Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Bericht

Bericht der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt

»Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.«

Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Projektes

„Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“

Zitation:
Isfort, M. (2008): Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Projektes: „Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). Köln

Ansprechpartner im Projekt

Dr. rer medic. Michael Isfort
Dipl.-Pflegewissenschaftler,
Stellvertretender Geschäftsführer
Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
Hülchrather Straße 15
50670 Köln

Telefon: 0221 / 46861-30
E-Mail: m.isfort@dip.de

Dipl.-Pflegemanagerin
Heike Scherenberg-Leßwing
Referatsleitung Caritas II
Bereich: Alter und Pflege
Caritasverband für die Region
Kempen-Viersen e.V.
Schützenstraße 13
41748 Viersen

Telefon: 02162 / 93893-30
E-Mail h.lesswing@caritas-viersen.de

Dipl.-Sozialarbeiterin Damaris Nießen
Projektkoordinatorin Caritas-Pflegestationen
Caritasverband für die Region
Kempen-Viersen e.V.
Bereich: Alter und Pflege
Schützenstraße 13
41748 Viersen

Telefon: 02162 / 93893-37
E-Mail d.niessen@caritas-viersen.de

Dipl.-Gerontologe Christian Schrödter
Projektkoordinator stationäre Altenhilfe
Caritasverband für die Region
Kempen-Viersen e.V.
Bereich: Alter und Pflege
Schützenstraße 13
41748 Viersen

Telefon: 02162 / 93893–37
E-Mail c.schroedter@caritas-viersen.de

Inhaltsverzeichnis

1. Zum Hintergrund des Projektes 4
2. Die wissenschaftliche Begleitung 5
2.1 Auftragsauffassung und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung 6
2.2 Projektziele 7
2.3 Phasen der wissenschaftlichen Begleitung 9
2.4 Instrumente und Reichwerte der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung..... 10
3. Exemplarische Darstellung der Projektergebnissee 12
3.1 Zentrale Ergebnisse der Literaturrecherche 13
3.1.1 Projekthintergrund und Einordnung des Themas 13
3.1.2 Hinweise für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe 15
3.1.3 Hinweise für ambulante / häusliche Pflegedienste 19
3.1.4 Konzepte und Hinweise zu Pflegemaßnahmen 20
3.1.5 Weitere Hinweise..... 21
3.2 Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Erstbefragung der Mitarbeiter 22
3.3 Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Angehörigenbefragung (Altenheime) 27
3.4 Zentrale Ergebnisse der Interviews der Mitarbeiter-, Patienten- Bewohner und Angehörigenbefragung 31
3.4.1 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung (Interviews)..... 32
3.4.2 Ergebnisse der Angehörigen-, Patienten- und Bewohnerbefragung 34
3.5 Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Zweitbefragung der Mitarbeiter 35
3.6 Zentrale Ergebnisse der abschließenden Interviews der Mitarbeiter 44
4. Hinweise zur weiteren Projektarbeit..... 46
5. Zusammenfassung und abschließende Beurteilung 49
6. Anhang..... 51
6.1 Literaturliste der im Projekt gesichteten Beiträge 51
6.2 Fragebögen der Erhebungen 56

1. Zum Hintergrund des Projektes

Im Frühjahr 2006 nahm die Geschäftsführung des Caritasverbands für die Region Kempen-Viersen e.V. Kontakt mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) auf. Ziel der Kontaktierung und anschließender Gespräche war es, ein gemeinsames Projekt zu entwickeln, das eine Verbesserung der Kultur des Verabschiedens, der Sterbebegleitung von unheilbar erkrankten Patienten und Bewohnern und der Begleitung durch Mitarbeiter in den pflegerischen Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V. fokussieren sollte. Der Caritasverband plante von Beginn an zur externen Projektsicherung eine wissenschaftliche Begleitung hinzuzuziehen.
Der Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. unterhält mit ca. 480 Mitarbeitern/-innen im Kreis Viersen 28 Einrichtungen und Dienste. Dazu gehören im Bereich Alter und Pflege sechs Caritas-Pflegestationen (CPS), zwei Betreuungsdienste in Seniorenwohnanlagen, zwei Tagespflegen, zwei stationäre Altenhilfeeinrichtungen, ein Fachseminar für Altenpflege und der Krankenhaussozialdienst. In das Projekt sollten die sechs Caritas-Pflegestationen sowie die beiden stationären Altenhilfeeinrichtungen einbezogen werden. In einer Projektvorphase wurden durch den Caritasverband zwei Projektkoordinatoren eingestellt, die im Verlauf die Betreuung der Mitarbeiter und die inhaltliche Projektarbeit vor Ort in den Einrichtungen strukturieren und koordinieren sollten. Je ein Koordinator bzw. eine Koordinatorin wurde dem Bereich der stationären Einrichtungen und der ambulanten Pflegestationen zugeteilt. In der frühen Phase des Projektes hospitierten die Koordinatoren in den Einrichtungen, um Personen, Strukturen und Abläufe kennen zu lernen. In der Projektvorphase wurde auch ein erster Kontakt zwischen den Projektkoordinatoren und der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes aufgebaut.

Das Projekt wurde finanziell durch die Nettetaler Stiftung zur Unterstützung von Jugend und Alter gefördert und zunächst auf den Zeitraum von zwei Jahren begrenzt. In diesem zeitlichen Rahmen sollte die wissenschaftliche Begleitung das Projekt mit auf den Weg bringen, es inhaltlich unterstützen und die Ergebnisse des Projektfortschritts sichern und entsprechend dokumentieren.

Detaillierte Beschreibungen der Aufgaben und der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung erfolgen im Verlauf dieses Berichts. Der Bericht über die konzeptuelle Arbeit und die erfolgten Arbeitsschritte sowie die Ergebnisse durch Vernetzung und Schulung wird durch den Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. vorgenommen.

Das Gesamtprojekt wird fortgeführt und dank der Unterstützung durch die Stiftung können erweiterte Projektziele angestrebt werden.

Die wissenschaftliche Begleitung endet jedoch vorläufig und vertragsgemäß mit der Abgabe dieses Berichts und mit den Hinweisen auf weitere Themen für die Fortführung der Projektarbeit.
Eine eigenständige Bearbeitung des Projektes ohne weitere wissenschaftliche Begleitung ist aus Sicht der wissenschaftlichen Leitung möglich und in jedem Falle unterstützungswürdig. Mit Blick auf einen schonenden Umgang mit Ressourcen und Geldern erscheint es richtig, dass die Projektkoordinatoren vor Ort ihre Arbeit im gewohnten Umfang fortführen können. Eine externe Begleitung scheint dagegen zu diesem fortgeschrittenen Stadium des Projektes nicht zwingend notwendig, da es gemeinsam auf einem guten Weg gebracht werden konnte. Feste Strukturen und klare Arbeitsmethoden konnten erfolgreich implementiert und etabliert werden, sodass von einer Nachhaltigkeit in der Bearbeitung und Sicherung auszugehen ist, die durch eine externe wissenschaftliche Begleitung nicht erhöht würde. Zentrale neue Fragestellungen werden in den kommenden 12 Monaten nicht neu zu beantworten sein.
Der Umfang des in zwei Befragungsreihen ermittelten Wissens reicht aus, um die weitere Arbeit am Bedarf angepasst zu strukturieren.
Die an dieser Stelle anders einzusetzenden Gelder sollten aus Sicht der wissenschaftlichen Leitung für zusätzliche und unterstützende inhaltliche Angebote im Projekt genutzt werden. Dies können sein: Zusätzliche Bildungsangebote (Pain Nurse), zusätzliche Begleitungsangebote für die Pflegenden (Coaching), zusätzliche Vernetzung (Ehrenamtler, regionale Fachexperten).
Über eine mögliche spätere und somit abschließende Evaluierung weiterer erzielter Ergebnisse nach der zweiten Projektphase (2010) wurde diskutiert und dies als sinnvoll in Betracht gezogen. Darüber sollte Ende 2009 entschieden werden.

Vor dem Hintergrund der weiteren Projektarbeit bildet der vorliegende Bericht so etwas wie einen vorläufigen Kenntnisstand und Stand der bisher erreichten Ziele ab. Eine abschließende Beurteilung des Gesamtvorhabens kann erst nach der vollumfänglichen zweiten Phase (Projektverlängerungsphase) erfolgen.

2. Die wissenschaftliche Begleitung

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. ist ein unabhängiges Pflegeforschungsinstitut mit Sitz in Köln. Gegründet wurde es Ende 1999 von fünf Fachhochschulen, zwei Berufsverbänden sowie dem Deutschen Caritasverband und dem Katholischen Krankenhausverband (KKVD). Das dip ist ein An-Institut der Katholischen Hochschule (KatHO) Köln und wird von Prof. Dr. Frank Weidner in der Funktion des Institutsdirektors geleitet. Zum Angebot des dip gehört das gesamte Spektrum der Forschung, Entwicklung, Evaluation, Beratung, wissenschaftlichen Begleitung und Gutachtenerstellung im Pflege- und Gesund-

heitswesen. Die Mitarbeiter im Institut führen seit über sieben Jahren erfolgreich angewandte Forschungsprojekte durch. Das heißt, dass ein direkter Praxisbezug zum Feld und eine konkrete Umsetzung ermittelter Konzepte gesucht werden und gewünscht sind.

Arbeitsschwerpunkte im Institut sind die Pflegebildungsforschung, die Altenpflegeforschung, Pflegeprävention und Pflegeberatung, Versorgungsforschung sowie die Ermittlung und Bereitstellung von Pflegedaten. Zu den Auftraggebern und Kooperationspartnern gehören Bundes- und Landesministerien, Stiftungen, Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen, Krankenkassen, Verbände, Kommunen, Hochschulen, wissenschaftliche Institute und weitere Einrichtungen.
Die Leitung für das an dieser Stelle vorgestellte Projekt wurde seitens des dip durch Dr. Michael Isfort übernommen. Dr. Isfort ist gelernter Krankenpfleger, Dipl.-Pflegewissenschaftler und arbeitet seit Januar 2000 im dip. Er ist stellvertretender Geschäftsführer des Instituts. Daneben ist er als Lehrbeauftragter für Pflegewissenschaft an der Katholischen Hochschule (KatHO) in Köln tätig.
Im Projekt unterstützt wurde Dr. Isfort im Bereich der Interviewdurchführung bei Mitarbeitern und bei Patienten von Dipl.-Pflegewissenschaftler Kai Uwe Steger.

2.1 Auftragsauffassung und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

Gemeinsam mit dem Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. und den Projektkoordinatoren wurde vereinbart, dass dem dip die Rolle der externen wissenschaftlichen Evaluierung des Projektes zukommen sollte und damit die Sicherung der Ergebnisse übernommen wurde. Durch die Hinzunahme eines externen Instituts sollten u.a. für die Mitarbeiter Anonymität bei schriftlichen Befragungen und bei Interviews sichergestellt werden. Hinsichtlich der inhaltlichen Arbeit sollten die Koordinatoren des Caritasverbandes durch das Institut beraten werden; Entscheidungen über Prozesse und Inhalte sollten aber autonom vor Ort ohne weitere Absprache getroffen werden können.
Wesentlich sollten die Projektkoordinatoren also durch die wissenschaftliche Begleitung von den evaluatorischen Anteilen entlastet sein, um sich so vollständig der inhaltlichen Arbeit zuwenden zu können.
Dem dip wurde ferner im Rahmen der kooperativen Projektgestaltung auch die Literaturrecherche und damit die Literaturfundierung des Projektes übertragen. Damit sollte sichergestellt werden, dass keine vorliegenden Erkenntnisse aus der Literatur oder aus bestehenden Projektberichten anderer Stellen übersehen oder nicht hinreichend beachtet wurden.

Dem dip oblag ferner die Aufgabe, bei der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit des Projektes Hilfestellung zu leisten. Dies geschah zum Beispiel im Rahmen der (Mit-)Erstellung zweier Fachartikel, der Mitwirkung bei einer regionalen Pressekonferenz, bei der Vermittlung sowie

dem Auftritt des Projektes auf der Altenpflegemesse in Hannover im Jahr 2008, der größten deutschen Fachmesse im Bereich der Altenpflege. Darüber hinaus wurden Präsentationen erstellt, die von den Projektkoordinatoren im Rahmen weiterer öffentlicher Auftritte genutzt wurden und das Projekt wurde mehrfach in der Fachöffentlichkeit vorgestellt (z.B. Caritasdirektorenkonferenz (Berlin), Hauszeitung des dip („Perspektiven“) [Auflage 5.000]).

Zur Lenkung des Gesamtprojektes wurde eine Projektsteuerungsgruppe eingerichtet, die aus leitenden Kräften der beteiligten Einrichtungen, den Vertretern des Verbandes sowie der wissenschaftlichen Begleitung bestand.

Durch den besonderen Charakter des Projektes und der gestellten Aufgaben an die wissenschaftliche Begleitung ergab sich auch die Überlegung, ein Design zu wählen, das stärker an die Logik und Anforderung der Prozessorientierung des konkreten Projektes anschloss und den Erkenntnisgewinn für die konkrete Arbeit in den Vordergrund stellte und nicht auf eine klassische Pre-Post-Untersuchung mit einer definierten Veränderungsmessung fußt.
Kurzfristige Anpassungen der Arbeiten in den Phasen und auch der Fragestellungen bei den schriftlichen Mitarbeiterbefragungen wurden in gemeinsamen Arbeitstreffen mit den Projektkoordinatoren abgestimmt. Dabei wurden abweichend vom Vertrag veränderte Arbeitspakete verabredet. Beispielsweise wurden zusätzlich durch das dip zwei Zwischenberichte mit Teilergebnissen erstellt sowie zusätzliche Interviewtermine am Ende des Projektes vorgenommen. Dazu wurden Beratungstage umgewidmet, die im Projekt vorgesehen waren, jedoch in der Durchführung nicht vollumfänglich eingesetzt wurden.

2.2 Projektziele

Im Folgenden soll auf einige Besonderheiten im Projekt hingewiesen werden. Das Projekt mit dem Thema der Stärkung einer Kultur hin zu einer würdigen Sterbebegleitung fing nicht bei Null an, es hat zahlreiche und auch sehr erfolgreiche Vorläufer, deren vorliegende Ergebnisse in vielfacher Hinsicht genutzt werden konnten. Aber eine wesentliche Erkenntnis aus der gesichteten Literatur lässt sich wie folgt formulieren:

> *„Man kann hinsichtlich einer Implementierung palliativer Konzepte von anderen lernen, aber es bleibt für jeden ein eigener Weg, der neu zu gehen ist.“*

Damit ist gemeint, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema in jeder Einrichtung und bei jedem Mitarbeiter erneut und neu zu führen ist. Es geht bei den Mitarbeitern um eine Überprüfung und Reflexion der eigenen Haltung, der handlungsleitenden Motive und der Einstellungen. Das kann nur auf der Basis einer offenen Gesprächskultur und auf der Basis zahlreicher Angebote und Mitwirkungsmöglichkeiten erreicht werden.
Haltungen lassen sich nicht „schulen“ oder „erzwingen“, sondern sind in ihrem Kern verinnerlichte Ergebnisse von Erkenntnis- und Selbstbildungsprozessen.

Das Thema „würdige Sterbebegleitung“ unterscheidet sich somit stark von anderen, wie zum Beispiel der Übernahme eines Konzeptes zur Implementierung eines Expertenstandards. Es geht nicht um eine spezifische Anwendung eines Wissens oder einer Technik. Daher ist nicht davon auszugehen, dass eine einfache „Übernahme“ etablierter Konzepte oder bekannter Maßnahmen die richtige Wahl ist und in jedem Falle gelingt. Dafür sind viele Fragen zu individuell und vor dem Hintergrund des Wissens, Könnens, der Einschätzung und der Motivation des jeweiligen Menschen zu beantworten. Projektergebnisse anderer sind Hinweise und Anker, aber nicht einfach zu übertragen.

Da die Thematik also eine starke persönliche Komponente der Auseinandersetzung mit sich selbst hat, erscheint die Sensibilisierung und die Ermutigung zur Auseinandersetzung als ein übergeordnetes Projektziel. Das klingt gleichermaßen abstrakt wie scheinbar unverbindlich, beinhaltet aber klare Aufgaben und Zielstellungen: Im Projekt selbst muss der entsprechende Rahmen und das Angebot geschaffen werden, dies jedem einzelnen Mitarbeiter zu ermöglichen.

Diesem Grundverständnis folgend kamen durch die Projektkoordinatoren initiiert die folgenden Methoden und Arbeiten zum Einsatz, die an dieser Stelle nur benannt werden sollen, damit Interessierte, die den Bericht der Projektkoordinatoren nicht gelesen haben, einen kurzen Überblick über die inhaltlichen und formalen Zugänge des Projektes haben.

1. In Arbeitsgruppen wurden unterschiedliche Themen und Maßnahmen zur konkreten Umsetzung in den Einrichtungen erarbeitet (Verabschiedungsrituale, Utensilienkoffer, Standards zu pflegerischen Maßnahmen [z.B. Mundpflege]
2. Es wurden Fortbildungsaktivitäten verstärkt (mehr Mitarbeiter in Kurse für Palliativpflege entsendet / mit Seelsorgern Kurse zum Thema Tod und Sterben angeboten)
3. Es wurden Kooperationsgespräche geführt mit regionalen Seelsorgern, einem Ärztenetzwerk, der Hospizvereinigung, Schmerztherapeuten
4. Es wurde eine Leitlinie zum Umgang mit Sterbenden und Schwerstkranken in den Einrichtungen mit Mitarbeitern erarbeitet
5. Es gab in beiden Einrichtungen der Altenhilfe eine begleitende Fotoausstellung
6. Es wurden auf Leitungsebene erste Schritte in Richtung Konstruktion und Implementierung eines Ambulanten Palliativpflegerischen Dienstes unternommen

Im Projekt wurde ein Augenmerk auf die Prozesse gelenkt, die angestoßen werden sollten und es wurde Wert darauf gelegt, dass Projektziele und Arbeitsschritte gemeinsam mit den Mitarbeitern erarbeitet werden sollten.

2.3 Phasen der wissenschaftlichen Begleitung

Insgesamt lässt sich die wissenschaftliche Arbeit in drei unterschiedlichen Phasen beschreiben, die drei unterschiedliche Arbeitspakete umfasste.
Die zeitlichen Phasen waren primär bestimmt durch zwei festgelegte Befragungszyklen, die zu Beginn und am Ende des Projektes stattfanden.

In der ersten Phase wurden alle 357 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den acht beteiligten Einrichtungen in standardisierter Form schriftlich zum Thema Sterbebegleitung, Rahmenbedingung der Arbeit in ihren Einrichtungen, Einschätzung bezüglich des eigenen Kenntnisstandes und der relevanten Aufgaben befragt. Es fanden darüber hinaus auch qualitative Interviews mit Mitarbeitergruppen (Gruppeninterviews), Interviews mit Einrichtungsleitungen (stationäre Einrichtungen: Einzelinterviews, ambulante Einrichtungen: Gruppeninterview) sowie Gruppeninterviews mit Bewohnern der stationären Altenhilfeeinrichtungen und Einzelinterviews mit Patienten und Angehörigen im ambulanten Pflegebereich statt. Daneben wurden bei den beiden stationären Altenhilfeeinrichtungen auch die Angehörigen der Bewohner in einer standardisierten schriftlichen Form befragt. Diese multiperspektivische Herangehensweise ermöglichte es, ein umfassendes Bild der Themen, Wünsche und Einschätzungen der unterschiedlichen Beteiligten zu zeichnen.
Grund für diese umfassende Erstanalyse war, dass im Projekt gezielte und auf den Bedarf abgestimmte Angebote unterbreitet werden sollten, die von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auch angenommen werden sollten. Daher galt es hier auf der Basis möglichst guter Informationen mit der inhaltlichen Projektarbeit beginnen zu können.
Zudem sollten anhand der Erstbefragung die Themen identifiziert werden, die aus Sicht der Mitarbeiter, der Patienten, Bewohner und deren Angehörigen von prioritärer Bedeutung für den weiteren Verlauf des Projektes waren.
Ergebnisse der ersten Befragung wurden in einem Kurzbericht für den Projektträger zusammengestellt. Darüber hinaus wurde eine vollständige Deskription aller verfügbaren Auswertungen (Gesamtdeskription / Aufteilung in Gruppen [ambulante Pflegestation – stationäre Altenhilfe]) erstellt und den Projektkoordinatoren zur freien Nutzung übergeben. Zusätzlich wurde auch ein zusammenfassender Ergebnisbericht der Interviews mit Mitarbeitern, Bewohnern, Patienten und Angehörigen erstellt und vorgestellt.

In der abschließenden Erhebung (2. Messzeitpunkt) wurden erneut alle Mitarbeiter in den Einrichtungen in standardisierter schriftlicher Form befragt. Daneben wurden vertiefende Gruppeninterviews mit Mitarbeitern der Projektgruppen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflegedienste geführt. Diese wurden im Rahmen einer Gruppensitzung mit den Ergebnissen der Befragung konfrontiert und sollten über die aus ihrer Sicht erreichten Ziele

im Projekt sowie darüber Auskunft geben, wie der weitere Fortgang ihrer Ansicht nach zu gestalten sei. Mit diesem Vorgehen sollte einerseits die Ergebnissicherung ergänzt werden, zugleich sollten aber auch kritische Informationen und weiterführende Gedanken zum Ausdruck gebracht werden können.

In der Zwischenphase des Projektes fanden verstärkt die flankierenden Arbeiten (Öffentlichkeitsarbeit, Literaturabsicherung etc.) statt. Die abschließende Projektvereinbarung zwischen den Partnern und der konkrete Projektbeginn lagen bei dem vorgestellten Projekt sehr nahe beieinander, sodass eine umfangreiche Literaturrecherche in einer Vorphase des Projektes nicht stattfinden konnte. Es wurde daher zunächst lediglich eine Überblicksrecherche durchgeführt, in der zentrale Projekte, aber nicht die umfassende Literatur zu dem Themenfeld eingeschlossen wurde. Die konkrete und eher an Journalpublikationen orientierte Literaturrecherche erfolgte projektbegleitend kontinuierlich, sodass neben dem inhaltlichen Zuwachs an Wissen während der Projektarbeiten auch theoretische Aspekte fortwährend hinzukamen.

2.4 Instrumente und Reichwerte der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung setzte zur Evaluierung und zur Sicherung die folgenden methodischen Vorgehensweisen ein:

1. standardisierte schriftliche Befragung der Mitarbeiter aller Einrichtungen
2. standardisierte Befragung der Angehörigen von Bewohnern in der stationären Altenhilfe
3. Fokusgruppeninterviews (Mitarbeiter der CPS / Leitungen der CPS / Mitarbeiter der Einrichtungen der stationären Altenhilfe / Bewohner der Einrichtungen der stationären Altenhilfe)
4. Einzelinterviews (Patienten und Angehörige in der ambulanten Pflege, Leitungen der stationären Altenhilfeeinrichtungen)
5. Literaturrecherche über Datenbanken, Internet und Experten

Jede Form der Beteiligung an den evaluatorischen Anteilen des Projektes war freiwillig; eine Anonymität in der Befragung war jedem Teilnehmer zugesichert. Eine Transkription und Kodierung der Interviews wurde ausschließlich im Institut vorgenommen.

Bei den standardisierten schriftlichen Befragungen wurden durch die wissenschaftliche Begleitung insgesamt drei Fragebögen konzipiert und mit den Projektkoordinatoren und der Leitung des Referats abgestimmt.

Die in diesen Bögen gestellten Fragen ergaben sich einerseits aus der bis dahin gesichteten Literatur zum Thema als auch aus dem vorhandenen Hintergrundwissen der Projektkoordinatoren sowie dem vorliegenden Wissen der wissenschaftlichen Begleitung. In der ersten Befragung der Mitarbeiter wurden die folgenden Themen operationalisiert und standardisiert abgefragt:

- Stammdaten
- Einschätzung zur gegenwärtigen Betreuungslage und -notwendigkeit
- Einschätzung zum Unterstützungsbedarf der Mitarbeiter
- Einschätzung zum institutionellen Rahmen

Den Mitarbeitern wurde dazu ein sechsseitiger Fragebogen zugesandt, der jeweils in einem versiegelten Kuvert abgegeben werden konnte. So war die Anonymität gewährleistet. Die Fragebögen wurden in ausreichender Anzahl für alle Mitarbeiter in den Institutionen bereitgestellt. Die Dateneingabe und Auswertung fanden ausschließlich im Institut statt. Personenbezogene Daten oder aber Gruppenvergleiche, die aufgrund einer geringen Anzahl der Gruppengröße zur Identifizierung einzelner Mitarbeiter geführt hätten, wurden nicht vorgenommen.

Die Angehörigen der in den beiden stationären Altenhilfeeinrichtungen lebenden Bewohner wurden ebenfalls schriftlich befragt. Hier wurden Ergebnisse zu folgenden Fragekomplexen eingeholt:

- Stammdaten
- Wünsche und Thematisierung in der Familie
- Einschätzung zum Umgang in der Einrichtung, in der der Bewohner lebt
- Einschätzung zur Begleitung und zum Begleitungsbedarf

Für die zweite Befragung der Mitarbeiter wurde ebenfalls ein Fragebogen in enger Anstimmung mit den Projektkoordinatoren und der Bereichsleitung entwickelt. Er umfasste die Themen:

- Stammdaten
- Veränderungen seit Projektbeginn (persönlich empfunden & objektiv beobachtet)
- Einschätzung zum Unterstützungsbedarf und zur weiteren Arbeit
- Fragen zur Projektbewertung

Bei der zweiten Befragung wurde den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ein fünfseitiger Fragebogen zugestellt.

Es wurden in den schriftlichen Befragungen keine testtheoretisch stabilisierten Instrumente eingesetzt, also Skalen, die beispielsweise eine bestimmte Form von psychischer Belastung

messen etc. Das heißt, dass die Befragung primär der Ermittlung von projektrelevanten Einstellungen (Deskription) diente und nicht zur Messung spezifischer Unterschiede auf der Basis allgemeiner Testverfahren. Insgesamt sind die Befragungen daher als jeweils einzelne Informationsquellen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Projektes zu werten. Daher wurden die Ergebnisse auch rein deskriptiv ausgewertet. Betrachtet man die Rücklaufquoten der Befragung bei den Mitarbeitern (1. Befragung 60%, 2. Befragung ca. 35%), so konnte befürchtet werden, dass eine positive Verzerrung (Bias) durch die Bewertungen der Mitarbeiter entsteht, die motiviert sind und in der zweiten Befragung erneut geantwortet haben. Eine Analyse der nicht antwortenden Personen (Non-Responder-Analyse) war im Rahmen dieser Arbeit nicht vorgesehen und widersprach dem Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme im Projekt. Die kritische Betrachtung der Ergebnisse wird im entsprechenden Ergebniskapitel in diesem Bericht diskutiert.
Zu einer weiteren Kontrolle und zum Abgleich der Ergebnisse mit der Realität in den Einrichtungen wurden die Ergebnisse der zweiten Befragung in insgesamt drei jeweils 1,5-stündigen Arbeitstreffen (zwei Termine für die ambulanten Caritas-Pflegestationen, ein Termin für die stationäre Altenpflege) insgesamt ca. 40 Mitarbeitern der Einrichtungen vorgestellt. Die Mitarbeiter konnten so erneut ihre Meinungen äußern, Aussagen korrigieren und vertiefende Erklärungen zu einzelnen Aspekten anbringen. So wurde die Gültigkeit der Daten durch die Mitarbeiter kontrolliert und letztlich auch bestätigt (kommunikative Validierung).

Eine Allgemeingültigkeit der Ergebnisse war nicht angestrebt, eine generelle Übertragbarkeit der Projektergebnisse auch nicht. Somit sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung nicht auf Repräsentativität und Verallgemeinerung angelegt, sondern auf den prozesshaften Erkenntnisgewinn steuerungsrelevanter Daten und auf Darlegung der Ergebnisse in diesem speziellen Projekt.
Dennoch können die eingesetzten Verfahren und Ergebnisse anderen Projekten eine sinnvolle Hilfestellung sein. Dies umfasst sowohl das methodische Vorgehen (z.B. die Nutzung der Fragebögen) innerhalb des Projektes als auch die Schaffung einer ähnlich angelegten Projektstruktur sowie die empirisch abgesicherte Auswahl der bearbeiteten Themen im Projekt.

