Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Health: Angewandte Pflegewissenschaften

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Sciences (B.Sc.)

Verbesserung des Zuganges zur Weiterbildung Palliative Care für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen in Erlangen und Erlangen-Höchstadt

Tanja Treibig

Gutachterin: Fr. Prof. Dr. rer. biol. hum. Susanne Schuster

Abgabetermin: 11.01.2022

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass immer mehr ältere Menschen in Pflegeheimen leben und dort auch versterben. Wichtige Akteur_innen bei der Palliativversorgung in Pflegeheimen sind Pflegefachkräfte. Die Qualität der Versorgung von Sterbenden in Pflegeheimen hängt von ihrer Qualifikation ab. Der Zugang zu Weiterbildungsangeboten für Palliativversorgung ist wegen mangelnder Ressourcen erschwert.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Frage zu beantworten, wie Pflegefachkräften in Pflegeheimen in Erlangen und Erlangen-Höchstadt durch Nutzung vorhandener Strukturen und Ressourcen der Zugang zu Qualifikation in Palliativversorgung erleichtert und damit die Versorgungsqualität von Sterbenden in Pflegeheimen verbessert werden kann. Hierzu wurde mithilfe einer SWOT Analyse ein Konzept zur Durchführung von Schulungen entwickelt.

Wesentliche Grundideen des Konzeptes sind die Schulung kostenfrei für die Teilnehmenden und deren Arbeitgeber durchzuführen und sie nach der Schulung in ihren Pflegeheimen durch kollegiale Praxisbegleitung zu unterstützen, das Gelernte umzusetzen. Dazu werden Ressourcen im bereits vorhandenen Netzwerk der Spezialisierten Palliativversorgung in Erlangen und Erlangen-Höchstadt genutzt und eine Stiftung zur Finanzierung gewonnen.

Durch die Kooperation der Spezialisierten Palliativversorgung in regionalen Netzwerken können vorhandene Ressourcen zur Durchführung von Schulungen nutzbar gemacht werden. Dadurch kann der Zugang zu Weiterbildungsangeboten für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen verbessert werden. Gesellschaft und Gesetzgeber müssen intensiver an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Pflegeheimen arbeiten.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis III

1 Einleitung 1

2 Problembeschreibung und Forschungsfrage 2

3 Ziel und Methode zur Zielerreichung 3

4 Begriffsklärungen und Ist-Situation 4

4.1 Allgemeine Palliativversorgung 5

4.2 Spezialisierte Palliativversorgung 5

4.3 Ausbau durch Fort- und Weiterbildung 5

4.4 Besondere Charakteristika in der Palliativversorgung 6

4.5 Aktueller Forschungsstand 7

4.5.1 Wunsch und Realität 7

4.5.2 Ansätze der Palliativversorgung in Pflegeheimen 8

4.5.3 Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften 10

5 Konzeptentwicklung mithilfe einer SWOT Analyse 10

5.1 Informationssammlung 11

5.1.1 Ergebnisse aus der orientierenden Literaturrecherche 11

5.1.2 Orientierende Befragung von Pflegefachkräften in Pflegeheimen 11

5.1.3 Vorhandene Strukturen und Ressourcen 13

5.2 SWOT Matrix 15

5.3 Strategieentwicklung mit Hilfe der SWOT Analyse 16

6 Handlungsweg 18

6.1 Vorbereitungsphase 18

6.2 Erarbeitungsphase 21

6.3 Umsetzungsphase 23

7 Evaluation und Abschluss 26
7.1 Evaluation der durchgeführten Schulung 26
7.2 Evaluation der kurzfristigen Ziele 27
7.3 Evaluation der mittelfristigen Ziele 27
7.4 Evaluation der langfristigen Ziele 27
8 Finanzierung 27
9 Schlussbetrachtungen 30
Literaturverzeichnis IV
Anhang 1 VII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SWOT Matrix 15

Tabelle 2: Qualifikationen und Aufgaben in der Projektgruppe 20

Tabelle 3: Exemplarischer Stundenplan 24

Tabelle 4: Berechnung Arbeitgeberbruttokosten 28

Tabelle 5: Berechnung Nettoarbeitszeit 28

Tabelle 6: Berechnung Arbeitgeberkosten pro Stunde 29

Tabelle 7: Berechnung Arbeitgeberkosten pro Woche 29

Tabelle 8: Berechnung Sachkosten 29

Tabelle 9: Berechnung Gesamtkosten 30

1 Einleitung

Ein heute in Deutschland geborener Junge hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von 78 Jahren. Neugeborene Mädchen dürfen sogar 83 Lebensjahre im Durchschnitt erwarten (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, S. 12–13).

Nach Erhebungen des Pflegereport aus diesem Jahr steigt die Lebenserwartung und damit auch die Anzahl älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland in den nächsten Jahren weiter. Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, vermehrt auf professionelle Pflege angewiesen zu sein. Ende des Jahres 2019 waren in Deutschland 4 Mio. Menschen pflegebedürftig. 22,1% von ihnen nahmen Pflege, die in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, z.B. Pflegeheimen, erbracht wurde, in Anspruch (vgl. Jacobs et al., 2021, S. 146–234).

Durch die zunehmende Lebenserwartung und dadurch wahrscheinlichere Pflegebedürftigkeit ist also ein Anstieg der Anzahl von Menschen, die in Pflegeheimen betreut und auch am Lebensende begleitet werden, zu erwarten. Bestätigt wird dies, wenn man die Orte des Versterbens in Deutschland betrachtet. Hier nahm die Zahl der Menschen, die in Pflegeheimen starben, am deutlichsten zu (vgl. Dasch et al., 2015, S. 503). Es besteht ein Zusammenhang mit dem, im höheren Alter immer wahrscheinlicheren Vorhandensein von Demenzerkrankungen (vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft, 2020, S. 1). Auch ist bekannt, dass etwa 30% der Bewohner_innen in Pflegeheimen innerhalb des ersten Jahres ihres Aufenthaltes versterben (vgl. Kurkowski et al., 2018, S. 912). Pflegeheime wandeln sich also immer mehr zu „Institutionen des Sterbens“ (vgl. Winter, 2008, S. 15).

Diese Entwicklungen haben Auswirkung auf die Versorgung am Lebensende in Pflegeheimen. Insbesondere wenn man berücksichtigt, dass alle gesetzlich Versicherten einen Anspruch auf Hospiz- und Palliativversorgung haben. Dies ist im Hospiz- und Palliativgesetz geregelt (vgl. Bundesgesetzblatt, 2015, S. 2114). Die Begrifflichkeit Hospiz- und Palliativversorgung weist auf zwei Stränge in der historischen Entwicklung des Fachgebietes hin. Die von dem Gedanken der zivilgesellschaftlichen Verantwortung gegenüber sterbenden Menschen getragene Hospizbewegung und die Etablierung von Qualifizierungsangeboten und Versorgungsstrukturen innerhalb der Bereiche der professionellen Medizin und Pflege, eben Palliativversorgung (vgl. Jacobs et al., 2017, S. 166). Im Weiteren wird, aus Gründen der besseren Lesbarkeit, nur noch von Palliativversorgung gesprochen. Damit sind aber ausdrücklich beide Ansätze gemeint.

Findet die palliative Versorgung am Lebensende in Pflegeheimen statt, stellen Pflegefachkräfte relevante Akteur_innen dar. Sie sind in der Lage den Sterbeprozess zu erkennen, entsprechende Anpassungen in der pflegerischen Versorgung vorzunehmen und weitere Beteiligte wie Angehörige, Hausärzte und Hausärzt_innen sowie Sozialarbeiter_innen mit einzubeziehen. Die Qualität der Versorgung von Sterbenden hängt auch von ihrer Qualifikation und Kompetenz ab (vgl. Schneider et al., 2017, S. 16). Nur ein geringer Anteil von Pflegefachkräften in den Pflegeheimen hat jedoch bisher eine Qualifikation in Palliativversorgung erworben (ebenda, S.66).

2 Problembeschreibung und Forschungsfrage

In einer Schweizer Veröffentlichung zur palliativen Versorgung in der Langzeitpflege, die durchaus auf Deutschland übertragbar sein dürfte, werden weitere Probleme von Pflegefachkräften in diesem Bereich auf den Punkt gebracht. Die Tätigkeit in den Pflegeheimen genießt sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb der medizinischen Berufsstände wenig Anerkennung. Hohe körperliche und psychische Belastung, unregelmäßige Arbeitszeiten, geringe Entlohnung und Personalknappheit bei gleichzeitig steigenden Arbeitsbelastungen in den Einrichtungen machen die Tätigkeit herausfordernd (vgl. Schulte, 2016, S. 36).

Auch in Deutschland haben sich die Rahmenbedingungen für die Pflegefachkräfte in Pflegeheimen in den letzten Jahren drastisch verändert. Personalmangel allgemein, Fachkräftemangel sowie steigende Anforderungen im Zusammenhang mit Dokumentation und Erfüllung von Zertifizierungsrichtlinien erschweren die tägliche Arbeit (vgl. Winter, 2008, S. 19).

Hinzu kommen ungeahnte und nie dagewesene Herausforderungen im Rahmen der Corona-Pandemie. Die Schließung der Pflegeheime mit dem Ausrufen eines generellen Besuchsverbotes in der ersten Welle ab März 2020 führte unter anderem auch zum Wegfall von sozialen Angeboten für die Bewohner_innen. Daraus resultierte ein bedeutender Mehraufwand für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen, da diese versuchten fehlende Angehörige und soziale Angebote zu ersetzen. Die beschriebenen Umstände führten unter anderem zu hoher körperlicher und psychischer Belastung, die sich auch in der deutlich erhöhten Zahl der Krankenstände niederschlug (vgl. Jacobs et al., 2021, S. 5–9).

Das größte Problem der Pflegeheime sind also mangelnde Ressourcen. Die palliative Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Bewohner_innen ist allein durch die Pflegegrade und die Beiträge der Bewohner_innen nicht zu finanzieren. Dies führt zu fehlendem Personal und das wiederum zu mangelnder Zeit für Bewohner_innen am Lebensende. Die Problematik wird verschärft durch häufigen Personalwechsel, gering qualifiziertes Personal und zu wenig

Geld und Zeit für Fort- und Weiterbildungsaktivitäten. Diese Umstände wirken sich direkt auf die Zufriedenheit der Pflegefachkräfte aus und damit auch auf die Qualität der Versorgung (vgl. Schneider et al., 2017, S. 10). Im Sinne der Solidarität innerhalb der Berufsgruppe Pflege und des Fachgebietes Palliativversorgung kann man einen Auftrag darin sehen, sich nun gegenseitig zu unterstützen. Dieser Gedanke wird durch folgendes Zitat von Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung, verdeutlicht:

> Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können (…). (Clark, 2002)

In dieser Arbeit soll die Frage bearbeitet werden: Wie gelingt es Pflegefachkräften in Pflegeheimen im Raum Erlangen den Zugang zu Qualifikation in Palliativversorgung mithilfe vorhandener Strukturen und Ressourcen zu verbessern? Im folgenden Kapitel wird dazu ein Ziel formuliert und die Methode zur Zielerreichung beschrieben.

