenen nur wenig bis gar nicht verständlich und ausreichend von hausärztlicher Seite informiert. Im Vergleich zeigt sich, dass Bewohner*innen in Heimen, die sich an der DWiN-Schulungsinitiative beteiligten von hausärztlicher Seite signifikant mehr verständlich für die Erkrankung, den Verlauf und die Therapie informiert wurden, als Bewohner*innen in Heimen, die sich nicht an der DWiN-Schulungsinitiative beteiligten. Allgemein zeigt sich, dass die befragten Hinterbliebenen zu einem nicht unerheblichen Anteil (19%–47%) angaben, die ärztliche Betreuung nicht beurteilen zu können (Anhang B3.2). Insgesamt wurde von der Mehrzahl der hinterbliebenen Angehörigen (84,6%) die Zusammenarbeit des Fachpersonals als gut bewertet.

In der **Sterbephase** wurden die Bewohner*innen in den Einrichtungen zu einem sehr großen Anteil (93,3%) mit Respekt und Würde behandelt. Sie wünschten sich am Lebensende nach Angaben der Hinterbliebenen mehrheitlich (72,5%) keine Unterstützung bei spirituellen und existenziellen Fragen. Bei den Bewohner*innen, die dies wünschten, unterscheidet sich die Verteilung dahingehend, dass in Einrichtungen, die sich an der DWiN-Initiative beteiligten signifikant mehr hilfreiche Unterstützung in spirituellen und existenziellen Fragen erhalten wurde als in Einrichtungen, die sich nicht an der DWiN-Initiative beteiligt haben (s. Anhang B3.2). Zudem gaben 89,9% der befragten Hinterbliebenen an, dass ihre Angehörigen in Ruhe und Frieden verstarben. Es zeigt sich jeweils ein leichter bis mittlerer signifikanter Zusammenhang der Einschätzung, ob die Bewohner*innen „in Ruhe und Frieden verstorben“ sind mit der Bewertung des Schmerz- und Symptomanagements ($r_s = 0,293^{**}$ bis $0,474^{**}$ [$n = 90-126$]) sowie mit der generellen Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung ($r_s = 0,224^{**}$ [$n = 132$]).

Situation der hinterbliebenen Angehörigen in der letzten Lebensphase der Verstorbenen und in der Trauerphase. Für 75,2% der befragten Hinterbliebenen war die Begleitung ihrer/ihrer Angehörigen in der letzten Lebensphase persönlich eine sehr bzw. ziemlich starke Belastung, wobei von der überwiegenden Anzahl der Befragten die erlangte Unterstützung im Heim insgesamt positiv eingeschätzt wurde. Der Median der Bewertung

der in der Befragung erfassten Aspekte der Angehörigenbegleitung in der Sterbe- und Trauerphase lag bei 5 („trifft voll zu“). Eine Ausnahme bilden Informationen zu Hilfsangeboten, wie z.B. Trauergruppen mit einem Median von 2 („trifft wenig zu“). Über die Hälfte der Befragten, die diese gewünscht hätten, gab an, keine entsprechenden Informationen erhalten zu haben (54,6%). Zugleich signalisierten über ein Drittel der Befragten, dass sie diese nicht gewünscht waren. Zudem zeigt sich in der Verteilung dieser Variable ein signifikanter Unterschied zwischen Angehörigen von Bewohner*innen, die in Heimen gelebt haben, die sich an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligten, bzw. nicht beteiligten (vgl. Anhang B3.3). Ebenso zeigen sich diese Gruppenunterschiede bei der Frage nach der rechtzeitigen Information für das baldige Ableben der/s Bewohnerin/Bewohners und der Frage, wie sehr sich die befragten Hinterbliebenen kurz vor und nach dem Tod ihrer Angehörigen von Heimmitarbeiter*innen aufgefangen gefühlt haben. Die Antwortkategorien voll/meist wurden signifikant häufiger von Hinterbliebenen verstorbener Bewohner*innen aus Heimen, die sich an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligten, angegeben als von Hinterbliebenen verstorbener Bewohner*innen aus Heimen, die sich nicht an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligten (s. Anhang B3.3).

Mit einem Median von 4 („meist“) wurde die ärztliche Information und Aufklärung von der Mehrzahl der Angehörigen positiv eingestuft, wenngleich über ein Drittel der befragten Angehörigen angaben, kaum ausreichend von ärztlicher Seite informiert worden zu sein. Deutlich wird ferner, dass die Angehörigen, die Zeit und von ärztlicher und pflegerischer Seite erlangte „seelische und emotionale Unterstützung“ weniger positiv einstufen, besonders von ärztlicher Seite aber auch seltener erwarten. Knapp ein Drittel der Befragten (31,5%) gaben an, von hausärztlicher Seite dies nicht gewünscht zu haben. Von denen, die sich dies wünschten, erhielten mehr als die Hälfte (57,7%) keine oder nur wenig seelische und emotionale Unterstützung. Hinterbliebene verstorbener Bewohner*innen aus Heimen, die sich an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligten, gaben signifikant häufiger an, ausreichend über den Krankheitszustand von Ärzt*innen informiert worden zu sein und dass die Ärzt*innen genügend Zeit für die hinterbliebenen Angehörigen hatten, als dies Hinterbliebene verstorbener Bewohner*innen aus Heimen, die sich nicht an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligten, angaben (s. Anhang B3.3).

Aus Sicht der hinterbliebenen Angehörigen sollen Verbesserungen in den Bereichen der Personalausstattung der Heime, der ärztlichen Versorgung und spezieller Rahmenbedingungen der Heimversorgung erfolgen. In den Freitextangaben wurde unter anderem geschildert, dass eine gewisse Kontinuität bei der Versorgung erfolgen sollte, wie es eine Angehörige beschreibt:

„Ganz, ganz wichtig finde ich so viel wie möglich nur noch Pflegekräfte zu betreuen, die den Sterbenden lange kennen; damit die Kommunikation, die ja dann leise und unverständlich wird, wenigstens noch etwas funktioniert (z.B. Schlaganfall, Schwerhörigkeit). Diese Kräfte wissen durch ihre Erfahrungen auch, ob der Betreffende Lieblingspeisen hat, wann er sich wohlfühlt, seine Ruhe haben möchte, gerne das Fenster geöffnet hat. Sie kennen auch gewisse Handzeichen und erkennen so, ob jemand trinken möchte oder nicht!“ (A135)

Bei der ärztlichen Versorgung wird die Erreichbarkeit, Schmerztherapie aber auch Krankenhausentlassungsmanagement angesprochen, wie die folgenden Freitextangaben von Angehörigen illustrieren:

*„Der am Abend verständigte Hausarzt kam erst nach mehrmaligem Flehen um 14 Uhr des Folgetages.“ (A45),
„Bessere Schmerztherapie durch Palliativteam“ (A102)*

Weitere Ideen der Angehörigen zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende in Altenpflegeeinrichtungen bezogen sich

- auf spezielle Räumlichkeiten der Versorgung, die diese Angehörige anmerkt: *„Ein separater Raum außerhalb der Station. Die letzten Tage wären würdevoller für Bewohner und Angehörige.“ (A52),*
- auf das Räumen des Zimmers nach dem Versterben: *„Meine Mutter ist, obwohl sie bereits 94 Jahre zählte, recht unerwartet an einem Herzinfarkt beim Frühstück gestorben. Es war ein Freitag. Das Zimmer im Altenheim sollte allerdings binnen 3 Tagen geräumt werden. Das ist nicht besonders mitfühlend, auch wenn die Heimordnung das vorsieht“ (A78) und*
- auch bezogen auf die Personalführung der Leitungspersonen: *„Für dieses Pflegeheim wünsche ich mir, dass die Leitungsebenen die Bedürfnisse der Mitarbeiter mehr berücksichtigen und kooperativer z.B. mit der Zuweisung von Schichten/Arbeitszeiten umgehen. Die Motivation engagierter Mitarbeiter leidet, wenn sie nur rumgeschubst werden.“ (A43).*

3.1.5 Versorgung am Lebensende im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen im Spiegel der Routinedaten der Heime

Während aus 18 Heimen ein Struktur- und Leitungsfragebogen zurückgesandt wurde, erhielten wir nur aus 16 Heimen Erhebungsbögen mit den personenbezogenen und Versorgungsdaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen. Es ist anzunehmen, dass die Heimleitungen angesichts der im Frühjahr des Jahres 2020 bedingt durch die Corona-Pandemie zunehmend schwierigen und angespannten Situation in den Heimen nicht mehr die Zeit gefunden haben, um für jede verstorbene Bewohnerin und jeden verstorbenen Bewohner des Jahres 2019 aus der Pflegedokumentation die Daten herauszuarbeiten. Insgesamt liegen 363 Erhebungsbögen vor. Bezogen auf die im Vorfeld von den 25 Heimleitungen, die die Teilnahme zugesagt und nicht zurückgezogen hatten, genannten Fallzahlen entspricht dies einer Rücklaufquote von 52,8% (s. Tabelle 5).

Die Analyse der 363 dokumentierten Sterbefälle zeigt, dass es sich mit 70,7% bei den Verstorbenen in der Mehrzahl um Frauen handelte. Das erreichte Lebensalter lag im Mittel bei 87 Jahren (SD 8,4). Entsprechend der höheren Lebenserwartung von Frauen war das erreichte Lebensalter der verstorbenen Bewohnerinnen mit durchschnittlich 88 Jahren (SD: 7,8) deutlich höher als das der verstorbenen Bewohner mit 84 Jahren (SD: 9,2). Mit 76,8% war die überwiegende Anzahl der verstorbenen Bewohner*innen alleinstehend (s. Tabelle 15). Insgesamt verfügten jedoch über 90% über An-/Zugehörige, mit denen sie regelmäßig im Kontakt standen (s. Tabelle 17).

Während knapp zwei Drittel der verstorbenen Bewohner*innen länger als ein Jahr im Heim gelebt hatte, waren 12,7 Prozent bereits innerhalb des ersten Monats und weitere 14,6% vor Ablauf eines halben Jahres nach dem Einzug in das Heim verstarben (s. Tabelle

15). Dabei zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Bewohnerinnen lebten mit durchschnittlich 42 Monaten (SD: 53,9) deutlich länger im Heim als Bewohner mit 25 Monaten (SD: 31,1; T-Test, $p=,000$).

Krankheitslast und Pflegebedürftigkeit. Im Mittel lagen bei den Verstorbenen 3 Diagnosen chronischer Erkrankungen vor. Insgesamt waren knapp zwei Drittel mehrfacherkrankt. Zu den häufigsten Diagnosen zählen mit 43,3% die koronaren Herzerkrankungen, gefolgt von demenziellen Erkrankungen (36,8%), Hypertonie (32,8%), Niereninsuffizienz (23,4%), Diabetes mellitus (20,2%) und Schlaganfall (19,4%). Bei 16,2% der Verstorbenen lag eine Tumorerkrankung vor. Ferner zeigt sich, dass die Mehrzahl der 2019 verstorbenen Bewohner*innen in der letzten Lebensphase im hohen Maß auf pflegerische Unterstützung angewiesen war. Bei jeweils einem Drittel der Bewohner*innen lag ein Pflegegrad 4 oder 5 vor (s. Tabelle 16).

Tabelle 15: Persönliche Merkmale der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Geschlecht weiblich	256 (70,7%)	180 (70,9%)	76 (70,4%)
Erreichtes durchschnittliches Lebensalter	87,0 Jahre (SD 8,4)	85,9 Jahre (SD 8,7)	89,6 Jahre (SD 7,0)
Familienstand			
▪ alleinstehend (ledig/verwitwet)	279 (76,8%)	186 (72,9%)	93 (86,1%)*
▪ verheiratet/ zusammenlebend	72 (19,8%)	59 (23,2%)	13 (12,0%) *
▪ keine Angaben	12 (3,3%)	10 (3,9%)	2 (1,9%)
An-/Zugehörige (Kontaktpflege im Heim)	333 (92,5%)	231 (91,7%)	102 (94,4%)
Dauer des Heimaufenthalts			
≤1 Monat	46 (12,7%)	36 (14,3%)	10 9,3%)
1 bis 6 Monate	53 (14,6%)	40 (15,9%)	13 12,2%)
>6 Monat bis 1 Jahr	31 (8,5%)	19 (7,5%)	11 11,2%)
≥ 1 Jahr	229 (63,1%)	157 (62,3%)	72 (67,3%)
Keine Angabe	4 (1,1%)	3 (1,2%)	1 (0,9%)

Signifikanz: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Versorgung am Lebensende. Drei Viertel der Bewohner*innen wurden in der letzten Lebensphase von den begleitenden Diensten in der Einrichtung betreut. Insgesamt betrachtet, standen die seelsorgerische Begleitung (29,5%) und Physiotherapie (24,2%) im Vordergrund. Bezogen auf die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an dem DWiN-Projekt zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede in der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner durch begleitende Dienste der Einrichtung. Während in den Heimen, die die Schulungsinitiative genutzt haben, Bewohner*innen in der letzten Lebensphase sowohl deutlich häufiger seelsorgerisch oder psychologisch begleitet wurden, war in den Heimen, die die Schulungsinitiative nicht aufgegriffen haben, die Sozialarbeit und Physiotherapie häufiger in die Betreuung einbezogen (s. Tabelle 17).

Tabelle 16: Krankheitslast und Grad der Pflegebedürftigkeit der 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Durchschnittliche Anzahl chronischer Erkrankungen	2,98 (SD 1,41)	2,97 (SD 1,38)	3,00 (SD 1,49)
Anzahl mehrfacherkrankter Bewohnerinnen/ Bewohner (≥ 3 chron. Erkrankungen)	221 (62,2%)	159 (62,4%)	62 (57,5%)
Häufigste (Haupt-)Diagnosen			
▪ Koronare Herzerkrankung	152 (43,3%)	113 (44,3%)	39 (36,1%)
▪ Demenzielle Erkrankung	122 (36,8%)	89 (34,9%)	40 (37,0%)
▪ Hypertonie	115 (32,8%)	73 (28,6%)	42 (38,9%) *
▪ Niereninsuffizienz	82 (23,4%)	63 (24,7%)	19 (17,6%)
▪ Diabetes mellitus	71 (20,2%)	53 (20,8%)	18 (16,7%)
▪ Schlaganfall	68 (19,4%)	51 (20,0%)	17 (15,7%)
▪ Tumorerkrankung	54 (16,2%)	43 (16,9%)	14 (13,0%)
▪ Chronische Lungenerkrankung	41 (11,7%)	30 (11,8%)	11 (10,2%)
▪ Morbus Parkinson	33 (9,4%)	24 (9,4%)	9 (8,3%)
Pflegegrad gemäß SGB XI			
▪ Pflegegrad 1	–	–	–
▪ Pflegegrad 2	38 (10,5%)	27 (10,6%)	11 (10,2%)
▪ Pflegegrad 3	68 (18,7%)	50 (19,6%)	18 (16,7%)
▪ Pflegegrad 4	121 (33,3%)	81 (31,8%)	40 (37,0%)
▪ Pflegegrad 5	130 (35,8%)	91 (35,7%)	39 (36,1%)
▪ Keine Angaben	6 (1,7%)	6 (2,4%)	–

Signifikanz: * p <.05, ** p <.01, *** p <.001

6,4% der Bewohner*innen wurden im letzten Lebensjahr durch SAPV-Dienste und 13,9% durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen von Hospizdiensten mitbetreut. Die Dauer der SAPV-Betreuung lag im Mittel bei 5 Wochen und die Begleitung durch Hospizhelfer*innen bei 4 Wochen (s. Tabelle 17). Deutlich wurde hier ein mittlerer statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Größe des Standortes der Heime und der Häufigkeit der Einbindung eines Hospizdienstes in die Betreuung ($r_s: .402, p <.001$). Dies deutet darauf hin, dass eine hospizliche Begleitung im städtischen Raum aufgrund der andersgelagerten der Rahmenbedingungen und Vernetzungsmöglichkeiten eher erfolgt bzw. möglich ist als im ländlichen Raum (vgl. a. Schneider et al. 2017, S.123).

Über die Hälfte der Verstorbenen wurde fachärztlich mitbetreut worden. Lebenserhaltende Maßnahmen wurden in den letzten Monaten selten eingeleitet: rd. 3% der verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner (n=10) wurde innerhalb der letzten 3 Lebensmonate eine PEG-Sonde gelegt. Eine Chemotherapie hatten sieben der Bewohnerinnen bzw. Bewohner (2%) im letzten Lebensmonat erhalten. Dies war jeweils vorrangig unter Bewohnerinnen und Bewohnern der an der DWiN-Schulungsinitiative beteiligten Heime der Fall. Insgesamt sind die Fallzahlen jedoch äußerst gering und kein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Versorgungssituation der 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Betreuung durch begleitende Dienste der Einrichtung (letztes Lebensjahr)	269 (74,1%)	198 (77,6%)	71 (65,7%)
▪ Physiotherapie	88 (24,2%)	49 (19,2%)	39 (36,1%) **
▪ Ergotherapie	27 (7,4%)	20 (7,8%)	7 (6,5%)
▪ Logopädie	13 (3,6%)	10 (3,9%)	3 (2,8%)
▪ Seelsorge	107 (29,5%)	90 (35,3%)	17 (15,7%) **
▪ Psychologie	15 (4,1%)	15 (5,9%)	- **
▪ Sozialarbeit/Sozialpädagogik	16 (4,4%)	2 (0,8%)	14 (13%) **
SAPV-Betreuung im letzten Lebensjahr	23 (6,4%)	16 (6,3%)	7 (6,5%)
Mittlere Dauer der SAPV-Betreuung	5,1 (SD 6,9) Wochen	6,1 (SD 7,6) Wochen	1,9 (SD 1,8) Wochen
Begleitung durch Ehrenamtliche eines Hospizvereins im letzten Lebensjahr	50 (13,9%)	40 (15,7%)	10 (9,3%)
Mittlere Dauer der hospizlichen Begleitung	4,1 (SD 3,8) Wochen	4,3 (SD 3,9) Wochen	2,9 (SD 3,0) Wochen
Fachärztliche Mitbehandlung (letzte 6 Lebensmonate)	203 (55,9%)	137 (53,7%)	66 (61,1%)
PEG-Anlage (letzte 3 Lebensmonate)	10 (2,8%)	9 (3,5%)	1 (0,9%)
Chemotherapie (letzter Lebensmonat)	7 (1,9%)	7 (2,7%)	0
Mindestens ein Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Lebensmonaten	163 (44,9%)	103 (40,4%)	60 (55,6%) **

Signifikanz: * p <.05, ** p <.01, *** p <.001

Bezogen auf Krankenseinweisungen der Bewohner*innen in den letzten Lebensmonaten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Heimen, die das Schulungsangebot zur palliativen Praxis für die Mitarbeitenden genutzt bzw. nicht genutzt haben: Der Anteil der Bewohner*innen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Verlauf der letzten 6 Lebensmonate, war mit 40% gegenüber rd. 56% in den Heimen, die das Schulungsangebot genutzt haben deutlich niedriger (s. Tabelle 17), obgleich sich die Bewohner*innen bezüglich der Krankheitslast und dem Grad der Pflegebedürftigkeit nicht signifikant unterscheiden (s. Tabelle 17). Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus lag im Mittel bei jeweils 8 Tagen. Des Weiteren zeigte sich, dass es sich jeweils vornehmlich um ungeplante Krankenhausaufenthalte handelte (Anteil geplanter Krankenhausaufenthalte: 3,1%, ungeplanter Krankenhausaufenthalte: 43,3%).

Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung, Dokumentation und Beachtung von Willensbekundungen der Bewohnerinnen und Bewohner. Knapp der Hälfte der verstorbenen Bewohner*innen wurden im Heim Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung angeboten. Mit insgesamt 28,7% wurden die Gespräche geführt, 17,6% hatten dies nicht gewünscht. Insgesamt hatten mit 71,9% mehr als zwei Drittel der Bewohner*innen vor dem Tod ihre Wünsche geäußert. Davon hatten 90% eine

Vorsorgevollmacht und/oder 65,3% eine Patientenverfügung. Von sieben Bewohner*innen (2,1%) war eine Willensbekundung in anderer Form erfolgt und dokumentiert worden (s. Tabelle 18). Sowohl hinsichtlich der Gesprächsangebote als auch der Hinterlegung von Willensbekundungen zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Heimen, die das Schulungsangebot genutzt bzw. nicht genutzt haben: In den Heimen, die die Schulungsinitiative nicht aufgegriffen haben, war der Anteil der verstorbenen Bewohner*, denen Gespräche angeboten worden war und von denen eine Willensbekundung vorlag jeweils deutlich höher (s. Tabelle 12).

Tabelle 18: Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (ACP), Willensbekundungen und Sterbeort der 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Gesprächsangebote und Willensbekundungen zur Therapie/Versorgung			
Angebot von ACP-Gesprächen im Heim			
▪ Gespräch im Heim angeboten	104 (28,7%)	63 (24,7%)	41 (38,0%) **
▪ Gespräch nicht gewünscht	64 (17,6%)	54 (21,2)	10 (9,3%)
Willensbekundungen der Bewohnerin/des Bewohners zu Therapie/Versorgung	258 (71,1%)	173 (67,8%)	85 (78,7%) **
▪ Vorsorgevollmacht lag vor	235 (64,7%)	157 (61,6%)	78 (72,2%)
▪ Patientenverfügung lag vor	169 (46,6%)	108 (42,4%)	61 (56,5%)
▪ Wunsch des Verzichts auf Therapiemaßnahmen oder Reanimation geäußert	155 (42,7%)	104 (40,8%)	51 (47,2%)
Dem Wunsch wurde entsprochen	149 (96,1%)	100 (96,2%)	49 (96,1%)
Sterbeort			
▪ im Heim verstorben	280 (77,1%)	200 (78,4%)	80 (74,1%)
▪ im Krankenhaus verstorben	73 (20,1%)	49 (19,2%)	24 (22,2%)
▪ keine Angabe	10 (2,8%)	6 (2,4%)	4 (3,7%)

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001

Insgesamt hatten 43,5% der Bewohner*innen einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen verfügt, dem nach den Angaben der Heimleitungen in 96,1% dieser Fälle auch entsprochen wurde. Mit Blick auf den Sterbeort zeigt sich, dass die überwiegende Anzahl der Bewohner* im Heim verstorben ist (77%). In den Heimen, die die Qualifikationsinitiative des DWiN nicht genutzt hatten, war der Anteil etwas geringer als in den Heimen, die das Angebot genutzt hatten (74,1% vs. 78,4%) (s. Tabelle 18).

Mit Blick auf den Sterbeort zeichnet sich in der bivariaten Analyse ab, dass Bewohner*innen, die ihre Wünsche zur Betreuung am Lebensende geäußert haben, eher im Heim verstarben ($r_s: -.178, p<.01$). Ferner zeigt sich ein leichter statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Sterbeort ($r_s: -.132, p<.05$), d.h. je älter Bewohner*innen waren, desto eher sind sie im Heim verstorben. Auch zeichnet sich ein leichter Zusammenhang zwischen Sterbeort und der Begleitung durch Ehrenamtliche eines Hospizdienstes ab ($r_s: .129, p <.05$).

Vertiefende Analysen mittels logistischer Regression mit gemischten Effekten zeigen eine deutliche, statistisch nicht signifikante Tendenz, dass in Heimen, die sich nicht an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligt haben, eine zweieinhalbfach größere Chance besteht am Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden als in Heimen, die sich an der Schulungsinitiative beteiligten (s. Tabelle 19).

Deutlich wird, dass andere Faktoren einen stärkeren Effekt auf die Ausprägung der ausgewählten Indikatoren der Palliativversorgungen haben. Die logistische Regression mit gemischten Effekten zeigt, dass der Standort der Pflegeeinrichtung einen signifikanten Einfluss auf die Einbindung von ehrenamtlichen Hospizdiensten hat: Die Wahrscheinlichkeit, Hospizdienste in Anspruch zu nehmen, ist in einem städtischen Gebiet deutlich höher als in ländlichen Regionen (Odds Ratio: 74,75***). Das Alter der verstorbenen Bewohner*innen hat einen signifikanten Einfluss darauf, ob Bewohner*innen in der letzten Lebensphase in das Krankenhaus eingewiesen wurde und im Krankenhaus gestorben ist oder nicht (Odds Ratio: .85***, 1.05**, .97** und 0.96**). Krankenhausaufenthalte und Sterben im Krankenhaus waren bei älteren Bewohner*innen seltener. Auch das Geschlecht hat einen signifikanten Einfluss: Bewohnerinnen haben eine höhere Chance, vom Hospizdienste begleitet zu werden als Bewohner (Odds Ratio: 5,26***). Die Krebserkrankung zeigt ebenfalls einen signifikanten Einfluss darauf, ob Bewohner*innen SAPV und Begleitung durch Hospizdienste erhalten oder nicht (Odds Ratio: 5,20**, Odds Ratio: 3,97**). Die Wahrscheinlichkeit, SAPV- oder hospizliche Begleitung zu erhalten, ist bei Bewohner*innen mit einer Krebserkrankung etwa fünfmal bzw. fast viermal so hoch. Auch die Aufenthaltsdauer hat einen Einfluss auf die Hospitalisierung: Bewohner*innen, die länger als ein Jahr in der Einrichtung leben, werden 2,6-mal häufiger am Lebensende ins Krankenhaus eingewiesen als Bewohner*innen, die kürzer als ein Jahr in der Einrichtung leben (Odds Ratio: 2,56**). Alle anderen Parameter zeigen keinen signifikanten Einfluss (s. Tabelle 19).

3.1.6 Zwischenfazit der Ergebnisse der quantitativen Teilstudie

Ziel der quantitativen Ist-Analyse war es, Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob und inwieweit durch das Modellprojekt des DWiN eine nachhaltige Verankerung von Palliativkompetenz und einer Hospizkultur in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe erzielt werden kann.

Vorauszuschicken ist, dass die **Mitwirkungsbereitschaft an der Studie** in den Heimen des Trägerverbands verhalten war, was auch im Kontext der insgesamt angespannten Situation im Heimsektor zu werten ist (vgl. z.B. Isfort et al. 2018; Schneekloth & von Thorne 2007). Mit Blick auf die **Aussagefähigkeit der Ergebnisse der quantitativen Teilstudie** ist daher davon auszugehen, dass sich vorrangig Heime an der Studie beteiligt haben, in denen eine palliative Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase und die Entwicklung einer Hospizkultur eine hohe Bedeutung beigemessen wird.

Tabelle 19 Einfluss ausgewählter Heim- und Bewohnermerkmale auf dokumentierte Aspekte der Palliativversorgung 2019 verstorbener Bewohner*innen (n=363)
(Teilnahme an der DWiN-Schulung, Region und Größe der Einrichtung sowie Alter, Geschlecht, Verweildauer und Krankheiten der verstorbenen Bewohner) (gemischte Effekte logistische Regression)

	Odds ratios p> z			
	SAPV	Hospizdienst	Anzahl Krankenhauseinweisungen	Sterbeort Krankenhaus
DWiN Schulung palliative Praxis Nein vs. ja	1,602 0,726	,944 0,958	2,459 0,052	,735 0,499
Region der Einrichtung: städtisch vs. ländlich	1,725 0,792	74,754 0,001	,339 0,103	2,115 0,216
Größe der Einrichtung: Anzahl der Betten	1,015 0,590	,964 0,183	1,011 0,215	,990 0,185
Alter verstorbener Bewohner*innen	,998 0,949	1,017 0,537	,966 0,013	,962 0,024
Geschlecht verstorbener Bewohner*innen weiblich vs. männlich	1,389 0,619	5,259 0,005	,783 0,348	,706 0,278
Erkrankungen: Demenz Ja vs. Nein	1,015 0,979	,964 0,938	,803 0,386	,710 0,293
Krebs ja vs. nein	5,197 0,004	3,975 0,011	,951 0,879	,764 0,519
Dauer des Heimaufenthaltes: >1 Jahr vs. <1 Jahr	2,477 0,450	1,587 0,572	2,563 0,025	1,003 0,994

SAPV= spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Von den 146 Heimen des Trägerverbands hatten sich zunächst 28 Leitungen zu einer Beteiligung an der quantitativen Teilstudie bereit erklärt. Von ihnen konnten 10 Heime dies angesichts der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 jedoch nicht realisieren. An der quantitativen Teilstudie beteiligten sich schließlich nur 18 der 146 vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe des Trägerverbands. Dies entspricht einer Beteiligungsquote von rd. 12% der Heime. Bezogen auf die 28 Heime aus denen eine schriftliche Zusage der Mitwirkung vorlag, wurde damit Beteiligungsquote von rd. 64% erzielt, bzw. rd. 72% bezogen auf die 25 Heime die ursprünglich ihre Mitwirkung zugesagt und diese nicht im Vorfeld der Verteilung der Erhebungsunterlagen nicht abgesagt hatten.

Die erreichten Beteiligungsquoten liegen im Rahmen der in anonymen schriftlichen Befragungen im Heimsektor auf Leitungsebene erzielten Rücklaufquoten. So wurde 2015/16 in einer landesweiten Online Befragung zur „Hospizkultur und Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in NRW“ unter Leitungskräften eine Beteiligungsrate von 26% erreicht (Wiefels et al. 2017, S. 14). In der 2016/17 durchgeführten bundesweiten Online Befragung zum „Sterben zuhause im Heim (SiH)“ konnte nach intensiven Nachfassaktionen unter den Heimleitungen eine Rücklaufquote von rd. 15% erzielt werden (Schneider et al. 2018, S. 27). Im Rahmen einer bundesweiten Online Befragung von Leitungskräften zur Situation in der stationären Langzeitpflege wurde 2017/18 ein Rücklauf von 8% erreicht (Isfort et al. 2018, S. 49). Allerdings handelt es sich bei den genannten Studien jeweils ausschließlich um eine Befragung der Leitungskräfte. Im Rahmen des ImpAct-Projekts waren die Leitungskräfte gefordert, für das Ausfüllen der Datenblätter zur Erfassung von Eckdaten der Versorgung der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen Sorge zu tragen, die Fragebögen an deren Angehörige und an die Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche weiterzuleiten. Es ist zu vermuten, dass bei einem Teil der Leitungskräfte das Absehen von einer Studienteilnahme auch in der damit verbundenen Bindung von Ressourcen und weniger in Desinteresse begründet war.

Die Teilnahme von Mitarbeiter*innen der bewohnernahen Bereiche an der Befragung belief sich auf 186 verwertbare Fragebögen. Dies spricht rd. 11% bezogen auf die Anzahl der Mitarbeiter*innen der 28 Heime (n=1672), die eine Mitwirkung zugesagt hatten, bzw. rd. 12% bezogen auf die 25 Heime (n=1542), die ihre Zusage nicht zurückgezogen hatten. George et al. (2015) konnten in ihrer Befragung der Beschäftigten zum „Sterbeort Heim“ 11% Prozent der angesprochenen Heime erreichen, jedoch keine Angaben zur Rücklaufquote bezogen auf die Anzahl der Mitarbeitenden der beteiligten Heime machen.

Bezogen auf die von den 25 Heimleitungen, die ihre Zusage zur Studienteilnahme nicht zurückgezogen hatten, genannte Anzahl an 579 Angehörigen verstorbener Bewohner*innen des Jahres 2019, wurde in der schriftlichen Befragung der hinterbliebenen Angehörigen ein Rücklauf von rd. 26 % (n=149) erzielt. In einer landesweiten Befragung von hinterbliebenen Angehörigen in Rheinland-Pfalz zur Versorgung am Lebensende

konnte im Zeitraum von September 2008 bis Januar 2009 ein Rücklauf von 36 % erzielt werden (Escobar Pinzón et al. 2010). Das Studiensample ist jedoch nicht mit dem der Angehörigenbefragung im Rahmen des ImPAct Projekts vergleichbar.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Summe betrachtet lassen die Angaben der befragten professionellen Akteur*innen darauf schließen, dass in den Einrichtungen, die sich an der Studie beteiligt haben, der Palliativkompetenz und Hospizkultur insgesamt ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Insbesondere auf Leitungsebene zeichnet sich in den Befragungsergebnissen eine positive (Selbst-)Einschätzung ab. Sowohl die Ergebnisse der Analyse der von den Leitungen übermittelten Strukturdaten und der Versorgungsdaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen als auch die Ergebnisse der Befragungen der Mitarbeiter*innen- und Angehörigen lassen gleichwohl bezogen auf die erfassten Indikatoren der Palliativversorgung und Hospizkultur (Pasman et al. 2009; Radbruch et al 2015; Froggatt et al. 2020) zwischen den Heimen, die das Fortbildungsangebot für Mitarbeitende genutzt bzw. nicht genutzt haben, Unterschiede erkennen, die für eine Stärkung der Palliativkompetenz unter den Mitarbeitenden in den bewohnernahen Bereichen und eines palliativen Versorgungsansatzes am Lebensende durch die Schulungsinitiative zur „Palliativen Praxis“ sprechen.

Mit Blick auf die **Erweiterung palliativer Kompetenzen der Mitarbeitenden** zeigt sich, dass in den Einrichtungen, die die DWiN-Schulungsinitiative genutzt haben, ein deutlich höherer Anteil der Mitarbeitenden einen Basiskurs zur palliativen Praxis absolviert hat (37,8% vs. 5,7%). Die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeitenden deuten ferner daraufhin, dass in diesen Heimen **Freiräume für die Umsetzung des Palliative Care Konzepts** der Einrichtung und tendenziell auch die Teilnahmemöglichkeiten und Umsetzung der Inhalte entsprechender Fortbildungen aus Sicht der Mitarbeiter*innen eher gegeben sind als in Einrichtungen, die die Schulungsinitiative (bisher) nicht aufgegriffen haben.

Die **Begleitung von Bewohner*innen und Angehörigen in der Sterbephase** wurde von den befragten Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen positiv eingestuft. Allerdings wurden insbesondere die Rahmenbedingungen, wie Freiräume für die Umsetzung palliativer Versorgungskonzepte und die Kooperation mit externen Partner*innen im Kontext der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen (z.B. mit Hausärzt*innen, Hospiz- und SAPV-Diensten) seitens der Mitarbeiter*innen verhaltener eingeschätzt. Zugleich unterstreichen die Angaben der Befragten, dass die Begleitung sterbender Bewohner*innen im Arbeitsalltag durchweg präsent ist: Mit durchschnittlich 10 Todesfällen im letzten Jahr, darunter jeweils 6 bis 7 Bewohner*innen, bei denen eine Palliativsituation vorlag, sahen sich die befragten Mitarbeiter*innen in den bewohnernahen Bereichen nahezu monatlich mit einem Todesfall konfrontiert und jeden zweiten Monat gefordert, Bewohner*innen und deren Angehörige in Palliativsituationen zu begleiten.

Eine betont positive Einschätzung der Versorgung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase und der Angehörigenbegleitung zeichnet sich gleichermaßen in den Ergebnissen der Befragung der hinterbliebenen Angehörigen ab. Deutlich wurde ferner, dass von Angehörigenseite die pflegerische Versorgung rückblickend im Vergleich zu der ärztlichen Betreuung der Bewohner*innen positiver eingestuft wurde.

Die Versorgungsdaten der verstorbenen Bewohner*innen lassen eine stärker ausgeprägte **multiprofessionelle und holistische Versorgungspraxis** in den Heimen erkennen, die sich an dem DWiN-Projekt beteiligt haben.

Mit Blick auf den in der palliativen Versorgung zentralen **holistischen Ansatz** zeigte sich anhand der Analyse der Routinedaten, dass die Bewohner*innen in Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative des DWiN aufgegriffen hatten, häufiger seelsorgerisch und psychologisch mitbetreut wurden. Demgegenüber stand in den Heimen, die nicht an dem Modellprojekt teilgenommen haben, die Begleitung durch Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Physiotherapie stärker im Vordergrund.

Auch die Ergebnisse der Angehörigenbefragung deuten darauf hin, dass in den Heimen, die die DWiN-Schulungsinitiative zur Palliativen Praxis aufgegriffen haben, ein körperliche, psychosoziale und spirituelle Aspekte berücksichtigter Ansatz in der Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende konsequenter praktiziert wird.

Die **Kooperation mit Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung** wird insgesamt von den Befragten vergleichsweise positiv eingestuft. Hier zeichnet sich aus Leitung- und Angehörigensicht mit Blick auf die Qualität der Kooperation eine etwas positivere Einschätzung durch die Befragten der Einrichtungen ab, die die Fortbildungsinitiative des DWiN genutzt haben. Auf der Ebene der Mitarbeitenden werden die kooperativen Bezüge hingegen von den Befragungsteilnehmer*innen aus den Einrichtungen, die nicht an Schulungsinitiative teilgenommen haben, häufiger positiv eingeschätzt. Die Analyse der Routinedaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen zeigte, dass ehrenamtliche Hospizhelfer*innen in den Heimen, die die Fortbildungsinitiative aufgegriffen haben, häufiger in die Begleitung von Bewohner*innen am Lebensende eingebunden worden waren (16% vs. 9%). Während sich die dokumentierte Einbeziehung von SAPV-Diensten in die Versorgung nur marginale unterscheidet (6,3% vs. 6,5%).

Etwas anders stellt sich das Bild aus Sicht der befragten Hinterbliebenen insbesondere bezogen auf die SAPV dar: Demnach wurde jede*r fünfte Bewohner*in durch einen SAPV-Dienst mitbetreut (18,1%) und zwar durchschnittlich über 10 Wochen (SD 15,29). Jede*r Achte wurde am Lebensende hospizlich begleitet (12,8%). Die Begleitung durch ehrenamtliche Hospizhelfer*innen erstreckte sich den Angaben der Angehörigen zufolge im Durchschnitt über einen Zeitraum von 10,6 Wochen (SD 10,0).

Weniger eindeutig ist auch das Bild, das sich mit Blick auf die Ermittlung, Dokumentation und **Beachtung der Wünsche und Präferenzen der Bewohner*innen** abzeichnet. Nach den

Angaben der Heimleitungen lag bei 71,1% der verstorbenen Bewohner*innen eine dokumentierte Willensbekundung vor. Bei einem Vergleich der Heime, die an der Schulungsinitiative des DWiN teilgenommen bzw. nicht teilgenommen haben, zeigt sich, dass dies in den nicht an dem DWiN Projekt beteiligten Heimen häufiger der Fall war (78,7% vs. 67,8%). Zugleich wurden in diesen Heimen nach den Angaben der Heimleitungen den Bewohner*innen häufiger Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung angeboten (38,0% vs. 24,7%), während in der Angehörigenbefragung Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung von den befragten Hinterbliebenen verstorbener Bewohner*innen häufiger genannt wurden, die in einem Heim gelebt hatten, das das DWiN-Schulungsangebot genutzt hatte. Insgesamt erscheint der Anteil der Bewohner*innen mit einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung (70,5% und 79,2%) in den untersuchten Heimen vergleichsweise hoch.

Ferner deuten die Ergebnisse darauf hin, dass in den an Studie beteiligten Heimen in der Versorgungspraxis ein besonderer Akzent auf der **Wahrung des Selbstbestimmungsrechts** der Bewohner*innen gelegt wird. Nach den Angaben der Hinterbliebenen wurde in 81,2% den Wünschen ihrer Angehörigen am Lebensende auch entsprochen. In den Heimen, die nicht an der DWiN-Schulungsinitiative teilgenommen haben, wurde nach Einschätzung der Hinterbliebenen den Wünschen und Präferenzen der Bewohner*innen am Lebensende etwas häufiger entsprochen, wobei die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind.

Die Ergebnisse der Analyse der Routinedaten deuten darauf hin, dass in den Einrichtungen, die die DWiN-Schulungsinitiative genutzt haben, **Krankenhauseinweisungen in der letzten Lebensphase** zurückhaltender erfolgten als in den Heimen, die die Initiative nicht genutzt haben (rd. 40,1% vs. 55,6%). Damit korrespondiert ein höherer Anteil der im Jahr 2019 in den Heimen verstorbener Bewohner*innen (87,0% vs. 81,8%). Unter den im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen, deren Angehörige sich an der Studie beteiligt haben, lag der Anteil derjenigen, die im Heim verstorbenen sind, bei 85,9%. 13,4% sind im Krankenhaus verstorben.

Mit Blick auf die **Abschieds- und Trauerkultur** in den Heimen zeigte sich, dass die Begleitung und Unterstützung, die die befragten Angehörigen verstorbener Bewohner*innen im Heim erhalten hatten, von ihnen rückblickend sehr positiv bewertet wurde. Die überwiegende Anzahl der befragten Angehörigen signalisierte, sich im Rahmen der Sterbebegleitung unterstützt und in der Trauerphase von den Mitarbeitenden aufgehoben gefühlt zu haben (80,8% bzw. 82,9%). Informationen zu Hilfsangeboten, wie z.B. Trauergruppen wurden für die Angehörigen seltener bereitgestellt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die diese gewünscht hätten, gab an, keine entsprechenden Informationen erhalten zu haben (54,6%). Zugleich signalisierten über ein Drittel der Befragten, dass sie diese auch nicht gewünscht hätten. Auch hinsichtlich der Begleitung in der Sterbe- und Trauerphase zeichnete sich jeweils eine etwas positivere Einschätzung der Beglei-

tung und Unterstützung in der Gruppe der Angehörigen von verstorbenen Bewohner*innen ab, die in Heimen gelebt hatten, die die DWIN-Fortbildungsinitiative zur „Palliativen Praxis“ für genutzt hatten.

Ebenso schätzt die Mehrzahl der befragten Leitungspersonen die in ihrem Heim gelebte Abschied- und Trauerkultur positiv ein. Nach den Angaben der Mehrzahl der Befragten besteht in den Einrichtungen zumeist die Möglichkeit zur Ausrichtung von Trauerfeiern (n=15/83%) und kulturspezifischen Abschiedsritualen (n=14/78%). Ein Abschiednehmen von verstorbenen Bewohner*innen wird in den Heimen aus Leitungssicht Angehörigen, Mitarbeiter*innen und Mitbewohner*innen zumeist ermöglicht. Dies bestätigen die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeitenden. Aus Sicht der überwiegenden Anzahl der Befragten besteht für die Angehörigen die Möglichkeit sich von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden (89%) und nach den Angaben von gut zwei Dritteln wird dies zumeist auch den Mitbewohner*innen ermöglicht.

Sowohl von den Angehörigen als auch von Mitarbeitenden der Wohnbereiche und den Leitungspersonen wird in den Freitextangaben nahezu durchgängig als kritischer Punkt der Begleitung am Lebensende auf den Faktor Zeit verwiesen. Damit korrespondiert aus Sicht der Befragten die für deren Gewährleistung unzureichende personelle Ausstattung und mangelnde Refinanzierung der Sterbebegleitung in der stationären Langzeitpflege, wie es die nachfolgenden exemplarischen Zitate der Freitextangaben illustrieren:

Es gelingt nicht immer, die Sterbenden in den letzten Tagen zu begleiten. Es gibt noch Fälle, dass die Bewohner noch allein starben, Schade! (M27, Pflege).

„Mehr Zeit für diese Arbeit ((Sterbebegleitung)) muss in der Pflege anerkannt werden und finanziert werden.“ (M64, Pflege).

„Meine Geschwister und ich haben uns mehr Zeit des Pflegepersonals für die zu pflegenden Bettlägerigen (wie zuletzt meine Mutter) gewünscht.“ (A9, hinterbliebene Angehörige).

3.2 Ergebnisse der qualitativen Teilstudie (Phase II)

3.2.1 Datenbasis der qualitativen Teilstudie

3.2.1.1 Merkmale der beteiligten Heime

Das Sample der sechs teilnehmenden Heime besteht mit Blick auf die Größe der Heime jeweils hälftig aus größeren bis mittelgroßen Heimen (>100 Plätze) und kleinen bis mittelgroßen Heime (<100 Plätze). Ein Heim ist in einer Großstadt und zwei Heime sind im städtischen Raum angesiedelt. Drei Heime sind in eher kleinstädtisch bis ländlich geprägten Regionen gelegen. Bei den beiden Heimen, in denen die Fortbildungsinitiative des Trägerverbands zur „Palliativen Praxis“ bisher nicht aufgegriffen wurde, handelt es sich jeweils um Heime mittlerer Größe. Von ihnen befindet sich ein Heim im städtischen und ein Heim im eher ländlich geprägten Raum (s. Tabelle 20).

Tabelle 20: Merkmale der in die qualitativen Fallstudien einbezogenen Heime (n=6)

Nr./ Code	Region (Heimstandort)	Größe (Anzahl Heimplätze)	Teilnahme an DWiN PC-Basis-Schulung	Erhebungszeitraum
H01	Kleinstadt	klein (50–100)	ja	11/2020 – 05/2021
H02	Großstadt	mittel (100–150)	ja	11/2020 – 12/2020
H03	Mittelstadt	klein (50–100)	nein	12/2020 – 04/2020
H04	Mittelstadt	groß (>150)	ja	02/2021 – 05/2021
H05	(größere) Mittelstadt	mittel (100–150)	(nein)*	04/2021 – 05/2021
	Großstadt	klein (50–100)	nein	zugesagt ab 03/2021 (drop-out 04/2021)
H06	Kleinstadt (Ersatz)	klein (50–100)	Ja	05/2021 bis 08/2021

* keine „Inhouse“-Schulung aber Teilnahme einzelner Mitarbeiter*innen an vom DWiN initiierten zu Beginn des Modellvorhabens – diskrepante Angaben der Einrichtungsleitung und langjähriger Mitarbeiter*innen

Im Zeitraum von November 2020 bis August 2021 konnten insgesamt 104 Interviews mit Vertreter*innen unterschiedlicher Zielgruppen in den 6 Heimen geführt werden (s. Tabelle 21).

Tabelle 21: Durchgeführte Interviews (n=104) nach Einrichtung und Zielgruppe

Heim /Code	Schlüssel- personen	Mitarbeitende (Wohnbereich)	Bewohner*innen	Angehörige	Σ
Heim H01	4	11	3 ¹	1	19
Heim H02	7	9	6	3	25
Heim H03	3 ²	7	-	-	10
Heim H04	7	5 ³	2	3	17
Heim H05	5	4	5	5 ⁴	19
Heim H06	4	5 ⁵	2	3	15
Σ	30	41	18	15	104

1 In Heim H1 zog eine vierte Bewohnerin kurzfristig ihre Zusage für ein Interview zurück.

2 In Heim H3 wurden drei bereits vereinbarte Interviews mit Schlüsselpersonen angesichts personeller Engpässe abgesagt, ein Interview mit einem Bewohner konnte aufgrund der gesundheitlichen Entwicklung nicht mehr realisiert werden.

3 In Heim H4 wurde eine schriftliche Zusage einer Mitarbeiterin zu einem Interview zurückgezogen.

4 In Heim H5 wurde ein Interviewtermin mit einem Bewohner aufgrund eines Sterbefalls abgesagt.

5 In Heim H6 wurde die schriftliche Interviewzusage von einer Mitarbeiterin aufgrund mangelnder Zeit zurückgezogen.

Die 104 Telefoninterviews dauerten im Mittel 50 Minuten, wobei die Interviewdauer mit 15 bis 100 Minuten insgesamt sehr stark variierte (die qualitativen Interviewdaten umfassen Bandaufnahmen mit einer Gesamtdauer von 88 Stunden und 20 Minuten). Bezogen auf die einbezogenen Zielgruppen verteilen sich die Interviews wie folgt:

- 30 Interviews mit Schlüsselpersonen der Heime (Dauer: Median: 62 Minuten, Min-Max: 41–91 Minuten).
- 41 Interviews mit Mitarbeiter*innen auf Wohnbereichsebene (Dauer Median: 52 Minuten, Min-Max: 36–80 Minuten)
- 18 Interviews mit Bewohner*innen (Dauer: Median: 35 Minuten, Min-Max: 15–71 Minuten)
- 15 Interviews mit Angehörigen (Dauer Median: 56 Minuten, Min-Max: 31–100), darunter vier Angehörige von Bewohner*innen, die im Erhebungszeitraum vor der Realisierung der Interviews bereits verstorben waren.

3.2.1.2 Profil der interviewten professionellen Akteur*innen

In den sechs Heimen wurden insgesamt 71 Interviews mit professionellen Akteur*innen geführt, darunter 30 Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution (Leitungsebene und übergreifende Stabsstellenfunktion) und 41 Interviews Mitarbeiter*innen auf Wohnbereichsebene mit direktem Kontakt zu den Bewohner*innen.

Merkmale der interviewten Schlüsselpersonen. Die interviewten 30 Schlüsselpersonen waren mehrheitlich weiblich (77%). Die Altersspanne lag zwischen 32 und 71 Jahren (Altersmedian 55 Jahre). Sie lebten zumeist in einer Partnerschaft (83%) und bei 12 der Interviewpartner*innen lag eine Doppelbelastung durch familiäre Sorgearbeit für schulpflichtige Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige vor (s. Tabelle 22).

Die Interviewten hatten jeweils hälftig eine Leitungsposition in den Heimen oder nahmen bereichsübergreifend eine zentrale Rolle für die Palliativversorgung und Sterbebegleitung ein. Ein Drittel der Befragten verfügt über einen akademischen Abschluss. 60% der Befragten hatten einen pflegefachlichen Hintergrund (Studium und/oder Ausbildung) und knapp die Hälfte war dem Pflegedienst zugeordnet. Ferner konnten Leitungskräfte aus dem Bereich der Verwaltung (Einrichtungsleitung), des sozialbegleitenden Dienstes und der Hauswirtschaft sowie bereichsübergreifend tätige Mitarbeit*innen in die Interviewstudie einbezogen werden (z.B. Seelsorge, Stabsstelle Qualitätsmanagement, Koordination der ehrenamtlichen Besuchsdienste und Sterbebegleitung). 10 der befragten Schlüsselpersonen hatten an einer Fortbildung zur Palliativen Praxis (40 Stunden) teilgenommen und 5 Interviewpartner*innen verfügen über eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft (160 Stunden) (s. Tabelle 22).

Merkmale der interviewten Mitarbeiter*innen auf Wohnbereichsebene. Insgesamt wurden 41 Mitarbeiter*innen aus der Pflege (83%), den begleitenden Diensten (15%) und der Hauswirtschaft (2%) interviewt. Die Interviewten waren mehrheitlich weiblich (90%), und im Mittel 47 Jahre (Median) alt. 85% lebten in einer Partnerschaft. Bei etwas mehr als der Hälfte lag eine Doppelbelastung durch familiäre Sorgearbeit vor.