3. Exemplarische Darstellung der Projektergebnissee

In dem folgenden Kapitel werden in der Übersicht zentrale Ergebnisse aus dem Projekt beschrieben. Da bereits einzelne Berichtsteile vorliegen (zusammenfassender Bericht der ersten Befragung und der Interviews), wird ein besonderer Fokus auf die abschließende zweite Befragung gelegt, über die noch keine Berichtstellung erfolgte und die die Ergebnissicherung zum Zeitpunkt des Projektes nach einem Jahr inhaltlicher Arbeit darstellt. Darüber hinaus

sollen hier exemplarisch wichtige Erkenntnisse aus der theoretischen Beschäftigung mit dem Themenfeld benannt werden. Dies entspricht Hinweisen und Aspekten, die aus der Literatur gewonnen wurden.

3.1 Zentrale Ergebnisse der Literaturrecherche

Die begleitende Literaturarbeit zum Projekt fand sowohl im Institut als auch bei den Projektkoordinatoren statt.
Im Folgenden werden zentrale Aspekte der im Institut zum Thema gesichteten Literatur dargelegt. Es sind vor allem die Titel und Hinweise beschrieben, die einen Einfluss auf die Planung, die Durchführung und die Inhalte sowie Strukturschaffung im Projekt hatten. Darüber hinaus sollen vereinzelt wichtige internationale Ergebnisse vorgestellt werden.
Da das Thema des Projektes ein immens facettenreiches ist, konnte und sollte keine vollständige systematische Literaturrecherche durchgeführt werden. Sterben, Tod und Trauer sind als zentrale menschliche Themen, von denen jeder zwangsläufig betroffen ist, tausendfach von Mitgliedern unterschiedlicher Professionen betrachtet, erforscht und thematisiert worden. Die Literatursuche und -auswertung fokussierte sich daher auf einzelne Aspekte des Themas (z.B. Sichtung von bestehenden Projektberichten / Ergebnisse vorliegender Studien / pflegerische Perspektive etc.). Trotz dieser eher auf den Praxisbezug ausgerichteten Fokussierung fand zunächst auch eine etwas breiter aufgestellte Sichtung statt, die deutsch- und englischsprachige Monografien und Journalartikel umfasste. Gesucht wurde in medizinisch-pflegerischen Datenbanken (Medline, Pubmed) sowie in der Bibliothek der Katholischen Fachhochschule Köln. Darüber hinaus wurden einzelne Journals (Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care) in eine Handsuche einbezogen. Die für das Projekt relevante Literatur wurde mit dem Literaturverwaltungsprogramm Citavi (Version 2.4.1.0) sortiert und katalogisiert. Eine im Projekt verwendete Liste aller Artikel findet sich im Anhang des Berichtes.

3.1.1 Projekthintergrund und Einordnung des Themas

Das Thema Sterben und Sterbebegleitung nimmt insbesondere im Bereich der stationären Altenhilfe an Bedeutung ständig zu. Angaben des Diakonischen Werkes zufolge sterben von den 850.000 jährlich in Deutschland gemeldeten Todesfällen rund 50 Prozent im Krankenhaus und 20 Prozent im Pflegeheim.
Zwar war das Thema Sterben und Sterbebegleitung von je her zentraler Bestandteil für die Arbeit in stationären Altenhilfeeinrichtungen und auch im ambulanten pflegerischen Versorgungsfeld, aber bedingt durch eine Alterszunahme, eine zunehmende Multimorbidität und eine Zunahme an demenziell veränderten Bewohnern und Patienten hat sich vor allem das

Leben der Bewohner und die pflegerische Versorgung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung verändert.
Angaben des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zufolge ziehen die Menschen zunehmend erst dann ins Heim, wenn sie schon sehr alt sind (Durchschnitt >87 Jahre alt) und ein Drittel der neu in eine Einrichtung gezogenen Bewohner verstirbt innerhalb der ersten drei Monate (Jonas 2005). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Mitte der 80er Jahre entwickelten Vorstellungen einer „aktivierenden Pflege“ in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, also die auf Ressourcenförderung und -erhalt ausgerichteten Konzepte noch die zentrale Bedeutung haben können, die sie hatten.
Die Vorstellungen einer Aktivierung werden derzeit immer noch bis in die Ebene der Sozialgesetzgebung (SGB XI) und die entsprechenden Finanzierungsgrundlagen der Einrichtungen verfolgt. So ergeben sich erhöhte Zeitkorridore in den Pflegestufen, wenn aktivierende Prinzipien angewendet werden, die aber aufgrund der oben beschriebenen Veränderung eine zunehmend kleiner werdende Menge an Personen erreichen können.
In jedem Falle gilt daher in Fachkreisen allgemein als akzeptiert, dass diese aktivierenden Konzepte in den stationären Einrichtungen und auch im ambulanten Versorgungsbereich ergänzt werden müssen um Aspekte palliativer Versorgung und würdiger Sterbebegleitung. Dies gilt, obwohl es derzeit noch keine Vergütungsentsprechung gibt und für besonders aufwendige oder lange Sterbebegleitung keine Zeitkorridore vergeben werden. Palliative Versorgung muss somit eine wesentliche Säule der Arbeit einer modernen stationären Altenpflegeeinrichtung sein.
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert palliative Versorgung (/ Pflege) wie folgt:

> *„Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“*

Anhand dieser Definition wird deutlich, dass es sich bei palliativer Versorgung um ein breites Spektrum handelt und nicht um den Einsatz eines klar strukturierten und umrissenen Konzeptes. Das macht es problematisch, wenn Schulungskonzepte entwickelt oder bereits entwickelte entsprechend vermittelt und eingesetzt werden sollen. Hier ist mit großen Variationsbreiten zu rechnen. International beschreibt Wilkinson die Uneindeutigkeit hinsichtlich der Befürwortung durch Patienten und der Zufriedenheit von Pflegenden mit Konzepten *(Wilkinson 1999).* Darüber hinaus ist von Bedeutung, dass die palliative Versorgung nicht nur in dafür vorgesehenen Einrichtungen stattfinden soll. Es liegen keine klaren Beweise dafür vor,

dass Schmerzkontrolle und -therapie in Einrichtungen besser durchgeführt werden kann als zu Hause *(Salisbury 1999)*.
Das zentrale politische und gesellschaftliche Bemühen, das Sterben zu Hause zu ermöglichen und dies nicht zu einer Aufgabe von Spezialisten in Einrichtungen zu machen, lässt sich anhand der fulminanten und wichtigen Entwicklung der Hospizinitiativen (Hospize und ambulante Hospizdienste) aufzeigen *(Barth 2002, Dreßke 2005, Ministerium für Arbeit 2006).* In Nordrhein-Westfalen gab es 2007 mehr als 300 ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie 8.000 darin arbeitende ehrenamtliche Kräfte. Dies ist das Ergebnis einer über zwanzigjährigen Entwicklung und thematischen Auseinandersetzung.

Beide in dem Projekt miteinander verbundenen Bereiche und ihre Mitarbeiter, der stationäre Altenhilfebereich und der ambulante Pflegebereich, hatten ein gleichberechtigtes Interesse und sahen jeweils die Notwendigkeit, sich dem Thema zuzuwenden.
Das Projekt sollte in kooperativer Form und unter Einbindung der Hospizinitiative durchgeführt werden. Dabei erschien es von zentraler Bedeutung, die stark einrichtungsbezogenen Perspektiven beizubehalten (Spezifizierung), sie aber andererseits auch durch eine Vernetzung nach Außen zu ergänzen und gegenseitiges Lernen zu ermöglichen. Kooperation ist ein wesentlicher Baustein für gelingende Projekte in diesem Bereich. Bereits 1992 zeigten Gaßmann et al. im Rahmen einer Analyse zur Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen in Nordrhein-Westfalen *(Gaßmann 1992)* auf, dass, je eingeschränkter die Kooperationsmöglichkeiten von Einrichtungen waren, desto höher der Wunsch nach Zusammenarbeit und Austausch war. Dieser Wunsch nach Zusammenarbeit war in den beteiligten Einrichtungen vorhanden.

3.1.2 Hinweise für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe

In der Literatur finden sich zahlreiche Publikationen, die sich speziell mit der Frage von Sterbekultur und Sterbebegleitung in stationären Altenpflegeeinrichtungen auseinander setzen.
Bartholomeyczik untersuchte bspw. die Qualität der stationären Versorgung in Frankfurter Einrichtungen und stellte dabei die Berücksichtigung der letzten Wünsche und den Dialog über das Sterben als ein zentrales Qualitätsmerkmal heraus *(Bartholomeyczik 2004).* Auch Josat et. al. *(Josat 2006)* finden in einer Literaturanalyse heraus, dass letzte Fragen und der Umgang mit Tod und Sterben aus Sicht der Bewohner und ihrer Angehörigen ein zentrales Qualitätsmerkmal für Einrichtungen sind.

Projekterfahrungen und -berichte liegen in Deutschland zahlreich vor. Dabei wird z.B. beim Projekt LIMITS aus Münster das Thema vor allem mit der Selbstbestimmung und somit mit Fragen der Autonomie in Verbindung gebracht *(Heller 2003, Schulze 2004)*. Auf der Basis von fünf zentralen Thesen wurden im Projekt Experteneinschätzungen und -statements zur

Bedeutung von Autonomie und Fürsorge eingeholt. Es wurden Interviews mit Hausärzten geführt und Konzepte sowie konkrete Formulare entwickelt. Es zeigte sich im Expertenhearing z.B., dass beiden Bereichen (Autonomie und Fürsorge) eine große Bedeutung beigemessen wurde. Der pflegerische Auftrag erschöpft sich jedoch nicht in der Beachtung der Autonomie – die Fürsorge muss begleitend mitgedacht werden und wirkt vor allem dort, wo das Individuum keine vollständige Autonomie mehr erlangen kann oder verloren hat. Die genauen Wünsche vorab kommuniziert zu haben, ist bedeutsam für fürsorgliches Handeln und zur Bewahrung der Autonomie auch über den Verlust der Selbstständigkeit hinaus. Abwägungsprozesse und vor allem die Autonomie der Bewohner und nicht die Handlungsautonomie der professionellen Helfer in den Vordergrund zu rücken, sind Teilergebnisse der Expertendiskussion. Aber nicht nur das viel beachtete Projekt LIMITS gab Impulse für das Projekt in Viersen.

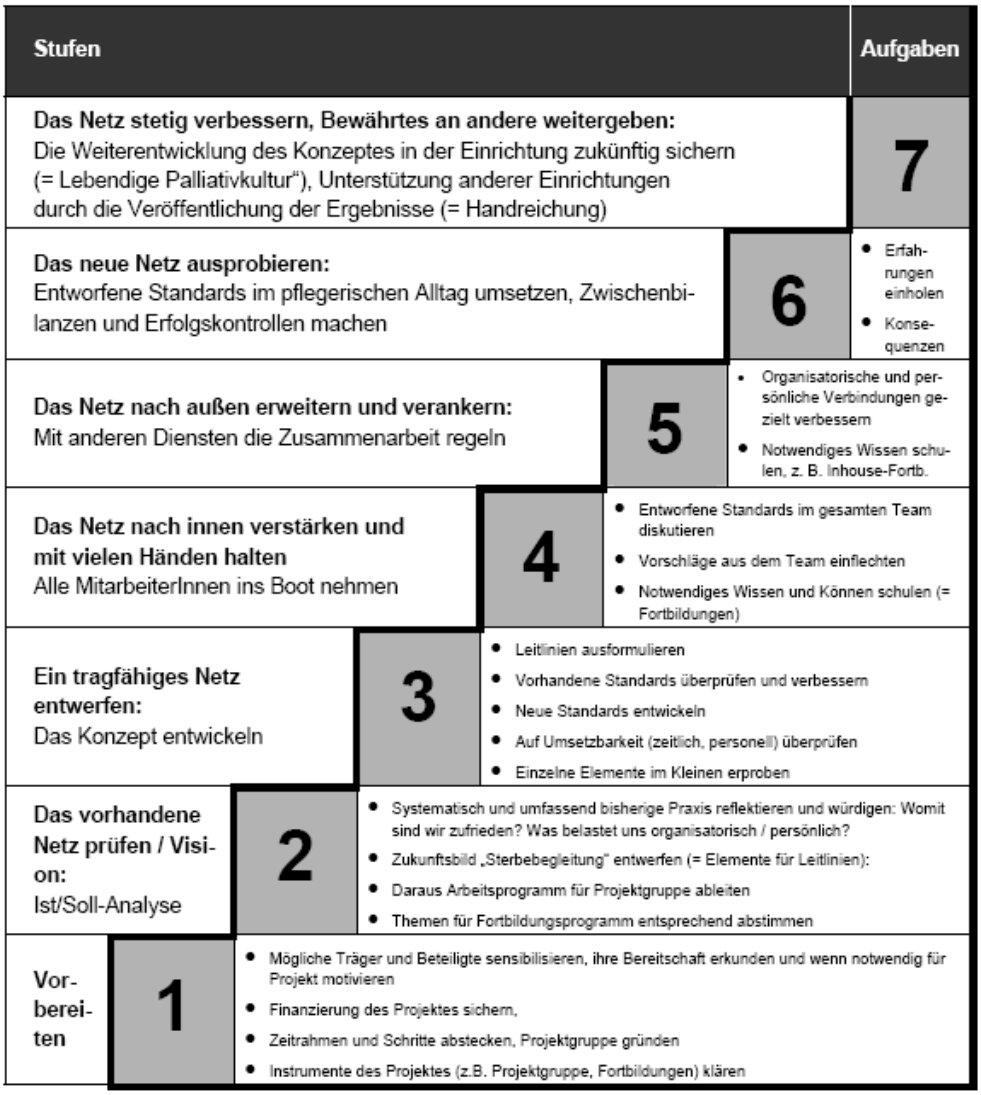
Anderson *(Anderson 2003)* beschreibt in dem Projekt der AWO in Bayern (Interviews mit Bewohnern und Mitarbeitern) zentrale Schlussfolgerungen (Entwicklung einer Abschiedskultur, frühzeitige Erfassung und Dokumentation zentraler Anliegen des Bewohners, Gefühlsarbeit, Verwendung von Symbolen und Ritualen, Erinnerungsbücher oder -bäume, klare konzeptionelle Darstellung nach außen etc.), die auch im Projekt in Viersen Berücksichtigung fanden.

Auch Kittelberger beschreibt in seinem Leitfaden „Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim“ wichtige Nachdenkhilfen zum Thema *(Kittelberger 2002)*. Dabei wird auf konkrete Ratschläge und Hinweise zu Abläufen verzichtet. Dennoch sind auch hier zentrale Elemente sichtbar (Perspektive auf Bewohner und Mitarbeiter zugleich legen, Vernetzung mit Hausärzten, Hopizhelfern u.a. Freiwilligen) beschrieben.

Bei dem Projekt der Arbeiterwohlfahrt (AWO) beispielsweise konnte herausgearbeitet werden, dass die Haltung der Leitung in der Einrichtung zur Sterbebegleitung von zentraler Bedeutung ist *(Grabner 2006)*.

Orth und Alsheimer *(Orth 2005)* stellen in ihrem über vier Jahren andauernden Projekt das Personal in den Mittelpunkt der Bemühungen und der Entwicklungsarbeit. Ausgangspunkt war die Analyse der Sterbekultur mit einer ausführlichen Befragung der Bewohner und der Mitarbeitenden. Alsheimer beschreibt in seinem Handout „Herausforderung der Zukunft – Implementierung von Palliativversorgung und Hospizarbeit im Altenheim“ ein Stufenverfahren für die konkrete Projektarbeit.

Dieses Schema diente der wissenschaftlichen Begleitung u.a. als Vorlage für die Beratung einzelner weiterer Projektschritte.



Stufenschema nach Alsheimer

Von großer Bedeutung sind auch die Ergebnisse des Forschungsprojektes in Sachsen *(Kaluza 2005),* in dem insgesamt über 4200 Ärzte, Pflegende und Leitungen von Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe und aus ambulanten Diensten befragt wurden. Im Altenpflegebereich zeigte sich, dass mehr Zeit für die Sterbebegleitung bzw. mehr (Fach-)Personal, eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Partnern, räumliche Verbesserungen (Einrichtung von Verabschiedungsräumen, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige), verbesserte Anleitung und Begleitung der Pflegekräfte sowie eine bessere Schmerztherapie eingefordert wurden.

In Einrichtungen der Caritas gab es ebenfalls zahlreiche Projekte (vgl. z.B. das Projektkolleg des Landes-Caritasverbandes Bayern), die als Vorbild für das Projekt in Viersen herangezogen werden konnten.

Weitere wichtige Hinweise ergaben sich aus der folgenden Entwicklung: Im Herbst 2003 richtete die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz *(Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2005)* eine zentrale Arbeitsgruppe ein, die sich mit der Implementierung zentraler Konzepte der Hospizbewegung in stationäre Einrichtungen beschäftigen sollte. Sie entwickelten bis 2005 ein Arbeitspapier, in dem Indikatoren und Empfehlungen für palliatives und hospizliches Denken und Handeln in Einrichtungen der stationären Altenhilfe beschrieben werden. Diese umfassen zum Beispiel die grundsätzliche Forderung nach einem bottom-up Verfahren bei der Entwicklung und Implementierung von palliativen Konzepten, also den Einbezug aller Beteiligten und ihrer Meinungen, denn sie tragen auch das Konzept im Alltag. Die Vernetzung mit relevanten Dritten gehört ebenso dazu wie die Integration ehrenamtlicher Helfer. In insgesamt 20 Fragen werden die wichtigsten Indikatoren beschrieben, die berücksichtigt werden müssen (Projektarbeit, Leitlinien, Kultur und Leitung, Nachhaltigkeit/Evaluation, Ethik im Konflikt, Öffentlichkeitsarbeit, Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige, Mitbewohner, Interdisziplinarität, palliative Fachpflege, Hausärzte, Ehrenamtliche, Seelsorge, weitere Mitarbeiter, Trauer, Sterbephase, Umgang mit Verstorbenen).

Vor dem Hintergrund der gesichteten Projekte lassen sich als gemeinsame Punkte die folgenden Aspekte einer gelingenden hospizlichen und palliativen Perspektive zusammenfassen:

- Sensibilisierung der Beteiligten und Enttabuisierung der Thematik in der Einrichtung
- Vernetzung mit anderen (Ehrenamtlern, Ärzten, Hospizinitiative, Seelsorgern)
- Projekthafte Erarbeitung von Teilschritten (nicht Implementierung fertiger Lösungen)

Auch in der internationalen Literatur lassen sich für die Altenpflege wichtige Hinweise finden. Ersek untersucht 1999 bei 700 Pflegekräften die Hauptthemen, die Pflegende mit der End-of-life-Care (EOL) (= Pflege am Ende des Lebens) verbinden *(Ersek 1999).* Dabei kommen der symptombezogenen Pflege, Fragen einer angemessenen Kommunikation und dem Umgang mit emotionaler Betroffenheit eine zentrale Bedeutung zu. Dies sind Beispiele für Themen, die auch in den Befragungen aufgegriffen wurden und die zum Gegenstand von Schulungsideen wurden. Weitere Vorarbeiten und Hinweise zum Themenbereich waren für das Projekt bedeutsam. Wilkinson *(Wilkinson 1999)* untersuchte die Effektivität von Schulungsmaßnahmen hinsichtlich der Verbesserung kommunikativer Kompetenzen bei Pflegenden. Sie untersuchte ein 26-stündiges Trainingsprogramm (mit Audioaufnahmen, Feedbackrunden, Selbst-Kritik-Runden) und fand statistisch signifikante Verbesserungen in einigen Bereichen.

Anhand dieser Punkte und vor dem Hintergrund der Beachtung der Prämisse einer bottom-up-Strategie bei der Entwicklung der zentralen Fragen und Gedanken wurden Hinweise aus den Konzepten und Berichten in dem Projekt berücksichtigt. Auch wurden die Lehren aus

den Projekten von Orth etc. gezogen, denn die Organisation des Projektes (Projektgruppen, Ersterhebung, Projektsteuerungsgruppe, Entwicklung von Leitlinien) wurde ähnlich angelegt.

3.1.3 Hinweise für ambulante / häusliche Pflegedienste

Auch ambulante Hospizdienste wurden umfassend beschrieben. So gab es beispielsweise Mitte der neunziger Jahre wissenschaftlich begleitete Projekte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen *(Rest 1997)*, die umfassend die Struktur, die Arbeit, die Qualifizierungsmaßnahmen und Ergebnisse der ambulanten Hospizdienste untersuchte.
In den Leitlinien des Landes NRW wurde bereits vor zehn Jahren festgelegt, dass es ein vorrangiges Ziel sein muss, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen *(Ministerium für Arbeit 1997)*.
2005 wurden im Rahmen einer qualitativen Befragung 88 leitende Pflegekräfte aus ambulanten Diensten in Brandenburg hinsichtlich ihrer Einschätzung zur palliativen Versorgung befragt. Pro Pflegedienst wurden durchschnittlich ungefähr fünf Patienten versorgt. Entgegen vielen negativen Aussagen in der in der Studie gesichteten Literatur kamen die befragten Dienste überwiegend zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der palliativen Versorgung. Aber sie sahen vor allem im Bereich der psychosozialen Betreuung eine Verbesserungsmöglichkeit.
In dem bereits zitierten Bericht zur Sterbebegleitung in Sachsen *(Kaluza 2005)* wurden auch im ambulanten Pflegebereich Daten gesammelt und nach Erfahrungen gefragt. Von besonderer Bedeutung war dabei das beschriebene enge Zusammenwirken von Pflegediensten und Hausärzten in den Haushalten. Ein gemeinsames Vorgehen war den Pflegenden nach eigenen Angaben (38 %) dadurch erschwert, dass sie ärztliche Maßnahmen eher nicht nachvollziehen konnten. Hier zeigt sich das komplette Spannungsfeld in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

International finden sich gleichsam bedeutende Hinweise. In Fokusgruppen wurden 2004 in einer qualitativen Studie in England insgesamt 32 ältere Menschen hinsichtlich ihrer Einschätzungen zum Begriff „Home“ vor dem Hintergrund der letzten Lebensphase befragt *(Gott, 2004).* Es zeigte sich, dass sie weniger eine geografische als eine soziale Definition einnahmen und Komfort und das Vorhandensein von geliebten Menschen thematisierten. Aber es waren auch vielfach moralische Bedenken, die aus ihrer Sicht gegen ein Sterben zu Hause sprachen (Belastung der Angehörigen etc.).
Resnizky et. al. *(Resnizky 2007)* evaluierten die Übereinstimmung in der Symptombeschreibung von Angehörigen und Angaben und aus der Pflegedokumentation und zeigten auf, dass Angehörige eine verlässliche Quelle für Symptombeschreibungen sind und ihre Angaben kaum von den Anamnesen der professionellen Pflegekräfte abwichen.
Karlsen *(Karlsen 1998)* untersuchte auf der Basis von über 200 an Krebs verstorbenen Personen, welche Unterschiede zwischen Patienten bestehen, die zu Hause starben und sol-

chen, die im Krankenhaus starben. Sie kam u.a. zu dem Ergebnis, dass nur knapp die Hälfte der Personen, die gerne zu Hause gestorben wären, dies auch erreicht haben und machte u.a. fehlende ambulante Versorgung und Unterstützung dafür als Grund aus.

3.1.4 Konzepte und Hinweise zu Pflegemaßnahmen

Auf der Seite der Konzeption finden sich pflegerische Techniken, die symptomlindernd bei zentralen und wiederkehrenden Problemen sind (Schmerz, Ernährung, Juckreiz, Obstipation, Übelkeit, Atemnot, Mundtrockenheit, Wundversorgung etc.). Ein Themenbereich ist die Versorgung mit Flüssigkeit und Ernährung *(Allari 2004).* Hier spielt insbesondere die Diskussion um eine PEG-Ernährung eine wichtige Rolle. Zunehmend wird angezweifelt, bzw. empirisch belegt in Frage gestellt, ob eine PEG-Anlage in jedem Falle eine Lebensverlängerung ermöglicht *(Akner 2005, Synofzik 2007).* Für demenziell veränderte Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen scheint dies nicht der Fall zu sein *(Finucane 1999).* Ebenso zeigen, Synofzik folgend, die Anlage und Verwendung einer PEG bei demenziell veränderten Bewohnern in der letzten Lebensphase keine Veränderungen hinsichtlich der Verbesserung des funktionalen Status, der Verhinderung einer Aspirationspneumonie, einer generellen Mangelernährung oder der Bildung von Druckulzera.

Darüber hinaus zeigen sich thematisch auch Diskussionen über übergeordnete Konzepte, die allgemeines Wohlbefinden fördern sollen, wie basal stimulierende Techniken *(Kostrzewa 2004).*

Auch die Begleitung mit Hilfe von Tieren wird in der Literatur thematisiert *(Geisler 2004).* Sie beschreibt in ihren Case-Studies die Wirkung und vor allem auch das Einfühlungsvermögen der Tiere hinsichtlich der Begleitung. Es liegen jedoch wenige evidenzbasierte Erkenntnisse über den Nutzen ausgewählter Verfahren vor. Wilkinson *(Wilkinson 1999)* und Sodan *(Sodan 2004)* erhoben jeweils die Anwendung von Aromatherapie. Sodan unterzog 42 Probanden regelmäßiger Massage mit Lavendelöl und untersuchte Effekte auf Schmerzintensität, Angst, Schlaf. Sie konnte keine Unterschiede zwischen Einreibungen mit Lavendelöl versus Einreibungen mit einem geruchsneutralen Öl feststellen. Wilkinson hatte ein ähnliches Setting bereits 5 Jahre zuvor erprobt (103 Probanden). Sie konnte eine Verbesserung hinsichtlich des Einsatzes der Massage feststellen, jedoch keine Unterschiede bei der Verwendung von Aromaölen oder geruchsneutralen Ölen. Positive Effekte einer Massage (z.B. Beruhigung, bessere Mobilität etc.) werden auch bei Demmer *(Demmer 2002)* beschrieben. Hier wurden zahlreiche und komplexe unterschiedliche Methoden angewendet (Massage, therapeutic touch, Reflexology, Aromatherapie, Hypnotherapie, Geleitete Bilderreise, Musiktherapie, Yoga, Feldenkrais, Meditation), die insgesamt zu positiven Bewertungen führten.

Rajasekaran analysiert in einem Review die Studienlage zur Hypnotherapie bei der Symptombewältigung und zeigt auf, dass eindeutige empirische Belege für eine Wirkung fehlen

(Rajasekaran 2005). Schwierigkeiten in der Eindeutigkeit des Wirksamkeitsnachweises komplexer Interventionen werden auch seitens der Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group formuliert *(Wiffen 2005).*
Selbst bei medizinischen Diagnosen (Behandlung von Depressionen) findet sich eine verhältnismäßig geringe Datenbasis für evidenzbasierte Vorschläge. Es liegen zu wenige Studien vor, um eine medikamentöse oder nicht medikamentöse Behandlung eindeutig zu befürworten *(Lan Ly 2002).*

3.1.5 Weitere Hinweise

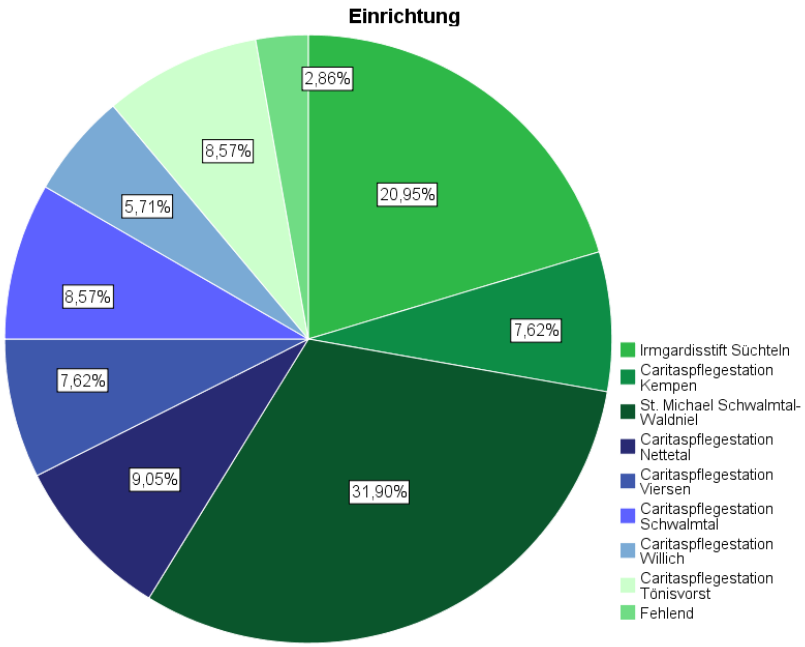
Wichtig erscheinen die Diskussionen über herausragende und vor allem gemeinsame Symptome zu sein, mit denen sich Sterbende und Schwersterkrankte konfrontiert sehen. Hier ist in der internationalen Literatur die Depression das häufigste genannte Problem *(Hotopf 2002).*
Von herausragender Bedeutung ist ebenfalls die Betrachtung der unterschiedlichen Verläufe (Trajects) unterschiedlicher Erkrankungen *(Cobin 2004).* Die grafische Sichtbarmachung und die genaue Beschreibung von Verlaufskurven kann ein Element sein, um Diskussionen über situationsspezifische Versorgungskonzepte in Gang zu setzen, Maßnahmen zu planen und Schulungen zu ermöglichen *(Gott 2007).*
Dass eine gelingende Sterbebegleitung auch im Krankenhaus erfolgen kann und dass entsprechend komplexe Projekte der Sensibilisierung und Enttabuisierung auch im Klinikalltag gelingen können, belegen Käppeli und Just mit ihrer Studie im USZ Zürich *(Käppeli 2007).* Sie zeigen auf, dass nicht Sterben und Tod an sich, sondern die Umstände, unter welchen Patienten sterben, die Pflegenden nachhaltig beschäftigen. Darüber hinaus entdeckten sie formale und qualifikatorische Mängel und zeigten auf, dass in den meisten beteiligten Einrichtungen eine klare Struktur und ein konzeptioneller Umgang mit Verabschiedung und Tod weitestgehend unbearbeitet waren und aufgegriffen werden müssen.