3 Ziel und Methode zur Zielerreichung

Zur Bearbeitung der eben genannten Fragestellung soll ein Konzept entwickelt werden, das Pflegefachkräften in Pflegeheimen den Zugang zu Qualifikation in Palliativversorgung erleichtert. Konkret sollen modellhaft bis Ende des Jahres 2023 20 Pflegefachkräfte aus zehn Erlanger und Erlangen-Höchstadter Pflegeheimen in Palliativversorgung weitergebildet werden. Um das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Palliativversorgung in Pflegeheimen auch an Personen in den Einrichtungen zu adressieren, die Veränderungsprozesse mitgestalten, werden jeweils eine Pflegefachkraft, die als Wohnbereichsleitung tätig ist und eine weitere Pflegefachkraft geschult. Die Schulung soll Wissen und Fertigkeiten bezüglich Palliativversorgung bei den Teilnehmenden erweitert (kurzfristiges Ziel). Sie sollen dadurch in die Lage versetzt werden, qualifizierter auf die Bedürfnisse und Bedarfe von sterbenden Bewohner_innen der Pflegeheime einzugehen. Dies führt zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und Erkennen der Indikationen für den Einbezug der Spezialisierten Palliativversorgung (mittelfristiges Ziel). Sichtbar wird dies durch eine Verringerung von Notarzteinsätzen in den Pflegeheimen und durch die Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Ein vermehrter Einbezug des örtlichen Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und des örtlichen Hospizvereines geben Auskunft über die Einschätzung des spezialisierten Bedarfes.

Die geschulten Pflegefachkräfte haben eine Multiplikatorenfunktion innerhalb ihrer Einrichtung. Die Schulung hat zur Folge, dass die Zufriedenheit der Pflegefachkräfte bezüglich der

Begleitungen am Lebensende steigt und die Pflegefachkräfte ihrem Arbeitgeber treu bleiben (langfristiges Ziel). Hierzu wird es erforderlich sein, weitere Pflegefachkräfte in den Einrichtungen zu schulen und die Schulungen zu verstetigen und fortzuschreiben. Diese Schritte sind jedoch nicht Teil dieser Arbeit (siehe abschließendes Kapitel).

Zur Überprüfung der festgelegten kurzfristigen und mittelfristigen Ziele, werden im Kapitel Evaluation Messgrößen und Evaluationsinstrumente beschrieben und deren Anwendung geplant.

Um das beschriebene Ziel zu erreichen und damit die Forschungsfrage zu beantworten, kommt die Methode der Konzeptentwicklung zum Einsatz. Darunter ist ein Prozess oder ein Verfahren zur Erarbeitung eines Konzeptes zu verstehen. Ein wesentliches Element der Konzeptentwicklung ist, dass die am Prozess Beteiligten über die erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen verfügen oder diese beschaffen können (vgl. Graf & Spengler, 2013, S. 19–20). Zur Einschätzung der Rahmenbedingungen und Machbarkeit erfolgt eine SWOT Analyse. Auf deren Basis wird eine Strategie entwickelt und detaillierte Handlungswege zur Durchführung des Konzeptes abgeleitet. Eine SWOT Analyse ist ein Instrument des strategischen Managements, das interne Stärken und Schwächen externen Umweltbedingungen mit Chancen und Risiken gegenüberstellt. Das Akronym SWOT bezieht sich auf die englischen Begrifflichkeiten Strengths und Weaknesses (Stärken und Schwächen) sowie Opportunities und Threats (Chancen und Risiken) (vgl. Graf & Spengler, 2013, S. 158–161). Zur Vorbereitung der SWOT Analyse wurden die lokalen Bedingungen durch die Recherche und Befragung unterschiedlicher Anbieter_innen der Spezialisierten Palliativversorgung und Pflegeheime ermittelt.

Weiterhin erfolgte eine orientierende Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand. Hierzu wurden die Datenbanken CINAHL, PubMed und Google Scholar genutzt.

Zur Erklärung der besonderen Merkmale in der Palliativversorgung in Pflegeheimen werden im folgenden Kapitel die Definition der WHO und zentrale Begriffe erläutert.

4 Begriffsklärungen und Ist-Situation

Palliativversorgung wendet sich als Fachgebiet an Patient_innen mit unheilbaren und lebensbegrenzenden Erkrankungen. Durch Linderung von belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. Generell herrscht eine lebensbejahende Haltung, in der aber der Tod und das Sterben als natürlicher Prozess angesehen werden. Weder eine Verzögerung noch eine Beschleunigung des Todes sind intendiert. Es ist wünschenswert, dass Patient_innen einen frühzeitigen Zugang zu Palliativversorgung angeboten bekommen, damit eine Beziehung und ein

Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und den Mitarbeitenden der Palliativversorgung entstehen kann (vgl. Sepúlveda et al., 2002, S. 94).

4.1 Allgemeine Palliativversorgung

Der weitaus größte Anteil von Palliativpatient_innen, nämlich ca. 90%, werden durch die Allgemeine Palliativversorgung betreut (vgl. Radbruch et al., 2015, S. 8). Sie werden zu Hause durch ambulante Pflegedienste, auf Allgemeinstationen in Krankenhäusern oder eben in Pflegeheimen versorgt. Dort stehen vor allem Pflegefachkräfte, Altenpflegefachkräfte, Hilfskräfte und Ärzt_innen bereit. In der Mehrzahl der Betreuungen dieser Patient_innen sind die Symptome mit üblichen Maßnahmen gut behandelbar und der pflegerische Versorgungsbedarf hält sich in Grenzen. Unterstützung durch die spezialisierte Palliativversorgung kann im Bedarfsfall hinzugezogen werden. Die Mitarbeiter_innen in Strukturen der Allgemeinen Palliativversorgung sind nur teilweise bezüglich Palliativversorgung fort- und weitergebildet und betreuen nur gelegentlich Palliativpatient_innen (vgl. Radbruch & Payne, 2011a, S. 223).

4.2 Spezialisierte Palliativversorgung

In der Spezialisierten Palliativversorgung hingegen werden Patient_innen betreut, die unter schwer behandelbaren Symptomen leiden, einen hohen pflegerischen Versorgungsbedarf aufweisen und von starken psychosozialen Belastungen betroffen sind. Für diese Patient_innengruppe stehen hochspezialisierte, gut ausgebildete Mitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie und künstlerische Therapien zur Verfügung. Die Behandlung findet auf Palliativstationen, durch Palliativmedizinische Dienste, in stationären Hospizen und in der SAPV statt (vgl. Radbruch & Payne, 2011a, S. 223). Dort werden ausschließlich Palliativpatient_innen betreut. Es wird davon ausgegangen, dass nur etwa 10% der gesamten Palliativpatient_innen dieses Angebot benötigen (vgl. Melching, 2015, S. 8)

4.3 Ausbau durch Fort- und Weiterbildung

Die bedeutende Mehrheit der Palliativpatient_innen wird also durch Strukturen der Allgemeinen Palliativversorgung versorgt. Im bereits erwähnten Hospiz- und Palliativgesetz ist erstmals festgelegt, dass Palliativversorgung einen Bereich der Regelversorgung darstellt. Der Ausbau der Allgemeinen Palliativversorgung findet besondere Berücksichtigung im Gesetz und soll eine bestehende Lücke schließen. Konkret soll die qualifizierte und koordinierte Palliativversorgung flächendeckend etabliert werden. Dazu gehört unter anderem die Qualifizierung der Mitarbeiter_innen in ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen und auf Allgemeinstationen in Krankenhäusern durch Fort- und Weiterbildung (vgl. Bundesgesetzblatt, 2015, S. 2114–2118).

Die European Association for Palliative Care hat zehn interdisziplinäre Kernkompetenzen der Palliativversorgung im Weißbuch zur Lehre in der Palliativversorgung beschrieben. Diese umfassen u.a. die Förderung des Wohlbefindens, Berücksichtigung von physischen, psychischen, sozialen, spirituellen und existentiellen Bedürfnissen, Angehörigenbegleitung, Herausforderungen der klinischen und ethischen Entscheidungsfindung und Fähigkeiten der Kommunikation und beruflichen Reflektion (vgl. Gamondi et al., 2013, S. 140–143). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelt als multiprofessionelle Fachgesellschaft Curricula für die Fort- und Weiterbildung im Fachgebiet, in der die eben beschriebenen Kernkompetenzen als Grundlage dienen. Für die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Palliativversorgung gibt es jeweils eigene Curricula und Ausbildungsmodelle. Sie werden durch eine eigens eingerichtete Zertifizierungsstelle der Fachgesellschaft weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer Qualität überprüft. Zur Durchführung werden von der Fachgesellschaft zertifizierte Kursleiter ausgebildet. Pflegefachkräften stehen das Basismodul 1 und 2 zur Verfügung. Im Basismodul 1 werden in 40 Stunden Grundkenntnisse zur Symptomlinderung, Versorgungsstrukturen, pflegerischen Fertigkeiten, Sterben, Tod und Trauer sowie Kommunikation vermittelt (vgl. Kern et al., 2020, S. 145). Dieses Modul wendet sich explizit an Pflegefachkräfte der Allgemeinen Palliativversorgung. Durch Ergänzung um das Basismodul 2, das in 120 Stunden erworben wird und Kenntnisse in Palliativversorgung erweitert und vertieft, wird die Fachweiterbildung Palliative Care für Pflegefachkräfte (160 Stunden) vervollständigt. Das Basismodul 1 in Kombination mit Basismodul 2 ist für Pflegefachkräfte der Spezialisierten Palliativversorgung konzipiert.

4.4 Besondere Charakteristika in der Palliativversorgung

Das Fachgebiet der Palliativversorgung unterscheidet sich in einigen charakteristischen Wesenszügen von anderen Fachgebieten. Dies kommt deutlich im bereits erwähnten, Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 zum Ausdruck. Schwerstkranke und sterbende Patient_innen sollen überall dort gut versorgt werden, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen. Ob dies nun zu Hause der Fall ist, im Pflegeheim, im Krankenhaus oder im stationären Hospiz. Sie haben einen rechtlichen Anspruch darauf, zu den Möglichkeiten der Versorgung und Begleitung informiert zu werden und ihre letzte Lebensphase selbst mitzugestalten. Auch die Finanzierung der Angebote ist im Gesetz geregelt. So ist zum Beispiel die Versorgung in einem stationären Hospiz inzwischen kostenfrei für die Bewohner. Allgemeine Palliativversorgung findet immer innerhalb anderer Fachgebiete (zum Beispiel Geriatrie oder Onkologie) und Versorgungsstrukturen (zum Beispiel Krankenhaus oder Pflegeheim) statt.

Um ein Ineinandergreifen der Fachgebiete und Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, ist eine gute Vernetzung der Akteur_innen von großer Bedeutung. Deshalb wird durch das

Hospiz- und Palliativgesetz auch die Netzwerkarbeit gefördert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2016).

Ein weiterer wichtiger Wesenszug der Palliativversorgung ist der Einsatz von Menschen, die ihre Arbeit ehrenamtlich einbringen. Dies hat seinen Ursprung in der Bürgerbewegung aus der die Hospizbewegung hervorging. Ehrenamtliche leisten einen in der Palliativversorgung unverzichtbaren Beitrag, sind durch Fortbildung befähigt und arbeiten innerhalb von Teams, die unter der Führung einer hauptamtlichen Koordination stehen (vgl. Radbruch & Payne, 2011b, S. 264).

4.5 Aktueller Forschungsstand

Im nächsten Abschnitt wird die aktuelle Forschung in Bezug auf die Wünsche von Bewohner_innen und die Realität in Pflegeheimen, Ansätze der Palliativversorgung in Pflegeheimen und die Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften dargestellt.

4.5.1 Wunsch und Realität

Betrachten wir zunächst die Wünsche und Vorstellungen von Bewohner_innen in Pflegeheimen hinsichtlich ihres Sterbens. In einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2018 wurde deutlich, dass sich Bewohner_innen von Pflegeheimen Begleitung, Zuwendung und Symptomlinderung vor allem in Bezug auf Schmerzen durch vertraute Personen am vertrauten Ort wünschen. Künstliche Ernährung, Verlegung ins Krankenhaus und intensivmedizinische Interventionen wie Reanimation und Operationen wurden meist abgelehnt. Ein Sterben in Ruhe und im Frieden mit sich und den Angehörigen wurde als wünschenswert formuliert (Kurkowski et al., 2018). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine frühere Studie aus dem Jahr 2008 (vgl. Munn et al., 2008, S. 485–494).

