

Pflege und Betreuung



Methodenkoffer zur Verbesserung
der hospizlichen Begleitung und palliativen
Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse eines Modellprojekts



gefördert durch die

Impressum

Herausgeberin

Contilia Pflege und Betreuung GmbH
Huttopstr. 58, 45138 Essen
Fon +49 201 65056-0
<https://www.contilia.de/index.html>

Unter Mitarbeit von

Contilia Pflege und Betreuung GmbH
Hendrik Wolthaus
Jona Wessels

Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH
Anna Bußmann
Prof. Dr. Natalie Pomorin

**Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund**
Anne-Katrin Teichmüller
Dr. Vera Gerling

Gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW

© 2022 beim Herausgeber

Die Verwertung der Texte und Bilder, auch auszugsweise,
ist ohne die Zustimmung der Rechteinhaber urheberrechtswidrig.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Hintergrund	4
2	Methodisches Vorgehen	5
3	Methodenkoffer	7
3.1	Palliative Versorgungspfade	8
3.2	Palliativkoordination	9
3.3	Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf	12
3.4	Abschieds- und Sterbekultur	13
3.5	Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)	17
3.6	Analyse der Sterbefälle	19
3.7	An- und Zugehörige informieren und Beteiligungsmöglichkeiten aufzeigen	22
3.8	Bedside Learning	27
3.9	Kollegiale Fallberatung mit ethischem Schwerpunkt	29
3.10	Individuelle Rituale	32
3.11	Begleiten auf Distanz	34
3.12	Fehlerkultur	36
3.13	Palliativnetzwerk	38
3.14	Reduktion psychosozialer Arbeitsbelastung	39
4	Pandemische Restriktionen und Ausblick	42
5	Abkürzungsverzeichnis	43

1 Einleitung und Hintergrund

Stationäre Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe sind zunehmend mit Themenfeldern rund um die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung ihrer Bewohner*innen konfrontiert. Mittlerweile verstirbt bereits jede*r fünfte Deutsche in stationären Pflegeeinrichtungen, die den zweithäufigsten Sterbeort in Deutschland darstellen [1]. Dennoch erfährt lediglich ein Bruchteil der Menschen mit palliativem Bedarf eine entsprechende Versorgung. Auf internationaler Ebene wird der Bedarf an Palliativversorgung am Lebensende auf 56–83 % geschätzt [2]. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin geht sogar bei 90 % der Versterbenden in Deutschland von einem palliativen Versorgungsbedarf aus [3]. Laut einer Routinedatenanalyse erhalten jedoch deutschlandweit weniger als ein Drittel der gesetzlich Versicherten palliative Leistungen in den letzten sechs Lebensmonaten [4].

Da sich zudem Studien zufolge die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in Pflegeeinrichtungen bislang auf unterschiedlichem Niveau befindet [5,6], ist im Juni 2019 das Forschungsprojekt „Hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in der stationären Pflege“ (HoBepViP) von der Contilia Pflege und Betreuung GmbH mit einer Laufzeit von drei Jahren (zzgl. sechsmonatiger pandemiebedingter Projektunterbrechung) initiiert worden. Gefördert wird das Projekt von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW.

Mit dem Ziel, eine verlässliche und konsistente hospizliche Begleitung und palliative Versorgung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, wurden in zwei Pileteinrichtungen der Contilia Pflege und Betreuung GmbH in Zusammenarbeit mit den beiden Forschungsinstituten Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH und Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./ Institut für Gerontologie (FfG) an der TU Dortmund Untersuchungen durchgeführt. Neben den beiden Pileteinrichtung wurden drei Einrichtungen eines erweiterten Trägerkreises sowie ein fachkundiger Expertenbeirat eingebunden. Im regelmäßigen Austausch wurden Erkenntnisse mithilfe unterschiedlicher Perspektiven und Interessen im fachlichen Diskurs ergänzt und damit die Übertragbarkeit von Ergebnissen erhöht.

Auf Basis empirischer Erkenntnisse wurden unter Berücksichtigung von Vorstellungen und Wünsche aus Einrichtungs-, Mitarbeitenden-, Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigenperspektive Lösungsansätze zur Verbesserung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung stationärer Pflegeeinrichtungen im Praxisalltag erarbeitet. Die Lösungsansätze sind in Form eines „Methodenkoffers“ aufbereitet und stellen das Kernstück des vorliegenden Dokuments dar.

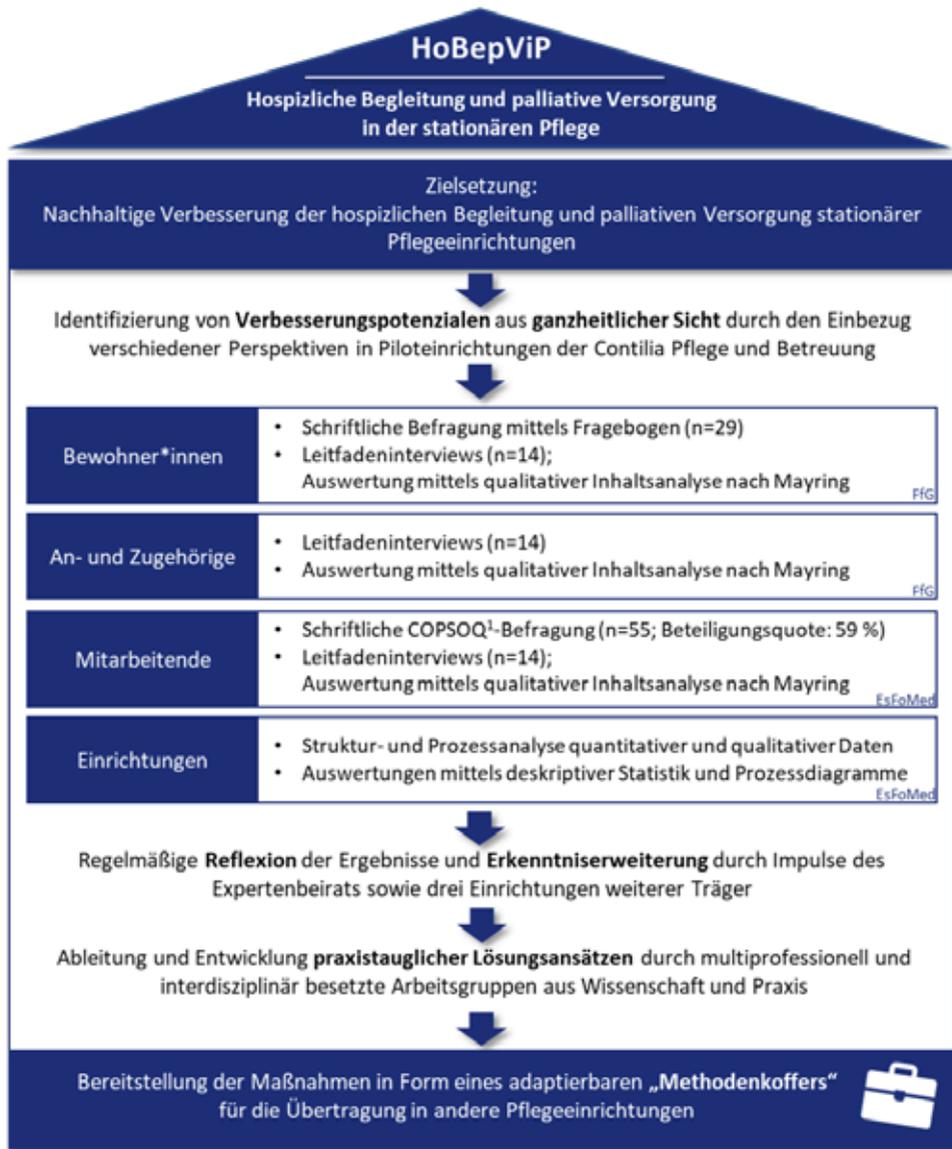
Literatur

- [1] Dasch B, Zahn Peter K. Place of death trends and utilization of outpatient palliative care at the end of life-analysis of death certificates (2001, 2011, 2017) and pseudonymized data from selected palliative medicine consultation services (2017) in Westphalia, Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118:331–8. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0124.
- [2] Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M et al. Estimating the need for palliative care at the population level: a cross-national study in 12 countries. *Palliat Med* 2017; 31(6):526–36. doi: 10.1177/0269216316671280.
- [3] Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Palliativversorgung. Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende.; 2015 [Stand: 20.10.2022].
- [4] Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, Stichling K, Jansky M, Nauck F et al. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*; 63(12):1502–10. doi: 10.1007/s00103-020-03240-6.
- [5] Wiefels S, Jaspers B, Ates G, Kern M, Grütznert F, Gunzelmann F et al. Hospizkultur und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht zu einer Erhebung des Ist-Standes. Bonn: Pallia Med Verlag; 2017.
- [6] Schneider W, Dill H, Gmür W, Hayek J von, Marek S, Schneider S et al. Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen. Forschungs- und Projektbericht.; 2018 [Stand: 26.10.2022].

2 Methodisches Vorgehen

Mittels Mixed-Methods-Ansatz in Form einer umfassenden, multiperspektivischen Status quo-Analyse wurde zunächst die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in den Pileteinrichtungen untersucht, um Problembereiche im Praxisalltag zu identifizieren und darauf aufbauende Lösungsansätze mithilfe multiprofessioneller und interdisziplinärer Arbeitsgruppen aus Wissenschaft und Praxis zu erarbeiten.

In der nachfolgenden Abbildung ist das methodische Vorgehen sowie die berücksichtigten Perspektiven der Status quo-Analyse im Zeitraum von Oktober 2019 bis Februar 2020 abgebildet



¹COPSQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire; wissenschaftlich validiertes Instrument zur Erfassung arbeitsbedingter Belastungen

3 Methodenkoffer

Der vorliegende Methodenkoffer versteht sich ausdrücklich als Materialsammlung, die Impulse für hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen liefern soll. Nicht für jede Einrichtung müssen alle der vorliegenden Maßnahmen passend sein. Es geht vielmehr darum, sich aus den vorliegenden Ideen die Möglichkeiten herauszusuchen, welche die eigene Arbeit ergänzen können und sie auf die jeweiligen Bedingungen vor Ort anzupassen und abzustimmen.



In den nachfolgenden Kapiteln werden untenstehenden Einzelmaßnahmen des Methodenkoffers jeweils vorgestellt. Zu einigen Maßnahmen gibt es darüber hinaus weiterführende Materialien, die unter dem abgebildeten QR-Code oder dem folgenden Link kostenfrei und zur eigenen Verwendung heruntergeladen werden können:

<https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html>.