Aber das Thema der Sterbebegleitung wird auch kritisch diskutiert. So wurden im Rahmen der Literaturarbeit auch Hinweise auf problematische Situationen und Themen gefunden, zum Beispiel hinsichtlich der Frage nach problematischen Verhaltensweisen und halluzinatorischen Erlebnissen, wie sie bei Schwerstkranken und Sterbenden beobachtet werden können *(Böke 2005).* Auch das unterschiedliche Erleben beim Helfen und die Frage der Überforderung der Pflegenden, der Helfer und der Familienangehörigen wird in der Literatur diskutiert *(Mezey 1999) (Catgins Keidel 2002).*
Vielfach finden sich auch Hinweise zur Qualifizierung Pflegender, Therapeuten *(Uebach 2004, Müller 1997)* und ehrenamtlicher Mitarbeiter *(Raß 2003)* auf der Basis zentraler curricularer Arbeiten *(Conrad 2000).*

3.2 Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Erstbefragung der Mitarbeiter

In einer ersten Übersicht werden einige ausgewählte Ergebnisse aus der ersten schriftlichen Mitarbeiterbefragung vorgestellt. Komplette Auswertungen (Gesamtauswertung / nach Einrichtungsarten getrennt) wurden zur weiteren Verwendung an den Projektgeber übermittelt. Darüber hinaus wurde ein Kurzbericht erstellt, der im Juni 2007 zugestellt und präsentiert wurde.

Die erste Befragung fand im Frühjahr 2007 statt. Befragt wurden alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit einem standardisierten Fragebogen. Die Fragebögen wurden den Mitarbeitern durch die Leitungen der jeweiligen Einrichtungen ausgehändigt. Jeder der Bögen war mit einem Stempel des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. versehen und konnte somit versiegelt werden. Dem Institut wurden die verschlossenen Umschläge in einem Paket zugesandt. Insgesamt erreichten 216 auswertbare Fragebögen das Institut, wobei sechs Fragebögen aufgrund der fehlenden Angabe keiner Einrichtung zugeordnet werden konnten. Insgesamt arbeiteten zum Zeitpunkt der ersten Erhebung 357 Mitarbeiter in den acht Einrichtungen. 187 Mitarbeiter arbeiteten in den Caritas-Pflegestationen, 170 in den beiden stationären Altenhilfeeinrichtungen. Insgesamt erreichte die erste Befragung damit einen Rücklauf von 60%, was als sehr gut angesehen werden kann. Nach Einrichtungsarten differenziert betrachtet lag die Rücklaufquote für die ambulanten Dienste bei 53% und für die stationären Altenhilfeeinrichtungen bei 65,3%.
Das folgende Kuchendiagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Mitarbeiter der Befragung der unterschiedlichen Einrichtungen.



Entsprechend der Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entfielen die meisten Befragten auf die beiden Einrichtungen der stationären Altenpflege.

In welchem Bereich arbeiten Sie überwiegend in Ihrer Einrichtung

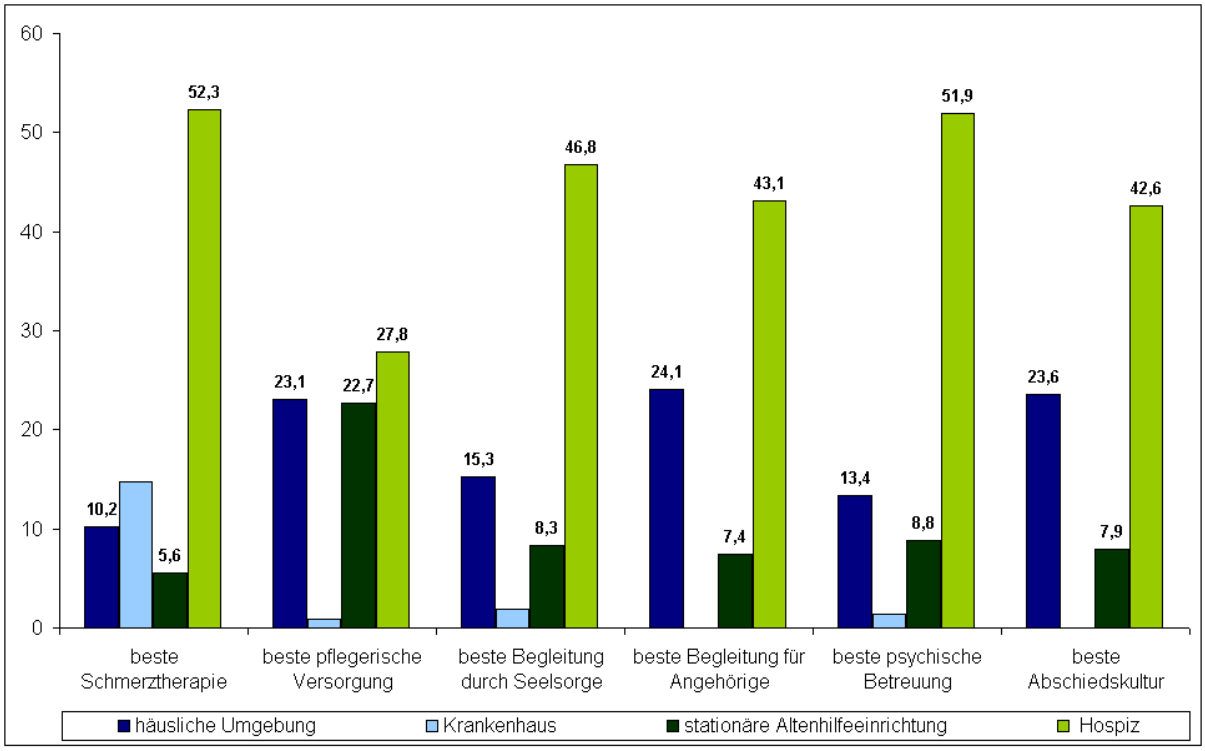
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Altenpflege/Krankenpflege	100	46,3	48,1
	Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe	53	24,5	25,5
	Verwaltung	13	6,0	6,3
	Hauswirtschaftlicher Dienst	24	11,1	11,5
	Andere	18	8,3	8,7
	Gesamt	208	96,3	100,0
Fehlend	System	8	3,7	
Gesamt		216	100,0	

Der überwiegende Anteil an Befragten kommt aus dem pflegerischen Bereich. Dennoch antworteten auch Mitarbeiter aus anderen Bereichen auf die Anfrage. Auch sie gaben vielfach an, dass sie Kontakt zu Sterbenden in den Einrichtungen haben.

Eine erste Fragestellung war die, ob das Thema der „Sterbebegleitung" mit dem Alltag der Befragten in engem Kontakt steht bzw. ob eine Sterbebegleitung eine real anzutreffende Leistung ist, die durch die Mitarbeiter erbracht wird. Folgendes ließ sich zu Projektbeginn beschreiben: 59% der Befragten gaben insgesamt an, dass sie persönlich in der Einrichtung Kontakt zu Sterbenden haben, weitere 28% sagten aus, dass dies manchmal der Fall sei. Nur 12% der Befragten hatten in ihrer täglichen Arbeit keinen Bezug zu sterbenden Menschen. Das sind deutlich weniger als die Gesamtheit der Personen die angaben, nicht in der Pflege zu arbeiten. Nach der Bedeutung und der Menge der betreuten Menschen befragt, äußerten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie folgt: 40% der Befragten hatten im letzten Jahr zwischen einem und vier Todesfällen unter den betreuten Personen erlebt. Bei weiteren 24% waren es zwischen fünf und zehn, bei insgesamt 13% der Befragten waren es über 11 Personen. In der Differenzierung nach den jeweiligen Einrichtungsarten fiel auf, dass sich hier keine wesentlichen Unterschiede ergaben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Caritas-Pflegestationen waren in einer ähnlichen Anzahl mit sterbenden Menschen konfrontiert wie die der Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Gefragt wurde auch danach, in welcher Institution bzw. Versorgungsform die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedliche Kompetenzen in der Versorgung vermuten würden, bzw. welcher Versorgungsform sie welche Kompetenzen zuschreiben würden. Bemerkenswert ist, dass sie entsprechend der Selbstaussage in allen Bereichen (Schmerztherapie, pflegerische Versorgung, seelsorgerische Begleitung, Angehörigenbegleitung, psychische Betreuung, Abschiedskultur) dem Hospiz die höchste Versorgungskompetenz zuschreiben würden. Lediglich im Bereich der pflegerischen Versorgung stellten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Dienste sowie der stationären Altenhilfeeinrichtungen ihre je-

weils eigenen Fähigkeiten annähernd auf eine Stufe. Bemerkenswert ist z. B. auch, dass die beste seelsorgerische Begleitung im ambulanten Bereich höher eingeschätzt wird als im stationären Altenhilfebereich, gleichwohl es hier über die institutionelle Bindung meist eindeutige Ansprechpartner gibt. Am deutlichsten aber fällt der Unterschied in den Bewertungen hinsichtlich der angenommenen Versorgungsqualität in der Schmerztherapie auf. Hier wird dem Hospiz von über der Hälfte der Befragten die beste Versorgungsmöglichkeit zugeschrieben. Das Krankenhaus kommt hier bemerkenswerterweise an zweiter Stelle. Bei allen anderen Punkten bildete die Krankenhausversorgung das Schlusslicht in der Betrachtung. Gleichwohl versterben hier ca. 40% aller Menschen in Deutschland.

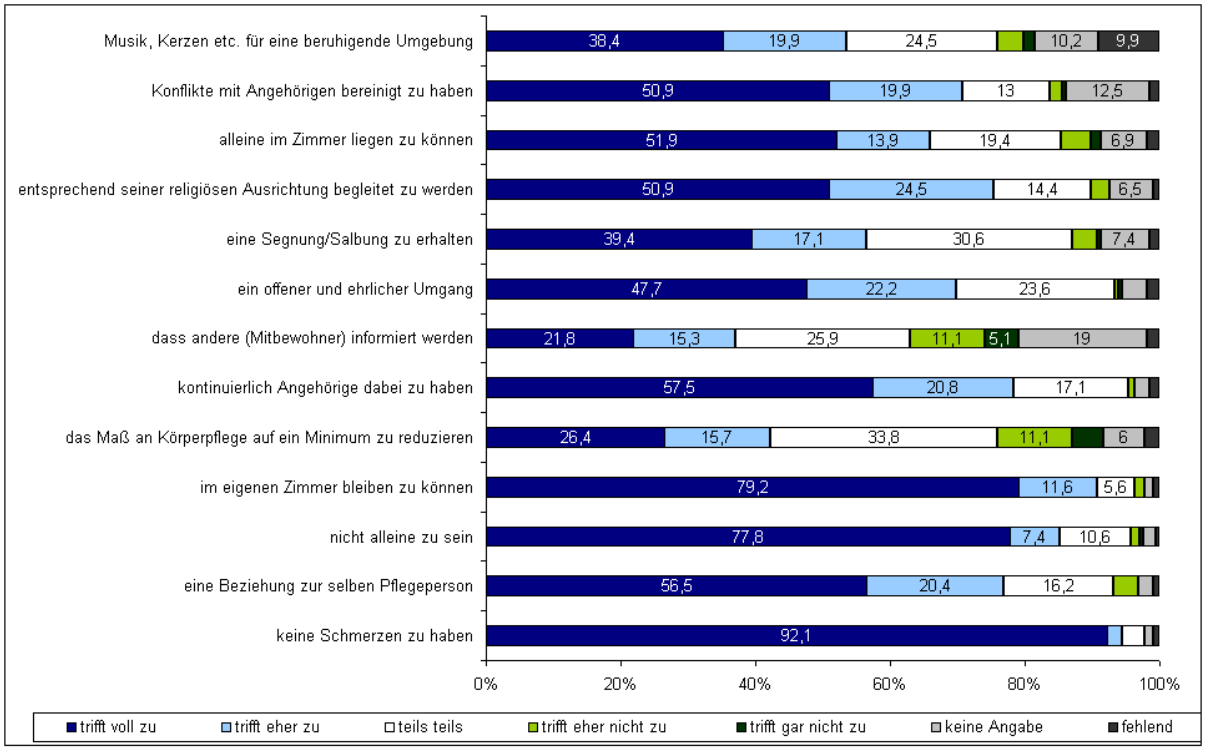


Insgesamt zeigt die Auswertung aber auch eine selbstkritische Beurteilung. Auffallend sind vor allem die in der Altenpflege niedrigen Werte (Schmerztherapie, Begleitung der Angehörigen, psychische Begleitung, Abschiedskultur). Dies muss vor dem Hintergrund, dass mehr als die Hälfte der Befragten aus diesem Arbeitsbereich kommt, bewertet werden und zeigt deutliche Chancen auf Verbesserung. Vielfach müssen Personen aus der stationären Altenhilfe höhere Werte bei den ambulanten Pflegediensten angegeben haben.

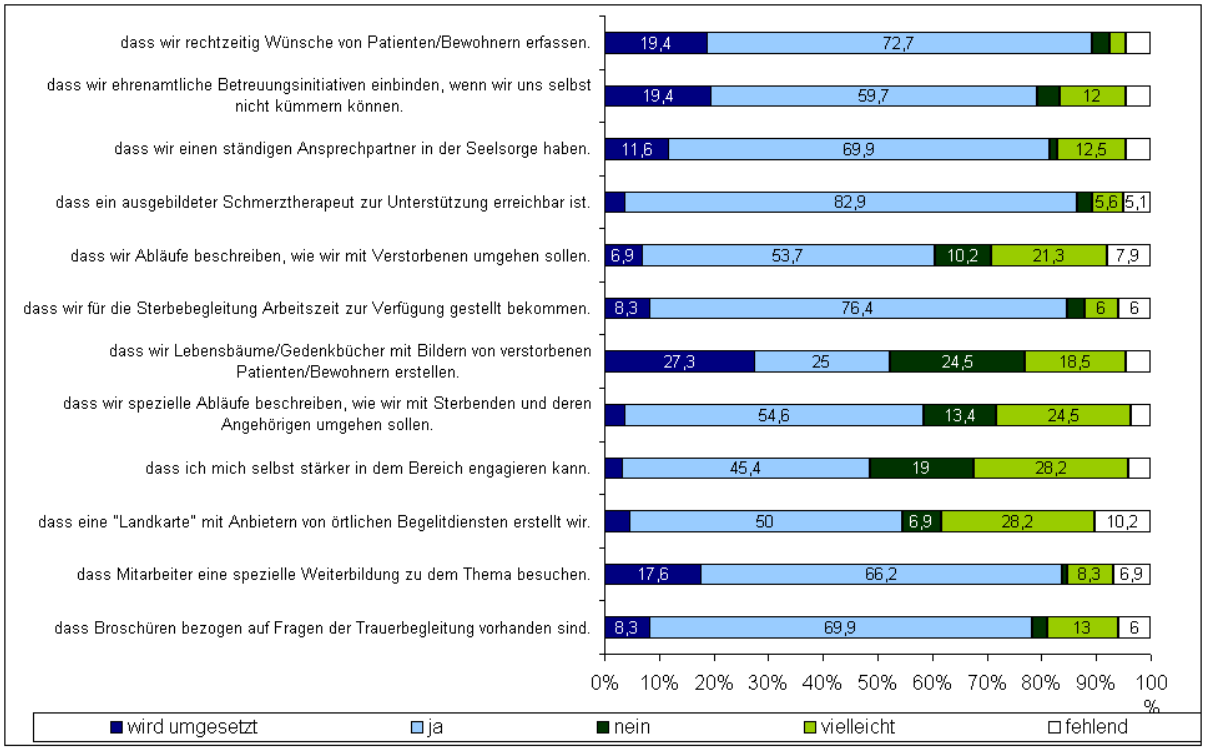
Befragt nach den Dingen und Faktoren, die einem Sterbenden nach Einschätzung der Mitarbeiter wichtig sind, äußerten sich die Mitarbeiter wie folgt: Es dominiert die Einschätzung, dass Patienten und Bewohner vor allem keine Schmerzen haben dürfen, damit eine gelungene Sterbebegleitung stattfinden kann. Das korrespondiert mit Ergebnissen in der Literatur und auch mit den zentralen Bemühungen im Projekt selbst, in dem Schmerztherapeuten für die Einrichtungen gesucht werden. „Schmerzen als zentraler Indikator“ für gelungene Bemü-

hungen sind demnach für das weitere Vorgehen und die Projektbetrachtung am Ende aller Projektphasen wichtig.

Gefolgt wird dieser Aspekt von Faktoren wie dem Verweilen im eigenen Zimmer, der stabilen Beziehung zur selben Pflegeperson und der kontinuierlichen Begleitung durch die eigenen Angehörigen. Ebenfalls können die Begleitung nach der eigenen religiösen Ausrichtung, das Alleine-im-Zimmer-sein-Können und ein offener und ehrlicher Umgang neben anderen Tatsachen als hoch bewertet angesehen werden. Weniger bedeutsam wird eingeschätzt, dass Mitbewohner informiert werden oder dass die Körperpflege auf ein Minimum reduziert wird (um Patienten nicht unnötigen Bewegungen und Stress auszusetzen).

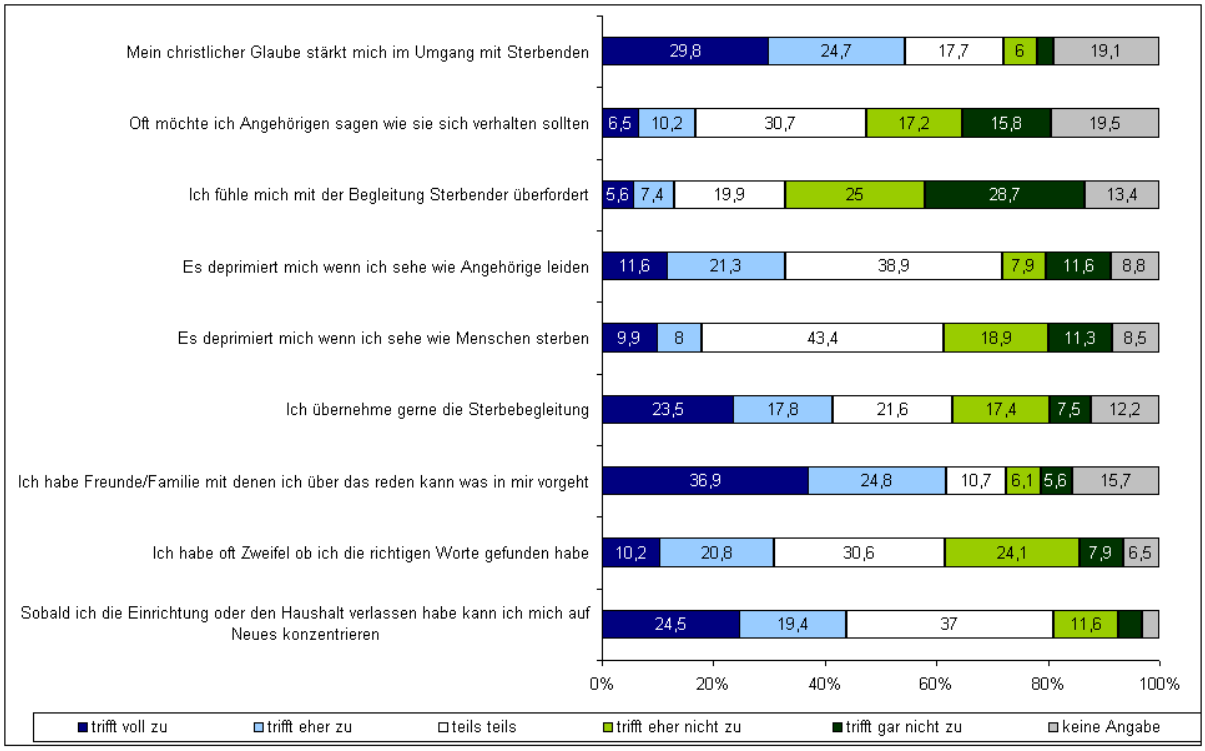


Schaut man sich an, was die Mitarbeiter in den Einrichtungen nach eigenen Angaben davon bereits umsetzen und ob sie genannte Aspekte für wünschenswert erachten, so sieht man das folgende Bild:



Vor allem Verabschiedungsrituale scheinen eingesetzt zu werden (aber nur bei einem Viertel der Befragten). Ein ähnlich großer Anteil (24,5%) sieht dies auch nicht als wünschenswert an. Nur jeder fünfte Befragte geht davon aus, dass Patientenwünsche rechtzeitig erfasst werden und dass ehrenamtliche Mitarbeiter entsprechend eingebunden sind. Noch weniger geben an, dass Mitarbeiter eine spezielle Ausbildung/Weiterbildung zu dem Thema besucht haben. Auffallend ist, dass die meisten der genannten Aspekte auf eine große Zustimmung stoßen (hellblauer Bereich), dass aber Vorsicht bei den folgenden Punkten besteht: Erstellung einer Versorgungslandkarte, Eigeninitiative für den Bereich und Festlegung von Abläufen. Hier ist ein Viertel der Befragten unentschlossen.

Befragt wurden nicht nur Anforderungen und Erwartungen an das Projekt. Ebenfalls in den Fokus gerückt werden sollten bestehende Ressourcen, die die Mitarbeiter zeigen. Diese sind wichtig, wenn der schwierigen Aufgabe der Sterbebegeleitung nachgegangen werden soll.
Nach den eigenen Ressourcen befragt äußern sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wie folgt: 61,7% sagen aus, dass Freunde und Familie da sind und ein Austausch mit ihnen darüber möglich ist, was in den Mitarbeitern vor sich geht, wenn sie einen schwerstkranken oder sterbenden Menschen pflegen (trifft voll zu & trifft eher zu). Darauf folgt direkt der christliche Glaube, der 54,5% der Antwortenden Halt in der Situation gibt. Zudem scheint die Abgrenzung gut zu gelingen, denn 43,9% geben an, dass sie sich gut auf Neues konzentrieren können, sobald sie die Einrichtung verlassen haben. Überforderungen treten so bei den Befragten nicht in gehäufter Form auf. Auch deprimierende Gefühle scheinen selten in Betracht zu kommen und über 40% geben an, diese Form der Begleitung gerne zu übernehmen.



Es zeigen sich also in der Befragung sehr motivierte und in stabilen Verhältnissen eingebundene Mitarbeiter, die sich den Aufgaben gewachsen fühlen.

3.3 Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Angehörigenbefragung (Altenheime)

Auf zwei zentralen Veranstaltungen für Angehörige wurde das Projekt in den beiden stationären Altenhilfeeinrichtungen vorgestellt. Hier wurde im Anschluss an die Veranstaltung ein Fragebogen ausgelegt, der durch die Angehörigen zu Hause ausgefüllt und in einem versiegelten Umschlag wieder mit in die Einrichtung gebracht werden konnte. Insgesamt nahmen 50 Angehörige an der schriftlichen Befragung teil. Der überwiegende Anteil waren die Töchter bzw. die Söhne der in der Einrichtung lebenden Bewohner.

Beziehungsbeschreibung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ehemann/Ehefrau	1	2,0	2,0	2,0
Tochter/Sohn	31	62,0	62,0	64,0
Enkel/in	3	6,0	6,0	70,0
Schwester/Bruder	2	4,0	4,0	74,0
Betreuer/in	7	14,0	14,0	88,0
Bekannte/r	2	4,0	4,0	92,0
Nachbar/in	1	2,0	2,0	94,0
Schwiegervater/-mutter	1	2,0	2,0	96,0
Schwager/Schwägerin	1	2,0	2,0	98,0
Nichte/Neffe	1	2,0	2,0	100,0
Gesamt	50	100,0	100,0	

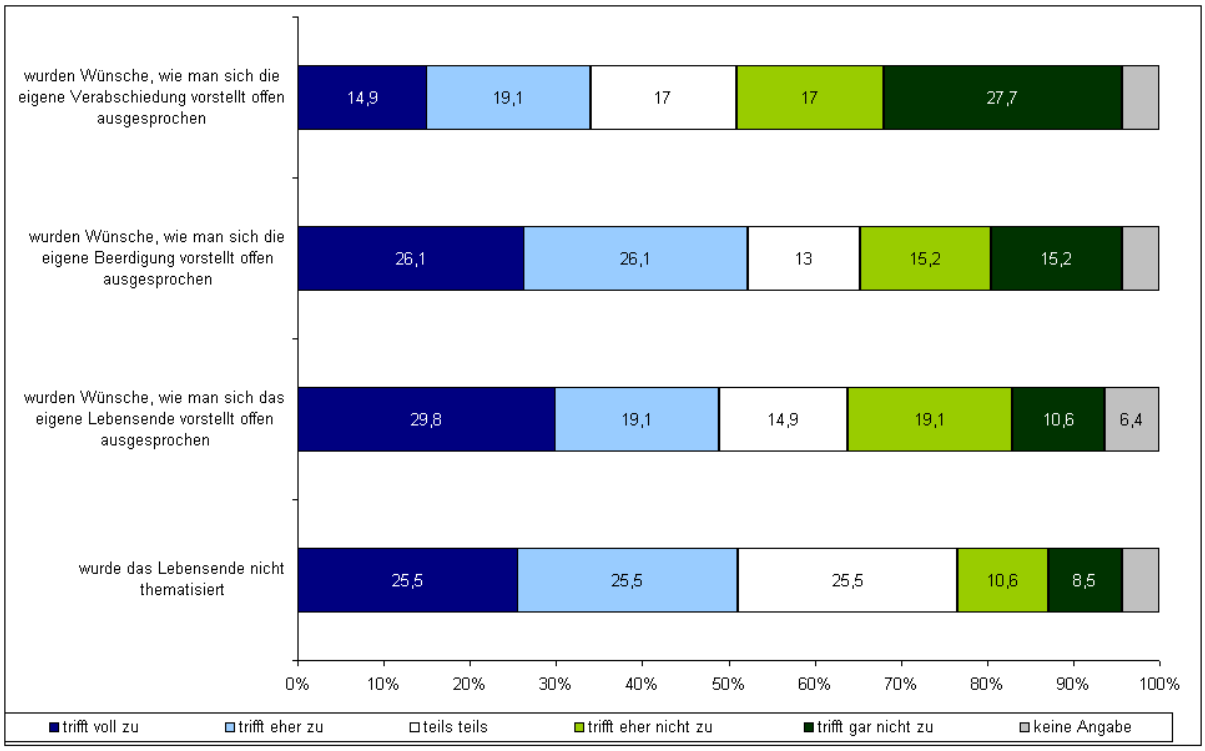
Neben der Ermittlung des Verwandtschaftsverhältnisses war wichtig zu erfahren, wie häufig die Angehörigen in der Einrichtung zugegen sind. Es wurde davon ausgegangen dass die, die oft anwesend sind, auch entsprechende Eindrücke hinsichtlich der Qualität der Versor-

gung machen konnten. Es zeigte sich, dass ein ähnlich großer Anteil mehrmals die Woche in der Einrichtung war, also ein sehr enger Kontakt besteht.