Die Realität der Betreuungssituationen in Pflegeheimen jedoch sieht anders aus. In einer Studie, in der innerhalb eines Jahres, Notarzteinsätze in Berlin analysiert wurden, konnte nachgewiesen werden, dass 48% aller Einsätze in Pflegeheime führten. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 84,6 Jahre (vgl. Kosan, 2005, S. 19–21). Eine weitere Untersuchung versuchte die Frage zu beantworten, wie häufig Pflegeheimbewohner am Lebensende hospitalisiert werden. Es wurde herausgefunden, dass 30% der Pflegeheimbewohner im Krankenhaus verstarben und über 50% mindestens einen Krankenhausaufenthalt im letzte Lebensmonat erlebten. Dabei war es unerheblich, ob die Pflegeheimbewohner an Demenz erkrankt waren oder nicht. Als häufigste Indikationen für die Krankenhauseinweisung wurden Infektionen und kardiovaskuläre Erkrankungen identifiziert (vgl. Allers, 2020, S. 12–17).

Im Diskussionsteil der gleichen Arbeit war beschrieben, dass ein hoher Anteil der Krankenhausaufenthalte als vermeidbar eingeschätzt wurde und eine strukturierte Palliativversorgung zu einer Reduktion ebendieser beiträgt. Weiterhin wurde bezüglich positiver Auswirkungen von Palliativversorgung in Pflegeheimen herausgefunden, dass mehr Hospizdienste einbezogen wurden, die Integration von vorausschauender Versorgungsplanung (Advance Care Planning) besser gelang und die Zufriedenheit bezüglich der Versorgung stieg. Bei der Betrachtung der Maßnahmen, die besonders wirksam waren um Palliativversorgung in Pflegeheimen zu verbessern, wurde vor allem die Ausbildung und Schulung der Pflegefachkräfte angeführt (ebenda, S.19).

4.5.2 Ansätze der Palliativversorgung in Pflegeheimen

Die Integration von Palliativversorgung in Pflegeheimen ist in Deutschland seit Beginn der 2000er Jahre im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit (vgl. Jacobs et al., 2017, S. 175). Es gibt bereits zahlreiche, innovative Bestrebungen, Ansätze der Palliativversorgung zu implementieren. Oftmals wurde eigens für die Patient_innengruppe aus den Pflegeheimen Konzepte entwickelt und integriert. Davon sollen hier einige exemplarisch dargestellt werden.

Förderprogramm Palliative Praxis der Robert-Bosch-Stiftung

Eine wichtige Grundlage im Förderprogramm Palliative Praxis stellt das Curriculum Palliative Praxis dar. Damit wurde die Qualifizierung von Pflegefachkräften und Mitarbeiter_innen in der Altenpflege über etwa zehn Jahre gefördert und ausgebaut. Es ist speziell für die Versorgung von alten Menschen am Lebensende konzipiert und berücksichtigt unter anderem auch die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Weiterhin zählen die Förderung von Modellprojekten und die Sensibilisierung von Politik, Verwaltung und Wissenschaft für das Thema zu den Zielen der Stiftung (vgl. Robert Bosch Stiftung GmbH, 2015, S. 9–14).

Letzte Hilfe

Das dreistündige Kursangebot Letzte Hilfe wendet sich mit der Vermittlung von Grundwissen zur Sterbebegleitung und Umsorgung am Lebensende an die gesamte Bevölkerung. Alle sollen angesprochen werden, sich mit Tod und Sterben auseinanderzusetzen. Es werden einfache pflegerische Tätigkeiten wie Mundpflege, Akupressurgriffe und Positionswechsel vermittelt. Weiterhin werden die Themen Vorausverfügungen und Strukturen in der Palliativversorgung behandelt. Dahinter verbirgt sich die Idee, dass neben Professionellen alle Menschen an der Begleitung von Sterbenden beteiligt sein sollten. Letzte Hilfe setzt damit noch vor der Allgemeinen Palliativversorgung an (vgl. Bollig, 2017, S. 25–27).

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim wurde in den Jahren 2018 und 2019 als Pilotprojekt des Anna Hospizvereines e.V. in Mühldorf am Inn durchgeführt. Bewohner_innen von Pflegeheimen, die am Lebensende einen erhöhten pflegerischen Betreuungsbedarf aufwiesen, wurden von zwei zusätzlichen Palliativpflegefachkräften, die über den Hospizverein angestellt waren, betreut. Zu deren Aufgaben zählten neben Durchführung der Grundpflege und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme auch die Koordination von weiteren Hilfen. Das Angebot von Familiengesprächen zur Begleitung der Angehörigen und die Erfüllung von individuellen Wünschen, sowie die Bereitstellung von fachlichen Sitzwachen rundeten die Leistungen ab. Das Pilotprojekt wurde fortgesetzt, durch die geldgebende Stiftung weiterfinanziert und ist inzwischen auf andere Hospizvereine in Bayern übertragen worden(Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung, 2019).

Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung

Sowohl das Kursangebot Letzte Hilfe als auch die Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim wurden als Pilotprojekte durch die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung finanziert. In beiden Fällen kam es zu einer Fortsetzung und damit Verstetigung der Projekte. Zweck der Stiftung ist unter anderem die Weiterentwicklung der Palliativmedizin durch Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegefachkräften speziell in der Allgemeinen Palliativversorgung in Bayern.

Advance Care Planning

Resultierend aus der Kritik am Instrument der Patientenverfügung wurde mit dem Advance Care Planning ein strukturierter Gesprächsprozess entwickelt, der von einem professionellen Moderierenden geleitet und gesteuert wird. Weitere Teilnehmende in diesem Prozess sind die Patient_innen und nach Möglichkeit deren designierten Vertreter_innen, zumeist Angehörige. In mehreren Gesprächen zu unterschiedlichen Zeitpunkten werden Werte, Grundhaltungen und Ziele möglicher Therapien thematisiert, individuelle Behandlungsvorlieben und Ziele für künftige Erkrankungsszenarien entwickelt und schriftlich fixiert. Anschließend werden weitere Beteiligte in der Behandlung wie Hausärzt_innen und zuständige Pflegefachkräfte über das zukünftige Vorgehen informiert. Oftmals können dadurch Krankenhauseinweisungen am Lebensende vermieden werden. Mit dem Advance Care Planning können individuelle Behandlungswünsche, erfasst und die kognitiven und kommunikativen Möglichkeiten der Patient_innen berücksichtigt werden (vgl. Coors et al., 2015, S. 13).

4.5.3 Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften

Diehl untersuchte zusammen mit ihrer Arbeitsgruppe erstmals ausführlich die Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften in der Allgemeinen Palliativversorgung. Dazu wurden Qualifikationen bezüglich Palliativversorgung und besondere Probleme von Pflegefachkräften erhoben. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, von der hohen Zahl der zu betreuenden Patient_innen und dem daraus resultierenden schnelleren Arbeitstempo belastet zu sein. Weiterhin wurde die Arbeit als körperlich und emotional fordernd beschrieben. Situationen in denen Patient_innen alleine starben wurden ebenso als belastend empfunden, wie der Umgang mit depressiven Patient_innen und mitunter auch Angehörigen. Bei der Erhebung der Qualifikationen wurde festgestellt, dass etwa ein Viertel der Pflegefachkräfte bereits eine Zusatzqualifikation in Palliativversorgung hatte und drei Viertel die Unterstützung durch die Spezialisierte Palliativversorgung als hilfreich empfanden. Weitere 25% der Pflegefachkräfte würden ihre palliativpflegerischen Kompetenzen erweitern wollen, werden jedoch durch ihre Arbeitgeber nicht darin unterstützt. Im Diskussionsteil der Arbeit wurde auf die Relevanz von Fort- und Weiterbildung hingewiesen und sogar die Idee von verpflichtenden Weiterbildungen in Palliativversorgung aufgebracht. Besondere Probleme stellten für die Pflegefachkräfte in der Allgemeinen Palliativversorgung die nicht ausreichend gelingende Symptomlinderung und Nichtbeachtung der Wünsche der Patient_innen dar. Die Zahl von durchschnittlich 20% palliativ zu betreuenden Patient_innen macht deutlich, wie viele Palliativversorgungssituationen den Alltag der Pflegefachkräfte bestimmen (vgl. Diehl et al., 2021, S. 82–88).

In einer, durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten, Erhebung, deren zentrale Aufgabe es war, den aktuellen Entwicklungsstand bezogen auf die Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeheimen zu untersuchen, werden viele der oben genannten mangelnden Ressourcen als großes Defizit beschrieben (vgl. Schneider et al., 2017, S. 6–10). In einem abschließenden Plädoyer wird die Neuerfindung des Heimes gefordert, bei der sowohl gesellschaftliche Akteur_innen aus Politik, Gesundheitssystem und Zivilgesellschaft als auch die Kommunen Verantwortung übernehmen müssen. Umfassende Vernetzung der an der Versorgung von betagten Menschen beteiligten ist dabei unerlässlich (ebenda, S. 23).

5 Konzeptentwicklung mithilfe einer SWOT Analyse

Grundlage einer SWOT Analyse ist die Sammlung relevanter Informationen (vgl. Graf & Spengler, 2013, S. 158–161). Aus den gesammelten Informationen wird eine SWOT Matrix erstellt, die wiederum in die Strategieentwicklung mündet.

5.1 Informationssammlung

In der folgenden Informationssammlung werden Ergebnisse aus der Literaturrecherche, orientierende Befragungen von Pflegefachkräften in Pflegeheimen und vorhandene Strukturen und Ressourcen in Erlangen und Erlangen-Höchstadt dargestellt.

5.1.1 Ergebnisse aus der orientierenden Literaturrecherche

Zusammenfassen lässt sich also, dass die bedeutende Mehrheit der Palliativpatient_innen in Strukturen der Allgemeinen Palliativversorgung wie Pflegeheimen betreut wird. Die Anzahl der Menschen, die in diesen Einrichtungen versterben werden, wird aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklungen weiter zunehmen. In der Versorgung von Bewohner_innen am Lebensende spielen Pflegefachkräfte eine zentrale Rolle. Jedoch sind sie nur zu einem geringen Anteil für die Palliativversorgung qualifiziert. Die Qualität der Versorgung am Lebensende hängt auch mit den Qualifikationen der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen zusammen. Aufgrund der, im Einleitungsteil dieser Arbeit ausführlich geschilderten, fehlenden Ressourcen in Pflegeheimen scheint der Zugang zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte erschwert. Gleichzeitig fordert das Hospiz- und Palliativgesetzt von 2015 den Ausbau der Allgemeinen Palliativversorgung. Die Durchführung von Fort- und Weiterbildung in Palliativversorgung ist elementarer Bestandteil dieses Ausbaus. In Bayern besteht die Möglichkeit Bildungsprojekte in der Palliativversorgung durch die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung fördern zu lassen.

5.1.2 Orientierende Befragung von Pflegefachkräften in Pflegeheimen

Die befragten Erlanger Pflegefachkräfte sind von der Autorin im Rahmen eines kollegialen Austausches zu einem allgemeinen Meinungsbild bezüglich Palliativversorgung und Fort- und Weiterbildung in Pflegeheimen befragt worden. Sie gaben dabei ihre persönlichen Eindrücke wieder. Deutlich wird bei dieser Informationssammlung, dass die bereits beschriebenen Probleme und Herausforderungen bezüglich Qualifizierung von Pflegefachkräften in Pflegeheimen und Ausbau der Allgemeinen Palliativversorgung auch auf Erlangen und Erlangen-Höchstadt übertragbar sind.