Tabelle 22: Merkmale der interviewten Schlüsselpersonen (n=30)

Merkmals der Befragten Schlüsselpersonen	Ausprägung*
Alter in Jahren (Median, Min.–Max.)	55 (32–71)
Geschlecht: weiblich	23 (77%)
Familienstand: in Partnerschaft lebend	25 (83%)
Doppelbelastung durch familiäre Sorgearbeit**	12 (40%)
Berufliche Bildung/Studium	
▪ Pflegestudium (-management,-pädagogik,-wissenschaft)	4 (13%)
▪ Studium der Betriebs-/Verwaltungswissenschaft	2 (7%)
▪ Studium der Sozialpädagogik	2 (7%)
▪ Studium der Theologie	2 (7%)
▪ Ausbildung zur Pflegefachperson (Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege) plus Weiterbildung (z.B. Qualitätsmanagement)	14 (47%)
▪ Anderer beruflicher Bildungsabschluss (z.B. Hauswirtschaft, Soziale Begleitung, Erzieher*in, Arzthelfer*in)	6 (20%)
Fort-/Weiterbildung im Bereich Palliativversorgung	
▪ Basiskurs Palliative Praxis (40 Stunden)	10 (33%)
▪ Weiterbildung Palliative Care (160 Stunden)	5 (17%)
Tätigkeitsbereich	
▪ Pflege	14 (47%)
▪ Verwaltung/ Geschäftsführung	2 (7%)
▪ Sozialbegleitender Dienst	4 (13%)
▪ Hauswirtschaft/ Küche	3 (10%)
▪ Anderer Bereich (z.B. Seelsorge, Koordination Sterbebegleitung)	7 (23%)
Dauer der beruflichen Erfahrung und im Tätigkeitsbereich	
▪ Berufserfahrung in Jahren (Median, Min.–Max.)	28 (7–40)
▪ Einrichtungszugehörigkeit in Jahren (Median, Min.–Max.)	10,5 (2–30)
▪ Jobalter in Jahren (Median, Min.–Max.)	5 (1–27)

* Abweichungen der Summe der Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

** Sorgearbeit für (vor-)schulpflichtige Kinder und/oder pflegebedürftige An- und Zugehörige

In die Studie konnten Mitarbeitende mit geringer und langjähriger Berufserfahrung und Einrichtungszugehörigkeit einbezogen werden. Im Mittel verfügten sie über eine Berufserfahrung von 13 Jahren (Median). Sie variierte von einem halben Jahr bis zu 41 Jahren. 6 interviewte Mitarbeiter*innen verfügten über eine Fortbildung zur Palliativen Praxis und 5 über eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft. Knapp die Hälfte der interviewten beteiligten Mitarbeiter*innen war in einem speziellen Wohnbereich für Menschen mit Demenz oder schwerstpflegebedürftige Bewohner*innen tätig (s. Tabelle 23).

Merkmale der interviewten Mitarbeiter*innen auf Wohnbereichsebene. Insgesamt wurden 41 Mitarbeiter*innen aus der Pflege (83%), den begleitenden Diensten (15%) und der Hauswirtschaft (2%) interviewt. Die Interviewten waren mehrheitlich weiblich (90%), und im Mittel 47 Jahre (Median) alt. 85% lebten in einer Partnerschaft. Bei etwas mehr als der Hälfte lag eine Doppelbelastung durch familiäre Sorgearbeit vor. In die Studie konnten

Mitarbeitende mit geringer und langjähriger Berufserfahrung und Einrichtungszugehörigkeit einbezogen werden. Im Mittel verfügten sie über eine Berufserfahrung von 13 Jahren (Median). Sie variierte von einem halben Jahr bis zu 41 Jahren. 6 interviewte Mitarbeiter*innen verfügten über eine Fortbildung zur Palliativen Praxis und 5 über eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft. Knapp die Hälfte der interviewten beteiligten Mitarbeiter*innen war in einem speziellen Wohnbereich für Menschen mit Demenz oder schwerstpflegebedürftige Bewohner*innen tätig (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Merkmale der interviewten Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche (n=41)

Merkmal der befragten Mitarbeiter*innen	Ausprägung*
Alter in Jahren (Median, Min.–Max.)	47 (21–59)
Geschlecht: weiblich	37 (90%)
Familienstand: in Partnerschaft lebend	35 (85%)
Doppelbelastung durch familiäre Sorgearbeit**	23 (56%)
Berufliche Bildung	
▪ Pflegefachkraft (Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege)	24 (59%)
▪ Pflegeassistent	11 (27%)
▪ Senioren-/Alltagsbegleitung	4 (10%)
▪ Anderer Ausbildungsberuf	1 (2%)
▪ Kein Ausbildungsabschluss	1 (2%)
Fort-/Weiterbildung im Bereich Palliativversorgung	
▪ Basiskurs Palliative Praxis (40 Stunden)	6 (15%)
▪ Weiterbildung Palliative Care (160 Stunden)	5 (12%)
Tätigkeitsbereich	
▪ Pflege	34 (83%)
▪ Sozialbegleitender Dienst	6 (15%)
▪ Hauswirtschaft/Küche	1 (2%)
In speziellem Wohnbereich (z.B. Demenz-,Schwerstpflegebereich) tätig	20 (49%)
Dauer der beruflichen Erfahrung und im Tätigkeitsbereich	
▪ Berufserfahrung in Jahren (Median, Min.–Max.)	13 (1–41)
▪ Einrichtungszugehörigkeit in Jahren (Median, Min.–Max.)	6 (1–28)
▪ Jobalter in Jahren (Median, Min.–Max.)	5 (0,5–28)

* Abweichungen der Summe der Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

** Sorgearbeit für (vor-)schulpflichtige Kinder und/oder pflegebedürftige An- und Zugehörige

3.2.1.3 Profil der interviewten Nutzer*innen

Mit Ausnahme von Heim H03 konnten in den einbezogenen Heimen jeweils mindestens 4 Interviews mit Bewohner*innen und/oder Angehörigen geführt werden.

Merkmale der interviewten Bewohner*innen. Die 18 interviewten Bewohner*innen waren im Mittel 76 Jahre alt, mehrheitlich weiblich (61%). 14 der 18 Bewohner*innen sind alleinstehend. Mehrheitlich verfügen sie über einen Haupt- oder Realschulabschluss (56%) und eine berufliche Ausbildung (72%) (s. Tabelle 24). Im Mittel lagen bei den interviewten Bewohner*innen zwei chronische Erkrankungen und überwiegend ein Pflegegrad 2 oder

3 vor. Im Schnitt lebten sie bereits seit 2 Jahren in dem Heim, wobei die Dauer des Heimaufenthalts mit 2 Monaten bis 9 Jahren eine hohe Spannweite aufwies. Die Hälfte der Bewohner*innen erhielt im Heim mindestens wöchentlich Besuch von ihren nächsten Angehörigen (s. Tabelle 25).

Tabelle 24: Soziodemografische Merkmale der interviewten Bewohner*innen (n=18)

Merkmal der interviewten Bewohner*innen	Ausprägung*
Alter in Jahren (Median, Min.-Max.)	77,5 (58-92)
Geschlecht: weiblich	11 (61%)
Familienstand	
▪ Ledig	6 (33%)
▪ Verheiratet	4 (22%)
▪ Verwitwet	8 (44%)
Berufliche Bildung/Studium	
▪ kein Ausbildungsabschluss	3 (17%)
▪ Lehre/Fachschulausbildung	13 (72%)
▪ Fach-/Hochschulstudium	2 (11%)

* Abweichungen der Summe der Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

Tabelle 25: Bedarfs- und Versorgungssituation der interviewten Bewohner*innen (n=18)

Merkmal der interviewten Bewohner*innen	Ausprägung*
Krankheitslast: Anzahl chronischer Erkrankungen (Median, Min.-Max.)	2 (1-6)
Häufigste im Vordergrund stehende Erkrankungen (Mehrfachnennungen)	
▪ Herzerkrankung	10 (56%)
▪ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	4 (22%)
▪ Demenz (im Frühstadium)	4 (22%)
▪ Psychische Erkrankung (z.B. Depression)	3 (17%)
▪ Tumorerkrankung	3 (17%)
▪ Niereninsuffizienz	2 (11%)
▪ Andere Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus, Arthrose)	13 (72%)
Dauer des Heimaufenthalts in Monaten (Median, Min.-Max.)	24 (2-108)
Pflegegrad zum Interviewzeitpunkt	
▪ Pflegegrad 1	1 (6%)
▪ Pflegegrad 2	6 (33%)
▪ Pflegegrad 3	8 (44%)
▪ Pflegegrad 4	1 (6%)
▪ Pflegegrad 5	1 (6%)
▪ Keine Angabe	1 (6%)
Betreuung im Heim durch bisherige/n Hausärzt*in	7 (39%)
Besuch von/ Kontakt zu den Angehörigen im Heim	
▪ täglich	1 (6%)
▪ (mehrmals) wöchentlich	8 (44%)
▪ seltener	6 (33%)
▪ keine Angabe	3 (17%)

* Abweichungen der Summe der Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

Knapp Dreiviertel der interviewten Bewohner*innen (72%) waren Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) angeboten worden und jeweils die Hälfte hatte eine Patientenverfügung hinterlegt sowie Wünsche zur Versorgung am Lebensende geäußert und letzte Dinge geregelt. Demgegenüber war der Anteil der Bewohner*innen, die eine Vorsorgevollmacht hinterlegt hatten, mit 7 Bewohner*innen (39%) etwas geringer (s. Tabelle 26).

Tabelle 26: Gesundheitliche Vorausplanung und Willensbekundungen der interviewten Bewohner*innen (n=18)

Versorgungsplanung und Willensbekundungen (Mehrfachnennungen)	Ausprägung*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesprächsangebot zur gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) im Heim 	13 (72%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenverfügung hinterlegt 	9 (50%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorsorgevollmacht hinterlegt 	7 (39%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wünsche zur Versorgung am Lebensende/ letzte Dinge geregelt 	9 (50%)

* Abweichungen der Summe der Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

Merkmale der interviewten Angehörigen und ihrer im Heim lebenden Angehörigen

Die 15 interviewten Angehörigen waren im Mittel 64 Jahre alt, mehrheitlich weiblich (73%) und lebten zumeist in einer Partnerschaft (80%). Etwa die Hälfte (53%) war Voll- oder Teilzeit erwerbstätig. Sie besuchten ihre im Heim lebenden Angehörigen (zu 80% Schwieger-/Eltern) vor der Corona-Pandemie ein- oder mehrmals wöchentlich (s. Tabelle 27).

Tabelle 27: Merkmale der interviewten Angehörigen (n=15) und Beziehungskonstellation zu dem/der Bewohner*in

Merkmal der Angehörigen	Ausprägung*
Alter in Jahren (Median, Min.–Max.)	64 (55–85)
Geschlecht: weiblich	11 (73%)
Familienstand: in Partnerschaft lebend	12 (80%)
Berufliche Bildung/Studium	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehre/Fachschulausbildung 	8 (53%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fach-/Hochschulstudium 	7 (47%)
Erwerbstätigkeit	9 (60%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollzeit erwerbstätig 	4 (27%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilzeit erwerbstätig 	4 (27%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geringfügig beschäftigt 	1 (7%)
Familiäre Beziehung zu den/der Bewohner*in	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ der/die Partner*in 	2 (13%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Schwieger-)Elternteil 	12 (80%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschwisterteil 	1 (7%)
Kontakthäufigkeit zu der/dem Bewohner*in	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ täglich 	3 (20%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ wöchentlich 	12 (80%)

* Abweichungen der Summe der Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

Die im Heim lebenden Familienmitglieder der interviewten Angehörigen waren mehrheitlich weiblich (87%) und im Mittel 92 Jahre alt (Spannweite 69 bis 96 Jahre). Sie lebten zum Interviewzeitpunkt im Mittel dreieinhalb Jahre in dem Heim (Spannweite 10 Monate bis 11 Jahre) mit einem hohen Pflegebedarf (93% mit Pflegestufe 4 und 5). Im Mittel lagen bei ihnen nach den Angaben der Angehörigen 2 chronische Erkrankungen vor, wobei bei der Mehrzahl der Bewohner*innen eine demenzielle Erkrankung im Vordergrund stand (73%) (s. Tabelle 28).

Tabelle 28: Merkmale der Bewohner*innen deren Angehörige interviewt wurden (n=15)

Merkmal der interviewten Bewohner*innen	Ausprägung*
Alter in Jahren (Median, Min.–Max.)	92 (69–96)
Geschlecht: weiblich	13 (87%)
Familienstand	
▪ ledig	1 (7%)
▪ verheiratet	2 (13%)
▪ verwitwet	12 (80%)
Berufliche Bildung/Studium	
▪ kein Ausbildungsabschluss	2 (13%)
▪ Lehre/Fachschulausbildung	13 (87%)
Dauer des Heimaufenthalts in Monaten (Median, Min.–Max.)	42 (10–132)
Krankheitslast: Anzahl chronischer Erkrankungen (Median, Min.–Max.)	2 (1–4)
Im Vordergrund stehende chronische Erkrankungen (Mehrfachnennungen)	
▪ Demenz	11 (73%)
▪ Herzerkrankung	7 (47%)
▪ Zustand nach Schlaganfall	2 (13%)
▪ Niereninsuffizienz Basiskurs Palliative Praxis (40 Stunden)	2 (13%)
▪ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1 (7%)
▪ Tumorerkrankung	1 (7%)
▪ Psychische Erkrankung (z.B. Depression)	1 (7%)
▪ Andere Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus, Arthrose)	7 (47%)
Pflegegrad	
▪ Pflegegrad 1	–
▪ Pflegegrad 2	1 (7%)
▪ Pflegegrad 3	–
▪ Pflegegrad 4	7 (47%)
▪ Pflegegrad 5	7 (47%)
Betreuung im Heim durch bisherige/n Hausärzt*in	7 (47%)

* Abweichungen der Summe von Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

Lediglich 2 der 15 interviewten Angehörigen berichteten, dass den Bewohner*innen Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung angeboten wurden. Alle Bewohner*innen

hatten eine Vorsorgevollmacht und zu einem Großteil (87%) auch eine Patientenverfügung hinterlegt. 80% der Bewohner*innen hatte Wünsche zur Gestaltung der Versorgung am Lebensende geäußert bzw. letzte Dinge geregelt (s. Tabelle 29).

Tabelle 29: Gesundheitliche Vorausplanung und Willensbekundungen Bewohner*innen deren Angehörige interviewt wurden (n=15)

Versorgungsplanung und Willensbekundungen (Mehrfachnennungen)	Ausprägung*
Versorgungsplanung (Mehrfachnennungen)	
▪ Gesprächsangebot zur gesundheitlichen Vorausplanung (GVP)	2 (13%)
▪ Patientenverfügung hinterlegt	13 (87%)
▪ Vorsorgevollmacht hinterlegt	15 (100%)
▪ Wünsche zur Versorgung am Lebensende/letzte Dinge geregelt	12 (80%)

* Abweichungen der Summe von Prozentangaben von 100% durch Rundung der Nachkommastellen

3.2.2 Fallportraits der Heime³

3.2.2.1 Fallstudie 1 (Heim H1)

Heim H1 ist in einer Kleinstadt mit ca. 10.000 Einwohnern gelegen. Es handelt sich um eine seit ca. 50 Jahren bestehende und in der Region verankerte vollstationäre Einrichtung der Altenhilfe mittlerer Größe. Zwar besteht keine Schwerpunktsetzung in der Versorgung, es werden jedoch zu einem Großteil Menschen mit Demenz im hohen Alter (80+) betreut. Zugleich sind vermehrt Anfragen zur Aufnahme schwerstkranker Menschen jüngeren Alters „*die aus dem Ort kommen*“ für eine wohnortnahe stationäre Versorgung am Lebensende zu verzeichnen (H1–M11).

Das Heim ist einem regionalen Verbund ambulanter und (teil-)stationärer Einrichtungen eines Trägers angeschlossen, der jährlich ein gemeinsames Fortbildungsprogramm entwickelt und anbietet. Im Umreis von 5 km des Postleitzahlgebiets weist der AOK-Pflegenavigator sieben weitere vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen aus. Eine Gemeinschaftspraxis am Ort ist dem Palliativnetz des Landkreises angeschlossen, dessen Geschäftsstelle (inkl. SAPV-Stützpunkt und Koordinierungsstelle des regionalen Hospizvereins) in der ca. 25 km entfernten Kreisstadt liegt. Der Landkreis verfügt über kein Hospiz. Das Leistungsspektrum des nächstgelegenen Krankenhauses umfasst spezielle Schmerztherapie, jedoch keine Palliativmedizin.

Ergebniszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung in Heim H1 erstreckte sich über einen relativ langen Zeitraum von Dezember 2020 bis Mai 2021. Nach der Übergabe der Unterlagen für die Rekrutierung von Interviewpartner*innen stellten die Schlüsselperso-

³ Legende der Interviewkodierung: A = Interviews mit An-/Zugehörigen der Bewohner*innen, B = Interviews mit Bewohner*innen; E = Expert*inneninterview mit Leitungs-/Schlüsselpersonen der Einrichtung, M = Interview mit Mitarbeitenden auf Wohnbereichsebene (Pflegefachpersonen/-assistent*innen, Mitarbeitende des begleitenden sozialen Dienstes (BSD), Servicekräfte). Hinweise zur Transkription/Zitation der Interviewpassagen: unterstrichen = beton gesprochen, [...] = Kürzung/Auslassung von mehr als einen Wort, (xyz) = erläuternde Ergänzung zur Transkription.

nen der Einrichtung umgehend Interviewtermine in Aussicht und vermittelten Bewohner*innen für ein Interview. Zugleich wurde darum gebeten, angesichts der Corona-Pandemie und der in der Weihnachtszeit ohnehin angespannten Personalsituation Interviews mit den Mitarbeitenden erst im kommenden Jahr anzubahnen.

Insgesamt wurden in der Einrichtung 19 Interviews geführt. Darunter waren 15 Interviews mit Beschäftigten, die sich wie folgt verteilen:

- 4 Interviews mit Leitungspersonen (Leitung der Einrichtung, des Pflegedienstes, des Begleitenden Sozialen Dienstes und der Hauswirtschaft/Küche), die im Zeitraum von November/Dezember 2020, d.h. zu Beginn der zweiten Corona-Welle geführt wurden.
- 11 Interviews mit Pflegefachkräften (n=5) und Pflegeassistent*innen (n=6) unterschiedlicher Wohnbereichen des Heims. Die Interviews konnten pandemiebedingt erst im April/Mai 2021 nach der zweiten Corona Welle und dem Abschluss der ersten Impfserie in dem Heim realisiert werden.

Von den interviewten Mitarbeitenden verfügten 3 über einen Basiskurs Palliative Praxis und/oder eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft.

Für die Ermittlung der Sicht der Nutzer*innen wurden 4 Interviews realisiert, darunter:

- 3 Interviews mit Bewohner*innen (2 Bewohnerinnen und 1 Bewohner) sowie
- 1 Angehörigeninterview mit der Tochter eines im Sommer 2020 verstorbenen Bewohners, der knapp 3 Jahre in dem Heim gelebt hatte.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Heim H1 verfügt über eine Versorgungskapazität von rd. 90 Plätzen, einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflege. Der Bau aus den 1970er-Jahren wurde mehrfach modernisiert und neueren Standards angepasst. Heim H1 liegt im naturnahen Bereich am Stadtrand und verfügt über einen großen Garten im Innenhof. Zur Ortsmitte besteht eine Busverbindung des öffentlichen Personennahverkehrs.

Das Heim ist in drei Wohnbereiche gegliedert, darunter ein mit ca. 20 Plätzen kleinerer beschützter Demenzbereich im Erdgeschoss des Gebäudes mit direktem Zugang zum Garten im Innenhof sowie zwei etwas größere gemischte Wohnbereiche mit ca. 35 Plätzen. In einem der beiden gemischten Wohnbereiche werden 12 Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten. Der zweite gemischte Wohnbereich, in dem vorrangig relativ mobile Bewohner*innen leben, erstreckt sich über zwei Etagen. Bewohner*innen, die im Verlauf des Aufenthalts eine Demenz entwickeln, bleiben in ihrem angestammten Wohnbereich, sofern sie keine ausgeprägten Hinlauftendenzen bzw. besonders herausforderndes Verhalten entwickeln. Mit Ausnahme von sechs Doppelzimmern für die Kurzzeitpflege, werden ausschließlich Einzelzimmer vorgehalten. Die damit verbundene Möglichkeit zur Wahrung „*der Privatsphäre*“ der Bewohner*innen wird mit Blick auf Sterbesituationen besonders hervorgehoben (H1-M4).

Die Zimmer verfügen jeweils über ein barrierefreies Duschbad und eine Grundmöblierung (Pflegebett, Nachtschrank, Schrank). Wie es auch von einer interviewten Bewohnerin betont wird, können sie mit (Klein-)Möbeln und Wohnaccessoires individuell gestaltet werden.

Servicebereiche. Mit Ausnahme des Wäscheservices und der Fensterreinigung werden die Servicebereiche in Eigenregie betrieben. Hervorgehoben wird die hauseigene Küche, in der *„frisch gekocht wird“* (H1–M4). Frühstück und Abendbrot werden in den Speisesälen in Buffetform und mittags ein Auswahlmenü angeboten. Seitens der Mitarbeitenden wird betont, dass dank der hauseigenen Küche spezielle Essens- und Getränkewünsche der Bewohner*innen erfüllt werden können, so auch und insbesondere in Palliativsituationen (*„[...] dass wir da halt auch im Rahmen der palliativen Versorgung auch individuell auf die Ernährungswünsche der Bewohner speziell eingehen können.“* H1–E3).

Personelle Ressourcen. Die Einrichtung ist in der Region speziell im Vergleich zu nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen ein *„gefragter Arbeitgeber“* (H1–M9). Dafür spricht aus Sicht der Mitarbeitenden auch der relativ hohe Anteil langjähriger Mitarbeiter*innen. Betont wird zudem, die Rücksichtnahme auf besondere Lebenslagen der Mitarbeitenden (*„Die versuchen dann schon, auf den einzelnen Mitarbeiter einzugehen.“* H1–M6).

Die Personalfuktuation wird insgesamt moderat beschrieben. Bedingt durch hohe Fehlzeiten aufgrund von (Langzeit-)Erkrankungen und Mutterschutzzeiten ist die Personalsituation jedoch angespannt. Angesichts des generellen Personalmangels in der Pflege wird die Gewinnung von Pflegefachpersonen in dem ländlichen Raum besonders schwierig erlebt.

Aus Sicht der Leitungspersonen und Mitarbeitenden hat es sich der Einsatz von Aushilfen über Zeitarbeitsfirmen nicht bewährt. Daher wird versucht, personelle Engpässe durch eine zeitweise Stundenaufstockung teilzeitbeschäftigter Mitarbeiter*innen zu überbrücken.

Qualifikation und Fortbildungskultur. Qualifikation hat einen hohen Stellenwert in der Unternehmenskultur von Heim H1. Das Heim beteiligt sich an der grundständigen Pflegeausbildung. Die Qualifizierung von Hilfskräften ohne Ausbildungsabschluss wird unterstützt und Fort- und Weiterbildungen gefördert. Über den regionalen Verbund wird ein vielfältiges Programm angeboten, darunter Fortbildungen, wie Validation, die für die Demenzbetreuung zentral ist, aber auch Fortbildungen zu Aspekten der Palliativversorgung und Sterbebegleitung sowie Kurse zur Gesundheitsförderung für die Mitarbeitenden.

Die Einrichtung verfügt über eine Pflegeexpertin für das Management chronischer Wunden. Ergänzend zu der zu Beginn der Initiative des Trägerverbands breiten Basisschulung von Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche und Hierarchieebenen in „Palliative(r) Praxis“ wurden zwei Mitarbeiter*innen zur Palliativpflegefachkraft weitergebildet. Perspektivisch wird die Qualifizierung von Mitarbeitenden zu Gesprächsbegleiter*innen für gesundheitliche Versorgungsplanung angestrebt.

Zur Unterstützung in besonderen Belastungssituationen werden über den regionalen Verbund Supervision sowie hausintern seelsorgerische Gespräche angeboten, wobei die Mitarbeitenden jedoch eher das Gespräch im Team suchen.

Externe Kooperation und Vernetzung. Es besteht eine enge Kooperation der ortsansässigen Gemeinschaftspraxis, die dem regionalen Palliativnetz angeschlossen ist und in der zwei Hausärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin tätig sind. Das Heim ist Mitglied in dem regionalen Hospizverein, dessen Hospizhelfer*innen regelmäßig in der Einrichtung sind.

Die fachärztliche Versorgung (inkl. Krisenintervention) gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner*innen wird von der Institutsambulanz einer Klinik für Allgemeinpsychiatrie getragen („*Die kommen auch regelmäßig ins Haus.*“ H1–M10). Ferner wurde ein Kooperationsvertrag mit einer Apotheke am Ort geschlossen, von der das Stellen der Medikamente für die von ihr versorgten Bewohner*innen übernommen wird.

Die Kooperation und der Informationsaustausch mit den Krankenhäusern im Umkreis variiert von Krankenhaus zu Krankenhaus. Neben Kliniken, die ein gutes Überleitungsmanagement gewährleisten, kommt es immer wieder zu unvorbereiteten Entlassungen. Nach Aussagen der Mitarbeitenden mangelt es besonders bei Überleitungen aus dem häuslichen Bereich an Informationen, auch wenn ein Pflegedienst eingebunden war.

Für die seelsorgerische Begleitung ist in das Heim eine Pastorin eingebunden, die in der Region die Altenseelsorge trägt. Sofern gewünscht, besuchen die Pastor*innen der unterschiedlichen Kirchengemeinden am Ort die Bewohner*innen.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Pflegeschwestern, Pflegeassistent*innen und die Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes sind den Wohnbereichen „*fest zugeordnet*“ (H1–M6). Nach den Angaben einzelner Interviewpartner*innen ist die Pflege nach dem Modell der Bezugspflege organisiert, die Beschreibung der Abläufe lässt jedoch eher auf ein Bereichspflegesystem schließen. Pflegefachpersonen mit einer speziellen Weiterbildung (Palliative Care, Wundmanagement) bringen ihre Expertise wohnbereichsübergreifend ein.

Die personelle Besetzung des Pflege- und begleitenden Dienstes auf den Wohnbereichen variiert je nach Größe und Schwerpunkt (Demenzbereich, gemischter Wohnbereich mit und ohne Kurzzeitpflege). Zu den Mahlzeiten wird die Essenausgabe in den Speisesälen teilweise durch Servicekräfte der Küche unterstützt. Der Nachtdienst ist entsprechend gesetzlichen Vorgaben mit zwei Pflegepersonen (Pflegefachperson und Pflegeassistent*in) besetzt.

Die Kooperation mit den heimversorgenden Hausärzt*innen ist nach den Aussagen der Mitarbeitenden individuell unterschiedlich, wobei die ärztliche Versorgung vorrangig durch die hausärztliche Gemeinschaftspraxis am Ort in Form regelmäßiger wöchentlicher Visiten getragen wird. Zu der Praxis wechseln zumeist auch Bewohner*innen, deren bisherige Hausärzt*innen die Betreuung im Heim nicht gewährleisten (können). Die in

der Gemeinschaftspraxis tätigen Palliativmediziner*innen kooperieren mit dem Palliativnetz und sind – wie ein Teil der übrigen heimversorgenden Hausärzt*innen – auch außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten erreichbar.

Die Versorgung durch Ergo- und Physiotherapie, Logopädie und medizinische Fußpflege wird durch am Ort niedergelassene Therapeut*innen bei Bedarf durch Hausbesuche sichergestellt.

Einzug in die Einrichtung. Anmeldung und Vorbereitung für einen Heimeintritt laufen über die Pflegedienstleistung, wobei es eine „Warteliste“ gibt (H1–M7). Im Rahmen der Anmeldung neuer Bewohner*innen werden Vorgespräche mit den Bewohner*innen und/oder deren Angehörigen geführt und in der Regel eine Besichtigung der Einrichtung ermöglicht. Die Betroffenen erhalten einen Fragebogen zu zentralen Grundinformationen für die Versorgungsgestaltung. Diese und von den zuvor versorgenden Einrichtungen übermittelte Informationen werden im Vorfeld des Einzugs an das Wohnbereichsteam weitergeleitet.

Bis Ende 2020 wurde die Aufnahme der Bewohner*innen durch die Wohnbereichsleitungen getragen. Seit Anfang 2021 steht eine speziell geschulte, dem begleitenden Dienst zugeordnete Mitarbeiter*in für die Begrüßung und Koordination der Aufnahme zur Verfügung (*„Jetzt haben sie das eben schon geändert, dass da wirklich eine Person Zeit hat.“* H1–M8). Für die Aufnahme werden von ihr an dem Tag mehrere Stunden eingeplant, um sich dem/der neuen Bewohner*in und ggf. begleitenden Angehörigen zu widmen, deren Fragen zu beantworten, sie in die Struktur und Abläufe im Heim einzuführen und ihre Wünsche und Gewohnheiten zu ermitteln, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen. Die Informationen werden an die Pflege weitergegeben, die sie mit in die strukturierte Informationssammlung (SIS) der Pflegedokumentation integriert und bei Bedarf zeitnah Kontakt zu dem/der Hausärzt*in aufnimmt. In den Folgetagen wird geschaut, wie viel und in welcher Form die neuen Bewohner*innen wirklich Unterstützung benötigen.

Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (GVP) werden bisher nicht angeboten. Im Aufnahmegespräch wird jedoch bereits versucht, die Richtung diesbezüglicher Vorstellungen und Wünsche zu sondieren und nach einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gefragt. Sofern vorhanden, werden diese in dem Dokumentationssystem hinterlegt, damit sie bei Bedarf verfügbar sind. Um die Betroffenen beim Einzug nicht zu überfrachten und mit Fragen, darüber, wie sie Sterben möchten, zu irritieren, werden zentrale Fragen für die Versorgung am Lebensende versucht in den folgenden Tagen in Gesprächen zu klären, wobei gelegentlich Angehörige Patientenverfügungen offensiv am Einzugstag vorlegen (*„Es gibt zum Teil auch gleich eine Patientenverfügung, die die Angehörigen uns in die Hand drücken, wenn sie hier einziehen, mit dem Hinweis, da steht alles geschrieben, [...]“* H1–E3).

Leben im Heim. Das Leben im Heim wird im Wesentlichen durch die Hauptmahlzeiten und Aktivitätsangebote am Vor- und Nachmittag strukturiert. Es wird aktivierend um die Mahlzeiten herum gepflegt und die pflegerische Versorgung relativ flexibel in Orientierung an den Wünschen der Bewohner*innen organisiert. Bewohner*innen, die morgens länger schlafen möchten, wird das Frühstück auf dem Zimmer serviert und sofern sie Unterstützung benötigen, wird die Körperpflege entsprechend später eingeplant. Auch wenn im Demenzbereich der Tagesablauf vom Pflorgeteam gestaltet und „eine Grundstruktur“ vorgegeben wird (H1-E3), wird auch dort den Bewohner*innen zugestanden, morgens später aufzustehen.

Die Pflegenden sind nach ihrem Bekunden bemüht, eine bewohnerzentrierte Betreuung zu gewährleisten. Sie stoßen jedoch angesichts der knappen personellen Besetzung an ihre Grenzen. Hinzu kommt ein überbordend erlebter „Bürokratismus“ (H1-M6). Speziell für die Fachkräfte ist die laufende Dokumentation mit einem enormen zeitlichen Aufwand verbunden ist.

Die psychosoziale Betreuung der Bewohner*innen wird zu wesentlichen Teilen von den Mitarbeitenden des begleitenden Dienstes getragen. Bewohner*innen, die nicht an Gruppenaktivitäten teilnehmen können, wird eine Einzelbetreuung angeboten. Neben Einzelbetreuungen, werden von ihnen täglich vormittags und nachmittags Gruppenaktivitäten angeboten. Diese dienen – wie die gemeinsamen Mahlzeiten im Speisesaal – der Förderung des Gemeinschaftslebens und Aktivierung der Bewohner*innen. Nach den Aussagen der Mitarbeitenden wird ein recht vielfältiges Programm angeboten, dessen Spektrum von Bewegungs- und Kognitionstraining, über Gesellschaftsspiele bis hin zu Musikveranstaltungen reicht. Zur Information der Bewohner*innen, denen es frei steht daran teilzunehmen, wird ein Wochenplan ausgehängt.

Von den Bewohner*innen wird die Betreuung durch die Pflege und den Betreuungsdienst Dienst durchweg positiv dargestellt und betont, dass bisher „immer jemand da war“, wenn sie ein Anliegen hatten und Unterstützung benötigten (H1-B1).

Von der interviewten Angehörigen wurde die pflegerische Betreuung besonders in Phasen, in denen ihr Vater intensive Unterstützung benötigte, als besonders zugewandt erlebt („Und sie waren immer sehr herzlich mit ihm, muss ich sagen, [...] haben ihn gut aufgebaut.“ H1-A1).

Angehörigenarbeit. Der Einbeziehung der Angehörigen wird durchgängig ein hoher Stellenwert eingeräumt. Ihnen wird eine zentrale psychosoziale Unterstützungsfunktion zugeschrieben, da sie für die Bewohner*innen den Bezug zum bisherigen sozialen Leben aufrechterhalten („Deshalb ist es eigentlich ganz schön, wenn die Angehörigen da auch mitmachen, [...] da mit involviert sind.“ H1-M8).

Auch von der interviewten Angehörige wurde betont, dass sie in Entscheidungen einbezogen wurde und für sie immer jemand ansprechbar war („Irgendjemand war immer da, also von den Pflegerinnen, [...] die hatten schon immer ein offenes Ohr.“ H1-A1).

Betont wird, dass in der ländlichen Region die familiären Bindungen und „*das familiäre Zusammenleben*“ oft noch recht eng sind (H1–E2) und auch Angehörige, die weiter entfernt leben durchaus regelmäßig zu Besuch kommen („*Und die, die kommen dann meistens übers Wochenende hier her.*“ H1–M7).

Von den Mitarbeitenden werden Angehörige unterstützend aber auch „*fordernd*“ erlebt (H1–E3). Letzteres ist offenbar eher bei Angehörigen der Fall, die selten zu Besuch kommen (können). Da sie im Rahmen der Alltagsbegleitung vielfach Kontakt zu den Angehörigen haben, nehmen die Mitarbeiter*innen des begleitenden Dienstes teilweise eine Mittlerfunktion oder im Dreieck Bewohner*in – Angehörige und Pflege wahr.

Bewohner*innen, die keine Angehörigen haben, werden bereits im Erstgespräch auf den Hospizverein verwiesen und – sofern gewünscht – ein Besuchsdienst vermittelt.

Soziale Teilhabe. Die Einrichtung versteht sich als offene Institution. Bewohner*innen können jederzeit Besuch empfangen bzw. besucht werden. Neben gemeinschaftlichen Aktivitäten der Bewohner*innen (gemeinsame Mahlzeiten, Gruppenangebote des begleitenden Dienstes) wird versucht, den Bewohner*innen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die Sozialraumöffnung findet u.a. ihren Ausdruck in der Kooperation mit den Kirchengemeinden, Vereinen und Kindergärten am Ort. Neben dem täglichen Angebot des begleitenden Dienstes werden wohnbereichsübergreifend für die Bewohner*innen als besondere Highlights jahreszeitliche Feste organisiert und besondere kirchliche Feiertage, wie Ostern oder Weihnachten feierlich ausgerichtet („*Wir bieten verschiedene Feste und auch, also Sport, Bewegung und, und, und an.*“ H1–E4). Sonntags findet jeweils ein Gottesdienst in der Einrichtung statt, der von der im Heim tätigen Seelsorger*in oder Pastor*innen der örtlichen Kirchengemeinden ausgerichtet wird. An zwei Tagen in der Woche ist ein Frisör im Haus sowie wöchentlich die Fußpflege und ein mobiler „*Tante-Emma-Laden*“ (H1–M9), in dem sich die Bewohner*innen eigenständig Zeitungen und andere Dinge besorgen können.

Auch von der interviewten Angehörigen wird das vielfältige Angebot an Aktivitäten erwähnt, wobei für ihren Vater vor allem der Austausch mit den Mitbewohner*innen wichtig war („*Das Erzählen war ihm sehr wichtig immer.*“ H1–A1).

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Von Leitungsseite wird konstatiert, dass in der Einrichtung zwar bereits viel getan wird, das Gesamtkonzept jedoch noch nicht zufriedenstellend implementiert ist. Die Schulungsinitiative des Trägerverbandes wurde gezielt aufgegriffen, um die palliative Kompetenz der Mitarbeitenden in der Breite zu fördern. Betont wird von Leitungsseite, dass eine Reihe von Mitarbeiter*innen an der Fortbildung „Palliative Praxis“ teilgenommen haben (Pflegefachpersonen/-assistent*innen, Betreuungskräfte sowie Servicekräfte der Küche) und sich weiterhin engagiert einbringen. Zwischenzeitlich hat sich jedoch u.a. durch den Eintritt von Mitarbeitenden in das Rentenalter die Anzahl an Mitarbeiter*innen

mit einer palliativen Basisqualifikation dezimiert. Auch wenn in dem Fortbildungsprogramm des regionalen Verbunds Kurse zum Themenkreis Palliativversorgung und Begleitung am Lebensende, wie spirituelle Begleitung oder basale Stimulation angeboten werden, würde es begrüßt werden, wenn das Angebot weiterhin bestehen bleibt, um neue Mitarbeiter*innen entsprechend nach zu schulen (*„Es waren auch viele dabei, die sich auch jetzt und heute noch relativ gut in die Einrichtung einbringen, [...] aber (es) gibt ja immer auch Mitarbeiterwechsel.“* H1-E3).

Ergänzend wurden zwei Mitarbeiter*innen zur Palliativpflegefachkraft ausgebildet, die ihren Kolleg*innen mit ihrer Fachexpertise zur Seite stehen. Zugleich wird von Leitungsseite kritisch reflektiert, dass es an niederschweligen Fortbildungs- und Coaching-Angeboten mangelt. Neue, vor allem jüngere Mitarbeitende seien oft unsicher, wie sie mit einer Sterbesituation umgehen sollten. Hilfreich wären aus Leitungssicht eine vom Hospizverein oder Palliativstützpunkt getragene Einführungen in die Sterbe- und Trauerbegleitung (*„Man muss ja nicht den ganzen Doppelkurs belegen.“* H1-E3) ebenso wie eine Organisationsberatung zur Unterstützung der Umsetzung des Palliativkonzepts.

Auf den Wohnbereichen steht den Mitarbeitenden ein Palliativkoffer mit Materialien und Hilfsmitteln zur Verfügung, darunter Accessoires für die Umgebungsgestaltung, Materialien für Aromatherapie und dergleichen. Für das Gedenken verstorbener Bewohner*innen wird im Foyer des Gebäudes ein Gedenktisch mit Bilderrahmen und entsprechenden Traueraccessoires vorgehalten.

Intendiert ist die Weiterentwicklung und strukturierte Einführung des Palliativkonzepts in die Praxis. Daher wurde eine monatlich tagende Palliativ-Arbeitsgruppe eingerichtet, die durch eine der beiden Palliativfachkräfte geleitet wird. In der Arbeitsgruppe sind Mitarbeiter*innen des Pflege- und begleitenden Dienstes der Wohnbereiche vertreten. Ziel ist es, den Austausch mit dem Palliativnetz auszubauen. Angesichts vermehrter Anfragen für eine wohnortnahe Versorgung demenziell erkrankter und schwerstkranker Menschen ist der Ausbau entsprechender Versorgungskonzepte und der Aufbau eines Palliativbereichs in der Einrichtung angedacht (*„[...] eine Zielsetzung ist auch im Bereich palliativer Versorgung, Angebote zu generieren.“* H1-E2).

Aus Leitungssicht stellt sich jedoch das Problem der Refinanzierung, da Palliativpflege im System der Kostenerstattung für die stationäre Langzeitpflege bisher nicht adäquat abgebildet wird. Von Leitungsseite wird die Schaffung einer Stabsstelle für einen/eine Palliativbeauftragte*n angestrebt, der/die den gesamten Prozess der Palliativversorgung beginnend mit Gesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung begleitet und koordiniert (*„Das wäre so, das I-Tüpfelchen.“* H1-E3).

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Aussagen der Mitarbeitenden der Wohnbereich unterstreichen, dass sie bestrebt sind, „ihre“ Bewohner*innen am Lebensende zu begleiten und ihnen letzte Wünsche zu

erfüllen. Die Begleitung wird von den Pflegenden und Betreuungskräften teilweise unterstützt durch ehrenamtliche Hospizhelfer*innen getragen. Ein hohes, über den der regulären Dienstzeiten hinausgehendes Engagement und der ausgeprägte Wunsch der Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche für die Bewohner*innen „*da zu sein*“, wird auch von Leitungsseite konstatiert und betont, dass es hierfür der Schaffung geeigneterer Rahmenbedingungen bedarf (H1–E2). Verschlechtert sich der Zustand der Bewohner*innen sichtlich, werden nach dem Bekunden der Mitarbeitenden umgehend die behandelnden Hausärzt*innen hinzugezogen und die Angehörigen benachrichtigt (*“Die Angehörigen werden natürlich sofort informiert. Die dürfen dann 24/7 im Haus sein.”* H1–M2).

Die Begleitung der Bewohner*innen erfolgt in enger Abstimmung mit den Hausärzt*innen und sofern verfügbar mit den Angehörigen (z.B. Therapiezieländerung, Schmerz- und Symptomkontrolle). Insgesamt ist man bestrebt, dass Bewohner*innen nicht an Schmerzen oder anderen belastenden Symptomen leiden und am Lebensende im Heim verbleiben können. In schwierigen Situationen werden die Palliativkräfte zur Versorgung hinzugezogen, führen die Gespräche mit den Ärzt*innen und Angehörigen und überwachen die Schmerzmedikation (H1–M1). Neben der Schmerzkontrolle und Linderung anderer belastender Symptome, wie Luftnot und Angst, wird eine würdevolle Sterbebegleitung daran fest gemacht, inwieweit es gelingt, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, hinreichend Zeit zu finden, um sterbenden Bewohner*innen und auch ihren Angehörigen zur Seite zu stehen. Angehörige können durchgängig vor Ort sein, im Heim übernachten und gepflegt werden (*„Wir haben nämlich ein Gästezimmer [...] die Versorgung ist gewährleistet, ne.“* H1–M3).

Entscheidungen über Therapie- und Versorgungsgestaltung werden im ärztlichen Gespräch mit den Angehörigen bzw. Betreuer*innen getroffen, wenn die Bewohner*innen sich nicht mehr äußern können und keine Patientenverfügung vorliegt (H1–M6). Patientenverfügungen wird in dem Heim ein hoher Stellenwert zugeschrieben, um zu gewährleisten, dass auch in dem Fall, der Willen der Bewohner*innen in den Entscheidungsprozess einfließt (*„Es wird viel Wert auf die Patientenverfügung gelegt.“* H1–M3).

Bahnt sich eine Palliativsituation an, wird von den Mitarbeitenden des begleitenden Dienstes in Abstimmung mit den Pflegenden das Zimmer unter Berücksichtigung der Vorlieben der Bewohner*innen gestaltet, um eine angenehme Atmosphäre herzustellen. Allerdings wird von Leitungsseite angemerkt, dass dies von den Mitarbeitenden sehr unterschiedlich gehandhabt wird (H1–E2). Die im „*Palliativkoffer*“ zusammengestellten Materialien, wie Lichterketten, Dekorationsartikel, wie Engel, Diffusor mit Duftölen und Bücher zum Vorlesen, werden auch den Angehörigen *„in die Hand gegeben“* (H1–E4). Eine bedürfnisgerechte Gestaltung der Begleitung von Bewohner*innen, die bereits palliativ aus dem Krankenhaus zum Sterben in die Kurzzeitpflege aufgenommen werden, ist für die Mitarbeitenden schwierig, da ihnen hierfür das Hintergrundwissen zu diesem/r Bewohner*in fehlt (*„Dann kennt man den nicht so sehr.“* H1–M1).

Im Team wird jeweils abgesprochen wer „*als feste Person*“ bei dem/der sterbenden Bewohner*in die „*Pflege und Versorgung*“ übernimmt (H1-M3) und versucht letzte Wünsche der Bewohner*innen zu erfüllen. Betont wird, dass, wenn Bewohne*innen im Sterben liegen, ihrer Begleitung Priorität im Versorgungsalltag eingeräumt wird. Die Mitarbeitenden sprechen sich ab, wer bei dem/der Bewohner*in bleibt, wenn Angehörige nicht vor Ort sind. Auch wenn versucht wird, sich Freiraum für die Begleitung zu schaffen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Bewohner*innen alleine sterben. Nach den Aussagen der Mitarbeiter*innen ist es besonders im Spätdienst schwierig, Zeit zu finden, um sterbenden Bewohner*innen und ihren Angehörigen zur Seite zu stehen. Pflegende verfügen eher im Nachtdienst über Zeitfenster, um sich Sterbenden zeitweise zu widmen („*Nachts hat man ja auch eher mal die Möglichkeit, sich ans Bett zu setzen und die Hand zu halten.*“ H1-M11).

Neben den Dienstübergaben dienen die vierwöchigen „*Teambesprechungen*“ dem Austausch über sich anbahnende oder schwierige Palliativsituationen oder auch eine „*Fallbesprechung*“ unter Einbeziehung möglichst aller Mitarbeitenden des Wohnbereichs (H1-M2). Ethische Fallbesprechungen als Format zur Lösung von Konfliktsituationen am Lebensende gibt es nicht, in der Regel sucht der/die Hausärzt*in in schwierigen Situationen das Gespräch mit den Angehörigen, um beispielsweise „*das Für und Wider*“ des Legens einer Magensonde zu erörtern, wobei sich Angehörige oft im Zwiespalt befinden (H1-E3).

Betont wird, dass sich die Versorgung in den letzten Jahren dank der Kooperation mit der dem Palliativnetz angeschlossenen Gemeinschaftspraxis deutlich verbessert hat. So wurde ermöglicht, dass eine „*Palliativ-Box*“ mit Opioiden und Anxiolytika vorgehalten wird. Falls Bewohner*innen kurzfristig starke Schmerzmittel oder angstlösende Medikamente benötigen, können die Pflegenden diese nach Absprache mit den behandelnden Ärzt*innen bzw. bei Verordnung durch den ärztlichen Notdienst zeitnah verabreichen („*Und da haben wir jetzt so eine Palliativ-Box, wo wir dann, wenn der Notarzt sagt, wir dürfen was spritzen, einfach auch was da haben, vor Ort haben.*“ H1-M11).

Allerdings hängt eine zeitnahe Schmerz- bzw. Symptomkontrolle weiterhin von der Erreichbarkeit und dem Ordnungsverhalten der Haus- oder Notärzt*innen ab. Teilweise wird in diesem Kontext von Pflegeseite bemängelt, dass – anders als beispielsweise in Skandinavien – der Kompetenzbereich und Handlungsspielraum der Pflege sehr begrenzt ist und sie nicht befugt ist, nicht-verschreibungspflichtige Analgetika zu verabreichen, wenn diese nicht explizit als Bedarfsmedikation angesetzt wurden („*Da muss man sich ja immer Erlaubnis holen, selbst für das Auftragen einer Voltaren-Salbe.*“ H1-M4). Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht, eine Anerkennung der Kompetenz der Pflegefachkräfte im Heim, die es ihnen wie den Palliativpflegekräften in der SAPV erlaubt, in Verbindung mit palliativen Notfallplänen auch die Bedarfsmedikation ohne nochmalige ärztliche Rücksprache zeitnah zu verabreichen („*Auf unserer Vertrauens- und Könnensbasis von den Fachkräften.*“ H1-M5).

Von professionellen Akteur*innen wurden vor allem Situationen als besonders belastend erlebt, in denen in der Patientenverfügung niedergelegte Willensbekunden von Angehörigen übergangen wurden und auf lebenserhaltende Maßnahmen gedrungen wurde (z.B. H1-E3), sich lang hinziehende quälende Sterbeprozesse (z.B. H1-M2) und wenn Bewohner*innen faktisch schon im Sterbeprozess noch in das Heim verlegt wurden (z.B. H1-M7).

Einbindung der Hospizhilfe und Seelsorge. Hospizhelfer*innen und Seelsorger*innen werden bei Bedarf auf Wunsch der Betroffenen hinzugezogen. Wenn die Bewohner*innen keine Angehörigen haben, die sie begleiten (können) und/oder die Pflegenden und der begleitende Dienst des Wohnbereichs zu wenig Zeit haben, um eine Begleitung der Bewohner*innen zu gewährleisten. Mit dem Hospizverein besteht eine eingespielte enge Kooperation (*„Das klappt eigentlich immer ganz gut und da sind wir bis jetzt auch immer ganz gut mit gefahren.“* H1-M2).

Wie bereits angemerkt, wird angestrebt, für Bewohner*innen, die keine Angehörigen haben, den Kontakt frühzeitig aufzubauen und einen Besuchsdienst zu organisieren, sofern dies von ihnen gewünscht wird. Die Einbindung Ehrenamtlicher in die Begleitung am Lebensende wird generell hilfreich erlebt. Zugleich wird sie von Pflegenden und Alltagsbegleiter*innen jedoch ambivalent erlebt und der Wunsch geäußert, Zeit zu haben, um für die Bewohner*innen, zu denen sie oft eine Beziehung aufgebaut haben, am Lebensende da zu sein zu können (*„Dann jemand von außerhalb zu holen, fällt dann halt einfach schwer.“* H1-M5).

Durch eine im Haus tätige Seelsorgerin und Pastor*innen der Kirchengemeinden besteht die Möglichkeit einer seelsorgerischen Begleitung. Sofern von den Betroffenen gewünscht, wird in Sterbesituationen der/die Seelsorger*in benachrichtigt und steht den Bewohner*innen und ihren Angehörigen unabhängig von einer kirchlichen Bindung zu Seite.

Einbindung der SAPV. Die Hausärzt*innen der kooperierenden Gemeinschaftspraxis mit einer palliativmedizinischen Weiterbildung sind in das regionale Palliativnetz eingebunden. Über sie ist eine palliativmedizinische Versorgung der von ihnen betreuten Bewohner*innen sichergestellt. Das SAPV-Team wird in die Versorgung von Bewohner*innen mit speziellem *„Versorgungsformen“* bzw. Pflegebedarf, wie z.B. Tracheostomapflege, einbezogen (H1-E3). Dabei kommt auch zum Tragen, dass durch interne Fachkräfte erbrachte palliativpflegerische Leistungen nicht gesondert refinanziert werden (*„Wir können palliative Versorgung hier nicht refinanzieren. Das heißt, wir müssen von außerhalb Teams holen, die sich dann dahingehend um die Bewohner kümmern.“* H1-M5). Nach dem Bekunden der Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird das SAPV-Team jedoch eher selten hinzugezogen, da dessen Einbindung einen gewissen zeitlichen Vorlauf braucht und es unter Umständen zu spät auf den Plan tritt.

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben werden die Bewohner*innen gewaschen, ansprechend angekleidet und „*hübsch gemacht*“ (H1-M10). Da kein spezieller Raum für die Aufbahrung zur Verfügung steht, wird das Zimmer hergerichtet und geschmückt. Die Zimmertür wird für alle sichtbar mit einer „*schwarzen Schleife*“ als Trauerflor gekennzeichnet. Angehörige und auch Mitarbeitende und Mitbewohner*innen, die dem Verstorbenen nahestanden, haben die Möglichkeit sich im Zimmer von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden („*Man kann aber auch hingehen und Abschied nehmen, wenn man möchte.*“ H1-E1). Teilweise wird von den Mitarbeitenden darauf verwiesen, dass je nach religiöser Bindung und Glaubensrichtung der Verstorbenen spezielle Rituale, wie das Öffnen des Fensters, praktiziert werden („*Das ist ja nicht nur für den Verstorbenen wichtig, das ist ja auch für die Angehörigen wichtig, dass man da ein bisschen auch dem Glauben Respekt zollt.*“ H1-M4).