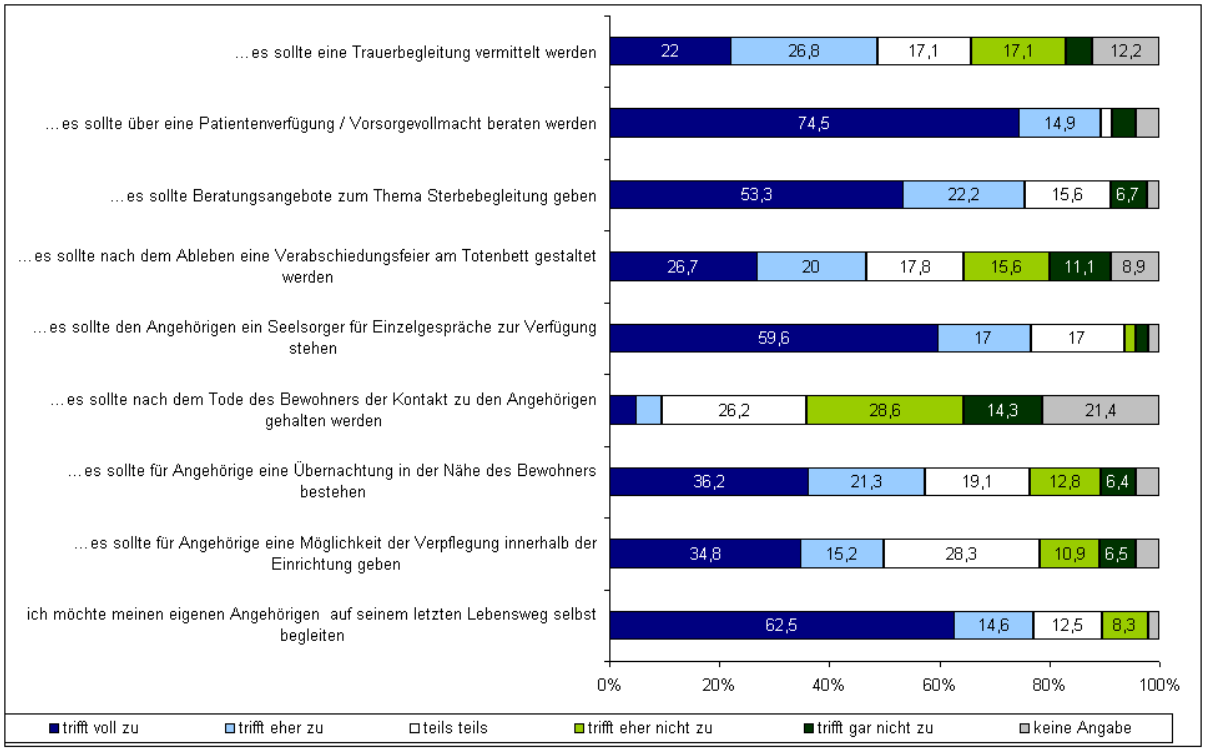
Wie häufig sehen Sie Ihren Angehörigen?

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	mehrmals täglich	1	2,0
	einmal täglich	4	8,0
	mehrmals die Woche	32	64,0
	Einmal die Woche	11	22,0
	Einmal im Monat	1	2,0
	< einmal im Monat	1	2,0
	Gesamt	50	100,0

Befragt nach dem Umgang mit dem Thema in der Familie, äußerten sich die Angehörigen wie folgt: Nur 35 gaben an, dass Wünsche, wie man sich die eigene Verabschiedung vorstellt, offen ausgesprochen wurden (trifft voll zu, trifft eher zu). Jeweils ca. die Hälfte gab an, man habe darüber gesprochen, wie die eigene Beerdigung aussehen solle und wie man sich das Lebensende vorstellt. Die andere Hälfte gab an, dass das Thema bislang eher nicht offen angesprochen worden sei. Es zeigt sich also, dass auch für die Personen, die in den stationären Altenhilfeeinrichtungen lebten, das Thema nicht unbedingt enttabuisiert war bzw., dass ggf. familiäre Situationen und Rollen einer offenen Kommunikation im Wege stehen können.

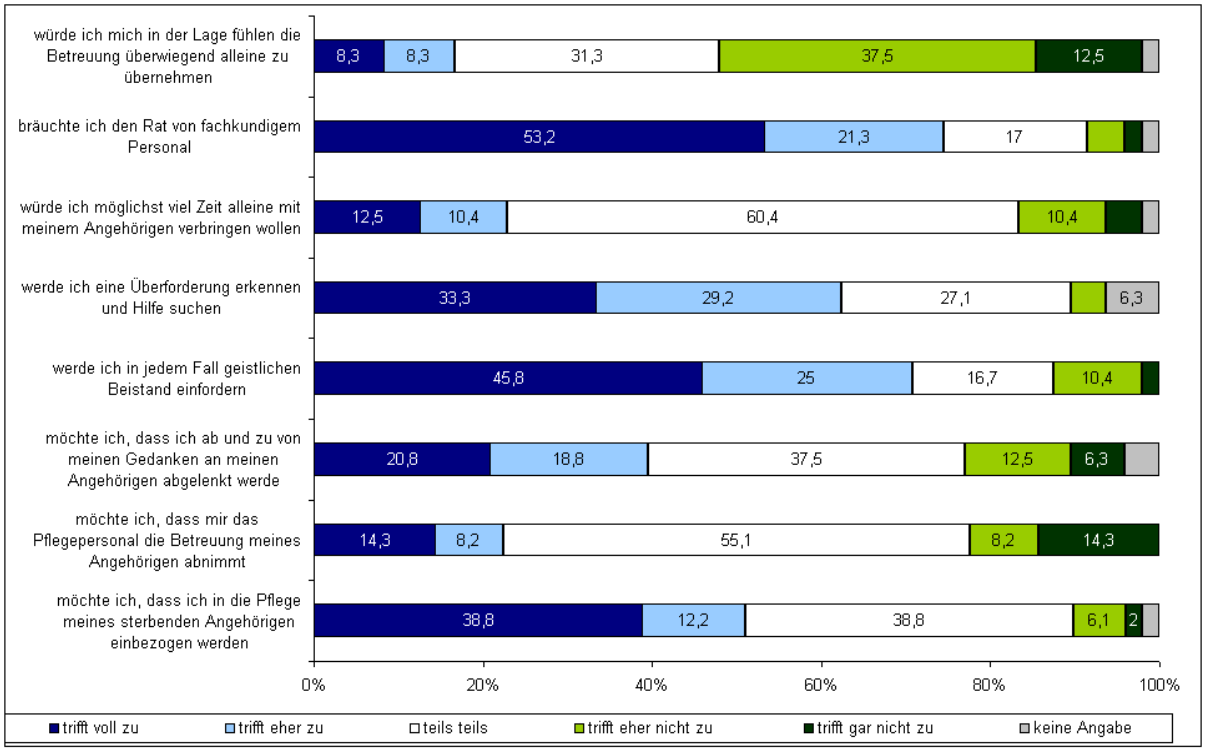


Durch die enge Verbindung der Angehörigen mit den beiden Einrichtungen konnte auch die folgende Frage von den Angehörigen entsprechend beantwortet werden: Was ist Ihnen in Bezug auf die Einrichtung, in der Ihr Angehöriger gepflegt wird, wichtig?



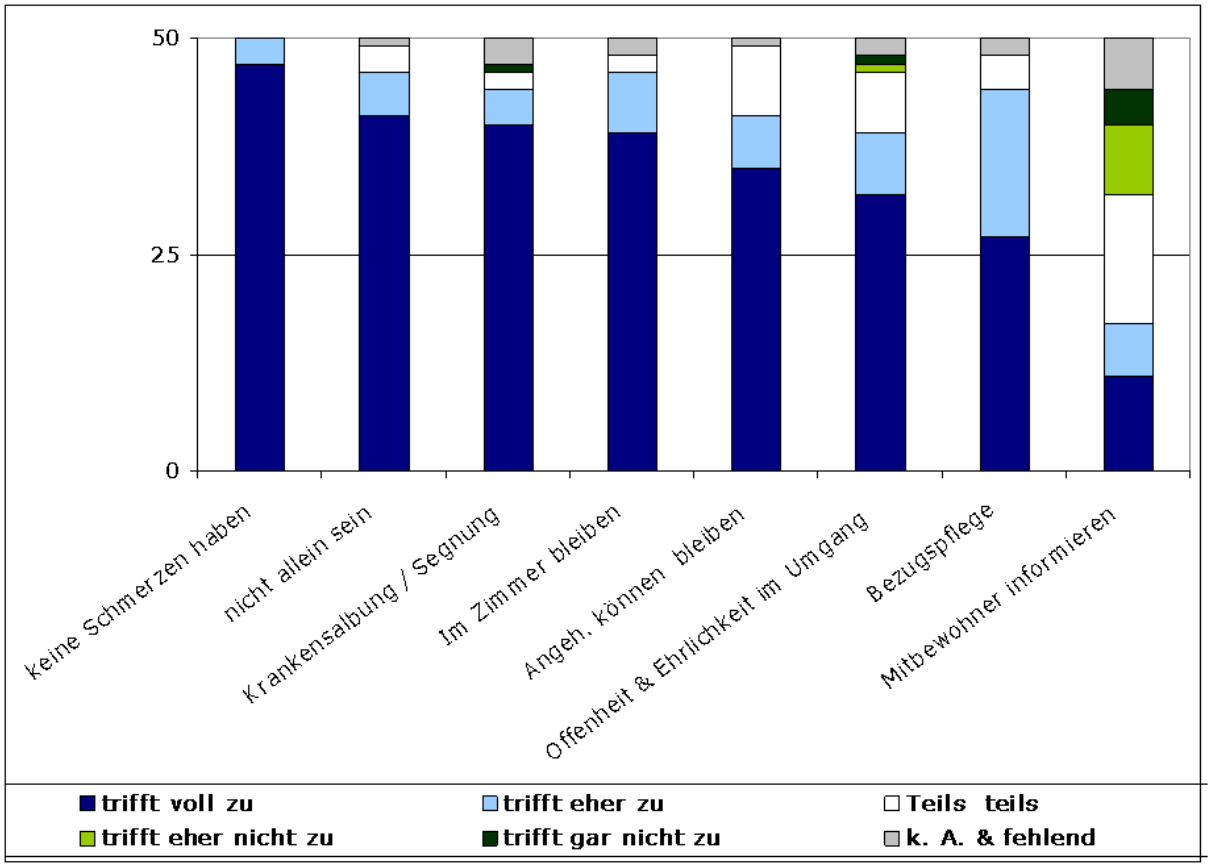
Hier dominiert der Wunsch, dass hinsichtlich Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten beraten wird. Daneben sieht man den starken Wunsch nach einer Integration in die Arbeit bzw. den Alltag durch Pflegende. Angehörige befürworteten in dieser Untersuchung eine aktive Rolle. Zwei von drei Angehörigen sagten aus, dass sie selbst gerne die Begleitung der Angehörigen auf dem letzten Lebensweg mit gestalten möchten. Es zeigten sich aber auch deutlich ein Informationsbedarf sowie die Suche nach mehr Sicherheit, denn jeder zweite gibt an, dass er gerne eine seelsorgerische Begleitung mit Einzelgesprächsmöglichkeit hätte und wünscht sich darüber hinaus Beratungen hinsichtlich einer Sterbebegleitung. Deutlich geringer fallen hingegen die Wünsche nach einer Übernachtungsmöglichkeit, nach einer Verpflegungsmöglichkeit und nach der konkreten Vermittlung von Trauerbegleitung aus.

Die nächste Frage galt einer Einschätzung nach den eigenen Kompetenzen. Daraus lässt sich ggf. ein Unterstützungsbedarf für die Angehörigen entwickeln. Die Frage lautete:
Wenn ich meinen Angehörigen in seiner letzten Lebensphase begleiten würde, …



Hier ist zu erkennen, dass über die Hälfte den Rat von fachkundigem Personal suchen würde. Beinahe die Hälfte würde geistlichen Beistand einfordern und es bestätigt sich der Wunsch nach einer aktiven Rolle (einbezogen werden). Wenige der Befragten fühlten sich in der Lage, die Betreuung alleine zu übernehmen und ebenso waren es eher wenige, die möglichst viel Zeit alleine mit ihrem Angehörigen verbringen wollten. Auch hinsichtlich des Erkennens der eigenen Grenzen zeigten sich nur ein Drittel der Befragten als vollständig unabhängig. Es ist demnach also der Wunsch nach Einbindung und die Notwendigkeit zur Unterstützung auf Seiten der Angehörigen erkennbar, die sich alleine nicht ausreichend kompetent fühlten. Für Pflegende Auftrag und Aufgabe zugleich.

Um abzugleichen, ob sich die Einschätzungen der Mitarbeiter mit denen der Angehörigen deckten, wurde auch den Angehörigen die Frage gestellt, was sie in der Sterbephase für wichtig erachten. Gefragt wurde: Für eine/n Bewohner/in in der Sterbephase ist vor allem wichtig,…



Anhand der Anzahl der Nennungen ist zu erkennen, dass auch die Angehörigen als zentralen Aspekt einer guten Versorgung ansehen, wenn Schmerzfreiheit garantiert werden kann. Viele andere Punkte (nicht alleine sein, Segnung/Krankensalbung, im Zimmer bleiben können) wurden ähnlich bewertet. Deutlich fällt der Punkt der Information der Mitbewohner ab. Dies scheinen die Angehörigen nicht als wichtig zu erachten.

3.4 Zentrale Ergebnisse der Interviews der Mitarbeiter-, Patienten- Bewohner und Angehörigenbefragung

Begleitend zu den standardisierten Befragungen wurden auch Interviews geführt. Einige ausgewählte Aspekte der Ergebnisse werden im Rahmen dieses Berichtes veröffentlicht – ein umfassenderer Kurzbericht wurde zeitnah nach Abschluss der Befragung bereits vorgestellt und dem Projektgeber übermittelt.

In den beiden Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde jeweils ein Fokusgruppeninterview mit Bewohnern durchgeführt. Der Heimbeirat war in beiden Gesprächen vertreten.

Für die ambulanten Pflegestationen wurde das problemzentrierte Einzelinterview gewählt. Insgesamt wurden elf Interviews mit Angehörigen und Patienten der ambulanten Pflegeeinrichtungen geführt. In zwei Interviews wurden Angehörige und Patienten gemeinsam befragt.

Bei der Auswahl der Patienten, Bewohner und Angehörigen wurden neben deren Teilnahmewunsch vor allem berücksichtigt, inwieweit zu erwarten war, dass sie Relevantes zum Thema

beitragen konnten. Der den Interviews zugrunde liegende Interviewleitfaden wurde auf der Basis der bis dahin gesichteten Literatur sowie der Ergebnisse der schriftlichen Befragung erstellt. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet. Interviews mit den Mitarbeitern wurden in der Regel wörtlich transkribiert. Zwei Mitarbeiterinterviews wurden themenzentriert transkribiert. Die Transkription der Bewohner-, Patienten- und Angehörigeninterviews erfolgte wörtlich, fokussierte jedoch die mittel und unmittelbar themenbezogenen Erzählabschnitte.
Die Transkripte wurden mit Nvivo ® codiert. Relevante Items wurden mit den Daten der quantitativen Befragung in Beziehung gesetzt.

3.4.1 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung (Interviews)

Insgesamt nahmen 12 Mitarbeiter der stationären und 22 Mitarbeiter der ambulanten Einrichtungen teil. Die Leitungen der ambulanten Stationen wurden in einem Fokusgruppeninterview befragt, die der stationären Einrichtungen in problemzentrierten Einzelinterviews.
Hinsichtlich der Mitarbeiterbefragungen (insgesamt 5 Gruppeninterviews) lassen sich die folgenden Themen und diskutierten Punkte aufzeigen:
Eine zentrales Problem für die Mitarbeiter stellt zunächst die Frage dar, ab wann ein Patient einer Sterbebegleitung bedarf und wie man sicher diagnostizieren kann, dass sich ein Mensch in einer Sterbephase befindet (abzugrenzen gegenüber einer Krise oder Phase des herabgesetzten Zustandes). Die Spanne der diskutierten Hinweise fiel sehr breit aus. So wurde „das Sterben“ als normaler Prozess bezeichnet, der streng betrachtet ab der Geburt beginnt. Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen äußerten, dass Bewohner den Einzug ins Heim als die wesentliche Zäsur, den ersten großen Schritt eines nunmehr unaufhaltsamen, deutlich sichtbaren und sich beschleunigenden Abschiedsprozesses betrachten, wohingegen einige Pflegefachkräfte ihn nur auf die terminale Sterbephase „die letzten Tage und Stunden“ bezogen. Mit dieser zentralen Problematik einher geht auch die Frage nach einer möglichen Versorgung und Betreuung.
Die Pflegefachkräfte thematisierten die Schwierigkeit, sowohl den Patienten als auch ihren Angehörigen gerecht zu werden. Sie müssten aber immer wieder neu entscheiden, wer und was im jeweiligen „jetzt“ Priorität habe. Schwierig werde es für die Pflegefachkräfte insbesondere dann, wenn die Bedürfnisse sich widersprächen. Die Mitarbeiter gaben an, oftmals als Gesprächspartner angefragt zu werden. Wobei sie meinen, dass nicht jeder aus ihrer Berufsgruppe das nötige „Ohr dafür habe“. Es erschien ihnen eher so, dass es immer wieder dieselben Pflegefachkräfte seien, die sich mit den Patienten und Bewohnern über dieses Thema auseinandersetzten. Die Teilnehmer weisen immer nachdrücklich darauf hin, dass es vor allem auf die persönliche Beziehung ankäme, „die richtige Wellenlänge“ müsse vorhanden sein. Daneben sei eine gewachsene Beziehung nötig.

Dies schien den Interviewergebnissen nach eher in der ambulanten Pflege gewährleistet zu sein, da sich hier häufig eine Versorgungsform findet, die der Bezugspflege sehr nahe kommt. Verstärkt wird dies noch durch die Möglichkeit der Patienten und Angehörigen, Einfluss auf die Auswahl der jeweils zuständigen Pflegefachkraft nehmen zu können. Dies führt dazu, dass häufig eine ihnen „sympathische“ und als kompetent verstandene Pflegefachkraft über lange Zeit die Versorgung übernähme.

Die Mitarbeiter unterstrichen insgesamt die breiter angelegten Ergebnisse der schriftlichen Befragung, die Hinweise auf eine Abnahme bei den Ressourcen der Mitarbeiter ergaben. Dies wurde in den stationären Altenpflegeeinrichtungen mit der Zunahme an geschwächten Bewohnern begründet, die erst sehr spät ins Heim kämen und dann dort nicht mehr lange lebten. Diese Wahrnehmung teilten auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der ambulanten Pflege. In den ambulanten Pflegeeinrichtungen sei aber dessen ungeachtet gleich viel Zeit vorhanden wie früher, da wesentliche Elemente der Sterbebegleitung dort von den Angehörigen übernommen würden.
Das Thema der Sicherheit im Umgang wurde ebenso angesprochen. Die Erwartungen der Mitarbeiter hinsichtlich des Projektes schwankten zwischen der Aussicht, über verschriftete Normen einen „roten Faden“ an der Hand zu haben, um somit „Sicherheit“ zu gewinnen und der Befürchtung, durch ein „strenges Konzept“ in ihren Handlungen so beschnitten zu werden, dass die individuelle Betreuung der Patienten und Bewohner unmöglich werde. So hofften die Mitarbeiter zu Beginn der Befragungen auf ein „konkretes Handlungsbuch“, damit man weiß, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Und welche Schritte von A bis Z zu machen sind.

Die Mitarbeiter gaben an, dass die Sterbebegleitung sie psychisch stark belaste. Insbesondere wenn sie unter Zeitdruck stünden und das Gefühl hätten, weder dem Sterbenden noch den anderen Patienten oder Bewohnern gerecht zu werden.
Die Mitarbeiter waren sich nicht einig, wie ein professioneller Umgang mit den aufkommenden Gefühlen auszusehen habe. So wurde zum einen die Meinung vertreten, man werde, ja müsse vielleicht sogar im Laufe der Zeit etwas härter werden und Gefühle besser beherrschen, während andere betonen, dass sie erst aufgrund längerer Berufserfahrung in der Lage seien, ihre Traurigkeit zu zeigen und zu artikulieren.
In jedem Fall erachteten es die Mitarbeiter für wichtig, ihre Gefühle zur Sprache zu bringen. Mit diesem Wunsch korrespondiert das Selbstverständnis der befragten Leitungen, die äußerten, dass sie es als ihre Aufgabe sähen, ihren Mitarbeitern eine Gesprächsmöglichkeit zu bieten, auch wenn solches „kostenträchtiges“ Verhalten gelegentlich Widerstand der Verwaltung hervorrufe.

3.4.2 Ergebnisse der Angehörigen-, Patienten- und Bewohnerbefragung

Hinsichtlich der Angehörigen- und Patientenbefragung in der ambulanten Pflege (insgesamt 11 Einzelinterviews) und der Bewohnerbefragung (2 Gruppeninterviews) lassen sich die folgenden Themen aufzeigen:
Auffällig in der Befragung der Patienten, Bewohner und Angehörigen war, dass sie die Leistung „Sterbebegleitung“, insbesondere in ihren psychosozialen Aspekten, nicht der Pflege zuordneten. Dies traf besonders auf die ambulanten Einrichtungen zu. Viele Angehörige und Patienten waren sogar erstaunt, dass ein solches Angebot unter Pflegeleistungen fallen könnte.
Auf die Frage, welche Leistungen sie von einer Caritas-Pflegestation im Falle des herannahenden Endes erwarten würden, gaben die befragten Patienten im ambulanten Feld nahezu ausschließlich körpernahe Pflegeleistungen an. Zwar äußerten sie aus ihrer Sicht nahezu vollständig einen hohen Gesprächsbedarf. Dieser wurde aber, wenn er Professionen zugeordnet wurde, fast ausschließlich auf Ärzte und Seelsorger bezogen. Wenn er von der Pflegefachkraft beantwortet werden soll, falle dies gemäß der Aussagen der Patienten, Angehörigen und Bewohner nicht in den professionellen Auftrag der Pflegefachkräfte.
Hier zeigen sich zentrale Widersprüche zwischen dem Selbstbild der Berufsangehörigen und der Zuschreibung zentraler Arbeitsbereiche durch andere. Pflegekräften wird eine andere Rolle zugeschrieben als sie selbst erwarten würden und formulieren.

Wie aus der Literatur bekannt und in der schriftlichen Befragung bestätigt, wurde bei den meisten der befragten Klienten eine Sprachlosigkeit zwischen den Bewohnern oder den Patienten und deren Angehörigen geäußert. Zwar äußerten sowohl Patienten und Bewohner wie auch deren Angehörige, dass sie „gerne darüber sprechen“ würden. Es erschien im Verlauf jedoch so, dass sich dieser Gesprächswunsch auf Formalien nach dem Tod bezieht. So wollten Patienten und Bewohner gerne ihr Begräbnis und das Erbe regeln. Sie schilderten aber mehrheitlich, dass auch dies von ihren Angehörigen mit der Bemerkung „die Zeit sei dafür noch nicht reif“, abgetan werde. Es wurde geäußert, dass wenn sie diese Sprachlosigkeit untereinander nicht überwinden konnten, sie gerne mit den Pflegefachkräften über dieses Thema reden würden. Eine Angehörige wünschte beraten zu werden, um solches adäquat mit ihrem pflegebedürftigen Mann besprechen zu können.

Der am meisten geäußerte Wunsch der Patienten und Bewohner hinsichtlich des eigenen Sterbens war einfach einzuschlafen, nicht mehr aufzuwachen und ohne es selbst zu merken zu versterben. Pflegende Angehörige äußerten, dass auch sie hofften, dass das Sterben der Patienten ruhig und sanft vonstatten gehe. Die meisten wollten im Kreise der Familie sterben.

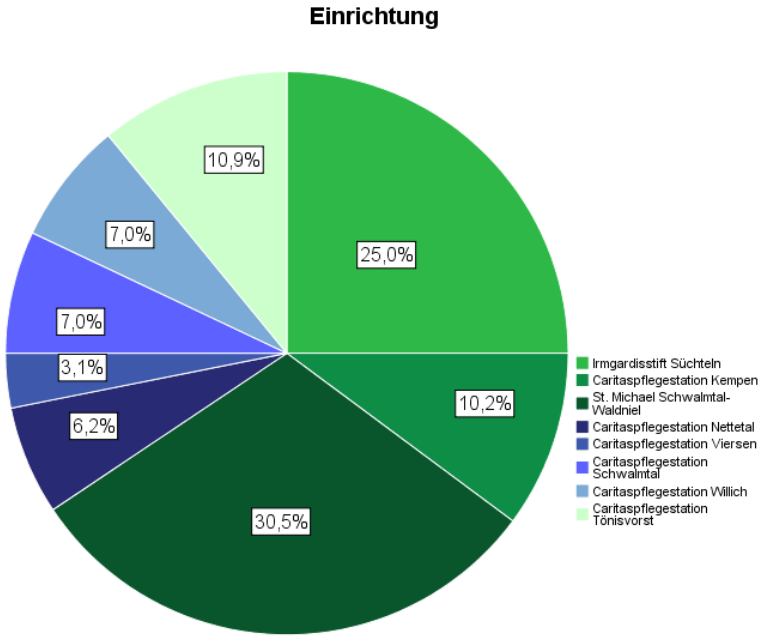
Wichtig war den Bewohnern der stationären Altenpflegeeinrichtungen, dass es für ihre Angehörigen möglich sein müsse, sich im Zimmer der Sterbenden aufhalten zu können. Die meisten betonten, dass sie es sehr zu schätzen wüssten, wenn die Angehörigen auch Hotelleistungen

wie Übernachtung oder gegebenenfalls auch Verpflegung in Anspruch nehmen könnten. Spontan äußerten einige, dass dies nicht kostenfrei sein müsse. Während die Mitarbeiter mehrheitlich die Auffassung vertraten, dass das Sterben den Mitbewohnern bekannt gemacht werden solle, betonten einige Bewohner, dass sie dies nur bei den ihnen besonders Vertrauten wünschten. Ein Trauerbuch und eine Kerze seien in Ordnung und ausreichend. Dann könne man, wenn man wolle, Anteil nehmen.
Ein weiterer wichtiger Aspekt in den Interviews zeigt eine unterschiedliche Bewertung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern. Während die Hälfte der Mitarbeiter es laut schriftlicher Befragung für wichtig erachtet, dass ein Sterbender alleine in seinem eigenen oder in einem Zimmer sein kann, wird dies in den Interviews anders bewertet. Bewohner, die in Zweibettzimmern untergebracht waren, gaben an, dass weder sie noch der Sterbende das Zimmer verlassen müsse. Schließlich habe man so viele Jahre miteinander geteilt, dass das Sterben kein Problem sei.

Einige der Angehörigen der Patienten der ambulanten Pflegeeinrichtungen gaben an, dass sie sich wünschten, dass noch ein Besuch nach dem Tod stattfinden würde. Einerseits, weil dies der Beziehung entspräche, die ansonsten nach Jahren so abrupt ende, andererseits, weil sie sich Hilfe in ihrer Trauer versprechen. Andere verneinen dies, da lediglich ihr soziales Umfeld der richtige Rahmen sei, um mit ihrem Schmerz aufgefangen zu werden.

3.5 Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Zweitbefragung der Mitarbeiter

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der schriftlichen Zweitbefragung der Mitarbeiter vorgestellt werden, wie sie sich ein Jahr nach der Erstbefragung zeigten. Hier werden umfassendere Daten präsentiert, weil bislang keine Zwischenberichte an den Projektgeber übermittelt wurden. Es liegen jedoch bereits vollständig alle Datenauswertungen bei den Projektkoordinatoren vor (Gesamtdeskription und geteilt nach Bereichen sowie Teilauswertungen der Einschätzungen aller dreijährig examinierten Pflegekräfte). Anders als zu Projektbeginn, sind die Aussagen der Pflegekräfte in der zweiten Befragung das alleinige Kriterium zur Messung des bisherigen Erfolges des Projektes. Da sich Bewohner und auch Patienten in der ambulanten Pflege und der stationären Altenhilfe stark voneinander unterschieden, wurde davon abgesehen eine zweite Interviewrunde bei den Patienten und Bewohnern durchzuführen.
Da allen Beteiligten bekannt war, dass das Projekt weiterlaufen würde, wurden die Fragen im Fragebogen nur teilweise aus dem ersten Bogen übernommen (Veränderungsmessung). Zielführender war, vertiefende Erkenntnisse für die weitere Erarbeitung und Themenfindung im Feld zu bekommen.