<u>Sicht einer Pflegefachkraft aus einem Pflegeheim</u>

In der Befragung berichtet eine Pflegefachkraft, dass im Verlauf der letzten Jahre eine zunehmende Arbeitsbelastung erkennbar sei. Der, durch das Besuchsverbot während der Coronapandemie zeitweise bedingte, Wegfall der Betreuungskräfte, die Pflegefachkräfte in der Versorgung von Bewohnern unterstützen, hätten zu einer weiteren Verstärkung der Arbeitsbelastung beigetragen. Außerdem hätten aufgrund von Personalmangel auch in anderen

Versorgungsbereichen des Pflegeheimes fachfremde Tätigkeiten übernommen werden müssen, wie zum Beispiel die Vor- und Nachbereitung der Küche zu den Mahlzeiten. Grundsätzlich sei von Seiten der Pflegefachkräfte großes Interesse an Palliativversorgung vorhanden, da Begleitung und Pflege am Lebensende zum Leistungsspektrum der Pflegeheime gehörte. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen sei aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich.

Sicht einer Einrichtungsleiterin eines für Palliativversorgung zertifizierten Pflegeheimes (PallExcellence ©)

Die Mitarbeiter_innen, insbesondere die Pflegefachkräfte, werden von der Einrichtungsleiterin als motiviert erlebt und zeigen hohes Interesse an Palliativversorgung. Die Implementierung von Palliativversorgung sei ein langwieriger Prozess, der 2011 begonnen wurde. Inzwischen seien 50% der Pflegefachkräfte in Palliativer Praxis geschult und sechs weitere hätten die Fachweiterbildung Palliative Care absolviert. Weiterhin gehörten zwei Berater_innen für Advance Care Planning nach §132 Sozialgesetzbuch V zum Team. Die Einrichtungsleiterin und deren Stellvertreterin seien selbst Moderatorinnen für Palliative Praxis und schulten einmal jährlich 15-20 Pflegefachkräfte aus ihrer Einrichtung. Im Jahr 2020 konnte diese Schulung coronabedingt nicht durchgeführt werden. Der Effekt der Fort- und Weiterbildungen sei für die Einrichtungsleiterin schnell erkennbar gewesen. Er spiegelte sich in der Tatsache wider, dass zwischen 80 und 90 % der Bewohner ohne Verlegung ins Krankenhaus in der Einrichtung versterben. Auch externe Hilfe durch Spezialisierte Palliativversorgung sei weniger häufig notwendig geworden. Die Zahl der Begleitungen durch den örtlichen Hospizverein, sei durch das Wissen um das Angebot, hingegen gestiegen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Bewohner_innen in der Einrichtung beträgt wohl etwa zwei Jahre. In diesem Jahr seien bis November bereits 36% der Bewohner_innen des Pflegeheimes verstorben.

Sicht der pflegerischen Leitung der SAPV und leitenden Koordinatorin des Hospizvereins Erlangen

Sowohl die SAPV als auch der Hospizberein Erlangen seien regelmäßig in Sterbebegleitungssituationen in Pflegeheimen in Erlangen und Erlangen-Höchstadt involviert. Der Ausbildungsstand der Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen bezüglich Palliativversorgung wird von der pflegerischen Leitung SAPV und Hospizverein als gering eingeschätzt. Das könne auch im Zusammenhang stehen mit einer hohen Fluktuation der Mitarbeiter_innen. Sichtbar seien die fehlenden Qualifikationen durch häufige Krankenauseinweisungen am Lebensende, bedingt durch mangelhafte Symptomlinderung in den Sterbebegleitungssituationen. Gerade im routinemäßigen Umgang mit betäubungsmittelpflichtigen Medikamenten gäbe es große Defizite. Der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung werde erst spät oder gar nicht erkannt.

Dementsprechend werde die SAPV und der Hospizverein Erlangen selten hinzugezogen. Die wenigen Pflegefachkräfte, die in einzelnen Einrichtungen in Palliativversorgung qualifiziert seien, wären für Sterbebegleitungssituationen nicht freigestellt. Die Palliativversorgung sei nur in Einzelfällen eine Tradition in den Einrichtungen. Die SAPV und der Hospizverein führten in den vergangenen Jahren immer wieder Fortbildungsnachmittage zu einzelnen Palliativthemen und Angehörigennachmittage zur allgemeinen Beratung in Pflegeheimen durch. Diese konnten in den letzten eineinhalb Jahren coronabedingt nicht durchgeführt werden.

5.1.3 Vorhandene Strukturen und Ressourcen

Am Standort Erlangen und Erlangen-Höchstadt stehen gut entwickelte Strukturen der Allgemeinen und Spezialisierten Palliativversorgung zur Verfügung. Diese werden im Folgenden vor allem hinsichtlich ihrer Ressourcen für die geplante Schulung im Basismodul 1 für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen betrachtet.

Hospizverein Erlangen

Der Hospizverein Erlangen besteht seit über 30 Jahren und leistet wichtige Öffentlichkeitsarbeit. Er berät zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, bildet ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen aus und koordiniert deren Einsätze unter anderem auch in Pflegeheimen. Dem Hospizverein steht ein eigener großer Seminarraum mit Lehrausstattung wie Flip Chart, Moderatorenkoffer, Pinnwand und technischer Ausstattung und Software für Videokonferenzen zur Verfügung. Des Weiteren bietet er unter anderem Angebote für Trauernde an und ist Gesellschafter im stationären Hospiz in Erlangen und der SAPV (beide gGmbH). Durch die vielseitigen Tätigkeiten gibt es innerhalb des hauptamtlichen Organisations- und Verwaltungsteams Kompetenzen in der Organisation von großen Veranstaltungen und Ausbildungsveranstaltungen. Auch der Entwurf und die Erstellung von Informationsmaterial wie Flyern gehört zu diesen Kompetenzen. Weiterhin stellt der Hospizverein eine sehr umfangreiche Bücherei für Fachbücher rund um das Thema Palliativversorgung zur Verfügung. Eine Stiftung Hospizverein zur finanziellen Förderung von Hospiz- und Palliativversorgung in Erlangen befindet sich gerade im Aufbau.

Stationäres Hospiz Erlangen

Das stationäre Hospiz Erlangen bietet 12 unheilbar kranken Patient_innen Wohnraum und pflegerische und medizinische Versorgung rund um die Uhr bis zum Lebensende. Auch im stationären Hospiz steht ein großer Seminarraum zur Verfügung. Der Einrichtungsleiter ist Kursleiter für Letzte Hilfe und bietet in Zusammenarbeit mit dem Hospizverein und der Volkshochschule Erlangen regelmäßig gut besuchte Letzte Hilfe Kurse an. Er ist außerdem erfahrener Dozent in der Vermittlung palliativpflegerischer Fertigkeiten.

Team der SAPV Erlangen

Das Team bestehend aus Ärzten und Pflegekräften betreut und begleitet schwerstkranke und sterbende Palliativpatient_innen zu Hause. Es bietet Unterstützung bei der Symptomlinderung, berät zur Versorgung und koordiniert die Versorgung. Leben Patient_innen am Lebensende in Pflegeheimen, können auch sie die Leistungen der SAPV in Anspruch nehmen. Das Team der SAPV Erlangen betreut regelmäßig Patienten in Pflegeheimen in Erlangen und Erlangen-Höchstadt mit. Durch die Zusammenarbeit kommt es automatisch auch zu einem Erfahrungsaustausch. Das Team hat bei den Betreuungen in Pflegeheimen auch die Aufgabe Pflegefachkräfte in Tätigkeiten der Palliativversorgung durch Anleitung zu unterstützen. Die pflegerische Leitung des Teams ist Kursleiterin Palliative Care für Pflegende nach den Zertifizierungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Palliativstation am Universitätsklinikum Erlangen

Auf der Palliativstation der Palliativmedizinischen Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen können 12 Patient_innen betreut, behandelt und begleitet werden. Als Abteilung innerhalb des Universitätsklinikums findet hier in größerem Umfang auch Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung statt. Neben Angeboten der studentischen Lehre und ärztlichen Weiterbildung wird hier zum Beispiel auch die Fachweiterbildung Palliative Care für Pflegefachkräfte angeboten. Das Team der Dozenten für die Lehrangebote setzt sich zum Teil aus dem Team der Palliativstation zusammen. Der Verein zur Förderung der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Erlangen e.V. unterstützt die Arbeit der Palliativstation unter anderem mit der Finanzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und anderer Lehrveranstaltungen.

Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung NetHPV

Alle in diesem Kapitel aufgezählten Strukturen der Palliativversorgung haben sich im Jahr 2018 zu einem Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung (NetHPV) zusammengeschlossen. Ziel dieser Kooperation ist es, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, fachlichen Austausch zu pflegen und zusammen Projekte der Palliativversorgung auf den Weg zu bringen. NetHPV dient als Plattform für Austausch, Koordination, Kooperation und Kompetenzerwerb und strebt an die Allgemeine und Spezialisierte Palliativversorgung in Stadt und Landkreis zu verbessern. Das Netzwerk wird durch einen Netzwerkmoderator betreut und die stimmberechtigten Mitglieder treffen sich regelmäßig in den Räumen des Hospizvereins Erlangen. Um Projekte innerhalb des Netzwerkes gezielt zu planen und durchzuführen ist die Gründung von Arbeitsgruppen wünschenswert.

5.2 SWOT Matrix

Tabelle 1: SWOT Matrix

Strategische Stärken Netzwerk	Chancen
• gute Öffentlichkeitsarbeit bezüglich Hospiz- und Palliativversorgung in Stadt und Landkreis • Räumlichkeiten inklusive Technikausstattung vorhanden • Lehr- und Schulungskompetenz durch Palliative Care Kursleitung, Moderatorin Palliative Praxis • Bücherei für Fachbücher Palliativversorgung • Fördervereine und Stiftungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung • Zusammenarbeit Allgemeine Palliativversorgung und Spezialisierte Palliativversorgung besteht • NetHPV bietet Rahmen und Unterstützung für gemeinsame Projekte • Know How in der Organisation von Lehrveranstaltungen	• gesetzliche Vorgaben durch Hospiz- und Palliativgesetz werden erfüllt • mehr Sicherheit in Sterbebegleitungssituationen • bessere Versorgungsqualität am Lebensende mit Außenwirkung • Vermeidung von Notarzteinsätzen und Krankenhausaufenthalten • Pflegefachkräfte werden durch Schulung wertgeschätzt und befähigt • höhere Mitarbeiterzufriedenheit • Lobbyarbeit für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen • entstandene Synergien nutzbar • gemeinsamer Nutzen der Allgemeinen und Spezialisierten Palliativversorgung • Intensivierung der Vernetzung durch Zusammenarbeit • Modellcharakter
Schwächen Pflegeheime	**Risiken**
• allgemeiner Personal- und Fachkräftemangel • geringe Lobby von Mitarbeiter_innen • Motivation von Pflegefachkräften zur Teilnahme gering • finanzieller Vorleistungsaufwand für Träger der Pflegeheime hoch	• nicht einschätzbare Auswirkungen der Coronapandemie auf Pflegeheime und Schulungsangebot • Umsetzung des Erlernten bei aktuellen Arbeitsbedingungen fraglich • Fortsetzung des Projektes offen • Fluktuation von Mitarbeiter_innen

Schwächen Pflegeheime	Risiken
• Teilnahme an Fortbildung stellt zusätzliche Arbeitsbelastung dar • durch Pandemieregelungen Schulungen in mehreren Stufen erforderlich	• Schulung alleine nicht ausreichend zur Implementierung der Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeheime • Auswirkungen erst langfristig einschätzbar

5.3 Strategieentwicklung mit Hilfe der SWOT Analyse

<u>Wie können Stärken genutzt werden, um von den Chancen zu profitieren?</u>

Die bereits vorhandenen Strukturen, Netzwerke, Kooperationen, Erfahrungen und Qualifikationen können gut genutzt werden, um Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter_innen in Pflegeheimen aufzubauen. Davon sollen Pflegefachkräfte profitieren, die bisher einen erschwerten oder gar keinen Zugang zum Erwerb von Qualifikationen in der Palliativversorgung hatten.