Der Gedenktisch im Foyer des Gebäudes wird mit einem Foto der Verstorbenen und Devotionalien, wie einem Engel und Kerzen geschmückt. Auf dem Wohnbereich bzw. im zentralen Speisesaal wird am Todestag den/der verstorbenen Bewohner*in gedacht und „*ein Gebet gesprochen*“ (H1-M8) sowie im wöchentlichen Gottesdienst der Verstorbenen gedacht. Nach den Beobachtungen der Mitarbeitenden schauen die Mitbewohner*innen regelmäßig am Abschiedstisch, ob jemand verstorben ist, und „*unterhalten sich dann auch untereinander, also, die sprechen schon drüber*“ (H1-E3).

Die Hinterbliebenen erhalten von der Einrichtung zur Beerdigung eine Beileidskarte, eine Trauerschale oder einen Gutschein. Mitarbeitende und ggf. auch Mitbewohner*innen, „*die sich jahrelang dann kannten*“ (H1-E3) gehen zur Beerdigung.

Zur Unterstützung der Trauerverarbeitung der Mitarbeiter*innen werden über den regionalen Verbund und hausintern Gespräche mit entsprechend geschulten Kräften angeboten (H1-E2), was jedoch kaum in Anspruch genommen wird. Insgesamt gesehen mangelt es aus Leitungssicht noch an einer wirklich gelebten Abschieds- und Trauerkultur. Die Etablierung eines jährlichen gemeinsamen Gedenkens mit den Angehörigen der Verstorbenen wird angestrebt, „*dass man die Angehörigen noch mal einlädt, dass man mit denen halt noch mal so einen Austausch unternimmt.*“ (H1-E3).

Nach dem Bekunden der interviewten Bewohner*innen werden Todesfälle im Wohnbereich kommuniziert. Als Abschiedsrituale finden von ihrer Seite das gemeinsame Gedenken im Speiseaal bzw. durch die Pastorin und der Gedenktisch Erwähnung. Zwar wird auch im Kreis der Bewohner*innen über den Tod von Mitbewohner*innen gesprochen, insgesamt „*gehen*“ die Verstorbenen jedoch eher „*sang- und klanglos*“ (H1-B2).

Ein Wunsch nach weitergehenden Gesprächen oder Ritualen des gemeinsamen Gedenkens wird von den interviewten Bewohner*innen nicht geäußert, auch wenn die Konfrontation mit dem Tod bedrückend erlebt wird und – wie es eine Bewohnerin berichtet – die

Tatsache, dass im Heimalltag der Tod zum Leben gehört von ihr erst verarbeitet werden musste („*Das erste Mal war ein bisschen wie ein Schock, ne?*“ H1-B1).

3.2.2.2 Fallstudie 2 (Heim H2)

Heim H2 ist in einem ruhigen, in der Nähe des Stadtwaldes gelegenen Bezirks einer niedersächsischen Großstadt gelegen. Es handelt sich um eine seit über 50 Jahren bestehende vollstationäre Einrichtung der Langzeitpflege mittlerer Größe mit einem gerontopsychiatrischen Schwerpunkt. Ein nahegelegenes Krankenhaus verfügt über eine Palliativstation. Unter dem Dach des Trägerverbands werden in angrenzenden Stadtteilen ein SAPV-Team und ein Hospiz vorgehalten.

Datenbasis: Die Datenerhebung konnte in Heim H2 relativ zügig innerhalb von knapp zwei Monaten im November/Dezember 2020 realisiert werden. Die Interviewpartner*innen wurden von einer durch die Leitung benannte Projektkoordinatorin vermittelt. Insgesamt konnten 25 Telefoninterviews realisiert werden, die sich auf die Zielgruppen wie folgt verteilen:

- Mit professionellen Akteur*innen aus unterschiedlichen Bereichen und Hierarchieebenen wurden 16 Interviews geführt, und zwar 7 Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution (Leitungspersonen unterschiedlicher Leistungsbereiche und Mitarbeitende mit übergreifenden Funktionen, wie z.B. Stabsstelle für die Koordination der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Seelsorge) und 9 Interviews mit Mitarbeiter*innen der Wohnreife (Pflege, BSD). Von den Interviewten verfügen 6 über einen Palliative Care Basiskurs und 2 weitere Interviewpartner*innen über eine mehrtägige Fortbildung zur Sterbebegleitung.
- Für die Ermittlung der Sicht der Nutzer*innen wurden 9 Interviews realisiert, und zwar 6 Interviews mit Bewohner*innen und 3 Angehörigeninterviews, darunter der Ehemann einer an Altersdepression und Altersdemenz erkrankten Bewohner*in und zwei Töchter der im Heim lebenden und im Alter von 90+ an Altersdemenz erkrankten Mütter. Die Vermittlung der Bewohner*innen erfolgte ergänzend nach Rücksprache und Zustimmung der gesetzlichen Betreuer*innen.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Mit rd. 110 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H2 um eine mittelgroße Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege. In der geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtung leben vornehmlich Menschen mit hirnrorganischen und psychischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium („*Also überwiegend ist Demenz bei uns vertreten, aber auch Psychosen und Schizophrenie und jetzt vermehrt auch das Korsakow-Krankheitsbild.*“ H2-E2). Während es sich bei den an Demenz erkrankten Menschen zumeist um hochaltrige Menschen (80+) und mehrheitlich um Frauen handelt, sind unter die Bewohner*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen teilweise auch Menschen im mittleren Alter (ab 40+) und etwa zu Hälfte Männer.

Das Heim besteht aus einem älteren modernisierten und einem neueren Gebäudetrakt. Die Einrichtung gliedert sich in 3 Wohnbereiche die nochmals in 2 Wohngruppen mit 15 bis 20 Plätzen unterteilt sind. Je ein Wohnbereich ist auf die Betreuung von psychisch erkrankten Menschen und von schwerstdemenzkranken Menschen spezialisiert. Bei dem

dritten Wohnbereich handelt es sich um einen gemischten bzw. „Orientierungsbereich“ (H2-M2):

Neben Einzelzimmern handelt es sich bei etwa einem Viertel der Zimmer um Zweibettzimmer. Letztere befinden sich im Demenzbereich, während psychisch erkrankte Bewohner*innen in der Regel in Einzelzimmern untergebracht werden.

Auf dem großzügigen, geschlossenen Außengelände befindet sich u.a. eine Kapelle. Die Einrichtung verfügt über einen Andachtsraum, ein Café, diverse Aufenthaltsräume sowie „Kreativ-, Werk- und Musikräume“ (H2-E5). Auf jedem Wohnbereich befinden sich eine kleine Stationsküche und ein Aufenthaltsraum. Betont wird, dass sich auf richterliche Verfügung hin in der geschlossenen Einrichtung untergebrachten Bewohner*innen in dem Gebäude und Außenbereich „frei bewegen“ können (H2-M8).

Im direkten Umfeld befinden sich mehrere Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe und ein Bildungszentrum des Einrichtungsträgers. Die Einrichtung ist durch öffentlichen Personennahverkehr gut an die Innenstadt und das Umland angeschlossen.

Servicebereiche. Das Heim verfügt über einen zentralen hauswirtschaftlichen Dienst, der auch die Essensversorgung und den ausgegliederten Wäschedienst koordiniert. Der zeitweilig ebenfalls ausgegliederte Reinigungsdienst wird inzwischen wieder in Eigenregie betrieben, um besser den besonderen Herausforderungen in der gerontopsychiatrischen Einrichtung gerecht werden zu können. Das Mittagessen wird von der Küche einer anderen Einrichtung des Trägers geliefert. Der hauswirtschaftliche Dienst trägt die Versorgung mit Essen und Getränken und bereitet die übrigen Mahlzeiten für die Wohnbereiche vor, auf denen sich jeweils Stationsküchen befinden.

Personelle Ressourcen. Sowohl von Mitarbeitenden der Wohnbereiche als auch von Leitungspersonen wird betont, dass die Personalsituation aufgrund hoher Ausfallzeiten und Personalfuktuation angespannt ist. Von Leistungsseite wird darauf verwiesen, dass der Personalschlüssel in der gerontopsychiatrischen Einrichtung zwar besser ist als in anderen Langzeitpflegeeinrichtungen, die Besetzung der Planstellen jedoch äußerst schwierig ist. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren bereits seit mehreren Monaten 1,5 Planstellen im Pflegedienst nicht besetzt, da Stellenausschreibungen auf keine Resonanz stießen („Aber es kommen halt keine Bewerbungen rein im Moment.“ H2-E1). Hinzu kommen relativ hohe Fehlzeiten im Pflege- und Betreuungsdienst, die auch in Langzeiterkrankungen von Mitarbeiter*innen begründet sind. Geleistete Überstunden der zu einem Großteil teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter*innen werden nicht mehr über Freizeit ausgeglichen, sondern ausgezahlt.

Qualifikation und Fortbildungskultur. Insgesamt ist die Leitung bemüht im Rahmen der Personalentwicklung die Qualifikation der Mitarbeitenden zu fördern. Über das Ausbildungszentrum des Trägers ist die Einrichtung in die grundständige Pflegeausbildung für die Praxiseinsätze der Auszubildenden eingebunden, die teilweise nach dem Abschluss der Ausbildung übernommen werden.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung verfügt die Einrichtung im Pflegedienst über gerontopsychiatrische Fachkräfte. Zwei Mitarbeiter*innen wurden zur Palliativfachkraft weitergebildet. Die Fortbildung zur „Palliativen Praxis“ wurde bereits in der Anfangsphase des Modellprojekts des Trägerverbandes für eine breite Basisqualifikation der Mitarbeitenden des Pflege- und Betreuungsdienstes gezielt genutzt. Allerdings konzediert eine Leitungskraft, dass zwischenzeitlich in ihrem Bereich „*unglücklicherweise das geschulte Personal abgesprungen*“ und auch die Palliativfachkraft ausgeschieden ist, um in einem Hospiz zu arbeiten. Da die Pflegeassistent*innen die direkte Pflege zu wesentlichen Teilen tragen, wäre aus Leitungssicht auch und gerade deren (Nach-) Schulung in einem Basiskurs zur palliativen Praxis wichtig (H2-E2).

Externe Kooperation und Vernetzung. Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung kooperiert das Heim eng mit zwei ortsansässigen Hausärzt*innen, die die hausärztliche Betreuung der Bewohner*innen in dem Heim vornehmlich tragen und jeweils wöchentlich zu festen Visitenzeiten in das Heim kommen. Für die fachärztliche Versorgung der gerontopsychiatrischen Einrichtung besteht eine enge Kooperation mit der fachärztlichen Gemeinschaftspraxis einer Neurologin und eines Psychiaters.

Das Heim kooperiert mit einer ergo- und einer physiotherapeutischen Praxis, deren Therapeut*innen zu Behandlungen in die Einrichtung kommen. Weitere Fachärzt*innen oder Therapeut*innen sind in die Versorgung der Bewohner*innen nicht vor Ort eingebunden.

Während eine enge Zusammenarbeit mit einem Hospizdienst aufgebaut wurde, besteht offenbar keine Kooperation mit einem SAPV-Team (*„Also wir haben keinen wirklichen Palliativarzt, [...] Unsere Bewohner werden von Anfang bis Ende durch die Internisten, Hausärzte betreut.“* H2-E4).

Für eine seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen und auch der Mitarbeitenden in Krisensituationen ist eine Pastorin mit einem festen Stundenkontingent in die Einrichtung eingebunden.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Pflegefachpersonen, Pflegeassistent*innen und Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes sind den Wohnbereichen fest zugeordnet. Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach deren Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. In der Regel sind nach den Angaben der Mitarbeitenden pro Wohnbereich im Früh- und Spätdienst mindestens mit 1 Pflegefachkraft, 2 Pflegeassistent*innen und eine Mitarbeiter*in des Betreuungsdienstes. Zeitweise sind auf den Wohnbereichen Auszubildende oder auch Mitarbeiter*innen im freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) tätig. Der Nachtdienst ist in der Einrichtung jeweils mit zwei Pflegekräften, darunter eine Pflegefachkraft besetzt.

Das Pflege- und Betreuungskonzept der gerontopsychiatrischen Einrichtung orientiert sich nach dem Bekunden einzelner Pflege- und Betreuungskräfte an dem Mäutik-Kon-

zept, einem von van der Kooij in der Geriatrie entwickelten holistischen Ansatz der „*erlebnisorientierten Pflege*“ (H2-M6). Entsprechend wird ein besonderer Akzent auf die Biographiearbeit und Fall- bzw. „*Bewohnerbesprechungen*“ gelegt (H2-M6). Bedingt durch das Ausscheiden von Fachkräften mit langjähriger Erfahrung, findet das Konzept jedoch nicht durchgängig konsequent Anwendung. Neueren Mitarbeiter*innen mangelt es an einer entsprechenden Schulung und Anleitung durch mit den Prinzipien der erlebnisorientierten Pflege vertrauten Mitarbeiter*innen im Versorgungsalltag („*Das merkt man schon auch im Umgang, also mit den Bewohnern, dass das ein bisschen fehlt.*“ H2-E6).

Die Zusammenarbeit mit den heimversorgenden Haus- und Fachärzt*innen wird nahezu durchgängig als gut beschrieben („*Also zu 95% klappt das eigentlich wunderbar.*“ H2-M9). Die Hausärzt*innen kommen jeweils wöchentlich zu festen Visitenzeiten in das Heim. Wobei die Visiten innerhalb der Einrichtung anlassbezogen erfolgen, d.h. nicht alle Bewohner*innen wöchentlich von Hausärzt*innen persönlich aufgesucht werden („*Also es werden nicht jede Woche alle Bewohner vorgestellt, ... wirklich nur die, wo es halt Auffälligkeiten gibt.*“ H2-M3). Zudem kommen im wöchentlichen Wechsel die Neurologin und der Psychiater der Gemeinschaftspraxis in das Heim, die sich auch gegenseitig vertreten.

Betont wird von Leitungs- und Mitarbeiter*innenseite, dass vor allem die Hausärzt*innen für sie auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar sind. Generell wird versucht, Krankenhauseinweisungen insbesondere von Bewohner*innen mit der Tendenz zu herausforderndem Verhalten zu vermeiden, da sie dort häufig bereits während der Wartezeit in der Notaufnahme sediert werden. Die Einschaltung des notärztlichen Dienstes erfolgt daher faktisch nur nach vorheriger Rücksprache mit bzw. „*auf Anweisung*“ behandelnder Ärzt*innen, wenn die zuvor abgestimmten und eingeleiteten Maßnahmen nicht den erwarteten Erfolg zeigen (H2-M9).

Einzug in die Einrichtung. Die Aufnahme von Bewohner*innen wird über die Pflegedienstleitung koordiniert. Die Einrichtung hat eine „*Warteliste*“. Bei einer Anmeldung werden Vorgespräche geführt und eine Mitarbeiter*in mit übergreifenden Koordinationsaufgaben sucht die Bewohner*innen auf, um sich ein umfassendes Bild zu machen. Im Leitungsteam wird geprüft, ob die Betroffenen in der Einrichtung betreut werden können und wenn ja, in welchem Bereich (H2-E1).

Am Aufnahmetag werden neue Bewohner*innen gemeinsam durch die Koordinatorin und ein/e im Heimbeirat engagierte/n Bewohner*in mit einem „*Blumenstrauß*“ begrüßt. Es werden die wichtigsten formalen Dinge erledigt, das Zimmer und die Einrichtung gezeigt und der Tagesablauf besprochen. Dabei wird nach dem Bekunden der Mitarbeiter*innen darauf geachtet, dass er/sie „*erstmal in Ruhe ankommt*“ und ihn/sie nicht gleich mit Informationen zu „*überfrachten*“ (H2-M3), wobei die Aufnahmefähigkeit davon abhängt, wie weit eine Demenz fortgeschritten bzw. wie ausgeprägt die psychische Beeinträchtigung jeweils ist.

Von der Pflegefachkraft und der Betreuungskraft werden – sofern noch nicht vorliegend – die für die Versorgung relevanten medizinisch-pflegerischen und biografischen Informationen aufgenommen, dokumentiert und in den folgenden Tagen vervollständigt. Vorhandene Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden in einem zentralen Ordner hinterlegt, um im Bedarfsfall rasch darauf zurückgreifen zu können. Von Mitarbeitenden wird in dem Zusammenhang angemerkt, das Bewohner*innen in der „*letzten Zeit*“ vermehrt bei Heimeintritt eine Patientenverfügung und teilweise ergänzende Vollmachten mitbringen („*Gefühlt, wirklich gefühlt jeder zweite Bewohner, der in der letzten Zeit einzieht, hat schon alles parat.*“ H2-M9).

Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) im engeren Sinn durch speziell geschulte Gesprächsbegleiter*innen wurden bisher in der Einrichtung nicht eingeführt. Von Leitungsseite wird hervorgehoben, dass im Verlauf der ersten 4 bis 8 Wochen des Heimaufenthalts mit den Bewohner*innen, die dazu in der Lage sind, ein „*palliatives Gespräch*“ vorgesehen ist (H2-E1), um rechtzeitig zu ermitteln, wie die Bewohner*innen sich die Versorgungsgestaltung am Lebensende vorstellen, was ihre Wünsche sind und was sie nicht möchten. Wenn ein Gespräch mit den Bewohner*innen in der Form nicht (mehr) möglich ist, sollten die Angehörigen bzw. die Betreuer*innen der Bewohner*innen dazu befragt werden.

Im Versorgungsprozess wird daher im Rahmen der Biographiearbeit versucht, Wünsche und Vorstellungen der Bewohner*innen auch in Bezug auf die Versorgungsgestaltung am Lebensende zu ergründen, insbesondere wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Betont wird, dass die Informationssammlung zu Wünschen und Vorstellungen der Bewohner*innen insbesondere im Demenzbereich schwierig ist, zumal dann, wenn keine Angehörigen verfügbar sind („*Aber da ist es auch so, dass wir das von vielen gar nicht wissen, weil nicht alle Angehörige haben, die viel erzählen können.*“ H2-E6). Berufsmäßige gesetzliche Betreuer*innen können in der Regel wenig dazu beitragen. Für psychisch erkrankte, auf richterlichen Beschluss hin in die Einrichtung eingewiesene Bewohner*innen sind Sterben und Tod „*nicht unbedingt ein Thema*“ (H2-E6). Ergeben sich im Verlauf der Betreuung, z.B. anlässlich eines Todesfalls darüber Gespräche, sind die Mitarbeiter*innen gehalten dies in dem Biographiebogen zu dokumentieren.

Leben im Heim. Generell wird versucht, die pflegerische Versorgung und Begleitung möglichst flexibel und personenzentriert zu gestalten. Hierzu gehört, die demenziell und psychisch erkrankten Bewohner*innen mit ihren Eigenheiten und teilweise recht herausfordernden Verhaltensweisen anzunehmen und ihnen auch Freiraum zu bieten.

Der Tagesablauf wird auch in Heim H2 durch die Hauptmahlzeiten und Angebote des Betreuungsdienstes für Einzelbetreuung und Gruppenaktivitäten strukturiert, wobei versucht wird, Gewohnheiten und Vorlieben der Bewohner*innen zu berücksichtigen. Betont wird, dass vor allem die Schlafgewohnheiten berücksichtigt werden („*Also es muss keiner um halb 9 am Tisch sitzen.*“ H2-M5). Bei Bewohner*innen, die länger schlafen möchten, wird – neben einem späteren Frühstück – auch eine ggf. erforderliche Unterstützung bei

der Körperpflege später eingeplant, sofern die Personalsituation dies zulässt. Auch die Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten steht ihnen frei.

Neben der pflegerischen Versorgung werden vormittags und nachmittags durch den begleitenden sozialen Dienst sowohl Gruppenaktivitäten als auch Einzelbetreuungen für die Bewohner*innen angeboten. Das Spektrum der Betreuungs- und Beschäftigungsangebote des begleitenden Dienstes wird recht breit gefächert beschrieben („*Also da achten wir auf eine bunte Mischung.*“ H2-E6). Es reicht im Bereich der Gruppenaktivitäten von Zeitungs- und Spielerunden, Gedächtnis- und Bewegungstraining, über tiergestützte Therapie, gemeinsames Backen und Gartenarbeit bis hin zu Veranstaltungen mit Live Musik im Innenhof der Einrichtung und dem begleiteten Besuch von Konzerte und Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung. Dabei wurde versucht den teilweise recht unterschiedlichen Interessen und Vorlieben der unterschiedlichen Altersgruppen Rechnung zu tragen („*Also wir fragen die Menschen, wir beobachten, wie reagieren sie auf die Angebote, und ja. Wir haben dann z.B. hier auch Rockkonzerte, nicht nur klassische oder eben alte Schlager.*“ H2-E6).

In den Aussagen der professionellen Akteur*innen wird deutlich, dass die Strukturierung der Alltags im Demenzbereich auch durch den Betreuungsdienst stärker strukturiert wird, während die zumeist etwas jüngeren Bewohner*innen im Bereich für psychisch Kranke mehr Gestaltungsspielraum haben und sich offenbar auch eher selbst beschäftigen („*die haben eigentlich nur ihre Essenszeiten, wo sie dann kommen und ansonsten beschäftigen die sich mehr oder weniger selber.*“ H2-M5).

Von Angehörigen und Bewohner*innen wird in den Interviews betont, dass sich die Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche – auch angesichts der hohen Arbeitslast und der teilweise recht schwierigen Klientel – den Bewohner*innen gegenüber „*sehr nett*“ und „*respektvoll*“ verhalten („*Man wird hier natürlich respektvoll behandelt, das muss ich mal ganz klar sagen.*“ H2-B5) und bemüht sind, sie gut zu versorgen. Allerdings wird von Angehörigenseite kritisch angemerkt, dass sie sich wünschen würden, dass Bewohner*innen, die bettlägerig sind, mehr „*Ansprache*“ z.B. in Form von Einzelbetreuungen erhalten würden (H2-A2).

Angehörigenarbeit. Die Einbindung der Angehörigen hat beginnend mit der Biographiearbeit zur Ergründung der Wünsche und Vorstellungen der oft kognitiv beeinträchtigten Bewohner*innen einen hohen Stellenwert. Angehörigenbegleitung wird entsprechend als integraler Bestandteil der Betreuung betrachtet. Sofern möglich werden Angehörige in Entscheidungen und die Versorgungsgestaltung einbezogen.

Betont wird, dass die Angehörigen für die Bewohner*innen „eine große Rolle“ spielen. Auch für die Biographiearbeit und damit für eine bedürfnisorientierte Versorgungsgestaltung wird ihnen besonders im Demenzbereich eine wichtige Rolle zugeschrieben. Zugleich wird darauf verwiesen, dass das Verhalten der Angehörigen sehr unterschiedlich ist. Ein Teil der Angehörigen begleiten die Bewohner*innen weiterhin engmaschig

und bringen sich überaus engagiert, unter Umständen „fast schon zu gut“ und ausgesprochen fordernd ein (H2-M3). Demgegenüber ziehen sich andere Angehörige zeitweilig oder auch ganz zurück.

Nach den Aussagen der Leitungspersonen und Mitarbeitenden hat insbesondere unter den psychisch erkrankten Bewohner*innen ein relativ hoher Anteil keine Angehörigen mehr, die sich um sie kümmern können oder wollen. Nicht selten haben offenbar Bewohner*innen mit Korsakow-Syndrom im Verlauf ihrer Suchterkrankung „mit der Familie gebrochen“ oder Angehörige haben sich angesichts der für sie schwierigen Situation zurückgezogen (H2-E6). Betont wird, dass insbesondere die jüngeren Bewohner*innen mit Korsakow-Syndrom daher oft nur „Berufsbetreuer“ haben und in „zerrütteten Verhältnissen“ leben. Auch im Verlauf einer Demenzerkrankung ziehen sich Angehörige unter Umständen zurück, wenn sie das Erleben des Abbaus der kognitiven Fähigkeiten der Bewohner*innen und die Situation in der Einrichtung nicht mehr „ertragen können“, wobei sie die Bewohner*innen in der Sterbephase jedoch oft wieder begleiten (H2-M4). In dem Kontext wird auch auf die teilweise noch bestehende Tabuisierung psychischer und demenzieller Erkrankungen verwiesen („Ich glaube, das ist so eine Art Tabuthema auch. Wenn jemand psychisch krank ist oder dement oder so.“ H2-M1)

Die Angehörigen oder andere nahestehende Personen werden ermutigt, nach der Einweisung der Erkrankten in die geschlossene, für sie jedoch jederzeit offenstehende Einrichtung den Kontakt aufrecht zu halten. Ihrer Einbindung dient auch die Einladung zur Teilnahme an Festen, wie sie u.a. an besonderen kirchlichen Feiertagen, wie Weihnachten oder Ostern ausgerichtet werden. Der Unterstützung und Motivation der Angehörigen sich in die Versorgung einzubringen dient der in der Einrichtung etablierte „offene Gesprächskreis“ für Angehörige. Die regelmäßigen stattfindenden Angehörigentreffen dienen als Informations- und Beratungsforum über Besonderheiten der Erkrankungen, Herausforderungen der Kommunikation und Interaktion mit psychisch und demenziell erkrankten Menschen und über die in der Einrichtung verfolgten Betreuungskonzepte. Zugleich sollen Treffen den Angehörigen einen Rahmen für den oft auch emotional entlastenden Austausch mit Gleichbetroffenen bieten („Also es ist für die Angehörigen gut dann mitzubekommen, da sitzen auch noch andere, die sind in einer ähnlichen Situation.“ H2-E6). Von Angehörigenseite wird betont, dass „eigentlich“ stets jemand für sie ansprechbar und offen für ihre Anliegen ist, sei es die Heimleitung oder seien es die Pflegekräfte (H2-A3).

Soziale Teilhabe. Obgleich es sich um eine geschlossene gerontopsychiatrische Einrichtung handelt, wird versucht, den psychisch und demenziell erkrankten Bewohner*innen – soweit dies in dem Rahmen möglich ist – eine soziale Teilhabe zu ermöglichen. Angehörige werden ermutigt, die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Dem Erleben von Gemeinschaft dienen die vielfältigen Angebote für Gruppenaktivitäten und Veranstaltungen des begleitenden Dienstes ebenso wie die von der Pastorin angebotenen wöchentlichen Andachten und Gottesdienste. Der Aufrechterhaltung der Teilhabe am sozialen Leben

dient gleichermaßen die Gestaltung von Festen zu den kirchlichen Feiertagen und saisonaler Feste, zu denen auch die Angehörigen der Bewohner*innen eingeladen sind. Ebenso zählen hierzu die vom Betreuungsdienst organisierten und begleiteten Außenaktivitäten, wie Ausflüge oder auch der Besuch von ausgewählten Veranstaltungen.

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Von der Einrichtungsleitung wurde bereits relativ früh zu Beginn des Modellvorhabens das Angebot des Trägerverbands für Basisschulung zur „Palliativen Praxis“ gezielt für eine breite Schulung von Mitarbeiter*innen des Pflege- und Betreuungsdienstes aufgegriffen. Ergänzend wurden 2 Mitarbeiter*innen zur Palliativfachkraft weitergebildet

In der Einrichtung besteht seit längerem ein Arbeitskreis „Palliativversorgung“. Er wird von einer Mitarbeiter*in der Pflegedienstleitung mit Stabsstellenfunktion moderiert, die auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in dem Heim koordiniert. In ihm sind Mitarbeiter*innen des Pflege- und Betreuungsdienstes aller Wohnbereiche vertreten, die in ihren Bereichen eine Multiplikatorenfunktion übernehmen. Der Arbeitskreis dient der Reflektion der Versorgung am Lebensende und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliativkonzepts, das in schriftlicher Form, inkl. Verfahrensanweisungen auf allen Wohnbereichen in elektronischer und gedruckter Form vorliegt. Von der Arbeitsgruppe wurden Materialien zur Unterstützung der Gestaltung der Sterbebegleitung und Abschiedsrituale eingeführt. Auf den Wohnbereichen steht jeweils ein Palliativkoffer mit diversen Materialien und Hilfsmitteln dafür zur Verfügung.

Zur Unterstützung der Begleitung von Bewohner*innen am Lebensende und ihren Angehörigen wurde eine enge Kooperation mit einem Hospizverein aufgebaut.

Zu den Abschiedsritualen zählen Aussegnungen, das Gedenken in den wöchentlichen Andachten und jährlich zwei Gedenkgottesdienste sowie Abschiedstische im Eingangsbereich der Einrichtung und auf den Wohnbereichen.

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Mitarbeitenden des Pflege- und Betreuungsdienstes sind bestrebt, im Rahmen des Möglichen die Bewohner*innen teilweise mit Unterstützung durch Ehrenamtliche des Hospizvereins am Lebensende zu begleiten, mögliche letzte Wünsche zu ergründen und diese auch zu erfüllen. Ziel ist es im Verbund mit den behandelnden Hausärzt*innen Schmerzen und andere belastende Symptome zu lindern und eine Krankenhauseinweisung am Lebensende zu vermeiden.

Wenn sich abzeichnet, dass sich der Zustand der Bewohner*innen deutlich verschlechtert, wird von den Pflegefachkräften Rücksprache mit den behandelnden Hausärzt*innen gehalten und – sofern vorhanden – die Angehörigen benachrichtigt, wobei zumeist im Vorfeld geklärt wird, ob und wann Angehörige benachrichtigt werden möchten.

Insbesondere wenn keine Patientenverfügung vorliegt, wird zumeist im Gespräch mit dem behandelnden Ärzt*innen und den Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer*innen

versucht, Entscheidungen zur Therapie- und Versorgungsgestaltung im Sinne der Bewohner*innen zu treffen. Für die Ergründung des mutmaßlichen Willens der Bewohner*innen werden die im Verlauf der Biographie ermittelten Hinweise eingebracht. Bei komplexen Problemen und in schwierigen Entscheidungssituationen werden ethische Fallbesprechungen initiiert und von der Pastorin moderiert.

Die Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase erfolgt in Abstimmung mit Pflege und begleitendem Dienst bei Bedarf mit Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen des kooperierenden Hospizvereins, deren Einbindung von der Pflege und der Koordinatorin des Hospizdienstes organisiert wird.

Leben die Bewohner*innen in einem Doppelzimmer, wird der/die Mitbewohner*in in der Sterbephase „*ausquartiert*“ und in ein anderes Zimmer verlegt (H2-E1). Die Zimmertür wird mit einem Symbol für alle sichtbar gekennzeichnet („*Wir haben auch immer so kleines (Symbol), so betende Hände. Wenn einer im Sterben liegt, dass wir an die Tür machen, dass jeder weiß: 'Aha- hier ein bisschen ruhiger!*“ H2-M6). Die im „*Palliativkoffer*“ bereitgestellten Utensilien und Hilfsmittel werden je nach Vorlieben der Bewohner*innen von dem Wohnbereichsteam für die Umgebungsgestaltung und Schaffung einer angenehmen Atmosphäre genutzt. Betont wird die verfügbare audiovisuelle Technik, einschließlich eines Beamers, mit dessen Hilfe für bettlägerige Menschen auch bewegte Bilder an die Wand oder die Zimmerdecke projiziert werden können, die nach den Vorlieben und biografischen Bezügen der Betroffenen ausgewählt werden.

Wenn sich abzeichnet, dass das Ende naht, werden Angehörige entsprechend der Absprachen benachrichtigt. Sie können jederzeit in die Einrichtung kommen und auch über Nacht bleiben, um bei dem/der Bewohner*in zu sein. Betont wird, dass Angehörige im Rahmen der Sterbebegleitung vielfach gleichermaßen Unterstützung und Begleitung benötigen und diese auch erhalten („*Es ist gar nicht so der Sterbende, den wir hauptsächlich begleiten, sondern oft wirklich die Angehörigen.*“ (H2-M8).

Im Wohnbereichsteam wird die Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen vornehmlich durch Mitglieder der Palliativgruppe bzw. Mitarbeitende, die an der Schulung zur palliativen Praxis teilgenommen haben, getragen und von einer Palliativfachkraft bei Bedarf unterstützt. Wenn sich die Sterbephase anbahnt, wird der Begleitung im Arbeitsablauf Priorität eingeräumt, so dass sich die Mitarbeiter*innen abwechselnd zurückziehen können, um sich den im Sterben liegenden Bewohner*innen, wenn auch mit Unterbrechungen, widmen zu können oder den Angehörigen zur Seite stehen zu können. So verweist eine Pflegefachkraft darauf, dass dies in ihrem Wohnbereich vom Team mitgetragen wird und sich auch angesichts knapper zeitlichen Ressourcen zumeist auch einrichten lässt, „*wenn alle mitziehen*“, und liegengebliebene Arbeiten, wie das Stellen der Medikamente, von dem nachfolgenden Schichtteam erledigt werden. Zugleich wird vor ihr betont, dass sie eine „*palliative Begleitung unheimlich gern*“ über-

nimmt“ und „dann mit einem wirklich guten Gefühl nach Hause“ geht, wenn Bewohner*innen in dem Wohnbereich im Sterben lagen und es ihr ermöglicht wurde, sie während des Dienstes auf dem letzten Weg zu begleiten (H2-M6).

Allerdings lässt die personelle Besetzung vor allem im Spätdienst eine Begleitung sterbender Bewohner*innen durch das reguläre Schichtteam aus Sicht der Mitarbeitenden kaum zu (H2-M9). Die Möglichkeit zur Einbindung des Hospizdienstes in die Sterbebegleitung wird daher als „*enorme Stütze*“ erlebt (H2-E1), insbesondere wenn Angehörige für die Begleitung nicht zur Verfügung stehen und eine Begleitung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist, die in der Form von dem Team nicht geleistet werden kann („*Aber manchmal ist es einfach noch nötig, dass zusätzlich noch jemand kommt, der da längere Zeit mal sitzen kann bei dem Bewohner.*“ H2-M8)

Von Leitungsseite aus wird betont, dass insgesamt ein stimmiges Konzept der palliativen Versorgung am Lebensende und Abschiedskultur entwickelt und auch in die Praxis eingeführt wurde. Zugleich wird jedoch kritisch angemerkt, dass das erarbeitete Konzept der palliativen Begleitung im Versorgungsalltag nicht immer bzw. nicht mehr in der Konsequenz für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende im Heimalltag umgesetzt wird. Neben personellen und zeitlichen Engpässen ist dies auch darin begründet, dass an der Entwicklung und Umsetzung beteiligte Mitarbeiter*innen teilweise bedingt durch den Eintritt in das Rentenalter ausgeschieden sind und neue Mitarbeiter*innen über keine entsprechende Schulung verfügen („*Ich würd nicht sagen, dass das eingeschlafen ist, aber es wird nicht mehr so gelebt oder nicht mehr von allen so gelebt.*“ H2-E6).

Von den interviewten professionellen Akteur*innen wurden vor allem Situationen als besonders belastend beschrieben, wenn Angehörige lebensverlängernde Maßnahmen einfordern (z.B. H2-E6) und Betreuer*innen sich in ihren Entscheidungen über den Willen der Bewohner*innen hinwegsetzen (z.B. H2-M5), wobei die Kommunikation mit Betreuer*innen insgesamt schwierig erlebt wird (z.B. H2-M2). Zudem wird von Mitarbeitenden betont, dass die Begleitung dadurch erschwert wird, dass teilweise kaum (mehr) möglich ist, zu ergründen, was die Bewohner*innen möchten und dass kaum Hintergrundinformationen für eine bedürfnisorientierte Gestaltung der Begleitung am Lebensende verfügbare sind (z.B. H2-M6, H6-M8).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Mit einem Hospizdienst besteht eine enge Kooperation. Wenn sich abzeichnet, dass das Ende naht und Bewohner*innen keine Angehörigen haben, die sie begleiten, wird im Regelfall die Koordinatorin des Hospizdienstes benachrichtigt und kommt in das Heim, um sich vor Ort ein Bild zu machen und schauen welche*r Hospizhelfer*in geeignet für die Begleitung ist, um sie zeitnah vermitteln zu können. Von Leitungsseite wird hervorgehoben, dass die Begleitung sterbender Bewohner*innen ohne die Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen oft nicht geleistet werden könne („*Die unterstützen uns da ganz wunderbar.*“ H2-E1).

Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen wird die im Heim tätige Seelsorgerin benachrichtigt und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen oder auch den Mitarbeiter*innen zu Seite.

Einbindung der SAPV. Nach den Aussagen der Leitungskräfte und Mitarbeitenden wird hingegen kein SAPV-Dienst in die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativ- bzw. Sterbesituationen eingebunden. Nahezu durchgängig wird betont, dass das Heim hinsichtlich der ärztlichen Versorgung durch die kooperierenden Haus- und Fachärzt*innen für die Sicherstellung auch in Palliativsituationen „*gut ausgestattet*“ ist (H2-E2), zumal die heimversorgenden Hausärzt*innen und auch die Fachärzt*innen im Bedarfsfall außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar sind. Angesichts der spezifischen gerontopsychiatrischen Problemlagen der Bewohner*innen versuchen auch die Ärzt*innen – zumal in Endstadien der Erkrankung(en) – Einsätze des ärztlichen Notdienstes generell zu vermeiden und für mögliche Krisensituationen Interventionsmöglichkeiten mit den Pflegefachkräften abzusprechen.

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben von Bewohner*innen wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs das Zimmer und der Leichnam für die Aufbahrung und die Verabschiedung „hergerichtet“. Angehörige, Mitarbeitende und Mitbewohner*innen haben die Möglichkeit, sich im Zimmer von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden, wobei Letzteres eher selten der Fall ist. In der Regel wird eine Aussegnung durch die Pastorin oder auch darin angeleitete Mitarbeiter*innen zelebriert, an der vor allem die Mitarbeiter*innen des Wohnbereichs und sofern gewünscht die Angehörigen teilnehmen. Die Zeremonie hat für die Mitarbeitenden als Abschiedsritual eine große Bedeutung. Für im Krankenhaus verstorbene Bewohner*innen, wird daher eine vergleichbare Zeremonie im Andachtsraum durchgeführt.

Von der Pastorin werden Gesprächen für die Hinterbliebenen und Mitarbeitenden zur Unterstützung der Trauerbewältigung angeboten.

Auf den Wohnbereichen und im Foyer wird jeweils der Abschiedstisch zum Gedenken an die verstorbenen Bewohner*innen mit einem Foto der/des Verstorbenen und einem Abschiedsspruch geschmückt. In den wöchentlichen Andachten und zweimal im Jahr stattfindenden Gedenkgottesdiensten wird jeweils der verstorbenen Bewohner gedacht.

Ein zentrales Anliegen in Heim H2 ist es, das Lebensende und den Tod der Bewohner*innen würdig zu gestalten. Dabei hat das „*namentliche*“ Gedenken einen zentralen Stellenwert. Bewohner*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen sind häufig auf Grundsicherung angewiesen und haben oft keine Angehörigen. Da von Seiten des Sozialhilfeträgers nur eine anonyme Bestattung übernommen wird, hat der Einrichtungsträger für die Bestattung von Bewohner*innen, die keine Angehörigen (mehr) haben, die sie

beerdigen, ein teilweise über Spenden finanziertes Gräberfeld auf dem Friedhof mit einem Gedenkstein, auf dem alle dort beerdigten verstorbenen Bewohner*innen auch namentlich genannt werden („*So das Motto ist halt, dass keiner verloren gehen soll.*“ H2-E6).

Gespräche und ein gemeinsames Gedenken im Kreis der Mitbewohner*innen über den Todesfall werden in der Form auf der Ebene der Wohngruppen nicht angeboten. Eine Angehörige merkt hierzu an, dass ihre an Demenz erkrankte Mutter, wie die übrigen kognitiv eingeschränkten Bewohner*innen im Demenzbereich, das Fehlen von Mitbewohner*innen in der Form auch nicht wahrnehmen würde und die Situation nicht einordnen könne (H2-A3).

Im wöchentlichen Gottesdienst wird jeweils der Verstorbenen gedacht. Zudem findet zweimal im Jahr ein Gedenkgottesdienst statt zu dem auch die Angehörigen der Verstorbenen eingeladen werden.

Der Wunsch nach oder das Angebot von Gesprächen und Ritualen des gemeinsamen Gedenkens nach dem Versterben von Mitbewohner*innen wird von den interviewten Bewohner*innen in der Form nicht geäußert. Als Abschiedsritual findet seitens der interviewten Angehörigen der Abschiedstisch im Foyer des Heims bzw. auf dem Wohnbereich Erwähnung.

3.2.2.3 Fallstudie 3 (Heim H3)

Heim H3 liegt in einer Mittelstadt mit knapp 50.000 Einwohnern und besteht seit ca. einer Dekade. Im Umkreis von 5km des Postleitzahlbezirks weist der AOK-Pflegenavigator eine weitere vollstationäre Einrichtung der Langzeitpflege aus und im Umkreis von 10 km befinden sich weitere acht vollstationäre Einrichtungen. In der Stadt sind ein Krankenhaus mit Palliativeinheit und ein ambulanter Hospizdienst angesiedelt. Die Geschäftsstelle des für die Region zuständigen SAPV-Stützpunktes und ein Hospiz sind in einer knapp 30 km entfernten Großstadt gelegen, die zugleich Verwaltungssitz des Landkreises ist. In dem Heim wurde bisher das Schulungsangebot des Trägerverbands zur „Palliativen Praxis“ nicht aufgegriffen.

Ergebniszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung erstreckte sich über den Zeitraum von Dezember 2020 bis Anfang Mai 2021. Nach einem ersten Interview auf Leitungsebene Anfang Dezember 2020 wurde die Datenerhebung pandemiebedingt unterbrochen, d.h. für die im Dezember bereits vereinbarte Interviewtermine wurden aufgrund der Belastungen durch die Corona-Pandemie abgesagt und ihre Realisierung im Frühjahr 2021 in Aussicht gestellt. Drei Leitungspersonen und eine Mitarbeiterin, mit denen im Dezember ein Interview vereinbart worden war, zogen ihre Zusage zurück. Nach Abschluss der ersten Impfreihe konnten schließlich neun weitere Beschäftigte interviewt werden. Trotz intensiver Bemühungen gelang es auch im Verlauf des ersten Halbjahres 2021 nicht, Nutzer*innen für ein Interview zu gewinnen. Ein zunächst von

Bewohner*innenseite in Aussicht gestelltes Interview konnte krankheitsbedingt nicht mehr realisiert werden.

Die Datenbasis umfasst somit insgesamt 10 Interviews mit Beschäftigten unterschiedlicher Bereiche und Hierarchieebenen, darunter 3 Leitungspersonen und 7 auf Wohnbereichsebene tätige Mitarbeiter*innen des Pflege-, begleitenden und hauswirtschaftlichen Dienstes. Keine*r der Interviewpartner*innen verfügte über eine palliative Basisschulung oder Weiterbildung.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Das vor einer Dekade mit 50 Plätzen in Betrieb genommene Heim wurde zwischenzeitlich um einen Anbau erweitert. Auf dem Gelände befindet sich u.a. eine Tagespflegeeinrichtung die als eigenständige Einrichtung von dem Träger geführt wird. Mit rd. 80 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H3 um eine kleinere vollstationäre Einrichtung der Langzeitpflege mit eingestreuter Kurzzeitpflege und einem „*integrativen Wohnkonzept*“ (H3-M6) für Menschen mit Demenz.

Heim H3 ist in einem Randbezirk der mittelgroßen Stadt gelegen. Es besteht eine Busanbindung des öffentlichen Personennahverkehrs zur Stadtmitte.

Die Einrichtung verfügt über einen kapellenartigen Andachtsraum, ein Café und einen großzügigen Außenbereich mit Innenhof und einem Garten mit Hochbeeten.

In Heim H3 werden primär Einzelzimmer mit barrierefreiem Duschbad vorgehalten. Die drei Doppelzimmer werden vorrangig für Ehepaare genutzt. Zudem wird ein „*Reservezimmer*“ (H3-E4) vorgehalten. Die möblierten Zimmer können jeweils nach Absprache individuell mit eigenen (Klein-)Möbeln gestaltet werden.

Die zweigeschossige Einrichtung gliedert sich in zwei Bereiche bzw. Ebenen mit dreieinhalb Wohnbereichen unterschiedlicher Größe. Auf jeder Ebene befinden sich im Altbau eine große und im Anbau eine kleine Wohnküche, die als Speise- und Aufenthaltsraum mit diversen Sitzecken konzipiert sind, sowie in jedem Wohnbereich ein großes Bad mit Badewanne.

Servicebereiche. Der hauswirtschaftliche Dienst (Reinigungs- und Servicekräfte) und eine Wäscherei werden in Eigenregie geführt. Das Essen wird von der Küche eines in einen Nachbarort gelegenen Heims des Trägers geliefert. Für die Versorgung der Bewohner*innen mit Essen und Getränken stehen Servicekräfte zur Verfügung, die zu den Hauptmahlzeiten die Wohnküchen der größeren Wohnbereiche mitbetreuen. Bei Bedarf bzw. auf Wunsch der Bewohner*innen kann das Essen auf den Zimmern eingenommen bzw. gereicht werden.

Personelle Ressourcen. Nach den Angaben der befragten Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche sind die verfügbaren Planstellen weitestgehend besetzt.

Die Einrichtung wird von Leitungsseite in der Region „*als Arbeitgeber für die (Pflegefachkräfte) durchaus attraktiv*“ (H3-E1) eingeschätzt. Dafür spricht, dass regelmäßig Initiativbewerbungen eingehen. Auch der Pflegedienst verfügt über einen relativ großen Stamm an Mitarbeiter*innen, „*die von Anfang an dabei sind*“ (H3-E4). Wobei angemerkt wird, dass die Fluktuation unter jüngeren Pflegefachpersonen relativ hoch und die Anzahl geeigneter Bewerber*innen bei Stellenausschreibungen für Pflegefachpersonen denkbar gering ist.

Der bereichsübergreifende Einsatz der Mitarbeitenden wurde nach der Erweiterung der Einrichtung beibehalten, um flexibler auf Urlaubswünsche eingehen und krankheitsbedingte personelle Engpässe einfacher ausgleichen zu können („*Dann ist man bei den Urlaubswünschen auch etwas flexibler.*“ H3-E4).

Qualifikation und Fortbildungskultur. Die Personalentwicklung, einschließlich des Fortbildungskonzepts wird von einem Mitglied der Heimleitung mit pflegepädagogischem Hintergrund getragen. Die Einarbeitung und Qualifizierung der Mitarbeiter*innen haben einen hohen Stellenwert. Pflegehilfen werden ermutigt und unterstützt, sich weiterzubilden.

Das Fortbildungskonzept wurde seit Gründung der Einrichtung stetig ausgebaut. Neben klassischen Formaten wurde ein Online-Fortbildungsangebot entwickelt, das es den Mitarbeitenden ermöglicht, in einem bestimmten Zeitraum auch Pflichtfortbildungen zeitlich flexibel zu belegen („*Wir machen das viel online, können das von zu Hause auch machen.*“ H3-M4). Einen Schwerpunkt bilden Fortbildungen zu den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), deren Themen, teilweise palliative Versorgungsaspekte berühren (vgl. z.B. die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege und Management chronischer Wunden). Die Integration von Fortbildungen zur Palliativversorgung in das Fortbildungsangebot steht auf der Agenda („*Das (Palliative Care) wäre jetzt der nächste Schritt, der gegangen werden sollte.*“ H3-E1). Bisher verfügen keine Mitarbeiter*innen über eine entsprechende Basis-Schulung oder Weiterbildung. Auch von den Mitarbeitenden wird der Mangel palliativer Fachexpertise konstatiert („*Ist ja hier keiner spezialisiert auf palliativ.*“ H3-M7) und die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen zur Palliativversorgung und Aktualisierung des Wissens zur Herstellung von Handlungssicherheit betont („*Und ob das dann wirklich alles so richtig ist, wie man das macht, das weiß man ja im Grunde genommen nicht.*“ H3-M5).

Externe Kooperation und Vernetzung. Seit der Öffnung der Einrichtung hat sich eine enge Kooperation mit einzelnen hausärztlichen Praxen am Ort etabliert, die die Mehrzahl der Bewohner*innen betreuen. Die heimversorgenden Hausarzt*innen dieser Praxen kommen zu festen Zeiten zur Visite und sind auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar. Eine fachärztliche Versorgung der Bewohner*innen auf der Basis von Hausbesuchen im Heim wird von einer neurologischen, einer dermatologischen und einer HNO-Praxis am Ort sichergestellt („*Also das läuft eigentlich sehr gut.*“ H3-M1).

Es besteht keine engere Kooperation mit Krankenhäusern in der Region. Insbesondere das klinische Entlassungsmanagement bei Rückverlegungen von Bewohner*innen ist nach dem Bekunden der Mitarbeitenden oft suboptimal (*„Also das gestaltet sich schon manchmal ganz schwierig, ja.“* H3-M4).

Positiv hervorgehoben wird die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung durch eine Apotheke mit der ein Kooperationsvertrag geschlossen wurde. Über sie können Medikamente für neue Bewohner*innen auch kurzfristig bereitgestellt werden.

Auf eine Unterstützung der Begleitung von Bewohner*innen in Palliativsituationen durch das Team des SAPV-Stützpunktes wurde und wird nach dem Bekunden der Leitungspersonen und Mitarbeitenden der Wohnbereiche – wenn überhaupt – äußerst selten zurückgegriffen. Demgegenüber besteht eine enge Vernetzung mit dem Hospizverein. Hospizhelfer*innen werden auf Wunsch der Bewohner*innen und Angehörigen regelhaft in die Begleitung am Lebensende eingebunden (*„Wenn so eine Hospizbegleitung gewünscht ist, dann rufen wir diese Dame an und die koordiniert das dann im Grunde.“* H3-E4).

Eine seelsorgerische Begleitung wird je nach Wunsch durch einen in der Einrichtung engagierten Seelsorger und die Pastor*innen der örtlichen Kirchengemeinden getragen.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Organisation der Versorgung. Die Pflege ist im Ansatz nach dem Prinzip der Bereichspflege organisiert. Tagsüber betreut jeweils ein Pflege- bzw. Betreuungsteam im Früh und Spätdienst die Bewohner*innen der auf einer Ebene befindlichen Wohnbereiche. Sie werden durch Servicekräfte des hauswirtschaftlichen Dienstes in den beiden großen Wohnküchen bei der Essensversorgung unterstützt.