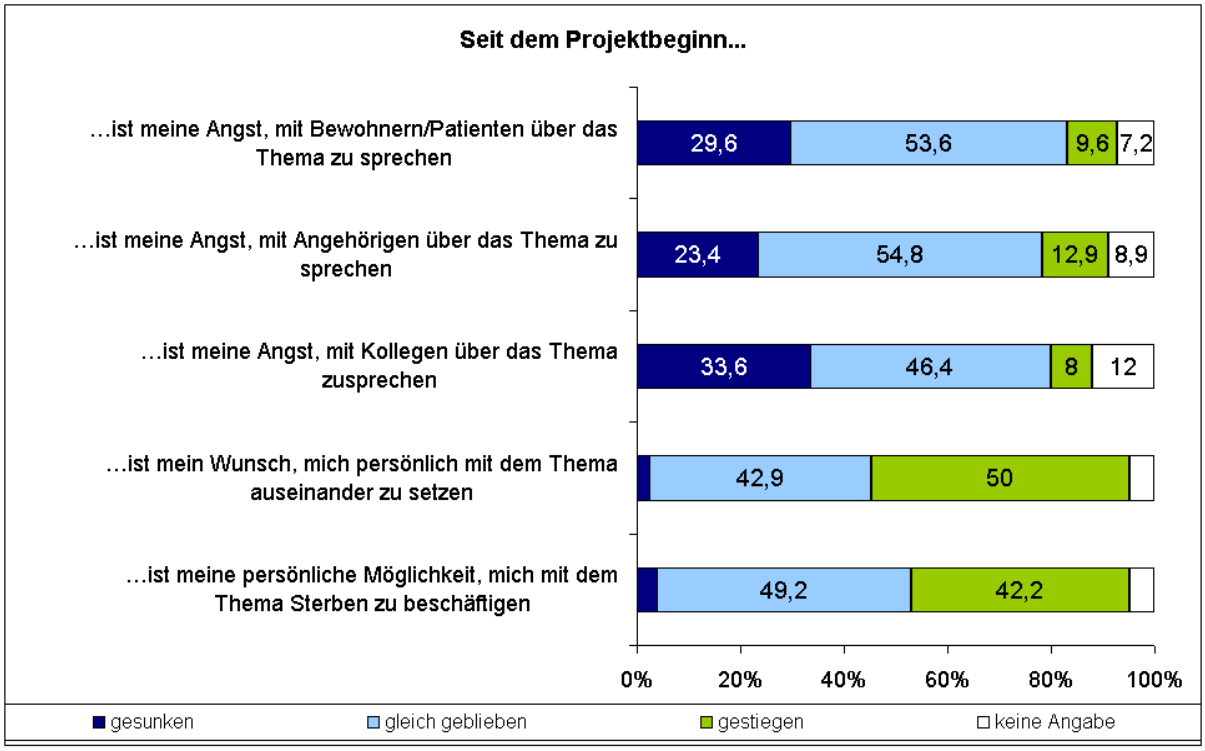
Betrachtet man die prozentuale Verteilung der Antwortenden, so sind auch bei der Zweitbefragung die Verhältnisse in etwa gleich geblieben. Knapp über die Hälfte der Befragten arbeitet in der stationären Altenhilfe, 45% in den ambulanten Diensten. Allerdings ist im Gegensatz zur ersten Befragung eine deutlich geringere Rücklaufquote erzielt worden. Waren es 2007 noch ca. 260 Befragte, so gaben 2008 ca. 130 Mitarbeiter auswertbare Fragebögen ab. Die geringere Quote lässt sich zum Teil damit erklären, dass die Befragung teilweise in der Urlaubszeit stattfand und vor allem, dass sie zu einem Zeitpunkt stattfand, an dem die Mitarbeiter wussten, dass das Projekt weiter läuft und mitten in der inhaltlichen Arbeit steht. Vielen erschien es wenig plausibel, warum zum gewählten Zeitpunkt erneut eine schriftliche Befragung erfolgen sollte. Daneben wurde in den vertiefenden Interviews geäußert, dass auch ein „Projektfrust“ eingetreten sein könnte, denn viele Kollegen hätten sich von dem Projekt eine stärkere Entlastung erwartet oder als Ergebnis den Einsatz von mehr Personalressourcen und würden daher keine Ergebnisse erkennen können.

In welchem Bereich arbeiten Sie überwiegend in Ihrer Einrichtung

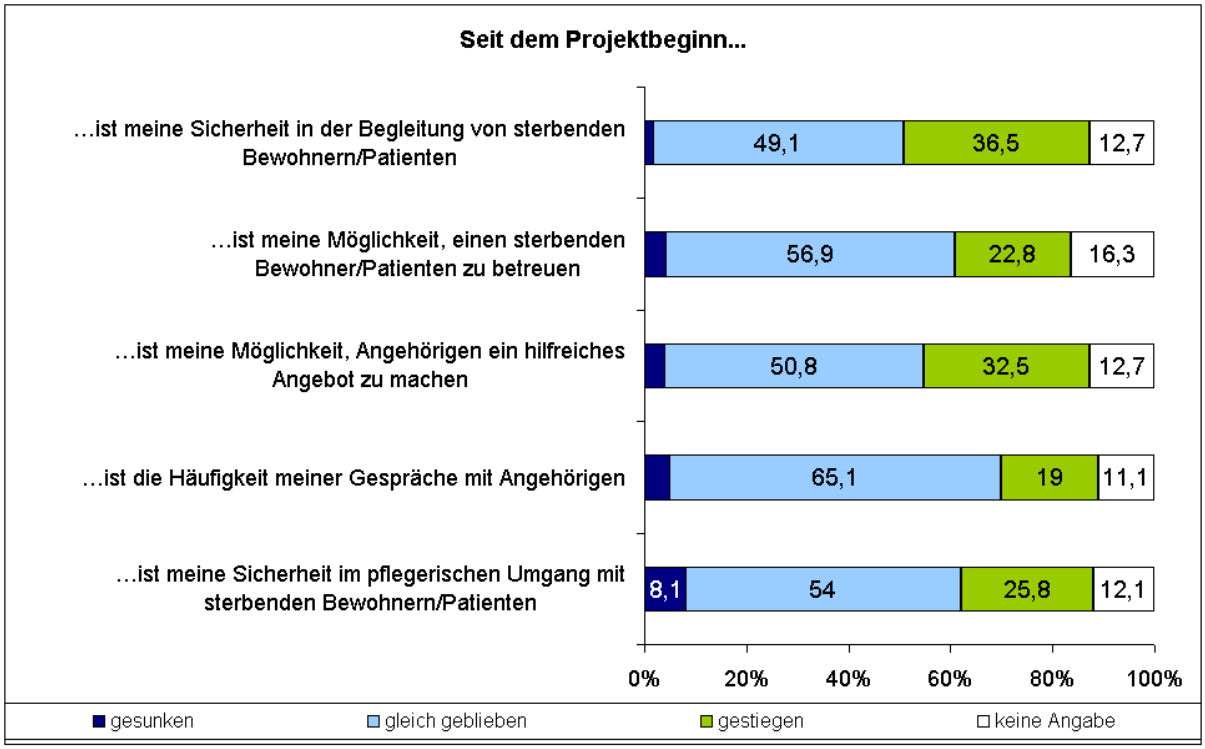
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Altenpflege/Krankenpflege	72	56,3	57,6
	Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe	27	21,1	21,6
	Hauswirtschaftlicher Dienst	13	10,2	10,4
	keine Angabe	10	7,8	8,0
	Andere	3	2,3	2,4
	Gesamt	125	97,7	100,0
Fehlend	System	3	2,3	
Gesamt		128	100,0	

Mehr als die Hälfte der Befragten verfügt über eine qualifizierte dreijährige Ausbildung. Weitere 20% arbeiten ebenfalls im pflegerischen Bereich, sodass hier eine ähnliche Verteilung wie bei der ersten Befragung gegeben ist (78% Pflegende versus 73% in der ersten Befragung). Ein erster Fragenkomplex richtete sich daran aus, was bei dem einzelnen Mitarbeiter seit Projektbeginn an Veränderung bemerkt wurde. Hier sind vor allem die subjektiven Veränderungen im Erleben und in der Einschätzung des jeweiligen Mitarbeiters abgefragt worden.

Die Grafiken können wie folgt gelesen werden: Jede Frage lässt drei Antwortmöglichkeiten zu. Stellt man sich die Antworten im Bild einer Waage vor, so bildet der hellblaue Bereich (gleich geblieben) den Fuß und den Arm der Waage. In aller Regel ist zu erwarten, dass innerhalb eines noch relativ kurzen Zeitraums und bei einem Projekt, das zunächst einmal Strukturen aufbauen musste, keine so wesentliche Veränderung zu sehen ist. Der hellblaue Bereich ist daher erwartungsgemäß am stärksten ausgeprägt. Interessant ist jedoch, wie sich die dunkelblauen Bereiche (gesunken) und die hellgrünen Bereiche (gestiegen) zueinander verhalten. Sie stellen in dem Bild die Waagschalen dar und zeigen je nach Ausprägung eine leichte oder eine eindeutige Tendenz in eine Richtung auf.
Die erste der beiden folgenden Grafiken zeigt somit auf, dass es vor allem gelungen scheint, bestehende Ängste abgebaut zu haben. Sicherheit wurde dazu gewonnen. Hier sind es bei den Fragen nach den Ängsten jeweils ein Viertel bis ein Drittel der Befragten, die eine Änderung in diese Richtung bemerken. Dem gegenüber sind es verhältnismäßig wenige Pflegende, die angeben, dass ihre Ängste zugenommen haben. Vor allem der kollegiale Austausch scheint zugenommen zu haben, denn ein Drittel gibt an, dass die Angst, mit Kollegen über das Thema zu sprechen, gesunken sei.

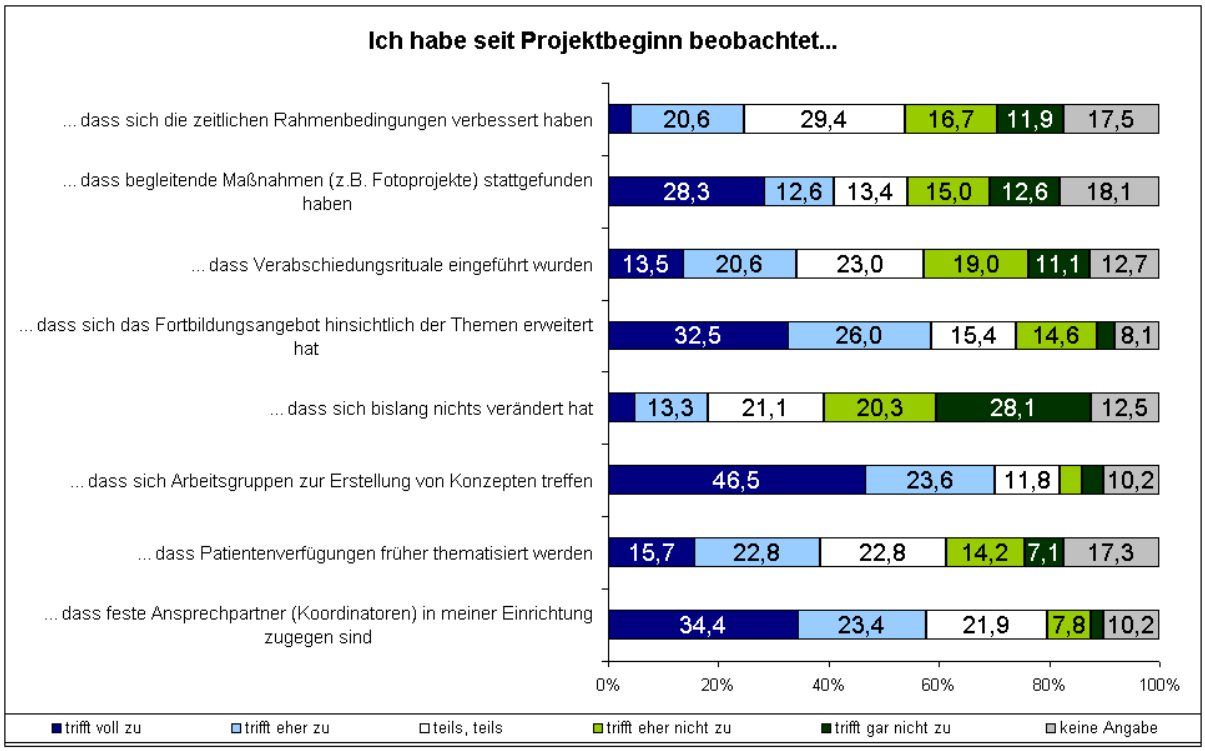


Deutlich zu sehen ist auch, dass der Wunsch, sich mit der Thematik auseinander zu setzen, bei den Befragten deutlich zugenommen hat. Hier sind es 50% gegenüber unter 5%, bei denen die Bereitschaft seit Beginn des Projektes gesunken ist. Gleichfalls wird auch die persönliche Möglichkeit, sich mit dem Thema auseinander zu setzen, als eindeutig gestiegen angegeben.



Deutlich fällt auch der zweite Bereich des Fragenkomplexes in seiner Ausprägung aus. Hier zeigen sich bei allen angefragten Punkten klare Steigerungen (hellgrüner Bereich) im Vergleich zu den Antwortenden, die ein Absinken bemerkt haben. Der Bereich der Konstanten ist auch hier dominierend. Am deutlichsten angestiegen ist die persönliche Einschätzung hinsichtlich der Sicherheit im Umgang mit Sterbenden gefolgt von der Möglichkeit, Angehörigen ein hilfreiches Angebot zu machen. Zusammenfassend sieht man hier eine erfolgreiche Sensibilisierung des Themas. Ängste werden abgebaut, kollegialer Austausch ermöglicht und persönliches Interesse entsteht. Bei vielen der Antwortenden konnte eine Verbesserung der empfundenen Sicherheit im Umgang mit Sterbenden erzielt werden.

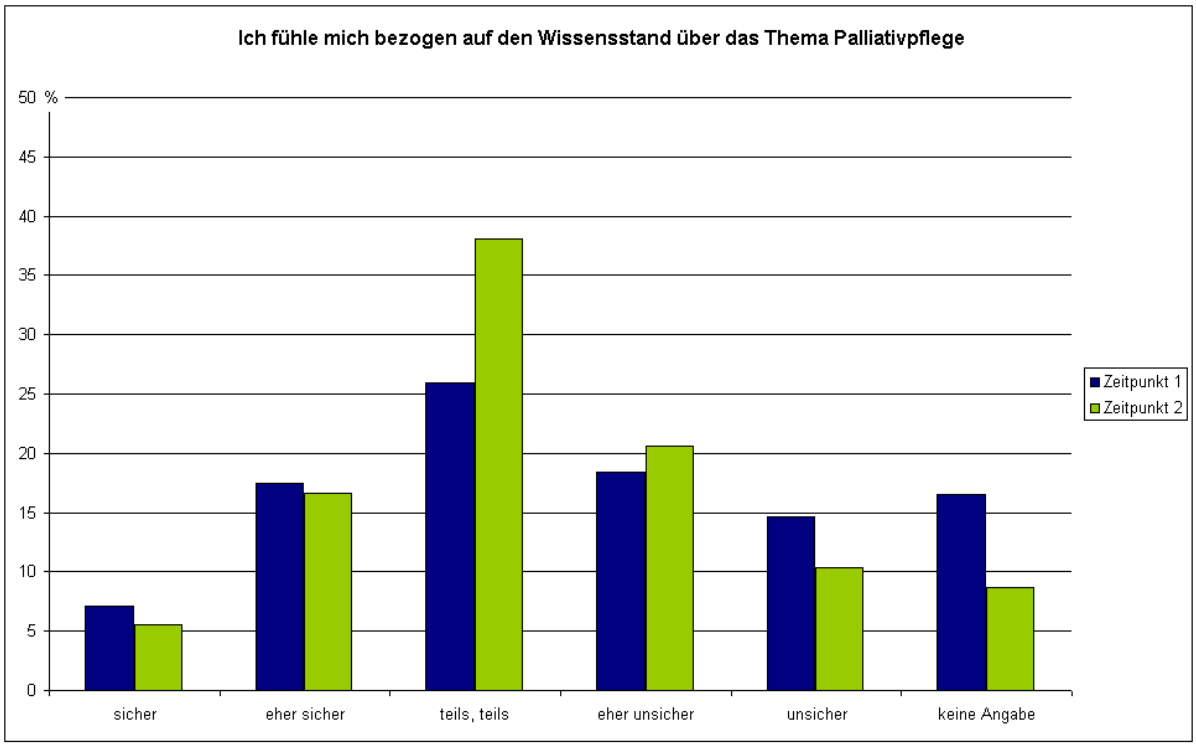
In einem weiteren Fragenkomplex sollten die Mitarbeiter Auskunft darüber geben, was sie seit dem Beginn des Projektes beobachtet haben (objektive Einschätzung von Phänomenen im Gegensatz zur subjektiven Bewertung der ersten Fragen). Hier zeigte sich Folgendes:



Es wurde vor allem wahrgenommen, dass die Arbeitsgruppen sich treffen und ihre Arbeit aufgenommen haben. Darüber hinaus wurden auch die beiden Projektkoordinatoren in den Einrichtungen spürbar. Dass hier keine vollständige Quote (100%) erreicht werden kann, liegt einerseits daran, dass beide Koordinatoren mehrere Einrichtungen zu betreuen hatten und nicht immer vor Ort in der Einrichtung sein konnten. Darüber hinaus sind auch erhebliche Teile der Mitarbeiter in Teilzeit (oder auch als Nachtwachen) beschäftigt, sodass nicht davon auszugehen ist, dass jeder Mitarbeiter die Projektkoordinatoren tatsächlich gesprochen oder Kontakt mit ihnen hatte.

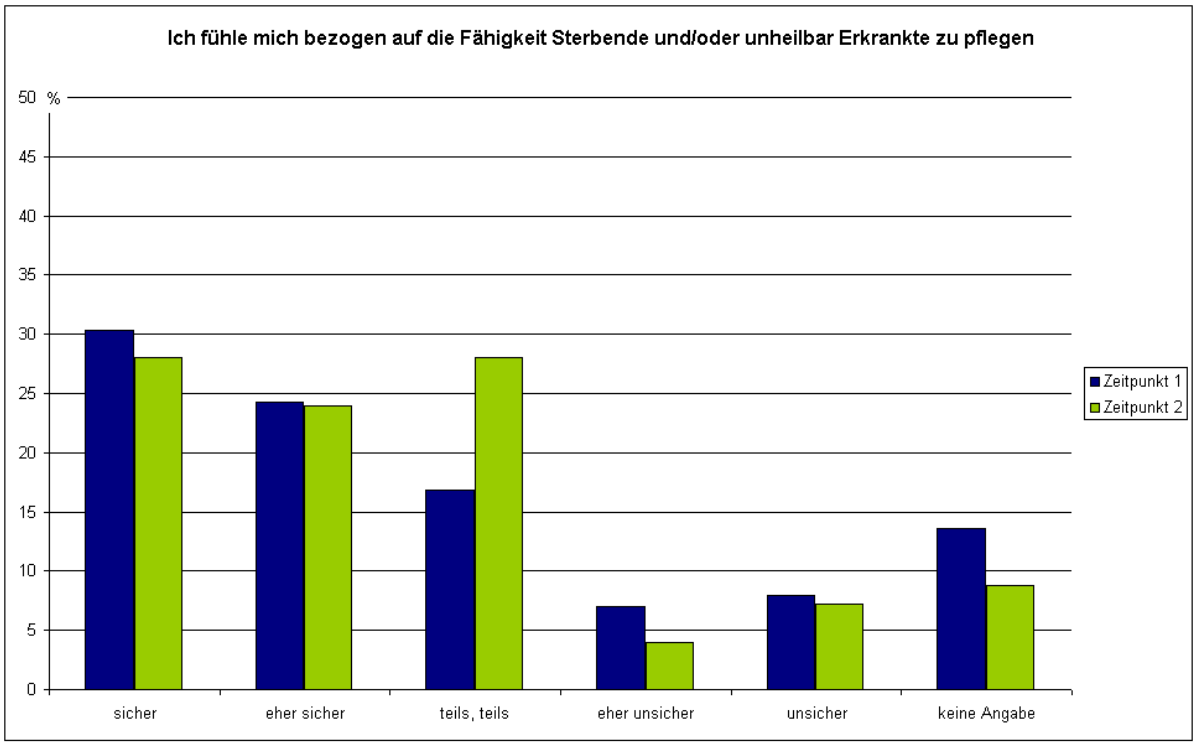
Von zentraler Bedeutung in den beobachteten Veränderungen ist auch, dass das umgestellte bzw. erweiterte Fortbildungsangebot zu dem Themenbereich zur Kenntnis genommen wurde. In Teilen der Einrichtungen wurden auch die begleitenden Maßnahmen, wie das Fotoprojekt zum Thema „Begleitung, Abschied“ beobachtet (fand in beiden Einrichtungen der stationären Altenhilfe statt).
Keine großen Änderungen sind jedoch hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen zu erkennen. Da kein zusätzliches Personal eingestellt wurde und auch keine Veränderungen in der Dienstplangestaltung erfolgten, konnte an dieser Stelle auch nicht mit einer großen Entlastung oder Veränderung gerechnet werden.

Von Interesse ist die Frage, wie sich einzelne Aspekte der ersten Befragung im Gegensatz zur zweiten Befragung verändert haben. An dieser Stelle werden einige deskriptive Ergebnisse vorgestellt. Den Ergebnissen der ersten Befragung gegenübergestellt wurden nur Teilnehmer, die angaben, auch an der ersten Befragung teilgenommen zu haben. Trotzdem konnte an dieser Stelle keine statistische Berechnung auf der Basis von Mittelwertsunterschieden erfolgen, da dies zur Grundbedingung gehabt hätte, dass beide Gruppen exakt identisch hätten sein müssen. Dies ist jedoch nicht anzunehmen. So können in der ersten Befragung Teilnehmer dabei sein, die an der zweiten nicht mehr teilgenommen haben. Aufgrund der gewählten Form der maximalen Anonymisierung war hier keine direkte Paarbildung zur weiteren statistischen Analyse möglich. Die Ergebnisse sind also Annäherungen an Veränderungen und nicht zu interpretieren als vollständig quantifizierte Abweichungen. Diskutiert werden daher vor allem die grundsätzlichen Muster der Beantwortung.



Es zeigt sich, dass vor allem eine leichte Verschiebung der Antworten in Richtung der mittleren Antwortkategorie erfolgte. Der Anteil der nicht Antwortenden sinkt ebenso wie derjenige der eher unsicheren und unsicheren Antworten. Es liegt jedoch keine vollständige Umkehr oder eine grundsätzliche Musteränderung in der Beantwortung zugrunde. Dies würde auf ein eindeutiges Ergebnis hindeuten, das so nicht ablesbar erscheint.

Gleiches gilt auch für den zweiten an dieser Stelle exemplarisch beschriebenen Punkt: Auch bei der Fähigkeit, Sterbende zu begleiten, sieht man eine Tendenz, die sich jedoch gleichermaßen nicht im grundsätzlichen Muster unterscheidet und so keine Eindeutigkeit in der Veränderung aufzeigt. Der relative Anteil derer, die sich sicher fühlen, nimmt hier nicht zu, sondern sogar etwas ab, wobei der geringe Unterschied vor dem Hintergrund der methodischen Einschränkung nicht ins Gewicht fällt.



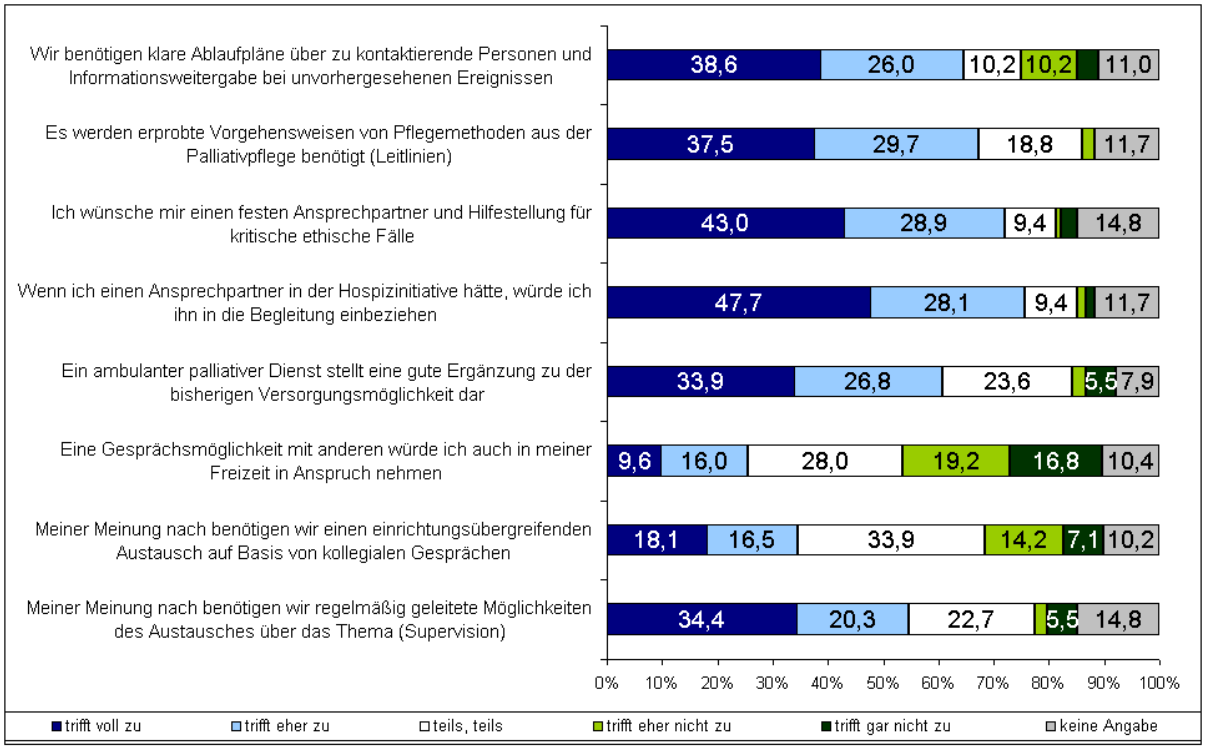
Die im ersten Teil dieser zweiten Befragung beschriebene Steigerung der persönlichen Sicherheit lässt sich hier gegenüber dem ersten Befragungszeitpunkt nicht eindeutig aufzeigen.

Gleiche Phänomene fanden sich auch bei weiteren Fragen (Wissensstand bezüglich des Umgangs mit Sterbenden nicht christlicher Religionen, Fähigkeit Menschen anderer Kulturen zu begleiten, Fähigkeit spirituell zu begleiten, Fähigkeit Angehörige zu begleiten). Bei all diesen Punkten sah man insgesamt eine Tendenz hin zur Antwortkategorie „teils, teils“. Bei keiner der Fragen wurde ein komplett anderes Antwortmuster in der Verteilung ausgemacht.