3.1 Palliative Versorgungspfade

In den Erhebungen verdeutlicht sich, dass aufgrund mangelnder struktureller und organisatorischer Vorgaben palliative Versorgungsprozesse in den Einrichtungen oftmals auf subjektivem Ermessen der Mitarbeitenden basieren, was zu Unsicherheiten führt und Inkonsistenzen bezüglich der palliativen Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohner*innen bewirkt. Gleichzeitig geben Mitarbeitende an, sich Orientierungshilfen und Handlungsanweisungen zu wünschen. Unter Berücksichtigung identifizierter Kennzeichen idealtypischer hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung wurden vor diesem Hintergrund praxistaugliche Versorgungspfade zur Erhöhung der Handlungskompetenz für Situationen erarbeitet, bei denen zuvor Unsicherheiten ermittelt wurden.

Palliative Versorgungspfade

1. Identifizierung der Palliativphase als Gesamtkonzept inkl. Screeninginstrument, Symptomkontrollbogen und Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf¹
2. Einsatz des Essener Palliativausweises
3. Implementation der Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase² (GVP) für Einrichtungen, die bislang keine GVP anbieten
4. Ablauf von GVP nach erfolgreicher Implementierung
5. Indikation von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
6. Umgang mit an COVID-19 erkrankten Palliativbewohner*innen
7. Umgang mit verstorbenen Bewohner*innen
8. Symptomatische Szenarien:
 - 8.1. Verwirrtheit und Delir
 - 8.2. Essen und Trinken am Lebensende
 - 8.3. Mundtrockenheit
 - 8.4. Angst
 - 8.5. Übelkeit und Erbrechen
 - 8.6. Luftnot
 - 8.7. Obstipation
 - 8.8. Rasselatmung in der Sterbephase
 - 8.9. Betreuung von Bewohner*innen in der Sterbephase
 - 8.10. Umgang mit Blutungen in der Sterbephase
 - 8.11. Palliative Sedierung



Die Versorgungspfade „Essener Palliativausweis“ und „Umgang mit verstorbenen Bewohner*innen“ sind unter <https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html> verfügbar. Alle anderen Versorgungspfade können in Kürze bei der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen eingesehen und ebenfalls kostenfrei zur eigenen Verwendung bezogen werden.

¹ Die Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf ist als alleinstehende Maßnahme unter 3.3 beschrieben.

² Gemäß § 132g SGB V.

3.2 Palliativkoordination

Die Erkenntnisse der Status quo-Analyse zeigen, dass es sowohl zwischen den Pilot-einrichtungen als auch innerhalb der einzelnen Pflegeeinrichtungen deutliche Unterschiede in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung gibt. Fehlende strukturelle Gegebenheiten und organisatorische Grundlagen sorgen dafür, dass Mitarbeitende hinsichtlich palliativer Versorgungsprozesse verunsichert sind. Ihnen fehlt eine Ansprechstelle bei Fragen in Bezug auf die palliative Versorgungssituation und Unterstützung im Umgang mit An- und Zugehörigen, deren Gesprächsbedarf und Fragen häufig mit Eintritt der Palliativsituation des Bewohners/der Bewohnerin zunehmen. Prozessanalysen und Interviews verdeutlichen außerdem, dass im zeitkritischen Arbeitsalltag der Mitarbeitenden nicht immer alle notwendigen Informationen und Ressourcen in palliativen Akutsituationen bereitliegen. Zusätzlich werden Informationskanäle und die Einbindung von Unterstützungsangeboten von Mitarbeitenden unterschiedlich gehandhabt und führen dazu, dass Bewohner*innen keine qualitativ einheitliche hospizliche Begleitung und palliative Versorgung erfahren.

Aus den Projekterkenntnissen konnte die Funktion einer Palliativkoordination als ein ganzheitlicher Lösungsansatz für beschriebene Problembereiche abgeleitet werden. Als zentrales Steuerungsorgan kümmert sich die Palliativkoordination um alle organisatorischen und inhaltlichen Belange der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung. Sie soll zur frühzeitigen Identifizierung von palliativem Handlungsbedarf beitragen und dafür sorgen, dass alle notwendigen Informationen, Dokumente und Ressourcen für die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung bereitstehen. Als fachkundige Ansprechstelle für interne und externe Partner*innen sollen Mitarbeitende entlastet und Handlungssicherheiten gestärkt werden. Darüber

hinaus soll die Einbindung von ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten gefördert und die Weiterentwicklung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung innerhalb der Einrichtung vorangetrieben werden. Somit hat die Palliativkoordination Einfluss auf einen Großteil der identifizierten Problemfelder und beinhaltet großes Potenzial, die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Untenstehend werden Aufgabenbereiche und Profil der Palliativkoordination beschrieben, die je nach individuellen Rahmenbedingungen entsprechend angepasst werden können. Zur Unterstützung wird der Einsatz der Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf (vgl. Maßnahme 3.3) empfohlen.

Profil der Palliativkoordination

- Entsprechende Qualifikation (z.B. examinierte Pflegefachkraft, Sozialarbeiter*in); Berufserfahrung wünschenswert
- Weiterbildung zur Palliative Care-Pflegefachkraft (alternativ: prospektive Weiterbildungsmöglichkeit)
- Qualifikation zur GVP-Beratung (alternativ: prospektive Weiterbildungsmöglichkeit)
- Ausgeprägtes Organisationstalent
- Gute kommunikative Fähigkeiten und Einfühlungsvermögen
- Stellenumfang: $\frac{1}{8}$ Stelle je 50 Bewohner*innen (orientiert an Lux 2016)
- Arbeitszeit (z.B.): montags, dienstags und freitags von 12:30 bis 14:30 Uhr; mittwochs 14 bis 16 Uhr

Aufgabenbereiche der Palliativkoordination

- Teilnahme an Dienstübergaben und Begleitung von Bewohner*innenkonferenzen
- Ermittlung von Wünschen und Bedürfnissen von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen; Informationsweitergabe an die Pflege- und Betreuungskräfte
- Vorhandensein notwendiger Dokumente, Pflegehilfsmittel und Medikamente prüfen und ggf. beschaffen
- Unterstützung des Pflegegradmanagements
- Unterstützung bei der Analyse von Sterbefällen (vgl. Maßnahme 3.6)
- Ansprechstelle bei Fragen rund um die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung für Mitarbeitende, Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige
- Unterstützung der Koordination der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), SAPV, dem palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) und der ärztlichen Versorgung
- Initiierung und Integration ehrenamtlicher Unterstützungsangebote
- Übergreifender Austausch und Vernetzung von Palliativkoordinationen und Teilnahme an Netzwerktreffen
- Leitung eines einrichtung-internen Palliativ-Qualitätszirkels
- Falls Qualifikation zur GVP-Beratung vorhanden:
 - o Anbieten und Durchführen von GVP-Gesprächen (einschließlich Dokumentation und Informationsweitergabe)
 - o Evaluation von GVP-Gesprächen und ggf. Angebot wiederholen

Literatur

Lux EA. Kommt der Palliativkoordinator? Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e. V., Münster; 2016.

3.3 Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf

Organisatorische Abläufe und die Einbindung verschiedener Versorgungspartner*innen in die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung erfolgen Befragungen sowie Struktur- und Prozessanalysen zufolge ohne strukturellen Rahmen und basieren auf subjektivem Ermessen. Zudem bestehen im Arbeitsalltag Schwierigkeiten bei der Koordination palliativer Versorgungsprozesse und der (systematischen) Erfassung sich verändernder Bewohner*innenwünsche, um diese in der Versorgung am Lebensende berücksichtigen zu können.

Vor dem Hintergrund wurde eine strukturierte Übersicht erforderlicher Informationen, Dokumente, Ressourcen und Abläufe erarbeitet, die als Instrument fungiert, auf dessen Grundlage Einrichtungen die Voraussetzungen einer reibungslosen hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung des individuellen Bewohners/der individuellen Bewohnerin prüfen können. Hierzu werden in der Checkliste die nachfolgend beschriebenen Themenbereiche berücksichtigt.

Themengebiete der Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf

- Bewohner*innenwünsche
- Ärztliche Verordnungen
- An- und Zugehörige/gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigte*r
- Religiöse, spirituelle und psychosoziale Begleitung
- Kommunikation und Information
- Pflegerische Interventionen
- Zusätzlich: „To do“-Liste als Gedankenstütze für noch ausstehende Handlungen



Die Verantwortlichkeit der Checkliste wird an übergeordneter Stelle empfohlen, bspw. bei der Palliativkoordination oder Pflegedienstleitung. Ein Ausschnitt der Checkliste ist nachfolgend abgebildet. Die vollständige Version kann unter <https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html> heruntergeladen werden.

Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Wohnbereich: _____ Pflegegrad: _____
 Erhoben durch: _____ Datum: _____

1. Bewohner*innenwünsche		ja	nein
1.1	Wünsche bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Veränderung von Wünschen aufgrund von Ausnahme- und Krisensituationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	GVP vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, GVP evaluiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, GVP angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Essener Palliativausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, erwünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, darüber informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ärztliche Verordnungen			
2.1	Aktuelle Medikation geprüft, nicht zielführende Medikamente abgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Bedarfsmedikation verordnet und vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Medizinische Interventionen/ Maßnahmen überprüft? (subkutane Flüssigkeitsgabe, Antibiotika, DK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Unangemessene pflegerische Prophylaxen durch den Arzt/ der Ärztin abgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Mitbehandlung durch „Allgemeine ambulante Palliativversorgung“ / „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ / „Palliativmedizinischen Konsiliardienst“ geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 Abschieds- und Sterbekultur

In stationären Pflegeeinrichtungen ist eine praktizierte, explizite und sowohl für Bewohner*innen als auch für An- und Zugehörige erkenn- und lebbare Abschieds- und Sterbekultur eine in Teilen recht neue Maßnahme und hängt i. d. R. stark von den Leitungskräften und ihrer jeweiligen Haltung ab.

Eine gelebte Abschieds- und Sterbekultur adressiert ein breites Spektrum an Beteiligten in und außerhalb der Einrichtung: Leitung, Pflege, soziale Betreuung, Hauswirtschaft und Küche, Reinigung, die betroffene Person selbst sowie ihre An- und Zugehörigen und darüber hinaus Kooperationspartner*innen wie Ehrenamtliche, medizinisch-pflegerische Akteur*innen, psychosoziale und spirituelle Akteur*innen sowie weitere Dienstleister*innen wie Bestattungsunternehmen.

Eine gelebte Abschieds- und Sterbekultur sollte in der stationären Einrichtung durchgängig erkennbar sein. Das umschließt vor bzw. bei Einzug von Bewohner*innen in die Einrichtung, während des Lebens in der Einrichtung, in der Sterbephase sowie nach dem Versterben von Bewohner*innen. Um dies zu erreichen, können die nachfolgend aufgelisteten Angebote eingesetzt werden.