In der Einrichtung wird ein integratives Konzept der Demenzversorgung praktiziert, wobei Menschen mit Demenz und schwerstpflegebedürftige Bewohner*innen jedoch vorrangig in den Wohnbereichen der unteren Ebene betreut werden. Während dort 5 Pflegekräfte in der Früh- und 4 Pflegekräfte in der Spätschicht für die ca. 40 Bewohner*innen eingeplant werden, davon je Schicht jeweils mindestens 1 Pflegefachkraft, werden für die Betreuung auf der oberen Ebene 4 Pflegekräfte im Früh- und 3 Pflegekräfte im Spätdienst eingeplant. Hinzu kommen jeweils zwei Mitarbeiter*innen des begleitenden Dienstes. Der Nachtdienst ist für die gesamte Einrichtung mit einer Pflegefachperson und einer Pflegeassistentin besetzt.

Mit Ausnahme der Bereichsleitungen sind die Mitarbeitenden keinem Bereich fest zugeordnet, sondern rotieren in mehr oder weniger großen Zeitabständen zwischen den Bereichen. Dies bedeutet für die Bewohner*innen jeweils einen personellen Wechsel der sie betreuenden Personen. Von den Mitarbeitenden wird das Rotationsprinzip unterschiedlich bewertet. Während einige die Abwechslung schätzen (*„Ich habe gerne mal Wechsel, dass ich die Bewohner auch mal wechsle.“* H3-M3), würden andere Mitarbeitende lieber fest in einem Bereich arbeiten. Von Leitungsseite wird als Vorteil die Flexibilität in der

Einsatzplanung hervorgehoben, die es eher erlaubt, personelle Engpässe zu überbrücken („*Das lässt uns ein bisschen mehr Freiraum, wenn Mitarbeiter sowohl im Obergeschoss als auch im Untergeschoss einsetzbar sind.*“ H3-E4).

Die Pflegefachkräfte übernehmen die Hilfe- und Pflegeplanung und deren fortlaufende Evaluation für eine bestimmte Anzahl von Bewohner*innen. Ein Bezugspflegesystem wird aus Leitungssicht als nicht praktikabel angesehen (H3-E1).

Einzug in die Einrichtung. Bei Anmeldung neuer Bewohner*innen werden von der Pflegedienstleitung Vorgespräche mit den Betroffenen und/oder deren Angehörigen geführt und zumeist eine Besichtigung der Einrichtung ermöglicht, wobei der Einzug oft von den Angehörigen eingeleitet wird. Sie werden gebeten im Vorfeld einen Fragebogen mit Fragen zu Lebensgewohnheiten, (Pflege-)Anamnese, den Fähigkeiten bzw. Hilfebedarf auszufüllen.

Am Einzugstag wird die Aufnahme durch eine Pflegefachkraft, vorzugsweise die Wohnbereichsleitung und eine*n Mitarbeiter*in des Betreuungsdienstes getragen. Zum Aufnahme-ritual gehört ein Willkommensheft, ein Blumenstrauß und die Begrüßung bzw. Vorstellung der Mitarbeitenden und der Mitbewohner*innen in dem Wohnbereich („*Alle Bewohner, die bei uns einziehen, die kriegen erstmal einen Blumenstrauß am Tag des Einzugs auf ihr Zimmer und werden entsprechend dann auch eingeführt in die Gruppe als solches.*“ H3-E1). Von der Pflegefachkraft werden medizinisch-pflegerischen Informationen sowie Wünsche und Gewohnheiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung aufgenommen. Mitarbeitende des begleitenden Dienstes führen ein erstes Gespräch zum biografischen und familiären Hintergrund, das in einem speziellen „*Biographiebogen*“ dokumentiert wird. Die Informationssammlung wird in den folgenden Tagen kontinuierlich ergänzt und die Pflegeplanung bedarfsweise angepasst (H3-E1).

Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung durch geschulte Gesprächsbegleiter*innen wurden bisher nicht eingeführt. Betont wird, dass viele Bewohner*innen bereits vor dem Einzug in das Heim eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht aufgesetzt haben („*Es ist heutzutage tatsächlich so, dass viele das sowieso schon haben.*“ H3-M5), die von ihnen, den Angehörigen oder den gesetzlichen Betreuer*innen vorgelegt werden.

Versorgungsgestaltung und Leben im Heim. Generell wird nach den Aussagen der befragten professionellen Akteur*innen versucht, die Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen möglichst flexibel nach ihren Wünschen und Vorlieben zu gestalten. Der Tagesablauf wird durch die Hauptmahlzeiten strukturiert, wobei den Bewohner*innen, insbesondere morgens ein gewisser zeitlicher Spielraum eingeräumt wird („*Frühstückszeit ist eingeplant von halb acht bis neun Uhr. Manche kommen auch noch später, das ist dann auch okay.*“ H3-E4).

Durch den begleitenden Dienst werden zum einen Einzelbetreuungen für Menschen mit Demenz und schwerstpflegebedürftige Bewohner*innen durchgeführt. Zum anderen

werden Gruppenaktivitäten angeboten und auch durch externe Dienstleister*innen getragene Angebote, wie Bewegungstraining durch Physiotherapeut*innen, organisiert.

Zudem engagiert sich in dem Heim ein verrenteter Pastor. Neben der seelsorgerischen Begleitung werden von ihm spezielle Gruppenaktivitäten und Gesprächsrunden für die im Heim lebenden Bewohner angeboten.

Trotz der diversen Angebote an Einzelbetreuung und Gruppenaktivitäten durch begleitenden Dienst, wird von Pflegeseite teilweise eine gewisse Monotonie des Lebens im Heim konstatiert (*„Es ist einfach stinklangweilig in so einem Altenheim für Bewohner.“* H3-M7). Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht ein größerer zeitlicher *„Spielraum“*, um sich bei Bedarf einzelnen Bewohner*innen wirklich widmen zu können und nicht nur *„zwischen Tür und Angel“* (H3-M7). Kommen krankheitsbedingt personelle Engpässe hinzu, stoßen die Mitarbeitenden zusehends an ihre Grenzen und die Versorgung der Bewohner*innen gerät in Sinne von *„satt und sauber“* eher zu einer rein funktionellen Pflege (*„Manchmal ist es wirklich, wenn man es ganz krass sieht, es ist eine Abfertigung, [...] Fließbandarbeit.“* H3-M7). Speziell von Altenpflegefachkräften wird kritisch angemerkt, dass sich ihr Tätigkeitsprofil dahingehend gewandelt hat, dass genuine Aufgaben der professionellen Altenpflege, wie Alltagsgestaltung, psychosoziale Begleitung und Biographiearbeit, auch aus Zeit- und Personalmangel von ihnen kaum mehr geleistet werden (können), zumal die den Pflegefachpersonen obliegenden Dokumentationspflichten im Versorgungsalltag immer mehr Raum einnehmen (H3-M5).

Angehörigenarbeit. Den Angehörigen wird durchgängig *„eine große Rolle“* (H3-M6) zugeschrieben. Oftmals wird der Einzug in das Heim durch sie initiiert und Erstgespräche teilweise mit ihnen geführt. Ihrer Einbindung wird insbesondere bei Bewohner*innen mit demenziellen Veränderungen eine hohe Bedeutung beigemessen, und zwar beginnend mit der Aufnahme, auch um für die Versorgungsgestaltung wichtige Hintergrundinformationen über die Biografie, Vorlieben und mögliche vulnerable Punkte zu erhalten (*„Und, ja, dann helfen schon die Angehörigen viel mit.“* H3-M5).

Betont wird, dass das Engagement der Angehörigen auch davon abhängig ist, wie die Beziehung und Kontaktpflege vor dem Heimeintritt war und ob sie vor Ort oder weiter entfernt leben. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden die nächsten Angehörigen von Beginn an in Versorgungsentscheidungen einbezogen. Sie können die Bewohner*innen jederzeit besuchen und werden zu hausinternen Veranstaltungen und Festen eingeladen. Angehörige werden von den Mitarbeitenden oft kooperativ, zu Weilen aber auch schwierig und fordernd erlebt. Betont wird, dass in der Regel ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen besteht und viele auch Verständnis für die Pflegenden haben (H3-M4).

Soziale Teilhabe. Die Einrichtung wird in den Interviews als relativ offene Institution beschrieben. Neben den gemeinschaftlichen Mahlzeiten und dem Angebot an Gruppenak-

tivitäten auf Wohnbereichsebene ermöglichen diverse Veranstaltungen den Bewohner*innen eine soziale Teilhabe. Hierzu zählen saisonale Feste, die vom begleitenden Dienst organisiert werden und auch Besucher*innen offen stehen. Wöchentlich finden evangelische und katholische Gottesdienste in der Kapelle bzw. im Andachtsraum statt. Den Bewohner*innen steht es jedoch frei, die Angebote für sich zu nutzen, und zwar beginnend mit den gemeinsamen Mahlzeiten in den Wohnküchen (*„Wer möchte, kann Gesellschaft haben, wer aber ausdrücklich keine Gesellschaft haben möchte, das gibt es ja auch, der muss halt auch nicht.“* H3-E4).

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept der Begleitung am Lebensende, das offenbar auf Leitungsebene erstellt wurde und als Teil des Qualitätsmanagements auch in Form eines Standards mit Prozessbeschreibungen vorliegt, offenbar jedoch nicht flankiert durch Schulungen für die Mitarbeitenden auf Wohnbereichsebene eingeführt wurde.

Für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende stehen auf den Wohnbereichen in der palliativ- und Hospizversorgung erprobte Hilfsmittel, einschließlich audiovisueller Technik zur Verfügung. Zudem werden fahrbare Spezialpflegesessel vorgehalten, um auch schwer kranken bzw. immobilen Bewohner*innen eine Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglichen zu können.

Ein Qualitätszirkel oder Arbeitskreis, der sich speziell der (Weiter-)Entwicklung der Palliativversorgung widmet, wurde in der Form nicht ins Leben gerufen. In vierzehntägigen auf der mittleren Leitungsebene angesiedelten bereichs- und berufsübergreifenden Fallbesprechungen werden *„Problemfälle“*, so auch schwierige Palliativsituationen gemeinsam reflektiert (H3-M1).

Nach den Angaben der Interviewten finden sich auch im Pflorgeteam keine Mitarbeiter*innen mit einer palliativen Basisschulung oder Weiterbildung. In den Interviews mit Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird dies durchaus kritisch gesehen (*„So ein Heim sollte vielleicht auch ja, eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern haben, die so was gemacht haben.“* H3-M5) und teilweise der explizite Wunsch nach einer Weiterbildung oder Fortbildungen zu zentralen Themen der Palliativversorgung und Sterbebegleitung geäußert, auch um spirituelle Bedürfnisse der Betroffenen beantworten zu können (*„Diese spirituelle Ebene [...] fällt oftmals gänzlich hinten rüber.“* H3-M6).

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Begleitung am Lebensende erfolgt nach den Aussagen der Leitungskräfte unter Berücksichtigung der Willensbekundungen der Bewohner*innen (*„Da legen wir großen Wert darauf, dass das auch eingehalten wird.“* H3-E1) in enger Abstimmung der Fachkräfte mit dem/der Hausarzt*in. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden die Angehörigen in Entscheidungsprozesse einbezogen (*„Also da kommunizieren wir dann halt mit dem Arzt, mit dem Hausarzt und mit den Angehörigen.“* H3-E4).

Von Leitungsseite wird das Bestreben betont, den Bewohner*innen ein Sterben in der

gewohnten häuslichen Umgebung, „*die ja jetzt dann im Heim ist*“ zu ermöglichen, belastende Maßnahmen am Lebensende zu vermeiden und „*den Übergang für den Menschen vom Leben zum Tod hin*“ zu erleichtern (H3-E1). Es wird versucht, dass die pflegerische Versorgung und Begleitung durch Betreuungskräfte möglichst von den vertrauten Mitarbeiter*innen getragen wird und – sofern möglich – die Angehörigen und ggf. der Hospizdienst in die Begleitung einbezogen werden. Betont wird seitens der Mitarbeitenden, dass die Pflege sterbender Bewohner*innen hinreichend Zeit und Ruhe voraussetzt. Um die beginnend mit der Körperpflege geforderte besondere Behutsamkeit gewährleisten zu können, sieht sich das Wohnbereichsteam auch vor organisatorische Herausforderungen gestellt („*Und ja, das muss man natürlich im Team dann auch alles organisieren.*“ H3-M5).

Wenn sich der Beginn des Sterbeprozesses abzeichnet, werden mit den Angehörigen Absprachen getroffen, wann sie benachrichtigt werden möchten. Sie werden entsprechend informiert, können jederzeit bei den Sterbenden sein, werden bei Bedarf beratend begleitet und mit Essen und Getränken mit versorgt. Sofern im Sterben liegende Bewohner*innen in einem Doppelzimmer untergebracht sind, werden die Mitbewohner*innen verlegt, auch um eine durchgängige Begleitung durch die Angehörigen zu ermöglichen und damit sie auch „*über Nacht bleiben können.*“ (H3-E4).

Für die Begleitung sterbender Bewohner*innen werden zumeist die bereitgehaltenen Hilfsmittel und Dekorationsartikel je nach Vorlieben der Bewohner*innen für die Umgebungsgestaltung genutzt.

Zwar sind die meisten heimversorgenden Hausärzt*innen im besonderen Fällen auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar, betont wird jedoch, dass primär Begleitungen am Lebensende mit dem Hausarzt, der über eine palliativmedizinische Zusatzausbildung verfügt, gut gelingen („*Und ich habe immer das Gefühl, wenn der da ist, wenn der den Bewohner begleitet, ist das Ganze friedlicher.*“ H3-E3). Demgegenüber ist es in der Kooperation mit anderen Hausärzt*innen oft schwierig, allein für eine hinreichende Schmerz- und Symptomkontrolle Sorge zu tragen („*Einige Ärzte, die sind sehr zimperlich. Die wollen dann nicht starke Schmerzmittel aufschreiben.*“ H3-M5). Wünschenswert wäre daher aus pflegerischer Sicht, dass Hausärzt*innen über eine palliative Fortbildung verfügen oder diese sogar „*Pflicht sein*“ sollte (H3-M5). Suboptimal wird von den Mitarbeitenden vor allem die notärztliche Versorgung erlebt.

Zentral ist aus pflegerischer Sicht für die Betroffenen vor allem die Begleitung durch die ihnen nahestehenden Personen. Wenngleich dies durch Dritte nicht ersetzt werden kann, wird versucht, die Bewohner*innen die keine nahen Angehörigen haben, die sich am Lebensende um sie kümmern (können), im Rahmen des Möglichen zu begleiten. Als größte Hausforderung und Belastung wird der Umstand hervorgehoben, dass dem Team

die Zeit für eine Begleitung Sterbender im Heimaltag fehlt („Ja, dass einfach dieser Zeitdruck da ist. [...] das ist der Hauptfaktor.“ H3-M4).

Als besonders belastend wurden von den professionellen Akteur*innen Sterbesituationen beschrieben, in denen keine hinreichende Schmerz- und Symptomkontrolle gewährleistet werden konnte (z.B. H3-E3), wenn Patientenverfügungen von Angehörigen übergangen wurden und auf lebenserhaltende Maßnahmen gedrungen wurde (z.B. H3-E3), Angehörige auf Therapiemaßnahmen beharrten (z.B. H3-E4) und das Sterben nicht akzeptieren konnten (z.B. H3-M4), sich lang hinziehende quälende Sterbeprozesse (z.B. H3-M1) sowie zerrüttete Familienverhältnisse und das Austragen von Streitigkeiten am Sterbebett (z.B. H3-M7).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Für die Begleitung sterbender Bewohner*innen wird in der Einrichtung im Bedarfsfall auf ehrenamtliche Hospizhelfer*innen der örtlichen ambulanten Hospizdienste zurückgegriffen. Wobei diese aus Sicht der Pflegenden früher in der Einrichtung präsent sein und in die Begleitung der Bewohner eingebunden werden sollten und nicht erst im Sterbeprozess. Auch wenn die Unterstützung durch den Hospizverein begrüßt wird, wird zugleich speziell in den Aussagen der Pflegekräfte der Wunsch deutlich, für die Bewohner*innen im Sterben da sein zu können („Wir versorgen diese Menschen unter Umständen Jahre tagein, tagaus. Nur, wenn es drauf ankommt, ist keiner von uns da.“ H3-M4).

Auf Wunsch der Betroffenen werden Pastor*innen der örtlichen Kirchengemeinden der jeweiligen Glaubensrichtung benachrichtigt, um den Bewohner*innen und ihren Angehörigen seelsorgerisch zu Seite zu stehen.

Einbindung der SAPV. Generell besteht – neben der Einbindung des Hospizvereins – die Möglichkeit das SAPV-Team in die Betreuung vom Bewohner*innen in Palliativsituationen einzubeziehen. Eine Kooperation mit der SAPV erfolgt sowohl nach den Aussagen der Leitungspersonen als auch nach Einschätzung der Mitarbeitenden der Wohnbereiche jedoch äußerst selten. Von Leitungsseite wird dies damit begründet, dass ein Hausarzt, der die Mehrzahl der Bewohner*innen betreut, Palliativmediziner ist und durch ihn eine palliativmedizinische Versorgung sichergestellt ist und auch die übrigen Hausärzt*innen zumeist erreichbar sind. Konzediert wird, dass in Palliativsituationen im Vertretungsfall unter Umständen eine vermeidbare Krankenseinweisung am Lebensende erfolgt (H3-E4). Von Pflegeseite wird daher teilweise der Wunsch nach einer engeren Kooperation mit den Akteur*innen der SAPV geäußert, die eine 24/7-Bereitschaft gewährleisten. Als Hürden, die dem entgegenstehen, kommen aus ihrer Sicht „Kompetenzgerangel“ zwischen Hausärzt*innen und Palliativmediziner*innen des SAPV-Teams, aber auch Unkenntnis über die Möglichkeiten der SAPV-Einbindung unter Pflegenden im Heim und Vorbehalte der Angehörigen zum Tragen (H3-M6).

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs die Zimmertür mit einem schwarzen Trauerflor gekennzeichnet, das Zimmer und der Leichnam des/der Verstorbenen für die Aufbahrung und Verabschiedung so „schön“ wie möglich hergerichtet (*„Weil der letzte Eindruck, der letzte Blick bleibt natürlich, [...] das soll dann, in Anführungsstrichen, doch so schön wie möglich dann sein.“* H3-M7). Die Angehörigen, Mitarbeitende und ggf. auch Mitbewohner*innen, die den Verstorbenen nahe standen, erhalten Möglichkeit sich zu verabschieden. Neben dem Seelsorger verfügt die Einrichtung über speziell geschulte Mitarbeiter*innen, die „auch eine Aussegnung machen können“ (H3-E1). Von der Möglichkeit wird zum Bedauern der Leitungspersonen indes kaum mehr Gebrauch gemacht (*„Wir haben das eine Zeitlang mal versucht, das ist aber was, was immer wieder in Vergessenheit gerät.“* H3-E4).

Am Beispiel der recht verhaltenen Praktizierung von Aussegnung als Abschiedsritual wird zugleich deutlich, dass die Definition von Standards und Prozessbeschreibungen im Qualitätshandbuch nicht ausreicht, um diese mit Leben zu füllen. Von einer Mitarbeiter*in wird in diesem Kontext betont, dass sich im Verlauf der letzten Jahre der Umgang mit dem Tod im Heim gewandelt hat: Einerseits werden christliche Abschiedsrituale, wie Aussegnungen und ein gemeinsames Gedenken im Gebet nur noch selten praktiziert, andererseits werden Särge von den Bestattungsinstituten nicht mehr durch den „Hintertür“, sondern durch die „Vordertür“ des Gebäudes transportiert (H3-M4).

Neben dem Gedenktisch mit einem speziellen Gedenkbuch und Bild der/des Verstorbenen im Kapellenraum, wird in der jeweiligen Wohnküche eine entsprechende „Trauerecke“ zum Gedenken an verstorbene Bewohner*innen gestaltet und im wöchentlichen Gottesdienst der Verstorbenen gedacht. Am Ende des Kirchenjahres findet jeweils ein Gedenkgottesdienst statt, zu dem die hinterbliebenen Angehörigen eingeladen werden. Mitarbeitende nehmen nach dem Versterben langjähriger Bewohner*innen, zu denen sie eine enge Bindung aufgebaut haben, an der Beerdigung teil. Zur Unterstützung der Verarbeitung von schwierigen Sterbesituationen und der Trauerarbeit bestehen nach dem Bekunden der Leitungspersonen die Möglichkeit zur gemeinsamen Reflexion im Team und Gesprächsangebote durch den im Heim engagierten Seelsorger. Nach den Aussagen der Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird, auch wenn ihnen der Tod von Bewohner*innen besonders nahe geht, jedoch primär ein Gespräch mit Kolleg*innen des „Vertrauens“ gesucht. Dahinter steht – so die Einschätzung einer auf Wohnbereichsebene tätigen Pflegefachperson – auch die Befürchtung im Sinne der Unfähigkeit zu der in den helfenden Berufen betonten Fähigkeit zur distanzierten Anteilnahme als unprofessionell da zu stehen (*„Es geht ja auch um Professionalität in dem Zusammenhang. [...] Man, man muss das abkönnen und funktionieren.“* H3-M6).

3.2.2.4 Fallstudie 4 (Heim H4)

Das Heim liegt in einer Mittelstadt mit knapp 30.000 Einwohnern in einer eher ländlich strukturierten Region. Die bereits seit gut 60 Jahren bestehende Einrichtung der Altenhilfe ist in der Region und der Kirchengemeinde verankert. Im Umkreis von 5 km des Postleitzahlbezirks weist der AOK-Pflegenavigator derzeit sechs weitere vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege unterschiedlicher Trägerschaft aus. Am Ort befinden sich die Geschäftsstelle des regionalen Palliativnetzes und ein Hospizdienst, jedoch kein Hospiz. Das örtliche Allgemeinkrankenhaus verfügt über eine Palliativstation.

Ergebniszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung im Heim H4 erstreckte sich über den Zeitraum von Februar bis Mai 2021 und umfasst insgesamt 17 Telefoninterviews:

- Mit professionellen Akteur*innen wurden 12 Interviews geführt, und zwar 7 Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution (Leitungspersonen unterschiedlicher Leistungsbereiche und Mitarbeitende mit übergreifenden Funktionen, wie z.B. Qualitätsmanagement, Koordination der Fortbildung und Praxisanleitung, Seelsorge) und 5 Interviews mit Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche (Pflege, BSD, Küchenservice). Von den Interviewten verfügten 6 über einen Palliative Care Basiskurs und/oder Weiterbildung zur Palliativfachkraft.
- Das Sample der Nutzer*innen (n=5) umfasst Interviews mit 2 Bewohner*innen und 3 Angehörigen, darunter ein After-Death-Interview mit einer Angehörigen, deren Mutter im Sommer 2020, d.h. ca. 6 Monate vor dem Interview in dem Heim verstorben ist.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Mit rd. 160 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H4 um eine größere Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuter Kurzzeitpflege. Das Heim besteht aus einem modernisierten Altbau und einem damit verbundenen Neubau. Auf dem Gelände befindet sich u.a. eine Kapelle und eine Cafeteria. In dem parkähnlichen Außenbereich wurde ein auch aus Angehörigensicht ansprechend gestalteter Demenzgarten angelegt.

In unmittelbarer Nähe der Einrichtung ist zudem ein öffentlicher Park und die Innenstadt ist für mobile Bewohner*innen fußläufig und mit dem öffentlichen Nachverkehr erreichbar.

Die Einrichtung ist in 7 Wohnbereiche gegliedert, und zwar 5 gemischte und 2 beschützte Wohnbereiche für Menschen mit fortgeschrittenen demenziellen und psychischen Erkrankungen. Die beschützten Wohnbereiche sind im Erdgeschoß der Gebäude mit direktem Zugang zum Demenzgarten gelegen, um auch Bewohner*innen mit Hinlauftendenzen ein größtmögliches Maß an Bewegungsfreiheit zu ermöglichen.

Für die Langzeitpflege werden Einzelzimmer mit Balkon und barrierefreier Nasszelle vorgehalten. Mit Ausnahme des Pflegebetts und Nachtschrank können und sollen sich die Bewohner*innen ihr neues zu Hause mit eigenen Möbeln und Wohnaccessoires individuell gestalten. In einem gemischten Wohnbereich befinden sich 10 Doppelzimmer, die für Kurzzeitpflege und als Interimslösung genutzt werden, bis ein Einzelzimmer im Langzeitpflegebereich zur Verfügung steht.

Neben dem zentralen großen Speisesaal im Erdgeschoss des Haupthauses, befinden sich auf den Wohnbereichen offene Wohnküchen mit einem Speiseraum und diverse Sitzecken. Die Speisesäle und Wohnküchen werden von Servicekräften der Küche mitbetreut. Auf Wunsch bzw. Bedarf wird das Essen auch auf den Zimmern eingenommen bzw. gereicht.

Servicebereiche. Der Reinigungsdienst ist an eine Fremdfirma ausgelagert. Die Einrichtung verfügt jedoch über eine hauseigene Küche. Mittags werden drei Gerichte zur Auswahl und auf Anforderung Wunschkost angeboten. Die Pflegenden können über die Küche spezielle Speisen und Getränke für die Bewohner*innen besorgen (lassen). Die Essensversorgung wird auch von Angehörigenseite positiv hervorgehoben (*„Und dann wird jeder Teller liebevoll zurechtgemacht, also wirklich mit Deko und allem, was so toll ist. [...] Es schmeckt, also es ist wirklich so, als wenn zu Hause gekocht wird.“* H4-A03). Von der Küche wird ferner die Cafeteria betrieben, die für Feiern der Bewohner*innen reserviert werden kann. Ferner werden von der Küche regelmäßig länderspezifische Restaurantabende ausgerichtet, zu denen die Bewohner*innen sich Gäste einladen können.

Personelle Ressourcen. Sowohl von Mitarbeitenden der Wohnbereiche als auch von Leitungsseite wird betont, dass die Einrichtung gemessen an der Besetzung der Planstellen *„personell gut aufgestellt“* (H4-E4) ist. Nach Auskunft der Leitungspersonen zeichnet sich die Personalsituation durch geringe Fluktuation und Fehlzeiten aus. Auch im Pflegebereich bestehen keine Probleme bei einer Stellenbesetzung. Dafür, dass das Heim ein attraktiver Arbeitgeber ist, spricht auch, dass ungeachtet des aktuell generellen Mangels von Pflegefachpersonen weiterhin Initiativbewerbungen eingehen (H4-E3).

Qualifikation und Fortbildungskultur. Deutlich wird eine ausgeprägte Fortbildungskultur. Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden werden gezielt gefördert. Das Heim verfügt u.a. über Pflegeexpert*innen für Gerontopsychiatrie, Wundmanagement, Palliativpflege und Schmerzmanagement. So konstatiert auch eine Angehörige *„das Personal vor Ort“*, sei *„super ausgebildet“* (H4-A3).

Externe Kooperation und Vernetzung. Es besteht eine enge Kooperation mit mehreren hausärztlichen Praxen am Ort, die die Mehrzahl der Bewohner*innen betreuen. Mit ambulanten Pflegediensten wird ein enger Austausch gepflegt, um eine gute Überleitung von der häuslichen in die Kurz- oder Langzeitpflege zu gewährleisten. Der Austausch pflegebezogener Informationen mit den Krankenhäusern erfolgt mittels Überleitungsbögen. In Palliativsituationen besteht – nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten – eine eingespielte Kooperation mit dem regionalen SAPV-Netz (*„Aber jetzt ist das eigentlich hier so ganz gut auch, funktioniert das eigentlich ganz gut.“* H4-E6).

Für eine seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen und auch der Mitarbeitenden in Krisensituationen ist ein Gemeindepastor mit einem festen Stellenanteil für Altenseelsorge in die Einrichtung eingebunden. Es finden regelmäßig Gottesdienste in der Kapelle und Andachten auf den Wohnbereichen statt.

Ebenso besteht das Angebot für eine professionelle Supervision für die Mitarbeiter*innen zur Unterstützung in und Aufarbeitung von schwierigen Situationen.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Heim H4 zeichnet sich durch einen betont bewohnerzentrierten Ansatz aus. Pflegekräfte, Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes und Servicekräfte der Küche sind den Wohnbereichen fest zugeordnet, wobei Pflegefachkräfte mit einer speziellen Weiterbildung (z.B. Palliativpflege, Wundmanagement) ihre Expertise auch wohnbereichsübergreifend einbringen. Die Pflege ist nach dem Modell der Bezugspflege organisiert, d.h. auf den Wohnbereichen fungieren jeweils Bezugspflegekräfte für die Bewohner*innen und ihre Angehörigen als primäre Ansprechpartner*innen, in deren Händen die Pflegeplanung, Überprüfung und bedarfsweise Anpassung liegt.

Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach deren Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. Um die Belastung im Nachtdienst zu reduzieren, werden nachts mit einer Pflegefachperson und drei Pflegeassistent*innen vier statt der für die Einrichtungsgröße gesetzlich verbindlichen drei Pflegepersonen eingeplant.

Einzug in die Einrichtung. Bei Anmeldung neuer Bewohner*innen werden von der Pflegedienstleitung sofern möglich Vorgespräche mit den Bewohner*innen und/oder deren Angehörigen geführt und eine Besichtigung der Einrichtung ermöglicht. Am Aufnahmetag wird in dem Wohnbereich für „*ein gutes Ankommen in der Einrichtung*“ (H4-E4) jeweils eine Pflegefachkraft für mehrere Stunden freigestellt, um sich den neuen Bewohner*innen und ihre Angehörigen zu widmen, deren Fragen zu beantworten und in Orientierung am Konzept der strukturierten Informationssammlung (SIS) medizinisch-pflegerische Informationen sowie Wünsche und Gewohnheiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung aufzunehmen. Bereits vorliegende Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden in die Pflegedokumentation aufgenommen. Die in das Dokumentationssystem SIS integrierte Informationssammlung für die Biographiearbeit, die Einführung in den Wohnbereich und das Haus werden jeweils von Mitarbeiter*innen des begleitenden Dienstes übernommen.

Die Informationssammlung wird durch die Bezugspflegekraft in den folgenden Tagen ergänzt und die Pflegeplanung fortlaufend angepasst. GVP-Gespräche i.e.S. durch geschulte Gesprächsbegleiter*innen wurden in der Einrichtung bisher nicht eingeführt. Im Verlauf der ersten Wochen des Aufenthalts werden jedoch von der Bezugspflegekraft – unabhängig vom Vorliegen einer Patientenverfügung – Fragen zum Umgang mit Akutsituationen und Wünsche zur Versorgung am Lebensende angesprochen und schriftlich festgehalten. Eine Angehörige betont, dass die Gespräche „*einfühlend*“ aber auch „*präzise*“ geführt werden (H4-A2).

Leben im Heim. Generell wird versucht, die pflegerische Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen möglichst flexibel nach ihren Wünschen und Vorlieben zu gestalten und ihre Privatsphäre zu wahren, wie es auch eine Angehörige zum Ausdruck bringt: „*Dann*

ist das nicht so, dass man eine Türklinke aufreißt und da reinkommt, [...] also vom Pflegepersonal (wird) an die Tür geklopft, genauso, als wenn ich vor Ihrer Haustür stehe.“ (H4-A3).

Der Tagesablauf wird durch die Hauptmahlzeiten strukturiert. Bei Bewohner*innen, die länger schlafen möchten, wird eine erforderliche Unterstützung bei der Körperpflege später eingeplant und sie können außerhalb der Frühstückszeit in ihrem Zimmer frühstücken.

Neben der pflegerischen Versorgung werden jeweils vormittags und nachmittags durch den begleitenden Dienst des Wohnbereichs Gruppenaktivitäten und Einzelbetreuungen für schwerpflegebedürftige Bewohner*innen angeboten und auch Angebote durch externe Dienstleister organisiert (z.B. Bewegungstraining).

Von den interviewten Bewohner*innen werden das Image und die Betreuung positiv beschrieben und betont, dass die Mitarbeiter*innen – auch bei knapper Personalbesetzung in der Pflege – stets ausgesprochen „bemüht“ sind, eine gute Versorgung zu gewährleisten („Die Betreuung ist sehr gut, trotz Personalmangel, muss ich immer wieder betonen, [...] geben sich alle sehr viel Mühe hier, ja.“ H4-B2).

Angehörigenarbeit wird in der Einrichtung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Es bestehen keine Besuchsbeschränkungen. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden die Angehörigen von Beginn an in Versorgungsentscheidungen einbezogen. Die Bezugspflegekräfte sind auch für sie primäre Ansprechpartner*innen. Von Angehörigenseite wird in diesem Kontext zugleich die Achtsamkeit und Unterstützung durch die Pflegenden in schwierigen Interaktionssituationen mit demenzkranken Bewohner*innen hervorgehoben (H4-A2). Für Angehörige werden Informationsabende zu Themen, wie Demenz und Versorgung am Lebensende angeboten, die zugleich die Möglichkeit des Austausches untereinander bieten (H4-A3).

Angehörige werden darin bestärkt, nach dem Eintritt in das Heim weiterhin engen Kontakt zu pflegen und die sozialen Bezüge der Bewohner*innen aufrechtzuerhalten. Dem dient auch ihre Teilnahme an hausinternen Festen und Veranstaltungen.

Soziale Teilhabe. Die Einrichtung wird in den Interviews sowohl von Mitarbeiter*innen als auch von Nutzer*innen als offene Institution beschrieben. Bezeichnend ist nach ihren Aussagen die Vielzahl an Veranstaltungen, die auch dementen Bewohner*innen eine soziale Teilhabe ermöglichen. Hierzu zählen regelmäßige Gottesdienste und Andachten, saisonale Feste, wie Sommer-, Herbst- oder Weinfeste, ein Weihnachtsmarkt, länderspezifische Restaurantabende für die Bewohner*innen und Angehörigen mit künstlerischer und musikalischer Rahmung, die im zentralen Speisssaal und parallel in den Wohnküchen der gerontopsychiatrischen Wohnbereiche modifiziert ausgerichtet werden, um eine Reizüberflutung demenzkranker Bewohner*innen zu vermeiden.

Die Gottesdienste haben in der Einrichtung für die Bewohner*innen offenbar eine hohe Bedeutung (*„Die Gottesdienstgestaltung spielt bei uns einfach eine Riesenrolle und ist für die Menschen auch sehr, sehr wichtig.“* H4–E3).

Hinzu kommen diverse, auch für Besucher*innen offene Veranstaltungen mit live Musik und die Besuche durch den Kindergarten (*„Da haben die alten Damen und Herren sich natürlich wie Bolle gefreut.“* H4–A3). Zudem besteht speziell für die Betreuung in den Demenzbereichen eine Kooperation mit den Klinikclowns einer Klinik in der weiteren Umgebung, die zweimal im Monat in das Heim kommen und auch nach der Beobachtung einer Angehörigen Zugang zu Bewohner*innen finden, die sich sonst kaum artikulieren (*„Sogar die Dame, [...] die sonst fast nichts mehr sagt, wenn die Klinik-Clowns kamen, ist die aufgetaut.“* (H4–A3).

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Von der Einrichtungsleitung wurde bereits vor der Initiative des Trägerverbands zur Förderung der Basisschulung zur Palliativen Praxis von Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche die Weiterbildung von Mitarbeiter*innen zur Palliativfachkraft eingeleitet, um eine entsprechende Fachexpertise vorzuhalten. Von zwischenzeitlich vier Pflegefachpersonen mit einer Palliative Care Weiterbildung waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch zwei Palliativpflegekräfte in der Einrichtung tätig. Neben der Pflege Tätigkeit in ihrem Wohnbereich übernehmen sie übergreifend die Organisation und Koordination der palliativen Versorgung und Begleitung sterbender Bewohner*innen, stehen den Kolleg*innen mit ihrer Fachexpertise zur Seite, übernehmen bei Bedarf die Kommunikation mit behandelnden Ärzt*innen und können *„bei allen Fragen rund um Palliativversorgung mit hinzugezogen werden“* (H4–E4). Zudem sind sie in Sachen Vernetzung mit den regionalen Strukturen der SAPV und Hospizhilfe aktiv.

Die Fortbildungsinitiative des Trägerverbandes wurde gezielt für die breite Verankerung palliativer Basiskompetenzen unter den Mitarbeitenden der unterschiedlichen Bereiche und Hierarchieebenen genutzt (neben Pflegefachpersonen und Pflegeassistent*innen, Alltags- bzw. Seniorenbegleiter*innen des begleitenden Dienstes und Servicekräfte der Küche auf den Wohnbereichen, aber auch Mitarbeitende der Verwaltung).

Zudem wurde ein monatlich tagender Palliativzirkel etabliert, der von den Palliativfachkräften moderiert wird. In ihm sind Mitarbeiter*innen des Pflege- und begleitenden Dienstes aller Wohnbereiche vertreten, die in ihren Bereichen eine Multiplikatorenfunktion übernehmen. Der monatliche Arbeitskreis dient der Reflektion der Versorgungsgestaltung in Form von Fallbesprechungen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliativkonzepts.

Von der Arbeitsgruppe wurden unterstützende Materialien, Symbole und Rituale für die Sterbebegleitung und das Gedenken entwickelt und in den Wohnbereichen eingeführt, wie ein Holz-Schmetterling mit offenen bzw. durch eine schwarze Schleife geschlosse-

nen Flügeln zur Kennzeichnung der Zimmer von sterbenden bzw. verstorbenen Bewohner*innen. Jeder Wohnbereich verfügt über eine „Palliativkiste“ für die Umgebungsgestaltung und Herstellung einer angenehmen, die Sinne stimulierende Atmosphäre (z.B. Duftöle, wie sie in der Aromatherapie genutzt werden, Kristalllampen, elektrischen Kerzen, CD-Player und CDs mit einer breiten Musikauswahl und spezieller Entspannungsmusik, Dekorationsartikel und Devotionalien, Handschmeichler, kleine Buchbände und Karten mit Erinnerungssprüchen und Gedichten). Auf jedem Wohnbereich findet sich ein Kondolenz Tisch mit entsprechenden Materialien, wie Bilderrahmen und Kondolenzlisten (*„Das haben wir auch alles mal so erarbeitet in diesen Palliativgruppen halt.“* H4-E6).

Die Palliativfachkräfte pflegen den Austausch mit den tragenden Akteur*innen der SAPV und Hospizhilfe in der Region. Als unterstützend werden von ihnen Fortbildungen, der Besuch von Fachmessen und der Austausch auf Verbandsebene mit Initiator*innen des DWiN-Projekts und Mitarbeitenden der Einrichtungen hervorgehoben (*Da (im Trägerverband) sind wir ja auch oft im Austausch mit denen, die dieses Projekt da geleitet haben, [...] dann sind da auch alle Einrichtungen, wo wir uns dann auch nochmal austauschen.“* H4-E6).

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Von Palliativfachkräften wird wohnbereichsübergreifend die Koordination der Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen am Lebensende mitgetragen. In enger Abstimmung mit den Bezugspflegekräften gehen sie ins Gespräch mit Hausärzt*innen, Angehörigen und wenn möglich auch mit den Bewohner*innen, organisieren bedarfsweise die Einbindung der SAPV und eine Begleitung der Bewohner*innen durch einen Hospizdienst. Bei komplexen Problemen und ethischen Fragen werden von den Palliativfachkräften Fallbesprechungen initiiert mit den Hausärzt*innen, der Bezugspflegekraft wenn möglich den Bewohner*innen und wenn gewünscht mit den Angehörigen und Ergebnisprotokolle der *„ethischen Fallbesprechung“* werden in der Pflegedokumentation hinterlegt, in der ein entsprechendes Formblatt vorgehalten wird (H4-E2).

Für die Begleitung sterbender Bewohner*innen werden die von dem Palliativzirkel für die Wohnbereiche bereitgestellten Utensilien und Devotionalien je nach Vorlieben der betreffenden Bewohner*innen für die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre genutzt und das Zimmer symbolisch mit dem Schmetterling, der an dem Namenschild angebracht wird, für alle sichtbar gekennzeichnet (*„Und da weiß jeder [...], da liegt gerade jemand im Sterben.“* H4-M1).

Die Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase erfolgt in Abstimmung mit der Bezugspflegekraft organisiert von der Palliativfachkraft in enger Kooperation mit den behandelnden Hausärzt*innen und Angehörigen (z.B. Therapiezieländerungen, Schmerz- bzw. Symptomkontrolle). Ziel ist es, Krankenhauseinweisungen am Lebensende soweit möglich zu vermeiden. Wenn sich abzeichnet, dass das Ende naht, werden mit den Angehörigen Absprachen getroffen, wann sie benachrichtigt werden möchten.

Sie können im Zimmer übernachten und werden von der Küche mit Essen und Getränken mit versorgt.

Die Mitarbeitenden der Wohnbereich sind bestrebt „ihre“ Bewohner*innen am Lebensende zu begleiten, für sie „*wirklich dazu sein*“ (H4-M2) und ihnen soweit möglich letzte Wünsche zu erfüllen. Neben Pflegefachkräften und -assistent*innen übernehmen die Betreuungskräfte des Wohnbereichs Sitzwachen.

Von Leitungsseite wird betont, dass eine individuelle Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen, ohne das hohe Engagement der Mitarbeitenden nicht geleistet werden könne. Betont wird, dass eine palliative Begleitung im System der Kostenerstattung der stationären Langzeitpflege nicht berücksichtigt wird, die in dem Rahmen geleistete (Mehr-)Arbeit der Mitarbeitenden jedoch auch angemessen anerkannt werden solle („*Das ist eben das Problem, dass diese ganze Palliativarbeit stationär nicht separat abgerechnet werden kann, oder noch nicht.*“ H4-E4).

Das Bemühen der Mitarbeitenden, schwerstkranke und sterbende Bewohner*innen gut zu begleiten wird gleichermaßen von Bewohner*innen und Angehörigen berichtet („*Und ich weiß auch, dass die Pflegekräfte, sehr darum bemüht sind, mit den Leuten zu reden und sie zu begleiten.*“ HA-B1). Zugleich werden seitens der Bewohner*innen und Angehörigen durchaus auch Grenzen des Leistbaren gesehen und die fortlaufende Qualifikation der Mitarbeiter*innen begrüßt (z.B. H4-B2).

Von den interviewten Mitarbeiter*innen wurden vor allem Sterbesituationen als besonders belastend beschrieben, in denen Angehörige nicht „*loslassen*“ konnten (z.B. H4-M1), das Beharren auf lebenserhaltenden Maßnahmen seitens der Angehörigen (z.B. H4-M2), wenn die behandelnden Ärzt*innen nicht bereit waren, palliative Maßnahmen einzuleiten (z.B. H4-M3) und keine hinreichende Schmerzkontrolle gewährleisteten (z.B. H4-M5).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Ehrenamtliche Besuchsdienste der Hospizdienste werden bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen hinzugezogen, wenn sie keine Angehörigen haben, die sie begleiten (können) oder die Angehörigen mit der Situation überfordert sind und die Pflege und der begleitende Dienst zu wenig Zeit haben, um eine Begleitung zu gewährleisten. Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen wird der Seelsorger benachrichtigt und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen und auch den Mitarbeiter*innen zu Seite.

Auf Wunsch der Betroffenen erfolgt eine seelsorgerische Begleitung durch den in der Einrichtung tätigen Seelsorger, der insbesondere in Palliativsituationen einbezogen wird. („*Und der wird natürlich gerade bei der Palliativversorgung, wenn es dahin geht, sehr mit einbezogen. Und das ist für unsere Bewohner einfach nur ein Glücksfall, ja.*“ H4-E3).

Einbindung der SAPV. Nach den Aussagen der Leitungskräfte ist die Einrichtung personell und fachlich gut aufgestellt, auch um eine gute palliative Begleitung zu gewährleisten

(H4–H4). Betont wird, dass ein Teil der heimversorgenden Hausärzt*innen eine gute Versorgung in Palliativsituationen am Lebensende gewährleistet und die Bereitschaft im Bedarfsfall das SAPV-Team mit einzubeziehen sich im Verlauf der letzten Jahre deutlich verbessert hat. Auch wenn eher selten darauf zurückgegriffen wird, wird die Möglichkeit zur Einbindung und die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team als wertvoll empfunden, insbesondere um außerhalb der Praxisöffnungszeiten und an Feiertagen eine palliativmedizinische Versorgung sicherzustellen und in palliativen Notfallsituationen nicht auf den ärztlichen Notdienst zurückgreifen zu müssen. („*Und wir arbeiten mit einem ambulanten SAPV-Team zusammen, weil es ist schon manchmal noch so, dass die Hausärzte da nicht so ganz mitgehen können.*“ H4–E2).

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben von Bewohner*innen wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs das Zimmer und der Leichnam für die Aufbahrung und Verabschiedung „hergerichtet“. Da sich der letzte Anblick der Verstorbenen sich im Gedächtnis einprägt, wird der letzten Waschung und dem Einkleiden eine zentrale Rolle zugeschrieben. Wenn möglich, werden Angehörige dazu eingeladen, das Ritual mit den Pflegenden zu praktizieren. Den verstorbenen Bewohner*innen „*werden immer Blumen*“ und „*ein Handschmeichler mit in die Hand gegeben*“ (H4–E4). Angehörige, Mitarbeitende und Mitbewohner*innen haben die Möglichkeit, sich im Zimmer von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden.

Neben Gesprächsangeboten für die Hinterbliebenen und Mitarbeitenden zur Unterstützung der Trauerbewältigung besteht nach den Aussagen einzelner Leitungspersonen das Angebot einer Aussegnung durch den Pastor (H4–E3). Dies findet in den Interviews mit Mitarbeitenden der Wohnbereiche jedoch keine Erwähnung als praktiziertes Abschiedsritual.

Auf den Wohnbereichen wird ein Kondolenz Tisch dekoriert, wenn möglich mit einem Foto der Verstorbenen. Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen können für die Hinterbliebenen in einer Kondolenzliste ihre Anteilnahme zum Ausdruck bringen. Sie wird den Angehörigen bei der Beerdigung überreicht. An ihr nimmt von dem Wohnbereichsteam zu meist die jeweilige Bezugspflegekraft teil, ein Abschiedsritual das offenbar auch für Trauerarbeit der Mitarbeiter*innen als wichtig betrachtet wird („*Wo wir sehr viel Wert drauflegen, wir gehen zu den Beerdigungen. Also die Mitarbeiter in den Bereichen, wenn da jemand verstirbt.*“ H4–E1).

Mitarbeitende des begleitenden Dienstes bieten den Mitbewohner*innen des Wohnbereichs bei einem Todesfall jeweils im Rahmen der Gruppenaktivitäten auf Wohnbereichsebene an, darüber sprechen und gemeinsam der/dem Verstorbenen zu gedenken (H4–M1). Gespräche und ein gemeinsames Gedenken wird auch für die Bewohner*innen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen der geschützten Demenz- bzw. gerontopsychiatrischen Wohnbereiche als wichtig erachtet, damit sie die Situation einordnen

können, „die das natürlich dann auch merken, dass einer fehlt, [...], dass man dann wirklich nochmal über den Bewohner spricht, so Erinnerungen.“ (H4-M3).

Im wöchentlichen Gottesdienst wird jeweils der Verstorbenen gedacht. Zudem findet im Anschluss an den Gedenkgottesdienst am Totensonntag ein Treffen für die hinterbliebenen Angehörigen und Mitarbeitenden in der Einrichtung statt.

Der Wunsch nach oder das Angebot von Gesprächen und Ritualen des gemeinsamen Gedenkens nach dem Versterben von Mitbewohner*innen wird von den interviewten Bewohner*innen nicht explizit geäußert. Als Abschiedsritual findet von den Bewohner*innen und auch seitens der Angehörigen primär der an einem frequentierten Ort in der Nähe des Speisesaals aufgestellte Kondolenzstisch Erwähnung und die Möglichkeit in der Kondolenzliste Anteilnahme zum Ausdruck zu bringen („Da wird nicht mehr drüber gesprochen, da liegt dann ein Kondolenzbuch aus, [...] wenn man den kannte, dann schreibt man sich dann in das Buch ein. Und dann ist die Sache gut.“ H4-B2).

3.2.2.5 Fallstudie 5 (Heim H5)

Heim H5 liegt in einer größeren Mittelstadt (rd. 45.000 Einwohner). Bei der seit über 40 Jahren bestehenden Einrichtung handelt es sich um ein Heim mittlerer Größe. Ein Schwerpunkt ist die Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. Gemäß AOK-Pflegenavigator befinden sich im Umkreis von 5 km des Postleitzahlbezirks zwei und im Radius von 10 km 19 weitere vollstationäre Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses am Ort umfasst spezielle Schmerztherapie, jedoch keine Palliativmedizin. Am Ort befinden sich ein SAPV-Stützpunkt und ein ambulanter Hospizdienst, der Trauerbegleitung und „Letzte Hilfkurse“ anbietet.

Das Heim ist einem regionalen Verbund ambulanter und (teil-)stationärer Pflegeeinrichtungen angeschlossen, dessen Fortbildungsprogramm Kurse zu den Themen Palliativversorgung, Sterben, Tod und Trauer umfasst. Die DWiN-Initiative wurde von der Einrichtung nicht in Form von Inhouse-Schulungen aufgegriffen. Einzelne Mitarbeiter*innen haben an dem Fortbildungsangebot oder Basis-Kursen zur Palliativversorgung anderer Anbieter teilgenommen.

Erhebungszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung wurde in der Einrichtung im April und Mai 2021 durchgeführt. Insgesamt konnten 19 Telefoninterviews realisiert werden, darunter Interviews mit 9 Mitarbeitenden und 10 Nutzer*innen. Bezogen auf die unterschiedlichen Zielgruppen stellt sich das Sample wie folgt dar:

- Von den 9 Interviews mit professionellen Akteur*innen wurden 5 Interviews mit Schlüsselpersonen der Einrichtung (Leitungspersonen und Mitarbeitende mit Stabsstellenfunktion) und nur vier Interviews mit Mitarbeitenden der Wohnbereiche aus dem Pflege und begleitenden Dienst geführt. 3 der interviewten Mitarbeiter*innen verfügten über einen Palliative Care Basiskurs und/oder Weiterbildung zur Palliativfachkraft.
- Zur Ermittlung der Nutzer*innenperspektive konnten jeweils 5 Interviews mit Bewohner*innen und Angehörigen realisiert werden. Ein bereits vereinbartes Interview mit einem weiteren Bewohner konnte aufgrund des plötzlichen Todes seiner ebenfalls in dem Heim lebenden Ehefrau

nicht mehr realisiert werden. Interviewt wurden 3 Bewohnerinnen und 2 Bewohner. Bei den 5 interviewten Angehörigen handelte es sich jeweils um Kinder ihrer in dem Heim lebenden Mütter (2 Söhne, 3 Töchter), deren Heimeintritt mit einer Ausnahme im Fortschreiten einer demenziellen Erkrankung begründet war, die einen Verbleiben bzw. die Betreuung im häuslichen Umfeld nicht mehr zuließ.

Struktur der Einrichtung

Umfeld, Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Heim H5 verfügt über rd. 110 vollstationäre Plätze, von denen etwa ein Drittel in zwei geschützten Wohnbereichen vorgehalten werden, in dem vorrangig Menschen im fortgeschrittenen Stadium demenzieller Erkrankungen leben. Ein weiterer Wohnbereich ist der Pflege schwer pflegebedürftiger Menschen vorbehalten. Etwa die Hälfte der Plätze wird in einem separaten Gebäudeteil in Form von Apartments für Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf vorgehalten. Von Leitungsseite wird der segregative Ansatz der Demenzversorgung im Heim hervorgehoben (*„Das bietet die Vorteile, dass die Bewohner untereinander sind und die Akzeptanz untereinander ja viel höher ist.“* H5-E1).