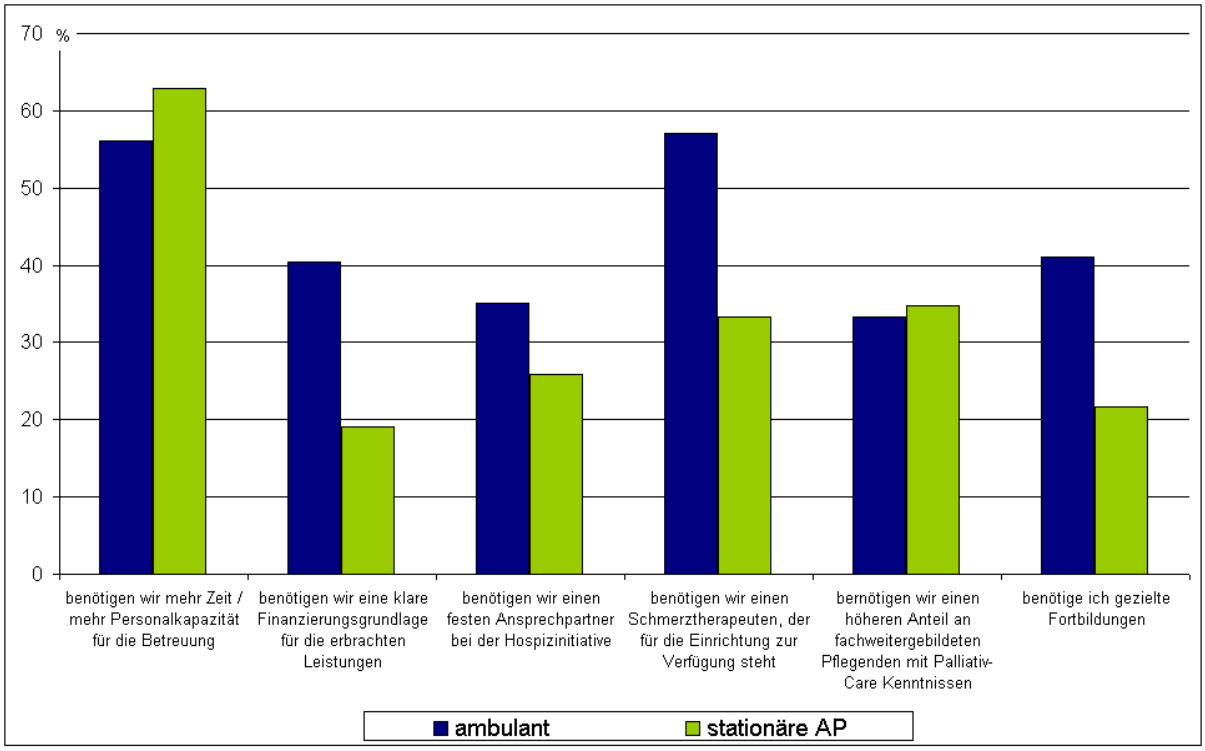
Wichtig erscheint bei der zweiten Befragung die Einschätzung hinsichtlich weiterer wünschenswerter Entwicklungen. Dies gibt unter anderem Aufschluss darüber, was in der nächs-

ten Projektphase zu koordinieren und weiter anzugehen ist. In der Grafik zu sehen ist, dass die folgenden Punkte besonders wichtig erscheinen:

- Erstellung klarer Ablaufpläne
- Benennung und Beschreibung erprobter Verfahren und Pflegemaßnahmen
- Zuordnung eindeutiger Ansprechpartner (Ethische Fallbesprechung)
- Zuordnung eindeutiger Ansprechpartner (Hospizinitiative)
- Schaffung regelmäßiger geleiteter Gesprächsangebote



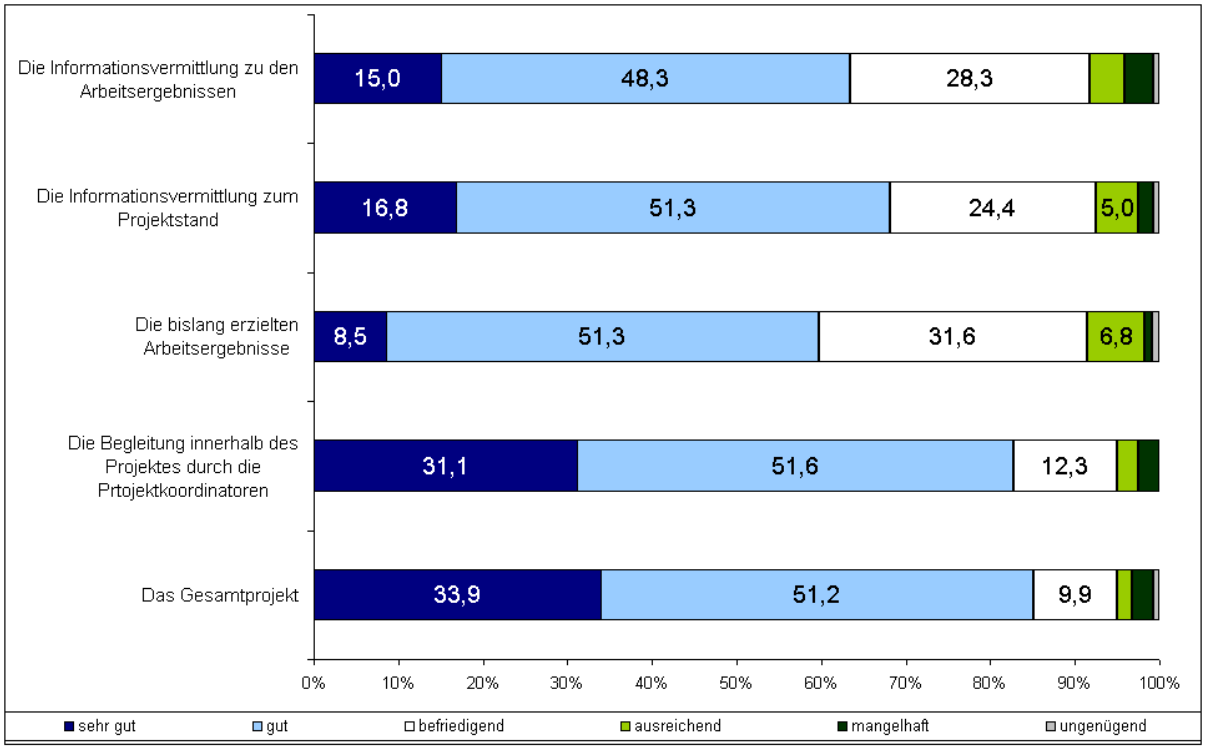
Darüber hinaus wurde erfragt, was in der eigenen Einrichtung benötigt wird, um eine weitere positive Entwicklung und Veränderung erzielen zu können. Dabei sollten einzelnen Punkten ein entsprechender Rang zugeordnet werden (von 1 bis 6). Da jedoch vielfach alle Punkte auf den ersten Rang gesetzt wurden oder keiner, ergaben sich nicht überall komplett gestufte Antworten. Daher wurde entschieden, dass pro Punkt die Prozentzahl der Antwortenden genommen wird, die diesen auf den ersten Rang gesetzt haben. Es ergeben sich daher in der Summe weitaus mehr als 100%.



Interessant ist, dass die Bewertungen sich unterscheiden, wenn man sie in der Differenzierung nach den Arbeitsfeldern analysiert. So zeigt sich in der ambulanten Pflege, dass der wichtigste Parameter das Vorhandensein eines Schmerztherapeuten ist. Erst danach wird angegeben, dass mehr Personalkapazität benötigt wird. Bei den Befragten aus den Einrichtungen der stationären Altenhilfe sieht dies anders aus. Hier dominiert der Aspekt der Personalkapazität und damit die Mitarbeiterzeit. Bemerkenswert ist auch die Differenz der Aussagen bei den folgenden Punkten: Finanzierungsgrundlage für die Leistung und Fortbildungen. Hier weichen die Aussagen weit voneinander ab. In der ambulanten Pflege kann nicht mit der internen Personalverschiebung gearbeitet werden, wie dies auf einem Wohnbereich in einer stationären Altenpflegeeinrichtung der Fall ist. Die Mitarbeiter sind oftmals alleine unterwegs und können ihre Leistungen nur entsprechend der finanzierten und vereinbarten Zeitkorridore erbringen. Hier sind sie im Nachteil und benötigen in stärkerem Maße eine Finanzierungsgrundlage für spezielle Leistungen.

In einem ähnlichen Zusammenhang kann auch der höhere Bedarf nach gezielten Fortbildungen gesehen werden, denn jeder Mitarbeiter ist hier involviert und steht alleine da, während man sich in den Teams auf den Wohnbereichen absprechen und Arbeiten untereinander delegieren kann. Hier ist nicht unbedingt notwendig, dass jeder einzelne die gleiche Kompetenz besitzt. Es kann jedoch auch sein, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im stationären Altenpflegebereich sich kompetenter und erfahrener im Umgang einschätzen und deswegen der Bedarf nicht in dem Maße gesehen wird wie in den ambulanten Pflegediensten.

In einem letzten Fragenteil wurde nach der Projektbewertung gefragt. Die folgende Grafik zeigt die insgesamt sehr gute Akzeptanz des Projektes auf. So liegen die überwiegenden Beurteilungsaspekte im guten bis sehr guten Bereich. Der Teilaspekt „bislang erzielte Arbeitsergebnisse“ fällt hier ab. Es sind insgesamt fast ein Drittel, die diesen Bereich mit „befriedigend“ bewerten. Weitere 7% bewerten ihn nur mit ausreichend. Dies kann damit erklärt werden, dass am Anfang erhebliche Zeit investiert wurde, um funktionierende Strukturen aufzubauen und die Arbeitsgruppen zu initiieren. Darüber hinaus fanden auch viele Aktivitäten statt, die mittelbar, aber nicht direkt für die Mitarbeiter sichtbar waren (Beschlussfassung zur Erhöhung der Fortbildung von Mitarbeitern, Gespräche mit Ärztenetzwerk etc.)
Es ist davon auszugehen, dass bei konsequenter weiterer Nutzung der nun vorhandenen Strukturen weitere konkrete Ergebnisse erzielt werden können und diese Bewertung somit weiter verbessert werden kann.
Die Begleitung durch die beiden Projektkoordinatoren sowie das Gesamtprojekt erfreuen sich aber einer sehr guten Akzeptanz und hohen Zustimmung.



3.6 Zentrale Ergebnisse der abschließenden Interviews der Mitarbeiter

Die abschließenden Interviews fanden an drei Terminen statt. Insgesamt wurden 24 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflege und 12 Mitarbeitern der stationären Altenhilfe hinsichtlich der Einschätzung zu den vorgestellten Ergebnissen befragt und es wurde mit ihnen diskutiert, was sie an weiterer Entwicklung im Projekt anstreben.

Es zeigte sich in den Diskussionen, dass die gewonnenen Ergebnisse als insgesamt betrachtet realistisch eingeschätzt wurden. Es wurde aber eine leichte Verschiebung hin zu positiven Ergebnissen nicht ausgeschlossen, bzw. sagten die Mitarbeiter, dass die Gesamtheit der Aussagen nicht gleichermaßen für jede Einheit gelten würde. So gab es Wohnbereiche und ambulante Dienste, die sehr stark profitiert hatten und andere, die kaum Änderungen sehen.

Es vermuteten in einer der zwei Befragungsrunden der ambulanten Dienste und in der Runde der stationären Altenhilfe Mitarbeiter, dass in der Ergebnisbefragung vor allem die konkret am Projekt Beteiligten geantwortet hätten (Erklärung der Rücklaufquote). Ihrer Beobachtung nach sei es jedoch nicht zu zentralen Veränderungen in der Breite (auf alle Mitarbeiter bezogen) gekommen. Das schließt arbeitsorganisatorische und mentalitätsbezogene Veränderungen mit ein. Sehr wohl aber habe sich für die Kollegen, die in den Projektgruppen mitarbeiteten oder die sich ohnehin mit dem Thema auseinander setzen wollten, die Möglichkeiten des Austauschs, der Fortbildung und der Auseinandersetzung innerhalb der Arbeitszeit erheblich verbessert.
Eine weitere Hypothese der Mitarbeiter hinsichtlich der geringeren Rücklaufquote war, dass die nichtpflegerischen Bereiche sich in dem zweiten Fragebogen mit ihren Themen weniger gut wiederfanden und so ggf. nicht geantwortet hätten.

Eine weitere Rückmeldung aus dem Bereich der ambulanten Pflege war, dass sich aus ihrer Sicht für die Angehörigen u.a. auch deswegen nicht allzu viel verändert hätte, weil die Ausgangssituation der Betreuung einerseits insgesamt als recht gut eingeschätzt wurde („wir haben uns auch vor dem Projekt schon sehr bemüht“). Darüber hinaus vermuteten sie, dass eine Zurückhaltung vor allem von den Angehörigen selbst käme (z.B. beim Einbezug von Mitarbeitern der Hospizinitiative).

Die Motivation, weiter an dem Projekt zu arbeiten, kann insgesamt als hoch eingestuft werden. Es wurden jedoch auch kritische Hinweise gegeben. So bestätigten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste, dass sie zwar einen kollegialen Austausch in Form einer festen Gruppe befürworten würden, aufgrund geografischer Schwierigkeiten und damit einhergehendem Koordinierungsaufwand zeigten sie sich aber pessimistisch hinsichtlich einer Realisierung. Zudem betonten sie mehrheitlich, dass dies nicht in der Freizeit geleistet werden könnte. Sie empfinden die derzeitige und ihrem Eindruck nach steigende Arbeitsbelastung als extreme Barriere – auch was die Zukunft des Projektes angeht. Insbesondere die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflegedienste sprachen sich für den Aufbau eines ergänzenden und spezialisierten ambulanten palliativpflegerischen Dienstes aus.

Bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der stationären Altenhilfe wurden davon abweichend etwas andere Themen vertieft. Hier wurde darauf hingewiesen, dass die Erwartungen der MitarbeiterInnen zu Beginn des Projekts sehr hoch waren, diese konnten aber bisher nicht zufriedenstellend erfüllt werden (z.B. Zeit, Personal, greifbare Ergebnisse, die eine unmittelbare Veränderung/Hilfe in der Praxis zeigen). Einige MitarbeiterInnen bestätigen aber, dass die persönliche Möglichkeit, einen sterbenden Bewohner zu betreuen gestiegen sei. Wichtige weitere Schritte (z.B. Bereitstellung eines Utensilienkoffers) ergaben sich erst nach der Befragung und konnten so nicht mehr mit beurteilt werden. Die Verdeutlichung und weitere Sichtbarmachung des Projektes ist die zentrale zukünftige Aufgabe im Projekt.

4. Hinweise zur weiteren Projektarbeit

Aus dem Projekt und den Projektergebnissen lassen sich Hinweise für weitere Arbeiten und Themen herausarbeiten. Diese sollen in diesem Kapitel vorgestellt werden. Sie sind zu verstehen als Hinweise aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind aber der Einschätzung nach die zentralen Aspekte, an denen unbedingt weiter gearbeitet werden sollte! Sie werden in Form von einzelnen Punkten beschrieben. Eine Reihenfolge in der anstehenden Projektarbeit sollen sie aber nicht darstellen.

❶

Bedeutsam erscheint, dass sowohl von den Angehörigen als auch von den Bewohnern und den ambulant betreuten Patienten eine zentrale Wertkategorie die **seelsorgerische Begleitung** der Schwerstkranken und Sterbenden ist. Es scheint so zu sein, dass die Personen in dieser Untersuchung mit Bedacht einen konfessionellen Träger für die Betreuung ausgesucht haben. Hierin liegt für die Institutionen eine große Chance, denn dies kann als wichtige Perspektive verstärkt mit in die Begleitung eingebunden werden. So lässt sich für die Einrichtungen ein spezifisches Profil weiter herausarbeiten, was als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Anbietern betrachtet werden kann. Die „Marke“ Caritas impliziert eine große Erwartungshaltung, die derzeit anscheinend nicht befriedigend abgedeckt wird. Dazu bedarf es jedoch der engeren Kooperation mit qualifiziertem Personal (ausgebildete Seelsorger / Diakone / Pastore). Es zeigte sich in den Interviews und in den Befragungen, dass die Bewohner und Angehörigen die seelsorgerische Begleitung durch Seelsorger einfordern. Hier sind Pflegekräfte nicht hinreichend als Ansprechpartner, was sich auch mit der Selbsteinschätzung der Pflegenden deckt.
Die Möglichkeit, entsprechende Angebote zu machen, scheint derzeit aber begrenzt. Hier sind die personellen Engpässe der Gemeindearbeit und der Pastorale auch für die Einrich-

tungen spürbar oder aber es wurde bislang keine eindeutigere Zusammenarbeit eingefordert und angedacht. Es kann daher als weiterer Auftrag verstanden werden, sich hier um weitere Lösungen zu bemühen, damit das Projekt auch in dieser Frage zu weiteren erfolgreichen Ergebnissen kommen kann.

❷

Von zentraler Bedeutung ist auch der folgende Punkt: Es ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gelungen, eine entsprechend klare Zuständigkeit bei der **Schmerztherapie** von ambulanten Patienten und stationär untergebrachten Bewohnern zu erzielen und eine Verbesserung der Schmerztherapie garantieren zu können. In der ambulanten Pflege wird dieses Problem noch bedeutsamer eingeschätzt. Auch konnten korrespondierend zu dieser Problematik bislang noch keine Ärzte verbindlich mit in das Projekt eingebunden werden. Dies wird ein wichtiger Gradmesser für die Mitarbeiter, die Angehörigen und die Patienten werden, denn einheitlich wird von ihnen allen die schmerztherapeutische Versorgung als das zentrale Kriterium beschrieben.
Geraten werden kann daher dazu, dass weitere Bemühungen zur Integration von Ärzten erfolgen. Hier müssen ggf. neue Wege beschritten werden, denn erscheint schwierig, in ausreichender Anzahl qualifizierte Ärzte zu gewinnen. Dies scheint auch mit Honorarfragen in Verbindung zu stehen und ist nicht für jeden Hausarzt gleichermaßen interessant.
Vorstellbar ist aber zum Beispiel, über die Gemeindearbeit konkrete Aufrufe zur Mitarbeit zu starten und engagierte Ehrenamtler (Ärzte) aufzufinden und mit einzubinden. Aufrufe am regionalen Krankenhaus und Vorstellung des Projektes dort könnten ggf. weitere konkrete Lösungen bringen.
Dem Punkt der Schmerztherapie muss ein weiterer Aspekt hinzugefügt werden: Es wurde von Mitarbeitern der ambulanten Pflege geäußert, dass sie selbst weiteren Schulungsbedarf hinsichtlich der Ermittlung von Schmerzen (auch bei Demenzerkrankten), der Wirkung und Verabreichung unterschiedlicher Arzneien und dem Wissen bezüglich standardisierter Leitlinien (Wissenschaftliche Fachgesellschaften) und etablierte Konzepte (WHO Schmerzschema) haben. Auch Teilnehmer, die eine palliative Zusatzausbildung hatten, sagten aus, dass dies nicht ausreiche. Empfohlen werden kann daher, dass Fachinhalte von Weiterbildungen zur „Pain Nurse“ analysiert werden und dass Fortbildungen zum Thema veranstaltet werden. Hier können Gelder eingesetzt werden, die durch das Aussetzen der wissenschaftlichen Begleitung frei werden.

❸

Mehrfach zum Ausdruck gebracht wurde, dass Pflegende häufig Überforderungssituationen erleben, in denen sie sich weitestgehend alleine fühlen. Es wurde zu diesem Punkt mehrfach geäußert, dass der kollegiale Austausch das eine ist, dass aber der individuelle Druck, der in Situationen entsteht, ein anderes Thema sei. So werden Pflegende bspw. befragt, ob sie eine PEG befürworten, ob Patienten nicht doch noch ins Krankenhaus verlegt werden sollten etc. Diese Fragen, die meist einhergehen mit der spontanen Beurteilung einer klinisch komplexen Sachlage und ethisch schwierigen Entscheidungen, erzeugen individuell den Bedarf nach Coaching oder Supervision. Sie können nicht mehr von den einzelnen Pflegekräften verantwortet werden, zumal meist ethische Modelle fehlen, an denen solche Fragen reflektiert werden können. Doch die Auffrischung oder das Lehren eines solchen Wissensbestandes kann nicht die alleinige Lösung sein.

Bedingt durch den hohen individuellen Grad der Anfragen und Belastungen mit diesen sensiblen Themen, wurde bei den Befragten eine regelmäßige Gruppensupervision nicht so sehr befürwortet. Diese könnte und sollte ggf. erprobt werden (und später vielleicht regelmäßig Anwendung finden, indem konkrete Fallbesprechungen durchgeführt würden. Insgesamt aber muss beachtet werden, dass keine Team-Supervision hinsichtlich der Prozesse im Team, sondern sachorientiertes Coaching angebracht erscheint!).

Bedarf entsteht darüber hinaus auch individuell und spontan. Daher sollte ein solches System (Supervision / Coaching) nicht generell oder ausschließlich institutionalisiert angeboten werden. Vielmehr bedarf es eines gesicherten „Backstopping Systems“, das Pflegende bei Bedarf in Form von Einzelgesprächen in Anspruch nehmen können.

Hier ist der Träger gefragt, entsprechende Strukturen und ggf. auch Nutzungsregeln zu entwickeln. Es wird in jedem Falle empfohlen ein solches Unterstützungssystem zu entwickeln und umzusetzen, denn eine missbräuchliche oder eine starke und kostenintensive Nutzung ist nicht zu erwarten. Wohl aber mit einer sehr spezifischen Nutzung. Ein solches System wäre für alle Mitarbeiter spürbar (ein konkretes Ergebnis für alle!) und würde den klaren Unterstützungswillen des Trägers aufzeigen.

❹

Methodisch ergeben sich in der Analyse der bisherigen Arbeit weitere Hinweise, die für die Projektarbeit von Bedeutung sein könnten. Bislang wurde hinsichtlich der Mitarbeit des Ehrenamtes dieses stark bei der Hospizinitiative gesucht.

Ggf. noch nicht hinreichend betrachtet wurden weitere Netzwerke ehrenamtlich arbeitender Personen und engagierter Menschen. Das können Mitarbeiter von regionalen Hilfsstellen und Institutionen sein, in der Gemeinde aktive Mitglieder oder aber Beteiligte in Selbsthilfe-

gruppen. Als eine weitere Empfehlung kann daher dringend ausgesprochen werden, dass eine stärkere Vernetzung nach außen gesucht werden sollte. So ist vorstellbar, dass sich engagierte Ärzte (z.B. aus dem Krankenhaus) oder engagierte Rechtsanwälte bereit erklären Fortbildungsveranstaltungen mit durchzuführen oder mit zu organisieren. Auch ist eine Verzahnung mit regionalen Bildungsanbietern und deren Angebote zu suchen (Krankenpflegeschule).

5. Zusammenfassung und abschließende Beurteilung

Das Projekt berücksichtigt wesentliche Elemente und vor allem die als förderlich identifizierten Faktoren, wie sie aus den Projektberichten von erfolgreichen Vorgängerprojekten entnommen werden konnten (bottom-up-Strategie, projekthafte Umsetzung, empiriegeführte Themenwahl, Mitarbeiterzentrierung, längerfristige Anlage etc.). Projekte mit guten Erfolgen wiesen stets eine längere Laufzeit auf (vgl. das Projekt im USZ Zürich / LIMITS / AWO-Projekt). Die Anlage und erste Etablierung des Projektes und der Arbeitsmethoden scheint gut gelungen zu sein. Nennenswerte Veränderungen in der Kultur der konkreten Arbeit vor Ort scheinen sich den Berichten anderer Projekte zufolge erst nach drei oder vier Jahren abzuzeichnen. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Begutachtung durch die wissenschaftliche Begleitung früh und das Projekt kann insgesamt als „noch jung“ eingestuft werden.

Gelungen ist nachweislich, dass den Mitarbeitern Ängste genommen, ein großes Interesse für das Thema erzeugt und eine offenere Gesprächskultur erreicht wurde. Gestützt werden dabei momentan vor allem die Mitarbeiter, die sich insgesamt dem Thema gegenüber verantwortlich fühlen und aufgeschlossen zeigen. Passend zu dem steigenden persönlichen Interesse der Mitarbeiter wurden auch die Fortbildungsbemühungen durch den Träger verbessert und deutlich erhöht.

Die Rückmeldungen zum Projekt sind durch die Mitarbeiter insgesamt positiv und der Wunsch nach einer weiteren Beschäftigung und weiteren Projektarbeit wurde mehrfach geäußert (schriftlich wie mündlich). Dies ist vor allem das Verdienst der beiden Projektkoordinatoren, die sich großer Beliebtheit erfreuen und die ihre vielfältige Arbeit konsequent verfolgen. Sie nehmen dabei stets die Anregungen der Mitarbeiter auf, arbeiten mit ihnen gemeinsam an ihren Themen und sind so in der Funktion eines „Moderators“ der Mitarbeiterthemen.

Herausgestellt werden muss auch, dass die anfänglich eher mühseligen Prozesse des gegenseitigen Kennenlernens und der Arbeitsgruppenbildung abgeschlossen sind. Eine tragfähige Konstruktion scheint gegeben, die nun in erhöhtem Tempo inhaltlich arbeiten kann.

Kritisch angemerkt werden muss, dass dadurch, dass keine weiteren Ressourcen oder zusätzlichen Mittel für die Personalausstattung vor Ort zur Verfügung stehen, die Belastung für die Mitarbeitenden weiterhin ungebrochen hoch ist. Sie üben die Arbeitsgruppentätigkeit über den Rahmen ihrer normalen Arbeitszeit hinaus aus. Eine Entlastung ist in diesem Bereich nicht sichtbar, eine Erhöhung der direkten Zeit für Angehörigen- und Patientenbetreuung wird nur von wenigen erlebt. Das schränkt mögliche weitere erreichbare Projektergebnisse ein und wirkt sich zunächst darauf aus, dass eine „Ernüchterung“ in der Bewertung des Projektes eintritt.

Eine Stärkung und auch Verbesserung der konkreten Arbeitssituation kann hier vor allem von außen erfolgen, indem (gemäß dem Stufenschema nach Alsheimer) eine weitere Vernetzung nach außen erfolgt, denn interne Mittel sind nicht in größerem Umfang zu erwarten oder zu bekommen. Hier stecken vor allem mögliche und zu akquirierende Ressourcen, die weiter ausgeschöpft werden können. Hierbei kann vor allem die trägernahe Struktur und Verbindung zur Gemeindearbeit ein Ansatzpunkt sein.

Das Projekt scheint insgesamt auf einem guten Wege zu sein und dieser sollte mit dem bislang ausgeübten Engagement weiter beschritten werden.

Das Team der wissenschaftlichen Begleitung wünscht dazu allen Beteiligten viel Erfolg!

6. Anhang

6.1 Literaturliste der im Projekt gesichteten Beiträge

Amella, E. J. (2003): Geriatrics and Palliative Care. In: Journal of hospice and palliative nursing, Jg. 5, H. 1, S. 40–48.

Anderson, P. (2003): Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung.

Akner, G. (2005): PEG treatment: an increasing dilemma. In: Age and Ageing, Jg. 34, S. 320–321.Akner, G. (2005): PEG treatment: an increasing dilemma. In: Age and Ageing, Jg. 34, S. 320–321.

Barth, I. (2002): Hospizarbeit. Sterbebegleitung unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung. Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe (Thema, 178).

Bartholomeyczik, S. (2004): Pflege und Betreuung in der stationären Altenpflege Ergebnisse aus einer Untersuchung in Frankfurter Altenpflegeheimen. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 43, H. 780-785.

Bauerfeind, I.; Augustyn, B. (2005): Über das Sterben. Entscheiden und handeln am Ende des Lebens. München: Zuckschwerdt.

Black, H. K.; Rubinstein, R. L. (2005): Direct Care Workers' Response to Dying and Death in the Nursing Home: A Case Study. In: Journals of Gerontology, Jg. 60, H. 1, S. 3–10.

Blank, R. H.; Merrick, J. C. (2005): End-of-Life Decision Making. A Cross-National Study. Cambrudge.

Böke, H.; Schwikart, G.; Spohr, M. (2005): Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivationen, Schutzräume, Problemfelder. 2. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.

Braunberger-Myers, A. (2004): Ars moriendi. Die Kunst des (gesegneten) Sterbens. Frankfurt am Main: Haag und Herchen (Arnoldshainer Texte, Bd. 128).

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hg.) (2005): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. Arbeitspapier der Fachgruppe Hospizarbeit in Einrichtungen.

Burgheim, W.; Bauer, A.; Fleck, C.; Flieder, M. (2005): Sterbende begleiten. In Geborgenheit bis zuletzt durch Palliative Care. 1. Aufl. Merching: Forum-Verl.

Catkins Keidel, G. (2002): Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 19, H. 3, S. 200–205.

Claxton-Oldfield, S.; Crain, M.; Claxton-Oldfield, J. (2007): Death Anxiety and Death Competency: The Impact of a Palliative Care Volunteer Training Program. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 23, H. 6, S. 464–468.

Connor, S. R.; Lycan, J.; Schumacher, J. D. (2005): Involvement of psychologists in psychosocial aspects of hopice and end-of-life care. In: Werth, J.; Blevins, D. (Hg.): Psychosocial issues near the end of life. Washington , S. 203–217.

Conrad, A. (2000): Curriculum für Palliativpflege in Altenheimen und Sozialstationen. Modifiziert nach dem Basiscurriculum Palliative Care. Bonn: Pallia Med Verl.

Corbin, J. M.; Strauss, A. L.; Hildenbrand, A. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit /. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Corless, I. B.; Germino, B. B.; Pittman, M. A. (2003): Dying, death, and bereavement. A hallenge for living. 2. ed. New York: Springer.

D.-Ludwig-Schlaich-Stiftung: Menschenwürde sichern. Identität - Kommunikation - Pflege - Sterben und Tod (2004). Reutlingen: Diakonie-Verlag (Berliner BeiträgePraxis, 12).

Davy, J.; Ellis, S.; Feuz, M. (2003): Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegepraxis - Palliativpflege).

Demmer, C.; Sauer, J. (2002): Assessing complementary therapy services in a hospice program. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 19, H. 5, S. 306–314.

Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannover e.V. (Hg.): Leben am Lebensende. Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur.

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.) (2006): Leben bis zuletzt - Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Dickenson, D. (Hg.) (2000): Death, dying and bereavement. London: the Open University.

Dreßke, S. (2005): Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung. Frankfurt am Main: Campus-Verl.

Duffy, A.; Woodland, C. (2006): Introducing the Liverpool Care Pathway into nursing homes. In: Nursing older people, Jg. 18, H. 9, S. 33–36.

Ersek, M.; Miller Kraybill, B.; Hansberry, J. (1999): Investigating the educational needs of licensed nursing staff and certified nursing assistants in nursing homes regarding end-of-life care. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 16, H. 4, S. 573–582.

Evans, B. (2002): Improving Palliative Care in the Nursing Home: From a Dementia Perspective. In: Journal of hospice and palliative nurtsing, Jg. 4, H. 2, S. 91–99.

Ewers, M.; Badura, B. (2005): Häusliche Versorgung Sterbender zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hg.): Am Ende des Lebens. Bern: Hans Huber , S. 93–116.

Ewers, M.; Schaeffer, D. (2003): Palliativpflegerisch tätige Hausbetreungsdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. Bielefeld.

Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hg.) (2005): Am Ende des Lebens. Bern: Hans Huber.

Finucane, T. E.; Christmas, C.; Travis, K. (1999): Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia. A Review of the Evidence. In: The Journal of the American Medical Association, Jg. 282, S. 1365-1370.

Frogatt, K. (2001): Life and death in English nursing homes Sequestration or transition. In: Ageing and Society, Jg. 21, H. 3, S. 319–332.

Fuchs, M. (2001): Sterben und Sterbebegleitung. Ein interdisziplinäres Gespräch. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 122).

Gaßmann, R.; Hünefeld, A.; Rest, F. H. O.; Schnabel, E. (1992): Untersuchung zur Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen in Nordrhein-Westfalen. Herausgegeben von Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Ministerium für Arbeit. Düsseldorf.

Geisler, A. (2004): Companion animals in palliative care: Stories from the bedside. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 21, H. 4, S. 285–288.

Gott, M.; Seymour, J.; Bellamy, G.; Clark, D.; Ahmedzai, S. (2004): Older people's views about home as a place of care at the end of life. In: Palliative Medicine, Jg. 18, S. 460–467.

Gott, M.; Barnes, S.; Parker, C.; Payne, S.; Seamark, D.; Gariballa, S.; Small, N. (2007): Dying trajectories in heart failure. In: Palliative Medicine, Jg. 21, S. 95–99.

Grabner, D.; Ruf, M. (2006): Neue Wege in der Sterbebegleitung in den Pflegeeinrichtungen - das Beispiel der AWO Oberbayern. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, H. 3, S. 34–36.

Grond, E. (2004): Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegende in der Altenhilfe. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Altenpflege).

Hanson, L.; Henderson, M.; Reynolds, K. S. (2003): Improving Nursing Home Care of the Dying: A Training Manual for Nursing Home Staff. Springer Publishing Co Inc., U.S.

Hearn, J.; Higginson, I. J. (1998): Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. In: Palliative Medicine, Jg. 12, S. 317–332.

Heimerl, K.; Heller, A.; Kittelberger, F. (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg: Lambertus (Palliative Care und OrganisationsEthik, 11).

Heller, A. (2000): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus (Palliative Care und organisationales Lernen, Bd. 2, Ed. 2).

Heller, A.; Dinges, S.; Heimerl, K.; Reitinger, E.; u a (2003): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 36, H. 5, S. 360–365.

Hotopf, M.; Chidgey, J.; Addington-Hall, J.; Lan Ly, K. (2002): Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. In: Palliative Medicine, Jg. 16, S. 81–97.

Hotopf, M.; Chidgey, J.; Addington-Hall, J.; Lan Ly, K. (2002): Depression in advanced disease: a systematic review Part 2. Treatment. In: Palliative Medicine, Jg. 16, S. 279–284.

Jonas, I. (2005): Wie sich die Heime auf die Zunahme der Sterbefälle einstellen (sollten) "Konfrontation mit dem Tod: immer häufiger und immer früher". In: Pro Alter, Jg. 26, H. 2, S. 7–10.

Jordhøy, M. S.; Kaasa, S.; Fayers, P.; Underland, G.; Ahlner-Elmqvist, M. (1999): Challenges in palliative care research; recruitment, attrition and compliance: experience from a randomized controlled trial. In: Palliative Medicine, Jg. 13, S. 299–310.

Josat, S.; Schubert, H.-J. Schnell, M.W. (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. In: Pflege, Jg. 19, S. 79–87.

Kaluza, J.; Töpferwein, G. (2005): Sterbebegleitung in Sachsen. Ein sozialwissenschaftliches Forschungsprojekt. Herausge-

geben von ZAROF – Zentrum für Arbeits- und Organisationsforschung e.V. Leipzig.
Karlsen, J.; Addington-Hall, J. (1998): How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere? In: Palliative Medicine, Jg. 12, S. 279–286.
Kern, M. (2000): Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Bonn: Pallia-Med-Verl.
Kittelberger, F. (2002): Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken. Herausgegeben von Bayerische Stiftung Hospiz.
Koffman, J.; Burke, G.; Dias, A.; Raval, B.; Byrne, J.; Gonzales, J.; Daniels, C. (2007): Demographic factors and awareness of palliative care and related services. In: Palliative Medicine, Jg. 21, S. 145–153.
Kostrzewa, S.; Kutzner, M. (2004): Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. 2., durchges. und korr. Aufl. Bern: Huber (Pflegepraxis).
Kwak, J., Haley, W. E (2005): Current Research Findings on End-of-Life Decision Making Among Racially or Ethnically Diverse Groups. In: The Gerontologist, Jg. 45, H. 5, S. 634–641.
Lambert, H. C.; McColl, M. A.; Gilbert, J.; Wong, J.; Murray, G.; Shortt, S. E. D. (2005): Factors Affecting Long-Term-Care Residents' Decision-Making Processes as They Formulate Advance Directives. In: The Gerontologist, Jg. 45, H. 5, S. 626–633.
Langenmayr, A. (1999): Trauerbegleitung. Beratung - Therapie - Fortbildung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Lan Ly, K.; Chidgey, J.; Addington-Hall, J.; Hotopf, M. (2002): Depression in palliative care: a systematic review. Part 2. Treatment. In: Palliative Medicine, Jg. 16, S. 279–284.
Läpple, V.; Menzel, F. (2002): Sterbende und ihre Angehörigen begleiten. Ein Praxisbuch für Gemeinden. Frankfurt am Main: Spener (Impulse für Kirche und Gesellschaft, 7).
Mathews, K.; Finch, J. (2006): Using the Liverpool Care Pathway in a nursing home. In: Nursing times, Jg. 102, H. 37, S. 34–35.
Mezey, M.; Miller, L. L.; Linton-Nelson, L. (1999): Caring for Caregivers of Frail Elders at the end of life. In: Generation, S. 44–51.
McNicholl, M. P.; Dunne, K.; Garvey, A.; Sharkey, R.; Bradley, A. (2006): Using the Liverpool Care Pathway for a dying patient. In: Nursing standard, Jg. 20, H. 38, S. 46–50.
McPherson, C.; Wilson, K. G.; Murray, M. A. (2007): Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. In: Palliative Medicine, Jg. 21, S. 115–128.
Metz, C. (2002): Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und palliativer Betreuung. Freiburg Breisgau: Lambertus (Palliative Care und OrganisationsEthik, Bd. 4).
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (1997): Hospizbewegung und Sterbebegleitung. Konzepte und Leitlinien des Landes. Düsseldorf.
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2006): Hospizbewegung und Sterbebegleitung. Konzepte und Leitsätze.
Mitchell, G. K. (2002): How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. In: Palliative Medicine, Jg. 16, S. 457–464.
Müller, M. (1997): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin. 2. Aufl. Bonn: Pallia Med Verl. (Schriftenreihe / Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V., 7).
Munn, J. C.; Hanson, L. C.; Zimmerman, S.; Sloane, P. D.; Mitchell, C. M. (2006): Is hospice associated with improved end-of-life care in nursing homes and assisted living facilities? In: Journal of the American Geriatrics Society, Jg. 54, H. 3, S. 490–495.
Myers Schim, S.; Zwyghuizen Doorenbos, A. Borse N. N. (2006): Enhancing Cultural Competence Among Hospice Staff. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 23, H. 5, S. 404–411.
Mystakidou, K.; Tsilika, E.; Parpa, E.; Smyrnioti M.; Vlahos, L. (2007): Assessing Spirituality and Religiousness in Advanced Cancer Patients. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 23, H. 6, S. 457–463.
Orth, C.; Alsheimer, M.: „…nicht sang- und klanglos gehen. Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard-Henninger-Haus in München.
Payne, S.; Smith, P.; DEan, S. (1999): Identifying the concerns of informal carers in palliative care. In: Palliative Medicine, Jg. 13, S. 37–44.
Plenter, C.; Uhlmann, B. (2000): Förderung der Trauerarbeit für Angehörige durch Aufbahrung und Verabschiedung von Verstorbenen — ein Ziel professioneller Pflege? In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 5, H. 3, S. 82–88.
Pleschberger, S. (2006): Palliative care in Pflegeheimen Forschungsstand und Ent-

wicklungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 39, H. 5, S. 376–381.

Pleschberger, S. (2001): Palliative Care: Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen. Herausgegeben von Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld. (P01-113).

Powell, J. (2007): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. 4. unveränd. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Türen öffnen zum Menschen mit Demenz, 1).

Proulx, K.; Jacelon, C. (2004): Dying with dignity: The good patient versus the good death. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 21, H. 2, S. 116–120.

Raß, R.; Graf, G.; Gundelach, S.; Müller, M. (2006): Gestalten statt verwalten. Hospizvereine verantwortlich führen ; ein Hand- und Lesebuch für Vorstände. Bonn: Pallia-Med-Verl.

Raß, R.; Margat, F.-J. (2003): Curriculum für die Koordination ambulanter Hospizdienste. Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen ; personenzentriert-systemisches Management ambulanter Hospizdienste ; ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von ambulanten Hospizdiensten. Bonn: Pallia-Med-Verl.

Resnizky, S.; Bentur, N. (2007): Can Family Caregivers of Terminally Ill Patients Be a Reliable Source of Information About the Severity of Patient Symptoms? In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 23, H. 6, S. 447–456.

Rest, F. H. O.; Michel, S. (1997): Sterben zu Hause? Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit der ambulanten Hospizdienste. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes "Ambulante Sterbebegleitung" der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen 1994-1995. Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Ministerium für Arbeit. Düsseldorf.

Rohleder, C. (2002): "Das Sterben ist nicht so schlimm. Aber das Wie!". Bewohnerbefragung "Wünsche und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenheimen in Münster für ihre letzte Lebensphase". Herausgegeben von Katholische Fachhochschule Münster.

Saunders, C. M.; Baines, Mary (1991): Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen. Bern: Huber (Programm Huber. Psychologie Praxis).

Schlunk, T.; Staab, T. (2002): Das Thüringer Projekt Häusliche Betreuung Schwerkranker: Akzeptanz eines ambulanten Palliativdienstes bei Hausärzten. In: Palliativmed, H. 3, S. 100–104.

Schölper, E.; Blümke, D. (2004): Sterbende begleiten lernen. Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung ; [mit CD-ROM]. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.

Schneider, N.; Amelung, V. E.; Buser, K. (2006): Wie schätzen leitende Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste die Palliativversorgung ein? In: Pflege, Jg. 19, S. 356–362.

Schulze, U.; Niewohner, S. (2004): Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase - zwischen Autonomie und Fürsorge. Impulse aus dem Modellprojekt LIMITS Münster. Münster: Lit (Ethik in der PraxisMaterialien, 10).

Schwermann, M. (2004): Respekt erweisen. Betreuung Sterbender in der Altenpflege - Konzept und Umsetzung der Weiterbildung "Palliative Geriatrie". In: Nightingale, H. 4, S. 17–26.

Schwermann, M. (2005): Begleitung sterbender Menschen - Lernaufgaben, Kommentare und Lösungen zur Lernsituation. In: Unterricht Pflege, H. 3, S. 34.

Schwermann, M.; Münch, M. (2005): Begleitung sterbender Menschen - Lernaufgaben, Kommentare und Lösungen zur Lernsituation. In: Unterricht Pflege, H. 3, S. 34–47.

Shane, P. D.; Zimmerman, S.; Hanson, L.; Mitchell, C. M.; Riedel-Leo, C.; Custis-Buie, V. (2003): End-of-Life Care in Assisted Living and Related Residential Care Settings: Comparison with Nursing Homes. In: Journal of the American Geriatrics Society, Jg. 51, H. 11, S. 1587–1594.

Sidell, M.; Katz, J. S.; Komaromy, C. (2000): The case for palliative care in residential and nursing homes. In: Dickenson, D. (Hg.): Death, dying and bereavement. London: the Open University , S. 107–121.

Sloane, P. D.; Zimmerman, S.; Hanson, L.; Mitchell, C. M.; et al (2003): End-of-life care in assisted living and related residential care settings Comparison with nursing homes. In: Journal of the American Geriatrics Society, Jg. 51, H. 11, S. 1587–1594.

Synofzik, M. (2007): PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: eine evidenzgestützte ethische Analyse. In: Nervenarzt, Jg. 78, S. 418–428.

Soden, K.; Vincent, K.; Craske, S.; Lucas, C.; Ashley, S. (2004): A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. In: Palliative Medicine, Jg. 18, S. 87–92.

Spencer, D. J.; Daniels, L. E. (1998): Day hospice care – a review of the literature. In: Palliative Medicine, Jg. 12, S. 219–229.

Sporken, Paul (1981): Hast du denn bejaht, dass ich sterben muss? Eine Handreichung für den Umgang mit Sterbenden. Düsseldorf: Patmos.

Strauss, A. (2000): Dying trajectories, the organization of work and expectations of dying. In: Dickenson, D. (Hg.): Death, dying and bereavement. London: the Open University , S. 196–199.

Student, J.-C. (2006): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. 2. Aufl. Freiburg: Herder.

Ternestedt, B.-M.; Andershed, B. (2002): A Good Death - Development of a Nursing Model of Care. In: Journal of hospice and palliative nurtsing, Jg. 4, H. 3, S. 153–160.

Timmermanns, P. (1996): Abschied und Verabschiedung von Verstorbenen. Dokumentation eines Werkstattgespräches des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Ministerium m für Arbeit. Wuppertal.

Uebach, B.; Aurnhammer, K. (2004): Basiscurriculum Palliative care. Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen. Bonn: Pallia-Med-Verl. (Reihe Palliative care, Bd. 2).

Veerbeek, L.; van Zuylen, L.; Gambles, M.; Swart, S. J.; van der Heide, A.; van der Rijt, C. C.; Ellershaw, J. E. (2006): Audit of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient in a Dutch cancer hospital. In: Journal of palliative care, Jg. 22, H. 4, S. 305–308.

Vendlinski, S.; Kolcaba K. Y. (1997): Comfort care: A framework for hospice nursing. In: American Journal of Hospice & Palliative Care, Jg. 14, S. 271–276.

Weissenberger-Leduc, M. (2002): Handbuch der Palliativpflege. Wien: Springer.

Werth, J.; Blevins, D. (Hg.) (2005): Psychosocial issues near the end of life. Washington.

Wetle, T.; Shield, R.; Teno, J. (2005): Family Perspectives on End-of-Life Care Experiences in Nursing Homes. In: The Gerontologist, Jg. 45, H. 5, S. 642–650.

Wingenfeld, K.; Karte-Pötters, U.; Heitmann, D. (2006): Referenzmodell zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006. Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege. Düsseldorf. (3).

Wilkinson, S.; Aldridge, J.; Salmon, I.; Cain, E.; Wilson, B. (1999): An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. In: Palliative Medicine, Jg. 13.

Wilkinson, S.; Bailey, K.; Aldridge J.; Roberts, A. (1999): A longitudinal evaluation of a communication skills programme. In: Palliative Medicine, Jg. 13, S. 341–348.

Willard, C.; Luker, K. (2006): Challenges to end of life care in the acute hospital setting. In: Palliative Medicine, Jg. 20, S. 611–615.

Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum: Sterben in Würde. Ethische, medizinische und rechtliche Herausforderungen (2005). Bonn: Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Gesprächskreis Sozialpolitik).

Wittkowski, J. (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder. Stuttgart: Kohlhammer.

Zahn, A. (1999): Sterben im Heim. Der Beitrag der beruflichen Sozialarbeit zur Sterbebegleitung in der stationären Altenhilfe. Frankfurt am Main: Dt. Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Dissertationen, Diplomarbeiten, Dokumentationen, 42).

Zwettler, S. (2001): Wie viele Etagen hat der Tod? Eine ethnographische Studie über das Sterben in Altenheimen. Linz: Trauner (Schriften der Johannes-Kepler-Universität LinzReihe B, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 54).

6.2 Fragebögen der Erhebungen

Mitarbeiterbefragung

Begleitforschung des Projektes

„Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“

durch das

Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

wie Sie wissen, wird in Ihren Einrichtungen im Rahmen eines Projektes der Frage nach einer verbesserten Unterstützung und Begleitung Schwersterkrankter und Sterbender nachgegangen. Das Projekt wird unter Federführung des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V. durchgeführt und von einem unabhängigen Institut, dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., wissenschaftlich begleitet. Ziel ist es, einerseits die Betreuung und Versorgung der Bewohner, Patienten und Angehörigen zu verbessern und andererseits **Sie** dabei zu unterstützen, Ihre Arbeit durchführen zu können.

In einem ersten Schritt möchten wir Sie bitten, uns ihre Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen, die Sie mit dem Thema verbinden. Auf der Basis Ihrer Einschätzungen, Anregungen und Vorschläge sollen u.a. Konzepte erarbeitet werden, die dann exemplarisch in Ihren Einrichtungen eingesetzt und überprüft werden. Dazu werden wir zu einem späteren Zeitpunkt im Projekt erneut Ihre Meinung einholen und vertiefend mit einigen von Ihnen auch persönlich sprechen.

Bitte nehmen Sie sich ca. 25 Minuten Zeit, um den Fragebogen zu bearbeiten. Stecken Sie den möglichst vollständig ausgefüllten Fragebogen in den vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen fest. Die verschlossenen Umschläge werden von der jeweiligen Leitung/Wohnbereichsleitung im vorbereiteten großen Sammelumschlag zusammengeführt und verschlossen. Die versiegelten Sammelumschläge werden die Projektkoordinatoren vom RCV abholen und verschlossen an das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung senden. Alle Fragebögen, die bis zum 04.04.2007 eingehen, werden ausgewertet.

Die Fragebögen werden ausschließlich im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln geöffnet und ausgewertet. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter **streng vertraulich** behandelt. Es wird Ihnen zugesichert, dass niemand aus der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung Einsicht in einzelne Fragebögen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung werden **anonymisiert** zusammengefasst. Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung werden **nicht möglich** sein. Die Ergebnisse werden in einem Abschlussbericht veröffentlicht und Ihnen zugänglich gemacht.

Für Rückfragen bezüglich des Projektes stehen Ihnen die folgenden Personen zur Verfügung:

Michael Isfort (Dipl.-Pflegewissenschaftler) Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung Hülchrather Straße 15 · 50670 Köln Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30 Fax: 0221 / 4 68 61 - 39 E-Mail: m.isfort@dip.de Internet: http://www.dip.de	Damaris Nießen (*Dipl.-Sozialarbeiterin*) / Christian Schrödter (*Dipl.-Gerontologe*) *Projektkoordinatoren* Caritasverband für die Region Kempen-Viersen Bereich Alter und Pflege Schützenstr. 13 · 41748 Viersen Tel.: 02162 / 93 893 - 37 E-Mail: c.schroedter@caritas-viersen.de d.niessen@caritas-viersen.de Internet: www.caritas-viersen.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

1 Stammdaten

1.1 In welcher Einrichtung sind Sie tätig?

Irmgardisstift Süchteln…….... ☐ Caritaspflegestation Kempen…..... ☐

St. Michael Schwalmtal-Waldniel..... ☐ Caritaspflegestation Nettetal…..... ☐

Caritaspflegestation Viersen..... ☐ Caritaspflegestation Schwalmtal..... ☐

Caritaspflegestation Willich..... ☐ Caritaspflegestation Tönisvorst…..... ☐

1.2 In welchem Bereich arbeiten Sie überwiegend in Ihrer Einrichtung?

Altenpflege/Krankenpflege……..... ☐ Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe..... ☐

Verwaltung……..... ☐ Hauswirtschaftlicher Dienst…….…….... ☐

☐ Andere, und zwar:_____

1.3 Wie lange üben Sie ihre berufliche Tätigkeit schon aus?

bis zu 1 Jahr …… ☐ zwischen >1 - 2 Jahre……..…... ☐

zwischen > 2 - 5 Jahren …….. ☐ zwischen > 5 -10 Jahren……..... ☐

zwischen > 10 -15 Jahre……. ☐ über 15 Jahre……..…... ☐

---

2 Einschätzung zur Betreuungslage und –notwendigkeit

2.1 Haben Sie in Ihrer Einrichtung persönlichen Kontakt zu Sterbenden/Schwersterkrankten?

Ja… ☐ Nein… ☐ Manchmal… ☐

2.2 Wie viele Patienten oder Bewohner, die von Ihnen betreut und gepflegt wurden, sind im Jahr 2006 verstorben? (ggf. Schätzung)

Kein Patient/Bewohner…..…. ☐ 5 – 10 Patienten/Bewohner… ☐ 21 -35 Patienten/Bewohner…. ☐

1 – 4 Patienten/Bewohner….. ☐ 11 – 20 Patienten/Bewohner… ☐ > 36 Patienten/Bewohner…… ☐

Kann ich nicht sagen……... ☐

2.3 Wie viele der angegebenen verstorbenen Patienten oder Bewohner sind in ein Krankenhaus eingeliefert worden und dort verstorben? (ggf. Schätzung)

Kein Patient/Bewohner……... ☐ 5 – 10 Patienten/Bewohner… ☐ 21 -35 Patienten/Bewohner…. ☐

1 – 4 Patienten/Bewohner….. ☐ 11 – 20 Patienten/Bewohner… ☐ > 36 Patienten/Bewohner…… ☐

Kann ich nicht sagen……... ☐

2.4 Schätzen Sie bitte die folgenden Fragen Ihrer Meinung nach ein.

In welcher der angegebenen Versorgungsumgebungen wird Ihrer Meinung nach für einen Patienten/Bewohner, der im Sterben liegt, insgesamt **die beste**…	häusliche Umgebung	Krankenhaus	stationäre Altenhilfeeinrichtung	stationäre Hospizeinrichtung	keine Angabe
… Schmerztherapie gewährleistet	☐	☐	☐	☐	☐
… pflegerische Versorgung gewährleistet	☐	☐	☐	☐	☐
… Begleitung des Patienten/Bewohners durch die Seelsorge gewährleistet	☐	☐	☐	☐	☐
… Begleitung für die Angehörigen gewährleistet	☐	☐	☐	☐	☐
… psychische Betreuung für den Patienten/Bewohner gewährleistet	☐	☐	☐	☐	☐
… Abschiedskultur gewährleistet	☐	☐	☐	☐	☐

2.5 Beurteilen Sie bitte die nachfolgenden Aussagen zu den genannten *Entwicklungen* in den letzten beiden Jahren.

In den letzten beiden Jahren ist in meiner Einrichtung…	gesunken	gleich geblieben	gestiegen	keine Angabe
…die Zahl der betreuten Sterbenden/Schwersterkrankten	☐	☐	☐	☐
…die Möglichkeit, sich Patienten/Bewohnern in der Sterbephase zu widmen	☐	☐	☐	☐
…die Zahl zu betreuender Sterbender anderer Religionen	☐	☐	☐	☐
…der Wunsch der Patienten/Bewohner nach seelsorgerischer Betreuung	☐	☐	☐	☐
…die Möglichkeit, sich Angehörigen im Rahmen einer Begleitung zu widmen	☐	☐	☐	☐
…der Wunsch der Angehörigen nach seelsorgerischer Betreuung/Begleitung	☐	☐	☐	☐
…der Wunsch von Angehörigen nach pflegerischer Versorgung des Sterbenden	☐	☐	☐	☐
…der Wunsch Angehöriger in der Einrichtung bei dem Sterbenden bleiben zu können	☐	☐	☐	☐
…die Zahl der Angehörigen, die sich um Ihren sterbenden Angehörigen kümmern	☐	☐	☐	☐
…die Zahl der Patienten/Bewohner, die ihr eigenes Sterben nicht bewusst erleben	☐	☐	☐	☐
…die Zahl der Patienten/Bewohner, die unvorhersehbar und plötzlich versterben	☐	☐	☐	☐
…die Zahl der Patienten/Bewohner, die eine Patientenverfügung besitzen	☐	☐	☐	☐
…die Zahl der Patienten/Bewohner, die das Thema „Sterben“ ansprechen	☐	☐	☐	☐
…die Zahl der Angehörigen, die das Thema „Sterben“ ansprechen	☐	☐	☐	☐
…mein Wunsch, mich vermehrt um eine Begleitung Sterbender zu bemühen	☐	☐	☐	☐
…meine Möglichkeit, bei der Aufgabe unterstützt und begleitet zu werden	☐	☐	☐	☐

2.6 Schätzen Sie bitte die folgenden Fragen Ihrer Erfahrung nach ein.

Für einen Patienten/Bewohner in der Sterbephase ist vor allem wichtig,…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…dass er keine Schmerzen hat…….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass eine kontinuierliche Beziehung zur gleichen Pflegeperson besteht…..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass er nicht alleine ist……..…..……..……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…in seinem eigenen Zimmer bleiben zu können……..…..……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass das Maß an körperlicher Pflege auf ein Minimum reduziert wird..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass seine Angehörigen kontinuierlich bei ihm bleiben können……..……..…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass andere Bewohner über seinen Tod informiert werden…….....……....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass offen und ehrlich mit ihm umgegangen wird…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sie eine Segnung/Salbung erhalten……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…entsprechend seiner religiösen Ausrichtung begleitet zu werden……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…alleine in einem Zimmer liegen zu können……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…Konflikte mit Angehörigen bereinigt zu haben……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass Musik oder Kerzen (etc.) eine beruhigende Atmosphäre erzeugen…..	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.7 Bitte ordnen Sie die folgenden Themen in der Rangfolge nach Ihrer Bedeutsamkeit für Ihre Einrichtung von 1 bis 6 ein. (1 = das wichtigste Thema / 6 = das unwichtigste Thema)

Das derzeit wichtigste Thema ist für meine Einrichtung…. (Bitte nur ein Kreuz pro Rang!)	1. Rang	2. Rang	3. Rang	4. Rang	5. Rang	6. Rang
…die Umsetzung der pflegerischen Expertenstandards……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Gestaltung von Freizeitangeboten für die Patienten/Bewohner..……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Verbesserung der Versorgung für demenziell veränderte Patienten/Bewohner..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Unterstützung von Angehörigen bei der Realisierung von Erholungszeiten von der Pflege……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Verbesserung der Situation der Sterbebegleitung……	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.8 Bitte schätzen Sie die derzeitige Situation der Sterbebegleitung in Ihrer Einrichtung ein:

In unserer Einrichtung…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…gibt es geeignete Räumlichkeiten, um Abschied zu nehmen…….……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…ärgere ich mich manchmal über Kollegen, weil diese nicht angemessen mit einem sterbenden Patienten/Bewohner umgehen……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…ist jeder im Team bemüht, die Pflege den Bedürfnissen Sterbender anzupassen……....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…haben wir ausreichend Zeit für die Betreuung Sterbender und Ihrer Angehörigen……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…haben wir eine gute Zusammenarbeit mit Seelsorgern……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…haben wir ausreichend qualifiziertes Personal für die Betreuung Sterbender und Ihrer Angehörigen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…gibt es einen geeigneten Rahmen zum Austausch über das Thema…..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…haben wir eine gute Zusammenarbeit mit Hausärzten/Schmerztherapeuten bezogen auf die medizinische Versorgung Sterbender……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…besteht die Möglichkeit, Auszubildende behutsam an das Thema Sterbebegleitung heranzuführen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…haben wir eine gute Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…werden die Angehörigen individuell und einfühlsam begleitet……..….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sind es immer die selben Personen, die sich um die Betreuung und Begleitung Sterbender kümmern…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wird dem Mitarbeiter ermöglicht, sich der Begleitung Sterbender zu widmen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wird dem Mitarbeiter ermöglicht, sich der Betreuung Angehöriger zu widmen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3 Einschätzung zum Unterstützungsbedarf der Mitarbeiter

3.1 Wie sicher schätzen Sie sich selbst bezogen auf die folgenden Punkte ein?

Ich fühle mich bezogen auf….	sicher	eher sicher	teils, teils	eher unsicher	unsicher	keine Angabe
…den Wissensstand über das Thema Palliativpflege..…….…..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Sterbende und/oder unheilbar Erkrankte zu pflegen…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Angehörige zu begleiten……..…..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…den Umgang mit Sterbenden und/oder unheilbar Erkrankten……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Sterbende spirituell zu begleiten……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Sterbende anderer Kulturen zu begleiten……..….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…den Wissensstand bezüglich des Umgangs mit Sterbenden nicht christlicher Religionen……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2 Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich Ihrer persönlichen Verarbeitung ein.