1. Informationen zu Abschieds- und Sterbekultur

Für An- und Zugehörige:

- **Gestaltung eines Flyers:** praktizierte Abschieds- bzw. Sterbekultur, Informationen zum Umgang mit Trauer, Ansprechpartner*innen für trauernde An- und Zugehörige
- **Durchführung eines An- und Zugehörigen-Abends:** Abschieds- bzw. Sterbekultur zum Thema machen; alternativ über digitale Angebote (z.B. in Pandemie- oder Krisensituationen)
- **Durchführung einer Informationsveranstaltung über ambulante Hospizdienste:** über Möglichkeiten der ehrenamtlichen Begleitung informieren
- **Durchführung von Beratungsgesprächen:** Angebot zu Themen wie z.B. Schmerz oder Essen und Trinken am Lebensende
- **Engmaschiger Kontakt zu An- und Zugehörigen:** Ansprechperson in der Einrichtung kommunizieren, an die sich An- und Zugehörige bei offenen Fragen oder Unsicherheiten jederzeit wenden können
- **Möglichkeiten für An- und Zugehörige aufzeigen:** anbieten, sich auf Wunsch aktiv an der Begleitung und Versorgung von Bewohner*innen beteiligen zu können, z. B. bei der Grundpflege helfen oder zur eigenständigen Durchführung von Mundpflege anleiten
- **Erneute Kontaktaufnahme nach dem Tod:** ca. sechs Wochen nach dem Tod nimmt eine Leitungskraft Kontakt zu den An- und Zugehörigen auf, erkundigt sich nach ihrem Befinden und bittet ggf. um Feedback bzgl. der letzten Lebensphase

Für Bewohner*innen:

- **Aufnahmegespräch:** anbieten, über Sterben und Abschiedskultur zu sprechen und vermerken, ob dies gewünscht war und durchgeführt wurde
- **Integrationsgespräch:** nach ca. sechs Wochen das Thema erneut ansprechen und erneut dokumentieren
- **Dokumente der Einrichtung:** ggf. mit entsprechenden Informationen zur Abschieds- und Sterbekultur ergänzen

2. Erfragen von und Umgang mit Wünschen von Bewohner*innen

- **Für Aufnahmegespräch:** Wünsche erfragen und dokumentieren (oft durch die Frage „Gibt es etwas Unerledigtes für Sie? Etwas, das Sie bislang nicht geschafft haben?“)
- **Integrationsgespräch:** Wünsche erneut im Rahmen des Integrationsgesprächs nach ca. sechs Wochen abfragen und dokumentieren
- **GVP:** Wünsche im Rahmen der GVP erfragen
- **Palliative Versorgung:** stärkerer Einbezug von ehrenamtlichen Mitarbeitenden ambulanter Hospizdienste
- **Weitergabe:** von (veränderten) Wünschen an Kooperationspartner*innen (z.B. Palliativdienst)
- **Dokumente der Einrichtung:** ggf. mit entsprechenden Spalten zur Wunschermittlung ergänzen

Orientierungshilfe: Welche Wünsche können im Sterbeprozess erfragt werden?

- Gibt es etwas Unerledigtes für Sie? Etwas, das Sie bislang nicht geschafft haben?
- Lieblingessen, -getränke (ändern sich schnell), was haben Sie lange nicht mehr gegessen?
- Mundpflege: Was tut gut? Welche Getränke sind erwünscht?
- Welche Gerüche mögen Sie gerne?
- Wann/wie oft möchten Sie Ihre Ruhe haben?
- Welche Musik mögen Sie? Möchten Sie gerne Musik im Sterbeprozess hören?
- Gibt es Texte oder Bücher aus denen Ihnen vorgelesen werden soll?
- Wo möchten Sie gerne sterben (z.B. draußen)?
- Wer sollte im Idealfall dabei sein? Gibt es jemanden, der auf gar keinen Fall dabei sein soll?
- Raumgestaltung: Wo soll das Bett stehen (mit Blick aus dem Fenster)?
- Gibt es eine Religion? Wird sie gelebt oder nicht?

3. Bessere Bekanntmachung des ambulanten Hospizdienstes

- Durchführung von Informationsveranstaltungen: für Bewohner*innen
- Durchführung eines An- und Zugehörigen-Abends
- Wiederholte Ansprache durch Mitarbeitende im persönlichen Kontakt

4. Sterbekultur in anderen Kulturkreisen

- Aufnahmegespräch: Religion des Bewohners/der Bewohnerin abfragen. Wird sie gelebt oder nicht?
- Dokumente der Einrichtung: ggf. mit entsprechenden Spalten zur Informationserhebung ergänzen

5. Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

Für An- und Zugehörige:

- Einrichtung und (regelmäßige) Durchführung eines Trauercafés
- Bereitstellung von Informationen: zum Umgang mit Trauer; an wen sich trauernde An- und Zugehörige wenden können

Für Bewohner*innen:

- **Kontinuierliche, unterschwellige Platzierung:** Pflege- und Betreuungskräfte sollten versuchen, das Thema immer wieder unterschwellig zu platzieren, z.B. in informellen, kleineren Kreisen befreundeter Bewohner*innen
- **Aufnahme der Frage in bestehende Prozesse:** Integrationsgespräch und ggf. die GVP; beispielhafte Frage „Haben Sie das Bedürfnis, sich über Fragen, die das Sterben und den Tod betreffen, auseinanderzusetzen?“ „Möchten Sie über Sterben und Tod sprechen, wenn ja, mit wem?“
- **Benötigte Zeit geben:** Dem/r Bewohner*in die Zeit geben, die er/sie benötigt. Das Gespräch über Sterben und Tod führen, wenn der/die Betroffene signalisiert, dass er/sie soweit ist und sich darüber Gedanken gemacht hat. Eine vertraute Person (z.B. die Bezugspflege oder bei Männern „von Mann zu Mann“) führt das Gespräch
- **Dokumentation Ergebnisse:** Das Ergebnis des Gesprächs ist in der Dokumentation für alle einsehbar

3.5 Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)

Befragungen von Mitarbeitenden, Bewohner*innen und ihren An- und Zugehörigen belegen ein nicht ausreichendes Wissen über das Angebot und die Inhalte der GVP. Mit Blick auf die Prozess- und Strukturqualität zeigen sich in den Pileteinrichtungen Verbesserungspotenziale.

Die Implementierung eines GVP-Konzepts soll zu einer strukturierten Erfassung von Bewohner*innenwünschen bezüglich ihrer gesundheitlichen Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase führen. Dabei bietet die GVP im Versorgungsprozess die Möglichkeit, zu einer verbesserten Entscheidungs- und Handlungskompetenz von Bewohner*innen am Lebensende beizutragen. Daher sollte sie jedem/r Bewohner*in stationärer Pflegeeinrichtungen bei Einzug oder im Verlauf seiner/ihrer Eingewöhnungsphase angeboten werden. Folgende Kriterien werden im Rahmen der GVP berücksichtigt.

Kriterien GVP

- Beratung bezüglich medizinisch-pflegerischer Versorgung und Betreuung
- Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung
- Handlungsweisungen für Notfallsituationen
- psychosoziale Begleitung
- spirituelle Begleitung
- Thematisierung einer bestehenden oder die Erstellung einer aktuellen Patientenverfügung

Die Fragen eines „guten“ Sterbens werden im Rahmen der GVP aus unterschiedlichen Perspektiven und auf verschiedenen Ebenen behandelt. Ziel der GVP ist es, eine umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners/der Bewohnerin sicherzustellen. Hierzu werden u.a. Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich des Einbezugs weiterer Betreuungs- und Versorgungsangebote in der letzten Lebensphase sowie in Bezug auf mögliche Notfallsituationen ermittelt.

Eine stattgefundenene Beratung mündet in einer Versorgungsplanung, die den Willen des Bewohners/der Bewohnerin widerspiegelt und den an der Versorgung beteiligten Personen Handlungsweisungen für die letzte Lebensphase an die Hand gibt. Durch

dieses Instrument soll sichergestellt werden, dass die individuelle Begleitung und Betreuung nach Maßgabe der Entscheidungen des Bewohners/der Bewohnerin ausgerichtet sind. In die Beratungssituation ist neben der GVP-Beratung der/die behandelnde Hausarzt/-ärztin mit einzubeziehen. Auf Wunsch des Bewohners/der Bewohnerin können ebenfalls An- und Zugehörige hinzugezogen werden. Da im Rahmen der Beratung höchst persönliche und emotional berührende Themenfelder offen angesprochen werden, muss ein begonnenes Gespräch nicht sofortig in eine festgelegte Versorgungsplanung münden. Die Fallbesprechung kann unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführt werden. Des Weiteren kann nach § 132g Abs. 1 (3) SGB V die Beratung bei wesentlichen Änderungen des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

Aus der Organisationsperspektive ist das Vorhalten von qualifiziertem Personal (GVP-Berater*in) eine grundlegende strukturelle Voraussetzung für Pflegeeinrichtungen. Auch die aktive Bereitschaft sich mit der Thematik auseinanderzusetzen sowie die Entwicklung eines Organisationsethos sind wichtig, um das GVP-Angebot mit Leben zu füllen.

Die beschriebene Maßnahme zur Verbesserung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung orientiert sich grundlegend an den Handlungsempfehlungen nach §132g Abs. 3 SGB V der Stadt Essen und dem Netzwerk Palliativmedizin Essen (npe).

Orientierungshilfen für Einrichtungen, welche die GVP zukünftig implementieren möchten sowie zur Initiierung von GVP-Gesprächen für Einrichtungen, die die GVP bereits erfolgreich implementiert haben, können unter der Maßnahme 3.1 eingesehen werden.

Literatur

DGP/DHPV, BÄK. Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie.; 2016 [Stand: 17.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuungsterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Hand-lungsempfehlungen_ONLINE.pdf.

Stadt Essen. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Handlungsempfehlungen nach §132g Abs. 3 SGB V. [Stand: 17.11.2022]. Verfügbar unter: https://netzwerk-palliativmedizin-essen.de/wpcontent/uploads/2019/12/Gesundheitliche_Vorsorgeplanung_2019_A4.pdf.

3.6 Analyse der Sterbefälle

Aus den Erkenntnissen der Status quo-Analyse lassen sich Verbesserungspotenziale in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung anhand der fünf Merkmale von Sterbequalität (Schmerz und Symptomkontrolle, Autonomie und Authentizität, Abschied und Versöhnung, Kommunikation und Bewusstsein) ableiten.

Eine regelmäßige Evaluation und Reflexion aller Todesfälle beinhaltet dabei großes Potenzial einer sukzessiven Verbesserung der Sterbequalität sowie einer kontinuierlichen Sensibilisierung der Mitarbeitenden in der stationären Pflege. Die systematische Erfassung von Sterbefällen und deren Rahmenbedingungen innerhalb der Piloteinrichtungen entspringt der Intention, Unregelmäßigkeiten zu identifizieren, um ggf. frühzeitig gegensteuernde Maßnahmen einleiten zu können. Zur Erhebung zurückliegender Sterbesituationen wurde ein Erfassungsbogen entwickelt, für dessen Anwendung die zuständige Pflegedienstleitung als verantwortlich empfohlen wird.