Die Schulungen sollen zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Bewohner_innen von Pflegeheimen am Lebensende führen. Des Weiteren können unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Durch die Ermöglichung von Fort- und Weiterbildungen wird eine höhere Zufriedenheit der Pflegefachkräfte erreicht. Das Projekt stellt auch eine Form der idealtypischen Lobbyarbeit für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen dar und kann Modellcharakter für andere Kommunen und Netzwerke haben. Hierzu ist es erforderlich die Außenwirkung des Projektes zu nutzen und auch die interessierte Öffentlichkeit einzubeziehen.

Es sind umfangreiche Vorarbeiten nötig, um das Vorhaben auf den Weg zu bringen. Die Schulung im Basismodul 1 ist zu planen. Dafür sind angemessene Räumlichkeiten, Arbeitsmaterial, technische Ausstattung und Dozent_innen notwendig. Die Finanzierung muss geregelt und die Schulung an die zukünftigen Teilnehmenden adressiert werden. Weiterhin soll die regionale Öffentlichkeit mit einbezogen werden. Hierfür bietet es sich an, die Ressourcen innerhalb des Netzwerkes NetHPV Erlangen und Erlangen-Höchstadt zu nutzen. Nach der Vorstellung des Konzeptes wird im Netzwerk eine Arbeitsgruppe zur Konzeptumsetzung gegründet (im Folgenden Projektgruppe).

Wie können Stärken genutzt werden, um vor Risiken zu schützen?

Zunächst werden in einem ersten Schritt zwei Pflegefachkräfte pro Einrichtung ausgebildet. Um die Umsetzung des Erlernten zu fördern, sollte eine der beiden Pflegefachkräfte in einer Leitungsfunktion tätig sein (zum Beispiel Wohnbereichsleitung). Die beschränkte Anzahl von Teilnehmenden pro Pflegeheim verhindert, dass die Schichtbesetzung in den Pflegeheimen beeinträchtigt wird. Bei der Planung ist zu berücksichtigen, dass die Kurswoche Basismodul 1 im Bedarfsfall auch online durchgeführt werden kann.

Innerhalb der Schulung wird ausführlich auf die Unterstützungsmöglichkeiten durch ehrenamtliche Hospizhelfer_innen und das Angebot der SAPV hingewiesen. Diese stellen gegebenenfalls auch personelle Entlastung in Begleitungssituationen dar und können der mangelnden Umsetzung des Erlernten entgegenwirken. Während der Schulung und gegebenenfalls darüber hinaus, kann durch die Teilnehmenden die Bücherei für Fachbücher zu Palliativversorgung in den Räumen des Hospizvereines mitgenutzt werden. Wie in den Chancen beschrieben, führt die Weiterbildungsmöglichkeit zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit und dadurch zu weniger Fluktuation. Aus diesem Grund ist die Schulung weiterer Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen dringen erforderlich und daher ist die Fortsetzung der Schulungen notwendig. Diese Fortsetzung ist jedoch nicht Teil dieses Konzeptes.

Wie können Schwächen überwunden werden durch die Nutzung von Chancen?

Der finanzielle Vorleistungsaufwand der Schulung für die Träger der Pflegeheime ist hoch. Da die Fortbildung in bezahlter Arbeitszeit stattfinden wird, sind die Lohnkosten für die fünf Arbeitstage aufzuwenden. Um den Aufwand für die Schulung der Pflegefachkräfte dennoch gering zu halten, sollte ein Teil der Strategie sein, die Schulungen im Basismodul 1 kostenfrei anzubieten. Hierzu ist es innerhalb der Finanzierungsplanung in der Projektgruppe erforderlich einen Geldgeber zu finden, der die entstehenden Personalkosten für die zu schulenden Pflegefachkräfte übernimmt. Hier bietet sich die Beantragung von Fördermitteln bei der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung an. Anfallende Sachkosten werden ebenfalls über diese Fördermittel abgedeckt. Der ehrenamtliche Einsatz der Dozent_innen in der Schulung selbst, würde die weiteren Kosten, die zum Beispiel durch Honorare entstehen, niedrig halten. Es sollen weitere bereits vorhandene Strukturen wie Räumlichkeiten und Knowhow in Organisationsfragen genutzt werden.

Pflegeheime die besondere Kompetenz in der Versorgung von Bewohner_innen am Lebensende vorweisen, können dies im Rahmen einer Zertifizierung zum Beispiel durch PallExcellence © sichtbar machen. Das kann als Aushängeschild für die Einrichtung genutzt

werden. Die Lobbyarbeit, die im Sinne einer Interessenspolitik für Pflegeheime und deren Bewohner betrieben wird, kann hilfreich sein, um das Thema Versorgung am Lebensende in die regionale öffentliche Diskussion zu transportieren.

Durch die engere Zusammenarbeit und weitere Vernetzung der Allgemeinen und Spezialisierten Palliativversorgung, werden gegenseitige Unterstützung und Verständnis für die Herausforderungen im jeweiligen Arbeitsfeld gefördert. Die Nutzung von Spezialisierten Palliativversorgungsangeboten wie etwa ehrenamtliche Hospizhelfer_innen und SAPV in Pflegeheimen kann durch das Bekanntmachen der Möglichkeiten intensiviert werden.

Wodurch können Risiken minimiert werden und gleichzeitig Schwächen überwunden werden?

Es ist nicht ausreichend, Pflegefachkräfte zu schulen. Sie müssen auch durch Kolleg_innen der Spezialisierten Palliativversorgung beim Implementieren der Hospiz- und Palliativversorgung in ihren Pflegeheimen unterstützt werden, damit sich die Anwendung des erworbenen Wissens verstetigt. Auch diese Form der Unterstützung muss durch die Arbeitsgruppe festgelegt und durchgeführt werden. Die kollegiale Praxisbegleitung hat auch den Nutzen, Auswirkungen der Schulungen auf die Versorgungsqualität schon früh erkennen zu können. Da die geplante Schulung vor Ort stattfindet, werden Zeit und Kosten für Anfahrt und Übernachtung vermindert. Die pandemiebedingte schrittweise Schulung der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen, bietet den Vorteil, dass zwischen den Schulungsmaßnahmen Anpassungen in Bezug auf Ablauf und Inhalt möglich sind. Die Ermöglichung der kostenfreien Teilnahme an den Schulungen innerhalb der Arbeitszeit, kann zur Folge haben, dass die Pflegefachkräfte mit höherer Motivation an der Schulung teilnehmen.

6 Handlungsweg

Die vorhergehende Strategieplanung wird nun in konkrete Handlungsschritte weiterentwickelt, die zusammen den Handlungsweg ergeben. Er ist in Vorbereitungs-, Erarbeitungs- und Durchführungsphase gegliedert.

6.1 Vorbereitungsphase

Den ersten Schritt in der Vorbereitung der geplanten Schulung stellt die Erstellung dieses Konzeptes dar. Eine Präsentation zur Vorstellung des Konzeptes und der Ziele wird entwickelt. Diese soll innerhalb eines regulären Netzwerktreffens von NetHPV am 07.02.2022 mit den stimmberechtigen Kooperationspartner_innen und zukünftigen Mitgliedern der noch zu gründenden Projektgruppe, vorgestellt werden. Zu diesem Netzwerktreffen werden die stimmberechtigten Mitglieder durch den Netzwerkmoderator eingeladen. Die zukünftigen Mitglieder der

Projektgruppe werden durch ein gesondertes Anschreiben rechtzeitig über das geplante Projekt informiert, ihre mögliche Rolle dabei geschildert und eingeladen mitzuwirken. Die wesentlichen Grundideen des Konzeptes, das kostenfreie Schulungsangebot für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen, die Finanzierungsmöglichkeiten, die ehrenamtlichen Leistungen der Dozenten und die Unterstützung bei der Implementierung der Palliativversorgung werden ausführlich anhand der Präsentation beschrieben und der langfristige Nutzen für Pflegefachkräfte und Bewohner_innen in Pflegeheimen durch Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Qualitätsverbesserung der Versorgung am Lebensende dargestellt.

Im Anschluss an die Vorstellung des Konzeptes ist im nächsten Schritt die Gründung der Projektgruppe angestrebt. Dabei sollten sich die Mitglieder der Projektgruppe aus einer repräsentativen Auswahl an Mitgliedern innerhalb einer Organisation zusammensetzen (vgl. Graf & Spengler, 2013, S. 84). Im Falle des Netzwerkes NetHPV Erlangen setzt sich die Projektgruppe repräsentativ aus einer Koordinatorin und der Verwaltungsleiterin des Hospizvereins, der Pflegerischen Leitung der SAPV, der Einrichtungsleiterin des zertifizierten Pflegeheimes und dem Einrichtungsleiter des stationären Hospizes zusammen. Die Projektgruppenmitglieder sind gleichberechtigt und bringen ihre jeweiligen Beiträge ehrenamtlich ein. Die Qualifikationen und Ressourcen der Projektgruppenmitglieder und deren geplante Aufgaben sind in Tabelle 2 übersichtlich dargestellt.

Die Aufgaben innerhalb der Projektgruppe werden bei diesem ersten Treffen ausführlich vorgestellt und unter den Mitgliedern aufgeteilt. Weiterhin wird der im Konzept entworfene Zeitplan vorgestellt. Bis zum nächsten Projektgruppentreffen am 07.03.2022 setzen sich die Projektgruppenmitglieder intensiv mit ihren jeweiligen Aufgaben auseinander und überprüfen, welcher Zeitaufwand für ihre Aufgabe realistisch ist. Unter Umständen wird der Zeitplan angepasst. Im gleichen Treffen werden die ersten Erarbeitungsschritte und Aufgaben durch die Projektgruppenmitglieder vorgestellt. Die Vorbereitungsphase endet mit diesem zweiten Treffen.

Die Projektgruppe wird sich in den kommenden drei Monaten jeweils am ersten Montag des Monats von 16-19 Uhr treffen um Zwischenergebnisse zusammenzutragen und weitere Schritte, die im Folgenden dargestellt werden, zu planen. Alle Projektgruppentreffen werden protokolliert und per Mail an die Mitglieder versandt. Moderation und Protokoll der Projektgruppentreffen werden vom Einrichtungsleiter des stationären Hospizes übernommen. Die Treffen finden im dortigen Seminarraum statt. Die Reservierung des Raumes erfolgt durch die Koordinatorin des Hospizvereines.