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Sobald ich die Einrichtung oder den Haushalt verlassen habe, kann ich mich auf etwas Neues konzentrieren……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft Zweifel, ob ich wohl die richtigen Worte gefunden habe……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde/Familie, mit denen ich über das reden kann, **was in mir vorgeht**, wenn ich einen Sterbenden begleite……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich übernehme gern die Begleitung/Betreuung Sterbender……..……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es deprimiert mich, wenn ich sehe, wie Menschen sterben……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es deprimiert mich, wenn ich sehe, wie Angehörige leiden……..……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich mit der Begleitung Sterbender überfordert……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oft möchte ich Angehörigen sagen, wie sie sich verhalten sollen……..…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein christlicher Glaube stärkt mich im Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4 Einschätzung zum institutionellen Rahmen

4.1 Wie bewerten Sie folgende Aussagen und den Umsetzungsgrad in Ihrer Einrichtung?

Ich würde mir für unsere Einrichtung wünschen…	wird umgesetzt	wünschenswert: ja	wünschenswert: nein	wünschenswert: vielleicht
… dass Broschüren bezogen auf Fragen der Trauerbegleitung vorhanden sind …..	☐	☐	☐	☐
… dass Mitarbeiter eine spezielle Weiterbildung zu dem Thema besuchen…….....	☐	☐	☐	☐
… dass eine „Landkarte“ mit Anbietern von örtlichen Begleitdiensten erstellt wird…	☐	☐	☐	☐
… dass ich *mich selbst* stärker in dem Bereich engagieren kann……	☐	☐	☐	☐
… dass wir spezielle Abläufe beschreiben, wie wir mit *Sterbenden* und deren Angehörigen umgehen sollen……..	☐	☐	☐	☐
… dass wir Lebensbäume / Gedenkbücher mit Bildern von verstorbenen Patienten/Bewohnern erstellen……...	☐	☐	☐	☐
… dass wir für die Sterbebegleitung Arbeitszeit zur Verfügung gestellt bekommen..	☐	☐	☐	☐
… dass wir Abläufe beschreiben, wie wir mit *Verstorbenen* umgehen sollen…..……	☐	☐	☐	☐
… dass ein ausgebildeter Schmerztherapeut zur Unterstützung erreichbar ist…..…	☐	☐	☐	☐
… dass wir einen ständigen Ansprechpartner in der Seelsorge haben…….....	☐	☐	☐	☐
… dass wir ehrenamtliche Betreuungsinitiativen einbinden, wenn wir uns selbst nicht kümmern können……..……..…….	☐	☐	☐	☐
… dass wir rechtzeitig Wünsche von Patienten/Bewohnern erfassen…….	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mitarbeiterbefragung II

Begleitforschung des Projektes

„Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“

durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

wie Sie wissen, wird in Ihren Einrichtungen im Rahmen eines Projektes der Frage nach einer verbesserten Unterstützung und Begleitung Schwersterkrankter und Sterbender nachgegangen. Das Projekt wird unter Federführung des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V. durchgeführt und von einem unabhängigen Institut, dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., wissenschaftlich begleitet. Ziel ist es, einerseits die Betreuung und Versorgung der Bewohner, Patienten und Angehörigen zu verbessern und andererseits **Sie** dabei zu unterstützen, Ihre Arbeit durchführen zu können.

Im vergangenen Jahr haben wir dazu eine schriftliche Erstbefragung durchgeführt und auch persönliche Gespräche mit Mitarbeitern, Bewohnern, Angehörigen und Patienten haben stattgefunden.

Nun möchten wir von Ihnen wissen, wie **Sie** den jetzigen Stand des Projektes einschätzen, welche Veränderungen für Sie spürbar sind und welche weiteren Aufgaben Sie für das Projekt sehen.

Bitte nehmen Sie sich ca. 25 Minuten Zeit, um den Fragebogen zu bearbeiten. Stecken Sie den möglichst vollständig ausgefüllten Fragebogen in den vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen fest. Die verschlossenen Umschläge werden von der jeweiligen Leitung/Wohnbereichsleitung im vorbereiteten großen Sammelumschlag zusammengeführt und verschlossen. Die versiegelten Sammelumschläge werden die Projektkoordinatoren vom RCV abholen und verschlossen an das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung senden. Alle Fragebögen, die bis zum 21.05.2008 eingehen, werden ausgewertet.

Die Fragebögen werden ausschließlich im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln geöffnet und ausgewertet. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter **streng vertraulich** behandelt. Es wird Ihnen zugesichert, dass niemand aus der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung Einsicht in einzelne Fragebögen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung werden **anonymisiert** zusammengefasst. Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung werden **nicht möglich** sein. Die Ergebnisse werden in einem Abschlussbericht veröffentlicht und Ihnen zugänglich gemacht.

Für Rückfragen bezüglich des Projektes stehen Ihnen die folgenden Personen zur Verfügung:

Michael Isfort
(Dipl.-Pflegewissenschaftler)
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
Hülchrather Straße 15 · 50670 Köln
Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30
Fax: 0221 / 4 68 61 - 39
E-Mail: m.isfort@dip.de
Internet: http://www.dip.de

Damaris Nießen (*Dipl.-Sozialarbeiterin*) /
Christian Schrödter (*Dipl.-Gerontologe*)
Projektkoordinatoren
Caritasverband
für die Region Kempen-Viersen e.V.
Bereich Alter und Pflege
Schützenstr. 13 · 41748 Viersen
Tel.: 02162 / 93 893 - 37
E-Mail: c.schroedter@caritas-viersen.de
d.niessen@caritas-viersen.de
Internet: www.caritas-viersen.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

© 2008 dip Mitarbeiterbefragung II Projekt „Würdige Sterbebegleitung“

1. In welcher Einrichtung sind Sie tätig?

Irmgardisstift Süchteln…….....	☐	Caritas-Pflegestation Kempen….....	☐
St. Michael Schwalmtal-Waldniel.....	☐	Caritas-Pflegestation Nettetal….....	☐
Caritas-Pflegestation Viersen.....	☐	Caritas-Pflegestation Schwalmtal.....	☐
Caritas-Pflegestation Willich.....	☐	Caritas-Pflegestation Tönisvorst….....	☐

2. Ich habe bereits an der ersten Mitarbeiterbefragung des Projektes im Jahr 2007

teilgenommen ☐ nicht teilgenommen ☐ (weiß ich nicht mehr) ☐

3. In welchem Bereich arbeiten Sie überwiegend in Ihrer Einrichtung?

Altenpflege/Krankenpflege…….....	☐	Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe.....	☐
Hauswirtschaftlicher Dienst…….....	☐	Keine Angabe.....…….....	☐

☐ Andere, und zwar:_____

4. Beurteilen Sie bitte die nachfolgenden Aussagen zu **Ihren persönlichen** Veränderungen seit dem Projektbeginn.

Seit dem Beginn des Projektes…	gesunken	gleich geblieben	gestiegen	Keine Angabe
…ist meine persönliche Möglichkeit, mich mit dem Thema Sterben und Sterbebegleitung in der Einrichtung zu beschäftigen……..……...	☐	☐	☐	☐
…ist mein Wunsch, mich persönlich mit dem Thema auseinander zu setzen……..……	☐	☐	☐	☐
…ist meine Angst, mit **Kollegen** über das Thema zu sprechen……..……	☐	☐	☐	☐
…ist meine Angst, mit **Angehörigen** über das Thema zu sprechen……..…….….	☐	☐	☐	☐
…ist meine Angst, mit **Bewohnern/Patienten** über das Thema zu sprechen…….	☐	☐	☐	☐
…ist meine Sicherheit im pflegerischen Umgang mit sterbenden Bewohnern/Patienten	☐	☐	☐	☐
…ist die **Häufigkeit** meiner Gespräche mit Angehörigen über das Thema……..…	☐	☐	☐	☐
…ist meine **Möglichkeit**, Angehörigen ein hilfreiches Angebot zu machen…….....	☐	☐	☐	☐
…ist meine **Möglichkeit**, einen sterbenden Bewohner/Patienten **zu betreuen**…..….	☐	☐	☐	☐
…ist meine **Sicherheit** in der Begleitung von sterbenden Bewohnern/Patienten…….....	☐	☐	☐	☐
...fühle ich mich durch meine Einrichtung in meiner Betreuungsarbeit von schwersterkrankten und sterbenden Menschen besser unterstützt.....	☐	☐	☐	☐
…ist meine Möglichkeit, Kollegen gezielt um Hilfestellungen oder Tipps zu bitten.....	☐	☐	☐	☐
...ist mein Interesse, mir zusätzliches Fachwissen über das Thema Sterben und Sterbebegleitung anzueignen.....	☐	☐	☐	☐
…pflegen wir im Team einen für mich besseren Umgang bei der Trauer um einen Patienten/Bewohner .....……..……....	☐	☐	☐	☐
…pflegen wir im Team einen für mich besseren Umgang mit Absprachen bezüglich der Betreuung von sterbenden Bewohnern/Patienten.....….....	☐	☐	☐	☐

© 2008 dip Mitarbeiterbefragung II Projekt „Würdige Sterbebegleitung“

5. Schätzen Sie bitte die folgenden Entwicklungen hinsichtlich der bisherigen Wirkung des Projektes aus Ihrer Beobachtung ein.

Ich habe seit dem Projektbeginn **beobachtet**,…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
...dass feste Ansprechpartner (Koordinatoren) in meiner Einrichtung zugegen sind.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass Patientenverfügungen früher thematisiert werden…..……..….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sich Arbeitsgruppen zur Erstellung von Konzepten treffen….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sich bislang nichts verändert hat……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sich das Fortbildungsangebot hinsichtlich der Themen der Sterbebegleitung erweitert hat…….…….….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass Verabschiedungsrituale eingeführt wurden……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass begleitende Maßnahmen (z.B. Fotoprojekte zum Thema) stattgefunden haben.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sich die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Aufgabe der Begleitung und Betreuung in meiner Einrichtung verbessert haben.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass sich die Unterstützung durch den Träger verbessert hat.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass sich die Kontakthäufigkeit mit der Hospizinitiative erhöht hat.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass sich gemeinsame Absprachen (z.B. bzgl. Krankenhauseinweisung oder Therapiebeendigung) mit Ärzten in der Betreuung leichter erreichen lassen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass sich die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten hinsichtlich der Schmerzbehandlung verbessert hat.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass ich auch mal von nicht Beteiligten (anderen Patienten/ Angehörigen/ Nachbarn etc.) auf das Projekt angesprochen wurde.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass die Bereitschaft meiner Kollegen, sich für eine Sterbebegleitung einzusetzen, gestiegen ist.....…	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Bitte ordnen Sie die folgenden Bedingungen Ihrer Einschätzung nach in der Rangfolge in der Wichtigkeit von 1 bis 6 ein. **(1 = das wichtigste Thema / 6 = das unwichtigste Thema)**

Um kontinuierlich die Versorgung von Bewohnern/Patienten und Angehörigen zu verbessern…. **(Bitte nur ein Kreuz pro <u>Rang</u>!)**	1. Rang	2. Rang	3. Rang	4. Rang	5. Rang	6. Rang
…benötigen wir mehr Zeit / mehr Personalkapazität für eine Betreuung…..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…benötigen wir eine klare Finanzierungsgrundlage für die erbrachten Leistungen..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…benötigen wir einen festen Ansprechpartner bei der Hospizinitiative.....…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…benötigen wir einen Schmerztherapeuten, der für die Einrichtung zur Verfügung steht…….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…benötigen wir einen höheren Anteil an fachweitergebildeten Pflegenden mit Palliative-Care-Kenntnissen……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…benötige ich gezielte Fortbildungen……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© 2008 dip Mitarbeiterbefragung II Projekt „Würdige Sterbebegleitung“

7. Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen hinsichtlich **anstehender Aufgaben** im Projekt aus Ihrer Sicht ein:

Bitte schätzen Sie ein:	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Meiner Meinung nach benötigen wir regelmäßige geleitete Möglichkeiten des Austausches über das Thema (Supervision / Balint-Gruppen).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meiner Meinung nach benötigen wir einen einrichtungsübergreifenden (mit Kollegen aus anderen Einrichtungen) Austausch auf der Basis von kollegialen Gesprächen (Gesprächscafé).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Gesprächsmöglichkeit mit anderen würde ich auch in meiner Freizeit in Anspruch nehmen, wenn der Träger die Räumlichkeiten organisiert.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ein ambulanter palliativpflegerischer Dienst stellt eine gute Ergänzung zu der bisherigen Versorgungsmöglichkeit dar.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich einen Ansprechpartner in der Hospizinitiative hätte, würde ich ihn je nach Wunsch der Bewohner/Patienten und Angehörigen in die Begleitung mit einbeziehen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wünsche mir einen Ansprechpartner und Hilfestellung für kritische ethische Fälle (z.B. bei Patientenverfügungen / Anlegen einer PEG Sonde)...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden erprobte Vorgehensweisen und Vorschläge von Pflegemethoden aus der Palliativpflege benötigt (z.B. Leitlinien), die Sicherheit im Umgang mit Patienten/Bewohnern geben.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir benötigen klare Ablaufpläne über zu kontaktierende Personen und Informationsweitergabe bei unvorhergesehen Ereignissen (z.B. notwendige Änderung der Touren- oder Dienstplanung).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Wie sicher schätzen Sie sich selbst bezogen auf die folgenden Punkte ein?

Ich fühle mich bezogen auf….	sicher	eher sicher	teils, teils	eher unsicher	unsicher	keine Angabe
…den Wissensstand über das Thema Palliativpflege..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Sterbende und/oder unheilbar Erkrankte zu pflegen…….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Angehörige zu begleiten……..….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…den Umgang mit Sterbenden und/oder unheilbar Erkrankten……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Sterbende spirituell zu begleiten…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…die Fähigkeit, Sterbende anderer Kulturen zu begleiten……..….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…den Wissensstand bezüglich des Umgangs mit Sterbenden nicht christlicher Religionen……..…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© 2008 dip Mitarbeiterbefragung II Projekt „Würdige Sterbebegleitung“

9. Fragen zum Informationsfluss

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen zu Informationsmaterialien und zum Informationsfluss innerhalb des Projektes	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Der Projektordner stellt eine konkrete Arbeitshilfe für mich dar.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Projektordner wurde regelmäßig aktualisiert.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde über Aushänge oder Hauszeitung regelmäßig über das Projekt informiert.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Leitlinienentwurf zur würdigen Sterbebegleitung ist mir bekannt.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich mittels des Projektordners über Ergebnisse und den Fortgang des Projektes informiert.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Projektkoordinatoren sind für mich gut erreichbar, wenn ich ein Anliegen habe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, was in den anderen beteiligten Einrichtungen im Projekt bislang erarbeitet wurde.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es haben Präsentationen zu den bisherigen Projektzwischenständen in den Einrichtungen stattgefunden.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe über das Projekt in regionalen Zeitungen gelesen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es lohnt sich auch für andere Einrichtungen über das Projekt informiert zu werden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An einer gemeinsamen Präsentation der Ergebnisse zum Projektstand nach Auswertung dieser Befragung würde ich teilnehmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Bitte bewerten Sie die folgenden Punkte aus Ihrer Sicht mit „Schulnoten“

	Sehr gut	Gut	Befriedi-gend	Ausrei-chend	Mangel-haft	Unge-nügend
Das Gesamtprojekt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Begleitung innerhalb des Projektes durch die Projektkoordinatoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die bislang erzielten Arbeitsergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Informationsvermittlung zum Projektstand	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Informationsvermittlung zu den Arbeitsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

© 2008 dip Mitarbeiterbefragung II Projekt „Würdige Sterbebegleitung“

Angehörigenbefragung

Begleitforschung des Projektes

„Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“

durch das

Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie Sie vielleicht wissen, wird in den Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V. der Frage nach den Möglichkeiten einer verbesserten Unterstützung und Begleitung Schwersterkrankter und Sterbender nachgegangen. Die Bemühungen unserer Arbeit werden von einem unabhängigen Forschungsinstitut, dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., wissenschaftlich begleitet.

Um alle Perspektiven mit einzubinden, möchten wir Ihre Meinung als Besucher, Gast und Angehöriger erfragen. Weil dies ein sehr sensibles Thema ist, bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit. **Die Fragen beziehen sich auf das Thema allgemein** und stehen in keinem Zusammenhang mit der derzeitigen gesundheitlichen Situation Ihres Angehörigen!

Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen fest. Die verschlossenen und gesiegelten Umschläge geben Sie bitte in der Verwaltung der Einrichtung ab. Diese werden die verschlossenen Briefe an das Institut weiterleiten. Alle Fragebögen, die bis zum 04.05.2007 eingehen, werden ausgewertet.

Die Fragebögen werden **ausschließlich** im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln geöffnet und ausgewertet. **Das sichern wir Ihnen zu.** Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt. Es wird Ihnen zugesichert, dass niemand aus der Mitarbeiterschaft, der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung Einsicht in Ihre Fragebögen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung werden **anonymisiert** zusammengefasst. **Rückschlüsse auf Sie oder Ihre Angehörige werden nicht möglich sein.**

Bitte nehmen Sie sich ca. 15 Minuten Zeit, um den Fragebogen zu bearbeiten.

Michael Isfort
Dipl. Pflegewissenschaftler
Stellvertretender Geschäftsführer
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15 / 50670 Köln

**Vielen Dank
für Ihre Mitarbeit!**

1 Stammdaten

1.1 Sie sind…

weiblich… ☐ männlich... ☐

1.2 Sie sind…

unter 40 Jahre alt…… ☐

41 - 65 Jahre alt……..... ☐

66 Jahre und älter……..…… ☐

1.3 In welcher Beziehung stehen Sie zu dem/r Bewohner/in?

Ehefrau/Ehemann..……..…… ☐

Tochter/Sohn……..….. ☐

Enkelin/Enkel……. ☐

Mutter/Vater……..……...…..……. ☐

Schwester/Bruder …..…..…..... ☐

Betreuerin/Betreuer ….…..... ☐

Bekannte/Bekannter…...…..... ☐

Nachbarin/Nachbar...……..... ☐

1.4 In welchem Altenheim wohnt Ihr/e Angehörige/r?

Irmgardisstift Süchteln……..... ☐

St. Michael Schwalmtal-Waldniel… ☐

1.5 Wie lange wohnt Ihr/e Angehörige/r schon in der Einrichtung?

bis zu 1 Jahr……..…… ☐

über 1 bis 2 Jahre……..……. ☐

über 2 bis 5 Jahre……...…… ☐

über 5 bis 7 Jahre……...……..…... ☐

über 7 bis 10 Jahre…….. ☐

über 10 Jahre……...…… ☐

1.6 Sind Sie regelmäßig in die Betreuung des Bewohners eingebunden?

Ja……..…… ☐

Nein……... ☐

1.7 Wie häufig sehen Sie ihren Angehörigen in der Einrichtung?

Mehrmals täglich……..…… ☐

Einmal täglich..……..… ☐

Mehrmals die Woche ……...….. ☐

Einmal die Woche ……....…... ☐

Einmal im Monat ……..... ☐

Mehrmals im Monat ……..... ☐

Seltener als einmal im Monat..…... ☐

Seltener als einmal im Jahr…...…. ☐

2 Einschätzung zur Situation

2.1 Haben Sie in der Vergangenheit das Sterben eines Familienangehörigen oder eines engen Freundes miterlebt? (Mehrfachnennungen möglich)

Ja…….…… ☐ Nein…….. ☐ Häufiger…….. ☐

Im Krankenhaus….. ☐ Im Hospiz…….. ☐
Zu Hause……..… ☐ Im Altenheim…….. ☐

2.2 Haben Sie das Thema „Lebensende“ in Ihrer eigenen Familie diskutiert?

In meiner Familie zuhause…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…wurde das Lebensende nicht groß thematisiert…..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wurden Wünsche, wie man sich das eigene Lebensende vorstellt, offen ausgesprochen…..……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wurden Wünsche, wie man sich eine eigene Beerdigung vorstellt, offen angesprochen……..……..…...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…wurden Wünsche, wie man sich die eigene Verabschiedung vorstellt, offen angesprochen…..……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.3 Haben Sie den Wunsch, dass mit Ihnen oder Ihrem Angehörigen über das Thema „Sterben“ und/oder Sterbebegleitung gesprochen wird?

Ja, mit mir ……..…. ☐ Ja, mit uns beiden……..…... ☐
Ja, mit meinem Angehörigen …… ☐ Nein, das möchte ich nicht....…. ☐

2.4 Haben Pflegekräfte mit Ihnen oder Ihrem Angehörigen schon über das Thema „Sterben“ und/oder Sterbebegleitung gesprochen?

Ja, mit mir ……..…. ☐ Ja, mit uns beiden……..……. ☐
Ja, mit meinem Angehörigen …… ☐ Nein, das möchte ich nicht..... ☐

2.5 Haben Sie persönlich mit Ihrem Angehörigen schon über das Thema „Sterben“ und/oder Sterbebegleitung gesprochen?

Ja, habe ich ……..…. ☐ Nein, habe ich nicht……..……. ☐

2.6 Sollte in einem Altenheim von allen Mitarbeitern offen über das Thema gesprochen werden? (Mehrfachnennungen möglich)

Ja, das vermittelt Sicherheit im Umgang mit dem Thema……	☐	**Nein**, dafür ist das Thema zu persönlich……...……	☐
Ja, das erwarte ich von Menschen, die die Betreuung beruflich ausüben……...	☐	**Nein**, das macht mir und meinem Angehörigen Angst..…..	☐
Ja, das erwarte ich von einer kirchlich getragenen Einrichtung……...…	☐	**Nein**, das sollte Aufgabe der professionellen Seelsorge sein...	☐

3 Einschätzung zur Einrichtung

3.1 Was ist Ihnen in Bezug auf die Möglichkeiten dieser Einrichtung wichtig?

In dieser Einrichtung…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…möchte ich die Möglichkeit haben, meinen Angehörigen selbst auf seinem letzten Lebensweg zu begleiten……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte es für Angehörige eine Möglichkeit der Verpflegung innerhalb der Einrichtung geben……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte für Angehörige die Möglichkeit der Übernachtung in der Nähe des Bewohners bestehen……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte auch nach dem Versterben von Bewohnern der Kontakt zu Angehörigen gehalten werden……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte den Bewohnern ein Seelsorger für Einzelgespräche zur Verfügung stehen……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte nach dem Ableben eine Verabschiedungsfeier am Totenbett gestaltet werden..……...……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte es seelsorgerische Betreuung auch für die Angehörigen der Sterbenden geben……..……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte es Beratungsangebote zum Thema Sterbebegleitung geben……..……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollten Ehrenamtliche auch in die Begleitung Sterbender einbezogen werden……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte eine Trauerbegleitung vermittelt werden..…….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…sollte die Möglichkeit bestehen, über Patienten-verfügung / Vorsorgevollmacht beraten zu werden……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2 Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein.

In dieser Einrichtung…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…wüsste ich, an wen ich mich im Falle einer Sterbebegleitung wenden würde…….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…fühle ich mich als Angehöriger bereits jetzt einfühlsam begleitet……..……..……..……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…erlebe ich ehrenamtliche Mitarbeiter als wertvolle Unterstützer……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…werde ich als Gast/Angehöriger/Besucher mit meinen Hilfeleistungen gesehen und wertgeschätzt..…...……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…würden sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für meinen Angehörigen in der Sterbephase nehmen…...…	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Einschätzung zur Begleitung eines Sterbenden

4.1 Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein.

Für eine/n Bewohner/in in der Sterbephase ist vor allem wichtig,…	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…dass sie/er keine Schmerzen hat…….....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass eine kontinuierliche Beziehung zur gleichen Pflegeperson besteht……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sie/er nicht alleine ist…….……....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…in ihrem/seinem eigenen Zimmer bleiben zu können……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass ihre/seine Angehörigen kontinuierlich bei ihr/ihm bleiben können……..……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass andere Bewohner/innen über die Veränderungen ihres/seines Gesundheitszustandes informiert werden…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass offen und ehrlich mit ihr/ihm umgegangen wird……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…dass sie/er eine Segnung/Salbung erhält…...……	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2 Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich Ihres persönlichen **Begleitungsbedarfs** ein.

Wenn ich meinen Angehörigen in seiner letzten Lebensphase begleiten würde, …	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
…würde ich mich in der Lage fühlen, die Betreuung überwiegend alleine zu übernehmen……...……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…bräuchte ich den Rat von fachkundigem Personal…...…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…würde ich möglichst viel Zeit alleine mit meinem Angehörigen verbringen wollen..……..……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…würde ich eine Überforderung erkennen und Hilfe suchen……...….	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…würde ich auf jeden Fall geistlichen Beistand einfordern……..…..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…würde ich mir Pflegepersonal wünschen, bei dem ich meine Gefühle offen ausdrücken kann……..……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…möchte ich die Möglichkeit haben, mit dem Pflege-personal über meinen Angehörigen zu reden……..…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…möchte ich, dass ich in die Pflege meines sterbenden Angehörigen einbezogen werde……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…möchte ich, dass mir das Pflegepersonal die Betreuung meines Angehörigen abnimmt ……...……...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…möchte ich, dass ich auch ab und zu von meinen Gedanken an meinen Angehörigen abgelenkt werde ….	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Michael Isfort (Dipl.-Pflegewissenschaftler)
Kai Uwe Steger (Dipl.-Pflegewissenschaftler)
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30
Fax: 0221 / 4 68 61 - 39
E-Mail: dip@dip.de
Internet: http://www.dip.de

Damaris Nießen (*Dipl.-Sozialarbeiterin*)
Christian Schrödter (*Dipl.-Gerontologe*)
Projektkoordinatoren
Caritasverband
für die Region Kempen-Viersen e.V.
Bereich Alter und Pflege
Schützenstr. 13
41748 Viersen
Tel.: 02162 / 93 893 - 37
E-Mail: d.niessen@caritas-viersen.de
c.schroedter@caritas-viersen.de

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15
50670 Köln
0221 / 4686130
http://www.dip.de

Projektleitung:
Dr. Michael Isfort, Dipl.-Pflegewissenschaftler (FH)
Mitarbeit:
Dipl.-Pflegewissenschaftler (FH) Kai Uwe Steger
© 2008 dip e.V., Köln