Das Heim ist relativ zentrumsnah und in der Nähe eines öffentlichen Parks gelegen. Für mobile Bewohner*innen ist die Innenstadt fußläufig erreichbar. Es besteht eine gute Anbindung durch den öffentlichen Personennahverkehr. Im näheren Umfeld befindet sich eine Bürgerbegegnungsstätte mit einem Gruppenangeboten für „Jung und Alt“.

Auf dem Gelände befinden sich u.a. eine hauseigene Kapelle, eine Cafeteria und ein Garten mit überdachtem Bereich im Innenhof. In der Einrichtung können die Bewohner*innen in einem *„Tante-Emma-Laden“* (H5-M4) einkaufen. Sowohl von Bewohner*innen als auch von Angehörigenseite werden das *„schöne“* Ambiente, der teilweise überdachte Innenhof und die Balkone positiv hervorgehoben, der es auch in ihrer Mobilität eingeschränkten Bewohner*innen erlaubt, raus zu gehen (H5-A5). Von Mitarbeitenden wird allerdings angesichts des zumeist ausgeprägten Bewegungsdrangs demenziell erkrankter Menschen, bedauert, dass ein Demenzgarten fehlt (*„Gerade für unsere demenziell Erkrankten, die dann ja immer einen starken Bewegungsdrang haben, da haben wir eigentlich nur oben so einen Balkon.“* H5-M2).

In der Einrichtung werden vorrangig Einzelzimmer bzw. Apartments vorgehalten, sechs großzügigere Doppelapartments stehen für Ehepaare zur Verfügung. Die Zimmer und Apartments sind mit einem Duschbad und einem Balkon oder einer Terrasse ausgestattet. Die Apartments werden mit Ausnahme einer Pantry-Küche von den Bewohner*innen eingerichtet. Die Zimmer im Demenz- und Pflegebereich sind möbliert, können aber mit Kleinmöbeln und Accessoires individuell gestaltet werden. Auf den Wohnbereichen befinden sich Sitzecken, Gemeinschafts- und Speiseräume sowie diverse Sitzecken und Kreativräume: *„Wir haben hier wirklich, ja, einen Bastelraum, [...] ein Nähstübchen und so.“* H5-E4).

Die Speisesäle werden zu den Essenszeiten von Servicekräften des hauswirtschaftlichen Dienstes mitbetreut. Auf Wunsch bzw. Bedarf wird das Essen auf den Zimmern gereicht.

Servicebereiche. Mit Ausnahme der Küche werden die Servicebereiche, wie Reinigungsdienst und Wäscheservice in Eigenregie betrieben. In der Einrichtung wird nicht (mehr) selbst gekocht. Frühstück und Abendessen werden jeweils in Büfettform angeboten. Die Auslagerung der Küche wird von langjährigen Mitarbeiter*innen besonders bedauert. Zwar kann weiterhin Wunschkost für die Bewohner*innen bestellt werden, eine zeitnahe Erfüllung von Wünschen ist indes kaum mehr möglich (H5-M2).

Personelle Ressourcen. Nach den Aussagen der Führungskräfte ist die Einrichtung gemessen an der Besetzung der Planstellen personell gut aufgestellt. Auch im Pflegedienst bestehen keine Probleme Stellen zu besetzen. Betont wird, dass das Heim H5 in der Region für die tarifliche Bezahlung und Zusatzleistungen, verlässliche Dienstpläne, ein umfangreiches Fortbildungsangebot und gesundheitliches Vorsorgeprogramm steht und daher einen guten Ruf als Arbeitgeber hat (H5-E1). Ferner wird betont, dass die Fachkraftquote über den verbindlichen 50% liegt. Es wird viel mit *„Teilzeitkräften gearbeitet“*, was es erleichtert, krankheitsbedingte Personalausfälle zu kompensieren (H5-E4). Trotz der relativ guten Personalausstattung, bestehen auch in Heim H5 teilweise erhebliche Probleme, die Dienste hinreichend zu besetzen (*„Nichtsdestotrotz hat man manchmal ja wirklich Schwierigkeiten hier den Dienstplan abzudecken.“* H5-E4).

Qualifikation und Fortbildungskultur. Beginnend mit der pflegerischen Grundausbildung zeichnet sich die Einrichtung durch ein hohes Engagement auf der Ebene der Qualifizierung aus. Die Organisation der praktischen Pflegeausbildung wird in dem Heim H5 durch eine Koordinator*in getragen. Die Auszubildenden werden durch Praxisanleiter*innen begleitet und für sie steht ein mit Computern ausgestatteter Ausbildungsraum zur Verfügung. In diesem Kontext wird mit Blick auf die Entwicklung palliativpflegerischer Kompetenz auf die neue Strukturierung der seit 2020 geltenden generalistischen Ausbildung verwiesen, in der auch die Sterbephase vom ersten bis zum letzten Jahr Gegenstand der theoretischen und praktischen Ausbildung ist (*„Das baut sich ja jedes Jahr mehr auf.“* H3-M3).

Fort- und Weiterbildung werden nach Aussagen der Leitungspersonen und Mitarbeitenden gezielt gefördert. Zwei Pflegefachkräfte haben die Weiterbildung zur Palliativpflege abgeschlossen. Pflegehelfer*innen werden ermutigt und unterstützt, die „Fachausbildung“ zu erwerben (*„Das begleiten wir. Das unterstützen wir finanziell und zeitlich.“* H5-E3).

Für unterstützende Gespräche und Supervision steht auf Anfrage eine in dem regionalen Verbund tätige Supervisorin und auch zeitnah die Pastorin zur Verfügung (H5-E1).

Externe Kooperation und Vernetzung. Da die Mehrzahl der Bewohner*innen aus der unmittelbaren Umgebung kommen, kooperiert die Einrichtung mit den ortsansässigen hausärztlichen Praxen, bei denen die Bewohner*innen bereits vor dem Heimeintritt in Behandlung waren, sofern eine Betreuung auf der Basis von Hausbesuchen sichergestellt

ist. Eine engere Kooperation besteht mit zwei Praxen, mit denen feste Visitenzeiten vereinbart sind und die auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar sind.

Für die fachärztliche Versorgung wurden Kooperationsverträge mit einem Neurologen, einem HNO-Arzt und einem Zahnarzt geschlossen, die regelmäßig in das Heim H5 kommen.

Eine wie auch immer geartete Kooperation mit ambulanten Pflegediensten findet in den Interviews keine Erwähnung.

Der Informationsaustausch mit den Krankenhäusern erfolgt über Überleitungsbögen. Die (Rück-)Verlegungen aus dem Krankenhaus wird unterschiedlich eingeschätzt. So wird einerseits betont, dass Pflegeüberleitungsbögen im Prinzip *„immer mitgeschickt“* werden und nur gelegentlich *„nachgeforscht“* werden muss (*„Manchmal muss man nochmal nachforschen, wenn was vergessen wird, aber das ist ja menschlich.“* H5-E3). Teilweise wird jedoch auch deutliche Kritik an der Informationspraxis des örtlichen Krankenhauses geübt. Bemängelt werden sowohl fehlende Informationen bei Rückverlegungen als auch eine mangelnde Kenntnisnahme der vom Heim mitgegebenen Überleitungsbögen. Allerdings wird konzediert, dass diese den Dokumentationspflichten im Heim geschuldet, für eine schnelle Erfassung der wichtigsten Information in Akutsituationen zu lang sind (*„Natürlich von der anderen Seiten, ich kann mir auch schwer vorstellen, wir haben zum Beispiel jetzt über sechs Seiten, wer sollte das bitte schön im Krankenhaus im Notfall lesen?“* (H5-E4).

Die Einrichtung ist eng mit dem Hospizverein vernetzt. Die Kooperation erstreckt sich auch auf die Ausbildung der ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen (*„Die machen auch ihre Ausbildung bei uns. [...] wir (bieten) hier Praktikumsplätze an dafür.“* H5-E1).

Mit dem SAPV-Team wird in der Form bisher keine direkte Kooperation gepflegt. Zwei heimbetreuende Hausärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sind jedoch in dem regionalen Palliativnetz aktiv.

Für die seelsorgerische Begleitung ist eine Pastorin in die Betreuung der Bewohner*innen eingebunden. Sie steht auch den Mitarbeiter*innen unterstützend zur Seite.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

In Heim H5 besteht das Bestreben, eine möglichst bewohnerzentrierte Organisation der Versorgung zu realisieren (*„Wir haben eine kombinierte Bereichs-Bezugs-Pflege, wenn man so will.“* H5-E1). Pflegefachpersonen und -assistent*innen, Betreuungs- und Servicekräfte sind den Wohnbereichen fest zugeordnet. In den Aussagen der professionellen Akteur*innen wird nicht deutlich, inwieweit Pflegefachkräfte, in deren Händen die Pflegeplanung und -evaluation liegt, auch als primäre Ansprechpartner*innen für die Bewohner*innen und ihre Angehörigen fungieren.

Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. Der Nachtdienst ist für das gesamte Haus entsprechend der

gesetzlichen Vorgaben für die Einrichtungsgröße regulär mit einer Pflegefachperson und einem*r Pflegeassistent*in besetzt. Wenn ein besonderer Betreuungsbedarf sterbender Bewohner*innen besteht wird „*teilweise auch eine dritte Nachtwache*“ eingesetzt (H5-E1).

Einzug in die Einrichtung. Bei Anfragen bzw. Anmeldung für den Eintritt in die Einrichtung werden durch Heim- und/oder Pflegedienstleitung mit den Betreffenden Vorgespräche geführt, die Angebote, Räumlichkeiten und Bereiche im Rahmen einer Führung durch das Haus vorgestellt. Je nach Situation erfolgen die Gespräche mit den potenziellen Bewohner*innen und/oder ihren Angehörigen. Sie erhalten eine Informationsmappe und es werden Informationen zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs im Alltag, zu bisherigen Lebensumständen und Gewohnheiten erhoben. Teilweise erfolgt im Vorfeld durch ein Mitglied der Pflegedienstleitung ein Hausbesuch, um sich vor Ort ein Bild zu machen und besser einschätzen zu können, welcher Wohnbereich für die Betreffenden in Frage kommt („*Wenn wir nicht sicher sind, dann machen wir auch Hausbesuche und schauen uns den potentiellen Bewohner auch an.*“ H5-E1).

Am Einzugstag werden neue Bewohner*innen mit einem „Blumenstrauß“ begrüßt. Die Pflegenden sind bestrebt, die Aufnahme so zu legen, dass sie hinreichend Zeit für das Aufnahmegespräch und die Einführung in das Haus finden, was jedoch nicht immer gelingt. Relevante Informationen für die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung und Betreuung durch den begleitenden Dienst werden anhand einer Checkliste erfasst. Für die Informationssammlung und Dokumentation wird in der Einrichtung die SIS genutzt (H5-M2).

Im Aufnahmegespräch werden „*Wünsche zur Versorgung in der letzten Lebensphase*“ angesprochen (H5-E4) aber erst zu einem späteren Zeitpunkt näher besprochen, wenn ein gewisses Vertrauensverhältnis zu dem Bewohner*innen aufgebaut wurde (H5-E5). Oft haben die Bewohner*innen bereits eine Patientenverfügung, wenn dies nicht der Fall ist, wird das Aufsetzen einer Patientenverfügung mit den Hausärzt*innen „*angeregt*“ (H3-M3). Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) durch geschulte Gesprächsbegleiterinnen wurden in der Einrichtung „*noch nicht*“ eingeführt (H5-E3).

Leben im Heim. Generell wird versucht die Abläufe flexibel an die Lebensgewohnheiten der Bewohner*innen anzupassen. Der Tagesablauf wird durch Erfordernisse der pflegerischen Versorgung und die Hauptmahlzeiten (vor-)strukturiert. Besonders die morgendliche Unterstützung bei der Körperpflege und Frühstückszeiten werden jedoch auch im Demenzbereich zeitlich dem individuellen Rhythmus und Vorlieben der Bewohner*innen angepasst. Wenn Bewohner*innen länger schlafen möchten, wird eine erforderliche Unterstützung bei der Körperpflege später eingeplant und das Frühstück entsprechend später gereicht. Die Einnahme der Mahlzeiten im Speisesaal im Kreis der Mitbewohner*innen wird auch zur Förderung des Gemeinschafts(er)lebens angestrebt, den Bewohner*innen wird freigestellt zu entscheiden, ob sie an gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen oder diese lieber in ihrem Zimmer einnehmen möchten.

Die flexible Handhabung der morgendlichen Routinen in Orientierung an individuelle Lebensgewohnheiten wird auch von Bewohner*innen und Angehörigen positiv angemerkt (*„Ich habe ja immer gedacht, mit Trillerpfeife morgens, nein, wenn meine Mutter länger schlafen möchte, dann darf sie auch dies.“* (H5-A5).

Vormittags und nachmittags werden durch den begleitenden Dienst der Wohnbereiche, teilweise auch durch Ehrenamtliche Einzelbetreuungen für schwerpflegebedürftige und demenziell erkrankte Bewohner*innen und ein vielfältiges Programm an Gruppenaktivitäten angeboten oder auch unter Einbindung externer Dienstleister organisiert. Es umfasst u.a. Bewegungs- und Gedächtnistraining, einen Herrenclub, Musikveranstaltungen und Kinonachmittage (*„Es sollte eigentlich für jeden was dabei sein“* H5-E1).

Von den interviewten Bewohner*innen und Angehörigen wird die Versorgung und Begleitung in Heim H5 zumeist recht positiv beschrieben. Hervorgehoben wird von Angehörigenseite, dass die Mitarbeitende auch bei knapper Besetzung im Pflegedienst den Bewohner*innen stets zugewandt (*„Die reißen dort nicht einfach ihre Pflege ab.“* H5-A3) und bei Fragen oder einem Anliegen immer ansprechbar sind (H5-A4). Hervorgehoben wird eine respektvolle und wertschätzende Kommunikation und Umgangsweise insbesondere mit demenziell erkrankten Menschen (*„Die werden sehr wertgeschätzt angesprochen. [...] Wertgeschätzt behandelt und nicht so von oben herab.“* H5-A3).

Allerdings wird von Angehörigenseite kritisch angemerkt, dass bei Personalknappheit eine zeitnahe Beantwortung der Bedürfnisse oft nicht erfolgt, was speziell für Bewohner*innen, die Unterstützung bei Toilettengängen benötigen, entwürdigende Situationen zur Folge hat (H5-A4). Neben personellen Engpässen wird von den professionellen Akteur*innen darauf verwiesen, dass zunehmende Dokumentationspflichten in der stationären Langzeitpflege – wie in anderen Versorgungsbereichen – zu Lasten der Betreuung gehen (*„Also, momentan ist das so: dokumentieren, dokumentieren. Und die Leute werden vergessen.“* H5-E4).

Der **Angehörigenarbeit** wird in der Einrichtung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden sie von Beginn an einbezogen. Eine *„gelungene Angehörigenarbeit“* wird zugleich als *„Schlüssel dazu, wie gut ein Bewohner sich einlebt“* gesehen (H5-E5). Generell wird eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen angestrebt und begrüßt, wenn Angehörige einen möglichst engen Kontakt mit den Bewohner*innen pflegen. Sie werden zu Festen im Heim eingeladen und bringen sich teilweise auch in die Organisation von Veranstaltungen ein. Für entfernt lebende Angehörige wird die Möglichkeit angeboten, in der Einrichtung im Apartmentbereich zu übernachten.

Betont wird die Bedeutung der Angehörigen im Demenzbereich nicht zuletzt im Prozess der Biographiearbeit, die für die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen eine zentrale Rolle spielt. Konstatiert wird, dass das Engagement und die Koopera-

tion von Angehörigen individuell recht unterschiedlich sind. Ein Großteil der Angehörigen kommt nach dem Bekunden der Mitarbeitenden häufig zu Besuch und bringt sich unterstützend ein. Zugleich wird betont, dass Angehörige oft eine beratende Begleitung benötigen und dies einen wesentlichen Anteil an der Betreuung ausmacht („*Die brauchen ja auch ganz viel Betreuung*“ H5-M3). Für die Angehörigen der Bewohner*innen finden bereichsbezogen „*Angehörigenabende*“ statt, die dem Austausch mit dem Mitarbeitenden und der „*Angehörige untereinander*“ dienen (H5-E5).

Von Leitungsseite wird in dem Kontext bemängelt, dass die Angehörigenarbeit in der Form nicht in der (Re-)Finanzierung der stationären Pflege berücksichtigt wird und Aktivitäten, wie Angehörigenabende letztlich „*ehrenamtlich*“ geleistet werden (H5-E2).

Soziale Teilhabe. Die soziale Verankerung des Heims in der Region findet ihren Ausdruck in dem ehrenamtlichen Engagement unterschiedlicher Gruppen bzw. Vereine für die Bewohner*innen. Die von Ehrenamtlichen getragenen Angebote reichen von Besuchsdiensten, einem wöchentlichen „*Klönschnack*“ bei Kaffee und Tee über den „*Tante-Emma-Laden*“ bis hin zu einem „*Nähstübchen*“, in dem von Ehrenamtlichen Ausbesserungsarbeiten der Kleidung für die Bewohner*innen angeboten werden (H5-M4). Neben den wöchentlichen und speziellen Gottesdiensten zu besonderen kirchlichen Festtagen werden im Heim jahreszeitliche Feste ausgerichtet, zu denen die Angehörigen der Bewohner*innen eingeladen sind (H5-E1).

Zudem können die Bewohner*innen das Veranstaltungsangebot einer in der Nähe gelegenen „*Begegnungsstätte*“ nutzen. Auch wird für die Bewohner*innen die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen unter Einbindung der Angehörigen organisiert (H5-A5).

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Die Fortbildungsinitiative des Trägerverbandes wurde in der Einrichtung nicht gezielt genutzt. Mitarbeiter*innen des Pflege- und Betreuungsdienstes haben jedoch teilweise an einem Basis-Kurs oder Fortbildungen zur Palliativversorgung und Sterbebegleitung anderer Anbieter teilgenommen. Drei Pflegefachkräfte verfügen über eine Palliativweiterbildung.

Die Gestaltung der Begleitung am Lebensende orientiert sich in Heim H5 an dem Konzept der „letzten Reise“, das projektmäßig in dem Heim eingeführt wurde („*Also, wir haben so ein Projekt gestartet, das heißt so die letzte Reise.*“ H5-E3). Hierfür wurden unterschiedliche Rituale entwickelt. Den Wohnbereichen steht jeweils ein „letzte Reise Koffer“ mit diversen Materialien für die Umgebungsgestaltung und Hilfsmitteln zur Verfügung. Als Symbol für die Kennzeichnung der Zimmertür verstorbener Bewohner*innen wurde ein Engel gewählt.

Ein besonderer Akzent wird auf einen offenen Umgang mit Sterben und Tod gelegt, was seinen Ausdruck in den Abschiedsritualen findet: Bereits zu Beginn des Aufenthalts werden mit den Bewohner*innen zwei Erinnerungssteine gestaltet, von denen je ein Stein nach dem Tod für Angehörige und für das Heim gedacht ist. Die Steine aller verstorbener

Bewohner*innen werden in einem Glasgefäß in der Kapelle gesammelt. Zu den Trauerri-tualen zählen Aussegnungen, das Schmücken eines Abschiedsaltars in der Kapelle sowie einer Abschiedsecke mit Gedenktisch sowie des Essplatzes der Verstorbenen im Spei-sesaal, die Bekanntgabe des Todesfalls und ein Gebet im Kreis der Mitbewohner*innen beim Mittagessen sowie das Gedenken im wöchentlichen Gottesdienst und am Toten-sonntag. In der Heimzeitung findet sich die Rubrik „Abschied“.

Das Konzept für die Sterbebegleitung liegt in Form einer „Verfahrensanweisung“ vor („*Wir haben ja hier im Haus Verfahrensanweisung, ... eigentlich müssen ja alle den Ablauf kennen.*“ H5-M4). Ein Palliativ-Arbeitskreis oder Qualitätszirkel wurde in Heim H5 nicht etabliert. Aus Sicht einer Palliativfachkraft wären ein Austausch innerhalb der Einrichtung und unter den Einrichtungen des regionalen Verbunds sowie eine Vernetzung mit dem Palliativdienst hilfreich (H5-M2).

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase erfolgt in enger Koope-ration und Abstimmung mit den behandelnden Hausärzt*innen und sofern möglich mit den Angehörigen. Zwar ist im Apartmentbereich auch eine intensivere pflegerische Ver-sorgung, etwa bei akuten Krankheitskrisen, gewährleistet, wenn sich jedoch eine deut-liche Verschlechterung des Gesundheitszustands und/oder palliative Situation anbahnt, werden die Bewohner*innen möglichst in den Pflegereich verlegt („*Wenn die halt in die Palliativphase gehen, wenn man das schon absieht, kommen die auf den stationären Bereich.*“ H3-M3).

Die Bewohner*innen werden am Lebensende durch die Pflegenden und Betreuungskräfte der Wohnbereiche begleitet. Die Versorgungsgestaltung in schwierigen Palliativsituatio-nen wird von den Palliativpflegekräften der Einrichtung unterstützt („*Wir haben dann ja eigentlich immer unsere Palliativschwwestern, die dann ja auch ein Auge drauf haben.*“ H3-M3).

Die Mitarbeitenden versuchen für die Bewohner*innen am Lebensende, da zu sein, so-weit sie es möchten, und ihnen Wünsche zu erfüllen: „*Wir versuchen immer nochmal so ein bisschen auf denen ihre Wünsche einzugehen.*“ (H5-M3). Durch die Auslagerung der Küche, gestaltet sich eine zeitnahe Erfüllung von Essens- und Getränkewünschen jedoch „*manchmal schon schwierig, [...] dann müssen wir das in der Küche bestellen, das dau-ert.*“ (H5-M2).

Pflege- und Betreuungskräfte schauen häufiger nach den Bewohner*innen und sie ggf. begleitenden Angehörigen. Sofern Angehörige die Sterbenden nicht engmaschig beglei-ten, bleiben die Mitarbeitenden, soweit es die Zeit zulässt, auch bei ihnen („*Wir gehen regelmäßig rein, wir setzen uns auch hin.*“ H5-M1). Die Integration der Begleitung ster-bender Bewohner*innen in den regulären Versorgungsalltag gestaltet sich jedoch oft schwierig („*Was einfach fehlt, ist einfach die Zeit.*“ H3-M3). Die Begleitung Sterbender wird tagsüber zu wesentlichen Teilen von den Betreuungskräften getragen. Ihr wird im Betreuungsdienst Priorität gegenüber den Gruppenangeboten eingeräumt (H5-E2).

Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die im „*Letzte Reise Koffer*“ bereitgestellten Materialien und Hilfsmittel je nach Vorlieben der Bewohner*innen genutzt (H5-E3). Sie werden auch den Angehörigen, an die Hand gegeben (H5-A5). Allerdings wird von Leitungsseite auch kritisch angemerkt, dass die Gestaltung der Versorgung in der Sterbephase personenabhängig ist, d.h. da von abhängt, wer „*im Dienst*“ ist (H5-E4).

Der Begleitung sterbender Bewohner*innen durch ihre Angehörigen wird eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Mitarbeitenden sind daher bestrebt Angehörige aktiv einzubeziehen. Betont wird, dass die Angehörigen gleichermaßen Unterstützung und Zuspriechung benötigen. Sie werden ermutigt, die Bewohner*innen in der Sterbephase zu begleiten und im Gespräch aufzufangen. In Palliativsituationen nimmt Angehörigenarbeit daher einen breiten Raum ein (H5-E2). Angehörige können jeder Zeit bei dem*der im Sterben liegenden Bewohner*in sein. Zudem besteht für Angehörige die Möglichkeit, im Apartmentbereich zu übernachten.

Therapieentscheidungen am Lebensende werden zumeist im Gespräch der Hausärzt*innen mit dem Angehörigen unter Berücksichtigung vorliegender Patientenverfügungen getroffen. Von Leitungsseite wird betont, dass die Entscheidungen „*vom Haus mitgetragen*“ werden und darauf verwiesen, dass sich in den letzten Jahren ein deutlicher „*Wandel im Umgang mit Sterbesituationen*“ und „*lebensverlängernde(n) Maßnahmen*“ vollzogen hat (H5-E1).

Nach dem Bekunden der Mitarbeitenden wird von einem Teil der Hausärzt*innen eine gute Kooperation und Versorgung in Palliativsituationen sichergestellt, während sich mit anderen Hausärzt*innen die Zusammenarbeit schwierig gestaltet, was zur Folge hat, dass unter Umständen der ärztliche Notdienst eingeschaltet werden muss („*Dann muss man kassenärztlichen Notdienst (rufen), der kennt dann die Bewohner nicht. Also es ist teilweise manchmal schon richtig schwierig.*“ H5-M2).

Im Heim wird vor allen von Hausärzt*innen, die zugleich Palliativmediziner*innen sind, eine umfassende Palliativversorgung geleistet, wobei sich nach den Erfahrungen der Mitarbeitenden Ärzt*innen sich durchaus kooperativ zeigen und für eine Schmerzkontrolle Sorge getragen („*Die meisten Ärzte lassen tatsächlich da keinen liegen mit Schmerzen oder so was, macht keiner mehr.*“ H5-M1). Kritisch angemerkt wird von Mitarbeitenden der Wohnbereiche allerdings, dass von ärztlicher Seite teilweise entgegen der Willensbekundung in der Patientenverfügung, in Palliativsituationen am Lebensende noch Infusionen verordnet werden („*So was hat man dann auch, wo man dann zwischen diesen Stühlen sitzt.*“ H5-M2).

In für Angehörigen schwierigen Situationen, wenn Bewohner*innen beispielsweise eine weitere Behandlung im Krankenhaus ablehnen oder Essen und Trinken abwehren, wird eine Fallbesprechung unter Beteiligung der Angehörigen und Hausärzt*innen durchgeführt („*Dass man sich dann zusammensetzt in einem festen Team, auch einen Hausarzt mit dazu holt und eine Fallbesprechung macht. Und sagt, das ist der Weg jetzt.*“ H5-E3).

Das Bemühen der Mitarbeitenden, sterbende Bewohner*innen und ihre Angehörigen zu begleiten, wird auch von Bewohner*innen und Angehörigen zum Ausdruck gebracht (*Das habe ich so von außen als gut gesehen, also die sind regelmäßig reingegangen, haben sie (die im Sterben liegende Mitbewohnerin) versorgt. [...] Also das habe ich schon als ganz gut empfunden, dass man das ganz gut gemacht hat.*“ H5-A4).

Die von den Mitarbeitenden beschriebene Gestaltung der Versorgung und Begleitung am Lebensende, spiegelt sich auch in dem Erleben der Situation einer Angehörige wider, bei deren Mutter sich zeitweise der Zustand so verschlechtert hatte, dass vermutet wurde, sie würde sterben (H5-A5). Als zentral wird von Angehörigenseite am Lebensende Zuwendung und personelle Kontinuität in der Versorgung herausgestellt und betont, dass die Betreuung durch vertraute Personen gerade für die älteren Menschen wichtig sei. In diesem Zusammenhang wird von Angehörigen bereits mehrere Jahre in dem Heim lebender Bewohner*innen auf das Problem des in der Einrichtung zeitweilig häufigen Personalwechsels verwiesen (H5-A3, H5-A4).

Dabei stellt sich auf Leitungsebene auch das Problem, dass eine palliative Begleitung im System der Kostenerstattung der stationären Langzeitpflege nicht berücksichtigt wird und die in dem Rahmen geleistete Mehrarbeit auch anerkannt werden sollte.

Als besonders belasten werden von den professionellen Akteur*innen Sterbesituationen beschrieben, in denen sich die Begleitung der Angehörigen schwierig darstellt (z.B. H5-E3, H5-M1), zerstrittene Familienangehörige, die ihre Konflikte an Sterbebett austragen (z.B. H5-M2) bzw. die letzte Lebensphase dazu nutzen um „*abzurechnen*“ (z.B. H5-E1).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Wenn sich die Sterbephase anbahnt, werden die Einbeziehung des Hospizdienstes und eine seelsorgerische Begleitung angeboten. Der Hospizdienst wird möglichst frühzeitig hinzugezogen, sofern es von den Betroffenen gewünscht wird, und zwar insbesondere wenn Bewohner*innen keine Angehörige (mehr) haben bzw. Angehörige eine Begleitung nicht (mehr) leisten können (*„Aber das mit diesem Hospizdienst, das ist sehr schön. Die machen das auch ganz toll.“* H5-M2). Sowohl von Leitungsebene als auch von Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird betont, dass der Hospizdienst im Bedarfsfall jederzeit aktiviert werden kann (*„Da können wir die jederzeit anrufen. Und dann kommen die vorbei, mh.“* H5-M1).

Allerdings wird die Einbindung der Hospizhilfe in die Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende von Leitungspersonen im Pflegebereich auch kritisch gesehen. Betont wird, dass die Begleitung im Sterbeprozess durch das Heim geleistet und auch finanziert werden sollte. Auch und gerade bei der Einbindung „*Externer*“ ist ein gewachsenes gegenseitiges „*Vertrauen*“ wichtig (H5-E4). Dabei wird auch zu bedenken gegeben, dass ein längeres Engagement oft nicht möglich ist, da es sich bei den Ehrenamtlichen zumeist um ältere Menschen handelt, die begrenzt belastbar sind und daher keine personelle Kontinuität gewährleistet werden kann.

Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen wird die im Heim engagierte Pastorin hinzugezogen und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen

aber auch den Mitarbeiter*innen seelsorgerisch zur Seite („*Wir können vom Haus aus seelsorgerische Gespräche in Anspruch nehmen.*“ H5-M4).

Einbindung der SAPV. Auf die Möglichkeit das SAPV-Team in die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen einzubinden, wird offenbar nicht zurückgegriffen, wobei betont wird, dass dafür auch „*spezielle Kriterien*“ erfüllt sein müssen (H5-M1). Teilweise wird von Leitungsseite und von Mitarbeitenden die „*unterstützende*“ Funktion des SAPV-Teams betont (H5-E1). Zugleich deutet sich in den Aussagen an, dass bei den Mitarbeitenden in der reservierten Haltung auch Berührungs- und Konkurrenzängste zum Tragen kommen („*Das will, glaube ich, keiner so richtig. [...] da lässt man sich ja in die Karten gucken.*“ H5-M2).

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Insgesamt zeichnet sich die Einrichtung durch einen bewussten Umgang mit Sterben und Tod aus. So wird ein besonderer Akzent auf die Praktizierung der entwickelten Abschiedsrituale gelegt, und zwar beginnend mit der Gestaltung von Erinnerungssteinen mit den Bewohner*innen („*Schon beim Einzug eines Bewohners, gestalten wir mit diesem Bewohner oder der Bewohnerin zusammen zwei Erinnerungssteine.*“ H5-E2).

Wenn Bewohner*innen versterben, wird ihr Zimmer symbolisch mit Engel gekennzeichnet, der an der Tür angebracht wird und das Zimmer und der Leichnam der Verstorbenen werden für die Aufbahrung und Verabschiedung bzw. Aussegnung vorbereitet. Den verstorbenen Bewohner*innen „*werden immer Blumen*“ und „*ein Handschmeichler mit in die Hand gegeben*“ (H4-E4). Angehörige, Mitarbeitende und Mitbewohner*innen haben die Möglichkeit, sich von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden. Als Abschiedsritual haben sich offenbar Aussegnungen etabliert („*Wir bieten natürlich Aussegnungen an.*“ H5-E3). Ihre Durchführung wird im Heim von der Pastorin und auch von entsprechend geschulten Mitarbeiter*innen getragen.

Im Wohnbereich der Verstorbenen wird die Trauerecke mit Gedenktisch mit einem Bild versehen und geschmückt, so dass ersichtlich wird, welche Bewohner*innen verstorben sind: Im Speisesaal wird der Todesfall bekannt gegeben und im Kreis der Mitbewohner*innen im Gebet der Verstorbenen gedacht. In der Kapelle wird der Traueraltar entsprechend geschmückt und die von den Bewohner*innen gestalteten Erinnerungssteine ausgelegt, von denen ein Stein den Angehörigen bei der Verabschiedung übergeben wird und auch im nächsten Gottesdienst wird jeweils der Verstorbenen gedacht. Die Ergebnisse der Analyse der Interviews mit Bewohner*innen und Angehörigen der Einrichtung lassen darauf schließen, dass das Versterben von Mitbewohner*innen offen kommuniziert und die Abschiedskultur von ihnen zumeist positiv erlebt wird. Je nach ihrem Einblick in den Heimalltag, finden in den Interviews unterschiedliche Abschiedsrituale Erwähnung, einschließlich der Möglichkeit, dass sich Nahestehende von verstorbenen Bewohner*innen verabschieden können. Bemerkenswert erscheint, dass Bewohner*innen

und Angehörigen über unterschiedliche Abschiedsrituale berichten, jedoch die Gestaltung von Erinnerungssteinen zu Beginn des Heimaufenthalts auch von den interviewten Bewohner*innen keine Erwähnung findet.

3.2.2.6 Fallstudie 6 (Heim H6)

Heim H6 ist in einer Kleinstadt (rd. 17.000 Einwohner) im ländlichen Raum gelegen. Die seit über 60 Jahren bestehende Einrichtung kleinerer bis mittlerer Größe ist am Ort als Institution fest verankert, „*also ganz bekannt, ganz alteingesessen*“ (H6-M1). Im Radius von 5 km des Postleitzahlbezirks weist der AOK-Pflegenavigator zwei und im Radius von 10 km 11 weitere Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege aus. Das zu einem Klinikverbund im Landkreis gehörende Krankenhaus am Ort verfügt über keine Palliativstation. In einer benachbarten Kleinstadt des Landkreises befindet sich ein Hospiz.

Heim H6 hatte sich an dem Vorläuferprojekt des Trägers beteiligt, in dem Projektwerkstätten zur Entwicklung einer Hospizkultur in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und die Verankerung von palliativpflegerischer Fachexpertise durch Weiterbildung von ein bis zwei Pflegefachkräften gefördert wurden (Arnold-Krüger 2016). Das Fortbildungsangebot „Palliative Praxis“ für eine breite bereichsübergreifende Verankerung von Basiskompetenzen wurde in der Folgezeit für die Qualifizierung einzelner Mitarbeiter*innen genutzt.

Erhebungszeitraum und Datenbasis. Heim H6 wurde nach der Absage der Projektbeteiligung durch eine Einrichtung im April 2021 nachrekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Mai bis August 2021. Realisiert wurden 14 Telefoninterviews, und zwar mit 9 Beschäftigten und 5 Nutzer*innen. Sie verteilen sich bezogen auf die Zielgruppen wie folgt:

- Für die Ermittlung der Perspektive der Mitarbeitenden konnten 4 Interviews mit Schlüsselpersonen der Einrichtung (Leitungspersonen, Mitarbeitende mit übergreifenden Stabstellenfunktionen) und 5 Interviews mit Pflegenden und Betreuungskräften der Wohnbereiche geführt werden. Eine weitere Mitarbeiterin hatte ihre schriftliche Interviewzusage aufgrund zwischenzeitlicher personeller Engpässe in ihrem Arbeitsbereich zurückgezogen. Von den Interviewten verfügten 3 über eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft.
- Zur Ermittlung der Sicht der Nutzer*innen wurden 2 Bewohner*innen und 3 Angehörige interviewt. Von den beiden interviewten Bewohnerinnen, war eine Bewohnerin im April 2020 in der 1. Welle der Corona-Pandemie in das Heim eingezogen. Bei 2 Angehörigeninterviews handelt es sich um After-Death-Interviews mit Angehörigen deren Familienmitglieder in dem Heim Ende 2020 bzw. Anfang 2021 „*nicht an Corona gestorben, sondern mit Corona*“ (H6-A3) gestorben sind. Interviewt wurden Angehörigem, die in unterschiedlichen Beziehungskonstellationen zu den Bewohner*innen stehen bzw. standen (Sohn, Ehefrau und Schwiegertochter).

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Mit knapp 100 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H6 um eine kleine bis mittelgroße Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuter Kurzzeitpflege. Das Heim liegt am Rand einer Kleinstadt. Die Innenstadt ist für mobile Bewohner*innen gut erreichbar. Es besteht eine Busanbindung des öffentlichen Personennahverkehrs zur Innenstadt und ins Umland.

Das Heim H6 gliedert sich in zwei Hauptbereiche, die sich auf einen modernisierten Altbau und einen damit verbundenen Neubau verteilen. In dem zweigeschossigen Neubau, befindet sich der Demenzbereich mit zwei beschützten Wohnbereichen. In diesem Bereich werden zugleich schwerstpflegebedürftige Menschen betreut, die nicht an Demenz erkrankt sind. Im dem „*weitläufig*“ angelegten Altbau befinden zwei gemischte Wohnbereiche, in denen eher „fittere“, primär somatisch erkrankte Bewohner*innen aber auch von Demenz betroffene Menschen leben, deren demenzielle Erkrankung „*noch nicht so fortgeschritten*“ ist (H6-E3). Im diesem Bereich werden Kurzzeitpflegegäste und im Ausnahmefall auch schwer pflegebedürftige Bewohner*innen betreut. Jeder Wohnbereich verfügt über Aufenthaltsräume, diverse Sitzecken und eine Wohnküche, die als Speisesaal dient und von Präsenzkraften der Küche mitbetreut werden.

In Heim H6 werden größtenteils Einzelzimmer vorgehalten. In jedem Bereich befinden sich vier Doppelzimmer, in denen zumeist Ehepaare leben. Alle Zimmer haben ein barrierefreies Duschbad und größtenteils einen überdachten Balkon. Sie sind möbliert, können aber mit eigenen Möbeln und Wohnaccessoires individuell gestaltet werden.

Das Heim wird von Bewohner*innen und Angehörigen als architektonisch ansprechendes Haus beschrieben. Es verfügt über einen Andachtsraum, der für Andachten, Gottesdienste und andere Veranstaltungen genutzt wird, über einen Kiosk, ein Café, einen Friseur- und Fußpflegesalon. Im Außenbereich befindet sich eine überdachte Terrasse und ein Demenz- bzw. „Sinnesgarten“ mit direktem Zugang für die Bewohner*innen des Demenzbereichs. Von Angehörigenseite wird der belebte Eingangsbereich und die zur Kommunikation einladenden Sitzecken auf den Wohnbereichen positiv hervorgehoben („*Da sitzen die dann vorne und dann tauschen die sich untereinander aus.*“ H6-A2). Eine Bewohnerin betont, dass es sich um ein „*weitläufiges*“ und „*lichtes*“ Gebäude mit „*schönen*“ Zimmern handelt (H6-B2).

Servicebereiche. Der Reinigungsdienst und ein Teil des Wäscheservices wurden an Fremdfirmen ausgelagert. Die Einrichtung verfügt über eine hauseigene Küche. Mittags werden täglich zwei Gerichte zur Auswahl und auf Anforderung Wunschkost angeboten. Die Pflegenden können über die Küche, spezielle Speisen und Getränke für die Bewohner*innen besorgen (lassen), was mit Blick auf die Versorgung von Bewohne*innen in Palliativsituationen positiv hervorgehoben wird. Die Qualität des Mittagessens wird von den Interviewten unterschiedlich beurteilt, während einige Beschäftigte und Nutzer*innen betonen, dass in dem Heim noch selbst „*frisch gekocht wird*“ (H6-M1), merken andere kritisch an, dass oft mit „*Fertigprodukten*“ (H6-M3) statt mit frischen Zutaten gekocht wird. Das Frühstück und Abendessen wird in Buffetform angeboten. Die Wohnküchen der Wohnbereiche werden von Präsenzkraften der Küche mitbetreut, die auch zwischen den Mahlzeiten für die Bewohner*innen da sind und sie mit Getränken versorgen.

Personelle Ressourcen. Sowohl Mitarbeitende der Wohnbereiche als auch Leitungspersonen verweisen darauf, dass das Heim verglichen mit anderen Pflegeeinrichtungen

„noch nicht unter so einem extremen Personalmangel“ leidet und als Arbeitgeber durchaus attraktiv ist. Betont wird ein gutes Arbeitsklima, und dass in den letzten Jahren für die Mitarbeiter*innen „einiges angestoßen wurde“ (H6-M5). Neben der tariflichen Bezahlung (inkl. betrieblicher Altersvorsorge), wird in diesem Zusammenhang auf diverse Zusatzleistungen, wie eine vom Arbeitgeber getragene Lebensversicherung und auf „coole Aktionen“ für Belegschaft und Bewohner*innen verwiesen, wie die tageweise Aufstellung eines „Food Trucks“ auf dem Gelände, die großen Anklang finden (E6-E2).

Auch wenn die Einrichtung personell „eigentlich relativ gut aufgestellt“ ist (H6-M3), treten immer wieder Phasen auf, in denen die Personalsituation aufgrund von „Krankheit oder Kündigungen“ (H6-M1) sehr angespannt ist. Die Einrichtung verfügt über einen Stamm langjähriger Mitarbeiter*innen („Die sind über zwanzig Jahre da.“ H6-E4). Im Pflegebereich ist jedoch die Fluktuation besonders unter jüngeren Mitarbeiter*innen ausgeprägt und „qualifiziertes Personal zu finden“ schwierig (H6-M2).

Als generelles Problem wird von einer Mitarbeiterin in diesem Zusammenhang angemerkt, dass an der Pflege über Jahre „gespart“ wurde und die Planstellen knapp bemessen sind. Bei der Erstellung der Dienstpläne wird „minimal geplant“, in Urlaubszeiten und bei krankheitsbedingten Personalausfällen „bricht das ganze System zusammen“ mit der Folge, dass die Mitarbeiter*innen am „Limit“ sind und „unzuverlässige Dienstpläne“, was die im stationären Bereich ohnehin durch Schichtarbeit geprägte Pfl egetätigkeit nicht attraktiver macht (H6-M2).

Qualifizierung und Fortbildungskultur. Der Aus-, Fort- und Weiterbildung wird in Heim H6 ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Einrichtung engagiert sich als Ausbildungsbetrieb in der grundständigen Pflegeausbildung. Die Praxiseinsätze werden von einem/einer Mitarbeiter*in mit Stabsstellenfunktion koordiniert und die Auszubildenden durch Praxisanleiter*innen „betreut“ und „wirklich an die Hand genommen werden“, was auch von Anhängenseite positiv hervorgehoben wird (H6-A3).

Ein Personalentwicklungskonzept ist „in Aufbau befindlich“ (H6-E1). Für die Qualifizierung der Mitarbeitenden wird auf Angebote externer Bildungseinrichtungen zurückgegriffen. Neben Praxisanleiter*innen, gerontopsychiatrischen Fachkräften und Expert*innen für das Wundmanagement wurde und wird die Qualifizierung von Pflegenden für die Übernahme von Leitungspositionen, zur Palliativfachkraft und Gesprächsbegleiter*in für gesundheitliche Vorausplanung kontinuierlich gezielt gefördert.

Externe Kooperation und Vernetzung.

Die medizinische (Grund-)Versorgung wird durch ortsansässige Hausärzt*innen getragen. Da die Bewohner*innen vorrangig aus dem Ort kommen, werden sie zumeist von ihren Hausärzt*innen am Ort weiterbetreut, mit denen auch das Heim H6 bereits recht lange zusammenarbeitet („An sich arbeiten wir auch schon sehr lange mit Ärzten zusammen. Und da ist auch schon eine gewisse Vertrauensbasis.“ H6-E5). Mit zwei Ge-

meinschaftspraxen bestehen Kooperationsverträge, die die Versorgung neuer Bewohner*innen übernehmen, die von außerhalb kommen und deren bisherige Hausärzt*innen die Versorgung im Heim nicht gewährleisten können (H6-E1). Hausärzt*innen aus vier, fünf Praxen kommen im zwei- bis dreiwöchigen Turnus zur Visite. Von einzelnen heimversorgenden Gemeinschaftspraxen wird die kontinuierliche Betreuung der Bewohner*innen durch Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH) bzw. Nichtärztliche Praxisassistent*innen (NäPA) sichergestellt, was indes die ärztliche Visite vor Ort nicht gänzlich ersetzen kann (*„Wo wir uns dann halt auch einfach mal wünschen, dass, ja, der Arzt dann auch mal persönlich vorbeikommt. Und natürlich auch der Bewohner das vielleicht mal wünscht, ne?“* H6-M5).

Besonders hervorgehoben wird die vertrauensvolle Kooperation mit einem Hausarzt, der Palliativmediziner ist (*„Da ist sehr viel Vertrauen schon da. Und das macht dann auch Spaß so, ne?“* H6-M3). Er kommt vierzehntägig bis wöchentlich zur Visite, zu Bewohner*innen in Palliativsituationen bei Bedarf auch engmaschig in das Heim und ist *„auch außerhalb der Sprechstunde auf dem Handy“* erreichbar (H6-M3).

Außerhalb der Praxisöffnungszeiten wird bei den übrigen Bewohner*innen im Bedarfsfall der hausärztliche Notdienst eingeschaltet. Während die Kooperation mit Hausärzt*innen aus dem direkten Umfeld auch im Rahmen der Notfallversorgung recht eingespielt war, wird seit der Umstrukturierung des nunmehr landkreisweit organisierten Notdienstes im Zweifelsfall gleich der Rettungswagen gerufen, da es oft *„unheimlich lange dauert“* bis sich die diensthabenden Notärzt*innen nach der Benachrichtigung der Notrufzentrale überhaupt zurückmelden und vor Ort sind (H6-M4).

Die fachärztliche Versorgung erfolgt in der Regel im Rahmen von Praxisbesuchen der Bewohner*innen, die über die Angehörigen oder von Einrichtungsseite organisiert werden. Regelmäßig in das Heim kommen eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, die im Bedarfsfall auch außerhalb der Praxiszeiten angerufen werden kann, ein Diabetologe und ein Zahnarzt.

Aus dem Krankenhaus am Ort und teilweise auch aus den weiteren Krankenhäusern im Landkreis kommen oft neue Bewohner*innen. Sie werden teilweise zunächst zur Kurzzeitpflege in das Heim H6 verlegt. Krankenhausbehandlungen der Bewohner*innen erfolgen zumeist im örtlichen Krankenhaus. *„Da kommen die dann einfach hin, aber eine Kooperation gibt es da nicht.“* (H6-E2). Von Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche wird angemerkt, dass *„so ein kleiner Konkurrenzkampf, Altenheim gegen Krankenhaus, Krankenhaus gegen Altenheim“* herrscht: Bei einer Krankenhauseinweisung wird bei den Bewohner*innen generell die Diagnose *„Exsikkose“* gestellt, werden dort aber offensichtlich nur unzureichend gepflegt (H6-M5).

Eine enge Kooperation besteht mit dem Kirchenkreis. Die seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen und für Gespräche mit Mitarbeitenden in Krisensituationen steht eine Pastorin der örtlichen Gemeinde zur Verfügung. Von ihr und einer Lektorin der Gemeinde

werden Andachten und der Gottesdienst im Heim getragen. Von Mitglieder der Kirchengemeinde, die sich in der Seniorenarbeit engagieren, wurde ein Besuchsdienst durch Ehrenamtliche mit einer Ausbildung zur Hospiz- und Trauerbegleitung aufgebaut, um Bewohner*innen am Lebensende im Heim zu begleiten.

Ergänzend wurde eine enge Kooperation mit dem Hospizverein des regionalen Palliativnetzes aufgebaut, dessen ehrenamtliche Hospizhelfer*innen auf Anfrage ebenfalls Bewohner*innen am Lebensende begleiten. Eine engere Kooperation wird seit einer Umstrukturierung des regionalen SAPV-Stützpunktes auch mit dem SAPV-Team angebahnt.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Die Pflege ist aus Leitungssicht weitgehend nach dem Modell der Bereichspflege organisiert, da sich ein „*reines Bezugspflegesystem*“ in der stationären Langzeitpflege nicht „*durchgängig*“ realisieren lässt (H6-E1). Pflegefachpersonen, -assistent*innen, die Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes und Präsenzkkräfte der Küche sind den Wohnbereichen und die Pflegenden in ihrem Bereich einem Schichtteam zugeordnet („*In der Regel hat man halt seine feste Schicht mit seinen festen Kollegen.*“ H6-M1). Auf jedem Wohnbereich ist mindestens eine Mitarbeiter*in mit einer Weiterbildung zur Palliativpflegefachkraft tätig, die dem Team mit ihrer Expertise zur Seite steht. Seit Anfang des Jahres werden zudem strukturierte GVP-Gespräche durch eine zur Gesprächsbegleiterin geschulte Pflegefachkraft zu den Vorstellungen und Wünschen für die Versorgung am Lebensende angeboten. Von ihr werden seither auch Aufgaben des Einzugsmanagements übernommen.

Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ist der Nachtdienst mit zwei Pflegenden, darunter eine Pflegefachperson besetzt.

Einzug in die Einrichtung. Bei Anmeldung neuer Bewohner*innen werden Erstgespräche von der Pflegedienstleitung mit den Betroffenen geführt. In dem Rahmen werde grundlegende Informationen, wie persönlichen Daten, Hausärzt*in, das Befinden, und Einschränkungen erfragt und geklärt wird „*was erwartet der Mensch*“ und was geleistet werden kann (H6-E2). Sofern möglich führt die Pflegedienstleitung einen Hausbesuch durch, um sich vor Ort ein näheres Bild von den Ressourcen, Unterstützungserfordernissen und den bisherigen Lebensgewohnheiten und -umständen zu machen.

Am Tag des Einzugs widmen sich eine Pflegefachkraft und ein/e Mitarbeiter*in des Betreuungsdienstes den neuen Bewohner*innen und den sie ggf. begleitenden Angehörigen, um deren Fragen zu beantworten, medizinisch-pflegerische Informationen, Wünsche und Gewohnheiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermitteln. Das Aufnahmegespräch und die Pflegeplanung orientieren sich an dem Konzept der strukturierten Informationssammlung (SIS). In dem Rahmen wird auch geprüft ob „*Vorsorgedokumente*“ vorliegen und auf das Angebot eine GVP-Gesprächs hingewiesen,

das jedoch erst näher angesprochen wird, wenn die Bewohner*innen nach einer gewissen Zeit von „acht, zehn Wochen“ angekommen sind (H6-E3). Vorliegende Vorsorgevollmachten und/oder Patientenverfügungen werden in die Pflegedokumentation aufgenommen („Heute ist es doch oft schon so, dass die mit einer Patientenverfügung kommen, ne?“ H6-M1).

Die Informationssammlung und Pflegeplanung werden im Verlauf der ersten Wochen vervollständigt. Betont wird, dass neue Bewohner*innen in der „Eingewöhnungsphase von vier Wochen“ jeweils „besonders begleitet“ werden („Es ist halt so eine besondere Zeitspanne, wo man sich diesem Menschen dann nochmal besonders widmet.“ H6-E2).