Tabelle 2: Qualifikationen und Aufgaben in der Projektgruppe

Mitglied Projekt-gruppe	Qualifikation	Aufgaben in der Projektgruppe
Koordinatorin Hospizverein (1)	• Organisation von Schulungen • Öffentlichkeitsarbeit • Verwaltung Seminarraum und Technik • Erfahrene Pflegefachkraft • Verwaltung Bücherei für Fachbücher	• Erstellung Flyer • Einladung, Raumbuchung und Catering Informationsveranstaltung • Anwerbung Teilnehmer_innen • Organisation der Anmeldungen • Buchung Seminarraum und Technik • Bestellung Verbrauchsmaterial • Kollegiale Praxisbegleitung • Verwaltung Fachbücher
Verwaltungsleiterin Hospizverein (2)	• Know how Finanzierung von Projekten	• Beantragung der Förderung durch Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung • Auswertung Evaluation
Pflegerische Leitung SAPV (3)	• Zertifizierung als Kursleiterin • Lehrerfahrung • Online Lehrerfahrung • Vernetzung mit anderen Dozenten • Autorin der Konzeptentwicklung • Initiatorin der Projektgruppe • Erfahrene Pflegefachkraft	• Erstellung Stundenplan • Koordination der Dozent_innen • Kontakt zur Zertifizierungsstelle • Moderation Basismodul 1 • Pflege Moodleplattform und gegebenenfalls Zoom-Betriebsaccount • Kollegiale Praxisbegleitung • Evaluation

Mitglied Projekt-gruppe	Qualifikation	Aufgaben in der Projektgruppe
Einrichtungsleiter stationäres Hospiz (4)	• Erfahrene Pflege-fachkraft • Kursleiter letzte Hilfe • Lehrerfahrung • kommunikative Kompetenzen • Technikkompetenz	• Dozent Basismodul 1 • Moderation und Protokoll Ar-beitsgruppentreffen • Moderation Informationsver-anstaltung • Erstellung Onlinebeitrag zu Projekt für Homepages • Erstellung Moodleplattform für Teilnehmer_innen • Kollegiale Praxisbegleitung
Einrichtungsleiterin zertifiziertes Pflege-heim (5)	• Erfahrene Pflege-fachkraft • Moderatorin Pallia-tive Praxis • Lehrerfahrung • Kontakte in andere Pflegeheime	• Dozentin Basismodul 1 • Kollegiale Praxisbegleitung • Vorstellung Konzept bei Infor-mationsveranstaltung

6.2 Erarbeitungsphase

In parallel bearbeiteten Schritten, werden nun bis zum dritten Treffen am 04.04.2022 die ersten Aufgaben durch die Projektgruppenmitglieder bearbeitet. Orientierung in dieser Phase bieten die Fragen: Was tun wir um unser Ziel zu erreichen, was steht uns dazu zur Verfügung und was benötigen wir noch (vgl. Graf & Spengler, 2013, S. 98)? Durch die Koordinatorin des Hospizvereins wird der Seminarraum des Hospizvereines mit der notwendigen Ausstattung für die Schulung reserviert. Die Koordinatorin erstellt ebenfalls einen ansprechenden Flyerentwurf für die geplante Schulung mit allen wichtigen Informationen und Terminen. Er soll gleichermaßen geeignet sein für Pflegefachkräfte in Pflegeheimen, Pflegeheime selbst, die regionale Presse der Tageszeitung, potenzielle Geldgeber, Dozent_innen und die interessierte Öffentlichkeit. Der Stundenplan für die Schulungswoche wird durch die Pflegerische Leitung der SAPV erstellt. Ein Teil der Unterrichtseinheiten wird durch die Mitglieder der Projektgruppe mit Lehrerfahrung abgebildet. Für weitere Themen aus dem Stundenplan werden Dozent_innen außerhalb der Projektgruppe angefragt. Die Dozent_innen werden mit den Inhalten und Zielen des

Curriculums vertraut gemacht und darauf hingewiesen, dass der methodisch abwechslungsreichen Planung der Unterrichtseinheiten eine hohe Bedeutung zukommt. Dies ist notwendig, um einen guten Rahmen und sicheren Lernort zu schaffen, in dem den Teilnehmenden die Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer ermöglicht und die Reflektion eigenen beruflichen Handelns begünstigt wird. Die Dozent_innen sind im Vorfeld befragt worden, ob sie ihre Unterrichtseinheiten ehrenamtlich abhalten können um die Kosten für die Schulung zu minimieren. Sie sollten sowohl für die Durchführung in Präsenz als auch für die Onlinedurchführung vorbereitet werden. Sobald der Stundenplan erstellt und mit internen und externen Dozente_innen ausgestattet ist, wird er bei der Zertifizierungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Zertifizierung eingereicht. Durch den Einrichtungsleiter des stationären Hospizes wird eine, für die Nutzer, kostenfreie Lernplattform (z.B. Moodle) eingerichtet, um den Teilnehmenden Lehr- und Lernmaterial zur Verfügung zu stellen und ihnen durch eine Chatfunktion innerhalb der Lernplattform die Gelegenheit zum Austausch untereinander zu bieten. Die Beantragung der finanziellen Förderung für die kostenfreie Durchführung der Schulung bei der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung wird von der Verwaltungsleiterin des Hospizvereins vorbereitet und begonnen. Das Konzept dient hierzu als Grundlage und wird bei der Beantragung mit eingereicht. Damit die Förderung beantragt werden kann, wurden die Förderrichtlinien der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung überprüft und innerhalb dieses Konzeptes berücksichtigt.

Im dritten Treffen der Projektgruppe am 04.04.2022 wird der Flyerentwurf von der Koordinatorin des Hospizvereins vorgestellt, gegebenenfalls durch die Projektgruppenmitglieder überarbeitet und anschließend in Druck gegeben. Er soll bis zum vierten Treffen fertig gestellt sein. Weiterhin wird der Stundenplanentwurf durch die Pflegerische Leitung der SAPV vorgestellt. Über den Stand der Vorbereitung der Raumplanung, Moodleraumorganisation und finanzielle Förderungsbeantragung wird ebenfalls von den jeweiligen Projektgruppenmitgliedern berichtet.

Zum vierten Treffen der Arbeitsgruppe am 02.05.2022 soll sowohl der Flyer fertig gestellt als auch der Stundenplan zertifiziert und mit Dozent_innen ausgestattet sein. Diese haben dann bis Ende November Zeit ihre Unterrichtseinheiten vorzubereiten. Die Ergebnisse der abgeschlossenen Aufgaben werden durch die jeweiligen Projektgruppenmitglieder vorgestellt. Nun kann die Phase der Werbung für die Veranstaltung beginnen. Das geplante Projekt der kostenfreien Schulung von Pflegefachkräften in Pflegeheimen soll auf den Homepages des Hospizvereines, der SAPV und NetHPV präsentiert werden. Die Gestaltung übernimmt der Einrichtungsleiter des stationären Hospizes. Des Weiteren ist eine durch die Projektgruppe organisierte Informationsveranstaltung geplant. In dieser zweistündigen Informationsveranstaltung

am 30.07.2022 von 15-17 Uhr soll die geplante Schulung vorgestellt und beworben werden. Alle weiteren Mitglieder von NetHPV, Einrichtungs- und Wohnbereichsleitungen aus Pflegeheimen in Erlangen und Erlangen-Höchstadt und die lokale Presse sind eingeladen. Dazu wird ein Einladungsschreiben entworfen und zusammen mit den Flyern versandt. Um einen angemessenen Raum für Dialog und Diskussion zu geben, sollen Fingerfood und Getränke angeboten werden. Die Veranstaltung ist für etwa 50 Personen geplant und soll in den Räumen des Hospizvereins stattfinden. Der Ablauf der Informationsveranstaltung wird in diesem vierten Treffen von den Mitgliedern der Projektgruppe festgelegt und vor allem von der Einrichtungsleiterin des zertifizierten Pflegeheimes bestritten. Verantwortlich für Einladungsschreiben, Versendung des Einladungsschreibens und das Catering ist die Koordinatorin des Hospizvereines. Über die Informationsveranstaltung soll in der lokalen Tageszeitung ein Bericht erscheinen

Im Zeitraum vom 01.08.2022 bis 31.08.2022 wird dann auch wieder von der Koordinatorin des Hospizvereines ein Anschreiben mit Anmeldeformular an die Einrichtungsleitungen der Pflegeheime entworfen und zusammen mit Flyern an diese versandt. Der Anmeldungszeitraum zur Schulung beginn im September. Anmeldungsschluss ist der 04.11.2022. Weiterhin werden die benötigten Verbrauchsmaterialien durch die Koordinatorin des Hospizvereines bestellt.

6.3 Umsetzungsphase

In der Umsetzungsphase kommt es schließlich zur Durchführung der einwöchigen Schulung Basismodul 1 von Montag 05.12.2022 bis Freitag 09.12.2022 nach dem, von der Zertifizierungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, genehmigten Stundenplan. Innerhalb der Schulung übernimmt die Pflegerische Leitung der SAPV die Moderation und ist Ansprechpartnerin für die Fragen der Teilnehmenden rund um Ablauf, Zeitplan und weiterführende Informationen zu den Unterrichtsinhalten. Sie führt eine tägliche Anwesenheitsliste, durch die nachvollziehbar wird, wer in der Schulungswoche anwesend ist. Ausfallzeiten werden hierbei auch erfasst. Wenn mehr als 10% der Schulung nicht besucht wurden, kann am Ende der Schulungswoche kein Teilnahmezertifikat für die Pflegefachkraft erstellt werden. Die versäumten Inhalte müssen nachgeholt werden. Weiterhin verwaltet die Pflegerische Leitung der SAPV die Moodleplattform. Den Teilnehmenden werden auf dieser, sortiert nach dem Stundenplan Handouts, vertiefende Literatur und gegebenenfalls auch die Präsentationen der Dozent_innen zur Verfügung gestellt. Die Nutzung der Bücherei für Fachbücher Palliativversorgung in den Räumen des Hospizvereines ist für die Zeit der Schulung und darüber hinaus möglich. Sollte die Schulung aus pandemiebedingten Ursachen online durchzuführen sein, kommt der Moderation und Begleitung des Kursablaufes eine besondere und zeitlich umfangreichere Rolle zu. Als Videokonferenzsoftware steht für die Onlineschulung ein, bereits

vorhandener, Zoom-Betriebsaccount des Hospizvereines Erlangen kostenfrei zur Verfügung. Zu Beginn der Schulung wird mit den Teilnehmenden der Bonner Palliativwissenstest (siehe Evaluation) durchgeführt. Dieser dient der Erfassung des aktuellen Wissensstandes zum Thema Palliativversorgung und der späteren Evaluation des Wissenszuwachses der Teilnehmenden.

Ein wichtiger Themenschwerpunkt in der Schulung ist das Erkennen des Palliativversorgungsbedarfes und die Einbindung von Kooperationspartnern aus der Hospiz- und Palliativversorgung. Dazu werden die regionalen Angebote (Hospizverein, SAPV, Palliativstation und stationäres Hospiz) und vor allem auch die Kontaktwege zu ihnen dargestellt. Die Teilnehmenden sollen die Möglichkeit erhalten, eine grundsätzliche Haltung zu entwickeln, die Sterben und Tod als Teil des Lebens anerkennt und eine besondere Kommunikation mit Bewohner_innen der Pflegeheime und deren Angehörigen erforderlich macht (vgl. Alpha Nordrhein-Westfalen, 2016, S. 32–33). Im Weiteren werden konkrete pflegerische und begleitende Kenntnisse vermittelt wie Symptomlinderung, Mundpflege und Positionswechsel, Trauer, Rituale und Spiritualität, ethische Fallbesprechungen und Organisationsformen der Palliativversorgung. Die Vermittlung der Inhalte orientiert sich an den bereits beschriebenen Kernkompetenzen der European Association for Palliative Care. Das Curriculum ist durch diese Kernkompetenzen gegliedert und unterteilt in Wissen, Haltung, Fertigkeiten, Inhalte und Material (vgl. Alpha Nordrhein-Westfalen, 2016, S. 37–113). Die reinen Schulungszeiten belaufen sich am Tag auf sechs Stunden. Durch die Einrichtung von insgesamt zwei Stunden Pausen wird die tägliche Schulungszeit von acht Stunden erreicht. Die großzügige Pausenplanung ist gewünscht und soll den Austausch untereinander und die Reflektion des Gelernten fördern. Zur Darstellung der Themen und deren Verteilung ist im Folgenden ein exemplarischer Stundenplan aus dem Curriculum abgebildet.