Die erhobenen Bögen können in den jeweiligen Einrichtungen digitalisiert oder als analoges Dokument in der dort vorhandenen Ordnerstruktur für die Eventualität eines späteren Rückgriffs abgelegt werden. Alternativ kann der genutzte Erfassungsbogen in einer digitalen Variante abgebildet werden und somit innerhalb eines IT-gestützten Dokumentationssystems direkte Anwendung finden. Die Erfassungsbögen sollten zeitnah nach Eintritt des Ereignisses ausgefüllt werden. In regelmäßigen Abständen sollten die eingereichten Dokumente zudem stichprobenhaft, im Rahmen von übergeordneten Dokumentationsabgleichen, auf ihre Validität hin überprüft werden. Hierfür wird eine Stichprobe von 10 % der erhobenen Bögen empfohlen. Festgestellte Abweichungen (inhaltlich und/oder systematisch) sollten unmittelbar mit der betreffenden Pflegedienstleitung der Einrichtung rückgekoppelt und thematisiert werden.

In Folge einer kontinuierlichen Weiterentwicklung wurden im Projektverlauf Items inkludiert mit denen der Erfassungsbogen auch als Reflexionsinstrument für Sterbesituationen dient. Mittels der direkten Evaluation aufgetretener Sterbesituationen wird eine kontinuierliche Sensibilisierung der Pflegedienstleitungen und mittelbar aller Einrichtungsmitarbeitenden bezogen auf das Themenfeld der hospizlichen Begleitung und-palliativen Versorgung sterbender Bewohner*innen angestrebt. Außerdem verfolgt dieses Vorgehen den Zweck, eine spezifische Sterbesituation retrospektiv auf mögliche Verbesserungspotenziale hin zu überprüfen. Letztendlich wird durch diese Art der internen Aufarbeitung von Sterbesituationen das Ziel angestrebt, die intrinsische Haltung der beteiligten Akteure hin zu einem hospizlich-palliativ geprägten Organisationsethos zu bewegen.

Der Erfassungsbogen wurde so konzipiert, dass der Großteil der Fragen mit einer klaren ja-/nein Dichotomie beantwortet werden. Ein Vorteil der nur zwei Antwortoptionen besteht darin, dass der/die Befragte sich damit klar positioniert und die Ergebnisse sehr scharf und ohne Varianz bewertet werden können. Einseitige, interpretative und suggestive Formulierungen wurden dabei vermieden.

Insbesondere der unkomplizierte Aufbau des Erhebungsbogens und die dichotome Skalierung, erzeugen im Ergebnis eine hohe Äquivalenz zwischen den einzelnen Erhebungsbögen, die dazu führt, dass das Instrument sowohl für einrichtungsinterne Vergleiche als für Vergleiche zwischen mehreren Einrichtungen eingesetzt werden kann.



Ein Ausschnitt des Erfassungsbogens ist untenstehend dargestellt. Die vollständige Version kann unter <https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html> bezogen werden.

Literatur

- Streck N. Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes. In: Jakoby N, Thönes M, Hrsg. Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer VS; 2016.
- Kostrzewa S, Gerhard C. Hospizliche Altenpflege. Hospizliche Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. 1. Auflage. Bern: Huber Verlag; 2010. Kallus WK. Erstellung von Fragebogen. 2. Auflage. Stuttgart: utb; 2016.

Einrichtung			Bewohnerin-Pseudonym der DAS
Verweildauer in der Einrichtung	<input type="checkbox"/> < eine Woche <input type="checkbox"/> < halbes Jahr	<input type="checkbox"/> < ein Monat <input type="checkbox"/> > halbes Jahr	verstorben am:
Wurde durch die pflegerische Seite eine palliative Versorgungssituation festgestellt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde durch die medizinische Seite die palliative Versorgungssituation bestätigt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sterbeort	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus		<input type="checkbox"/> in der Einrichtung
Sterbezeitraum	<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> Frühdienst <input type="checkbox"/> Spätdienst <input type="checkbox"/> Nachtdienst
Wohngruppe	<input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> 1. OG <input type="checkbox"/> 2. OG <input type="checkbox"/> 3. OG <input type="checkbox"/> 4. OG <input type="checkbox"/> 5. OG <input type="checkbox"/> 6. OG		
Inhalt Thema	Ja	Nein	Bemerkung
Wenn im KH verstorben, Einweisungsgrund:			<input type="checkbox"/> Verdacht auf Fraktur <input type="checkbox"/> Primärversorgung akute/r Wunde/n <input type="checkbox"/> anderer Einweisungsgrund
Wenn in der Einrichtung verstorben: wurden Reanimationsmaßnahmen eingeleitet?			
Lag eine Patientenverfügung vor?			
Wurde das Angebot der Gesundheitlichen Versorgungsplanung unterbreitet?			
Wurde das Angebot wahrgenommen und der autonome Wille / mutmaßliche Wille des/der Bewohner:in ermittelt?			
Lag ein Palliativausweis vor?			
Wurde die SAPV oder der PKD miteinbezogen?			
Wurde der ambulante Hospizdienst			
Wurde das Angebot genutzt?			
Waren 48h vor dem Tod belastende physische oder psychische Symptome wahrzunehmen?			<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Angst/Unruhe <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Geruchsbildung <input type="checkbox"/> andere
Erfolgte die Anwendung spezieller palliativer Pflegemaßnahmen gemäß dem individuellen Bedarf?			<input type="checkbox"/> spezielle Mundpflege <input type="checkbox"/> Aromatherapie <input type="checkbox"/> Lichttherapie <input type="checkbox"/> andere: _____

3.7 An- und Zugehörige informieren und Beteiligungsmöglichkeiten aufzeigen

Das bevorstehende Lebensende einer nahestehenden Person kann eine große emotionale und kräftezehrende Belastung für An- und Zugehörige darstellen. Eine ausreichende Informationslage hilft dabei, Unsicherheiten und dem Gefühl von Hilflosigkeit vorzubeugen. Gleichzeitig ist ein kontinuierlicher und offener Austausch zwischen Bewohner*in, An- und Zugehörigen und Mitarbeitenden der Einrichtung ein wichtiger Schritt dahingehend, dass die letzte Lebensphase des Bewohners/der Bewohnerin entsprechend der individuellen Wünsche und Bedürfnisse gestaltet werden kann.

Indem Fragen willkommen geheißen und beantwortet werden, können Bewohner*innen und An- und Zugehörige mögliche Sorgen direkt adressieren. Wichtig in solchen Gesprächen ist, dass eine sachliche und informative Sprache verwendet wird, die nicht zur Tabuisierung der Themen „Sterben und Tod“ beiträgt.

Die Interviews mit An- und Zugehörigen im Rahmen des Projektes verdeutlichen, dass sich die Befragten nicht ausreichend in die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung der Bewohner*innen eingebunden fühlen. Ihnen fehlen Gesprächsmöglichkeiten mit Mitarbeitenden und viele Angebote sowie Kooperationen der Einrichtungen (z. B. mit dem ambulanten Hospizdienst) sind ihnen nicht bekannt. Sie haben den Wunsch nach frühzeitigen Informationen und Transparenz zu Vorgehen und Gestaltungsmöglichkeiten in der letzten Lebensphase. Sie möchten als Verbündete verstanden und in den Prozess eingebunden werden. Gleichzeitig wünschen Sie sich eine Anlaufstelle für ihre Anliegen zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung. Selbstverständlich gibt es keinen allgemeingültigen Weg, wie An- und Zugehörige in die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung einzubeziehen sind. Ebenso wie jeder Mensch, ist auch jede letzte Lebensphase und jede Beziehung zwischen Bewohner*innen und ihren An- und Zugehörigen individuell. Deshalb ist jeweils gemeinsam auszuhandeln, welcher Weg für die involvierten Personen geeignet ist. Dabei gilt auch ein Recht auf Nichtwissen und Nichtauseinandersetzung, welches zu respektieren ist.

Nachfolgend sind verschiedene Möglichkeiten dargestellt, mit denen die An- und Zugehörigenarbeit gestaltet werden kann.

Information und Sensibilisierung

1. Besichtigung der Pflegeeinrichtung

Bereits beim Erstkontakt kann Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen die Offenheit zur Zusammenarbeit vermittelt und wichtige Informationen zu Ansprechpersonen etc. mitgeteilt werden.

2. Reflexion über die Integrationsphase von An- und Zugehörigen

An- und Zugehörigen soll die Möglichkeit gegeben werden, mit Mitarbeitenden der Einrichtung darüber ins Gespräch zu kommen, wie sie die Zusammenarbeit erleben und was sie sich gegenseitig voneinander wünschen. ACHTUNG: In dem Gespräch mit den An- und Zugehörigen geht es nur um die Zusammenarbeit zwischen An- und Zugehörigen und Einrichtung und NICHT darum, Inhalte aus dem Integrationsgespräch mit dem/r Bewohner*in zu thematisieren!

3. GVP-Gespräch

In einem GVP-Gespräch geht es um den/die Bewohner*in! Trotzdem sind hier häufig An- und Zugehörige zur Unterstützung dabei. Auch wenn sie in dem Gespräch keine aktive Rolle einnehmen, kann es sie dabei unterstützen, sich mit der Endlichkeit des Lebens und damit zusammenhängenden Wünschen auseinanderzusetzen und auch über die GVP hinaus darüber sprachfähig zu werden.

4. Informationsbroschüre zu Hospizkultur und Palliativversorgung in der Einrichtung

Hier können Informationen zu Abschieds- und Sterbekultur in der Einrichtung aber auch Informationen zur letzten Lebensphase und damit zusammenhängenden Veränderungen sowie Gestaltungsmöglichkeiten und Ansprechpersonen aufgeführt werden.

5. Information über Ansprechperson(en)

Indem Bewohner*innen und An- und Zugehörigen konkrete Ansprechpersonen zu Fragen der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung vermittelt werden, erhalten Sie ein Gefühl von Unterstützung und Sicherheit.

6. Einrichtungszeitung

Auch die Einrichtungszeitung ist eine Möglichkeit, Informationen zu hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung zu verbreiten. Inhalte können z.B. sein: eine Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase, Zuständigkeiten und Hinweise auf Kooperationen.

7. Regelmäßige Informationsveranstaltungen

Diese können Bewohner*innen und/oder An- und Zugehörige für bestimmte Themen sensibilisieren und einen Austausch dazu anregen. Hierbei können auch externe Dozent*innen für die Durchführung einer Veranstaltung gewonnen werden.

8. Letzte Hilfe Kurs

Hier können An- und Zugehörige lernen, wie Sterbende in ihren letzten Stunden begleitet werden können. Es erfolgt eine Vermittlung von Wissen sowie die Möglichkeit, sich zu Fragen und Unsicherheiten auszutauschen. Kurse werden durch ambulante Hospizdienste und andere Stellen angeboten.

Kontakt und Austausch

1. Persönliche (Informations-)Gespräche

An- und Zugehörige wünschen sich Möglichkeiten zum Austausch mit Mitarbeitenden der Einrichtung. Dabei reichen Tür- und Angelgespräche oft nicht aus. Sie wollen eingebunden und ernstgenommen werden. Dafür ist es wichtig, geschützte Räume anzubieten, in denen Wünsche und Bedürfnisse besprochen werden können, z. B. durch das Vereinbaren konkreter Termine.

2. Zugehörigensprechstunde

Eine Möglichkeit zum Austausch ist das Angebot einer Sprechstunde, bei der An- und Zugehörige zu festgelegten Zeiten ihre Anliegen und Fragen besprechen können.

3. Stammtisch

Die Einrichtung kann An- und Zugehörige dabei unterstützen, sich untereinander zu vernetzen. Sie kann z. B. Räumlichkeiten zur Verfügung stellen oder den Stammtisch bewerben.

Emotionale Unterstützung

1. Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeiten anbieten

An- und Zugehörige sollten (in schwierigen Situationen) Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt und angeboten bekommen. Dabei sind alle Professionen der Einrichtung gefragt. Es sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, über Ängste und das eigene Erleben zu sprechen. Die Mitarbeitenden können An- und Zugehörige dabei unterstützen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und Gedanken, Gefühle und damit verbundene Wünsche und Bedarfe zu äußern. Nach Versterben des Bewohners/der Bewohnerin können Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Trauerbewältigung hilfreich sein.

2. Vermittlung von externen Angeboten zur Unterstützung

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, An- und Zugehörige in externe Angebote (z.B. des ambulanten Hospizdienstes oder der Seelsorge) zu vermitteln, die sie dabei unterstützen können, mit Unsicherheiten und Belastungen umzugehen.

3. Palliativaufklärung

Wenn sich Bewohner*innen dem Lebensende nähern, kann das für ihre An- und Zugehörigen eine emotional sehr belastende Situation darstellen. Indem über Symptome, Versorgungsverlauf sowie über mögliche Veränderungen des Bewohners/der Bewohnerin aufgeklärt werden, können An- und Zugehörige sich auf die bevorstehende Situation vorbereiten.

4. Andachtsmomente

Wenn An- und Zugehörige dies wünschen, ist es wichtig Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden. Dazu benötigen sie Zeit und einen Raum zum Gedenken. Dies kann auch zur Trauerbewältigung beitragen. Zusätzliche Andachtsmomente können in Form eines regelmäßigen Gedenkgottesdienstes für alle Verstorbenen angeboten werden.

Beteiligung an Versorgung und Begleitung

1. Einbezug in die Bewohner*innenversorgung und Begleitung

Sofern Bewohner*innen und An- und Zugehörige dies möchten, sollte die Möglichkeit für An- und Zugehörige bestehen, sich in die Versorgung und Begleitung des Bewohners/der Bewohnerin einzubringen. Hier sind die Mitarbeitenden der unterschiedlichen Professionen gefragt, Wege aufzuzeigen und Unsicherheiten zu besprechen.

2. Möglichkeiten zum Abschiednehmen aufzeigen

Ziel ist es, jedem/r Bewohner*in einen Abschied entsprechend der individuellen Wünsche und Bedürfnisse zu ermöglichen. Auch An- und Zugehörige sollten hier, sofern gewünscht, über einrichtungsinterne Rituale Bescheid wissen (vgl. Maßnahme 3.10) und sich aktiv einbringen bzw. eigene Wünsche äußern können (z. B. bei der Gestaltung des Zimmers, Musik, Aromapflege, etc.).

Literatur

Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Gemeinsam auf dem Weg. Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen. Eine Broschüre für Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen.; 2016 [Stand: 07.09.2020]. Verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/gemeinsam-auf-dem-weg-hospizkultur-und-palliativversorgung-inpflegeheimen/>.

Bernhard B. Der Einzug des Pflegebedürftigen ins Heim - Grenzerfahrung für pflegende Angehörige. Wie kann Angehörigenarbeit in Pflegeheimen Betroffene unterstützen? Hamburg: Disserta Verlag; 2014.

Bethesda & Dialog Ethik. Abschieds- und Sterbekultur. Gestaltung der letzten Lebensphase mit und in Organisationen. Bern: Peter Lang; 2012.

Die Praxisanleitung. Praxisanleitung im Bereich Palliative-Care.; 2019 [Stand: 08.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.die-praxisanleitung.de/allgemein/praxisanleitung-im-bereichpalliative-care/>.

Kolip P. Praxishandbuch. Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2019.

Langfeldt-Nagel M. Gesprächsführung in der Altenpflege.: Lehrbuch. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag; 2004.

Letzte Hilfe. Letzte Hilfe.; 2020 [Stand: 07.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.letztehilfe.info/>.

Wingenfeld K, Korte-Pötters U, Heitmann D. Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006.: Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege. Version 1.0. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie; 2006 [Stand: 08.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.yumpu.com/de/document/read/42861969/referenzmodelle-universitat-bielefeld>.

Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2020 [Stand: 08.09.2020]. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i084-1.0>.

Wright MT, von Unger H, Block M. Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright MT, Hrsg. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber; 2010. S. 35-52.

3.8 Bedside Learning

Ergebnisse der Interviews mit Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen sowie Mitarbeitenden beider Piloteinrichtungen zeigen, dass Schwierigkeiten bei der Identifizierung des Palliativstatus bestehen (vgl. Maßnahme 3.1). Als Ursache werden nicht eindeutige Kriterien und unzureichende Erfahrungen genannt. Treten palliative Veränderungen ein, fühlen sich die Mitarbeitenden auf sich allein gestellt. Die Unsicherheit bei der Identifizierung der palliativen Phase und bei der Versorgung von palliativen Bewohner*innen wird als Belastung in der täglichen Arbeit erlebt. Fort- und Weiterbildungen, z. B. zum Thema Palliative Care, sind aufgrund der limitierten Personalressourcen im Alltag nur begrenzt umsetzbar und ein Transfer der Unterrichtsinhalte in die Praxis nicht zwangsläufig gewährleistet. Die Interviewergebnisse zeigen, dass neben einem größeren Fortbildungsangebot zu palliativer Versorgung und Sterbegleitung die enge Zusammenarbeit mit erfahrenen oder Palliative-Care Mitarbeitenden eine Möglichkeit darstellt, um Wissen weiterzugeben.

Das Lernformat „Bedside Learning“ ist ein niedrigschwelliges Angebot zur Mitarbeitendenschulung, in dessen Rahmen erfahrene Mitarbeitende als Expert*innen für Palliative Care ihr Wissen und ihre Erfahrungen (Wissensgeber*in) an Mitarbeitende mit wenig (Berufs-)Erfahrung (Wissensnehmer*in) weitergeben können. Durch die gegenseitige Nutzung der unterschiedlichen Kompetenzen sowie das gemeinsame Lernen sollen Mitarbeitende für den Umgang mit palliativen Situationen und palliativen Bewohner*innen sensibilisiert werden. Folgende Ziele werden durch den Lernansatz verfolgt.

Ziele des Bedside learnings

- Wissen, Fertigkeiten und Haltungen vermitteln
- Verdeutlichen, dass die palliative Versorgung von Bewohner*innen und ihren An- und Zugehörigen ein Prozess ist, in dem es nicht ausschließlich um Krisenintervention, sondern ebenso um eine vorausschauende, vorsorgende Behandlung und Begleitung geht
- Vermitteln, dass Begleitung und Behandlung an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Wertvorstellungen der Bewohner*innen und ihrer An- und Zugehörigen orientiert werden müssen
- Bewusstmachen, dass eine kompetente Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen nur gelingen kann, wenn die Mitarbeitenden ihre Einstellung zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer reflektieren sowie ihre eigenen Grenzen wahrnehmen können



Weiterführende Informationen zu möglichen Themen und Lernzielen sowie zu Planung und Durchführung sind unter folgendem Link verfügbar: <https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html>.

Literatur

Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Gemeinsam auf dem Weg. Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen. Eine Broschüre für Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen.; 2016 [Stand: 07.09.2020]. Verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/gemeinsam-auf-dem-weg-hospizkultur-und-palliativversorgung-inpflegeheimen/>.

Beta Institut. Palliativversorgung.: Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen für die letzte Lebensphase.; 2020 [Stand: 08.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.betanet.de/files/pdf/ratgeber-palliativversorgung.pdf>.

Böckelmann C, Mäder K. Kollegialer Austausch - kollegiales Lernen. In: Böckelmann C, Mäder K, Hrsg. Fokus Personalentwicklung. Konzepte und ihre Anwendung im Bildungsbereich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer; 2018. S. 199–207.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP). Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin.; 2009 [Stand: 04.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>.

Die Praxisanleitung. Praxisanleitung im Bereich Palliative-Care.; 2019 [Stand: 08.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.die-praxisanleitung.de/allgemein/praxisanleitung-im-bereichpalliative-care/>.

Dybowski C, Harendza S. Unterricht am Krankenbett: allgemeine und fächerspezifische Dozentenmerkmale, Kriterien der Patientenauswahl und Schwierigkeiten. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2013; 30(2):1–17.

Gierk B, Harendza S. Patient selection for bedside teaching: inclusion and exclusion criteria used by teachers. Medical Education 2012; 46:228–33.

QM Team Medizin Medizinische Fakultät Heidelberg. Bedside Teaching gekonnt anleiten. [Stand: 03.09.2020]. Verfügbar unter: http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/fileadmin/qualitaetsentwicklung/Bedside_Teaching_anleiten.pdf.

Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. Medical Teacher 2003; 25(2):112–5.

3.9 Kollegiale Fallberatung mit ethischem Schwerpunkt

Die Ergebnisse der Ist-Analyse innerhalb der Piloteinrichtungen verdeutlichen die komplexen organisatorischen und innerpsychischen Prozesse rund um ethische Fragestellungen. Strukturierte kollegiale Fallberatungen finden, abseits von Fallbesprechungen oder Austauschrunden, nicht systematisch statt.

Das Ziel der entwickelten Maßnahme ist die Implementierung ethischer und palliativer Reflexionskompetenz in den Einrichtungen. Etablierte Modelle kollegialer Fallberatung werden in der Maßnahme um ethische Aspekte ergänzt. Die Systementwicklung der Einrichtungen im Sinne einer Organisationsethik, die Stärkung von Empowerment, eine Entlastung der Mitarbeitenden und eine Kompetenzerweiterung im Sinne ethischer Reflexionskompetenz sind angestrebte Effekte.

Die kollegiale Fallberatung beschreibt ein Format personenorientierter Beratung, bei dem im Gruppenmodus wechselseitig berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden systematisch und ereignisorientiert reflektiert werden.