Es wird versucht, die Bewohner*innen in die Gemeinschaft einzuführen und zur Teilnahme an den gemeinsamen Mahlzeiten und Gruppenangeboten zu motivieren. Wenn gewünscht, können sie jedoch auch für sich bleiben und in ihrem Zimmer die Mahlzeiten einnehmen (H6-M1). Nach ca. 6 Wochen findet ein „Eingewöhnungsgespräch“ statt (H6-M5).

Leben im Heim. Generell wird versucht, die Gestaltung der pflegerischen Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen an den individuellen Wünschen und Gewohnheiten auszurichten, wenngleich der Tagesablauf durch die pflegerische Grundversorgung, Essenszeiten und die Angebote des Betreuungsdienstes am Vormittag und Nachmittag strukturiert ist. Betont wird, zumeist unter Verweis auf die Frühstückszeiten, dass in der Strukturierung des Tagesablaufs recht großzügige Zeitkorridore bestehen und berücksichtigt wird, „ob das nun ein Langschläfer ist oder eher einer, der gerne früh aufsteht.“ (H6-E2).

Mit Blick auf Wahlmöglichkeiten wird hervorgehoben, dass das Frühstück in Büfettform angeboten wird („Also das ist wirklich ganz toll, finde ich, hier im Haus, und auch sehr würdevoll, dass die da entscheiden können und variieren können.“ H6-M1) und die Teilnahme an Gruppenaktivitäten den Bewohner*innen selbstredend frei steht („Manche nehmen gerne dran teil, manche organisieren sich selber.“ H6-M1). Allerdings wird im Demenzbereich eine relativ feste Tagesstruktur vorgeben.

Pflegebedürftige bettlägerige Bewohner*innen werden von den Betreuungskräften in Form von Einzelbetreuung begleitet, seien es Gesprächsangebote, basale Stimulation oder Gesellschaftsspiele mit Mitbewohner*innen in kleiner Runde im Zimmer der Betroffenen („Man kann ja auch so Gesellschaftsspiele in den Zimmern machen“ H6-M1).

Das Spektrum der Gruppenangebote des Betreuungsdienstes umfasst Singen, Puzzeln, Gesellschaftsspiele, Gedächtnistraining, Bewegungstraining, das Vorlesen von Geschichten oder Gedichten, bei dem Einzug neuer Bewohner*innen ggf. auch ein Sekt Empfang. Dabei wird versucht, an frühere Aktivitäten und Rituale anzuknüpfen, wie ein wöchentlicher „Männerstammtisch“ oder „Beauty-Tag“ (H6-M5). Mittwochs wird jeweils auf Wohnbereichsebene durch die Betreuungskräfte und Präsenzkräfte ein Abendessen der Wahl, gemeinsam mit den Bewohner*innen vorbereitet (H6-M5).

Seitens der Kirchengemeinde werden im Heim freitags durch einen Organisten musikalisch begleitete Andachten von der Pastorin oder einer Lektorin der Kirchengemeinde angeboten. Sie werden von den Bewohner*innen gut angenommen. Demente Bewohner*innen werden zur Andachten begleitet. Auch wenn fraglich ist, ob sie die Predigt verstehen, kann die Teilnahme an den Andachten religiösen Menschen mit fortgeschrittener Demenz offenbar das Gefühl des „Dabeiseins“ und sich in vertrauten Ritualen wiederzufinden vermitteln („*Dieses Gespür: ‚Ich kann, ich kann das. Also ich bin mittendrin irgendwo.‘*“ H6-E04).

Von den interviewten Bewohner*innen und Angehörigen werden die Versorgung und Begleitung nahezu durchweg positiv beschrieben. So betont der Sohn einer demenzkranken Bewohnerin, dass die Mutter umsorgt und auch auf ihr Erscheinungsbild geachtet wurde („*Man hat sich wirklich hervorragend um sie gekümmert.*“ H6-A1). Betont wird, dass die Pflegekräfte stets bemüht sind und trotz der im Versorgungsalltag vorherrschenden „*Hektik*“ für die Bewohner*innen zeitnah da sind, wenn sie Hilfe benötigen oder ein Anliegen haben und ihnen das Gefühl vermitteln, „*umsorgt und wirklich betreut zu sein*“ (H6-B2).

Deutlich wird zudem, dass die Atmosphäre in der Einrichtung „*angenehm*“ erlebt wird. So betont eine Bewohnerin, dass auch ein freundlicher Umgangston der Mitarbeitenden untereinander gepflegt wird und mögliche „*Unstimmigkeiten*“ nicht zu den Bewohner*innen vordringen (H6-B2).

Angehörigenarbeit. Der Einbeziehung und Begleitung der Angehörigen wird in der Einrichtung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Von professioneller Seite wird betont, dass in der ländlichen Region viele Bewohner*innen noch über ein enges familiäres und nachbarschaftliches Netz verfügen, wenngleich „*es immer auch*“ Bewohner*innen gibt, die keine Angehörigen (mehr) haben, oder deren Angehörige sich nicht um sie kümmern wollen oder können, weil sie nicht in der Nähe wohnen (H6-E1).

Die Kommunikation mit den Angehörigen nimmt einen breiten Raum ein. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden sie von Beginn an in Entscheidungen über die Versorgungsgestaltung einbezogen, wie es auch von Angehörigenseite hervorgehoben wird („*Wir sind immer wieder in allen Stationen, wie es meiner Mutter gut, schlechter, schlechter, noch schlechter ging, immer angesprochen worden [...] mit der Schilderung von verschiedenen Möglichkeiten informiert worden.*“ H6-A1).

Angehörige werden darin bestärkt, weiterhin engen Kontakt zu den Bewohner*innen zu pflegen, mit ihnen auch zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen Außenaktivitäten zu unternehmen und an hausinternen Festen und Veranstaltungen teilzunehmen. Die Bewohner*innen können jederzeit Besuch empfangen („*Bei uns gibt es keine Ausgangssperre, keine Besuchszeiten.*“ H6-M3).

Soziale Teilhabe. Das Heim wird sowohl von professioneller Seite als auch von den Nutzer*innen als relativ offene, in der Region relativ fest verankerte Institution beschrieben.

Großer Wert wird darauf gelegt, Bewohner*innen in das gemeinschaftliche Leben im Heim einzubinden („*Grundsätzlich versuchen wir natürlich, die Menschen alle in die Gemeinschaft reinzukriegen.*“ H6-E2). Dem dienen die gemeinsamen Mahlzeiten im Kreis der Bewohner*innen und das Angebot an Gruppenaktivitäten durch den Betreuungsdienst, einschließlich von Gesellschaftsspielen im Zimmer bettlägeriger Bewohner*innen (H6-M1).

Neben den regelmäßigen Andachten und Gottesdiensten, werden jahreszeitliche und kirchliche Feste sowie für die Region typische saisonale Festessen, wie „*Grünkohl essen oder Spargel essen*“ (H6-M1) ausgerichtet, zu denen die Angehörigen eingeladen sind. Wie es auch eine Bewohnerin berichtet, finden diverse Veranstaltungen, wie Konzerte statt, für die „*Chöre*“ oder auch „*Pianisten oder so von außerhalb*“ in das Heim kommen (H6-B2).

Die Verankerung in der Region findet ihren Ausdruck in dem ehrenamtlichen Engagement unterschiedlicher Gruppen und Vereine im Heim. Exemplarisch hierfür steht, die Begleitung (sterbender) Bewohner*innen durch Ehrenamtliche der örtlichen Kirchengemeinde und des Hospizvereins. Als Highlights im Heimalltag wird die wöchentliche „*Kaffeestube*“ hervorgehoben, die ehrenamtlich engagierte „*Landfrauen*“ mit selbstgebackenen Torten für die Bewohner*innen und ihre Gäste ausrichten („*Und ehrenamtliche Damen backen dafür allwöchentlich mehrere Torten.*“ H6-B2).

Verankerung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in der Einrichtung

Für die Verankerung von Palliativkompetenz und einer Hospizkultur war aus Leitungssicht in Heim H6 die Beteiligung an dem Vorläuferprojekt des Trägerverbands zur Förderung und Begleitung von hierauf bezogenen Projektwerkstätten wesentlich („*Diesen ganzen Prozess zu begleiten, das hätten wir alleine nicht hingekriegt.*“ H6-E1).

Betont wird, dass auf Leitungsebene auch eine entsprechende Fachkompetenz erforderlich ist, um die Mitarbeitenden bei der Konzeptumsetzung adäquat zu unterstützen („*Ich muss immer als Leitungsperson sowohl die Ausbildung (haben), mit dabei sein, [...], um es gut mit umsetzen zu können.*“ H6-E1). Von den Mitarbeitenden wird das partizipative Vorgehen hervorgehoben, wobei von ihnen betont wird, dass der Prozess maßgeblich von der Pflegedienstleitung angestoßen und mitgetragen wurde. Deutlich wird in den Aussagen zugleich ein von den Mitarbeitenden der Wohnbereiche lange gehegter Wunsch, sich von verstorbenen Bewohner*innen auch verabschieden zu können („*Irgendwann, haben wir unter uns auch immer gesagt: ‚Wir kommen da gar nicht so gut mit klar, [...] wir hätten das ja schon gerne, dass man da irgendwie noch so ein bisschen Abschied nehmen kann.‘*“ H6-M1).

Elemente der Sterbebegleitung und Abschiedskultur wurden mit Mitarbeiter*innen in den Projektwerkstätten von einer Projektgruppe und in Workshops auf Wohnbereichsebene entwickelt und eingeführt. Hierzu zählen ein Abschiedskoffer mit unterstützender Materialien für die Gestaltung der Sterbesituation und ein jeweils auf Wohnbereichsebene

individuell gestaltetes Abschiedstuch. Die Möglichkeit, in schwierigen Entscheidungssituationen auf eine Ethikberatung zurückzugreifen, besteht bisher nicht. Bei Bedarf werden Fallbesprechungen unter Einbeziehung der betreffenden Hausärzt*innen und Angehörigen anberaumt (*„Ethikberatung haben wir tatsächlich hier noch gar nicht. Fallbesprechung zwischenzeitlich immer mal wieder.“* H6-E5).

Die eingeführten Abschiedsrituale umfassen Aussegnungen, Trauertische auf den Wohnbereichen, das Gedenken der Verstorbenen in Andachten und auf der *„Abschiedsseite“* der vierteljährlich erscheinenden Heimzeitung sowie ein jährlicher Gedenkgottesdienst. Von Leitungsseite wird angemerkt, dass für Bewohner*innen der Abschiedstisch im Wohnbereich zunächst *„befremdlich“* war, inzwischen auch in dem Sinne, dass sie wissen, dass auch ihrer gedacht wird, wenn sie sterben, angenommen wird (H6-E1).

Parallel wurde die Weiterbildung von Pflegefachkräften eingeleitet, um auf den Wohnbereichen eine entsprechende Fachexpertise für die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen zu verankern (*„Und dann haben wir hier Mitarbeiter schon in Palliative Care ausgebildet, weil wir immer die Idee hatten, [...] wir wollen eigentlich auch das leisten.“* H6-E1). Ergänzend haben in jüngerer Zeit einzelne Mitarbeiter*innen an dem vom Trägerverband angebotenen Basis-Kurs *„Palliative Praxis“* teilgenommen. Betont wird das Interesse, das Fortbildungsangebot zur Vermittlung von Basiskompetenzen gezielt für Mitarbeiter*innen der unterschiedlichen Bereiche künftig stärker zu nutzen, auch wenn die Fortbildungsinitiative nicht in Form von Inhouse-Schulungen genutzt wurde.

Von einer zur GVP-Gesprächsbegleiterin geschulten Pflegefachkraft wird seit Anfang des Jahres die Vernetzung mit dem Hospizverein und dem SAPV-Stützpunkt ausgebaut und im Rahmen der GVP-Prozesse der Austausch mit den Hausärzt*innen vertieft.

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Das Konzept der Sterbebegleitung hat sich in der Versorgungspraxis *„gut etabliert“* und wird von den an der Entwicklung beteiligten Mitarbeiter*innen engagiert getragen (*„Das geben die Mitarbeiter auch gut weiter.“* H6-E1).

Das Zimmer im Sterben liegender Bewohner*innen wird durch das Anbringen des Abschiedstuchs an dem Türblatt für alle sichtbar gekennzeichnet (*„Dann wissen eben die anderen Bewohner auch, also hinter dieser Tür, passiert etwas.“* H6-E4). Für die Gestaltung des Zimmers wird der Abschiedskoffer und inzwischen auch ein über Spenden finanzierter Snoozle-Wagen genutzt. Die Materialien und Hilfsmitteln, wie z.B. Diffusor, audiovisuelle Technik für Lichteffekte und Hintergrundmusik werden je nach Präferenz der Bewohner*innen und ihrer Angehörigen eingesetzt, so dass *„jeder den Raum betreten kann und hat einfach schon das Gefühl, es ist eine schöne Atmosphäre, ne? Hier kann ich das als Angehöriger, als Gast gut aushalten.“* (H6-E1).

Die Betreuung der Bewohner*innen am Lebensende erfolgt in enger Abstimmung mit den behandelnden Hausärzt*innen und Angehörigen (z.B. Therapiezieländerungen,

Schmerz- bzw. Symptomkontrolle). Betont wird, dass das Vorgehen in der Regel bereits im Vorfeld abgestimmt wurde, da Wünsche und Vorstellungen für die Versorgung am Lebensende der Bewohner*innen möglichst frühzeitig ermittelt werden. Dabei werden die Pflegefachkräfte der Wohnbereiche seit Anfang des Jahres durch die GVP-Fachkraft unterstützt. Sie führt auch in sich anbahnenden palliativen Situationen sofern möglich Gespräche mit den Bewohner*innen, Angehörigen und Hausärzt*innen in schwierigen Entscheidungssituationen und nimmt bei Bedarf den Kontakt zu den Akteur*innen des SAPV-Stützpunktes auf („*Die nimmt uns ganz viel ab und die nimmt auch Kontakt auf mit dem palliativen Stützpunkt, was Besuchsdienst oder Hospizdienst oder was auch immer angeht.*“ H6-M3).

Ziel der Begleitung sterbender Bewohner*innen ist es, Schmerzen und belastende Symptome hinreichend zu lindern, den Bewohner*innen ein Sterben in ihrem vertrauten Umfeld im Heim zu ermöglichen und ihnen letzte Wünsche zu erfüllen („*Also wir versuchen, alles Mögliche dem Bewohner noch, ja, zu ermöglichen.*“ H6-M5). Hausärzt*innen und Angehörige werden in den Prozess einbezogen und mit den Angehörigen geklärt, ob sie „*halt Mutter, Vater, wie auch immer, mit begleiten möchten, ob die sich das zutrauen.*“ (H6-M5). Zugleich wird ihnen Unterstützung durch die Hinzuziehung der ehrenamtlichen Sterbebegleitung angeboten.

Die Mitarbeitenden der Wohnbereiche sind bestrebt im Sterben liegende Bewohner*innen und deren Angehörige zu begleiten, wobei in der Einrichtung die psychosoziale Begleitung zu wesentlichen Teilen durch ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiter*innen des Besuchsdienstes der Kirchengemeinde und seit jüngerer Zeit auch durch Hospizhelfer*innen des Hospizvereins am Ort getragen wird. Sie entlasten die Mitarbeitenden auch von Gesprächen mit Angehörigen in schwierigen Betreuungssituationen. Von Leitungsseite wird betont, dass die die Sterbebegleitung vorrangig tragende ehrenamtliche Mitarbeiterin zu einer „*Vertrauensperson*“ geworden ist, die „*einen sehr guten Zugang*“ zu Angehörigen und den Mitarbeiter*innen hat. Auch wenn die Rolle der Pflegefachkräfte auf die körperbezogene Pflege reduziert ist, ist es für sie beruhigend, zu wissen, dass „*der Mensch nicht allein ist*“, da sie kaum die Zeit finden, sich an das Bett der Bewohner*innen zu setzen (H6-E4).

Die Aussagen der Pflegefachkräfte unterstreichen, dass die Integration der Begleitung sterbender Bewohner*innen in den Arbeitsablauf „*schwierig*“ ist und ihnen einen „*Spagat*“ abverlangt (H6-M3). Wenn die Angehörigen und/oder die ehrenamtliche Sterbebegleitung nicht vor Ort sind, versuchen sie zumindest zeitweise für die Bewohner*innen da zu sein, was im Team auch mitgetragen wird. Erforderlich ist aus professioneller Sicht eine ausreichende Anzahl von Palliativfachkräften („*Es gibt ja auch Palliativfachkräfte, wenn man da guckt, dass auf jedem Wohnbereich, ich würde schon fast sagen, in jeder Schicht mindestens eine Person das hat.*“ H6-M03). Zudem wäre es aus Sicht der Mitarbeiter*innen anzustreben, dass in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ein Palliativpflegebereich eingerichtet wird, wenn vermehrt Bewohner*innen mit palliativem

Versorgungsbedarf aufgenommen werden („*Einrichtungen, die das anbieten wollen, müssten dafür einem separaten Bereich bilden, wo es wirklich nur um Palliativ geht.*“ H6-M03).

Das Bemühen schwer kranke und sterbende Bewohner*innen in ihrem vertrauten Umfeld im Heim zu begleiten, wird gleichermaßen von Bewohner*innen und Angehörigen berichtet. So berichten die interviewten Bewohner*innen, dass sie sich erkundigt haben, was geschieht, wenn sich ihr Zustand verschlechtert und vertrauen darauf, dass sie in ihrem Zimmer bleiben können. „*Man bleibt in seinem Stübchen.*“ (H6-B2) und „*man wird fast nicht allein gelassen*“ (H6-B1).

Von den professionellen Akteur*innen werden Situationen in der Begleitung am Lebensende als schwierig und besonders belastend beschrieben, wenn gehäuft neue Bewohner*innen in der Sterbephase aus dem Krankenhaus in das Heim verlegt werden (z.B. H6-E2, H6-M4), wenn sich Angehörige und insbesondere Betreuer*innen über Patientenverfügungen hinwegsetzen und auf lebenserhaltenden Maßnahmen beharren und Angehörige nicht „*loslassen können*“ (z.B. H6-E2, E6-M1, E4-M4, E6-M3), sich hinziehende quälende Sterbeverläufe (z.B. H6-E3, H6-M5), wenn ungelöste familiäre Verwerfungen aufbrechen und von den Angehörigen Konflikte in der Sterbesituation ausgetragen werden (z.B. H6-E3, H6-E4).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Von Leitungsseite wird betont, dass intendiert war, dass die Pflege die Begleitung am Lebensende trägt, es sich jedoch gezeigt hat, dass dies vom Pflegedienst auch mit Unterstützung durch den Betreuungsdienst nicht geleistet werden kann. Die Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen wird daher maßgeblich durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin koordiniert und getragen, die den Besuchsdienst der Kirchengemeinde aufgebaut hat und über eine Ausbildung zur Sterbe- und Trauerbegleiterin verfügt. Sie wird durch drei weitere ehrenamtliche Hospizhelfer*innen des Kirchenkreises unterstützt, die wie sie oft in der Einrichtung präsent und daher den Bewohner*innen auch bekannt sind. Sie ist zugleich Ansprechpartnerin und Vertrauensperson für die Mitarbeiter*innen, hat Aussegnungen einführt und Mitarbeiter*innen angeleitet, so dass sie sie durchführen können, falls die Pastorin oder sie selbst verhindert ist (H6-E1).

Seit der Neustrukturierung des regionalen Palliativnetzes wurde in jüngerer Zeit die Kooperation mit dem dort angebundenen Hospizverein eingeleitet.

Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen steht die das Heim betreuende Pastorin der örtlichen Gemeinde für eine seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen, der Angehörigen und auch der Mitarbeiter*innen zur Verfügung.

Einbindung der SAPV. Nach den Aussagen der Leitungskräfte und Mitarbeitenden ist die Einrichtung mit „*fünf Palliativpflegekräften*“ personell und fachlich gut aufgestellt, um eine qualifizierte palliativpflegerische Begleitung zu gewährleisten (H6-M5). Betont wird, dass ein Hausarzt, der zugleich Palliativmediziner ist, eine gute Versorgung der von ihm

betreuten Bewohner*innen gewährleistet. Seit einer Umstrukturierung des SAPV-Palliativstützpunktes bestehen Bestrebungen einer stärkeren Vernetzung, die in der Einrichtung im Wesentlichen von der GVP-Fachkraft getragen werden.

Sofern von den jeweiligen Hausärzt*innen verordnet und von den Krankenkassen bewilligt, werden Bewohner*innen von dem Palliativstützpunkt in der Einrichtung mitbetreut. Die diesbezüglich auch von Leitungsseite eher seltenen Aussagen deuten darauf hin, dass vornehmlich eine Einbindung der Hospizhelfer*innen und der Palliativmediziner*innen des SAPV-Teams in die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen erfolgt (*„Und die haben dann ja ihren eigenen Hospizdienst und Palliativmediziner und die kommen dann zu uns und damit kooperieren wir dann auch.“* H6-E2).

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben von Bewohner*innen wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs das Zimmer und der Leichnam der verstorbenen Bewohner*innen für die Aufbahrung zur Verabschiedung und Aussegnung „hergerichtet“. Die verstorbenen Bewohner*innen werden gewaschen, gebettet, *„schick“* angekleidet mit Kleidungsstücken, die sie *„gerne mochten“* (H6-M1). Das Zimmer ansprechend mit Trauersymbolen dekoriert und die Zimmertür mit dem Abschiedstuch gekennzeichnet, das von den Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche gestaltet wurde (H6-E1).

Aussegnungen sind in der Einrichtung zu einem festen Ritual geworden. Angehörige, Mitarbeitende und den Verstorbenen nahestehende Mitbewohner*innen werden eingeladen sich in dem Rahmen von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden. Von Leitungsseite wird betont, dass die Aussegnung als Abschiedsritual den Mitarbeitenden *„fast mehr bedeutet wie den Angehörigen“* und sie ihnen Rahmen bietet, um *„diesen Prozess auch abschließen können“* (H6-E1). Die Aussegnung als Abschiedsritual wird nach der Einschätzung einer Leitungsperson von rund 70 Prozent der hinterbliebenen Angehörigen angenommen (H6-E04).

Inwieweit das Angebot unterstützender Gespräche der Trauerbewältigung durch die Pastorin für die Hinterbliebenen und Mitarbeitenden angenommen wird, lässt sich anhand der Interviewaussagen nicht ermesen. Deutlich wird, dass die Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche offenbar vor allem das Gespräch im Team suchen (*„Also wir versuchen wirklich schon ganz, ganz viel über solche Situationen zu sprechen.“* H6-M5).

Auf dem jeweiligen Wohnbereich wird eine Trauerecke zum Gedenken an verstorbene Bewohner*innen eingerichtet. Bis zur Beerdigung wird dort ein Trauertisch mit dem Bild der Verstorbenen, einen Abschiedsspruch und einer Kerze aufgestellt (H6-E04). Den Verstorbenen wird in den wöchentlichen Andachten und der Heimzeitung auf der Abschiedsseite in Form eines Nachrufs gedacht. Der jährliche Gedenkgottesdienst, zu dem die hinterbliebenen Angehörigen eingeladen werden, findet in der Regel im Frühjahr nach Ostern statt. Für jeden Verstorbenen wird ein Stein mit dem Namen vorbereitet und eine Kerze angezündet. Der Gottesdienst wird durch ein Kaffeetrinken *„zum Ankommen“*

und ein anschließendes gemeinsames Essen mit Angehörigen und Mitarbeiter*innen gestattet, um „auch nochmal Erinnerungen“ auszutauschen (H6-E1).

Die Aussagen der interviewten Angehörigen und Bewohner*innen deuten darauf hin, dass sie die Begleitung der Bewohner*innen und auch die praktizierten Abschiedsrituale, soweit sie damit in Berührung gekommen sind, positiv erleben. So wurde von dem Sohn einer Bewohnerin sowohl die Versorgung der Mutter als auch die „als Angehörige“ in der Sterbephase erhaltene Begleitung und das Abschiedsritual der Aussegnung nach dem Versterben der Mutter betont positiv beschrieben (*Und das war eigentlich eine ganz, ganz schöne Angelegenheit.*“ H6-A1). Eine Bewohner*in, die in dem Heim H6 eine befreundete Mitbewohnerin im Sterben mit begleiten „durfte“ betont, die „würdige“ Rahmung der Sterbebegleitung durch die Gestaltung des Zimmers und der Verabschiedung verstorbener Bewohner*innen durch die Aussegnung (H6-B2). Ebenso positiv wird offenbar von Angehörigen das Gedenken verstorbener Bewohner*innen auf den Wohnbereichen erlebt (*„Das ist das dann, wenn jemand sein Leben gelassen hat. Das ist immer alles sehr, sehr würdevoll, ja. [...] das finde ich sehr gut [...] das passt auch zum Haus.“* H6-B2).

3.2.3 Strategien, Elemente und Nachhaltigkeit der Implementierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur

3.2.3.1 Strategien und Elemente der Implementierung

Mit Blick auf die von Kaasalainen et al. (2019) herausgearbeiteten drei Grundmodelle evaluierter Konzepte der Integration von Palliative Care im Bereich der stationären Langzeitpflege zeigen die Fallanalysen, dass vor allem in 5 der 6 Heime jeweils ein gemischtes Modell, d.h. die Kombination des Rückgriffs auf externe Ressourcen (Modell 1) und des Aufbaus interner Ressourcen (Modell 3) für die Förderung einer palliativen Versorgung der Bewohner*innen am Lebensende verfolgt wurde bzw. wird. Dabei wurden bezogen auf die einzelnen Elemente der Implementierung in den Heimen unterschiedliche Akzente gesetzt. Neben den 4 Heimen, die an dem Modellvorhaben des DWiN teilgenommen haben (Heim H1, H2, H4 und H6) trifft dies im Kern auch in Heim H5 zu. Wobei alle 6 Heime über ein „Konzept der Sterbebegleitung“ und darauf bezogene „Verfahrensleitungen“ verfügen. Deren „Vorliegen“ gehört zu den „formalen“ Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK), daher ist kaum anzunehmen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen des Qualitätsmanagements kein schriftliches Konzept für der Sterbebegleitung erarbeitet haben.

Bezogen auf die von Kaasalainen et al. (2019) herausgearbeiteten Grundmodelle der Integration von Palliative Care im Bereich der stationären Langzeitpflege zeichnet sich in den Fallstudien das folgende Bild ab:

(1) Mit Blick auf die **Einbindung externer Expertise der Palliativ- und Hospizversorgung** (Modell 1 nach Kaasalainen et al. 2019) zur Gewährleistung einer angemessenen Betreuung von der Bewohner*innen am Lebensende kristallisiert sich in den Fallstudien heraus,

dass die in die qualitative Teilstudie einbezogen 6 Heime mit Ausnahme von Heim H1 teilweise enge Kooperationsbeziehungen mit ehrenamtlichen Hospizdiensten aufgebaut haben. Besonders in Heim H5 und Heim H6 wird großer Wert auf eine frühzeitige Einbindung von ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen in die Betreuung von Bewohner*innen gelegt, die über keine Angehörigen (mehr) verfügen, die sie im Heim begleiten (können). Deutlich verhaltener erscheint die Kooperation mit SAPV-Diensten, die in 4 der 6 Heimen zumindest im Ansatz besteht (H1, H4, H5, H6), wobei in zwei Heimen eine Kooperationsbeziehung mit dem regionalen SAPV-Team nach dessen Umstrukturierung in jüngerer Zeit eingeleitet wurde. Deutlich wird, in diesen Zusammenhang auch, dass die Kooperation und Vernetzung davon abhängt, inwieweit vor Ort etablierte Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung bestehen.

(2) Ein spezieller **palliativer Versorgungsbereich in der Einrichtung** (Modell 2 nach Kaasalainen et al. 2019) wurde in keiner der 6 Heime eingerichtet. Angesichts vermehrter Anfragen für eine wohnortnahe Versorgung schwerstkranker Menschen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium und in Ermangelung eines Hospizes in der Region bestehen in Heim H1 Überlegungen zum Aufbau eines Palliativbereichs. Wobei sich das generelle Problem der (Re-)Finanzierung von Leistungen der Palliativversorgung in den Heimen stellt.

(3) Auf die Verfügbarkeit bzw. Herausbildung **interner Fachexpertise und Etablierung unterstützender Strukturen und Prozesse** (Modell 3 nach Kaasalainen et al. 2019) für eine palliative Versorgungspraxis wurden und wird in 5 der 6 Heime ein besonderes Augenmerk gelegt (H1, H2, H4, H5 und H6). Wobei in Heim H2 die Einleitung der Qualifizierung von Mitarbeiter*innen im Bereich der Palliativpflege nach dem Bekunden der Interviewpartner*innen sowohl auf der Agenda der Heimleitung als von Mitarbeiter*innen gewünscht wird. Deutlich wird in den Fallanalysen, dass in den übrigen Heimen jeweils die Strategie verfolgt wird, neben einer möglichst breiten palliativen Basisqualifikation von Mitarbeiter*innen der unterschiedlichen Bereiche und Hierarchieebenen, die Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Palliativfachkraft gezielt zu fördern. Dabei zeigt sich, dass jeweils die Förderung von Fortbildungen zu Grundlagen der Palliativversorgung der Mitarbeiter*innen im Pflege- und Betreuungsdienst ein großes Gewicht hat, wobei in Heim H5 hierfür auf Fortbildungsangebote von Bildungseinrichtungen in der Region zurückgegriffen wird. Zugleich wurde auch die Verankerung von palliativer Fachexpertise in der Einrichtung durch die gezielte Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Palliativfachkraft angestrebt. Ergänzend wurde in einem Heim eine Pflegefachkraft zur Gesprächsbegleiter*innen für GVP-Gespräche weitergebildet und eine entsprechende Stabsstelle geschaffen (H6).

Parallel zu den Qualifizierungsstrategien wurden in den Heimen unterstützende Strukturen aufgebaut, die die Reflexion und Weiterentwicklung der Palliativversorgung unterstützen. So finden sich in den Heimen unterschiedliche Besprechungsformate die Raum für eine Reflexion der palliativen Praxis bieten. Das Spektrum reicht von der Etablierung

spezieller Arbeitsgruppen bzw. –zirkel für die Konzeptentwicklung und Umsetzung (z.B. H1, H2, H4, H6), über die Installierung regelmäßiger palliativer Fallbesprechungen (H6, H5) oder die nicht auf palliative bzw. Sterbesituationen begrenzte Fallbesprechungen in regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen (H3).

In allen 6 Heimen wurden in unterschiedlicher Form in der Palliativ- und Hospizversorgung erprobte Materialien und Hilfsmittel zur Unterstützung für die Gestaltung der Begleitung am Ende Lebensende eingeführt (sog. Letzte Reise Koffer, Palliativ-Koffer, Snoozle-Wagen).

Ferner wurden nahezu durchgängig jeweils Symbole und Rituale für die Trauerarbeit zur Implementierung einer „Abschiedskultur“ entwickelt, wie das Ritual der Aussegnung, Abschieds- bzw. Trauertische, das Gedenken der Verstorbenen in den Andachten und Gottesdiensten. In 4 Heimen finden mit unterschiedlicher „Rahmung“ jährlich, zumeist am Totensonntag spezielle Gedenkgottesdienste mit den hinterbliebenen Angehörigen der verstorbenen Bewohner*innen statt (H1, H2, H4, H6).

3.2.3.2 Fördernde und hemmende Faktoren

In der Summe unterstreichen die Fallstudien zugleich, dass die Umsetzung der entwickelten und eingeführten Elemente der Palliativversorgung in den Heimen von der Ausprägung fördernder und hemmender Faktoren abhängig ist.

Fördernde Faktoren. In der Analyse der qualitativen Interviews kristallisieren sich insbesondere in den Interviewaussagen der Schlüsselpersonen und Mitarbeitenden auf Wohnbereichsebene teilweise mit einander verwobene Faktoren heraus, die in ihrer positiven Ausprägung eine nachhaltige Implementation von Palliativkompetenz und eine gelebte Hospizkultur in den Heimen fördern. Entsprechend erweisen sie sich einer negativen Ausprägung als Faktoren, die eine entsprechende Entwicklung der „Versorgungskultur“ in den Heimen behindern, wenn nicht sogar verhindern oder torpedieren. Als wesentlich für die nachhaltige Entwicklung kristallisierten sich in der vergleichenden Analyse der Ergebnisse der qualitativen Fallstudien die folgenden Faktoren heraus:

- Voraussetzung für die gelingende Entwicklung einer Hospizkultur ist, dass sie ein Anliegen sowohl der Leitungspersonen als auch der Mitarbeitenden ist und auf beiden Ebenen ein entsprechendes Engagement eingebracht wird. Dabei ist hier auf der Leitungsebene die Förderung durch die Geschäftsführung ebenso bedeutsam wie die der Pflegedienstleitung. Förderlich ist gleichermaßen eine etablierte Fortbildungskultur in den Heimen, in denen die Erweiterung und Aktualisierung als wesentliche Grundlage professionellen Handelns der Pflege ebenso wie anderen in die Versorgung der Bewohner*innen eingebundenen Mitarbeiter*innen erachtet wird. Für die Entwicklung und nachhaltige Etablierung von Palliativkompetenz in den Heimen ist entsprechend eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden auf den unterschiedlichen Hierarchieebenen erforderlich, um die Auffrischung und Aktualisierung des Wissens und eine Nachqualifizierung neuer Mitarbeitenden gewährleisten zu können.
- Die Anerkennung des Charakters der Heime als Orte des Lebens und Sterbens, die eine offene Kommunikation und einen entsprechenden Umgang mit dem Versterben von Bewohner*innen impliziert, in der Tod, Abschied und Trauer keine Tabuthemen sind. Im Ergebnis deutet sich an, dass auf der Ebene der Interaktion und Kommunikation mit den Bewohner*innen und Angehörigen die Etablierung von GVP-Gesprächsangeboten die Entwicklung eines „offenen Bewusstseins“ im Sinne von Glaser und Strauss (1995) unterstützen kann.

- Voraussetzung für die Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen sind hinreichende personelle Ressourcen der Pflege und des Betreuungsdienstes der Wohnbereiche und ein Mindestmaß an personeller Kontinuität. Dabei ist eine ausreichende personelle Besetzung der unterschiedlichen „Schichten“ entscheidend.
- Als wesentlich kristallisierte sich eine von Leitungs- und Teamseite getragene Schaffung von Freiräumen in der Versorgungsroutine für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen heraus, um diese situationsangemessen gewährleisten zu können.
- Eine eingespielte und unterstützende Kooperation mit den behandelnden Hausärzt*innen der Bewohner*innen erwies sich vielfach als Voraussetzung dafür, Bewohner*innen am Lebensende in ihrem vertrauten Umfeld im Heim angemessen zu begleiten, für eine angemessene Schmerz- und Symptomkontrolle Sorge zu tragen und auch beim Auftreten palliativer Notfallsituationen eine Verlegung der Bewohner*innen im Sterbeprozess zu vermeiden. Als Ideal kristallisierte sich hier die gemeinsame Betreuung der Bewohner*innen mit Hausärzt*innen mit einer Zusatzqualifikation Palliativmedizin heraus.
- Als zentraler Faktor erwies sich entsprechend die Verfügbarkeit spezialisierter palliativpflegerischer und -medizinischer Kompetenz im Bedarfsfall, sowohl intern in der Person von Palliativfachkräften im Team als auch die bei komplexen Problemlagen in herausfordernden Palliativsituationen die Expertise der spezialisierten Palliativversorgung im Heim in die Versorgung einbeziehen zu können. Entscheidend war hier nicht zuletzt die Verfügbarkeit und eingespielte Kooperation mit der SAPV bzw. einem etablierten Palliativstützpunkt in der Region und dessen Erreichbarkeit.
- Unterstützend und entlastend erwies sich gleichermaßen die Kooperation mit „vertrauten“ ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen bei der Begleitung sterbender Bewohner*innen und der Angehörigen. Als wesentlich kristallisierten sich hier die Bedeutung der Präsenz der ehrenamtlichen Besuchs- und Hospizdienste auf den Wohnbereichen und deren frühzeitige Einbindung in die Begleitung der Bewohner*innen heraus.

Hemmende Faktoren. Als Faktoren, die eine gelebte Hospizkultur im Versorgungsalltag behindern, wenn nicht verhindern, stellten sich in der Analyse der Interviewaussagen der Schlüsselpersonen und Mitarbeitenden auf Wohnbereichsebene insbesondere personelle und finanzielle Restriktionen, Probleme der Kooperation und Vernetzung mit professionellen Akteur*innen und Einrichtungen der Regelversorgung und spezialisierten Versorgung sowie auf der Ebene der Bewohner*innen und/oder Angehörigenebene angelegte Konflikte heraus.

Hemmende personelle und finanzielle Restriktionen, die in den untersuchten Heimen in unterschiedlicher Weise zum Tragen kommen, sind demnach vor allem begründet in

- unzureichenden Personalschlüsseln und (Re-)Finanzierungsbedingungen im Heimsektor
- personellen Engpässen und hohe Fehlzeiten des Personals (insbesondere in der Pflege aber auch im begleitenden sozialen Dienste)
- Personalfuktuation und Probleme der Rekrutierung qualifizierter Mitarbeiter*innen (generelle „Flaute“ auf dem „Pfleagemarkt“) sowie
- „Unsicherheit“ insbesondere jüngerer Mitarbeiter*innen im Umgang mit Sterbesituationen und der Interaktion mit den sterbenden Bewohner*innen und ihren Angehörigen.

Auf der Ebene der für die Palliativversorgung konstitutiven Kooperation und Vernetzung erwiesen sich als folgende Faktoren als hinderlich:

- schwierige Kooperation mit Hausärzt*innen der Bewohner*innen
- Missachtung von Willensbekundungen der Bewohner*innen durch die behandelnden Ärzt*innen
- fehlende „etablierte“ SAPV-Strukturen im direkten Umfeld.

Auf der **Ebene der Bewohner*innen und Angehörigen** werden von den interviewten professionellen Akteur*innen vor allem schwierige und konflikthafte familiäre Beziehungskonstellationen thematisiert. Analog werden als Beispiele für eine gelungene Sterbegleitung zumeist Sterbesituationen geschildert, in denen in den letzten Lebenstagen eine Aussprache ermöglicht wurde und eine Aussöhnung gelungen ist. Als auf der Betroffenen-ebene verortete Hemmnisse für eine gelingende Begleitung am Lebensende kristallisieren sich in der Analyse der Interviews in der Summe vorrangig die folgenden Faktoren heraus:

- (schwelende oder aufbrechende) familiäre Konflikte (auch angesichts des nahenden Todes keine Bereitschaft zur Kontaktaufnahme und Aussprache/Aussöhnung)
- Angehörige, die die Bewohner*innen nicht gehen lassen können/wollen und damit verbunden
- Missachtung von Willensbekundungen der Bewohner*innen durch Angehörige (oder der gesetzlichen Betreuer*innen).

3.2.4 Zwischenfazit zur Bedeutung der Verbandsinitiative

In der Analyse der qualitativen Fallstudien zeichnet sich ab, dass die Initiative des DWiN eine wertvolle Unterstützung für die Verankerung von Palliativkompetenz und die (Weiter-)Entwicklung einer Hospizkultur in den beteiligten Heimen darstellte. Zugleich zeigt sich, dass ein einmaliges Modellvorhaben für die nachhaltige Etablierung einer gelebten Hospizkultur in den Heimen Grenzen gesetzt sind. Auch deutet sich an, dass das Maß in dem die beteiligten Heime von dem Aufgreifen der Bildungsinitiative profitiert haben von internen und kontextbezogenen Rahmenbedingungen abhängt.

Das Angebot zur Schulung von Mitarbeiter*innen der unterschiedlichen Bereiche und Hierarchieebenen erwies sich in den folgenden Punkten als wertvolle Unterstützung für die Entwicklung einer Hospizkultur in den Heimen:

- es stärkte die Kompetenz und Handlungssicherheit in der Begleitung von Sterbenden und ihrer Angehörigen der teilnehmenden Mitarbeiter*innen
- geschulte Mitarbeiter*innen brachten und bringen sich oft weiterhin – im Sinn von Multiplikatoren – konstruktiv in die Weiterentwicklung und Umsetzung einer palliativen Praxis und einer Hospizkultur ein.
- die mit der Schulungsinitiative eingeleitete Verankerung von palliativem Basiswissen und Handlungskompetenz im Team ist essentiell für eine gelebte Hospizkultur
- das Schulungsprogramm unterstützte teilweise besonders in Verbindung mit Praxisreflexionstagen eine Konzeptentwicklung und –umsetzung in den Heimen.

Deutlich wurde indes auch, dass für eine nachhaltige Entwicklung einmalige Schulungen von Mitarbeiter*innen nicht ausreichend sind. Bereits die Entwicklungsdynamik in der Alten- und Palliativpflege auf personeller und fachlicher Ebene erfordern:

- die Arrondierung der durch die Schulungsinitiative des Trägerverbands herausgebildete palliative Basiskompetenz im Team durch Palliativfachkräfte mit einer entsprechenden spezialisierten Expertise des erreichten Entwicklungsstands von Palliativpflege und –medizin sowie
- kontinuierliche Qualifikationsangebote für die Nachschulung „neuer“ Mitarbeiter*innen und eine Auffrischung und Aktualisierung des Wissens bereits geschulter Mitarbeiter*innen.

3.3 Ergebnisse des Expert*innen–Forums

3.3.1 Teilnehmende Expert*innen und Verlauf der Diskussion

Neben Vertreter*innen des Projektförderers und –trägers konnten Leitungspersonen aus vier Einrichtungen der Langzeitpflege und ein Vertreter der Allgemeinmedizin mit Praxis- und Forschungserfahrung in der hausärztlichen Versorgung von Heimbewohner*innen, Mitglieder des Vorstands- bzw. der Geschäftsführung zentraler Pflegeverbände (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, e.V. (DBfK) des Deutschen Evangelischen Verbands für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)) sowie – teilweise in Personalunion – ausgewiesene Expert*innen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft und Palliativforschung (einschließlich der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)), des Landesstützpunktes für Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (LSHPN), des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum und der Nutzer*innen (je ein*e Vertreter*in eines kommunalen Seniorenbeirats und einer Selbsthilfegruppe Pflegenden Angehöriger) für die Teilnahme gewonnen werden. Insgesamt nahmen 15 Expert*innen an der Diskussion der auf der Synopse der Ergebnisse basierenden Thesen teil.

In der rund zweistündigen Diskussion zeigte sich, dass sich die Teilnehmer*innen teils sehr ausführlich im Vorfeld mit den Ergebnissen und Thesen auseinandergesetzt hatten, so dass insgesamt 63 Diskussionsbeiträge der Expert*innen ausgewertet und zusammengefasst werden konnten. Vorrangig wurden im eigenen Handlungsfeld gewonnene Erfahrungen berichtet, wobei sich teilweise auch auf andere Diskussionsteilnehmer*innen in Form von Ergänzungen bezogen wurde. Es gab wenig kontroverse Aspekte und keinen Widerspruch zu Argumenten.

3.3.2 Ergebnisse des Expert*innen–Forums

Zur ersten These, dass **eine breite Basisqualifikation und palliativpflegerische Fachexpertise notwendige, wenngleich nicht hinreichende Voraussetzungen für eine gelebte Hospizkultur im Heim sind**, wurden von den Diskussionsteilnehmer*innen 3 Aspekte identifiziert, die zur Qualifikation beitragen könnten.

Diese waren (1) die Stärkung des Themas bereits im Rahmen der generalistischen Ausbildung, in der zwar 240 Stunden im Curriculum für palliative Versorgung vorgesehen ist, der dazugehörige Praxiseinsatz aber freiwillig ist und nur 14 Tage umfasst. Umso mehr wurde hervorgehoben, dass den Einrichtungen der Altenpflege für die Ausbildung speziell bezogen auf die Begleitung am Lebensende eine zentrale Rolle zukommt. So sollte für Auszubildende die Begleitung am Lebensende als Übungsfeld/Praxisaufgaben angeboten und von qualifizierten Pflegemitarbeiter*innen begleitet werden:

„Und aus meiner Sicht hat hier die Praxis der stationären Langzeitpflege eine ganz große Aufgabe für die Auszubildenden, die bei ihnen direkt sind, also die auch den Vertiefungseinsatz dort machen, ist sehr gut vorstellbar, dass in dem Vertiefungseinsatz wirklich auch eine Praxisaufgabe in die Richtung geht. Denn in einem halben Jahr verstirbt dann sicher irgendjemand in einer Einrichtung. Und dass man da auch ein echtes Übungsfeld dann anbietet und das gut begleitet.“ (E5).

(2) Des Weiteren wurde die Wichtigkeit der bestehenden Fort- und Weiterbildungsangebote betont und zugleich hervorgehoben, dass diese noch weiter ausgebaut werden müssten. Dies bezog sich auf verschiedene Ebenen von Schulungsangeboten. Angefangen von Multiplikator*innen innerhalb der Einrichtungen, welche Erfahrungen und Wissen an andere Mitarbeiter*innen weitergeben:

„Vielleicht kann man auch auf der Ebene es irgendwie hinbekommen, dass ältere, erfahrene und sichere Pflegekräfte Jüngere in diesen Bereich [Begleitung am Lebensende] mit einbringen, einfühlen und auch ein bisschen begleiten, damit es da sozusagen auch in dem ganz basalen Umgang mit der Situation eine gewisse Erfahrungsweitergabe gibt.“ (E4)

Über breitangelegte Basisschulungen, insbesondere auch für nicht-pflegerisches Personal, als auch andere Konzepte zur Begleitung am Lebensende, wie u.a. die basale Stimulation, bis hin zu qualifizierten Palliativfachkräften gewünscht auf jedem Wohnbereich. Als Zentral stellte sich heraus, dass regelmäßige Auffrischungen und Reflexionen zur Sterbebegleitung erforderlich sind, um das Thema in den Einrichtungen aktuell und präsent zu halten:

„Wo sind die Reflexionsräume? Also eine Qualifikation in der Ausbildung oder [...] auch eine Basisqualifikation oder auch ein 160-Stunden-Kurs, das ist gut. Aber die Dinge verändern sich auch, sie werden weitergeführt, sie werden weiter erforscht. Wo gibt es die Möglichkeit, sich weiter zu qualifizieren, immer wieder auch in Kontakt zu bleiben mit diesem Thema? Und darüber eben auch zu reflektieren?“ (E8).

(3) Nicht zuletzt wurde angemahnt, dass Pflegefachkräfte und insbesondere auch spezialisierte Palliativpflegekräfte ihr Wissen und ihre Qualifikation verstärkt anwenden und einbringen können dürfen. Dies meint nicht zuletzt eine Kommunikation auf Augenhöhe und Entscheidungskompetenzen im Sinne von Delegation ärztlicher Leistungen:

„Und da war ein wichtiges Thema neben der Qualifikation, dass Pflegekräfte ja relativ viel, auch umfassend schon in ihrer Ausbildung lernen. [...] Sie dürfen es dann oft aber nicht anwenden. Also viele Sache, ich sage mal Stichwort Delegation ärztlicher Leistungen, also was dürfen Pflegekräfte auch medikamentös, auch in kleineren Sachen machen und was nicht? Wo brauchen sie Rückmeldung und wo dürfen sie ihre Qualifikation auch eigenverantwortlich einbringen? Und ich würde [...] mal dafür sensibilisieren, da hinzuschauen, wo sozusagen die Sachen, die zwar gelernt sind und an Kompetenzen vorhanden sind, vielleicht aufgrund der Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden können.“ (E4).

Im Rahmen der Diskussion der 2. These: **Strukturen und Prozesse müssen an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet sein, um eine würdevolle Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende und ihrer Angehörigen zu ermöglichen**, berichteten etliche Teilnehmer*innen von (1) konkreten Beispielen zur Umsetzung spezifischer Prozesse und Strukturen, wie Aufnahmedokumente, flexible Arbeitszeitmodelle, Einzelzimmer in der Sterbephase, Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen, Wünsche am Lebensende zu dokumentieren sowie Umsetzungsideen für GVP-Gesprächsbegleitungen. Aber auch (2) die Einführung bzw. Gestaltung von Gesprächsformaten, wie Fallbesprechungen, Palliativgespräche, ethischen Konfliktberatungen und Notfallplänen wurde als wesentliche Aspekte von Prozessen der Implementierung diskutiert, welche dann entsprechend dokumentiert werden müssen. Diese Etablierung entsprechender (Gesprächs-)Prozesse, setzen zugleich (3) tragfähige Strukturen der Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen, Apotheken, Krankenhäusern, Notfallmediziner*innen und Angehörigen voraus.

„Und ich glaube, das ist das Wichtige auch für alle, die dort arbeiten im stationären Bereich, dass auf jeden Fall die Kooperation mit den Angehörigen, natürlich in erster Linie mit dem Betroffenen, was die für Ideen

*und Wünsche haben, das gehört natürlich dazu, das ist selbstverständlich. Aber auch, dass die Ärzte mit-
eingebunden werden oder man es versuchen sollte zu tun.“ (E7)*

Als wesentlich wurden (4) die Personalsituation und eine entsprechende Vergütung angesprochen. Dabei wurde der grundsätzliche Fachkräftemangel und Mangel an Nachwuchs ebenso angesprochen, wie ein grundsätzlich fragliche Personalbemessungsgrenze und die Art des Einsatzes von Palliativfachkräften:

„Und das ist ja auch ein Problem dann, dass es ja in Qualitätsindikatoren auch vom MDK überhaupt nicht abgebildet ist, vor allen Dingen die Zeit, die Gespräche mit den Angehörigen, die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten haben ja auch einige geschrieben: Ja, nachts da habe ich die Zeit, mich mal eine Viertelstunde da hinzusetzen, und das ist es eben nicht. Also neben dem, was ja auch immer fehlt, Personal, qualifiziertem Personal, sind es ja auch so diese Punkte, die bearbeitet werden können.“ (E3)

Die Sicherstellung einer palliativen Begleitung im Heim erfordert eine Optimierung der haus- und notärztlichen Versorgung der Bewohner*innen und der Einbindung der SAPV (These 3) wurde sehr kritisch in Hinblick auf die Kooperation mit Hausärzt*innen diskutiert. Neben punktuellen positiven Beispielen der Zusammenarbeit wird immer wieder betont, dass es wichtig ist, Konzepte zu entwickeln, die unabhängig von der Belastung, Qualifikation, dem Mangel und der Laune der Hausärzt*innen die Versorgung im Heim sicherstellen. Die freie Arztwahl und damit eine große Anzahl von Hausärzt*innen, mit den Einrichtungen zusammenarbeiten müssen, wird als herausfordernd angesehen. Hier wurden fest angestellte heimversorgende Ärzt*innen, der Einsatz von VERAH´s (Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis) und Kooperationsvereinbarungen mit Hausärzt*innen als gelingende Modelle angesprochen:

*„... also da kommen einem natürlich Gedanken, [...] warum ist das offenbar so ein positiver Einzelfall, von dem wir hören, wo so was funktionieren kann, aber offenbar nicht in die Breite geht? Sondern eher dann, [...] man muss möglichst viel um die Ärzte drum herum arbeiten, um dann irgendwie vielleicht Glück zu haben, dass dann doch jemand mal ins Heim kommt, ja? Also das ist auch der Duktus seit [...] zwanzig Jahren hat sich da wenig geändert. Jetzt haben wir noch weniger Ärzte. Dann geht man auf diese Begründung zurück. Aber im Grunde war es auch, als wir noch mehr Ärzte hatten, auch nicht viel besser. Das muss man ja leider so sagen. Und ich frage mich auch, ob man auch in diesem Bereich mehr von Haltung sprechen muss. Offenbar teilen diese Haltung, die Sie [andere Diskussionsteilnehmer*in] an den Tag legen, [...] wird offenbar von den Kolleginnen und Kollegen leider in der Breite nicht geteilt, ne? Und das finde ich wirklich schwierig. Und ich frage mich, ob man nicht auch an der Stelle einen Hebel ansetzen könnte. Ich meine, [...] dass wir auch wirklich gut qualifizierte Pflegefachpersonen in den stationären Langzeiteinrichtungen brauchen. Nicht nur sicherlich, um einen guten Ansprechpartner zu liefern. Das auch. Aber auch wirklich um eine gute Versorgung zu haben.“ (E6)*

Insbesondere die Stärkung vorhandener Kompetenzen der Pflegekräfte in ihren Befugnissen und Rechten in Altenpflegeeinrichtungen sahen die Forumsteilnehmer*innen mehrheitlich als zu verändernden Aspekt an. Zum einen, da Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation Palliative Care angestellt in Hospizen andere Befugnisse haben und ihnen mehr Kompetenzen zugesprochen werden, als Pflegefachkräften mit einer Zusatzqualifikation Palliative Care angestellt in Altenpflegeeinrichtungen. Dies spiegelte sich u.a. auch in der Arbeitsbelastung (Personalbemessungsgrenze) und Finanzierung wider, obwohl beide dieselbe Qualifikation haben:

„Ich möchte gern nochmal ein Statement abgeben, weil ich finde, wir haben in unseren Pflegeeinrichtungen wirklich gut qualifizierte Mitarbeiter. Wenn man das aber mit einem Hospiz vergleicht, dann muss man sagen, im Hospiz wird die Qualifikation immer anerkannt und die Mitarbeiter dort, das sind genauso Altenpflegefachkräfte, Krankenschwestern, denen traut man mehr zu im Umgang mit Medikamenten, im

Umgang mit den Ärzten als in Pflegeeinrichtungen. [...]. Und das verstehe ich einfach nicht. Weil die Qualifikation ist die gleiche. Aber man sagt, wer im Hospiz arbeitet, ist automatisch besser qualifiziert, weil er im Hospiz arbeitet. Und kann mehr und darf mehr. Und der Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung, der, ja, der muss jedes Mal auch für ein Paracetamol oder ein anderes Medikament nachfragen.“ (E1)

Zur Erreichung der Forderung der These 4: **Die (frühzeitige) Einbindung von ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen kann eine sinnvolle Unterstützung im Prozess der Sterbegleitung darstellen, so dass eine gute Kooperation entwickelt bzw. ausgebaut werden sollte**, wurde zwei wesentliche Aspekte von den Expert*innen angesprochen. Dies war zum einen die gegenseitige Wahrnehmung und Wertschätzung der Unterschiede und geleisteten und zu leistenden Arbeit in der Kommunikation:

„Dazu gehört auch eine gegenseitige Wahrnehmung erstmal auch der Unterschiede in den Strukturen der Einrichtungen. Also eine Altenpflegeeinrichtung kann kein Hospiz sein. Wie umgekehrt ein Hospiz eben keine Altenpflegeeinrichtung ist. Das macht sich an vielen Punkten fest. ... Man kann nicht aus der Hospizarbeit heraus sagen: ‚Wir zeigen euch jetzt, wie man das macht.‘ Das wird nicht funktionieren. Das heißt, hier werden einige Modifikationen notwendig sein, um hier gemeinsam in einen Prozess reinzukommen, [...] Kommunikationsprozesse auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Frühes Kennenlernen, frühes Zusammenarbeiten und wirklich viel Wahrnehmung der gegenseitigen Arbeit, um dann in einen gemeinsamen Prozess hineinzukommen.“ (E8)

Aufbauen darauf wurden vielfältige Ideen entwickelt, wie frühzeitig eine wertschätzende Zusammenarbeit entstehen könne. Hier wurde die frühzeitige Verschränkung der Kontakte zwischen Hospizdiensten und Altenpflegeeinrichtungen in Form von niederschweligen Begegnungsräumen (gegenseitige Treffen, Feste, Infoabende, Sprechzeiten, Fortbildungen) aber auch die frühzeitige Kontaktaufnahme zu Bewohner*innen und Angehörigen z.B. durch Flyer der Hospizdienste in Begrüßungsmappen für Bewohner*innen oder Teilnahme an Bewohnerbesprechungen, besprochen. Einig waren sich alle, dass die Einbindung von Ehrenamtlichen als Ressource für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen zu sehen ist.

Abschließend sollten die Diskussionsteilnehmer*innen alle diskutierten Aspekte für sich nochmal priorisieren. Dabei wurden insgesamt 12 Aspekte genannt (von einmalig bis achtmal). Es kristallisierten sich 3 Positionen heraus, die jeweils 8 bzw. 6 Mal genannt wurden. Demnach bedarf es:

1. der Anerkennung der Kompetenzen von Pflegefachkräften sowohl im Sinne der Wertschätzung bestehender Kompetenzen als auch im Sinne von Delegation ärztlicher Leistungen,
2. struktureller Veränderungen des Gesundheitswesens zur Verbesserung der zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen der Versorgung am Lebensende in der stationären Langzeitpflege und
3. einer Aus-, Fort- und Weiterbildungskultur sowohl in der Breite als auch in der Tiefe mit kontinuierlicher Auffrischung und Reflexion.

4 Diskussion der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

4.1 Synopse und Diskussion der Ergebnisse

Ziel der Ist-Analyse war es, auf der Basis der quantitativen und der qualitativen Teilstudien Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob und inwieweit durch die Fortbildungsinitiative DWiN eine nachhaltige Förderung der Palliativkompetenz und die Verankerung einer Hospizkultur in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe unterstützt. Ferner galt es hemmende und fördernde Faktoren einer nachhaltigen Implementierung zu ergründen, um darauf aufbauend empirisch begründete Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

In der Summe betrachtet lassen Ergebnisse der Befragung der unterschiedlichen Akteursgruppen in den Heimen darauf schließen, dass in den Einrichtungen, die sich an der Studie beteiligt haben, der Palliativkompetenz und Hospizkultur insgesamt ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Insbesondere auf Leitungsebene zeichnet sich in den Befragungsergebnissen eine ausgesprochen positive (Selbst-)Einschätzung der etablierten Palliativkompetenz und Hospizkultur in den von ihnen geleiteten Einrichtungen ab. Während in den qualitativen Fallstudien auch von Leitungsseite durchaus Hemmnisse der Implementierung thematisiert wurden. Sowohl die Ergebnisse der Analyse der von den Leitungen übermittelten Strukturdaten und der Versorgungsdaten im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen als auch die Ergebnisse der Befragungen der Mitarbeiter*innen und Angehörigen lassen im Ansatz bezogen auf Indikatoren der Palliativversorgung und Hospizkultur (Pasman et al. 2009; Radbruch et al. 2015; Froggatt et al. 2020) zwischen den Heimen, die das Fortbildungsangebot für Mitarbeitende genutzt bzw. nicht genutzt haben, Unterschiede erkennen, die für eine Stärkung der Palliativkompetenz unter den Mitarbeitenden in den bewohnernahen Bereichen und eines palliativen Ansatzes in der Versorgung am Lebensende durch die Schulungsinitiative zur „Palliativen Praxis“ sprechen.

Stärkung einer nachhaltigen Fortbildungskultur mit palliativ-hospizlichem Fokus

In den Einrichtungen, die die DWiN-Schulungsinitiative genutzt haben, hat ein deutlich höherer Anteil der Mitarbeitenden einen Basiskurs zur palliativen Praxis absolviert (37,8% vs. 5,7%). Die Schulung von Mitarbeiter*innen wird in der Literatur immer wieder gefordert und als grundlegender Aspekt der Implementierung von Hospizkultur in Altenpflegeeinrichtungen gewertet (George 2015, Strautmann et al. 2020, Froggatt et al. 2020), wobei sie eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung darstellt und isolierte Maßnahmen zur Implementierung von neuen Prozessen in Einrichtungen nicht ausreichen, um diese auf Dauer zustellen (Aarons et al. 2011). Vielmehr wird ein umfassendes Paket an Implementierungsstrategien benötigt (Moore et al. 2020).

Die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeitenden deuten ferner daraufhin, dass in Heimen, welche die DWiN-Fortbildungsinitiative genutzt haben, Freiräume für die Umset-

zung des Palliative Care Konzepts der Einrichtung und tendenziell auch die Teilnahmemöglichkeiten und Umsetzung der Inhalte entsprechender Fortbildungen aus Sicht der Mitarbeiter*innen eher gegeben werden als in Einrichtungen, die die Schulungsinitiative (bisher) nicht aufgegriffen haben. Die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie unterstreichen, dass die Schulungsinitiative eine wertvolle Unterstützung für die Verankerung von Palliativkompetenz und die (Weiter-)Entwicklung einer Hospizkultur in den beteiligten Heimen darstellte. Zugleich zeigt sich, dass die Wirksamkeit einmaliger Schulungsprogramme in Institutionen bereits auf der Ebene der Verankerung von Fachexpertise begrenzt ist. Sie erfordert kontinuierliche Fortbildungsprogramme sowohl zur Nachschulung neuer Mitarbeiter*innen als auch zur Aktualisierung des Wissensbestands (vgl. auch Schneider et al. 2018).

Begleitung von Bewohner*innen und Angehörigen

Die Begleitung von Bewohner*innen und Angehörigen in der Sterbephase wurde von Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen in der quantitativen Befragung positiv eingestuft. Allerdings wurden insbesondere die Rahmenbedingungen, wie Freiräume für die Umsetzung palliativer Versorgungskonzepte und die Kooperation mit externen Partner*innen im Kontext der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen (z.B. mit Hausärzt*innen, Hospiz- und SAPV-Diensten) seitens der Mitarbeiter*innen verhaltener eingeschätzt. In den qualitativen Fallstudien wurden sowohl von Leitungsseite als auch von den Mitarbeitenden in unzureichenden Rahmenbedingungen begründete Grenzen der Umsetzung reflektiert. Eine Diskrepanz zwischen der Beurteilung bestehender Strukturen und der praktischen Umsetzung zeigte sich auch in anderen Studien (Schneider et al. 2018). Zugleich unterstreichen die Angaben der befragten Mitarbeiter*innen, dass die Begleitung sterbender Bewohner*innen im Arbeitsalltag durchweg präsent ist: Mit durchschnittlich zehn Todesfällen im letzten Jahr, darunter jeweils sechs bis sieben Bewohner*innen, bei denen eine Palliativsituation vorlag, sahen sich die Mitarbeiter*innen in den bewohnernahen Bereichen nahezu monatlich mit einem Todesfall konfrontiert und jeden zweiten Monat gefordert, Bewohner*innen und deren Angehörige in Palliativsituationen zu begleiten.

Eine betont positive Einschätzung der Versorgung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase und der Angehörigenbegleitung zeichnet sich gleichfalls in den Ergebnissen der Befragung der hinterbliebenen Angehörigen ab. Deutlich wurde ferner, dass von Angehörigenseite die pflegerische Unterstützung rückblickend im Vergleich zu der ärztlichen Betreuung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase positiver eingestuft wurde. Eine positivere Einschätzung der pflegerischen gegenüber der ärztlichen Betreuung am Lebensende zeichnete sich auch in einer landesweiten Befragung hinterbliebener Angehöriger in Rheinland-Pfalz ab, und zwar unabhängig von dem jeweiligen Versorgungssetting, bzw. Sterbeort (Escobar Pinzón et al. 2010, S.4).

Holistischer Ansatz und Multiprofessionalität

Die Versorgungsdaten der verstorbenen Bewohner*innen lassen eine stärker ausgeprägte multiprofessionelle und holistische Versorgungspraxis in den Heimen erkennen, die sich an dem DWiN-Projekt beteiligt haben.

Mit Blick auf den in der palliativen Versorgung zentralen **holistischen Ansatz** zeigte sich anhand der Analyse der Routinedaten, dass die Bewohner*innen in diesen Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative des DWiN aufgegriffen hatten, häufiger seelsorgerisch und psychologisch mitbetreut wurden. Dies deutet auf eine stärkere Berücksichtigung komplexer soziopsychosomatischer und spiritueller Problemlagen bzw. Unterstützungsbedürfnisse der Betroffenen hin. Auch in der Befragung der hinterbliebenen Angehörigen gaben die Befragten aus Einrichtungen, die sich an der Schulungsinitiative beteiligten, signifikant häufiger an, dass die Bewohner*innen „immer/meist“ hilfreiche Unterstützung in spirituellen und existenziellen Fragen erhielten (14% vs. 7%). Demgegenüber stand in den Heimen, die nicht an dem Modellprojekt teilgenommen haben, die Begleitung durch Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Physiotherapie stärker im Vordergrund. In den Heimen, die das DWiN-Schulungsangebot zur „Palliativen Praxis“ für die Mitarbeitenden nicht genutzt haben, lassen die dokumentierten Versorgungsdaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen auf eine stärkere Akzentuierung des in der Altenpflege und Geriatrie in der Versorgung genutzten aktivierenden Ansatzes in der Versorgungspraxis schließen. In den qualitativen Fallstudien wird hingegen die Einbindung therapeutischer Berufsgruppen in die Versorgung von Bewohner*innen eher am Rande berührt. Zugleich wird zwar betont, dass in den Einrichtungen eine seelsorgerische Begleitung angeboten wird, die diesbezüglichen Aussagen bleiben jedoch auf der Oberfläche. Tiefergehende Reflektion existenzieller Bedürfnisse der Bewohner*innen und ihrer Angehörigen und zur Bedeutung einer spirituellen Begleitung werden weder von den professionellen Akteur*innen noch von den Bewohner*innen und den Angehörigen zum Ausdruck gebracht.

Analog zur Selbsteinschätzung der Versorgungspraxis durch die befragten professionellen Akteur*innen und der Analyse der Routinedaten deuten auch die Ergebnisse der Angehörigenbefragung darauf hin, dass in den Heimen, die die DWiN-Schulungsinitiative zur Palliativen Praxis aufgegriffen haben, ein holistischer Ansatz, der körperliche, psychosoziale und spirituelle Aspekte häufiger berücksichtigt und in der Begleitung der Bewohner*innen konsequenter praktiziert wird.

Vernetzung mit Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung

Eine Kooperation mit Institutionen der Hospiz- und Palliativversorgung im Rahmen der Betreuung von Bewohner*innen am Lebensende scheint nach den Angaben der Leitungspersonen wie auch der Mitarbeiter*innen und Angehörigen in den an der Studie beteiligten Heimen eine etablierte Praxis zu sein. Sie wird in der quantitativen Studie von den Befragten jeweils vergleichsweise positiv eingestuft. Hier zeichnet sich aus Leitung- und Angehörigensicht mit Blick auf die Qualität der Kooperation eine etwas positivere

Einschätzung durch die Befragten der Einrichtungen ab, die die Fortbildungsinitiative des DWiN genutzt haben. Auf der Ebene der Mitarbeitenden werden die kooperativen Bezüge hingegen von den Befragungsteilnehmer*innen aus den Einrichtungen, die nicht an Schulungsinitiative teilgenommen haben, häufiger positiv eingeschätzt. Die Analyse der Routinedaten der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen zeigte, dass ehrenamtliche Hospizhelfer*innen in den Einrichtungen, die die Fortbildungsinitiative aufgegriffen haben, häufiger in die Begleitung von Bewohner*innen am Lebensende eingebunden worden waren (16% vs. 9%). Aus Sicht der hinterbliebenen Angehörigen war der Anteil ähnlich (16% vs. 7%). Die Begleitung durch Ehrenamtliche eines Hospizvereins erstreckte sich den Angaben der Angehörigen zufolge im Durchschnitt über einen Zeitraum von 10,6 Wochen (SD 10,0). Vorangegangene Studien zeigten ebenfalls, dass die formalen Strukturen der Kooperation mit Hospizdiensten in Einrichtungen der Altenhilfe vorhanden sind, aber die praktische Umsetzung und Nutzung der Ressource durchaus auch kritisch gesehen wird (Schneider et al. 2018). Die Ergebnisse der quantitativen Studie deuten darauf hin, dass Hospizdienste jeweils in Einrichtungen in städtischen Regionen, bei weiblichen und Bewohner*innen mit Krebserkrankungen häufiger hinzugezogen wurden. Vorliegende Forschungsbefunde lassen darauf schließen, dass der Einbezug von Hospizdiensten generell zu einer Verbesserung der palliativen Versorgung aller Bewohner*innen führen kann (Candy et al. 2011, Frewer-Graumann & Teichmüller 2021).

In den in die qualitative Teilstudie einbezogenen Heimen besteht zumeist eine eingespielte Kooperation mit regionalen Hospizvereinen bzw. mit Besuchsdiensten der Kirchengemeinden, in denen sich auch geschulte ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiter*innen engagieren. Als förderlich erwies sich hier, dass an den Standorten der Heime jeweils Hospizvereine verankert sind. Deutlich wird, dass die Begleitung sterbender Bewohner*innen „heimintern“ von den Pflegenden im Verbund mit den Betreuungskräften der Wohnbereiche getragen wird. Die Integration einer Sterbebegleitung in den Heimalltag jedoch auch angesichts der oft angespannten Personalsituation schwierig ist bzw. nur sehr bedingt geleistet werden kann. Die Einbeziehung der Hospizdienste wird daher von professioneller Seite nahezu durchgängig als „große Stütze“ und Entlastung betrachtet. Insbesondere dann, wenn eine frühzeitige Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen in die Begleitung der Bewohner*innen gelingt, werden sie in den professionellen Akteur*innen in den Heimen als wichtiger Baustein der Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen erachtet. Deutlich wird jedoch zugleich, dass insbesondere Pflegefachkräfte ihre Rolle zunehmend auf die Organisation und somatische Aspekte der Versorgung reduziert sehen und sich mehr Raum für die Begleitung sterbender Bewohner*innen wünschen würden (zu Herausforderungen der Kooperation mit Hospizdiensten siehe auch Schwenk 2017).

In der Einbeziehung von SAPV-Diensten in die Versorgung waren kaum Unterschiede anhand der Analyse der Routinedaten feststellbar (6,3% vs. 6,5%). Etwas anders stellt

sich das Bild aus Sicht der befragten Hinterbliebenen insbesondere bezogen auf die SAPV dar: Demnach wurde jede bzw. jeder Fünfte Bewohner*in (22% vs. 11%) durch einen SAPV-Dienst mitbetreut (insgesamt 18,1%) und zwar durchschnittlich über 10 Wochen (SD 15,29). Der geschätzte Bedarf von SAPV liegt bei ca. 20% (Radbruch et al. 2009). Nach den Ergebnissen des Faktenchecks Palliativversorgung erhielten 5% aller Verstorbenen in Niedersachsen im Zeitraum von 2010–2014 SAPV (Radbruch et al. 2015). Aktuellere Vergleichsdaten von 2016/17 zeigten, dass 9% aller verstorbenen AOK-Versicherten in Niedersachsen SAPV im letzten Lebensjahr erhielten (von Baal et al. 2020). Wie in vorangegangenen Studien (Radbruch et al. 2015) deuten die Ergebnisse der Analyse der Routinedaten und der Angehörigenbefragung darauf hin, dass vornehmlich Bewohner*innen mit onkologischen Erkrankungen SAPV erhalten und der Zugang für Bewohner*innen mit lebenslimitierenden nicht onkologischen Erkrankungen zur SAPV auch in Altenpflegeeinrichtungen weiterhin erschwert sein könnte. In Anbetracht der Altersstruktur und der Anzahl multimorbider Bewohner*innen in den Altenpflegeeinrichtungen und der Schätzung der Mitarbeiter*innen an palliativen Sterbefällen (vgl. Kapitel 3.1.3) müsste grundsätzlich von einem deutlich höheren Bedarf an SAPV-Begleitungen ausgegangen werden.

Die Zusammenarbeit und Kooperation mit heimversorgenden Hausärzt*innen scheint weiterhin ein kritischer Punkt zu sein. So deuten sowohl die Ergebnisse der befragten Hinterbliebenen als auch die der befragten Mitarbeiter*innen der Altenpflegeeinrichtungen darauf hin, dass sowohl die Versorgung der Bewohner*innen durch die Hausärzt*innen nicht immer optimal ist (geringere Zufriedenheit mit Erreichbarkeit und Zeit sowohl für die Bewohner*innen als auch für Angehörige, siehe hierzu im Detail Kapitel 3.1.4) als auch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter*innen sich teilweise schwierig gestaltet. So gaben lediglich 50% der befragten Mitarbeiter*innen an, dass Hausärzt*innen genügend Zeit für die Bewohner*innen am Lebensende haben. Zudem wird in den Freitextangaben die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen mit palliativmedizinischer Zusatzqualifikation besonders positiv hervorgehoben.

Die Ergebnisse der qualitativen Fallstudien verdeutlichen, dass die Sicherstellung einer palliativen Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase im Heim eine optimierte haus- und notärztliche Versorgung der Bewohner*innen und die bedarfsweise Einbindung der SAPV erfordert. Palliativmedizinische Kompetenz in der ärztlichen Betreuung und eine zeitnahe Abstimmung sind in Palliativsituationen am Lebensende essenziell. Wie die Aussagen der interviewten professionellen Akteur*innen unterstreichen sind in der stationären Langzeitversorgung aus Sicht der Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes heimversorgende Hausärzt*innen mit einer palliativmedizinischen Zusatzqualifikation ideal. Allerdings wird in den Aussagen der interviewten Pflegefachkräfte auch deutlich, dass diese Hausärzt*innen zwar in der Regel im Rahmen der Betreuung von Bewohner*innen in Palliativsituationen zumeist auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten

und am Wochenende erreichbar sind, eine rund-um-die-Uhr Betreuung von ihnen jedoch neben dem Praxisbetrieb nicht gewährleistet werden kann.

Fragliche Krankeneinweisungen von Bewohner*innen am Lebensende erfolgen nach dem Bekunden der Pflegenden in den qualitativen Interviews vor allem, wenn in palliativen Notfallsituation Ärzt*innen eingeschaltet werden (müssen), die mit der Situation der Bewohner*innen nicht vertraut sind, d.h. wenn die Urlaubsvertretung der behandelnden Hausärzt*innen oder der hausärztliche Notdienst außerhalb der Praxisöffnungszeiten hinzugezogen wird. Schneider et al. (2018) verweisen in diesem Kontext in ihrer Studie zum „Sterben zu Hause im Heim auf die „Definitionsmacht“ der Hausärzt*innen in der Primärversorgung: *„Allein schon qua Professionsstatus und aus rechtlichen Gründen hat der Hausarzt Definitionsmacht. Ihm wird die fachliche Kompetenz zugeschrieben, den Zustand des Bewohners adäquat einschätzen und beurteilen zu können.“* (ebd. S. 89). Was von Pflegekräften kritisch gesehen wird, die die Bewohner*innen fast täglich mehrerer Stunden sehen. Auch stehen die Mitarbeiter*innen der Altenpflegeeinrichtungen vor der Herausforderung, oft mit vielen behandelnden Hausärzt*innen kooperieren zu müssen, da die Bewohner*innen das Recht auf freie Ärzt*innenwahl haben und davon auch Gebrauch machen. Auch ein möglicher Wechsel zu Kooperationsärzt*innen der Einrichtung wird unter Kolleg*innen teils kritisch gesehen, wie im Expert*innenforum deutlich wurde. Ähnliche Probleme des Zeitmangels, geringer Wertschätzung, Kooperation und die Alternativen des Hausarztwechsels oder Krankeneinweisungen wurden auch von Schneider et al (2018, S. 113ff) beschrieben. In einer auf multidisziplinären Fokusgruppen beruhenden qualitativen Studie kristallisierten sich als Faktoren, die das Notfallmanagement im Heim behindern, eine unzureichende Kommunikation zwischen den Akteur*innen und Unsicherheit sowie fehlende Patientenverfügungen und Arbeitsverdichtung in der Pflege heraus (Poek et al. 2021).

Die Möglichkeit zur Einbindung der SAPV wird von Pflegekräften daher vor allem wertgeschätzt, da über das SAPV-Team auch ärztliche Ansprechpartner*innen mit einem palliativmedizinischen Hintergrund erreichbar sind. Da die Einbindung der SAPV eine ärztliche Verordnung voraussetzt, scheitert dies nach dem Bekunden der Befragten jedoch teilweise an Vorbehalten der behandelnden Hausärzt*innen und „Kompetenzgerangel“ der die Primärversorgung tragenden Hausärzt*innen und der im Bereich der SAPV engagierten Palliativmediziner*innen.

Sicherstellung der Wahrung und Achtung des Selbstbestimmungsrechts der Bewohner*innen und vorausschauende Versorgungsplanung

Weniger eindeutig ist das Bild, das sich mit Blick auf die Ermittlung, Dokumentation und Beachtung der Wünsche und Präferenzen der Bewohner*innen abzeichnet. Die Wahrung von Autonomie und Selbstbestimmung ist eine der zentralen Handlungsmaximen in der Hospiz- und Palliativversorgung (Radbruch et al 2009, S. 283). In diesem Kontext steht die von gesundheitspolitischer Seite betonte Bedeutung der Etablierung einer vorausschauenden Versorgungsplanung in der stationären Langzeitpflege (vgl. auch das HPG

2015). Nach den Angaben der Heimleitungen lag bei 71,1% der verstorbenen Bewohner*innen eine dokumentierte Willensbekundung vor. Bei einem Vergleich der Heime, die an der Schulungsinitiative des DWiN teilgenommen bzw. nicht teilgenommen haben, zeigt sich, dass dies in den nicht an dem DWiN Projekt beteiligten Heimen häufiger der Fall war (78,7% vs. 67,8%). Zugleich wurden in diesen Heimen nach den Angaben der Heimleitungen den Bewohner*innen häufiger Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (GVP) angeboten (38,0% vs. 24,7%), während in der Angehörigenbefragung Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung von den befragten Hinterbliebenen verstorbener Bewohner*innen häufiger genannt wurden, die in einem Heim gelebt hatten, das das DWiN-Schulungsangebot genutzt hatte. Insgesamt sind die Angaben zur Gesprächsangeboten vergleichbar mit früheren Studien, wo GVP zu 25% immer und zu 40% bei Bedarf angeboten wurde (Schneider et al. 2018). Zudem zeigten die Routinedaten der verstorbenen Bewohner*innen, dass 18% der Bewohner*innen (21% vs. 9%) Vorsorgegespräche abgelehnt haben. Dies zeigt, dass nicht jede*r Bewohner*in über die Versorgung am Lebensende sprechen möchte, was andere Studien ebenfalls belegen (Bollig et al. 2016, van Oorschot et al. 2019).

Insgesamt erscheint der Anteil der Bewohner*innen mit einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung (70,5% und 79,2%) in den untersuchten Heimen vergleichsweise hoch. In der von Kahlich (2018) von Februar 2009 bis Februar 2010 durchgeführten Befragung unter 441 Bewohner*innen in Altenpflegeheimen im Raum Leipzig lag der Anteil bei 32,6%. Auch im Vergleich zu dem in einer der Bevölkerungsumfrage unter der Gruppe der über 60-Jährigen ermittelten Anteil von 44% (Statista 2014). Verglichen mit den Studienbefunden von Kahlich (2018) erscheint der Anteil in den an der Studie beteiligten Heimen des DWiN ausgesprochen hoch. Die Ergebnisse sprechen für eine gute institutionelle Praxis der Ermittlung des Bewohnerwillens.

Ferner deuten die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass in den an der Studie beteiligten Heimen in der Versorgungspraxis ein besonderer Akzent auf der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Bewohner*innen gelegt wird. Nach den Angaben der Hinterbliebenen wurde in 81,2% den Wünschen ihrer Angehörigen am Lebensende auch entsprochen. In den Heimen, die nicht an der DWiN-Schulungsinitiative teilgenommen haben, wurde nach Einschätzung der Hinterbliebenen den Wünschen und Präferenzen der Bewohner*innen am Lebensende etwas häufiger entsprochen, wobei die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind. Die Analyse der Routinedaten verstorbener Bewohner*innen des Jahres 2019 zeigen, dass, wenn ein Wunsch auf Verzicht lebensverlängernder Maßnahmen geäußert wurde, diesem auch zu 96% entsprochen wurde. Dabei zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Heimen, die Schulungsinitiative aufgegriffen und den Heimen, die nicht daran teilgenommen haben. Die Ergebnisse der qualitativen Studie zeigen, dass aus Sicht der Mitarbeitenden der Wohnbereiche die Nicht-Berücksichtigung des Willens der Bewohner*innen oft darin begründet ist, dass Angehörige „nicht loslassen“ und sich insbesondere gesetzliche Betreuer*innen darüber hinwegsetzen.

Krankenhauseinweisungen in der letzten Lebensphase und Sterbeort

Die Ergebnisse der Analyse der Routinedaten deuten darauf hin, dass in den Einrichtungen, die die DWiN-Schulungsinitiative genutzt haben, Krankenhauseinweisungen in der letzten Lebensphase zurückhaltender erfolgten als in den Heimen, die die Initiative nicht genutzt haben (rd. 40,1% vs. 55,6%). Damit korrespondiert ein höherer Anteil der im Jahr 2019 im Heim verstorbenen Bewohner*innen (87,0% vs. 81,8%). Der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Bewohner*innen lag insgesamt mit knapp 20% deutlich unter dem in einer Studie auf der Basis von Routinedaten der AOK Gesundheitskasse Bremen/Bremerhaven ermittelten Anteil von 29,5% (Hoffmann & Allers 2021, vgl. auch Allers et al. 2019). Aktuellere Daten von Pflegeheimbewohner*innen in Braunschweig verweisen sogar auf einen Anteil von 46%, die im Krankenhaus verstorben sind (Günther et al. 2019). In der deutschlandweiten Studie „Sterben zuhause im Heim“ lag der Anteil an im Krankenhaus verstorbenen Heimbewohner*innen bei 25% (Schneider et al. 2018). Zudem konnte auch hier gezeigt werden, dass sowohl in Einrichtungen unter der Trägerschaft der Diakonie als auch in Einrichtungen, die an einem Implementierungsprojekt zur palliativen Versorgung teilnahmen, deutlich weniger Bewohner*innen im Krankenhaus verstarben (Schneider et al. 2018).

Abschieds- und Trauerkultur

Die Begleitung und Unterstützung, die befragte Angehörige verstorbenen Bewohner*innen im Heim erhielten, wurde von ihnen sehr positiv bewertet. Die überwiegende Anzahl der befragten Angehörigen signalisierte, sich im Rahmen der Sterbebegleitung unterstützt und in der Trauerphase von den Mitarbeitenden aufgehoben gefühlt zu haben (80,8% bzw. 82,9%). Informationen zu Hilfsangeboten, wie z.B. Trauergruppen wurden für die Angehörigen seltener bereitgestellt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die diese gewünscht hätten, gab an, keine entsprechenden Informationen erhalten zu haben (54,6%). Zugleich signalisierten über ein Drittel der Befragten, dass sie diese auch nicht gewünscht hätten. Auch hinsichtlich der Begleitung in der Sterbe- und Trauerphase zeichnete sich jeweils eine etwas positivere Einschätzung der Begleitung und Unterstützung in der Gruppe der Angehörigen von verstorbenen Bewohner*innen ab, die in Heimen gelebt hatten, die die DWiN-Fortbildungsinitiative zur „Palliativen Praxis“ genutzt hatten. So deutet sich hier mehrfach an, dass in Einrichtungen, die sich an der Schulungsinitiative des DWiN beteiligten nach Angaben der hinterbliebenen Angehörigen die Unterstützung positiver wahrgenommen wurde (Angehörige wurden rechtzeitig über das baldige Ableben informiert. Die Befragten fühlten sich in der Zeit vor und nach dem Versterben ihrer Angehörigen von Heimmitarbeiter*innen aufgefangen. Die Angehörigen erhielten Informationen zu Hilfsangeboten der Trauerverarbeitung (s. im Detail auch Anhang B3.3).

Ebenso schätzt die Mehrzahl der befragten Leitungspersonen die in ihrem Heim gelebte Abschieds- und Trauerkultur positiv ein. Nach den Angaben der Mehrzahl der Befragten besteht in den Einrichtungen zumeist die Möglichkeit zur Ausrichtung von Trauerfeiern

(n=15/83%) und kulturspezifischen Abschiedsritualen (n=14/78%). Dies wird u.a. auch in der deutschlandweiten Studien *Sterben im Heim* berichtet, dass es ein vielfältiges Spektrum an Trauerritualen in den Einrichtungen bestehen (Schneider et al. 2018), was sich ebenso in den qualitativen Fallstudien widerspiegelt. Ein Abschiednehmen von verstorbenen Bewohner*innen wird in den Heimen aus Leitungssicht Angehörigen, Mitarbeiter*innen und Mitbewohner*innen zumeist ermöglicht. Dies bestätigen die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung. Aus Sicht der überwiegenden Anzahl der befragten Mitarbeiter*innen besteht für die Angehörigen die Möglichkeit sich von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden (89%) und nach den Angaben von gut zwei Dritteln der Befragten wird dies zumeist auch den Mitbewohner*innen ermöglicht. Auch die Ergebnisse der qualitativen Fallstudien zeigen, dass in den einbezogenen Einrichtungen ein besonderer Akzent auf der Entwicklung von Symbolen und von Abschiedsritualen lag (zur Bedeutung von Ritualen vgl. Schneider et al. 2018).

Prekäre Personalsituation, zeitliche Restriktionen und unzureichende Finanzierungsstrukturen

Sowohl von den Angehörigen als auch von Mitarbeitenden der Wohnbereiche und den Leitungspersonen wird in den Freitextangaben der quantitativen Befragung und ebenso in den qualitativen Interviews nahezu durchgängig als kritischer Punkt der Begleitung am Lebensende auf den Faktor Zeit verwiesen. Damit korrespondiert die für die Begleitung der Bewohner*innen und ihrer Angehörigen unzureichende personelle Ausstattung und mangelnde Refinanzierung der Sterbebegleitung und Angehörigenarbeit in der stationären Langzeitpflege, wie es mit unterschiedlicher Akzentsetzung auch in den qualitativen Interviews von Leitungspersonen und Mitarbeitenden der Wohnbereich thematisiert wird.

Vor allem die Zeit für die Gespräche und die Begleitung der Angehörigen wird nicht angerechnet, was mit Nichten ein aktuelles Problem darstellt. So verweisen u.a. auch Schneider et al. (2018) auf das Dilemma, dass die Pflege sich die Zeit wünscht, die Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende realisieren zu können, dies aber häufig aus Zeitgründen den Mitarbeiter*innen des Betreuungsdienstes im Stationsdienst oder den ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen übertragen werden (vgl. auch Berls & Newerla 2010, Schwenk 2017). Auch in den auf den in einem Interventionsprojekt gewonnenen Erkenntnissen basierenden „Aachener Thesen“ wird darauf verwiesen, dass die Sterbebegleitung nicht in zeitlicher Konkurrenz zu den täglichen Pflegeaufgaben stehen dürfe (Heimerl et al. 2015). Dass die Personalbemessung in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege unzureichend ist, ist ein seit langem bestehendes Problem (vgl. auch Rothgang et al. 2020).

4.2 Limitationen und Stärken der Studie

Eine generelle Limitation der vorliegenden Studie ist in der retrospektiven Anlage der wissenschaftlichen Begleitforschung zu sehen, statt der in der Evaluationsforschung erprobten prospektiven Anlage des Studiendesigns. Eine Stärke der Studie ist in der Verbindung von quantitativen und qualitativen Methoden der Evaluationsforschung in Verbindung mit multiperspektivischer Anlage der quantitativen und qualitativen Teilstudie zu sehen.

Limitationen der quantitativen Teilstudie. Insgesamt konnten rd. 12% der vollstationären Einrichtungen des Trägerverbands erreicht werden. Auch innerhalb der unterschiedlichen Zielgruppen war die Beteiligungsrate eher gering (s. im Detail Kapitel 3.1.6) Mit Blick auf mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch Selbstselektionsprozesse ist davon auszugehen, dass sich an den schriftlichen Befragungen vorrangig Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen der Heime beteiligt haben, die ein hohes Interesse an Fragen der Palliativkompetenz und Hospizkultur haben. Angesichts der nahezu durchgängig betont positiven Einschätzung der Versorgung in der letzten Lebensphase durch die hinterbliebenen Angehörigen der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohner*innen kann nicht ausgeschlossen werden, dass vorrangig Angehörige geantwortet haben, die die Heimversorgung positiv erlebt haben oder Fragebögen durch die Heimleitungen nicht an kritische Angehörige weitergeleitet wurden. Ferner kann eine Tendenz zu sozialerwünschtem Antwortverhalten der Befragten nicht ausgeschlossen werden.

Eine **Stärke der quantitativen Teilstudie** ist die mehrperspektivische Anlage der Exploration des Versorgungsgeschehens in der letzten Phase der Bewohner*innen. Berücksichtigt wurde die Sicht von Leitungspersonen und den Mitarbeitenden auf den Wohnbereichen ebenso wie die Angehörigenperspektive. Die subjektive (Selbst-) Einschätzung durch die einbezogenen Akteursgruppen wurde zudem ergänzt durch die Analyse von Routinedaten zu ausgewählten Indikatoren der Palliativversorgung.

Limitationen der qualitativen Fallstudien sind in der Pandemie bedingten Beschränkung auf (Telefon-)Interviews begründet. Hinzu kommt, dass anzunehmende „positive“ (Selbst-)Selektionseffekte durch die Corona-Pandemie eher verstärkt wurde.

Eine Stärke der qualitativen Teilstudie ist der – analog zur Anlage der quantitativen Teilstudie – mehrperspektivische Ansatz den qualitativen Fallstudien, der die Perspektive der professionellen Akteur*innen und die der Nutzer*innen gleichermaßen berücksichtigt. Ermittelt wurde das subjektive Erleben von Mitarbeitenden in Leitungspositionen und der die Versorgung und Begleitung maßgeblich tragenden Mitarbeitenden der Wohnbereiche, so auch der verschiedenen Berufs- und Statusgruppen. Zugleich wurde das Situationserleben aus der Sicht von Bewohner*innen und Angehörigen im Heim lebender Bewohner in den Blick genommen. Hier zeigte sich allerdings, dass die Einblicke der Angehörigen in die Begleitung von Bewohner*innen und Trauerrituale auch bedingt durch die zu den Interviewzeitpunkten jeweils mindestens bereits seit einem Jahr bestehenden Kontaktbeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie sehr begrenzt waren.

Teilweise wurden von den Projektkoordinator*innen Angehörige im Erhebungszeitraum verstorbener Bewohner*innen für ein Interview vermittelt. Eine Konzentration auf After-Death-Interviews mit Angehörigen verstorbener Bewohner*innen wäre hier unter Umständen zielführender gewesen. So zeigte sich, dass die Interviews mit den von den Projektkoordinator*innen teilweise für ein Interview vermittelten Angehörigen seit der Anfrage zur Beteiligung verstorbener Bewohner*innen zu dem im Mittelpunkt stehenden Frage der Begleitung am Lebensende und der Abschiedskultur entsprechend reichhaltigere Aussagen beinhaltet haben.

4.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der jeweils mehrperspektivisch angelegten quantitativen Untersuchung und der qualitativen Fallstudien unterstreichen, dass für die nachhaltige Verankerung einer Hospizkultur und von Palliativkompetenz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege eine gute Qualifizierung der Mitarbeitenden der Einrichtungen grundlegend ist. Zugleich unterstreichen die Ergebnisse, dass für eine nachhaltige Praxiswirksamkeit der breit angelegten Qualifizierungsprozesse die Rahmenbedingungen der Versorgung auf institutioneller und übergeordneter (System-)Ebene entscheidend sind.

In der übergreifenden Analyse der Interviewdaten kristallisierten sich vier zentrale, teilweise miteinander verwobene Faktoren heraus, die die Verankerung von Palliativkompetenz und Hospizkultur im Heim fördern, bzw. in ihrer negativen Ausprägung hemmen: Als interne Ressourcen sind dies (1) die Qualifikation der Mitarbeitenden sowie (2) die Struktur- und Prozessgestaltung des Versorgungsgeschehens. Als nicht minder wichtig kristallisieren sich externe Ressourcen und Kooperationen heraus, speziell auf der Ebene (3) der ärztlichen Versorgung und (4) der Einbindung von Hospizdiensten in die Begleitung sterbender Bewohner*innen. Als generelles Problem wird dabei sowohl von Seiten der interviewten professionellen Akteur*innen als auch seitens der Nutzer*innen auf den Personalmangel in der Pflege verwiesen.

Aus den empirischen Befunden der retrospektiven wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojekts „Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen (ImPAct)“ lassen sich in Verbindung mit der Reflektion zentraler Ergebnisse in einem abschließenden Expert*innen-Forum die im Folgenden dargelegten Handlungsempfehlungen ableiten.

4.3.1 Qualifizierung und Anerkennung fachlicher Kompetenz

Nachhaltige Sicherstellung einer breiten Basisqualifikation der Mitarbeitenden, palliativpflegerischer Fachexpertise und Anerkennung pflegerischer Kompetenzen

Insgesamt zeigt sich, dass es in Heimen, die das Schulungsangebot genutzt haben, teilweise gelungen ist, sowohl berufsgruppen- und bereichsübergreifend palliative Basiskompetenzen der Mitarbeitenden „in der Breite“ als auch palliativpflegerische Fachexpertise im Pflegedienst zu verankern. So zeichnet sich in der quantitativen Teilstudie in den Heimen, die sich an dem Modellvorhaben beteiligt haben gegenüber den Heimen,

die die Initiative des Trägerverbands nicht aufgegriffen haben, ein deutlich höherer Anteil an Mitarbeitenden ab, die an einem Basiskurs „Palliative Praxis“ teilgenommen haben. Deutlich wird in den qualitativen Interviews, dass eine entsprechende Kompetenzerweiterung speziell im Pflege- und Betreuungsdienst seitens der Mitarbeitenden gewünscht wird, um Handlungssicherheit in Palliativsituationen und in der Begleitung Sterbender zu gewinnen. Generell wird eine Fortbildungskultur, die eine kontinuierliche Aktualisierung des Wissens der Mitarbeitenden ermöglicht, wertgeschätzt. Von Leitungsseite wird betont, dass sich Mitarbeitende, die an der Basisschulung teilgenommen haben, weiterhin engagiert in die Versorgung am Lebensende einbringen. Allerdings lassen die Aussagen der professionellen Akteur*innen auch darauf schließen, dass sich seit der Teilnahme der Einrichtungen an der Schulungsinitiative die Anzahl der Mitarbeitenden mit einer palliativen Basisschulung infolge von Personalfuktuation in einzelnen Heimen bereits dezimiert hat.

Wesentlich erscheint, dass insbesondere Pflegeexpert*innen mit einer Palliative Care Weiterbildung in Palliativsituationen ein anderes „Standing“ (H4-E3) gegenüber behandelnden Hausärzt*innen haben. Generell deutet sich jedoch an, dass die pflegfachliche und palliativpflegerische Kompetenz von Pflegefachkräften in den Heimen offenbar weniger Anerkennung findet als in anderen Bereichen. So verdeutlichen die Interviewausagen, dass sich Palliativfachkräfte in den Heimen wünschen, dass ihre fachliche Kompetenz die Anerkennung finden würde, wie sie Palliativfachkräfte in der SAPV und im Hospiz erlangen, und ihnen gleichermaßen auf „*Vertrauens- und Könnensbasis*“ (H1-M5) erweiterte Entscheidungs- und Handlungskompetenzen zugestanden werden, wie z.B. die eigenständige Verabreichung von Bedarfsmedikation entsprechend palliativer Notfallpläne. Dies erscheint auch mit Blick auf die Personalbindung in den Heimen bedeutsam. Die Förderung von Weiterbildungen ist für die Einrichtungen mit einem entsprechenden Ressourceneinsatz verbunden. Können Palliativfachkräfte ihre Kompetenzen nicht anwenden und eine ihrem professionellen Selbstverständnis entsprechende Versorgung nicht realisieren, wird der Wechsel z.B. auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz wahrscheinlicher, zumal dort auch die Rahmenbedingungen für Pflegekräfte attraktiver sind.

Deutlich wird ferner, dass (einmalige) Qualifizierungsstrategien allein eine nachhaltige Implementierung von Palliativkompetenz nicht sicherstellen können. Aus den Ergebnissen der Studie und der Diskussion im Expert*innen-Forum lassen sich auf der Ebene der Qualifikation und Kompetenz(-zuschreibung) folgende Aspekte und darauf bezogene Entwicklungserfordernisse für eine nachhaltige Kompetenzförderung in der stationären Langzeitpflege ableiten:

Einrichtungs-/Trägerebene

- Sicherstellung einer breiten Basisschulung der Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche und Statusgruppen (insbesondere Pflege-, Betreuungs- und Servicekräfte der Wohnbereiche) anlog zur Schulungsinitiative des DWiN zur „Palliativen Praxis“;

- Einführung neuer Mitarbeiter*innen in das Palliativkonzept der Einrichtung, deren bedarfsweise (Nach-)Schulung und Etablierung von Multiplikator*innen bzw. Mentor*innen in der Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen und der Sterbebegleitung für neue Mitarbeiter*innen mit geringer Erfahrung;
- Etablierung bzw. Ermöglichung kontinuierlicher Fortbildungen zu palliativen Themen als zentraler Baustein für die Nachhaltigkeit von eingeleiteten Qualifizierungsprozessen, zur Aktualisierung und Reflektion der Wissensbestände geschulter Mitarbeiter*innen und um das Thema in den Einrichtungen aktuell und präsent zu halten;
- Abrundung des Fort- und Weiterbildungsangebots bzw. die Förderung der Teilnahme der Mitarbeiter*innen an palliativen Basisschulungen und zertifizierten Weiterbildungsgängen um Fortbildungen zu speziellen Themen und (Pflege-)Techniken, die in der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe bedeutsam sind, wie beispielsweise basale Stimulation und Aromatherapie, Schmerz- und Symptommanagement bei Demenz, Gesprächsführung und Angehörigenberatung;
- Einrichtungs- bzw. trägerinterne Ergänzung klassischer Fortbildungsformate um asynchrone online-Fortbildungsangebote, die für die Mitarbeiter*innen zeitliche Flexibilität der Teilnahme bieten und sog. „Blitzfortbildungen“ bzw. Mikroschulungen, wie sie beispielsweise für Pflegenden stationärer Pflegeeinrichtungen in Form von Schulungsfilmen und ergänzende schriftlichen Materialien in einem Projekt der Fachstelle Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München mit dem Christophorus Hospiz Institut für Bildung und Begegnung (2022) zu zentralen Themen der Palliativversorgung entwickelt wurden und im Internet freizugänglich sind (<https://www.chv-ibb.org/filme>).

Systemebene (Pflege-/Gesundheitspolitik und Kostenträger)

- Förderung des Ausbaus und kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender Fort- und Weiterbildungsangebote zur Palliativversorgung und in der grundständigen Pflegeausbildung auf der Ebene der Ausbildungs- und Weiterbildungseinrichtungen;
- Stärkere Gewichtung der Palliativversorgung in der praktischen Ausbildung von Auszubildenden in der Pflege durch Integration der Begleitung am Lebensende in Praktika in Einrichtungen der Altenpflege in Form von Übungsfeldern bzw. Praxisaufgaben und deren Begleitung durch erfahrene Fachkräfte. Im Curriculum der generalistischen Ausbildung sind zwar 240 Stunden für palliative Versorgung vorgesehen, der dazugehörige Praxiseinsatz ist jedoch optional und umfasst nur 14 Tage;
- Berücksichtigung von Weiterbildungszeiten in den Vergütungsstrukturen der Heime.

4.3.2 Struktur- und Prozessgestaltung

Schaffung unterstützender Strukturen und Prozesse für die Umsetzung proaktiver palliativer Versorgungskonzepte und deren strukturelle Absicherung

Eine nachhaltige Entwicklung einer Hospizkultur in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erfordert die Schaffung von Freiräumen und unterstützender Strukturen für die Umsetzung palliativer Versorgungskonzepte und die Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse. Ergebnisse der qualitativen Teilstudie unterstreichen, dass hierfür eine hinreichende Personalausstattung erforderlich ist, Prozesse proaktiv ausgerichtet sein

müssen sowie Reflexionsräume (z.B. Fallbesprechungen) und ein hinreichender Gestaltungsspielraum erforderlich sind, um eine fall- und situationsangemessene Begleitung von Bewohner*innen am Lebensende und ihrer Angehörigen im Versorgungsalltag zu gewährleisten.

Eine würdevolle Sterbebegleitung wird in den Interviews von den professionellen Akteur*innen und Nutzer*innen mit dem „*Da sein*“ für Betroffene assoziiert. In der quantitativen Befragung, bekundeten zwei Drittel der befragten Mitarbeiter*innen, dass dies „*immer oder meistens*“ möglich sei. Sowohl in der Befragung der Leitungspersonen als auch in der Befragung der Mitarbeiter*innen wird von den Befragten bekundet, dass eine Begleitung der Sterbende zumeist gewährleistet ist. Allerdings zeigen die ergänzenden Freitextangaben in den Fragebögen und die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie, dass die personellen Ressourcen den Mitarbeitenden nur wenig Gestaltungsspielraum für die Integration der Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen im Arbeitsalltag lassen. Insbesondere von Leitungsseite wird betont, dass die Sterbebegleitung ohne das „*unglaubliche Engagement*“ der Mitarbeiter*innen und die von ihnen in dem Rahmen oft geleistete freiwillige Mehrarbeit in der Form nicht möglich wäre (H1-E1). Wesentlich erscheint daher eine strukturelle Absicherung von Gestaltungs- und Handlungsspielräumen in den Versorgungsabläufen auf Wohnbereichsebene.

Aus den Ergebnissen der Studie und der Diskussion im Expert*innen-Forum lassen sich für eine unterstützende Struktur- und Prozessgestaltung für die Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege folgende Empfehlungen ableiten:

Einrichtung-/Trägerebene

(Weiter-)Entwicklung von Versorgungskonzepten und Vernetzung der Einrichtungen:

- Installierung von palliativen Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln zur Reflexion, Weiterentwicklung und Anpassung der Konzepte, Prozesse und Strukturen auf Einrichtungs- und Trägerebene (kollegiale Beratung, lernende Organisation);
- Mitwirkung von Vertreter*innen der Einrichtungen an regionalen Arbeitskreisen der Akteur*innen der Palliativ- und Hospizversorgung zum übergreifenden Erfahrungsaustausch und (Weiter-)Entwicklung kooperativer Strukturen und Vernetzung;
- Entwicklung von Strukturen und Formaten der Zusammenarbeit und Abstimmung mit Kooperationspartner*innen im Versorgungssystem, insbesondere mit Hausärzt*innen und Notfallmediziner*innen aber auch mit Krankenhäusern, speziell auf der Ebene des Schnittstellenmanagements.