Tabelle 3: Exemplarischer Stundenplan

Verteilung der Unterrichtseinheit (UE) = 45 Minuten (vgl. Alpha Nordrhein-Westfalen, 2016, S. 115)
Tag 1
• Grundlagen von Palliative Care und Hospizarbeit (2 UE) • Organisationsformen und Anwendungsbereiche (2 UE) • Trauer (3 UE) • Familie und soziales Umfeld (1 UE)

Tag 2

• Ethische Herausforderungen (4 UE)
  - Essen und Trinken in der letzten Lebensphase
  - Sterbewunsch
• Psychische Reaktionen (1 UE)
• Wahrnehmung und Kommunikation (3 UE)

Tag 3
• Schmerz- und Schmerzbehandlung (2 UE) • Obstipation (1 UE) • Verwirrtheit und Unruhe (1 UE) • Atemnot und Rasselatmung (1 UE) • Übelkeit und Erbrechen (1 UE) • Probleme Mundschleimhaut und Mundpflege (2 UE)
Tag 4
• Eigene Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer (4 UE) • Rituale (1 UE) • Umgang mit Verstorbenen (1 UE) • Spiritualität (2 UE)
Tag 5
• Vorsorgeplanung (2 UE) • Positionswechsel in der Sterbephase (1 UE) • Ethische Fallbesprechung (1 UE) • Stressmanagement (2 UE) • Teamarbeit und Vernetzung (2 UE)

Die letzte Unterrichtseinheit in der Schulungswoche stellt die Teamarbeit und Vernetzung dar. Sie wird auch dafür genutzt, die geplante kollegiale Praxisbegleitung der geschulten Pflegefachkräfte in ihren Einrichtungen zu beschreiben. Einige Mitglieder der Projektgruppe, nämlich die Pflegerische Leitung der SAPV, die Einrichtungsleitung des zertifizierten Pflegeheimes und der Einrichtungsleiter des stationären Hospizes werden zusammen mit der Koordinatorin des Hospizvereines über den Zeitraum eines halben Jahres regelmäßig kollegiale Praxisbegleitungen mit den geschulten Pflegefachkräften durchführen. Hierfür treffen sich die oben genannten

Mitglieder der Projektgruppe mit vier bis sechs geschulten Pflegefachkräften aus der Schulungsgruppe einmal im Monat für etwa eineinhalb Stunden in den jeweiligen Pflegeheimen. Die Terminvereinbarung erfolgt individuell. Dabei soll im gegenseitigen Austausch das erlernte Wissen in der Praxis angewandt werden. An konkreten Patientenbeispielen, die die geschulten Pflegefachkräfte vorstellen, werden einzelne Probleme und deren (pflegerische) Behandlung bearbeitet. Etwaiger Spezialisierter Palliativversorgungsbedarf von Bewohner_innen soll ermittelt und gegebenenfalls die Betreuung durch Hospizverein oder SAPV in die Wege geleitet werden. Falls zwischen den geplanten Besuchen dringende palliative Versorgungsfragen auftreten sollten, werden Kontaktdaten zwischen den zuständigen Projektgruppenmitgliedern und den geschulten Teilnehmenden ausgetauscht, um zum Beispiel im Rahmen von Telefonaten Unterstützung anbieten zu können. Die Projektgruppenmitglieder übernehmen die kollegiale Praxisbegleitung im Ehrenamt. Sie endet am 30.06.2023.

Die Schulungswoche endet mit der neuerlichen Anwendung des Bonner Palliativwissenstests. Damit wird der Wissensstand der Teilnehmenden nach der Schulung erhoben. Des Weiteren erfolgt die Durchführung einer abschließenden schriftlichen Evaluation, die durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin vorgeschrieben ist.

7 Evaluation und Abschluss

Zur Überprüfung der, eingangs formulierten Ziele, der Schulungsmaßnahme wird abschließend eine mehrschrittige Evaluation durchgeführt.

7.1 Evaluation der durchgeführten Schulung

Die erfolgreiche Durchführung der Schulung und Teilnahme von 20 Pflegefachkräften aus zehn Pflegheimen ist anhand der Anwesenheitslisten direkt nach Schulungsende überprüfbar. Die Inhalte der Schulung lassen sich durch den Stundenplan nachvollziehen, der nach den Vorgaben des Curriculums zur Qualifizierung von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen erstellt wurde und von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zertifiziert ist. Zu den Vorgaben der Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gehört auch eine abschließende Evaluation der Veranstaltung mittels Fragebogen, in der durch die Schulungsteilnehmenden die Vermittlung des Themas und der Raum für Mitarbeit, Reflektion und Austausch bewertet wird (Kursform). Diese Form der Evaluation wird durch die Kursleiterin Palliative Care erhoben. Die Ergebnisse werden von der Verwaltungsleiterin des Hospizverein ausgewertet und in anonymisierter Form an die Verantwortlichen der Schulung und anderen Dozent_innen weiter gegeben. Das Projektteam der Schulung berücksichtigt diese Rückmeldungen bei der Planung möglicher weiterer Schulungswochen.

7.2 Evaluation der kurzfristigen Ziele

Die Evaluation der kurzfristigen Ziele Erweiterung des Wissens und der Fertigkeiten bezüglich Palliativversorgung (Kursinhalt), erfolgt anhand des Bonner Palliativwissenstests. Hierfür werden die Testergebnisse vor der Schulung mit den Ergebnissen der Tests nach der Schulung verglichen. Beim Bonner Palliativwissenstest handelt es sich um ein validiertes Messinstrument für die quantitative Evaluation von Implementierungsmaßnahmen durch Schulung in der stationären Altenpflege (vgl. Pfister et al., 2011, S. 645). Der Test wird innerhalb des Kurses durch die Pflegerische Leitung der SAPV durchgeführt und durch die Verwaltungsleiterin des Hospizvereines ausgewertet.

7.3 Evaluation der mittelfristigen Ziele

Als mittelfristige Ziele wurden die Verbesserung der Versorgungsqualität und das Erkennen von Spezialisiertem Palliativversorgungsbedarf festgelegt. Diese Ziele lassen sich überprüfen, indem nach dem Ende der kollegialen Praxisbegleitung am 30.06.2023 interne Statistikdaten der jeweiligen Pflegeheime bezüglich Notarzteinsätzen in der Einrichtung und Krankenhausverlegungen aus der Einrichtung erhoben werden. Diese Zahlen können dann wiederum mit den internen Statistikdaten der Einrichtung vor der Schulung verglichen werden. Über die internen Erhebungen der SAPV und des Hospizvereines Erlangen lässt sich ein eventuell veränderter Bedarf bezüglich Spezialisierter Palliativversorgung erkennen. Auch hier wird wieder ein vorher-nachher Vergleich durchgeführt. Das Zusammentragen und Auswerten dieser Daten obliegt der Verwaltungsleiterin des Hospizvereines. Um die Evaluation gemeinsam reflektieren zu können, trifft sich die vollständige Projektgruppe am 24.07.2023 zu ihrem letzten Treffen innerhalb dieses Projektes.

7.4 Evaluation der langfristigen Ziele

Die langfristigen Ziele, die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und die Verringerung der Fluktuation sind erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich (innerhalb dieses Konzeptes nicht geplant). Die Voraussetzung hierfür ist die Fortsetzung der Schulung. Die Überprüfung des Zieles Mitarbeiterzufriedenheit kann dann im jährlichen Mitarbeiterjahresgespräch stattfinden. Bezüglich der Messung der Mitarbeiterfluktuation kommen wieder interne Statistikdaten der Pflegeheime zum Einsatz.

8 Finanzierung

Da die Schulung kostenfrei für die Träger der Pflegeheime und die teilnehmenden Pflegefachkräfte angeboten werden soll, werden im Folgenden die Personalkosten ermittelt. Diese

werden den Trägern der Pflegeheime für die Freistellung der Pflegefachkräfte für die Zeit der Schulung rückerstattet. Zur Berechnung der Personalkosten werden exemplarisch für andere Träger die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR) 2021 zugrunde gelegt. Die Eingruppierung von Pflegefachkräften in Pflegeheimen erfolgt in die Entgeldgruppe P7 (vgl. Geschäftsstelle der Dienstgeberseite der AK Caritas, 2021). Da sich die geplante Schulung an Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfte die als Wohnbereichsleitungen fungieren wendet, werden zwei unterschiedliche Gehaltsstufen berechnet.

Zur Berechnung der Kosten des Arbeitgebers pro Jahr wird der Arbeitnehmerbruttogehalt des Jahres mit den Sonderzahlungen des Jahres addiert. Aus dieser Summe werden 20% pauschal für die Arbeitgebernebenkosten (Arbeitgeberanteil der Sozialabgaben und Berufshaftpflicht) errechnet. Arbeitnehmerbrutto addiert mit Sonderzahlungen und Arbeitgebernebenkosten ergeben dann die Arbeitgeberbruttokosten.

Tabelle 4: Berechnung Arbeitgeberbruttokosten

Arbeitnehmerbrutto/ Jahr		Sonderzahlungen/ Jahr	Arbeitgebernebenkosten/Jahr	Arbeitgeberbrutto/ Jahr
Stufe 2	34566,72 €	4649,48 €	7843,24 €	47059,44 €
Stufe 3	36641,76 €	4798,23 €	8287,99 €	49727,98 €

Im nächsten Schritt wird die Nettoarbeitszeit im Jahr errechnet. Hierzu werden von den 39 tariflich festgelegten Wochenarbeitsstunden 20% abgezogen. Diese 20% beinhalten pauschal den Anteil der bezahlten Arbeitszeit, in der jedoch nicht gearbeitet wird (Urlaub, Fortbildungen, Krankheit). Dieses Ergebnis wird dann mit den 52 Wochen eines Jahres multipliziert.

Tabelle 5: Berechnung Nettoarbeitszeit

Wochenarbeitszeit nach Tarif	Wochenarbeitszeit abzüglich 20%	Nettoarbeitszeit/Jahr
39,00 Stunden	31,20 Stunden	1622,40 Stunden

Die Arbeitgeberbruttokosten werden anschließend durch die Nettoarbeitszeit dividiert und ergeben dann die Arbeitgeberkosten für eine Stunde Arbeitszeit.

Tabelle 6: Berechnung Arbeitgeberkosten pro Stunde

Arbeitgeberbrutto/ Jahr		Nettoarbeitszeit/Jahr	Arbeitgeberkosten/Stunde
Stufe 2	247059,44 €	1622,40 Stunden	29,00 €/Stunde
Stufe 3	49727,98 €	1622,40 Stunden	30,65 €/Stunde

Zuletzt werden die Arbeitgeberkosten pro Stunde mit der Schulungszeit von 40 Stunden und der Anzahl der Teilnehmenden pro Stufe AVR multipliziert.

Tabelle 7: Berechnung Arbeitgeberkosten pro Woche

Arbeitgeberkosten/Stunde		Schulungszeit 40 Stunden/Woche	10 Teilnehmende
Stufe 2	29,00 €/Stunde	1160,00 €	11600,00 €
Stufe 3	30,65 €/Stunde	1226,00 €	12260,00 €
Arbeitgeberkosten/Woche			23860,00 €

Die Sachkosten setzen sich zusammen aus Verbrauchsmaterialien wie Flip Chart Block und dazugehörige Stifte, Moderationskarten und Material zum Versenden der verschiedenen Anschreiben. Weiterhin aus den Kosten für den Flyerdruck und das Catering für die Informationsveranstaltung.

Tabelle 8: Berechnung Sachkosten

Material	Kosten	Gesamtsachkosten
Flip Chart Block (5 Stck.)	29,00 €	
Flip Chart Stifte (24 Stck.)	21,00 €	
Moderationskarten (250 Stck.)	7,00 €	
Druck Flyer (250 Stck.)	26,00 €	
Papier (500 Blatt)	3,00 €	
Briefumschläge (250 Stck.)	6,00 €	

Material	Kosten	Gesamtsachkosten
Briefmarken (150 Stck.)	120,00 €	
Catering 50 Personen (15 €/Person)	750,00 €	
Summe Sachkosten		962,00 €

Die Summe der Personalkosten und Sachkosten bilden dann die Gesamtkosten für die geplante Schulung.

Tabelle 9: Berechnung Gesamtkosten

Personalkosten	23860,00 €
Sachkosten	962,00 €
Gesamtkosten	**24822,00 €**

9 Schlussbetrachtungen

Mit diesem Konzept wird versucht, vermutete Hürden im Zugang zu Weiterbildung in der Allgemeinen Palliativversorgung, durch verstärkte Kooperation mit der Spezialisierten Palliativversorgung zu überwinden. Es basiert auf dem Solidaritätsgedanken innerhalb der Berufsgruppe Pflege und des Fachgebietes Palliativversorgung. Damit wird einer bildungsbenachteiligten Adressatengruppe das Recht auf Bildung auch in der beruflichen Weiterbildung eingeräumt (vgl. Nagel, 2010, S. 12).