Dabei findet eine Anwendung von den 6 nachfolgenden kombinierten Merkmalen statt:

6 kombinierbare Merkmale der kollegialen Fallberatung

1. Personenorientierte Beratung
2. Gruppenmodus
3. Berufsbezogene Fälle
4. Systematik
5. Wechselseitigkeit (Interaktivität)
6. Ergebnisorientierte Reflexion der Praxis

Auf dieser Basis handelt es sich um eine Form gegenseitiger beruflicher Beratung in einer von Kolleg*innen selbst geleiteten Gruppe und stellt ein Instrument zur Reflexion und Klärung beruflicher Probleme dar. Das allgemeine Ziel ist, kurzfristig zu aktuellen ethischen Problemen angemessene und umsetzbare Lösungen zu entwickeln. Langfristig sollen durch die Maßnahme zudem Mitarbeitende lernen, vorhandene Problemlösungskompetenzen partnerschaftlich anzuwenden und kooperative Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Grundlegend ist dabei, dass der berufliche Hintergrund der Mitarbeitenden als gemeinsames Wissens- und Erfahrungspotenzial genutzt wird. Die Bereitschaft der Teilnehmenden, Fälle aus dem eigenen Arbeitsfeld einzubringen und zu beraten, ist ein weiterer entscheidender Faktor. Mithin ist die Gleichrangigkeit der Teilnehmenden abseits der beruflichen Hierarchien grundlegend. Jede*r Mitarbeitende erfährt dadurch funktionale Autorität und trägt kollegial Verantwortung für das Gelingen der Beratung mit Blick auf die ethischen Fragestellungen.

Die Maßnahme „kollegiale Fallberatung mit ethischem Schwerpunkt“ ist ohne große Vorbereitungen realisierbar. Das eigene Expertentum der Teilnehmenden wird gestärkt und ohne langfristige Anleitung durch externe Beratende vorangetrieben. Eigene Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten werden in der Maßnahme aktiviert, die Reflexionsfähigkeiten erhöht und eine damit einhergehende Persönlichkeitsentwicklung gefördert. Die Teilnehmenden lernen dadurch, andere Mitarbeitende in Belastungssituationen zu unterstützen, indem sie auf Ergebnisse bereits thematisierter Sachverhalte in der operativen Situation zurückgreifen können. Die Reflexion und Flexibilisierung der Wahrnehmung hinsichtlich eigener Denkmuster und emotionaler Belastungen führt dazu, in Situationen der Unsicherheit handlungsfähig zu bleiben sowie alternative Lösungsansätze und Handlungsperspektiven zu nutzen.

Des Weiteren fördert die Auseinandersetzung mit Beziehungs- und Konfliktgestaltung, die Reflexion der eigenen Rolle in entsprechenden Situationen, die Einschätzung von Erfolg und Misserfolg sowie die Entlastung durch die gemeinsame Bearbeitung des Anliegens die Anteilnahme der Gruppenmitglieder.

Die initiierte Netzwerkbildung der Gruppenmitglieder erzielt einen hohen Nutzen für die Praxis und ermöglicht einen mittelbaren Transfer der Erkenntnisse aus der Multiplikatorenrolle heraus in den beruflichen Alltag der Pflegeeinrichtung.

Eine kollegiale Fallberatung ist, wie in nachstehender Abbildung dargestellt, modular aufgebaut. Sie gliedert sich in sechs Phasen, in denen die Beteiligten verschiedene Aufgaben erfüllen. Eine Sitzung nimmt in etwa 30 bis 45 Minuten in Anspruch und folgt einem transparenten zeitlichen und methodischen Ablauf.

1. Casting

- Die Beteiligten einigen sich auf eine*n Moderator*in,
- Ein*e Fall Erzähler*in wird gesucht,
- Jedes Gruppenmitglied ist berechtigt einen Fall einzubringen, um für ein Thema eine neue Perspektive oder Lösungsidee zu erhalten,
- Das restliche Team agiert beratend.

2. Fallschilderung

- Der/die Fall Erzähler*in berichtet von einem Sachverhalt mit persönlicher und/oder emotionaler Relevanz.

3. Schlüsselfrage finden

- Dies ist ein Kernelement in einer kollegialen Beratung und erfordert von allen Beteiligten einen besonderen Fokus. Eine neue Sichtweise wird dabei eingenommen; vom Problem hin zur Lösungsorientierung.

4. Einheitliche Methodenwahl durch alle Beteiligten

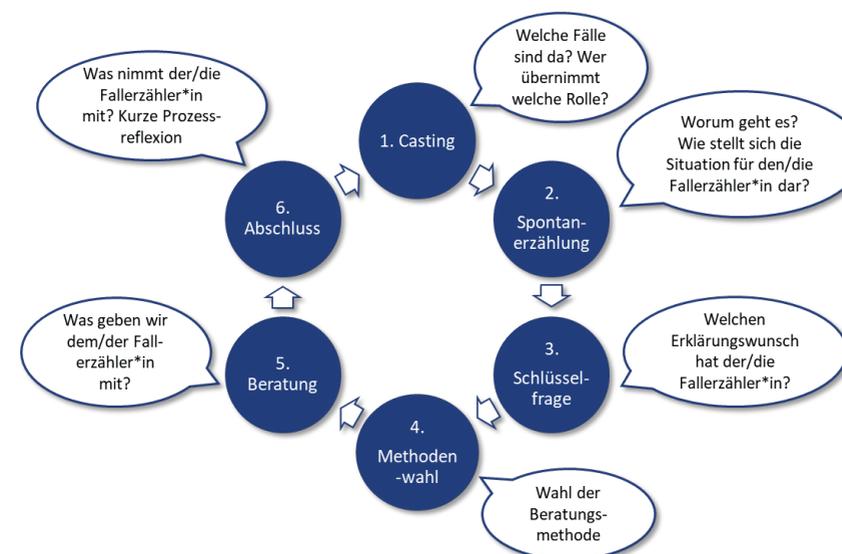
- Brainstorming,
- Gute Ratschläge,
- Resonanzrunde, etc.

5. Beratung anhand der ausgewählten Methode

- Die Beratenden teilen ihre persönlichen Erfahrungen, Gedanken oder Gefühle in Hinblick auf hilfreiche Ideen im Kontext der Schlüsselfrage (vgl. Punkt 3).

6. Abschluss

- Der/die Fall Erzähler*in zieht ein abschließendes Resümee und gibt ein persönliches Feedback an die Beratenden der Gruppe.



Literatur

- Schlee, J, Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. 2019.
 Schmid, B, Veith T, Weidner I, Einführung in die kollegiale Beratung. 3. Auflage. Heidelberg: Carl Auer; 2019.
 Tietze K.-O, Kollegiale Beratung. In M. Dick, Marotzki W, & Mieg H, (Hrsg.), Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt/UTB: 2020. S. 309 – 320.
 Tietze, K.-O, Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. 10. Auflage. Reinbek: Rowohlt; 2020

3.10 Individuelle Rituale

Um den Wünschen und Bedürfnissen von Bewohner*innen am Lebensende gerecht zu begegnen, ist ein offener Dialog und Umgang mit den Themen Sterben und Tod erforderlich. Jedoch stellt das Lebensende noch immer ein Tabuthema dar. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Status quo-Analyse wider. Befragte Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige geben an, das Thema „Sterben und Tod“ zumeist mit sich selbst auszumachen und dabei zu tabuisieren. Eigene Wünsche werden oftmals nicht geäußert oder sich nicht mit ihnen auseinandergesetzt. Darüber hinaus ergeben die Befragungen, dass einrichtungsinterne Rituale und Möglichkeiten der Verabschiedung den Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen bisher wenig bekannt sind.

Der Ausbau von individuellen Ritualen soll zur Gestaltung der letzten Lebensphase des Bewohners/der Bewohnerin beitragen und gleichzeitig das Abschiednehmen entsprechend individueller Bedürfnisse ermöglichen. Durch ritualisierte Angebote soll ein offener Umgang mit den Themen „Sterben und Tod“ ermöglicht und gleichzeitig ein Umfeld geschaffen werden, in dem Wünsche und Bedürfnisse geäußert werden können. Auch An- und Zugehörige können durch ritualisierte Angebote dazu beitragen, die letzte Lebensphase und die Trauerphase nach Versterben des Bewohners/der Bewohnerin zu gestalten. Darüber hinaus können Rituale eine wichtige Unterstützung für Mitarbeitende, Mitbewohner*innen sowie An- und Zugehörige bei der Trauerbewältigung darstellen. Sie können ein Gefühl von Zusammenhalt vermitteln, Trost spenden sowie Zeit und Raum bieten, um Abschied zu nehmen.



Hierzu werden nachfolgend einige Rituale im Kontext der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung für stationäre Pflegeeinrichtung beschrieben. Nähere Informationen sind verfügbar unter <https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html>.

Individuelle Rituale bei Eintritt der Sterbephase

1. Umfeldgestaltung

Eine individuelle Raumgestaltung kann eine angenehme Atmosphäre erzeugen, sodass sich der/die Bewohner*in sowie An- und Zugehörige wohlfühlen.

2. An- und Zugehörigengespräch

An- und Zugehörige sollten über die Sterbephase des Bewohners/der Bewohnerin aufgeklärt und auf Wunsch in die Versorgung und Betreuung eingebunden werden (vgl. Maßnahme 3.7).

3. Bewohner*innenfreundschaften

Bei bekannten Freundschaften soll die Möglichkeit geschaffen werden, sich zu beiderseits verabschieden zu können.

4. Spiritualität/Religiosität in der Sterbephase

Religiöse und spirituelle Bedürfnisse sollen ermittelt und berücksichtigt werden.

5. Abschiedskoffer/-wagen

Der Einsatz verschiedener Hilfsmittel trägt dazu bei, die letzten Lebenstage behaglich und individuell zu gestalten.

6. Herrichten des Bewohner*innenzimmers

Ein hergerichtetes Zimmer eröffnet die Möglichkeit, sich in einer angenehmen und wertschätzenden Atmosphäre verabschieden zu können.

7. Blumenschmuck

Mithilfe von Blumen kann das Bewohner*innenzimmer ansprechend gestaltet werden, um den/die Bewohner*in in Würde zu verabschieden.

8. Gedenkminute

In einer Gedenkminute wird ein kurzer Moment innegehalten, um dem/der verstorbenen Bewohner*in gemeinsam zu gedenken.

9. Verlassen durch die Vordertür

Ziel ist es, den/die Bewohner*in auf dem Wege zu verabschieden, wie er/sie auch in die Einrichtung eingezogen ist: durch die Vordertür.

10. Verabschiedung in der Einrichtung

Betroffene sollen über das Versterben eines Bewohners/einer Bewohnerin informiert werden, sodass sie trauern und Abschied nehmen können.

11. Trauerkranz

Durch die Beigabe eines Trauerkranzes seitens der Einrichtung soll ein würdevoller Abschied bei der Bestattung symbolisiert werden.

12. Beileidskarte

In Form einer Beileidskarte seitens der Einrichtung können Anteilnahme und Wertschätzung gegenüber An- und Zugehörigen ausgedrückt werden.

13. Gedenkfeier

Durch Gedenkfeiern werden regelmäßige Angebote zur Andacht der Verstorbenen geschaffen.

14. Steingarten

Einrichtungen mit Außenanlage können einen Steingarten als Ort des Gedenkens errichten, in dem Betroffene ihren Verlust durch Gedenksymbole ausdrücken können.

Literatur

- Gerken B, Prüss C. Trauerbewältigung in der Altenpflege. Erkennen - Erfahren - Handeln. Hannover: Schlütersche Verlag; 2002.
Heller B, Winter F. Tod und Ritual: interkulturelle Perspektive zwischen Traditionen und Moderne. Wien: Lit-Verlag; 2009.
Wöger S. Rituale in Alten- und Pflegeheimen: Gestaltung von Trauer- und Abschiedskultur. Norderstedt: Books on Demand; 2020.

3.11 Begleiten auf Distanz

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zeigen deutlich die gegebenen Grenzen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen und spirituellen Begleitung auf. Die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, ist dadurch mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Um in außergewöhnlichen oder Krisenzeiten diese Herausforderungen zu meistern und sowohl die hospizliche Begleitung als auch die palliative Versorgung zu sichern, ist es wichtig, zum einen strukturell bzw. institutionell zu agieren und zum anderen digitale Unterstützungspotenziale auszuschöpfen.

Der Schwerpunkt der Pflegearbeit liegt auf personennahen Dienstleistungen bzw. der zwischenmenschlichen Fürsorgearbeit zwischen Pflegekraft und der zu pflegenden Person. Dadurch stellte sich in der Vergangenheit die Pflege als ein Bereich dar, welcher nur geringe Berührungspunkte mit digitalen Angeboten hatte. Die Beziehung

zwischen Pflege und Technik wird in der Literatur gar als „spannungsreiches und ambivalentes“ Verhältnis beschrieben. Dieses liegt vorwiegend an der Wahrnehmung von Pflege als zwischenmenschliche Fürsorgearbeit, in der technische Hilfsmittel nicht eingesetzt werden, oder Technikeinsatz originäre Bestandteile dieser Fürsorgearbeit unerwünscht verändert. Doch in Anbetracht der pandemischen Restriktionen und den mit der Pandemie einhergegangenen Themen „Social Distancing“ und dem Spannungsfeld zwischen „gesetzlichen Verordnungen“ und „sozialethisch gebotenen“, erhielten technische Strukturen und digitale Lösungsmöglichkeiten wie die Nutzung von Tablets und Videotelefonie zu der Zeit eine neue Wertigkeit.

Die Implementierung digitaler Hilfsmittel bietet unter Pandemie- und/oder Krisensituationen die Möglichkeit, ergänzende Alternativen zur physischen Begleitung in der letzten Lebensphase einzubeziehen. Mit Blick auf das spezifische Themenfeld der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der letzten Lebensphase, welches primär von zwischenmenschlicher Nähe geprägt ist, ist fragwürdig inwieweit eine digitale Kompensation überhaupt möglich ist und an welchen Stellen diese an ihre Grenzen stößt. Digitale Lösungen (z.B. das Nutzen von Videotelefonie) erscheinen in einem Kontext, welcher primär auf gelebter Nähe und Zuwendung beruht, keine ausreichende Kompensation darzustellen. Eine Ergänzung mit Fokus auf den individuellen Einzelfall ist dabei durchaus denkbar.

Im Rahmen des Projekts wurden in den Einrichtungen verschiedene Anwendungslösungen in der operativen Praxis getestet. Dabei zeigte sich, dass Hürden in Bedienung und Anwendung technischer Endgeräte sowie unzureichende informationstechnische Strukturen in den Einrichtungen eine reibungslose Umsetzung erschwerten. Abseits dessen muss auch der individuelle Einzelfall in den Blick genommen werden. Nicht selten wurde deutlich, dass bei Wirkung, Akzeptanz und Toleranz der nutzenden Bewohner*innen sowie deren An- und Zugehörigen Schwierigkeiten vorhanden waren. Trotz angeleiteter Handhabung und Unterstützung bei der Verwendung war die Motivation zum Nutzen der Möglichkeiten durch die Anwender*innen sehr temporär. Bei der Implementierung digitaler (Unterstützungs-) Angebote sollten daher diese Aspekte berücksichtigt werden.

Literatur

- Friesacher H. Pflege und Technik - eine kritische Analyse. Pflege & Gesellschaft 2010; 15(4).
Gigerenzer G, Schlegel-Matthies K, Wagner GG. Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth - Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Berlin: Sachverständigenrat für Verbraucherfragen beim Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; 2016.
van Bandemer S, Dahlbeck E, Evans M, Hilbert J. Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. In: Mai M, Hrsg. Handbuch Innovationen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014.

3.12 Fehlerkultur

Ein Fehler bezeichnet im Allgemeinen ein unerwünschtes Ereignis, eine kritische Situation oder ein mögliches Risiko. Fehler können durch ein Problem, einen Konflikt in Systemen, Störungen oder Unstimmigkeiten in Abläufen und Prozessen ausgelöst werden. Insbesondere der „Mensch“ ist z. B. durch Unachtsamkeit, Müdigkeit oder Überforderung ein bedeutender Faktor in der Fehlerentstehung.

Der Umgang mit Fehlern kann als Chance gesehen werden, um Lernpotenziale abzuleiten und Arbeitsabläufe sowie Prozesse zu verbessern. In den Interviewerkenntnissen verdeutlicht sich, dass sich Führungskräfte einen solchen Umgang mit Fehlern von Mitarbeitenden wünschen. Dieser Perspektivwechsel bietet die Möglichkeit, ein angstfreies Umfeld zu erzeugen, in welchem Führungskräfte und Mitarbeitende Fehler offen eingestehen und thematisieren können. Zusätzlich kann eine offen gelebte Fehlerkultur infolge positiver Auswirkungen auf das Arbeitsklima mittelbar zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung beitragen. Die Akzeptanz, „das Fehler passieren“ sowie die aktive Auseinandersetzung mit diesen, ermöglicht dem Unternehmen eine Entwicklung hin zu einem sicheren, gesünderen und somit auch attraktiverem Arbeitsumfeld.

Innerhalb einer offenen und konstruktiven Arbeitsatmosphäre arbeiten Teams i. d. R. ziel- und lösungsorientierter. Außerdem werden Mitarbeitende dadurch befähigt, auftretende Konfliktsituationen konstruktiv zu lösen. Damit wird ebenfalls zur Risikominimierung und damit zur Qualitätsverbesserung beigetragen.

Die Implementierung niedrighschwelliger Kommunikationsmöglichkeiten begünstigt ein kollektives Lernen und bietet Potenzial zur präventiven Fehlervermeidung. Bereits heute stehen Unternehmen und Pflegeeinrichtungen zahlreiche Melde- und Kommunikationswege zur Verfügung, um auf Probleme, Hindernisse oder Optimierungs- und Verbesserungspotenziale aufmerksam zu machen.

Beispiele niedrighschwelliger Kommunikationsmöglichkeiten

- Gesprächsrunden (z.B. Teambesprechungen, Fallbesprechungen, etc.)
- Persönlicher Austausch
- Anwendung von E-Maildiensten
- Softwarelösungen
- Handschriftliche Formulare

Bei der Wahl des entsprechenden Melde- und Kommunikationsweges ist zu beachten, dass je nach Inhalt und der thematischen Gewichtung ein schnelles Handeln erforderlich sein kann und eine schriftliche Meldung nicht ausreichen könnte. Der Nachteil analoger Meldewege besteht jedoch meist in einer unzureichenden Anonymisierung, was bei Meldenden eine Hemmschwelle aus Sorge vor beruflichen oder sozialen Konsequenzen erzeugen kann.

Diesem Aspekt wirken Critical Reporting Systeme (CIRS) (deutsch: Berichtssystem über kritische Vorkommnisse) entgegen. Dieses Berichtssystem bietet den Anwender*innen die Möglichkeit zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden. Der Gesetzgeber spricht im Kontext solcher Systeme primär von Fehlermeldesystemen und hat ihre verpflichtende Einführung im Krankenhaussektor bereits unter § 137 SGB V geregelt.

Die Wahrung der Anonymität und die Schaffung einer offenen Fehlerkultur sind unmittelbar mit dem Erfolg eines CIRS verbunden. Selbst in Einrichtungen mit einer positiven und vertrauensvollen Fehlerkultur werden Studien zufolge noch immer 30 % der Meldungen anonym abgegeben.

Mit Blick auf palliative Versorgungssituationen erhalten die Mitarbeitenden mit der Einführung dieses Systems zukünftig die Möglichkeit, abseits der analogen Kommunikationswege unerwünschte Ereignisse offen und anonymisiert zu kommunizieren, um die gemeldeten Themen anschließend gemeinschaftlich aufzuarbeiten, ohne mögliche Sorgen oder Störgefühle in Bezug auf Sanktionen. Dies soll dazu beitragen, dass von Vorkommnissen gelernt wird und die Qualitätsstandards in der stationären Pflege sukzessiv gesteigert werden.

Literatur

Bothe J, Goepfert A, Trill R, Schmitz T. Aus Beinahe-Fehlern lernen! Krankenhaus Umschau 2007; 76(11):1138–41.

Holzer E, Thomeczek C, Hauke E, Conen D, Hochreutener M-A. Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Fakultas; 2005.

3.13 Palliativnetzwerk

In der Charta zur Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland heißt es, dass jeder schwerstkranke und sterbende Mensch ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung hat, die seiner individuellen Lebenssituation Rechnung trägt. Dabei sind die Angebote, in denen schwerstkranke und sterbende Menschen versorgt werden, untereinander so zu vernetzen, dass die Versorgungskontinuität gewährleistet ist. Die Vernetzung betrifft dabei nicht nur ausschließlich institutionelle Angebote, sondern inkludiert ebenfalls Kooperationen verschiedenster Leistungsanbietenden (u. a. ehrenamtliche Angebote). Denn eine fachgerechte Palliativversorgung ist durch Multiprofessionalität gekennzeichnet und erfordert das Zusammenspiel vieler Berufsgruppen.

Als Beispiel erfolgreicher Netzwerkarbeit hat die Stadt Essen bereits vor 20 Jahren Voraussetzungen für ein gemeinsames Handeln in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung geschaffen. Mit der Gründung von Essen.Gesund.Vernetzt e. V. wächst ein Verein städtischer Leistungserbringender im Gesundheitswesen, welcher mit der Gründung des Fachbeirats „Essener Palliativ- und Hospiznetzwerk“ die Wichtigkeit dieses Themas unterstreicht.

Parallel wurde 2001 das Netzwerk Palliativmedizin Essen e. V. (npe) gegründet, was sich seither zum größten Netzwerk in der kommunalen Palliativ- und Hospizarbeit entwickelt hat. Neben einem Weiterbildungsinstitut ist der Verein zudem aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit tätig. Durch die Initiierung von Fortbildungszirkeln, Themenabenden, Fachtagungen und den Arbeitskreisen Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in der stationären Alten- und Behindertenhilfe setzte der Verein den Impuls zum Start des Forschungsprojekts HoBepViP.

Beispielhafte Ergebnisse von Netzwerkarbeit im Raum Essen

- Essener Palliativausweis
Unterzeichnung der Charta durch die Stadt Essen
- Veröffentlichungen der „Essener Standards“ in der Palliativ- und Hospizversorgung
- Forschungsprojekt Hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in der stationären Pflege (HoBepViP)

Das Engagement der Stadt Essen macht deutlich, welches Potenzial Netzwerkarbeit zur Weiterentwicklung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung beinhaltet. Mithilfe von Netzwerken können Wissen, Ideenreichtum, Erfahrung und Verantwortungsbereitschaft einzelner Beteiligter gebündelt aktiviert werden. Hierdurch dienen sie als Informationsquelle und ermöglichen einen Erfahrungs- und Wissensaustausch auf hohem Niveau. Zusammenschlüsse regionaler Akteure der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung, wie im Fall der Stadt Essen, könnten auch in anderen Regionen und Bezirken dazu beitragen, das Themenfeld weiterzuentwickeln und voranzutreiben.

3.14 Reduktion psychosozialer Arbeitsbelastung

Ergebnisse der Befragungen zu psychosozialen Belastungssituationen im Rahmen der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung verdeutlichen eine hohe Arbeitsbelastung für Mitarbeitende, insbesondere auf der emotionalen Ebene. Durch Maßnahmen zur Belastungsreduktion, Sensibilisierung und Stärkung der Vorbildfunktionen von Führungskräften sowie der Förderung belastungs- und stressreduzierender Gruppendynamiken sollen Mitarbeitende gezielt entlastet werden.



Hierzu wurden folgende Angebote konzipiert, die nachstehend kurz beschrieben werden und in ausführlicher Form unter folgendem Link zur Verfügung stehen: <https://www.contilia.de/einrichtungen/pflege-und-betreuung/forschungsprojekt.html>.

Einzelmaßnahmen zur Reduktion psychosozialer Arbeitsbelastung

1. Sensibilisierung von Führungskräften

Eine Sensibilisierung von Führungskräften hinsichtlich der Arbeitsbelastung ihrer Mitarbeitenden soll dazu beitragen, einen gesundheitsförderlichen Führungsstil zu entwickeln sowie Maßnahmen zur Reduktion von Belastung am Arbeitsplatz zu fördern.

2. Einbindung von Ehrenamtlichen in die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung

Eine Intensivierung von Kooperationsbeziehungen zu ambulanten Hospizdiensten und Seelsorge kann Pflege- und Betreuungskräfte unterstützen und entlasten.

3. Kooperationen zur Optimierung des „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“

Kooperationen mit Berufsgenossenschaften und/oder Krankenkassen können dazu beitragen, psychosoziale Belastung von Mitarbeitenden besser zu identifizieren, sodass frühzeitiger interveniert werden kann.

4. Supervisionen

Durch Supervisionsangebote soll psychosoziale Arbeitsbelastung reduziert, das Arbeitsmilieu positiv gestaltet und dadurch die Gesundheit der Mitarbeitenden gefördert werden.

5. Seelsorge

Mittels Seelsorge kann eine Anlaufstelle bei psychosozialer (Arbeits-) Belastung geschaffen werden, um bei der persönlichen Verarbeitung von Krisen zu unterstützen.

6. Pausengestaltung und -räume

Ziel ist es, ausreichend ungestörte Pausenmöglichkeiten bereitzustellen, sodass Mitarbeitende ihre Erholungsphasen in Ruhe genießen können.

7. Stressmanagement

Durch Angebote zur Stressbewältigung können gesundheitsförderliche Stress-Coping-Strategien vermittelt sowie der Belastungsabbau und Ressourcenaufbau gefördert werden.

8. Massagen

Regelmäßige Massageangebote können Erholungszeiträume abseits des Berufsalltags schaffen und dadurch zugleich zur physischen und psychischen Belastungsreduktion beitragen.

9. Gesundheitstag

Gesundheitstage können als willkommener Motivationsschub für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fungieren.

Literatur

Abeler J. Sucht unter Pflegekräften. In: Badura B, Ducki A, Meyer M, Hrsg. Fehlzeiten-Report 2013. Berlin: Springer Verlag; 2013. S. 151–60.

Buchberger B, Heymann R, Huppertz H, Friepörtner K, Pomorin N, Wasem J. Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal. HTA-Bericht 114. Köln: DIMDI; 2011.

Becker T, Breucker G, Ducki A, Engelhardt-Schagen M, Glomm D, Kilian R et al. Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2019.

Contilia-Gruppe. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Angebot für Mitarbeitende. 2018 Stand: 17.11.2022] Verfügbar unter: <https://www.contilia.de/einrichtungen/katholische-kliniken-ruhrhalbinsel/als-arbeitgeber/betriebliches-gesundheitsmanagement.html>.

Hand M, Margolis J, Staffileno BA. Massage chair sessions. Favorable effects on ambulatory cancer center nurses' perceived level of stress, blood pressure, and heart rate. Clin J Oncol Nurs 2019; 23:375–81.

Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung/Techniker Krankenkasse. #whatsnext – GESUND ARBEITEN IN DER DIGITALEN ARBEITSWELT. Freiburg: Haufe-Verlag; 2017.

Pfannstiel MA, Mehlich H. BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018.

Reinfelder E-C, Jahn R, Gingelmaier S. Supervision und psychische Gesundheit. Reflexive Interventionen und Weiterentwicklungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019.

Wicharz J. Der Gesundheitstag als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. B&G 2005; 21:29–31.

Wiefels S, Jaspers B, Ates G, Kern M, Grütznert F, Gunzelmann F et al. Hospizkultur und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht zu einer Erhebung des Ist-Standes. Bonn: Pallia Med Verlag; 2017.

Wittich A, Dieterle WE. Supervision in der Krankenpflege. Formative Evaluation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Zeitschrift Supervision 2004; 4. Zimmer A. Belastungen, Ressourcen und Beanspruchung in der Altenpflege. Heidelberg: AKA Verlag; 2011.

4 Pandemische Restriktionen und Ausblick

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie stellten das Forschungsprojekt kurz nach Beginn vor eine Vielzahl an Herausforderungen. Die in der Anfangsphase schnell wechselnden Anforderungen auf Basis der geltenden Verordnungen brachten essenzielle Veränderungen der alltäglichen operativen Pflege- und Betreuungspraxis in den Projekteinrichtungen mit sich. Dies hatte zur Folge, dass viele der oben beschriebenen Einzelmaßnahmen im Rahmen des Projekts nicht wie ursprünglich angedacht implementiert werden konnten.

Entscheidende Faktoren waren ein erhöhtes Arbeitsaufkommen aller Beteiligten bedingt durch verordnete Quarantänen/Isolationen des Personals, die Umsetzung von Teststrategien sowie die operative Planung und Durchführung von Impfkampagnen zum Schutz der Mitarbeitenden und insbesondere der Bewohner*innen. Das Personal aller Fachbereiche versuchte vielfach, die durch die Besuchsverbote in den Pflegeeinrichtungen ausgelöste soziale Isolation der Bewohner*innen abzumildern. Hierbei zeigten sich die Einrichtungen in der Umsetzung kreativ, sodass u. a. durch extra bereitgestellte Besuchsräumlichkeiten, in denen der Infektionsschutz gemäß geltender Verordnungen gewahrt werden konnte, soziale Kontakten zu An- und Zugehörigen ermöglicht wurden.

Erschwerend hinzu kam, dass innerhalb der Einrichtungen Gruppenansammlungen aus präventiven- und infektionsprophylaktischen Gründen nicht vertretbar waren und Mitarbeitende möglichst dezentral agierten. Die Infektionszahlen in der Gesamtbevölkerung wirkten sich merklich auf die Piloteinrichtungen aus, sodass auch diese COVID-19-Ausbrüche bei Bewohner*innen und Mitarbeitenden zu verzeichnen hatten. Diese Situation erforderte zusätzlich das Bündeln vorhandener Ressourcen zur Sicherstellung der operativen Bewohner*innenversorgung.

Um weitere Ausbrüche infolge von gelockerten Hygiene- und Abstandsbestimmungen zu verhindern, wurde gemäß des Infektionsschutzgesetzes eine hohe Anzahl an Testungen durchgeführt. Die präventiven Testkonzepte sahen dabei mehrmals wöchentliches Anbieten und Durchführen von Testungen der Bewohner*innen und Mitarbeitenden vor. Dies bündelte weitere personelle Ressourcen. Erschwerend hinzu kam, dass die Arbeit der Mitarbeitenden welche sich in Isolation/Quarantäne befanden, parallel durch das vorhandene Personal kompensiert werden musste.

Aufgrund der geschilderten Entwicklungen war eine inhaltliche Anpassung des Projekts, insbesondere mit Blick auf die Evaluation, zwingend erforderlich. Denn eine

wissenschaftliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse der IST-Analyse VOR der Pandemie mit den Ergebnissen von Befragungen NACH/WÄHREND der Pandemie war nicht mehr gegeben. Da zusätzlich auch die Maßnahmen nicht im erwünschten Maße in den Pflegeeinrichtungen implementiert werden konnten, deren Auswirkungen ursprünglich im Fokus der Evaluation standen, wurden die Forschungsfragen im Rahmen der Evaluation angepasst.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie haben sich jedoch ganz neue Fragestellungen aufgetan, für welche das Forschungsprojekt großes Potenzial geboten hat, diese aufgrund der Erkenntnisse der IST-Analyse im Vorher-Nachher-Vergleich zu analysieren. Im Rahmen der angepassten Fragestellungen wurden daher die Auswirkungen der Pandemie im Kontext der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung auf Mitarbeitende, Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige in den Fokus gerückt.

Die Evaluation des Maßnahmeneinsatzes in stationären Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung bleibt als Potenzial für zukünftige Forschungsvorhaben bestehen.

5 Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
CIRS	Critical Reporting System
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
COVID-19	Corona-Virus-Krankheit-2019 (Corona Virus Disease-2019)
EsFoMed	Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH
FfG	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
GVP	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
HoBepViP	Hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in der stationären Pflege
npe	Netzwerk Palliativmedizin Essen
NRW	Nordrhein-Westfalen
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SARS-CoV-2	Schweres akutes respiratorisches Syndrom Coronavirus-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)



www.contilia.de

Titelfoto: ©Nikki Zalewski - stock.adobe.com