Bereitstellung personeller und zeitlicher Ressourcen in den Einrichtungen:

- Sicherstellung einer hinreichenden quantitativen und qualitativen Personalausstattung der Heime insbesondere im Pflegebereich sowie verstärkte Anstrengungen der Personalbindung und zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs auch für die Nachwuchsförderung in den Einrichtungen;
- Sicherstellung der Verfügbarkeit pflegefachlicher Fachexpertise durch eine ausreichende Anzahl von Palliativfachkräften nach dem Modell der Advanced Practice Nurse (APN) (je Wohnbereichsteam mindestens eine Palliativfachkraft);
- Personaleinsatzplanung, die personelle Ressourcen bereithält, um eine angezeigte intensivere Begleitung von Bewohner*innen in Palliativsituationen und ihrer Angehörigen im Versorgungsalltag situativ auch kurzfristig zu ermöglichen, z.B. durch Sprüngekräfte oder auch Hintergrunddienste;
- Strukturierung von Abläufen im Versorgungsalltag, die Mitarbeitenden in den einzelnen Schichten Gestaltungsspielraum für eine Priorisierung von Aufgaben und situativ die Übernahme von Aufgaben der palliativen Begleitung ermöglichen.

Proaktive Gestaltung des Versorgungsprozesses für eine personenzentrierte Versorgung am Lebensende und Rituale des Abschiednehmens:

- Frühzeitige Ermittlung und Beachtung des Willens und der Präferenzen von Bewohner*innen (Integration grundlegender Fragen in den Leitfaden für das Aufnahmegespräch, Dokumentation darauf bezogener Erkenntnisse im Rahmen der Biographiearbeit, idealerweise Gesprächsangebote zur gesundheitlichen Vorsorgeplanung als umfassender Beratungsprozess);
- Einführung bzw. Gestaltung von Gesprächsformaten, wie Fallbesprechungen, Ethikberatung in Konfliktsituationen zur Unterstützung und Reflexion der Versorgungsgestaltung und schwieriger Entscheidungssituationen auf Einrichtungsebene;
- Etablierung von Instanzen der Ethikberatung auf Trägerebene, um für die Einrichtungen eine entsprechende Beratungsexpertise bereitzustellen;
- Einbeziehen und Begleiten von Angehörigen als integraler Bestandteil der Palliativversorgung von Bewohner*innen;
- Einführung und Entwicklung palliativer Notfallpläne mit behandelnden Hausärzt*innen, in denen proaktiv Maßnahmen der Schmerz- und Symptomkontrolle und des Handelns in akuten Krisensituationen abgestimmt werden;
- Einführung der Vorhaltung von palliativen Notfallmedikamenten in Heimen, d.h. insbesondere für die Schmerz- und Symptomkontrolle in Palliativsituationen bewährten (Bedarfs-)Medikamenten, so auch unter das Betäubungsmittelgesetz fallende hochpotente Analgetika, wie Morphin;
- Ermöglichung der Begleitung von Bewohner*innen in der Sterbephase in einem Einzelzimmer, sofern sie in einem Mehrbettzimmer untergebracht waren;
- Bereitstellung und Nutzung sog. Palliativwagen oder letzte Reisekoffer für die Gestaltung des Zimmers in der Sterbephase nach den Präferenzen der Bewohner*innen zur Schaffung einer angenehmen Atmosphäre;

- Entwicklung von Ritualen des Abschieds und Gedenkens der Verstorbenen, wie Aussegnungen, Schmücken eines Gedenktisches, auch zur Unterstützung des Abschiednehmens und der Trauarbeit der Mitarbeitenden.

Systemebene (Pflegepolitik und Kostenträger)

- Anpassung der Regularien der Personalbemessung und der Kostenerstattung bzw. spezifische Refinanzierung der Palliativversorgung von Bewohner*innen in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege und der Angehörigenbegleitung, die im Rahmen der Begleitung sterbender Bewohner*innen einen breiten Raum einnimmt;
- Anpassung bzw. Erweiterung der Prüfkriterien des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) für die Qualitätsprüfungen in Heimen um Prozessvariablen der Palliativversorgung, in denen bisher nur die Existenz eines schriftlichen Konzepts der Sterbebegleitung als Qualitätskriterium berücksichtigt wird;
- Reduzierung der Dokumentationspflichten der stationären Pflege („schmale Dokumentation“);
- verstärkte Anstrengungen zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs und Nachwuchsförderung.

4.3.3 Optimierung der ärztlichen Versorgung am Lebensende und Kooperation im Heim

Die Sicherstellung einer angemessenen palliativen Versorgung im Heim am Lebensende durch Optimierung der haus- und notärztlichen Versorgung von Bewohner*innen
Ein Eckpfeiler der Versorgungsqualität von Bewohner*innen ist die Kooperation mit behandelnden Hausärzt*innen im Heim. In der schriftlichen Befragung von hinterbliebenen Angehörigen verstorbener Bewohner*innen zeichnet sich auch im Vergleich zur Beurteilung der pflegerischen Versorgung im Heim eine eher verhaltene Einschätzung der hausärztlichen Versorgung am Lebensende ab. Die Ergebnisse der qualitativen Fallstudien verdeutlichen, dass die Sicherstellung einer palliativen Begleitung von Bewohner*innen in der letzten Lebensphase eine optimierte haus- und notärztliche Versorgung der Bewohner*innen und die bedarfsweise Einbindung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung durch SAPV-Teams erfordert.

Palliativmedizinische Kompetenz in der ärztlichen Betreuung und eine zeitnahe Abstimmung sind in Palliativsituationen am Lebensende essenziell. Wie die Aussagen der interviewten professionellen Akteur*innen unterstreichen, sind in der stationären Langzeitversorgung aus Sicht der Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes der Wohnbereiche heimversorgende Hausärzt*innen mit einer palliativmedizinischen Zusatzqualifikation ideal. Betont wird, dass mit ihnen zumeist enge und vertrauensvolle Kooperationen bestehen. Allerdings stellt sich auch bei einer Betreuung von Bewohner*innen durch Hausärzt*innen mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin das Problem der durchgängigen Erreichbarkeit, die von hausärztlicher Seite kaum 24/7 geleistet werden kann. Fragliche Krankenaufweisungen von Bewohner*innen am Lebensende erfolgen nach dem Bekunden der Pflegenden zumeist, wenn in palliativen Notfallsituation Ärzt*innen eingeschaltet werden (müssen), die mit der Situation der Bewohner*innen nicht vertraut sind

– sei es eine Urlaubsvertretung der behandelnden Hausärzt*innen oder, dass der kasernenärztliche Notdienst oder der Rettungsdienst außerhalb der Praxisöffnungszeiten in akuten Krankheitskrisen hinzugezogen werden muss.

Die Möglichkeit zur Einbindung von SAPV in die Versorgung von Bewohner*innen mit komplexen Problemlagen wird von Pflegefachkräften vor allem wertgeschätzt, da über das regionale SAPV-Team jederzeit palliativ-kompetente Ansprechpartner*innen erreichbar sind. Da die Einbindung der SAPV eine ärztliche Verordnung voraussetzt, scheidet dies nach dem Bekunden der interviewten Pflegekräfte jedoch teilweise auch an Vorbehalten der behandelnden Hausärzt*innen und „Kompetenzgerangel“ der primärversorgenden Hausärzt*innen und der im Bereich der SAPV engagierten Palliativmediziner*innen (H3-M6).

Neben den auf der Ebene der professionellen Akteur*innen vor Ort ansetzenden Strategien wird im Ergebnis sichtbar, dass es auf übergeordneter Ebene der Entwicklung von strukturellen Rahmenbedingungen bedarf, die unabhängig vom individuellen Engagement der jeweiligen Hausärzt*innen und von der Hausarzttdichte die ärztliche Versorgung von Bewohner*innen am Lebensende im Heim sicherstellen. Hierzu zählt letztlich auch die Prüfung einer Anpassung der Regularien der hausärztlichen Versorgung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

Aus den Studienergebnissen und ihrer Reflexion in dem Expert*innen-Forum lassen sich die folgenden Empfehlungen für eine Optimierung der Kooperation und ärztlichen Betreuung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase ableiten:

Einrichtungs-/Trägerebene bzw. Praxisebene

- Die einzelfallbezogene Initiierung von Fallbesprechungen mit behandelnden Ärzt*innen und Angehörigen durch die betreuenden Pflegefachpersonen bei sich anbahnenden Palliativsituationen zur Klärung von Therapiezielen und des konkreten Umgangs mit möglichen Krisensituationen, insbesondere wenn keine Patientenverfügung oder GVP-Dokumentation vorliegt (z.B. palliative Notfallpläne);
- Anerkennung der fachlichen Kompetenz im Heimsektor tätiger Pflegefachkräfte, Kooperation mit Palliativfachkräften in Heimen „auf Augenhöhe“ und Delegation von Aufgaben analog zur Versorgungspraxis der SAPV-Teams und im Hospiz;
- Förderung von festen Kooperationen durch Kooperationsvereinbarungen mit Hausärzt*innen und Fachärzt*innen der Fachgebiete, die bei einer Schwerpunktsetzung der Heime für einen großen Teil der Bewohner*innen wichtig sind (z.B. bei einem gerontopsychiatrischem Schwerpunkt Neurologie und/oder Psychiatrie);
- Der Einsatz von weitergebildeten Mitarbeiter*innen der heimversorgenden hausärztlichen Praxen, wie Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH) bzw. nicht-ärztliche Praxisassistent*innen (NäPa) für engmaschige Hausbesuche und eine zeitnah vermittelte Abstimmung der Versorgung der Pflegefachkräfte mit behandelnden Hausärzt*innen.
- Neben den auf der Ebene der professionellen Akteur*innen vor Ort ansetzenden Strategien wird im Ergebnis sichtbar, dass es auf übergeordneter Ebene der Entwicklung

von strukturellen Rahmenbedingungen bedarf, die unabhängig vom individuellen Engagement der jeweiligen Hausärzt*innen und von der Hausarzttdichte die ärztliche Versorgung von Bewohner*innen am Lebensende im Heim sicherstellen, die vor allem im ländlichen teilweise prekär ist (Herrmann et al. 2019). Hierzu zählt letztlich auch die Prüfung einer Anpassung der Regularien der hausärztlichen Versorgung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, wobei vor allem die folgenden Maßnahmen wesentlich erscheinen.

Systemebene (Gesundheitspolitik und Kostenträger)

- eine (verpflichtende) palliativmedizinische Weiterbildung für heimversorgende Hausärzt*innen;
- Schaffung von Anreizen für eine engmaschige hausärztliche Versorgung im Heim durch eine entsprechende Vergütung von Hausbesuchen der Ärzt*innen und Versorgungs- bzw. Praxisassistent*innen im Heim;
- die Etablierung von Heimärzt*innen durch Festanstellung (auch in Teilzeit) von Allgemeinmediziner*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin im Heim, um angesichts der oft nicht gegebenen Erreichbarkeit von Hausärzt*innen im Bedarfsfall und der schwierigen Koordination der hausärztlichen Betreuung von Bewohner*innen bei einer hohen Anzahl verschiedener Hausärzt*innen der Bewohner*innen eine verlässliche ärztliche Versorgung im Heim sicherzustellen. Beispielhaft erscheint das von (haus)ärztlicher Seite im „GesundheitsNetzes im Altkreis Lingen (genial)“ initiierte Heimarztmodell (<https://www.genial-lingen.de/genial/projekte/heimarztmodell>).

4.3.4 Kooperation mit Hospizdiensten –Ehrenamtliche Hospizhilfe als Resource

Integration und Förderung einer frühzeitigen Einbindung ehrenamtlicher Hospizhilfe in die Begleitung von Heimbewohner*innen in der letzten Lebensphase

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen, dass Hospizdienste im Rahmen der Begleitung sterbender Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege eine „*enorme Stütze*“ sein können (H2-E1). Insbesondere, wenn eine frühzeitige Einbindung ehrenamtlicher Hospizhelfer*innen gelingt, werden sie in Heimen als wichtiger Baustein der Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen erachtet. In den Heimen, die in die qualitative Teilstudie einbezogenen wurden, besteht zumeist eine eingespielte Kooperation mit regionalen Hospizvereinen bzw. mit Besuchsdiensten der Kirchengemeinden, in denen sich geschulte ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiter*innen engagieren. Deutlich wird zugleich, dass insbesondere Pflegefachkräfte ihre Rolle zunehmend auf Organisation und somatische Aspekte der Versorgung reduziert sehen und sich mehr Raum für die Begleitung sterbender Bewohner*innen wünschen würden.

Eine gelingende Integration ehrenamtlicher Hospizhelfer*innen setzt den Aufbau einer vertrauensvollen und wertschätzenden Beziehung und den Austausch von ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen und hauptamtlichen Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche (Pflege- und Betreuungsdienst) voraus. Um eine Begleitung von Bewohner*innen am Lebensende durch eine vertraute Person zu ermöglichen, sollte die Kontaktaufnahme und

Begleitung durch Ehrenamtliche frühzeitig eingeleitet werden. Um all dies zu erreichen, lassen sich aus den Studienergebnissen folgenden Empfehlungen ableiten:

Einrichtungs-/Trägerebene bzw. Praxisebene

- Kooperation von Heimen mit regionalen Koordinierungsstellen von Hospizvereinen und Anbietern von Qualifizierungsprogrammen für ehrenamtliche Sterbe- und Hospizbegleiter*innen einschließlich von Praktikumsplätzen für deren Ausbildung;
- Förderung von Kontakten zwischen Hospizdiensten und Altenpflegeeinrichtungen durch die Etablierung von niederschweligen Begegnungsräumen, wie Informationsveranstaltungen, Einladung der Hospizvereine zu Festen in den Heimen, Organisation von gemeinsamen Fortbildungen für Mitarbeitende der Heime und ehrenamtlichen Mitarbeitenden der Hospizdienste;
- Etablierung einer Koordinationsstelle für Hospizarbeit oder hauptamtliche Beauftragte und feste Ansprechpartner*in im Heim für die ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen;
- Einführung und Integration von Ehrenamtlichen in die Wohnbereiche, ihre Begrüßung und Vorstellung im Wohnbereichsteam, regelmäßige Einbeziehung von Ehrenamtlichen in Teambesprechungen;
- Förderung einer frühzeitigen, eigeninitiativen Kontaktaufnahme durch Bewohner*innen und/oder Angehörige, z.B. durch Hinweis auf die Möglichkeit einer Begleitung durch Ehrenamtliche bereits im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme und Anmeldung zur Aufnahme in das Heim und die Integration der Flyer der Hospizdienste in Begrüßungsmappen für Bewohner*innen;
- frühzeitige Anbahnung der Einbindung ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen in die Betreuung von Bewohner*innen und nicht erst wenn sich der Eintritt in die Sterbephase bereits abzeichnet;
- Einbeziehung ehrenamtlicher Hospizhelfer*innen in Team- und Fallbesprechungen.

5 Literatur

Aarons, Gregory A.; Hurlburt, Michael; Horwitz, Sarah McCue (2011): *Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors*, in: *Adm Policy Ment Health*, Vol 38:4-23, DOI 10.1007/s10488-010-0327-7.

Allers, Katharina; Hoffmann, Falk; Schnakenberg, Rieke (2019): *Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: A systematic review*, in: *Palliat Med*, Vol. 33 (10), p. 1282-1298.

Amass, Clare (2006): *The Gold Standards Framework for palliative care in the community*, in: *The Pharmaceutical Journal*, 2006, Vol. 276, p. 353-354.

Anderson, Philip (2003): *Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung*. Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern, München; Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ober-/Mittelfranken, Nürnberg; Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Schwaben, Stadtbergen.

Anderson, Ruth A.; Issel, L. Michele; McDaniel, Reuben R. (2003): *Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship between Management Practice and Resident Outcomes*, in: *Nursing Research*, Vol. 52 (1), p. 12-21.

Arnold-Krüger, Dorothee (2018). *Hospizkultur in der Altenpflege. Präsentation des Projektes „Implementierung von Hospizkultur und palliativer Kompetenz in der stationären Altenpflege“*, 26. September 2018. Hannover: Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. (unveröffentlichte PowerPoint-Präsentation).

Ayres, Lioness; Kavanaugh, Karen; Knafl, Kathleen A. (2003): *Within-Case and Across-Case Approaches to Qualitative Data Analysis*. in: *Qualitative Health Research*, Vol. 13 (6), p. 871-883.

BAG Hospiz – Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V. (2005): *Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz*, online verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/broschuere_hospizkultur-im-alten-upflegeheim.pdf, Abruf: 15.10.2019.

Badger, Frances; Plumridge, Gillian; Hewison, Alstair; Shaw, Karen L.; Thomas Keri; Clifford, Collette (2012): *An evaluation of the impact of the Gold Standards Framework on collaboration in EoL care in nursing homes. A qualitative and quantitative evaluation*, in: *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 49 (5), p. 586-595.

Berls, Michael; Newerla, Andrea (Hrsg.) (2010): *„... man hat ja keine Zeit“. Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen – eine qualitative Studie*. Ludwigsburg: Hospiz Verlag

Bollig, Georg; Gjengedal, Eva; Rosland, Jan Henrik (2016): *They know!–Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes*, in: *Palliative Medicine*, Vol 30 (5), p 456-470.

Bortz, Jürgen (2005): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*, (6. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bortz, Jürgen; Lienert, Gustav A. (2008): *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verleitungsfreie Analyse kleiner Stichproben*, (3. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brooks, Samantha K.; Webster, Rebecca K.; Smith, Louise E.; Woodland, Lisa; Wessely, Simon; Greenberg, Neil; Rubin, Gideon James (2020): *The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence*, in: *Lancet*, Vol. 395 (10227), 912-920.

- Brown, Juanita; Isaacs, David (2007):** *Das World Café. Kreative Zukunftsgestaltung in Organisationen und Gesellschaft.* Heidelberg: Carl Auer Verlag
- Brueckner, Torben; Schumacher, Martin; Schneider, Nils (2009):** *Palliative care for older people – exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany.* BMC Palliative Care 2009, 8:7.
- Cagle, John G.; Unroe, Kathleen T.; Bunting, Morgan; Bernard, Brittany L.; Miller, Susan C. (2017):** *Caring for Dying Patients in the Nursing Home: Voices From Frontline Nursing Home Staff,* in: J Pain Symptom Manage, Vol. 53 (2), p. 198–207.
- Candy, Bridget; Holman, A; Leurent, B; Davis, Sarah; Jones, Louise (2011):** *Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence,* in: International Journal of Nursing Studies 48: 121–133, doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.08.003.
- Dasch, Burkhard; Blum, Klaus; Gude Phillip; Bausewein, Claudia (2015):** *Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts. Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011,* in: Dtsch Arztebl Int, Vol. 112 (29–30), p. 496–504.
- Dasch, Burkhard; Zahn, Peter K. (2021):** *Sterbeorttrend und Häufigkeiten einer ambulanten Palliativversorgung am Lebensende. Analyse von Sterbebescheinigungen (2001, 2011, 2017) sowie pseudonymisierten Daten ausgewählter PKDs in Westfalen (2017),* in: Dtsch Arztebl, Vol. 118, p. 331–338.
- Davies, Elizabeth; Higginson Irene J. (2004):** *Better palliative care for older people,* Kopenhagen: WHO, online verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf, Abruf 17.07.2020.
- Davis, Mellar P.; Temel Jennifer S.; Balboni; Tracy; Glare, Paul (2015):** *A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses,* in: Ann Palliat Med, Vol. 4 (3), p. 99–121.
- DGP & DHPV – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (2012):** *Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe,* online verfügbar unter: https://www.dg-palliativmedizin.de/images/stories/120827_brosch%C3%BCre_online.pdf, Abruf: 20.07.2021.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP); Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPBV; Bundesärztekammer (BÄK) (2016):** *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland – Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie,* online verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf, Abruf: 17.07.2021.
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2020):** *Leitlinienprogramm Onkologie. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung,* Langversion 2.1, AWMF-Registernummer: 128/001OL, online verfügbar unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.1_Langversion.pdf, Abruf: 16.07.2020.
- Diakonie in Niedersachsen (o.J.):** *Zahlen und Fakten,* online verfügbar unter: https://www.diakonie-in-niedersachsen.de/pages/presse/presseinfo/zahlen_und_fakten/index.html, Abruf 14.04.2020.

Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V. (2006): *Leben am Lebensende. Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur*. Eine Empfehlung des Diakonischen Werkes der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.. Hannover: Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V.

Dillman, Don A. (1991): *The Design and Administration of Surveys Mail*, in: Annual Review of Sociology, Vol. 7, p. 225–249.

Economist Intelligence Unit (2015): *The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world*. A report by The Economist Intelligence Unit, commissioned by LIEN Foundation, online verfügbar unter: <http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>, Abruf: 18.07.2020.

Escobar Pinzón, Luis Carlos; Münster, Eva; Fischbeck, Sabine, Unrath, Michael; Claus, Matthias; Martini, Tanja; Weber, Martin (2010): *End-of-life care in Germany: Study design, methods and first results of the EPACS study (Establishment of Hospice and PC Services in Germany)*, in: BMC Palliat Care, 9:16, doi: 472–684X/9/16.

Fachstelle Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München und Christophorus Hospiz Institut für Bildung und Begegnung (2022): *Palliative Care – praktisch – auf den Punkt. Informations- und Schulungsfilme in einfacher Sprache*. München, online verfügbar unter: <https://www.chv-ibb.org/filme>, Abruf 22.04.2022.

Farquhar, Morag; Preston, Nancy; Evans Catherine J.; Grande, Gunn; Short Vicky; Benalia, Hamid; Higginson Irene J; Todd, Chris; on behalf of MORECare (2013): *Mixed Methods Research in the Development and Evaluation of Complex Interventions in Palliative and End-of-Life Care: Report on the MORECare Consensus Exercise*, in: Palliative Medicine, V16 (12), p. 1550–1560.

Flyvbjerg, Bent (2011): *Case Study*, in: Denzin, Norman K.; Lincoln, Yvonna S. (eds.): *Handbook of Qualitative Research* (4th edition), Thousand Oaks, CA: Sage, 2011), p. 301–316.

Forbes-Thompson, Sarah; Leiker, Tona; Bleich, Michael R. (2007): *High-performing and low-performing nursing homes: A view from complexity science*, in: Health Care Manage Rev, Vol. 32(4), p. 341–351

Frewer-Graumann, Susanne; Teichmüller, Anne-Katrin (2021): *Verbesserung von Hospizkultur und palliativer Kompetenz in Altenpflegeeinrichtungen durch die Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst – Ein Praxisbeispiel*, in: Z Gerontol Geriat. Vol. 54(1):13–19.

Froggatt, Katherine A.; Moore, Danni Collingridge; Van den Block, Lieve; Ling, Julie; Payne, Sheila. A; and Pace consortium collaborative authors on behalf of the European Association for Palliative Care (2020): *Palliative care implementation in long-term care facilities: European Association for Palliative Care White Paper*, in: Journal of the American Medical Directors Association, doi: 10.1016/j.jamda.2020.01.009.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021 a): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)* in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 19. November 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 25.03.2022 B1), in Kraft getreten am 26. März 2022, online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2778/HKP-RL_2021-11-19_iK-2022-03-26.pdf, letzter Abruf: 22.07.2022

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021 b): *Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung*. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2468/SAPV-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf. Abruf: 11.03.2022.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2007): *SAPV-RL (2007) – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) in der Fassung vom 20. Dezember 2007*, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 39 (S. 911) vom 11. März 2008, in Kraft getreten am 12. März 2008, zuletzt geändert am 18. März 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.04.2021 B3), in Kraft getreten am 1. April 2021, online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2468/SAPV-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf, Abruf:27.07.2022.

genial – GesundheitsNetz im Altkreis Lingen (o.J.): *Heimarztmodell*, online verfügbar unter: <https://www.genial-lingen.de/genial/projekte/heimarztmodell>. Abruf 27.07.2022.

Gerlach, Ferdinand M.; Greiner, Wolfgang; Haubitz Marion; Schaeffer, Doris; Thürmann, Petra; Thüsing, Gregor; Eberhard Wille, Eberhard – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Berlin: SVR-Gesundheit; online verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf, Abruf: 17/07/2021.

George, von W. (2015): *Sterbeort stationäre Pflegeeinrichtung*, in: *MMW-Fortschritte der Medizin* Jg. 157: 17-24.

GKV-WSG (2007) – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, in: *Bundesgesetzblatt*, Jg 2007 Teil I/Nr. 11, S. 378-473

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1995): *Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige* (2. überarb. Auflage): Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Günther, Andreas; Schmid, Sybille; Weidlich-Wichmann, Uta; Bleidorn, Jutta; Buhr-Riehm, Brigitte; Schubert, Reiner; Schwartze, Jonas; Schneider, Nils; Hasseler, Martina (2019). *Notfallversorgung in Pflegeeinrichtungen in der Stadt Braunschweig: Ein sektorenübergreifender Blick anhand von Kennzahlen aus Sterbefällen, Reanimationen, Krankenhauszuweisungen und Rettungsdienstleistungen*, in: *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFAQ)*, doi.org/10.1016/j.zefq.2019.02.010.

Harris, Iain; Murray, Scott A (2013): *Can palliative care reduce futile treatment? A systematic review*, in: *BMJ Supportive & Palliative Care*, Vol. 3 (4), p. 389-298.

Heimerl, Katharina; Wegleitner, Klaus; Schuchter, Patrick; Trafoier, Alexandra (2015): *Nachhaltige Hospiz- und Palliativkultur in Alten und Pflegeheimen Projektbericht*, April 2015 (Projekt-Auftraggeber: Diözesaner Caritasverband für das Bistum Aachen e.V., Bereich Facharbeit und Seniorenpolitik). IFF-Wien, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, Wien.

Heller, Andreas; Dinges, Stefan; Heimerl, Katharina; Reitingner, Elisabeth; Wegleitner, Klaus (2003): *Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 36, S. 360-365.

Herbst, Franziska A.; Stiel, Stephanie, Wiese, Birgitt; Rothmund, Anja; Yilmaz, Mustafa, Schneider Nils (2020): *Wo versterben die Menschen in der Region Hannover? Eine Analyse von Todesbescheinigungen*, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; Vol. 96 (11): 457-462.

Herrmann, Markus; Ohlbrecht, Heike; Seltrecht, Astrid (Hrsg.) (2019). *Hausärztemangel auf dem Land. Einblicke in die ländliche Primärversorgung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Hess, Stephanie; Stiel, Stephanie; Hofmann, Sonja; Klein, Carsten; Lindena, Gabriele, Ostgathe, Christoph (2014): *Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany – data*

from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE), in: Eur J Intern Med, Vol. 25 (2), p. 187–192.

Hoffmann, Falk; Allers, Katharina (2021): *Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase: eine Analyse von Krankenhausroutinedaten*, in: Z. Gerontol Geriat, Jg. 54 (3): 247–254.

Hospiz- und Palliativgesetz – HPG (2015): *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1. Dezember 2015*, in: Bundesgesetzblatt, Teil I /48, S. 2114–2119.

Hsieh, Hsiu-Fang; Shannon, Sarah E. (2005): *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*, in: Qual Health Res, 15(9), p.1277–1288.

Hsieh, Hsiu-Fang; Shannon, Sarah E. (2005): *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*, in: Qualitative Health Research, 15 (9), p.1277–1288.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2018): *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. Online verfügbar unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.p, Abruf: 17.07.2021.

Kahlich, Franziska (2014): *Verbreitung der Patientenverfügung in Leipziger Alten- und Pflegeheimen*, Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. online verfügbar unter: <https://ul.qucosa.de/api/qucosa%3A12438/attachment/ATT-0/>, Abruf: 17.07.2021.

Kaasalainen, Sharon; Sussman, Tamara; McCleary, Lynn; Thompson, Genevieve; Hunter, Paulette V.; Wickson-Griffiths, Abigail; Cook, Rose; Dal Bello-Haas, Vanina; Venturato, Lorraine; Papaioannou, Alexandra; You, John; Parker, Deborah (2019). *Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review*. Nursing Leadership 32 (3) 8–26

Klapper, Bernadette; Hoeter Julia (2015): *Das Curriculum Palliative Praxis*, in: Robert Bosch Stiftung (Hrsg). *Palliative Praxis – Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, p. 15–21.

Klindtworth, Katharina; Oster, Peter; Hager Klaus, K; Krause, Olaf; Bleidorn, Jutta; Schneider Nils (2015): *Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life*, in: BMC Geriatrics 2015; 15:125.

Kuckartz, Udo (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (3. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kurkowski, Sandra; Radon, Johannes; Vogt, Annika R.; Weber, Martin; Stiel, Stephanie; Ostgathe, Christoph; Heckel, Maria (2020): *Hospital end-of-life care: families' free-text notes*. BMJ Supportive & Palliative Care Epub ahead of print (Abruf: 27.07.2022). doi:10.1136/bmjspcare-2020-00239.

Liebig, Stephan; Gebel, Tobias; Grenzer, Matthias; Kreuzsch, Julia; Schuster, Heidi; Tschewinka, Ralf; Watteler, Oliver; Witzel Andreas (2014): *Datenschutzrechtliche Anforderungen bei der Generierung und Archivierung qualitativer Interviewdaten*. Erarbeitet und verfasst von der Arbeitsgruppe Datenschutz und qualitative Sozialforschung des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten (*RatSWD*) 4 (RatSWD Working Paper 238/2014) online verfügbar unter: http://www.ratswd.de/dl/RatSWD_WP_238.pdf, Abruf: 15.07.2021.

Mayring, Philipp A.E. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, (10. Aufl.), Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Peter (2014): *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution.* Klagenfurt; online verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>, Abruf: 12.01.2021.

McNamara Beverley A.; Rosenwax, Lorna K.; Murray, Kevin; Currow David C. (2013): *Early Admission to Community-Based Palliative Care Reduces Use of Emergency Departments in the Ninety Days before Death*, in: *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 16 (7), p. 774–779.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V (MDS), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) (Hrsg.) (2021): *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.* 3. aktualisierte Auflage, online verfügbar unter: https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/01_Pflegebegutachtung/21_05_17_BRI_Pflegebeduerftigkeit.pdf, letzter Abruf: 22.07.2022

Melching, Heiner (2015): *Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung – Modul 2. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, online verfügbar unter: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf, Abruf: 02.12.2021.

Menold, Natalja (2015): *Schriftlich-postalische Befragung.* online verfügbar unter: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Schriftlich-postalische_Befragung_Menold_12092014_1.0.pdf, 17.07.2021.

Moore, Danni Collingridge; Payne, Sheila; van den Block; Lieve; Ling, Julie; Froggatt, Kathrine, on behalf of PACE (2020): *Strategies for the implementation of palliative care education and organizational interventions in long-term care facilities: A scoping review*, in: *Palliative Medicine*, Vol. 34(5), p. 558–570.

Müller, Dirk; Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina (2012): *Sorgekultur am Lebensende in Berliner Pflegeheimen.* Netzwerk palliative Geriatrie Berlin, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/Unionhilfswerk, Berlin; IFF Wien Palliative Care und Organisationsethik/Universität Klagenfurt. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Berlin.

Müller-Mundt, Gabriele; Bleidorn, Jutta; Geiger, Karin; Klindtworth, Katharina; Pleschberger, Sabine; Hummers-Pradier Eva; Schneider, Nils (2013): *End of life care for frail older patients in family practice (ELFOP) – protocol of a longitudinal qualitative study on needs, appropriateness and utilisation of services*, in: *BMC Family Practice* 2013, 14:52.

Murray, Scott A.; Firth, Adam; Schneider, Nils; Van den Eynden, Bart; Gomez-Batiste, Xavier; Brogaard, Trine; Villanueva, Tiago; Abela, Jürgen; Eychmüller, Steffen; Mitchell, Geoffrey; Downing Julia; Sallnow, Libby; van Rijswijk, Eric; Barnard, Alan; Lynch, Marie; Fogen, Frederic; Moine, Sébastien (2015): *Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care*, in: *Palliative Medicine*, Vol. 29 (2), p. 101–111.

- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015):** *Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung*, online verfügbar unter: https://www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publicationen/Stellungnahmen/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf, Abruf: 13.07.2020.
- Paquet, Robert (2020):** *Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung*, in: Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*, Berlin, Springer open, S. 3–20, online verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-61362-7.pdf>, Abruf: 11.07.2022
- Pasman, H. Roeline W.; Brandt, Hella E.; Deliens, Luc; Francke, Anneke L. (2009):** *Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review*, in: *J Pain Symptom Manage*, Vol. 38 (1), p. 145–156.
- Pattloch, Daniel (2014).** *Verweildauer in vollstationärer Dauerpflege 1999–2011: eine bevölkerungsbezogene Analyse*, in: *Gesundheitswesen*, 76, S. 722–726.
- Pleschberger, Sabine (2004):** „*Bloß nicht zur Last fallen!*“ *Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. rer. soc.) des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften der Justus–Liebig–Universität Gießen, Dezember 2004, online verfügbar unter: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/2157/pdf/PleschbergerSabine-2005-03-14.pdf>, Abruf: 17.07.2021.
- PflegeVG (1994) – Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz, PflegeVG) vom 26. Mai 1994**, in: *Bundesgesetzblatt Jg. 1994, Teil I/Nr. 30*, S. 1014–1073.
- Poeck, Juliane; Bretschneider, Carsten; Freihoff, Silke; Günther, Andreas; Hasseler, Martina; Schneider, Nils; Bleidorn, Jutta; Schwabe, Sven (2021):** „... *darum rufe ich jetzt den Rettungsdienst!*“ *Eine qualitative Studie zu Notfallszenarien in Pflegeheimen*, in: *Pflege* 34, S. 141–150.
- PSG II (2015) – Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz, PSG II) vom 21. Dezember 2015**, in: *Bundesgesetzblatt Jg. 2015, Teil I/Nr. 54*, S. 2424–2463.
- Radbruch, Lukas; Payne, Sheila, on behalf of the EAPC Board of Directors (2009):** *White Paper on Standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care*, in: *European Journal of Palliative Care* 2009, 16(6), p.278–302
- Radbruch, Lukas; Andersohn, Frank; Walker, Jochen (2015):** *Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende Palliativversorgung – Faktencheck Palliativversorgung Modul 3*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, online verfügbar unter: www.faktencheck-gesundheit.de, letzter Abruf: 17.07.2021.
- Rothgang, Heinz; Fünfstück, Matthias; Kalwitzki, Thomas (2020):** *Personalbemessung in der Langzeitpflege*, in: Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer, S. 147–157.
- Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Dauerpflege Niedersachsen (letzte Änderung 01.04.2019)**, online verfügbar unter: <https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag-VS-NI.pdf>, Abruf: 27.07.2022.

Schlögl-Flierl, Kerstin; Schneider, Werner; Greißl, Kristina; Harzbecher, Moritz; Pia Heutling, Pia; Hillebrecht, Moritz; Schneider; Senneke, Julia; Julia von Hayek, Julia; Stephanie Stadelbacher, Stephanie (2021): *Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Die Würde des Pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. Endbericht.* Augsburg: Universität Augsburg – Zentrum für interdisziplinäre Gesundheitsforschung, online verfügbar unter: https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Schwerpunkt_SeLeP/pflegenetzwerk-deutschland-selep-ergebnisbericht.pdf, Abruf: 18.04.2022.

Schmidt, Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011): *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“.* Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Von TNS Infratest Sozialforschung, München. Berlin: Bundesministeriums für Gesundheit; verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/ Publikationen/ Pflege/ Berichte/ Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf, Abruf: 16.07.2020.

Schneekloth, Ulrich; von Thorne, Ingolf (2007): *Entwicklungstrends in der stationären Pflege – Ergebnisse der Infratest Repräsentativbefragung in MuG IV*, in: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2008): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“.* Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Integrierter Abschlussbericht, München, November 2007. Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 53–168.; online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/78928/9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf>, Abruf 12.01.2021.

Schneider, Werner unter Mitarbeit von Dill, Helga; Gmür, Wolfgang; von Hayek, Julia; Marek, Stephan; Schneider, Stefanie; Stadelbacher, Stephanie (2018): *Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege – Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen.* Sachbericht des Forschungs- und Praxisprojekts, online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/ Pflege/ Berichte/ _SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf, Abruf 17.07.2021.

Schwartz, Margot L.; Lima, Julie C.; Clark, Melissa A.; Miller, Susan C. (2019): *End-of-Life Culture Change Practices in U.S. Nursing Homes in 2016/2017*, in: J Pain Symptom Manage, Vol. 57 (3), p. 525–534.

Schwenk, Gertrut (2017): *Pflegeheim und Hospizdienst: Kooperation in Spannungsfeldern: Zusammenwirken zweier Organisationstypen – eine qualitative Studie.* Esslingen: Hospiz Verlag.

Schwinger, Antje; Tsiasioti, Chrysanthi (2020): *Zur Organisations- und Finanzierungszuständigkeit von häuslicher Krankenpflege (SGB V) und medizinischer Behandlungspflege (SGB XI)*, in: Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen, Schwinger, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*, Berlin, Springer open, S. 39–53, online verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-61362-7.pdf>, Abruf: 27.07.2022

Schwinger, Antje; Jürchott; Kathri; Behrendt, Susann; Argüello Guerra, Felipe; Stegbauer, Constance; Willms, Gerald; Klauber, Jürgen (2022): *Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende: Eine empirische Bestandsaufnahme*, in: Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege*. Berlin, Springer open, S. 53–74, online verfügbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-65204-6.pdf>, Abruf: 11.07.2022.

Sepulveda, Cecilia; Marlin, Amanda; Yoshida, Tokuo; Ullrich, Andreas (2002): *Palliative care: the World Health Organization's global perspective*, in: J Pain Symptom Manage, Vol. 4(1), p. 91–96.

Shaw, K.L.; Clifford, C.; Thomas, K.; Meehan, H. (2010): *Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standards Framework in primary care*, in: Palliative Medicine, Vol. 24(3), p. 317–329.

Simon, Steffen T.; Gomes, Barbara; Köskeroglu, Peyla; Higginson, Irene J.; Bausewein, Claudia (2012): *Population, mortality and place of death in Germany (1950–2050) – Implications for end-of-life-care in the future*, in: Public Health, Vol. 126 (11), p. 937–946.

Siouta, Naouma; Van Beek, Karen; van der Eerden, Marlieke E.; Preston, Nancy; Hasselaar, Jeroen G.; Hughes, Sean; Garralda, Eduardo; Centeno, Carlos; Csikos, Agnes; Groot, Marieke; Radbruch, Lukas; Payne, Sheila; Menten, Johan (2016): *Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease*, in: BMC Palliative Care, 15:56, doi: 10.1186/s12904-016-0130-7.

Statista (2014): *Verbreitung von Patientenverfügungen in Deutschland nach soziodemografischen Merkmalen im Jahr 2014*, online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318912/umfrage/patientenverfuegung-verbreitung-nach-soziodemografischen-merkmalen/>, letzter Abruf: 09.07.2020.

Statista (2020): *Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren)*, online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt--in-deutschland-nach-geschlecht/>, 16.07.2020.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftig 2019*, online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002199004.pdf?__blob=publicationFile, letzter Abruf: 12.04.2022.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019): *Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade*, online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=F93A4292190CB4A3735A19F056B554CC.live71>, Abruf 21.03.2022.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017*, online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001179004.pdf;jsessionid=988CF9995E46AE314EEF86E3EF9503E0.internet732?__blob=publicationFile, Abruf: 15.10.2019.

Strautmann, Anke; Allers, Katharina; Fassmer, Alexander Maximilian; Hoffmann, Falk (2020): *Nursing home Staff's perspective on end-of-life care of German nursing home residents: a cross-sectional survey*, in: BMC Palliative Care, 19:2 doi.org/10.1186/s12904-019-0512-8.

Tangermann, Ulla; Kleij, Kim-Sarah; Krauth, Chirstian; Amelung, Volker E. (2016): *Identifikation schwer zu versorgender Regionen in der hausärztlichen Versorgung am Beispiel von Niedersachsen*, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Vol. 92, p. 161–166.

Techtmann, Gero (2015): *Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen*. online verfügbar unter: <https://docplayer.org/26493263-Die-verweildauern-sinken.html>, Abruf: 15.07.2020.

Thompson, Sarah; Oliver, Debra P. (2008): *A New Model for Long-Term Care: Balancing Palliative and Restorative Care Delivery*, in: Journal of Housing for the Elderly, Vol. 22(3), p. 169–194.

van Baal, Katharina; Schrader, Sophie; Schneider, Nils; Wiese Birgitt; Stahmeyer, Jona Theodor; Eberhard, Sveja; Geyer, Siegfried; Stiel, Stephanie; Afshar, Kambiz (2020): *Quality indicators for*

the evaluation of end-of-life care in Germany – a retrospective cross-sectional analysis of statutory health insurance data, in: BMC Palliative Care, 19:187, doi: 10.1186/s12904-020-00679-x.

van der Kooij, Cora (2017): *Das mæeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.

van Oorschot, Barbara; Mücke, K; Cirak, A; Henking, T; Neuderth, S (2019): *Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern*, in: Z Gerontol Geriat, Vol. 52, S. 582–588.

Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden der Einrichtungen, online verfügbar unter: https://www.dhpb.de/files/public/themen/2018_Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_GVP.pdf, Abruf: 27.07.2022.

Vogt, AR; Stiel, S; Heckel, M; Goebel, S; Mai, SS; Seifert, A; Ostgathe, C; Weber, M (2018): *Einschätzung der Betreuungsqualität am Lebensende: Übersetzung und Validierung der deutschen Version des „Care of the Dying Evaluation“ (CODE-GER). Ein Fragebogen für trauernde Angehörige*, in Z Palliativmedizin, Vol 19 (05), S e17–e18.

Weber, Martin, Claus, Matthias; Zepf, Kirsten Isabel; Fischbeck, Sabine; Escobar Pinzón, Luis Carlos (2012): *Dying in Germany. Unfulfilled Needs of Relatives in Different Care Settings*, in: Journal of Pain and Symptom Management, Vol.44 (4), p. 542–551

Wiefels, Sarah; Jaspers, Birgit; Ates, Gülay; Kern, Martina; Grützner, Felix; Gunzelmann, Frank; Radbruch, Lukas (2017): *Hospizkultur und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht zu einer Erhebung des Ist-Standes*. Förderung: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Herausgeber: Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA) Rheinland. Bonn: Pallia Med Verlag 2017, online verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2017/07/abschlussbericht-hospizkultur-und-palliativversorgung-in-einrichtungen-der-stationaeren-altenhilfe-in-nordrhein-westfalen.pdf>, r Abruf: 12.01.2021.

Klaus Wingenfeld; Klaus (2012): *Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege*, in: Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert (Hrsg.): *Versorgungs-Report 2012: „Gesundheit im Alter“*. Stuttgart: Schattauer, S. 9–109.

Wingenfeld, Klaus; Schnabel, Eckhart (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen*. online verfügbar unter: [https://www.uni-bielefeld.de/\(de\)/gesundhw/ag6/downloads/Pflegebedarf_und_Leistungsstruktur.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/(de)/gesundhw/ag6/downloads/Pflegebedarf_und_Leistungsstruktur.pdf), Abruf: 16.07.2020.

World Health Organization (WHO) (2015): *World report on ageing and health*, online verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1, Abruf: 17/07/2021.

Xyländer, Margret; Sauer, Peter (2019): *Zwischen Gestalten und Aushalten. Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen im urbanen Raum*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Yin, Robert K. (1999): *Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research*, in: HSR: Health Services Research Vol. 34 (5 Part II), p. 1209–1224.

6 Projektbezogene Präsentationen und Publikationen

6.1 Vorträge und Posterpräsentationen

Vorträge

Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils; Müller-Mundt, Gabriele. *Evaluation einer Schulungsmaßnahme zur Palliativkompetenz und Hospizkultur in Altenpflegeeinrichtungen.* Fortbildungsreihe des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, 26.02.2020.

Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils; Müller-Mundt, Gabriele. *Implementation von Palliativkompetenz und Hospizkultur in stationären Einrichtungen der Altenhilfe.* Hybrid-Tagung des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum, Hannover 19.10.2020.

Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils; Müller-Mundt, Gabriele. *Evaluation einer Schulungsmaßnahme zur Palliativkompetenz und Hospizkultur in Altenpflegeheim.* Best-Abstract-Vortrag. 7. Wissenschaftliche Arbeitstage (WAT) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Berlin, Online 13.3.2021.

Walther, Wenke; Müller-Mundt, Gabriele; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils. *Palliative Versorgung von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen in Niedersachsen – Eine Analyse von Routinedaten der Pflegedokumentation.* Fortbildungsreihe des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, 29.09.2021.

Walther, Wenke, Müller-Mundt, Gabriele; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils. *Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie in Niedersachsen (ImPAct) – Eine trägerunabhängige retrospektive Evaluation.* Landesgruppentreffen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Niedersachsen/Bremen, Hannover, Online 03.11.2021.

Müller-Mundt, Gabriele; Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Nils Schneider, Nils. *ImPAct – Evaluation des Projektes Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen.* Sitzung des Programmbeirates zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs.3 SGB XI, Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes, Berlin, Online 26.11.2021.

Müller-Mundt, Gabriele; Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Nils Schneider, Nils. *Leben und Sterben im Heim unter den Bedingungen der Corona-Pandemie aus Sicht der Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Angehörigen – Ergebnisse der ergänzenden Exploration im Rahmen der qualitativen Teilstudie des ImPAct-Projekts (Phase II).* Fortbildungsreihe des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Hannover, 26.01.2022.

Poster/ Science Pitch

Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils; Müller-Mundt, Gabriele. *Versorgung sterbender Menschen in Altenpflegeheimen aus Sicht der Angehörigen.* Digitales Poster, 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) (30.09–02.10.2020), Berlin, Online 30.10.2020.

Walther, Wenke; Müller-Mundt, Gabriele; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils. *Palliative Versorgung von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen in Niedersachsen – Eine Analyse von Routinedaten der Pflegedokumentation.* Digitales Poster – Science Pitch. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) (06.–08.10.2021), Berlin, Online 07.10.2021.

6.2 Originalarbeiten

Walther, Wenke; Stiel, Stephanie; Schneider, Nils; Müller-Mundt, Gabriele (2022): *Versorgung von Menschen am Lebensende in Altenpflegeeinrichtungen in Niedersachsen – Eine quantitative Befragung von Angehörigen*, in: *Z Palliativmedizin*; Jg. 23 (1), S.95–104. DOI: 10.1055/a-1681-3640.

Walther, Wenke; Müller-Mundt, Gabriele; Wiese, Birgit; Schneider, Nils; Stiel, Stephanie (2022) *Providing palliative care for residents in LTC facilities: an analysis of routine data of LTC facilities in Lower Saxony, Germany*, in: *BMC Palliat Care*. 2022; 21: 111, DOI: 10.1186/s12904-022-00998-1.

Schwabe, Sven*; Müller-Mundt, Gabriele*; Walther, Wenke; Schneider, Nils; Stiel, Stephanie. *COVID-19-Burdens for nurses, residents and relatives in nursing homes: A multiperspective, qualitative study from Germany*. (in Vorbereitung, *geteilte Erstautor*innenschaft).

Anhang

	Seite
A Dokumente zur Projektinfrastruktur	I
A1 Votum der Ethikkommission der medizinischen Hochschule Hannover	II
A2 Projektflyer	III
A3 Projektinfrastruktur und Kooperation der Projektpartner*innen	IV
A4 Meilensteinplanung für die Projektlaufzeit	VI
B Ergebnistabellen der Datenanalyse der quantitativen Phase I	
B1 Befragung der Leitungspersonen (n=18)	
B1.1 Palliative Care Konzept und Implementierung aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XII
B1.2 Hospizkultur, hausärztliche Kooperation und regionale Angebote für die Begleitung von Menschen am Lebensende aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XII
B1.3 Willensbekundungen der Bewohner*innen, Gesprächsangebote zur Versorgungsplanung und Notfallpläne für Krisensituationen aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XIII
B1.4 Palliative Versorgung und Begleitung in der Sterbephase aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XIV
B1.5 Kommunikations- und Kooperationskultur aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XIV
B1.6 Kooperation mit externen Partner*innen im Rahmen der Betreuung sterbender Bewohner*innen aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XV
B1.7 Trauerkultur in der Einrichtungen aus Sicht der befragten Leitungspersonen(n=18)	XV
B2 Befragung der Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche (n=186)	
B2.1 Betreute und verstorbene Bewohner*innen im Arbeitsbereich der befragten Mitarbeiter*innen	XVI
B2.2 Konzept und Implementierung aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)	XVI
B2.3 Hospizkultur, Förderung der Palliativkompetenz und Freiräume zur Umsetzung der Inhalte aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)	XVI
B2.4 Versorgungspraxis und Kommunikationskultur im Rahmen der Versorgung am Lebensende aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)	XVII
B2.5 Kooperation und Vernetzung aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)	XVII
B2.6 Palliative Versorgung und Begleitung in der Sterbephase aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)	XVIII

B2.7	Abschiedskultur und Unterstützung der Trauerarbeit in den Einrichtungen aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)	XXVIII
B3 Befragung der hinterbliebenen Angehörigen 2019 verstorbener Bewohner*innen (n=149)		
B3.1	Gesprächsangebote und Willensbekundungen zur Versorgung am Lebensende der verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen (n=149)	XIX
B3.2	Versorgung der verstorbenen Bewohner*innen in den letzten 4 Lebenswochen aus Sicht der befragten Hinterbliebenen Angehörigen (n=149)	XX
B3.3	Information und Begleitung der Angehörigen in der letzten Lebensphase der Bewohner*innen aus Sicht der befragten Hinterbliebenen (n=149)	XXIII
B4 Analyse der Routinedaten im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen		
B4.1	Profil der in den Heimen lebenden Bewohner*innen (n=1.636)	XXVI
B4.2	Persönliche Merkmale der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)	XXVI
B4.3	Krankheitslast und Grad der Pflegebedürftigkeit der 2019 verstorbenen Bewohner*innen in der letzten Lebensphase (n=363)	XXVII
B4.4	Versorgungssituation der 2019 verstorbenen Bewohner*innen in der letzten Lebensphase (n=363)	XXVIII
B4.5	Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (ACP), Willensbekundungen und Sterbeort der 2019 verstorbenen Bewohner*innen	XXVIII
C Analyse der Fallstudien zum qualitativen Studienteil II		
C1	Fallstudie 1 (Heim H1)	XXIX
C2	Fallstudie 2 (Heim H2)	XLVI
C3	Fallstudie 3 (Heim H3)	LXI
C4	Fallstudie 4 (Heim H4)	LXXVI
C5	Fallstudie 5 (Heim H5)	LXXXIX
C6	Fallstudie 6 (Heim H6)	CIV