Grundlage zur Umsetzung dieses Konzeptes ist die Nutzung der vorhandenen Ressourcen und Strukturen innerhalb des Netzwerkes NetHPV Erlangen. In den Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung der European Association for Palliative Care werden in einem eigenen Kapitel die Chancen regionaler Netzwerke durch die gemeinsame Definition von Zielen und Qualitätsstandards dargestellt. Dort sind etwa die Verbesserung des Zuganges zu Palliativversorgung beschrieben, die bessere Kontinuität der Betreuung und die Steigerung der Palliativversorgungsqualität. Diese Versorgungsqualität hängt auch ab von der Koordination der Angebote zwischen Spezialisierter und Allgemeiner Palliativversorgung (vgl. Radbruch & Payne, 2011b, S. 263). Dieses Konzept würde einen entscheidenden Beitrag zur Vernetzung der Spezialisierten und Allgemeinen Palliativversorgung im Raum Erlangen und Erlangen-Höchstadt leisten und damit den Anforderungen des Hospiz- und Palliativgesetzes gerecht werden. Das

Netzwerk NetHPV ähnelt in der Struktur und den Ressourcen den Netzwerken der Palliativversorgung im Großraum Erlangen-Nürnberg-Fürth. Nach erfolgreicher Durchführung sollte daher eine offene Verbreitung stattfinden, damit auch andere Netzwerke von der Idee profitieren können. Dazu ist eine Anpassung des Konzeptes auf die regionalen Bedingungen erforderlich (vgl. Alfes, J. et al., 2018, S. 147). Des Weiteren kann diese Transfermöglichkeit die Bewilligungswahrscheinlichkeit durch die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung erhöhen.

Die bereits beschriebenen anderen innovativen Konzepte zur Verbesserung der Palliativversorgung wie die Letzte Hilfe und die Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim weißen bezüglich ihrer Planung Parallelen zu diesem Konzept auf. Besonders hinsichtlich der Finanzierung der jeweiligen Pilotprojekte durch die Paula-Kubitscheck-Vogel-Stiftung. In beiden Fällen wurden, die Projekte, nach positiver Evaluation, fortgesetzt. Falls es bei der Umsetzung dieses Konzeptes jedoch nicht zu einer ausreichenden Finanzierung durch die Paula-Kubitscheck-Vogel-Stiftung kommen sollte, können weitere potenzielle Geldgeber innerhalb des Netzwerkes NetHPV wie der Verein zur Förderung der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Erlangen e.V. oder die, im Aufbau befindliche, Stiftung Hospizverein angefragt werden.

Eine Besonderheit dieses Konzeptes ist die, an die Schulung anschließende, kollegiale Praxisbegleitung der geschulten Pflegefachkräfte in ihrem Pflegeheim. Sie hat zum Ziel, dass gelernte Wissen in die Praxis zu übertragen. Aus der pflegerischen Grundausbildung ist bekannt, dass Praxisbegleitung die Aufgaben hat die berufliche Handlungskompetenz, die Kommunikationskompetenz sowie die berufliche Persönlichkeitsentwicklung zu fördern. Weiterhin wird die Selbstverantwortung der Lernenden unterstützt und es kommt zu einem wechselseitigen Theorie-Praxis-Transfer (vgl. Stinn, 2020, S. 24). Diese Effekte sind vermutlich auch auf die berufliche Fortbildung übertragbar.

Es dürfte im Konzept deutlich geworden sein, dass der Ausbau der Allgemeinen Palliativversorgung in Pflegeheimen vor allem wegen der aktuellen Arbeitsbedingungen verzögert ist. Die Hindernisse dafür sind im wesentlichen hoher Personalwechsel (Fluktuation), mangelnde Qualifikation der Pflegefachkräfte und fehlende Kooperationen zu Spezialisierten Palliativversorgungsstrukturen (vgl. Allers, 2020, S. 9). Gelingen kann der Ausbau jedoch nur, wenn dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegengewirkt wird und die Arbeitssituation der Pflegefachkräfte in den Fokus gerückt wird (vgl. Diehl et al., 2021, S. 81). Das ist Aufgabe des Gesetzgebers.

Der ehrenamtliche Einsatz der Projektmitglieder ist lediglich für die erste Umsetzung des Konzeptes in ein Projekt geplant. Der vermutete Zeitaufwand für die Projektgruppenmitglieder ist in der Planung nicht berücksichtigt worden, dürfte jedoch vor allem in der Vorbereitungs- und

Durchführungsphase beträchtlich sein. Die Projektgruppe setzt sich aus Mitarbeitenden zusammen, die in Strukturen der Allgemeinen und Spezialisierten Palliativversorgung in Erlangen tätig sind. Zumindest die Spezialisierten Palliativversorgungsstrukturen Hospizverein, stationäres Hospiz und SAPV haben in ihren Leitbildern den Ausbau der Allgemeinen Palliativversorgung als Ziel ihrer Arbeit formuliert. Bei Fortsetzung des Projektes ist es notwendig, mit den jeweiligen Trägern Vereinbarungen zu treffen, die den Projektgruppenmitgliedern die Arbeit am Projekt innerhalb ihrer bezahlten Arbeitszeit ermöglicht. Auch die externen Dozenten sollten bei Fortführung des Projektes ein angemessenes Honorar erhalten.

Die Fortsetzung des Projektes muss in jedem Fall weitergedacht werden. Es ist nicht ausreichend zwei Pflegefachkräfte pro Einrichtung zu schulen. Die langfristigen Ziele wie die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und die Senkung der Mitarbeiterfluktuation werden erst evaluierbar, wenn mehrere Pflegefachkräfte je Pflegeheim geschult sind und ihr Wissen zur Anwendung bringen. Die erforderliche Fortführung ist in dieser Konzeptentwicklung jedoch nicht berücksichtigt worden. Grund für diese Einschränkung ist, dass eine Planung von weiteren Schulungen den Rahmen einer Bachelorarbeit deutlich überschritten hätte.

Weitere Pflegefachkräfte in bereits geschulten Einrichtungen und in noch nicht geschulten Einrichtungen, sind dann zukünftige Teilnehmende in der Schulung. In dieser Konzeptentwicklung werden ausschließlich Pflegefachkräfte in Pflegeheimen angesprochen. Jedoch können auch Pflegefachkräfte in Einrichtungen der Behindertenhilfe Adressaten von weiteren Schulungen sein.

Literaturverzeichnis

Alfes, J., Schaefer, I., & Kolip, P. (2018). Man muss das Rad nicht neu erfinden, sonder damit fahren. Voraussetzungen für einen erfolgreichen Projekttransfer. *Das Gesundheitswesen*, *80*(02), 144–148. https://doi.org/10.1055/s-0042-107346

Allers, K. (2020). *Versorgung von Pflegeheimbewohnern am Lebensende*. http://oops.uni-oldenburg.de/4695/1/allver20.pdf

Alpha Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2016). *Curriculum zur Qualifizierung von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen*. Pallia Med Verlag.

Bollig, G. (2017). Letzte Hilfe Kurs. *Zeitschrift für Komplementärmedizin*, *09*(02), 25–27. https://doi.org/10.1055/s-0043-105089

Bundesgesetzblatt. (2015). *BGBl. I 2015 S. 2114—Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz...* dejure.org. https://dejure.org/BGBl/2015/BGBl._I_S._2114

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Hospiz- und Palliativgesetz*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf

Clark, D. (2002). *Cicely Saunders: Founder of the Hospice Movement: Selected Letters 1959-1999*. Clarendon Press.

Coors, M., Jox, R., & in der Schmitten, J. (2015). *Advance Care Planning*. W. Kohlhammer.

Dasch, B., Blum, K., Gude, P., & Bausewein, C. (2015). Place of Death. *Deutsches Aerzteblatt Online*. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0496

Deutsche Alzheimergesellschaft. (2020). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. https://www.alzheimer-bayern.de/images/downloads/demenz/8_Zahlen/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Escobar Pinzon, L. C., & Dietz, P. (2021). Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der allgemeinen Palliativversorgung in Deutschland: Eine Querschnittbefragung. *Pflege*, *34*(2), 80–91. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000791

Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *European Journal of Palliative Care*, *20*(3), 140–145.

Geschäftsstelle der Dienstgeberseite der AK Caritas (Hrsg.). (2021). *Examinierte Pflegefachkraft in der Altenhilfe*. https://www.caritas-leverkusen.de/assets/P7-2021-Regionen-West.pdf

Graf, P., & Spengler, M. (2013). *Leitbild- und Konzeptentwicklung* (6. Aufl.). Walhalla Fachverlag.

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.). (2021). *Wachstumsmarkt Pflege*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Schwinger, A., & Klauber, J. (Hrsg.). (2017). *Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer.

Kern, M., Müller, M., Aurnhammer, K., & Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V. (2020). *Basiscurriculum palliative care für Pflegekräfte (Modul 1 und Modul 2—160 Unterrichtseinheiten)*.

Kosan, J. (2005). *Notarzteinsätze in Alten- und Pflegeheimen*. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/2487/Dissertation_J_Kosan_elektronische_Version.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kurkowski, S., Heckel, M., & Volland-Schüssel, K. (2018). Wünsche von Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen für ihr Sterben. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *51*(8), 912–920. https://doi.org/10.1007/s00391-018-1444-2

Melching, H. (2015). *Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung*. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-palliativversorgung-modul-2

Munn, J., Dobbs, D., Meier, A., Williams, C., Biola, H., & Zimmerman, S. (2008). *The end of life experience in long-term care: Five themes identified by focus groups with residents, family members and staf*. *48*(4), 485–494. https://doi.org/10.1093/geront/48.4.485

Nagel, B. (2010). *Gerechtigkeit und Recht auf Weiterbildung*. W. Bertelsmann Verlag. https://doi.org/10.3278/23/3003w009

Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung (Hrsg.). (2019). *Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim*. https://www.pkv-stiftung.de/files/broschuere_zib_2018-2019.pdf

Pfister, D., Müller, M., Müller, S., Kern, M., Rolke, R., & Radbruch, L. (2011). Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). *Der Schmerz*, *25*(6), 643–653. https://doi.org/10.1007/s00482-011-1111-7

Radbruch, L., Andersohn, F., & Walker, J. (2015). *Überversorgung kurativ-Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende*. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV__FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf

Radbruch, L., & Payne, S. (2011a). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *12*(05), 216–227. https://doi.org/10.1055/s-0031-1276909

Radbruch, L., & Payne, S. (2011b). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *12*(06), 260–270. https://doi.org/10.1055/s-0031-1276957

Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.). (2015). *Palliative Praxis*. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_Palliative_Praxis_2015.pdf

Schneider, W., Dill, H., & Gmür, W. (2017). *Sterben zu Hause im Heim—Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege*. https://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Forschung/20180522_SiH-Sachbericht_EndV.pdf

Schulte, V. (2016). Palliative Care im Spannungsfeld von Demenz und Heimpflege. In A. Fringer (Hrsg.), *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege* (1. Auflage). Hogrefe.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Palliative Care*, *24*(2), 6.

Statistisches Bundesamt. (2021). *Periodensterbetafel 2018/2020*. 24.

Stinn, A.-M. (2020). *Praxisbegleitung gestalten—Ein pflegedidaktisch begründetes Konzept*. https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/2027/file/Stinn_Anna-Maria_Masterthesis.pdf

Winter, M. (2008). *Pflegeheime auf dem Weg zu Institutionen des Sterbens*. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0408_winter.pdf

Anhang 1

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.

3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer Autor_innen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen.

4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.

6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Erlangen, den……..

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers