

Susann Behrendt · Felipe Argüello Guerra · Miriam Räker · Kathrin Jürchott ·
Jürgen Klauber · Antje Schwinger



Die Versorgung von Pflegeheim- bewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflege

Eine Befragung in deutschen Pflegeheimen

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden
am Lebensende aus Sicht der Pflege.
Eine Befragung in deutschen Pflegeheimen

Berlin, Juli 2022

Susann Behrendt, Felipe Argüello Guerra, Miriam Räker
Kathrin Jürchott, Jürgen Klauber, Antje Schwinger

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impressum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Melanie Hoberg
Satz: Melanie Hoberg
Grafik: KomPart
Titelfoto: istock_Barcin



Copyright: © 2022 Behrendt S, Argüello Guerra F, Räker M,
Jürchott K, Klauber J, Schwinger A

Creative Commons: Namensnennung - Weitergabe unter gleichen
Bedingungen 4.0 International (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in
allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange
der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de

Internet: <http://www.wido.de>

DOI: <https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006434069>

Inhalt

1	Hintergrund und Zielstellung	5
2	Methodik und Studienpopulation	7
2.1	Methodik.....	7
2.2	Beschreibung der Studienpopulation	8
3	Ergebnisse	11
3.1	Standards und Verfahren bei der Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende	11
3.1.1	Die Versorgung von Bewohnenden am Lebensende als Bestandteil des Alltags von Pflegenden	11
3.1.2	Häufigkeit und Bewertung zentraler Verfahren bei der Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende.....	12
3.1.3	Pandemiebedingte Veränderungen der Pflege und Begleitung am Lebensende	14
3.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Versorgung am Lebensende	16
3.2.1	Häufigkeit und Bewertung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Versorgung am Lebensende	16
3.2.2	Kritische Situationen bei der interdisziplinären Versorgung am Lebensende aus Sicht der Pflegenden	19
3.2.3	Konflikte im Kontext der interdisziplinären Versorgung am Lebensende	21
3.2.4	Pandemiebedingte Veränderungen der interdisziplinären Versorgung am Lebensende.....	22
3.3	Qualifizierung und Personalausstattung.....	24
3.3.1	Verfügbarkeit von Personal und Qualifizierungsangeboten	24
3.3.2	Versorgungssituationen am Lebensende und Personalausstattung/Qualifizierung	26
3.3.3	Pandemiebedingte Veränderungen bei der Personalausstattung und Qualifizierung.....	29
4	Diskussion und Fazit	30
4.1	Diskussion	30
4.2	Fazit.....	33
	Anhang	35
	Quellen Fragebogenentwicklung	35
	Fragebogen	36

Literaturverzeichnis	57
Abbildungsverzeichnis	59
Tabellenverzeichnis.....	60

1 Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland leben rund 700.000 gesetzlich versicherte Menschen in Einrichtungen der vollstationären Pflege (BMG 2022), mehr als die Hälfte (52,0 %) sind 80 Jahre und älter (Matzk et al. 2022) und damit hochbetagt – und nicht nur das: ihr Zustand ist häufig von Multimorbidität und Fragilität gekennzeichnet. Kognitive Beeinträchtigungen sind hochprävalent, mehr als zwei Drittel (69,0 %) der Bewohnenden gelten als demenziell erkrankt (Behrendt et al. 2022). Diese Faktoren – in Verbindung mit Autonomieverlust und ggf. eingeschränkter sozialer Anbindung – führen zu einer herausfordernden Bedarfslage: für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und die medizinisch und pflegerisch Versorgenden.

In der Regel verbringen die Bewohnenden ihre letzte Lebensphase in den Einrichtungen und versterben dort. Welche Bedeutung das Setting Pflegeheim für das Versterben hat, zeigt eine gerade veröffentlichte Studie des WIdO auf Basis von AOK-Routinedaten: Jede dritte innerhalb eines Jahres verstorbene AOK-versicherte Person lebte in einem Pflegeheim (Schwinger et al. 2022).

Das oberste Ziel einer Versorgung von Menschen mit absehbarem Lebensende besteht in der Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität, des individuellen Wohlbefindens und der Gestaltung der Behandlungspfade entlang der Wünsche, Bedarfe und Vorstellungen der Betroffenen selbst¹. Neben der somatischen Dimension sind auch psychosoziale und spirituelle Aspekte zu betrachten (Engel 2014). An der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende lässt sich ferner sehr deutlich erkennen, wie berufsgruppen- und sektorenübergreifend Versorgung im Pflegeheim als „Geflecht aus professionellen und informellen Beziehungen verschiedener Akteure“ stattfindet (Tiedtke et al 2014: 23). Interprofessionellen Teams kommt hier eine immense Bedeutung zu (Becker 2014): sie beziehen idealerweise die Perspektiven und Kompetenzen von Pflegepersonal, ärztlichen und therapeutischen Akteuren, Seelsorgenden, Hospizbegleitenden, Betreuungsassistierenden oder auch von Personen aus der Sozialarbeit mit ein. Und allem voran stehen die Wünsche und Perspektiven der Bewohnenden und ihrer Angehörigen selbst. Es geht um eine ganzheitliche Betrachtung der Situation der Betroffenen in den verschiedenen Momenten und Phasen sowie um eine Umgewichtung kurativer zugunsten palliativer, primär symptomlindernder Versorgungsziele (Wilkening und Martin 2003).

Das Versterben ist bei einem großen Teil der betagten Pflegeheimbewohnenden kein plötzliches, sondern ein erwartbares Ereignis. Diese Erwartbarkeit müsste eigentlich ermöglichen, ein würdevolles Sterben entlang vorab erfasster bewohnendenindividueller Wünsche und Vorstellungen zu planen und zu gestalten (Tiedtke und Lang 2014). Als ein klassisches Instrument dient hierfür die Patientenverfügung. Eine aktuelle inhaltliche Auswertung von 265 Patientenverfügungen in 13 Pflegeheimen des Würzburger Raums macht deutlich: Bewohnende sprechen sich hierbei primär für Maßnahmen der Symptomlinderung und Pflege (u. a. bei Schmerzen, Angst oder Luftnot) aus und gegen jene zur Lebensverlängerung und Lebenserhaltung (u. a. Reanimation und künstliche Beatmung) (Klemmt et al 2022).

In welchem Umfang die Patientenverfügungen in deutschen Pflegeheimen vorliegen, dazu gibt es bisher nur wenige und vielmehr sehr heterogene Erkenntnisse auf Basis

¹ Siehe u.a. <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>

oftmals sehr kleiner Studienpopulationen, die jedoch alle in eine Richtung weisen: eine „Unterversorgung“ mit Patientenverfügungen. In einer Befragung von Bewohnenden (n=68) von fünf Würzburger Pflegeheimen lag für 36,7 % eine Patienten- bzw. Betreuungsverfügung oder eine Vollmacht vor (van Oorschot et al. 2019). Eine kürzlich veröffentlichte Studie zur Beachtung dieser Voraussetzungen bei ärztlichen Einsätzen außerhalb der Praxiszeiten kommt demgegenüber bei ebenfalls kleiner Bezugsgruppe auf einen Anteil von 70,7 % bei 82 Bewohnenden (Witthauer und Kolominsky-Rabas 2022). Eine Befragung, primär von Personen der Leitungsebene in Pflegeheimen (n=486), beziffert diesen Anteil mit 45,9 % der Bewohnenden (Strautmann et al. 2020). Eine weitere Studie aus der Region Bremen und Niedersachsen lässt befragte Hausärztinnen und Hausärzte diesen Anteil schätzen. Das Ergebnis: 36,8 % der Bewohnenden haben nach dieser Erhebung eine Patientenverfügung (Allers 2020). Zudem gibt es eine Vielzahl an Hinweisen zu potentiell vermeidbaren Hospitalisierungen vor Versterben, unzureichenden Verordnungen zur Symptomlinderung oder der Patientenverfügung widersprechender weiterer medizinischer Maßnahmen und insgesamt gesehen Indizien für eine kurative Überversorgung (Allers 2020; Behrendt et al. 2022; Radbruch et al. 2015; Schwinger et al. 2022).

Die hier vorgelegte Studie zielt vor diesem Hintergrund darauf, den Zustand sowie die Qualität der Versorgung und Begleitung von Menschen am Lebensende zu beleuchten und befragt hierzu bundesweit Pflegende zu ihren Erfahrungen, Bedarfen und auch Belastungen.

Aus den Forschungsbefunden für deutsche Pflegeheime und den vorliegenden Empfehlungen und Leitfäden für den Umgang mit Bewohnenden am Lebensende ergaben sich vier Thesen als Ausgangspunkt und Basis der Untersuchung:

- I. Pflegepersonen nehmen die Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer Versorgung am Lebensende/Palliativversorgung (PV) und der Versorgungsrealität/ihren Handlungsmöglichkeiten wahr.
- II. Die Versorgung am Lebensende soll ganzheitlich erfolgen, umso wichtiger ist eine koordinierte interprofessionelle Versorgung am Lebensende. Barrieren der Kooperation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen führen zu kritischen Versorgungsereignissen bis hin zum (vermeidbaren) Versterben im Krankenhaus.
- III. Die Versorgung am Lebensende/PV birgt zahlreiche Momente, in denen sich Pflegepersonen überfordert oder belastet fühlen.
- IV. COVID-19 ist ein Brennglas für die Mangelausstattung von Pflegeheimen – es zeigt sich verschärft die Unterversorgung am Lebensende/in Palliativsituationen. Die wahrgenommene Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen des Versterbenden und den ethisch-moralischen und professionellen Ansprüchen der Pflegekraft auf der einen Seite und den tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten auf der anderen Seite verschärfen die wahrgenommenen Belastungen der Pflegepersonen.

Insofern zielt die Studie auf den Wissenszuwachs zu pflegeheimbezogenen Informationen zur Versorgung am Lebensende/PV, zu Kooperationen mit Palliativfachpersonal und anderen beteiligten Handelnden, zur Umsetzung von Standards/Verfahren einer entsprechenden Versorgung am Lebensende (z. B. Patientenverfügungen und Symptom-Assessment), zu Qualifizierungsangeboten und -bedarfen sowie zur Häufigkeit von Konflikten bzw. kritischen Situationen und dem damit assoziierten Belastungsempfinden der Pflegenden.

2 Methodik und Studienpopulation

2.1 Methodik

Die empirische Basis der vorliegenden Untersuchung bildet eine Online-Befragung von Pflegenden in deutschen Pflegeheimen im Zeitraum vom 18. März bis 22. Mai 2022. Die Befragung ließ sich via Smartphone und Computer ausfüllen. Mit der Rekrutierung, Fragebogentestung und Felderhebung war die *medpirica GmbH* beauftragt. Der Teilnehmendenkreis wurde durch eine postalische Einladung rekrutiert, die an die Pflegeheimleitung von 4.000 zufällig ausgewählten Pflegeheimen deutschlandweit verschickt wurde. Der Umschlag enthielt je fünf Schreiben inklusive Befragungslink und QR-Code, die von der Pflegeheimleitung an die entsprechenden Mitarbeitenden verteilt werden sollten².

Zielgruppe der Befragung waren

- Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung und der Berufsbezeichnung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende oder Altenpflegende sowie
- Pflegehilfspersonen, die hauptsächlich in der Pflege und Betreuung tätig sind (d. h. keine hauswirtschaftlichen Hilfspersonen).

Die *medpirica GmbH* führte im Auftrag des WIdO diese Befragung in anonymisierter Weise durch, ein Einrichtungsbezug der Daten ist nicht herstellbar.

Ein Pretest vor Beginn der Erhebung (N=5) prüfte die Reliabilität des Fragebogens und im Speziellen die Verständlichkeit der Formulierungen, die Relevanz bestehender sowie das Fehlen möglicher weiterer relevanter Items bzw. Antwortkategorien und schließlich die Befragungsdauer. Der Fragebogen ist im Anhang hinterlegt. Er besteht überwiegend aus standardisierten, geschlossenen Fragen, die bereits in dieser oder ähnlicher Form in anderen Befragungen etabliert wurden. Neben Untersuchungen zum Kontext Palliative Pflege wurden weitere relevante Studien zu Belastungen von Pflegepersonal in Pflegeheimen und die eingesetzten Erhebungsinstrumente gesichtet. Dort verwendete Fragebatterien gingen – angepasst an den spezifischen Kontext der Lebensende-Versorgung und auf den Fokus Pflegeheim – in die Gestaltung des vorliegenden Fragebogens ein und wurden um weitere Itembatterien ergänzt. Die Tabelle im Anhang zeigt zusammenfassend die Items unseres Fragebogens, das jeweilige Subthema und den entsprechenden Verweis auf die Literaturquelle.

Durch den bereits im Vorfeld, v. a. pandemiebedingt, als gering angenommenen Rücklauf von etwas weniger als 10 % (circa 350 bis 400 Pflegeheime mit jeweils drei antwortenden Mitarbeitenden) zielte die Befragung auf n=1.000 befragte Mitarbeitende in deutschen Pflegeheimen. Trotz zweier Erinnerungsschreiben (zunächst postalisch, dann per E-Mail) blieb es jedoch bei einem geringen Rücklauf – ursächlich mögen hier eine ungünstige Kombination aus pandemiebedingt gesteigertem Personal- und Zeit-

² Ebenso bestand die Möglichkeit, diese Fragebögen als Printversion (auch hier maximal fünf Bögen je Einrichtung) bei der *medpirica GmbH* zu bestellen. Insgesamt 36,6 % von 142 auf diese Weise angeforderten Bögen gingen ein, sind gleichwohl in den hiesigen Auswertungen nicht enthalten.

mangel, einer an sich eher als hoch eingeschätzten Arbeitsbelastung sowie den Osterfeiertagen im Erhebungszeitraum sein. Von insgesamt 830 Teilnehmenden schlossen 562 (67,7 %) die Befragung vollständig ab, von denen zehn weitere aufgrund unplausibler Angaben entfielen, so dass insgesamt 552 Fragebögen in die Analyse eingingen.

Die Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS Version 28. Das Forschungsteam codierte die Freitextfelder.

2.2 Beschreibung der Studienpopulation

Tabelle 1 gleicht die Studienpopulation hinsichtlich grundlegender Merkmale mit der amtlichen Pflegestatistik 2019 ab. Von den 552 befragten Pflegenden ist erwartungsgemäß der übergroße Teil weiblich (83,2 %) (Tabelle 1). Die Altersgruppenbesetzung ist relativ homogen mit einem leichten Peak bei den 30- bis 39-Jährigen – zu dieser Gruppe zählt knapp ein Drittel aller Befragten (Tabelle 1). Im arithmetischen Mittel sind die Pflegenden der Erhebung 43 Jahre alt. Mit einem Anteil von 58,5 % sind die Befragten überwiegend als Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen tätig, während sich jeweils ein Fünftel in der Gruppe der Wohnbereichsleitung (20,1 %) oder auf Managementebene (19,9 %) verorten, eine recht überproportionale Beteiligung der letztgenannten Gruppen.

Die befragten Pflegenden arbeiten durchschnittlich seit rund zehn Jahren in der aktuellen Einrichtung. 12,5 % der Befragten sind jedoch weniger als zwei Jahre in der Einrichtung beschäftigt und nahmen damit erst während der COVID-19-Pandemie die Tätigkeit dort auf (Tabelle 1). Diese Personen konnten demzufolge keine Auskunft über Veränderungen der Versorgungssituation seit Pandemiebeginn (datiert auf den 1. März 2020) in ihrem Pflegeheim geben und wurden von entsprechenden Fragen via Filterführung (Frage 1 des Fragebogens, Anhang) exkludiert.

Die Studienpopulation ist dabei überwiegend in mittelgroßen Pflegeheimen mit 51 bis 100 Bewohnenden (49,1 %) tätig, kleine Einrichtungen sind eher unterrepräsentiert (Tabelle 2). Ferner haben Pflegepersonen aus Einrichtungen in privater Trägerschaft unterproportional häufig an der Befragung teilgenommen – ein Anteil von 42,7 % wäre zu erwarten gewesen, in unserer Studienpopulation arbeiten 29,9 % der Befragten in einem Pflegeheim mit dieser Trägerschaft (Tabelle 2). Mehr als ein Drittel der Pflegenden (37,7 %) geben für ihre Einrichtung mindestens einen im Versorgungsvertrag vereinbarten pflegefachlichen Schwerpunkt an, lediglich 8,2 % der Studienpopulation Palliative Care/ Sterbebegleitung. Häufigere Schwerpunkte betrafen die Demenz (20,8 %) sowie Gerontopsychiatrie (8,5 %), wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Der Blick auf die regionale Verteilung zeigt für die meisten Bundesländer eine im Vergleich zur Pflegestatistik 2019 sehr ähnliche Verteilung der Befragten bzw. ihrer Einrichtungen. Etwas unterrepräsentiert ist die Studienpopulation in Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen und wiederum stärker vertreten in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (Tabelle 2).

Tabelle 1: Befragtencharakteristika – Merkmale der befragten Pflegenden (Studienpopulation) und im Vergleich zu den Pflegepersonen in deutschen Pflegeheimen gemäß Amtlicher Pflegestatistik

	Studienpopulation: Pflegende im Pflegeheim	Pflegestatistik: Pflegende im Pflegeheim in Deutschland (2019)
Geschlecht [%]	100%, n=552	n=796.489*
Frauen	83,2	82,7
Männer	16,3	17,2
Divers	0,5	-
Alter in Jahren [%]	100 %, n=552	n=796.489*
< 30	12,3	17,6
30 bis 39	24,5	18,7
40 bis 49	30,8	20,4
50 bis 59	26,8	30,3
60+	5,6	12,7
Haupttätigkeit in der Einrichtung [%]	100 %, n=552	
Management/ Pflegedienstleitung	20,1	
Wohnbereichsleitung	19,9	
Pflegfachkraft	42,6	
Pflegehilfskraft	15,9	
Sonstiges	1,4	
Dauer der Tätigkeit in der Einrichtung in Jahren [%]	100 %, n=552	
< 2	12,5	
2 bis 5	27,0	
6 bis 10	23,0	
11 bis 20	25,0	
> 20	12,5	

* Daten aus der Pflegestatistik 2019.

© WIdO 2022

Tabelle 2: Einrichtungscharakteristika – Merkmale der befragten Pflegenden (Studienpopulation) und im Vergleich zu allen in vollstationären Pflegeheimen tätigen Pflegepersonen

	Studienpopulation: Pflegende im Pflegeheim	Pflegestatistik: Pflegende im Pflegeheim in Deutschland (2019)
Einrichtungsgröße (Anzahl Bewohnende) [%]	100 %, n=552	n=15,380*
< 20	2,4	11,2
21 bis 50	17,4	36,3
51 bis 100	49,1	36,9
> 100	30,4	15,7
weiß ich nicht	0,7	
Trägerschaft der Einrichtung [%]	100 %, n=552	n=15,380*
öffentlich	8,7	4,52
freigemeinnützige Träger	61,4	52,7
privatgewerblich getragen	29,9	42,7
Einrichtung nach Bundesland [%]	100 % n=548**	n=15,380*
Baden-Württemberg	16,1	12,4
Bayern	14,2	13,1
Berlin	0,5	2,6
Brandenburg	1,8	3,9
Bremen	0,9	0,9
Hamburg	0,5	1,3
Hessen	7,8	6,2
Mecklenburg-Vorpommern	3,3	3,2
Niedersachsen	13,1	12,8
Nordrhein-Westfalen	14,8	19,2
Rheinland-Pfalz	6,6	3,6
Saarland	2,2	1,3
Sachsen	5,3	6,9
Sachsen-Anhalt	4,9	4,5
Schleswig-Holstein	3,5	4,5
Thüringen	4,4	3,4

* Daten aus der Pflegestatistik 2019. Anteile zu den Einrichtungen sind in der Pflegestatistik auf die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen bezogen.

** n=4 ohne Angabe des Bundeslandes.

© WiDO 2022

3 Ergebnisse

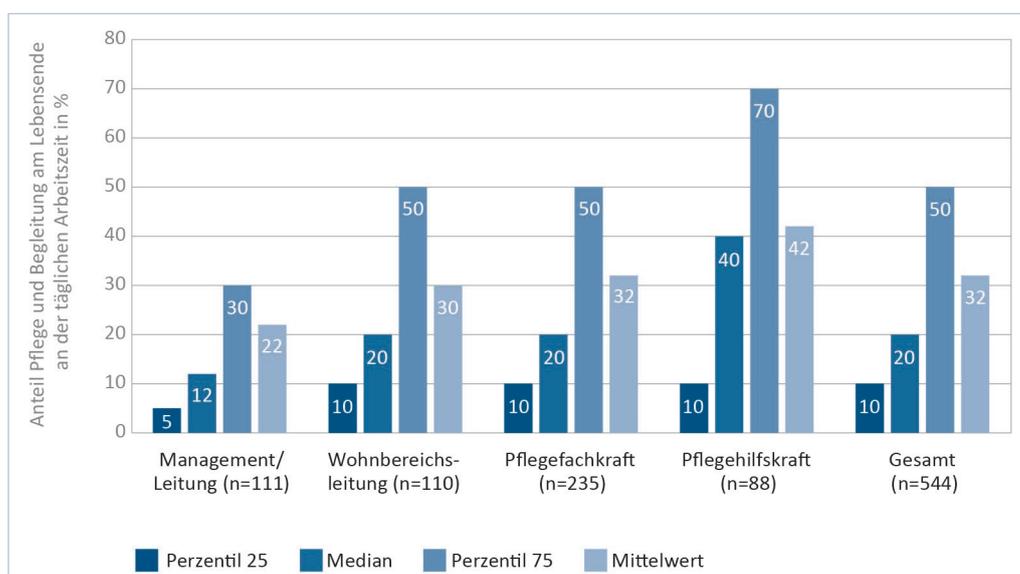
3.1 Standards und Verfahren bei der Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende

3.1.1 Die Versorgung von Bewohnenden am Lebensende als Bestandteil des Alltags von Pflegenden

Die Versorgung, Pflege und Begleitung von Menschen, die absehbar versterben werden, ist ein wesentlicher Bestandteil des Alltags in deutschen Pflegeheimen, das zeigt die Befragung eindrucksvoll: im Schnitt wenden die 552 Pflegenden 32 % (Median: 20 %) ihrer täglichen Arbeitszeit für die Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende auf. Bei einem Viertel der Pflegepersonen beträgt dieser Anteil mindestens 50 %, beim Viertel der Pflegenden mit den geringsten Anteilen bis zu 10 %. Fünf Prozent der Befragten versorgen nach eigener Angabe nahezu ausschließlich (90 % bis 100 %) Bewohnende mit absehbarem Lebensende.

Erwartungsgemäß variiert der Arbeitszeitanteil für die Pflege und Begleitung am Lebensende je nach Tätigkeitsfeld der Befragten bzw. unmittelbarer Beteiligung an der Versorgung der Bewohnenden. Ein Viertel der Pflegehilfspersonen (Perzentil 75) investieren nach eigener Aussage 70 % und mehr ihrer täglichen Arbeitszeit in diese Versorgung, das entsprechende Viertel der Pflegefachpersonen mindestens die Hälfte (50 %) der Arbeitszeit (Abbildung 1).

Abbildung 1: Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende – Anteil an der täglichen Arbeitszeit aus Sicht der Pflegenden* und differenziert nach Haupttätigkeit in der Einrichtung



* 8 Befragte, die bei der Frage nach dem Haupttätigkeitsfeld unter Sonstiges „Schülerin“ etc. angaben, sind hier exkludiert. Das Gesamt-N der in der Abbildung aufgeführten Befragten beträgt folglich N=544.

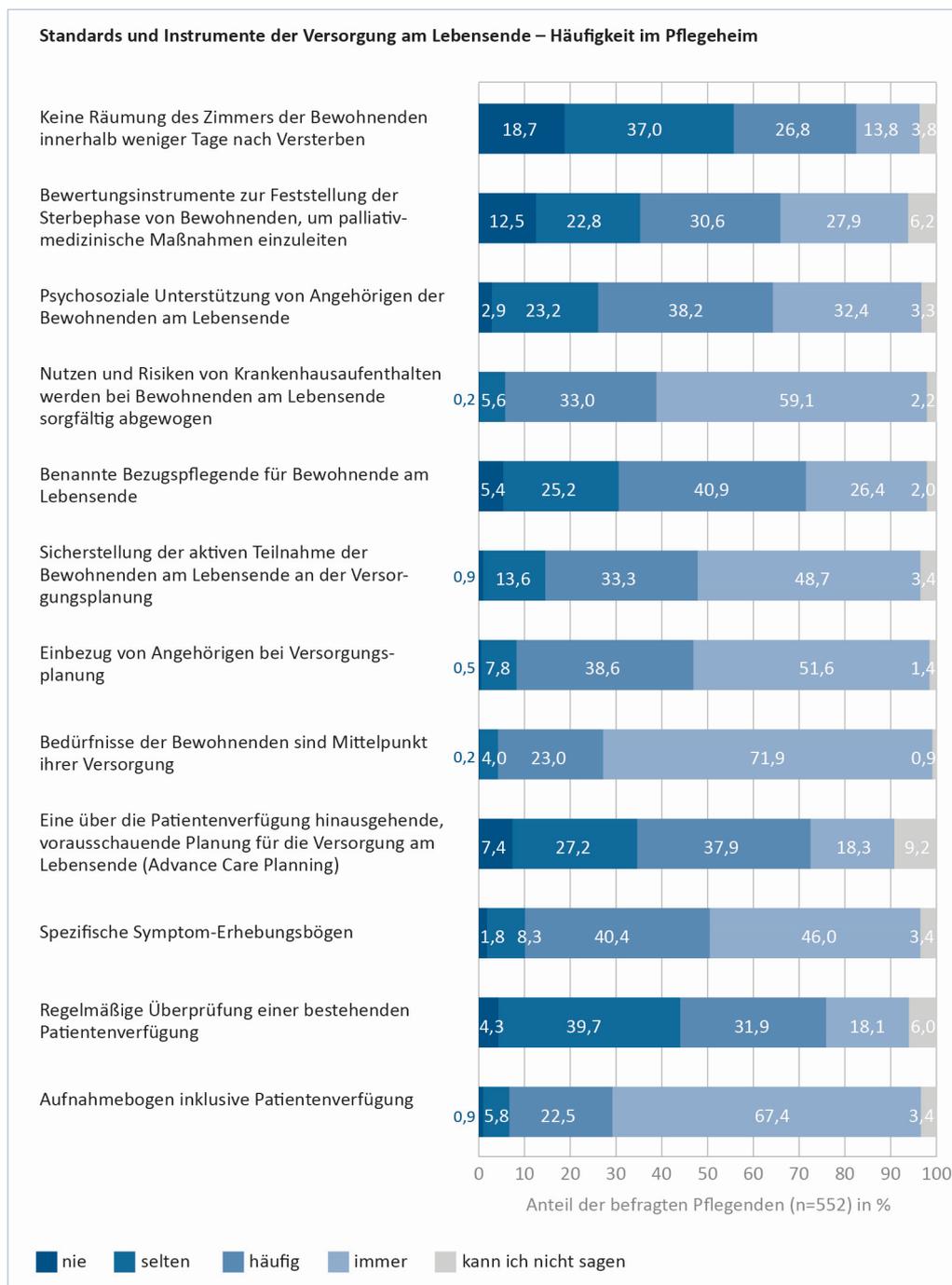
3.1.2 Häufigkeit und Bewertung zentraler Verfahren bei der Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende

Eine Arbeitsgruppe der European Association for Palliative Care (EAPC) entwickelte in den Jahren 2011 bis 2013 ein Weißbuch von Qualitätsstandards in der palliativen Pflege (Bausewein et al. 2016). Um einen Eindruck zur Qualität der Pflege am Lebensende an den Arbeitsplätzen der befragten Pflegenden zu gewinnen, wurden diese Qualitätsstandards in Form einer Fragenbatterie auf die Versorgung am Lebensende übersetzt und zugeschnitten.

Ein zentraler Qualitätsstandard benennt die Kenntnis der Wünsche der Bewohnenden sowie deren Dokumentation und kontinuierliche Aktualisierung. Nur zwei Drittel der hier befragten Pflegenden (67,4 %) geben an, dass bei Aufnahme ins Pflegeheim *immer* auch die Patientenverfügung abgefragt wird. Die Prüfung einer bestehenden Patientenverfügung im Laufe des Heimaufenthalts erfolgt, so die Aussage fast jeder zweiten Pflegekraft (44,0 %), *selten* oder *nie*. Das markiert – gerade in Anbetracht der Tatsache, dass betagte Pflegeheimbewohnende am Lebensende i. d. R. an langsam oder rapide progredienten Erkrankungen wie Demenz leiden – einen zentralen Ansatzpunkt für eine Versorgungsverbesserung. Eine über die Patientenverfügung hinausgehende, vorausschauende Planung für die Versorgung am Lebensende (im Sinne eines Advance Care Planning) findet, so die Antwort eines Drittels der Pflegenden (34,6 %) *selten* oder *nie* statt (Abbildung 2).

Auch hinsichtlich weiterer durch die EAPC empfohlenen Standards ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Für knapp drei Viertel der Befragten gilt: *immer* stehen die Bedürfnisse der Bewohnenden am Lebensende im Zentrum ihrer Versorgung (71,9 %). Jedoch: nach Aussage von nur rund der Hälfte der befragten Pflegenden (51,6 %) findet die Einbindung der Angehörigen *immer* statt, der entsprechende Wert für die Risiko-Nutzen-Abwägung von Krankenhausaufenthalten am Lebensende beläuft sich nur auf 59,1 % – allesamt Hinweise auf einen deutlichen Optimierungsbedarf (Abbildung 2).

Abbildung 2: Häufigkeit zentraler Standards und Verfahren einer Versorgung am Lebensende im Pflegeheim aus Sicht der Pflegenden

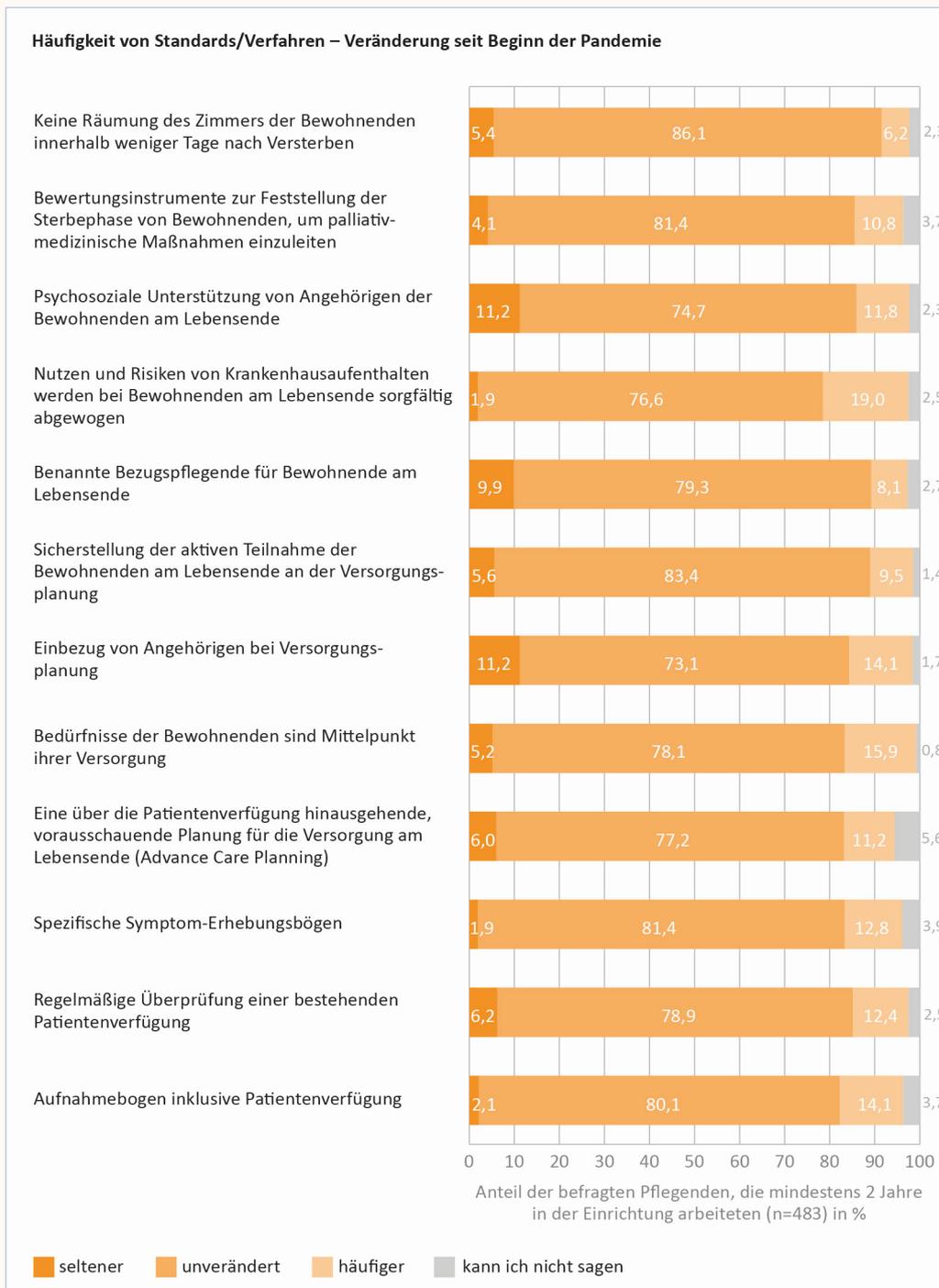


3.1.3 Pandemiebedingte Veränderungen der Pflege und Begleitung am Lebensende

Während bei einem Drittel der befragten Pflegepersonen (29,0 %) in der Pandemie der für die Versorgung am Lebensende aufgewendete Anteil täglicher Arbeitszeit stieg, blieb er bei 57,3 % der Pflegenden gleich; bei 7,2 % sank er.

Was die Häufigkeit der Anwendung der hier genannten Verfahren bzw. Standards angeht, hat sich, so die Mehrheit der befragten Pflegenden, im Kontext der Pandemie nichts verändert (Range: 73,1 % bis 86,1 %) (Abbildung 3). 4,1 % der Pflegenden nehmen das Vorliegen einer Patientenverfügung bei Aufnahme sowie der Einbeziehung der Angehörigen als häufiger wahr, bei knapp einem Fünftel (19,0 %) der Befragten trifft dies auf die Risiko-Nutzen-Abwägung einer Hospitalisierung am Lebensende zu. Demgegenüber geben jeweils rund ein Zehntel der Pflegenden an, dass die Integration der Angehörigen in die Versorgungsplanung ebenso wie deren psychosoziale Unterstützung seit Beginn der Pandemie abgenommen hat – alles in allem erwartbare Einschätzungen vor dem Hintergrund der COVID-19-bedingten Zunahme von Sterbefällen einerseits und der Besuchseinschränkungen bzw. -verbote andererseits (Abbildung 3).

Abbildung 3: Seit Beginn der Pandemie – Häufigkeit zentraler Standards und Instrumente einer Versorgung am Lebensende im Pflegeheim aus Sicht der Pflegenden



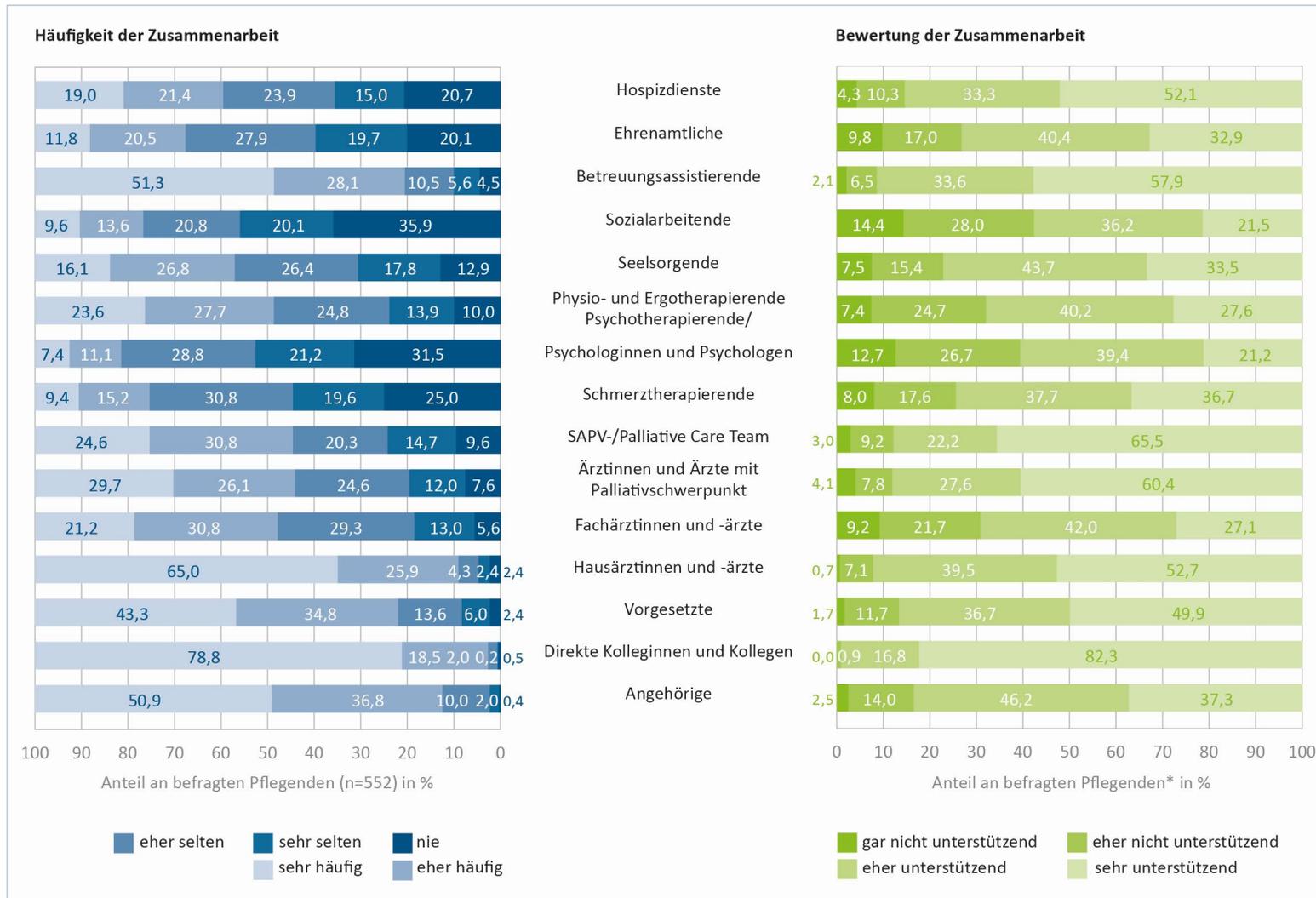
3.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Versorgung am Lebensende

3.2.1 Häufigkeit und Bewertung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Versorgung am Lebensende

Die Versorgung, Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende ist komplex und erfordert das Zusammenspiel einer Vielzahl von Personen und Berufsgruppen – angefangen bei den Bewohnenden selbst und ihren Angehörigen über das Personal der Pflegeeinrichtung und involvierte Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie Psycho-, Physio- und Ergotherapierende bis hin zu Hospizhelfenden, Seelsorgenden und Ehrenamtlichen. Wie häufig die befragten Pflegenden mit diesen und weiteren Handelnden im Kontext der Versorgung am Lebensende kooperieren, zeigt Abbildung 4. Neben den Mitarbeitenden und Vorgesetzten in der eigenen Einrichtung sind – gemessen am Anteil der Pflegenden, die *sehr häufig* angeben – die hausärztlichen Versorgenden (65,0 %), die Betreuungsassistierenden (51,3 %) sowie die Angehörigen (50,9 %) die zentralen Gruppen der Zusammenarbeit für die Pflegenden. Nur 21,2 % bzw. 29,7 % der Befragten arbeitet *sehr häufig* mit fachärztlichen Akteuren bzw. mit Ärztinnen und Ärzten mit Palliativschwerpunkt im Kontext der Versorgung am Lebensende. Zusammen mit bzw. in Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung/Palliative Care Teams versorgen nur ein Fünftel der Befragten (24,6 %) *sehr häufig* Menschen am Lebensende in ihrer Einrichtung.

Betrachtet man die Anzahl der *Nie*-Antworten, lassen sich vermutlich ausbaufähige Kooperationsstrukturen in der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden in ihrer letzten Lebensphase identifizieren. Denn: ein Viertel der Pflegenden (25,0 %) arbeitet *nie* mit Schmerztherapierenden zusammen sowie jeweils knapp bzw. rund ein Drittel *nie* mit psychologischen/psychotherapeutischen Fachleuten (31,5 %) bzw. Sozialarbeitenden (35,9 %). Während höchstwahrscheinlich schmerztherapeutische Aufgaben oft von den Hausärztinnen und -ärzten übernommen werden, wirft die geringe Integration von psychologischen Fachleuten Fragen mit Blick auf eine ggf. vorliegende systemisch bedingte psychologische Unterversorgung von Pflegeheimbewohnenden auf (Abbildung 4).

Abbildung 4: Häufigkeit und Bedeutung der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufs- bzw. Personengruppen bei der Versorgung am Lebensende aus Sicht der Pflegenden*

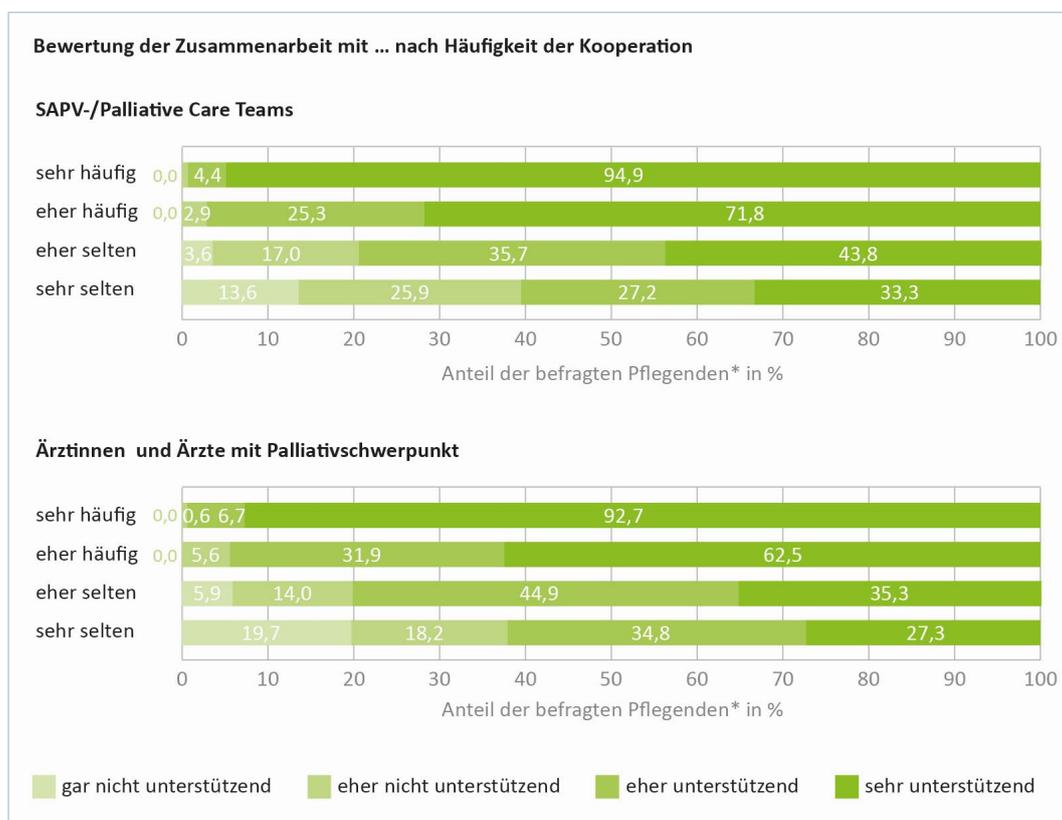


* Die Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit der jeweiligen Berufs-/Personengruppe wurde ausschließlich jenen Befragten gestellt, die auch mit dieser Gruppe nach eigener Aussage zusammenarbeiteten. Pflegendе, die „nie“ angaben, konnten die (nicht stattfindende) Zusammenarbeit folglich nicht bewerten. Somit variiert die Gesamt-anzahl der Befragten je Berufs-/Personengruppe bei der Bewertung der Zusammenarbeit. © WIdO 2022

Ein zweiter Blick auf Abbildung 4 verrät darüber hinaus, wie unterstützend die Pflegenden die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gruppen bei der Versorgung am Lebensende einschätzen. Antworten konnten nur jene geben, die mindestens selten mit den entsprechenden Akteuren kooperieren. Die Liste der als *sehr unterstützend* empfundenen Beteiligten an der Versorgung am Lebensende führen die direkten Mitarbeitenden an (82,3 %), gefolgt von – und das ist interessant – den SAPV-/Palliative-Care-Teams (65,5 %) sowie den Ärztinnen und Ärzten mit Palliativschwerpunkt (60,4 %). Folglich sind palliativmedizinisch bzw. -pflegerisch versierte Fachleute im Pflegeheim eher rar: Sind sie jedoch in der Versorgung am Lebensende präsent, empfinden die Pflegenden sie als große Stütze. Abbildung 5 zeigt hier einen eindeutigen Trend: umso häufiger die befragten Pflegenden mit Ärztinnen und Ärzten mit Palliativschwerpunkt und mit SAPV-/Palliative Care-Teams arbeiten, umso positiver bewerten sie die Zusammenarbeit.

So scheint zum einen ein Bedarf an diesen Ressourcen aus Sicht der Pflegenden zu existieren, zum anderen unterstreichen die offenbar guten Erfahrungen mit diesen Akteuren Relevanz und Potential einer stärkeren Integration von Fachleuten mit palliativer Expertise in die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende.

Abbildung 5: Bewertung der Zusammenarbeit mit palliativmedizinischen Akteursgruppen im Kontext der Versorgung am Lebensende aus der Sicht der Pflegenden nach Häufigkeit der Kooperation



* Die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten mit Palliativschwerpunkt (A) bzw. mit SAPV-/Palliative Care-Teams (B) bewerteten nur jene Befragten, die nach eigener Aussage mit diesen Gruppen jeweils auch kooperieren (A: n=510; B: n=499). Pflegenden, die hier „nie“ angaben, konnten die (nicht stattfindende) Zusammenarbeit folglich nicht bewerten.

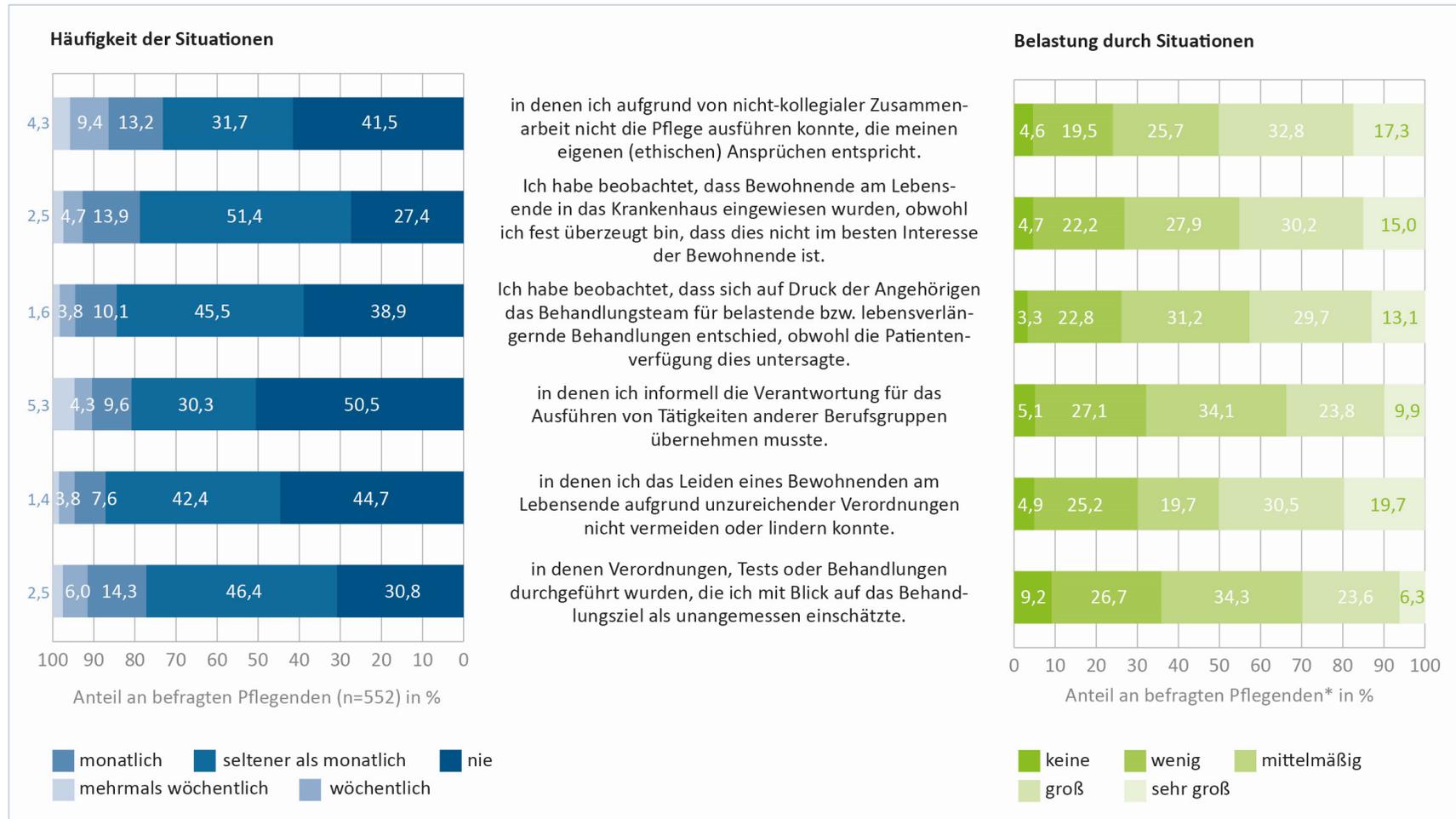
3.2.2 Kritische Situationen bei der interdisziplinären Versorgung am Lebensende aus Sicht der Pflegenden

Kritische Situationen in der Versorgung von Menschen am Lebensende entstehen nicht nur in der direkten Interaktion mit den Bewohnenden, sondern lassen sich ebenso in der Zusammenarbeit mit anderen Berufs- und Personengruppen verorten. Kritisch sind insbesondere Situationen, in denen Versorgungsentscheidungen der Patientenverfügung widersprechen oder auch nach der fachlichen Einschätzung der Pflegenden nicht angemessen sind.

Abbildung 6 zeigt: die hier abgefragten Situationen werden durchaus erlebt – und sie werden so häufig erlebt, dass sie einen durchaus relevanten Bestandteil der Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase darstellen. So beobachten 21,2 % *monatlich* oder häufiger eine Krankenhauseinweisung von Bewohnenden am Lebensende, obwohl dies nach Einschätzung der befragten Pflegenden nicht in deren besten Interesse sei. 7,2 % der Befragten erleben solche Tatbestände mindestens *wöchentlich*. Mehr als einem Viertel der Befragten (26,8 %) ist es mindestens *monatlich* nicht möglich, aufgrund von nicht-kollegialer Zusammenarbeit den eigenen (ethischen) Ansprüchen bei der Pflege von Bewohnenden am Lebensende gerecht zu werden (mindestens *wöchentlich*: 13,6 %). 15,6 % der Pflegenden beobachtete *monatlich* oder häufiger, dass sich das Behandlungsteam auf Druck der Angehörigen für belastende bzw. lebensverlängernde Behandlungen entschließt, obwohl die Patientenverfügung dies untersagt (Abbildung 6).

Abbildung 6 verdeutlicht auch: auf eine Vielzahl dieser Erlebnisse im Versorgungsalltag am Lebensende reagieren die Pflegenden mit starken Belastungsgefühlen. Die Hälfte aller Befragten (50,2 %), die Situationen erleben, in denen sie das Leiden von Bewohnenden am Lebensende aufgrund unzureichender Verordnungen nicht vermeiden oder lindern können, geben hier *große* oder *sehr große* Belastungen an. Dieser Anteil bezieht sich bei Krankenhausaufenthalten, die aus der Sicht der Pflegenden nicht im Interesse der Bewohnenden waren, auf 45,2 % der Pflegenden.

Abbildung 6: Kritische Situationen in der kooperativen Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende – Häufigkeit und wahrgenommene Belastung aus der Sicht der Pflegenden

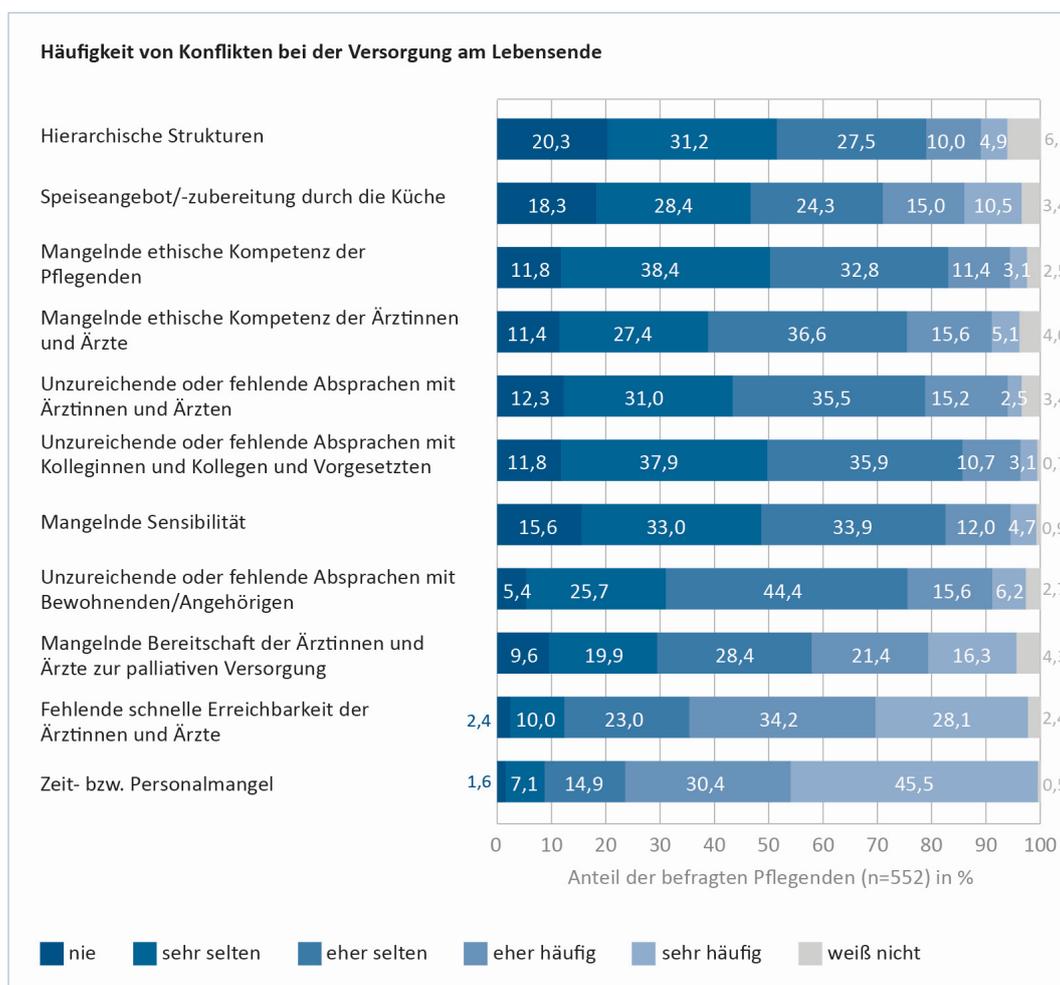


* Die Auskunft zur empfundenen Belastung gaben ausschließlich jene Befragten, welche die entsprechende kritische Situation auch erlebt haben (mindestens seltener als monatlich oder öfter). Pflegenden, die „nie“ angaben, konnten keine Belastung bei der jeweiligen Situation angeben. Somit variiert die Gesamtanzahl der Befragten je hier gelisteter kritischer Versorgungssituation bei der Angabe der Belastung.

3.2.3 Konflikte im Kontext der interdisziplinären Versorgung am Lebensende

Kritische Situationen im Kontext der Versorgung, Pflege und Begleitung von Bewohnenden am Lebensende und das Erleben von Konflikten in der Zusammenarbeit mit den entsprechenden Beteiligten liegen nah beieinander. Ein Blick auf die Konfliktthemen stellt den Zeit- und Personalmangel an die Spitze (Abbildung 7): drei Viertel (75,9 %) aller Befragten erleben diesen *häufig* oder *sehr häufig*. Knapp zwei Drittel (62,3 %) der Pflegenden sehen darüber hinaus die fehlende Erreichbarkeit der ärztlichen Leistungserbringenden und ein Drittel der Befragten deren mangelnde Bereitschaft zur palliativen Versorgung (37,7 %) jeweils als *häufigen* oder *sehr häufigen* Konfliktanlass. Alle weiteren Themen kommen nach Aussage von 71 % bis 86 % der befragten Pflegenden *eher selten*, *sehr selten* oder *nie* vor.

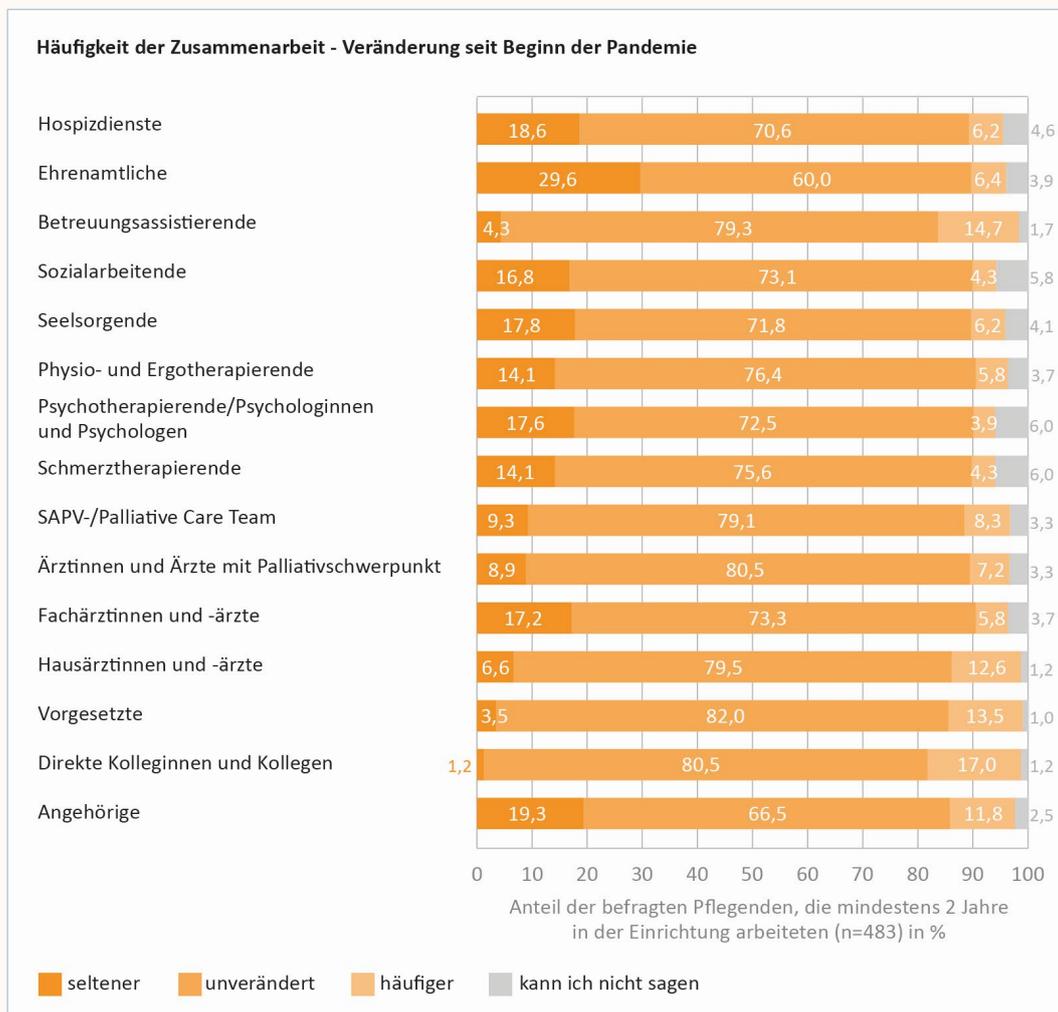
Abbildung 7: Häufigkeit von Konflikten in der interdisziplinären Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden



3.2.4 Pandemiebedingte Veränderungen der interdisziplinären Versorgung am Lebensende

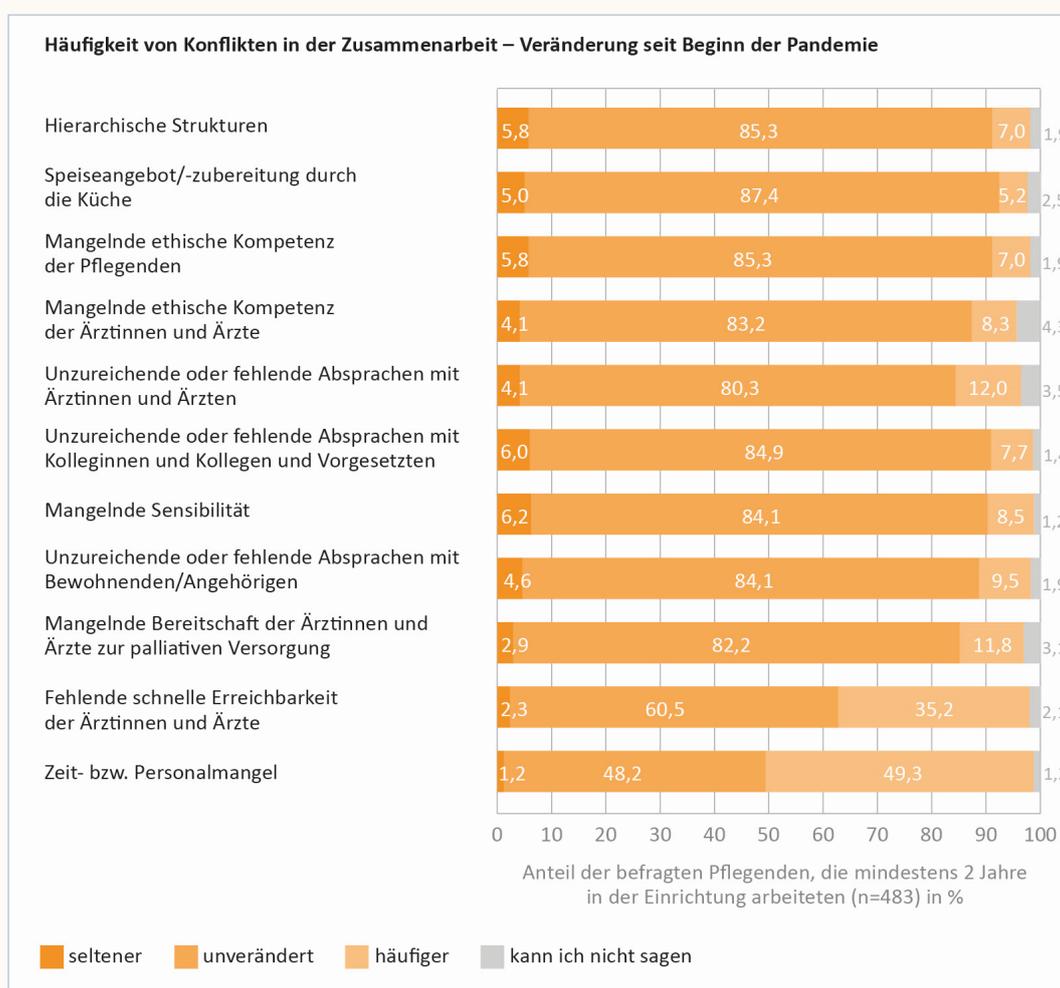
Die pandemische Situation, davon ist angesichts der Besuchseinschränkungen und Kontaktverbote in der stationären Langzeitpflege auszugehen, stellte an die Realisierung einer angemessenen, interdisziplinären Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende enorme Herausforderungen für alle Beteiligten. Im Resultat der Befragung ergibt sich ein uneinheitliches Bild zu den Veränderungen dieser Zusammenarbeit mit den jeweiligen Berufsgruppen (Abbildung 8). Allen gemein ist: der Großteil der Pflegenden meint, unter der Pandemie hätte sich in ihrer Kooperationshäufigkeit mit besagten Gruppen nichts verändert (Range: 60,0 % bis 82,0 %). Bei jenen Berufs- oder Personengruppen, die unter der Pandemie *seltener* an der Versorgung, Pflege und Begleitung der Bewohnenden am Lebensende partizipieren, handelt es sich an erster Stelle um die Ehrenamtlichen (29,6 % der Befragten), gefolgt von den Angehörigen (19,3 %), Hospizdiensten (18,6 %) und Seelsorgenden (17,8 %). Demgegenüber hat insbesondere die Zusammenarbeit mit den direkten Mitarbeitenden (17,0 % der Befragten) und Vorgesetzten (13,5 %) sowie mit den Betreuungsassistenten (14,7 %) in der Pandemie zugenommen.

Abbildung 8: Seit Beginn der Pandemie – Häufigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Personen und Berufsgruppen



An der Häufigkeit der Konflikte zu den meisten der gelisteten Versorgungsthemen hat sich nach Aussage der Mehrheit der Pflegenden (mindestens zwei Jahre in der Einrichtung) seit Beginn der Pandemie nichts geändert (Abbildung 9). Jedoch jene Anlässe, welche an sich schon *häufig* oder *sehr häufig* erlebt wurden, zeigten auch hier deutlichere Verschiebungen. So nimmt fast die Hälfte der Befragten (49,3 %) Konflikte bezüglich oder aufgrund von Zeit- und Personalmangel *häufiger* wahr, rund ein Drittel (35,2 %) die fehlende Erreichbarkeit von ärztlichen Leistungserbringenden. Auch die mangelnde ärztliche Bereitschaft zur palliativen Versorgung (11,8 %) und unzureichende oder fehlende Absprachen (12,0 %) sind seit Beginn der Pandemie nach Einschätzung von rund jedem zehnten Befragten *häufiger* geworden (Abbildung 9).

Abbildung 9: Seit Beginn der Pandemie – Häufigkeit von Konflikten in der interdisziplinären Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden



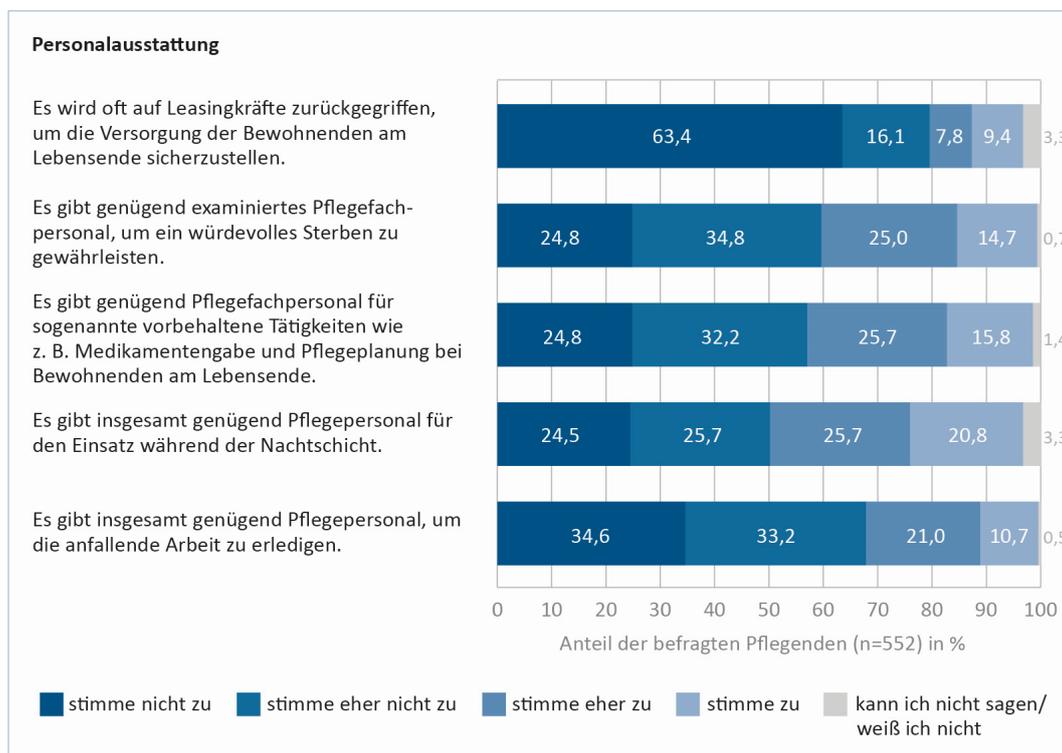
3.3 Qualifizierung und Personalausstattung

3.3.1 Verfügbarkeit von Personal und Qualifizierungsangeboten

Personalausstattung

Eine zentrale Voraussetzung einer guten pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende und eines würdevollen Sterbens ist die Verfügbarkeit entsprechender personeller Ressourcen. Zwei Drittel der Pflegenden (67,8 %) stimmen *nicht* oder *eher nicht* zu, dass das vorhandene Personal für die anfallende Arbeit ausreicht. Die Verfügbarkeit examinierter Pflegepersonen für die Gewährleistung eines würdevollen Sterbens finden 59,6 % *nicht* bzw. *eher nicht* genügend (59,6 %) (Abbildung 10). In ähnlich defizitärer Weise nehmen die Pflegenden die personellen Ressourcen ihres Pflegeheims für die Realisierung von sogenannten vorbehaltenen Tätigkeiten, zu denen auch die Pflegeplanung gehört, wahr. Der Einsatz von Leasingpersonal hingegen spielt bei der Versorgung am Lebensende keine wesentliche Rolle (Abbildung 10).

Abbildung 10: Personalausstattung für die Versorgung von Bewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden



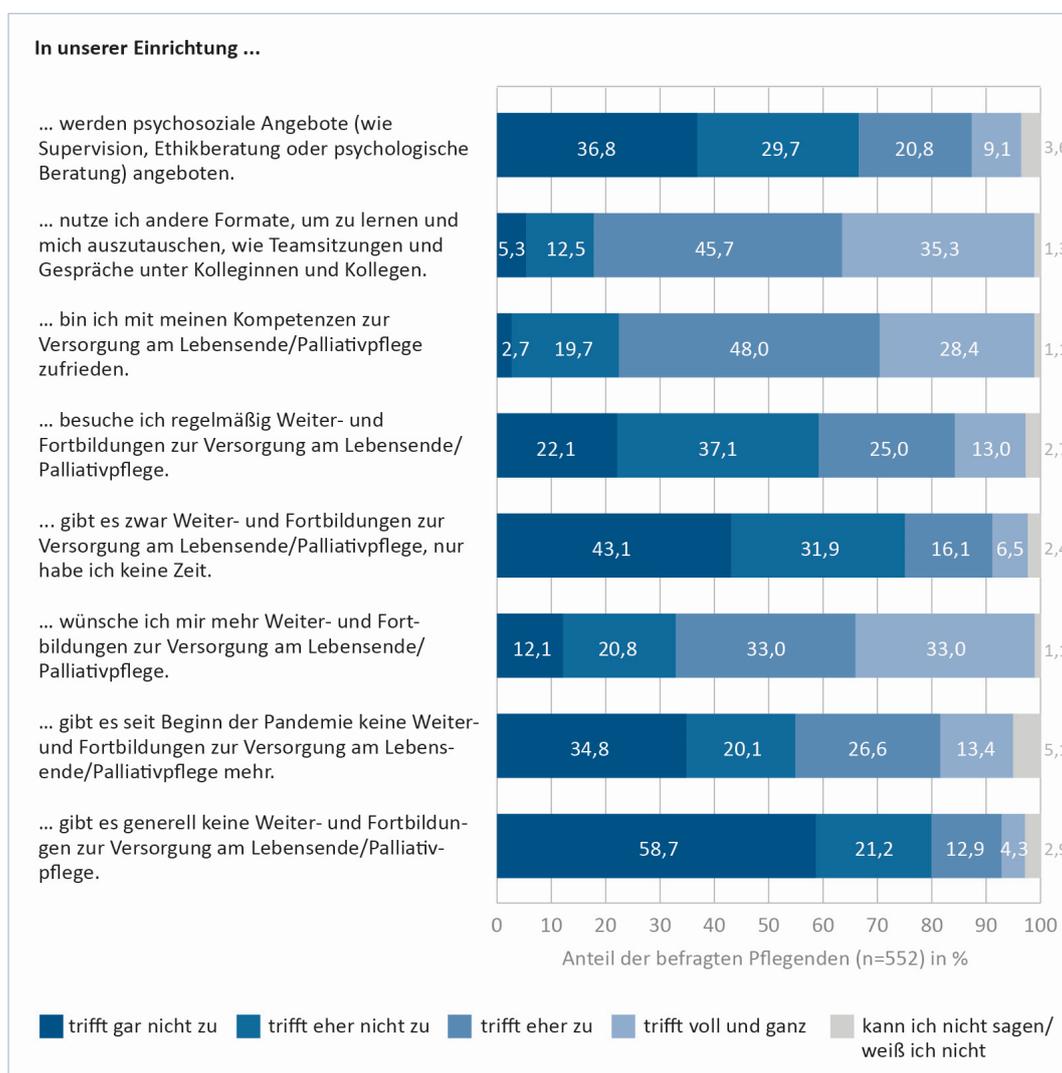
© WIdO 2022

Verfügbarkeit von Qualifizierungsmaßnahmen

Neben der quantitativen Personalausstattung wurde auch die Qualifikation der Pflegepersonen in den Blick genommen. Hier zeigt sich ein recht heterogenes Bild. Auf der einen Seite scheint die Mehrzahl der Befragten mit ihren Kompetenzen zur Versorgung von Bewohnenden am Lebensende zufrieden zu sein – drei Viertel von ihnen stimmen hier *eher* oder *voll und ganz* zu (76,4 %). Dem entgegen steht jedoch: Zwei Drittel (66,0 %) wünschen

sich mehr Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende und Palliativpflege, wobei zugleich jede fünfte Person (22,6 %) angibt, dass ihr trotz vorhandener Angebote die Zeit zur Teilnahme fehle (*trifft eher zu/ trifft voll und ganz zu*). Seit Beginn der Pandemie, so die Aussage von 40,0% der Pflegenden, fehlten zudem entsprechende Angebote (Abbildung 11). Alternativ scheinen Formen des Austauschs in der Einrichtung selbst mit Mitarbeitenden einen hohen Stellenwert zu haben: 81,0 % der Pflegenden nutzen hier eher Teamsitzungen und Gespräche, „um zu lernen und sich auszutauschen“ (*trifft eher zu/ trifft voll und ganz zu*).

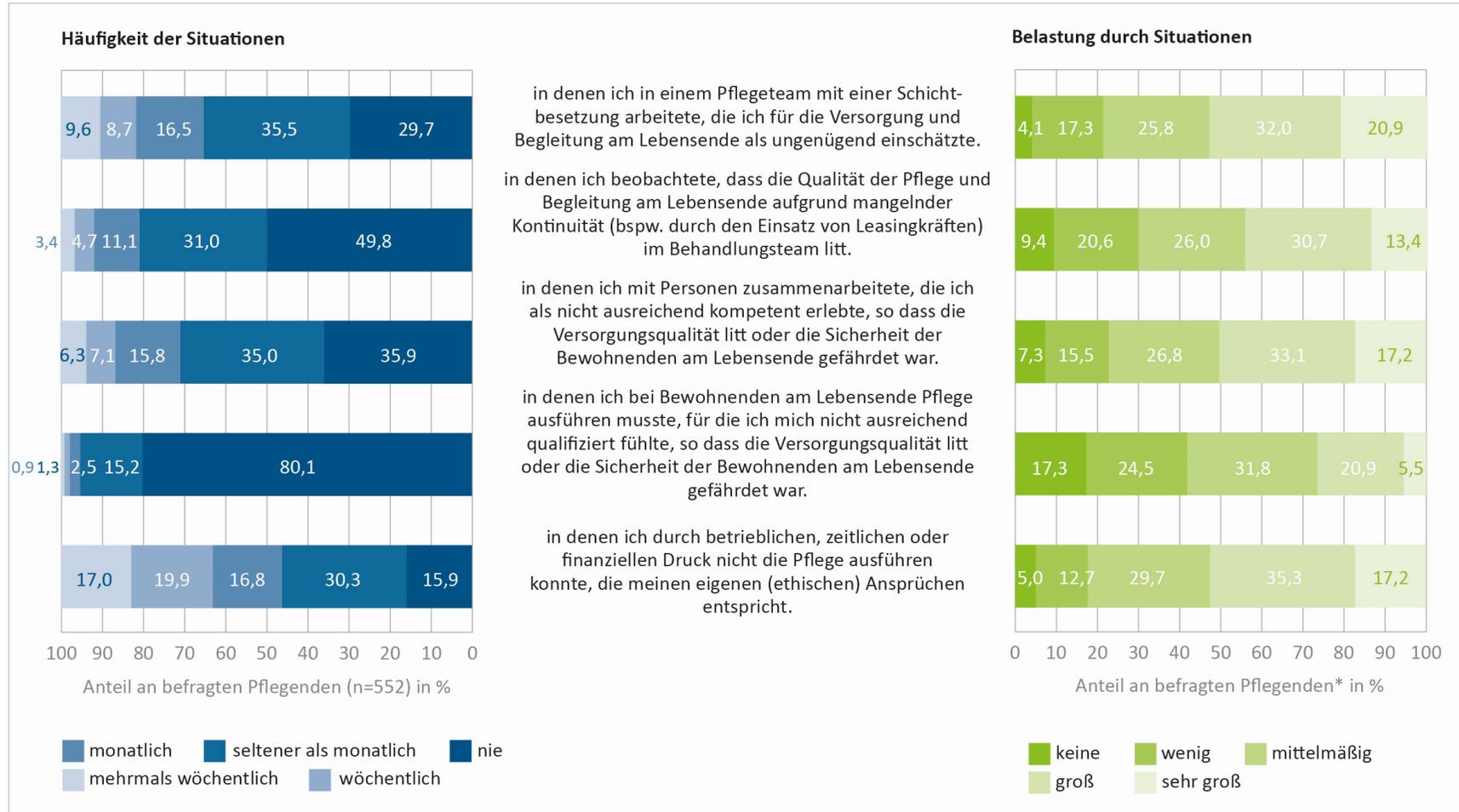
Abbildung 11: Fort- und Weiterbildungsangebote zur Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende im Pflegeheim



3.3.2 Versorgungssituationen am Lebensende und Personalausstattung/Qualifizierung

Auch im Bereich der personellen Ressourcen im Pflegeheim begegnen den befragten Pflegenden kritische Situationen bei der Versorgung, Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende. Allen voran scheint der zeitliche, betriebliche und finanzielle Druck ein Hemmnis einer guten Versorgung am Lebensende im Pflegeheim zu sein. Rund die Hälfte der Befragten (53,7 %) können aufgrund dieser Zwänge mindestens *monatlich*, ein Drittel (33,8 %) sogar *wöchentlich* oder häufiger nicht jene Pflege am Lebensende ausführen, die ihren eigenen – durchaus auch ethischen – Ansprüchen entspricht (Abbildung 12).

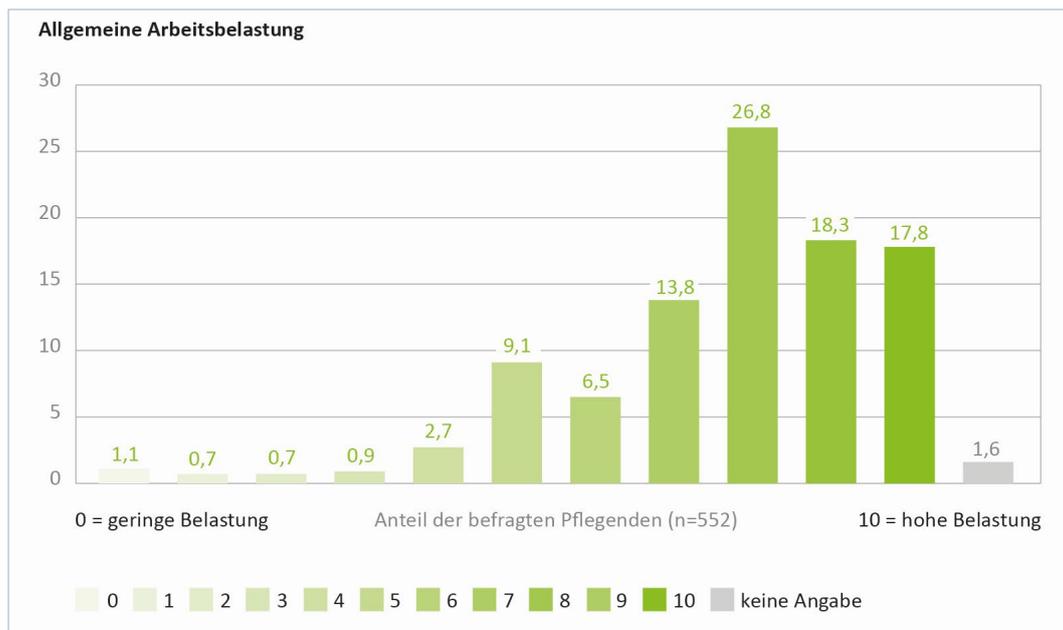
Abbildung 12: Versorgungssituationen von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende und Personalausstattung/Qualifizierung – Häufigkeit und wahrgenommene Belastung aus der Sicht der Pflegenden



Die Auskunft zur empfundenen Belastung gaben ausschließlich jene Befragten, welche die entsprechende kritische Situation auch erlebt haben (mindestens seltener als monatlich oder öfter). Pflegendе, die „nie“ angaben, konnten keine Belastung bei der jeweiligen Situation angeben. Somit variiert die Gesamtanzahl der Befragten je hier gelisteter kritischer Versorgungssituation bei der Angabe der Belastung.

In der Gesamtschau – dies überrascht nicht – verorten sich 62,9 % der Pflegenden auf einer Skala zwischen 0 (geringe Belastung) und 10 (hohe Belastung) bei der 8, 9 oder 10 (Abbildung 13). Lediglich 6,2 % entscheiden sich hier für eine Positionierung in der unteren Hälfte des Skalenbereichs, d. h. kleiner 5.

Abbildung 13: Allgemeine Arbeitsbelastung der befragten Pflegenden



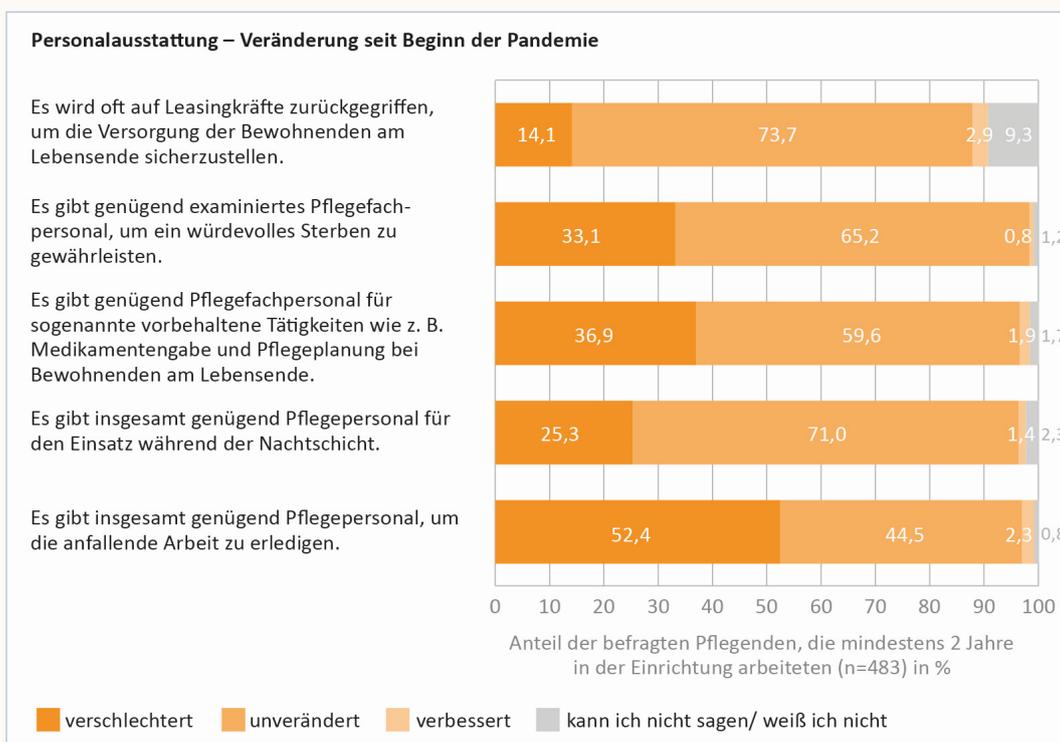
© WIDO 2022

Trotz dieser recht eindrücklichen Ergebnisse zum Befinden der Pflegenden von Menschen am Lebensende, sind zwei Drittel der Befragten (65,0 %) *eher* oder *sehr zufrieden* mit der Versorgung dieser Klientel in ihrer Einrichtung. Demgegenüber erweist sich jede zehnte Person (10,5 %) als *sehr unzufrieden*. Vier Fünftel der befragten Pflegenden (80,8 %) würden gleichzeitig jedoch ihr Pflegeheim empfehlen, wenn eine Person aus Familien- oder Freundeskreis eine Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim benötigen würde (*ja* und *eher ja*; *eher nein* und *nein*: 19,2 %).

3.3.3 Pandemiebedingte Veränderungen bei der Personalausstattung und Qualifizierung

Die Pandemie ging auch zu Lasten der Personalsituation. Das zeigen eindrücklich die Ergebnisse der Befragung. So hat sich nach Aussage von 52,4 % der befragten Pflegenden die Vorhaltung von genügend Personal für die anfallende Arbeit in der Einrichtung *verschlechtert*. Ebenso *verschlechtert* hat sich in dieser Hinsicht die Verfügbarkeit von examinierten Fachpersonal, um ein würdevolles Sterben zu begleiten (33,1 %) sowie die Verfügbarkeit von Fachpersonal für vorbehaltene Tätigkeiten (36,9 %). Alles in allem – und angesichts der ansonsten eher kritischen Bewertungen der Personalausstattung in den Einrichtungen (Abbildung 14) – verschlechtert die Pandemie aus Sicht der Pflege erwartungsgemäß die Lage der Versorgung der Menschen am Lebensende (Abbildung 14).

Abbildung 14: Seit Beginn der Pandemie – Personalressourcen für die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden



© WIdO 2022

Angebote zur Weiter- und Fortbildung im Bereich Palliativpflege fehlen seit Beginn der Pandemie, das sagten 40,0 % der Pflegenden (Abbildung 11). Fast die Hälfte jener Befragten (47,0 %), die mindestens zwei Jahre in der Einrichtung tätig waren (n=483), stellten zudem heraus, dass sie zuvor regelmäßig an derartigen Angeboten teilnahmen (*trifft eher zu/trifft voll und ganz zu*; weitere Ausprägungen: *trifft eher nicht zu*: 30,8 %; *nie*: 20,1 %; *weiß nicht*: 2,1 %). Eine der eindrücklichsten Aussagen zu pandemiebedingten Veränderungen betrifft den Zustand der Pflegenden selbst: für 83,2 % der befragten Pflegenden (n=483) hatte die Arbeitsbelastung zugenommen.

4 Diskussion und Fazit

4.1 Diskussion

Die Versorgung, Begleitung und Pflege von Menschen mit absehbarem Lebensende ist keine Nebentätigkeit der Pflegenden in deutschen Pflegeeinrichtungen, sondern immanenter Bestandteil ihres Alltags. Das zeigt die vorliegende Befragung von rund 550 Pflegenden eindrücklich. Rund 30 % (bzw. im Median 20 %) ihrer Arbeitszeit investieren die Befragten für diese Menschen. Die Pandemie hat diesem Aspekt zusätzliches Gewicht gegeben, auch das wird deutlich. Damit stehen die Ergebnisse im Gleichklang mit der einschlägigen aktuellen Literatur: Diehl et al (2021) betrachtet in einer Befragungsstudie u. a. 344 Pflegepersonen der allgemeinen Palliativversorgung in Alten- bzw. Pflegeheimen und kommt hier auf den gleichen medianen Prozentsatz von rund 20 % der täglichen Arbeitszeit für die Versorgung von hier explizit Palliativpatientinnen und -patienten (Diehl 2021).

Patientenverfügungen dienen dem Erhalt der Autonomie von Menschen am Lebensende. Die hohe Prävalenz von Demenz im Pflegeheim unterstreicht die Bedeutung dieser prospektiven Verfügungen für Zeitpunkte, an denen die selbstständige Entscheidung für oder gegen Behandlungspfade bzw. -verfahren nicht mehr möglich sein dürfte (Witthauer und Kolominsky-Rabas 2022). Nur zwei Drittel der Pflegenden (67,4 %) geben in der vorliegenden Befragung an, dass bei Aufnahme ins Pflegeheim *immer* auch die Patientenverfügung abgefragt wird. In der kürzlich veröffentlichten Studie von Witthauer et al (2022) fand sich bei 71 % der recht kleinen Gruppe von Pflegeheimbewohnenden (n=82) eine Patienten- oder Vorausverfügung (Witthauer und Kolominsky-Rabas 2022). Diese Anteile liegen nah beieinander, jedoch fehlen weitere Befunde und größere Studienpopulationen, um diese Form der Absicherung von Bewohnenden für ihre letzte Lebensphase in ihrer Häufigkeit zu eruieren. Weitere hier im Kapitel 1 angesprochene Untersuchungsergebnisse gehen von einer weitaus geringeren Häufigkeit von Patientenverfügungen in deutschen Pflegeheimen aus.

Wichtig ist dabei auch die Gültigkeit der Verfügung: langsam oder rasch progrediente Erkrankungen und damit eine stetige Veränderung des Gesundheitszustands der Bewohnenden am Lebensende ziehen ggf. auch eine veränderte oder auch intensivere Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben nach sich, womöglich auch einen Perspektivwechsel. Umso bedeutender ist es, Vorausverfügungen auf ihre Aktualität mit den Bewohnenden, Angehörigen oder Betreuenden zu prüfen. Nur so lässt sich Unklarheiten in entscheidenden Situationen vorbeugen.

Auch hier markiert die vorliegende Befragung einen womöglich zentralen Ansatzpunkt zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende: Eine kontinuierliche Prüfung bestehender Patientenverfügungen findet, so die Aussage fast jeder zweiten befragten Person (44,0 %), *selten* oder *nie* statt. Auch eine vorausschauende Gesundheitsplanung, die über die Patientenverfügung hinausreicht, erfolgte nach Angabe von mehr als jedem dritten Befragten *selten* oder *nie*. Die „Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende“ (§ 132g SGB V) wurde mit dem Hospiz- und Palliativgesetz 2015 als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegeheimbewohnende eingeführt. Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sollen hierbei aufgezeigt und im Rahmen einer Fallbesprechung soll auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden, insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses, eingegangen werden. Aufgrund der Umsetzung eines pauschalen Vergütungssystems – bei entsprechender Qualifi-

kation wird eine vollzeitäquivalente Stelle pro 400 Bewohnendem finanziert – besteht gleichwohl geringe Transparenz über die Umsetzung der Beratungsgespräche (GKV-SV 2020). Neben einer Evaluation der Leistung mahnen Fachleute an, die beratenden Personen nicht direkt aus den Pflegeheimen zu rekrutieren, sondern eine Kooperationslösung (Gesprächsbegleitungs-Pool) umzusetzen und zudem Ressourcen für spezifisch qualifizierte regionale Advance Care Planning-Koordinierende zu schaffen (in der Schmitt et al. 2022).

Dem Vorliegen einer Patientenverfügung sowie dem Konzept des Advance Care Planning kommt dabei in der Literatur eine zentrale Rolle zu, um unnötige, nicht erwünschte Behandlungen zu umgehen. Potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnenden bergen zahlreiche Risiken auf somatischer und psychosozialer Ebene. In einer Befragung von Allers et al. (2019) bewerten 71 % der 375 allgemeinmedizinischen Leistungserbringenden Krankenhausbehandlungen von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende als zu häufig (Allers et al. 2019). In unserer Befragung erleben ein Fünftel der Pflegenden *monatlich oder häufiger* eine Krankenhauseinweisung von Bewohnenden am Lebensende, obwohl dies nach ihrer Einschätzung nicht im besten Interesse der Betroffenen ist, 16 % geben an, dass sich das Behandlungsteam auf Druck der Angehörigen für belastende bzw. lebensverlängernde Behandlungen entschließt, obwohl dies der Patientenverfügung widerspricht. Eine bestehende und regelmäßig aktualisierte Patientenverfügung reicht folglich nicht aus; sie muss auch handlungsleitend – und damit bei den an der Versorgung Beteiligten bekannt sein. In diesem Zusammenhang steht auch die Problematik der Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte. Rund 62 % der Befragten erleben eine mangelhafte ärztliche Erreichbarkeit bei der Versorgung am Lebensende *eher häufig* oder *sehr häufig*.

Neben der Vorausplanung spielt der Professionsmix offenbar eine große Rolle. Seit mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG, 2007) auch gesetzlich versicherte Pflegeheimbewohnende mit einer nicht-heilbaren und lebenslimitierenden Erkrankung die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Anspruch nehmen können, rückt der berufsgruppenübergreifende und ganzheitliche Anspruch an die Versorgung am Lebensende noch einmal mehr in den Fokus. Im Zentrum stehen dabei insbesondere entsprechend qualifizierte Fachpersonen für „die Koordination, pflegerische Beratung und Anleitung, ärztliche Mitbehandlung und psychosoziale Begleitung und Unterstützung“ sowie „bedarfsorientierte Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizdiensten“ (Nauck 2014):55).

Die Antworten der hier befragten Pflegenden verweisen 15 Jahre nach der Einführung der SAPV gleichwohl auf eine ausbaufähige Integration von palliativer Kompetenz und Expertise: weniger als ein Drittel der Befragten arbeiten *sehr häufig* mit Ärztinnen und Ärzten mit Palliativschwerpunkt im Kontext der Versorgung am Lebensende. Zusammen mit bzw. in SAPV-/Palliative Care Teams versorgen nur ein Fünftel *sehr häufig* betroffene Menschen in ihrer Einrichtung. Gleichzeitig gehören eben diese Akteure zu den Berufsgruppen, welche von zwei Dritteln der Pflegenden unserer Befragung als sehr unterstützend empfunden werden. Und: je häufiger die Pflegenden mit den Ärztinnen und Ärzten mit Palliativschwerpunkt und mit SAPV-/Palliative Care-Teams arbeiten, umso positiver bewerten sie die Zusammenarbeit. Diese guten Erfahrungen spiegeln auch die Studienergebnisse von Diehl et al (2021) wider: hier waren es ebenso zwei Drittel (67 %) der Pflegepersonen der allgemeinen Palliativversorgung im Alten-/Pflegeheim (n=344), die die Kooperation mit Palliativmedizinerinnen und -mediziner als ziemlich gut oder sehr gut einschätzten; für etwas mehr als jede zehnte Pflegekraft (12 %) im Pflegeheim fand sie schlichtweg nicht statt (Diehl 2021).

Eine demgegenüber mangelnde ethische Kompetenz bei der Versorgung am Lebensende schreibt jede fünfte Pflegekraft unserer Befragung (20,7 %) den Ärztinnen und Ärzten zu, jede siebte Person (14,5 %) den eigenen Mitarbeitenden der Einrichtung. Diese Antworten verweisen auf das Fehlen einer ausreichenden gemeinsamen Sprache und eines berufsgruppenübergreifenden Verständnisses zum Umgang mit den Versterbenden. Das Ergebnis unterstreicht zudem die Bedeutung eines Mehr an Auseinandersetzung der pflegerischen und ärztlichen Leistungserbringenden mit der Versorgung am Lebensende und einer notwendigen Intensivierung abgestimmter interdisziplinärer Interventionen.

Ihre eigenen Kompetenzen zur Pflege und Begleitung am Lebensende, mit denen 76 % der befragten Pflegenden zufrieden sind, möchten zwei Drittel weiterentwickeln. Fehlende zeitliche Ressourcen stehen der Wahrnehmung von Weiter- und Fortbildung zur Palliativpflege/Lebensende partiell entgegen. Die Pandemie potenzierte diese Situation zusätzlich, auch das wird deutlich. Dieses doch recht ausgeprägte Interesse an Qualifizierungsmöglichkeiten in diesem Bereich und der geringe Spielraum, dieses zu realisieren, beobachteten auch Diehl et al (2021): Jede vierte Pflegekraft in der allgemeinen Palliativversorgung (n=437, davon 78,7 % im Alten-/Pflegeheim tätig) äußerte einen entsprechenden Wunsch, erhielt jedoch keine Unterstützung seitens der Arbeitgebenden (Diehl et al 2021).

Darüber hinaus fördert unsere Befragung zutage, dass trotz des im Schnitt sehr hohen Anteils an alltäglicher Arbeitszeit, welche die Pflegenden für die Versorgung, Pflege und Begleitung am Lebensende investieren, kaum psychosoziale Angebote wie Ethik- bzw. psychologische Beratungen oder auch Supervisionen, die sich explizit an die Pflegepersonen selbst richten, etabliert sind. Auch wenn womöglich andere Formate wie Teamsitzungen und Gespräche mit Mitarbeitenden (*trifft eher zu/ trifft voll und ganz zu*: 81,0 %) partiell stattfinden, dürften sie fehlende Möglichkeiten für Qualifizierungen im Bereich der Palliativpflege/ Versorgung am Lebensende nicht vollständig kompensieren können. Der Ruf nach professionellen Supervisionen bleibt auf der Tagesordnung.

Die Herausforderungen für die Pflegenden bei der Versorgung von Menschen am Lebensende verschärfen sich durch die Personalsituation. Dies bringt die Befragung an mehreren Stellen deutlich zum Ausdruck: Zwei Drittel (67,8 Prozent) der Befragten sehen die Personalsituation als eher ungenügend an, um die anfallende Arbeit zu erledigen. Für 37 Prozent führt der betriebliche, zeitliche oder finanzielle Druck dazu, dass sie *wöchentlich* oder häufiger nicht die Pflege ausführen können, die ihren eigenen (ethischen) Ansprüchen gerecht wird. Es verwundert vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse nicht, dass sich 63 % der Pflegepersonen auf einer Skala von 0 (geringe Belastung) bis 10 (hohe Belastung) bei 8, 9 oder 10 verorten. Die COVID-19-Pandemie schließlich, so 83 % der Befragten, verschlechterte das allgemeine Arbeitsbelastungsempfinden. Zudem erfasst diese Studie damit die auch medial und gesellschaftspolitisch transportierten Arbeitsbedingungen und Belastungen – unabhängig vom Palliativkontext.

Limitationen

Die vorliegende Befragungsstudie basiert auf den Aussagen von 552 Befragten bei ursprünglich 1.000 anvisierten Pflegepersonen, da der Rücklauf gering war. Dies mag zum einen – und das belegen einige direkte Rückmeldungen von Einrichtungen – an allgemeinen fehlenden personellen und zeitlichen Ressourcen gelegen haben, verschärft durch die COVID-19-Pandemie. Zusätzlich fiel die Erhebungszeit in die Osterfeiertage, der Rücklauf stockte trotz zweier Erinnerungsschreiben beträchtlich. Die Studienpopulation ist, das zeigt der Abgleich mit der Pflegestatistik, nicht repräsentativ.

Die Zielgruppe, welche auch das Anschreiben an die Einrichtung explizit benannte, bestand aus Pflegefachpersonen und Assistenzpersonen. Die Antworten der 552 Befragten

der Studienpopulation verweisen jedoch auf einen nicht unbeträchtlichen Anteil an Personen der Management-/Leitungsebene der Pflegeheime. Dass hier unterschiedliche Perspektiven und eine andere Distanz zur Versorgung, Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende vorliegt, liegt nahe.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig – der in der Sozialforschung bekannte Selektionsbias galt natürlich auch bei dieser Erhebung. Nicht zuletzt mag der Online-Modus der Befragung einen zusätzlichen Selektionsbias evoziert haben, so dass wir jene, die partout nicht technikaffin sind, unterschätzen. Jedoch ist unklar, ob diese sich (a) systematisch von der aktuellen Studienpopulation unterscheiden, zumal es (b) die Möglichkeit, einen Printbogen anzufordern, gab. Viel relevanter erscheint die inhaltliche Frage: konnten die Pflegenden unserer Befragung wirklich durchgängig die Pflege und Begleitung von Bewohnenden am Lebensende isoliert vom großen Rest ihres Pflegealltags betrachten und beschreiben? Dafür spricht, dass die hier präsentierten ersten Ergebnisse die aktuellen Befunde der (wenn auch noch wenigen) Arbeiten zu diesem Thema bestätigen.

4.2 Fazit

Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege in Deutschland sind Orte des letzten Lebensabschnitts und des Versterbens von Pflegeheimbewohnenden. In Diskrepanz hierzu steht der Forschungsstand zu diesem Themenfeld. Die vorgelegte Befragung von rund 550 Pflegenden soll insofern auch ein Anstoß sein: Aus Sicht der Autorinnen und Autoren ist eine breite fachöffentliche Diskussion zu Versorgungsfragen am Lebensende dringend geboten.

Fest steht: Auch wenn Sterbeprozesse höchst individuell verlaufen, sind allgemeine Strukturen und Kriterien wichtig, um die Qualität der Versorgung, Pflege und Begleitung am Lebensende sicherzustellen und überhaupt beurteilen zu können (Engel 2014). Der Willen der Bewohnenden sollte hierbei Credo der Versorgung sein. Da die letzte Lebensphase und das Sterben im Setting Pflegeheim i. d. R. erwartbar und planbar sind, kommt hier dem Vorhalten von Vorausverfügungen und deren kontinuierliche Überprüfung eine zentrale Rolle zu. Maßnahmen die bewirken, dass Patientenverfügungen vorhanden, aktuell, bekannt, abgefragt sowie entscheidungsleitend sind, sollten evaluiert werden, Wege zu geeigneten Rahmenbedingungen diskutiert und schlussendlich dahingehend verändert werden.

Neben einer Versorgungsgestaltung entlang des vorab dokumentierten Willens der Bewohnenden, berufsgruppenübergreifender Teams und einem kontinuierlichen Symptom-Assessment spielt der Einbezug von Angehörigen, Ehrenamtlichen und Hospizdiensten eine zentrale Rolle. Die Versorgung am Lebensende erfolgt bestenfalls berufsgruppenübergreifend und erfordert ein hohes Maß an Kooperation und Kommunikation aller Beteiligten. Die weitere Integration von palliativer Expertise – speziell durch ambulante Hospizdienste – erscheint im Lichte der Befragungsergebnisse ein gangbarer Weg.

Darüber hinaus sind Fort- und Weiterbildungsangebote, aber auch Supervisionsmaßnahmen für Pflegenden zum Thema Palliativpflege weitere wichtige Bausteine einer Palliativkultur in der Einrichtung. Die Befragung verweist hier insbesondere auf die Problematik, dass unter Zeitdruck und Ressourcenbegrenzungen die berufliche Weiterqualifizierung zum Teil hintenansteht.

Betrieblicher, zeitlicher oder finanzieller Druck und Personalnotstand werden auch in der hier vorgelegten Befragung benannt. Die ethischen Konsequenzen mit Blick auf ein würdevolles Sterben liegen auf der Hand. Die Befragung zeigt hier ein teils massives Belastungsempfinden der Pflegenden.

Anhang

Quellen Fragebogenentwicklung

Item	Themen	Referenz
1 – 3	Häufigkeit der Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende im pflegerischen Alltag	Eigenentwicklung
4 – 7	Qualitätsstandards/Maßnahmen und Instrumente der palliativen Versorgung Konzept für die Versorgung am Lebensende	Eigenentwicklung modifiziert nach Radbruch (2015)
8 – 10	Struktur der interprofessionellen Auswirkung der Pandemie auf Zusammenarbeit	Eigenentwicklung modifiziert nach Diehl (2015)
11	Besuchseinschränkungen durch Infektionsschutzmaßnahmen in letzten drei Monaten	Eigenentwicklung
12 – 13	Ethische und andere Konfliktursachen bei der Zusammenarbeit Auswirkung der Pandemie auf Konfliktursachen	modifiziert nach Sauer (2015)
14 – 16	Weiter-, Fortbildungs- und allgemeine Ressourcen/Auswirkung COVID-19 Personalausstattung/Auswirkung COVID-19	modifiziert nach Diehl et al. (2021) modifiziert nach Hering et al. (2022)
17 – 18	Selbsteinschätzung der Arbeitsbelastung Auswirkung der Pandemie auf die Belastung	modifiziert nach Sauer (2015) Eigenentwicklung
19 – 21	Moralische Belastungssituationen in der Pflege am Lebensende (11 Items aus der deutschen Version der MDS an PV angepasst)/Auswirkung COVID-19	modifiziert nach Kleinknecht-Dolf et al. (2017)
22 – 24	Belastungssituationen/Auswirkung COVID-19	modifiziert nach Sauer (2015)
25 – 26	Allgemeine Zufriedenheit der Pflegenden Pandemiebedingte Veränderung der Versorgungsqualität	Eigenentwicklung modifiziert nach Hering et al. (2022)
27	Einbeziehung und Anerkennung in der Versorgung von Bewohnenden am Lebensende	Eigenentwicklung modifiziert nach Diehl et al. (2021)
28	Würde Pflegekraft die Einrichtung an Familie/Freunde persönlich weiterempfehlen?	modifiziert nach Hering et al. (2021)
29 – 30	Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes/ Auswirkung COVID-19	modifiziert nach Hasselhorn et al. (2003) Hering et al. (2021)
31 – 34	Soziodemographische Merkmale Berufliche Qualifikation	Eigenentwicklung
35 – 38	Tätigkeitsbereich in der Einrichtung Weiterbildung in Palliativpflege Beschäftigungsverhältnis Leasingagentur	modifiziert nach Hering et al. (2021)
39 – 43	Pflegefachliche Schwerpunkte der Einrichtung Ausstattung der Einrichtung Bundesland Trägerschaft und weitere Merkmale der Einrichtung	modifiziert nach Hering et al. (2021) Eigenentwicklung

Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versorgung und Begleitung von Menschen an ihrem Lebensende ist ein wesentlicher Bestandteil des Alltags in deutschen Pflegeheimen. Wir vom wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) führen eine bundesweite Befragung durch und haben hierfür das Institut medpirica beauftragt. Wir interessieren uns für Ihre Erfahrungen und Einschätzungen bei der Versorgung, Pflege und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende in Ihrer Einrichtung.

Wir freuen uns, dass Sie bereit sind, an dieser Befragung teilzunehmen! Das Beantworten der Fragen wird etwa 25 Minuten in Anspruch nehmen.

Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt an der zuletzt beantworteten Frage fortführen. Bitte füllen Sie den Fragebogen bis zum Schluss aus.

1: Wie lange arbeiten Sie bereits in der Einrichtung, in der Sie aktuell tätig sind?

	Jahre	(bitte bei weniger als 6 Monaten 0 angeben)
--	-------	---

Uns interessiert ein ganz bestimmter Teil Ihrer Arbeit: die Versorgung, Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohner:innen, die altersbedingt oder aufgrund von unheilbaren bzw. zum Tode führenden Erkrankungen absehbar versterben werden. Die Versorgung am Lebensende bezieht sich folglich auf die letzte Phase im Leben, die ganz unterschiedlich lang sein, d. h. ein Jahr oder auch wenige Tage andauern kann. Bestenfalls ist diese Versorgung am Lebensende eingebettet in das Konzept der Palliativversorgung. Es ist jedoch anzunehmen, dass dies nicht immer der Fall ist.

2: Wieviel Prozent der täglichen Arbeitszeit macht die Pflege und Begleitung am Lebensende aktuell bei Ihnen aus?

	Prozent meiner täglichen Arbeitszeit	(bitte schätzen Sie ungefähr)
--	--------------------------------------	-------------------------------

3: Ist dieser Anteil seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) ...?

gesunken	
gleich geblieben	
gestiegen	
kann ich nicht sagen/weiß ich nicht	

4: Wie wichtig finden Sie folgende Maßnahmen und Instrumente bei der Versorgung von Bewohner:innen am Lebensende?

	gar nicht wichtig	eher unwichtig	eher wichtig	sehr wichtig
Aufnahmebogen inklusive der Abfrage einer Patientenverfügung				
Regelmäßige Überprüfung einer bestehenden Patientenverfügung				
Spezifische Symptom-Erhebungsbögen (z. B. Schmerzska- len, Instrumente zur Erfassung von Delir, Atemnot oder auch Mangelernährung)				
Eine über die Patientenverfügung hinausgehende, voraus- schauende Planung für die Versorgung am Lebensende (Advance Care Planning)				
Bedürfnisse der Bewohner:innen sind Mittelpunkt ihrer Versorgung				
Einbezug von Angehörigen der Bewohner:innen am Lebens- ende bei der Versorgungsplanung				
Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Bewohner:innen am Lebensende an der Versorgungsplanung (sofern noch möglich)				
Benannte Bezugspfleger:innen für Bewohner:innen am Lebens- ende				
Nutzen und Risiken von Krankenhausaufenthalten werden bei Bewohner:innen am Lebensende sorgfältig abgewogen				
Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen der Bewoh- ner:innen am Lebensende				
Bewertungsinstrumente zur Feststellung der Sterbephase von Bewohner:innen, um palliativmedizinische Maßnahmen einzu- leiten				
Keine Räumung des Zimmers der Bewohner:innen innerhalb weniger Tage nach Versterben				

5: Wie häufig kommen diese Maßnahmen und Instrumente bei der Versorgung standardmäßig zum Einsatz?

	nie	selten	häufig	immer	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
Aufnahmebogen inklusive der Abfrage einer Patientenverfügung					
Regelmäßige Überprüfung einer bestehenden Patientenverfügung					
Spezifische Symptom-Erhebungsbögen (z. B. Schmerzskaalen, Instrumente zur Erfassung von Delir, Atemnot oder auch Mangelernährung)					
Eine über die Patientenverfügung hinausgehende, vorausschauende Planung für die Versorgung am Lebensende (Advance Care Planning)					
Bedürfnisse der Bewohner:innen sind Mittelpunkt ihrer Versorgung					
Einbezug von Angehörigen der Bewohner:innen am Lebensende bei der Versorgungsplanung					
Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Bewohner:innen am Lebensende an der Versorgungsplanung (sofern noch möglich)					
Benannte Bezugspfleger:innen für Bewohner:innen am Lebensende					
Nutzen und Risiken von Krankenhausaufenthalten werden bei Bewohner:innen am Lebensende sorgfältig abgewogen					
Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen der Bewohner:innen am Lebensende					
Bewertungsinstrumente zur Feststellung der Sterbephase von Bewohner:innen, um palliativmedizinische Maßnahmen einzuleiten					
Keine Räumung des Zimmers der Bewohner:innen innerhalb weniger Tage nach Versterben					

6: Ist der Einsatz dieser Maßnahmen und Instrumente in Ihrer Einrichtung seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) ...?

	seltener	un- verändert	häufiger	kann ich nicht sa- gen/weiß ich nicht
Aufnahmebogen inklusive der Abfrage einer Patientenverfügung				
Regelmäßige Überprüfung einer bestehenden Patientenverfügung				
Spezifische Symptom-Erhebungsbögen (z. B. Schmerzskalen, Instrumente zur Erfassung von Delir, Atemnot oder auch Mangelernährung)				
Eine über die Patientenverfügung hinausgehende, vorausschauende Planung für die Versorgung am Lebensende (Advance Care Planning)				
Bedürfnisse der Bewohner:innen sind Mittelpunkt ihrer Versorgung				
Einbezug von Angehörigen der Bewohner:innen am Lebensende bei der Versorgungsplanung				
Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Bewohner:innen am Lebensende an der Versorgungsplanung (sofern noch möglich)				
Benannte Bezugspflegende für Bewohner:innen am Lebensende				
Nutzen und Risiken von Krankenhausaufenthalten werden bei Bewohner:innen am Lebensende sorgfältig abgewogen				
Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen der Bewohner:innen am Lebensende				
Bewertungsinstrumente zur Feststellung der Sterbephase von Bewohner:innen, um palliativmedizinische Maßnahmen einzuleiten				
Keine Räumung des Zimmers der Bewohner:innen innerhalb weniger Tage nach Versterben				

7: Alles in allem: Gibt es in Ihrer Einrichtung ein festgesetztes Konzept zur Versorgung, Pflege und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende, z. B. Leitfaden mit den Prinzipien, Werten und Maßnahmen einer Versorgung am Lebensende?

ja	
nein	
kann ich nicht sagen/weiß ich nicht	

8: Wie häufig arbeiten Sie mit folgenden Fachkräften und Personen dabei zusammen?

	nie	selten	eher selten	eher häufig	sehr häufig
Angehörige					
Direkte Kolleg:innen					
Vorgesetzte					
Hausärzt:innen					
Fachärzt:innen					
Ärzt:innen mit Palliativschwerpunkt					
SAPV-/Palliative Care Team					
Schmerztherapeut:innen					
Psychotherapeut:innen/Psycholog:innen					
Physio- und Ergotherapeut:innen					
Seelsorger:innen					
Sozialarbeiter:innen					
Betreuungsassistent:innen					
Ehrenamtliche					
Hospizdienste					

9: Wie unterstützend ist diese Zusammenarbeit für Sie?

	gar nicht unterstützend	eher nicht unterstützend	eher unterstützend	sehr unterstützend
Angehörige				
Direkte Kolleg:innen				
Vorgesetzte				
Hausärzt:innen				
Fachärzt:innen				
Ärzt:innen mit Palliativschwerpunkt				
SAPV-/Palliative Care Team				
Physio- und Ergotherapeut:innen				
Seelsorger:innen				
Sozialarbeiter:innen				
Betreuungsassistent:innen				
Ehrenamtliche				

10: Ist Ihre Zusammenarbeit mit diesen Personengruppen bei der Versorgung und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) ...?

	seltener	unverändert	häufiger	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
Angehörige				
Direkte Kolleg:innen				
Vorgesetzte				
Hausärzt:innen				
Fachärzt:innen				
Ärzt:innen mit Palliativschwerpunkt				
SAPV-/Palliative Care Team				
Schmerztherapeut:innen				
Psychotherapeut:innen/Psycholog:innen				
Physio- und Ergotherapeut:innen				
Seelsorger:innen				
Sozialarbeiter:innen				
Betreuungsassistent:innen				
Ehrenamtliche				
Hospizdienste				

11: Denken Sie jetzt bitte an die letzten drei Monate: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zu?

Angehörige und nahestehende Personen können Bewohner:innen am Lebensende...					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
uneingeschränkt häufig besuchen.					
tageszeitenunabhängig besuchen.					
von uneingeschränkter Dauer besuchen.					
in uneingeschränkter Personenanzahl besuchen.					

12: Wie häufig erleben Sie Konflikte zu folgenden Themen mit den an der Versorgung am Lebensende Beteiligten?

	nie	sehr selten	eher selten	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
Zeit- bzw. Personalmangel						
Fehlende schnelle Erreichbarkeit der Ärzt:innen						
Mangelnde Bereitschaft der Ärzt:innen zur palliativen Versorgung (wie z. B. zur Verordnung hochdosierter Schmerzmedikamente)						
Unzureichende oder fehlende Absprachen mit Bewohner:innen und Angehörigen						
Mangelnde Sensibilität gegenüber Bewohner:innen am Lebensende						
Unzureichende oder fehlende Absprachen mit Kolleg:innen und Vorgesetzten						
Unzureichende oder fehlende Absprachen mit Ärzt:innen						
Mangelnde ethische Kompetenz der Ärzt:innen						
Mangelnde ethische Kompetenz der Pflegenden						
Speiseangebot/-zubereitung durch die Küche						
Hierarchische Strukturen						

13: Sind die Konflikte mit den an der Versorgung am Lebensende Beteiligten seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) ...?

	seltener	un- verändert	häufiger	kann ich nicht sa- gen/weiß ich nicht
Zeit- bzw. Personalmangel				
Fehlende schnelle Erreichbarkeit der Ärzt:innen				
Mangelnde Bereitschaft der Ärzt:innen zur palliativen Versorgung (wie z. B. zur Verordnung hochdosierter				
Unzureichende oder fehlende Absprachen mit Bewohner:innen und Angehörigen				
Mangelnde Sensibilität gegenüber Bewohner:innen am Lebensende				
Unzureichende oder fehlende Absprachen mit Kolleg:innen und Vorgesetzten				
Unzureichende oder fehlende Absprachen mit Ärzt:innen				
Mangelnde ethische Kompetenz der Ärzt:innen				
Mangelnde ethische Kompetenz der Pflegenden				
Speiseangebot/-zubereitung durch die Küche				
Hierarchische Strukturen				

14: Bitte sagen Sie uns, inwieweit folgende Aussagen auf Sie bzw. Ihre Einrichtung zutreffen.

In unserer Einrichtung...					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
...gibt es <u>generell</u> keine Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege.					
...gibt es <u>seit Beginn der Pandemie</u> keine Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege mehr.					
...wünsche ich mir mehr Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege.					
...gibt es zwar Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege, nur habe ich keine Zeit.					
...besuche ich <u>regelmäßig</u> Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege					
...besuchte ich vor Beginn der Pandemie <u>regelmäßig</u> Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege.					
...bin ich mit meinen Kompetenzen zur Versorgung am Lebensende/Palliativpflege zufrieden.					
...nutze ich andere Formate, um zu lernen und mich auszutauschen wie Teamsitzungen und Gespräche unter Kolleg:innen.					
...gibt es psychosoziale Angebote (wie Supervision, Ethikberatung oder psychologische Beratung).					

15: Inwieweit stimmen Sie zu, dass die folgenden Merkmale zur Personalausstattung in Ihrer Einrichtung vorhanden sind?

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
Es gibt insgesamt genügend Pflegepersonal, um die anfallende Arbeit zu erledigen.					
Es gibt insgesamt genügend Pflegepersonal für den Einsatz während der Nachtschicht.					
Es gibt genügend Pflegefachpersonal für sogenannte vorbehaltene Tätigkeiten wie z. B. Medikamentengabe und Pflegeplanung bei Bewohner:innen am Lebensende.					
Es gibt genügend Pflegepersonal, um ein würdevolles Sterben zu gewährleisten.					
Es wird oft auf Leasingkräfte zurückgegriffen, um die Versorgung der Bewohner:innen am Lebensende sicherzustellen.					

16: Haben sich diese Eigenschaften der Personalausstattung in Ihrer Einrichtung seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) ...?

	verschlechtert	nicht verändert	verbessert	kann ich nicht sagen/weiß ich nicht
Es gibt insgesamt genügend Pflegepersonal, um die anfallende Arbeit zu erledigen.				
Es gibt insgesamt genügend Pflegepersonal für den Einsatz während der Nachtschicht.				
Es gibt genügend Pflegefachpersonal für sogenannte vorbehaltene Tätigkeiten wie z. B. Medikamentengabe und Pflegeplanung bei Bewohner:innen am Lebensende.				
Es gibt genügend Pflegepersonal, um ein würdevolles Sterben zu gewährleisten.				
Es wird oft auf Leasingkräfte zurückgegriffen, um die Versorgung der Bewohner:innen am Lebensende sicherzustellen.				

17: Zunächst ganz allgemein: Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsbelastung ein? Bitte verorten Sie dies auf folgender Leiste (0 geringe Belastung, 10 hohe Belastung).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18: Hat Ihre Arbeitsbelastung seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) in Ihrer Einrichtung ...?

abgenommen	
ist gleichgeblieben	
zugenommen	

19: Die nachstehenden Situationen können bei der Versorgung und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende auftreten. Wenn Sie eine dieser Situationen erlebt haben, kann Sie diese moralisch gestresst haben, es muss aber nicht so sein. Bitte sagen Sie uns: Wie häufig haben Sie diese Situationen in Ihrer Einrichtung erlebt?

Ich habe Situationen erlebt, ...					
	nie	seltener als monatlich	monatlich	wöchentlich	mehrmals wöchentlich
in denen ich durch betrieblichen, zeitlichen oder finanziellen Druck nicht die Pflege ausführen konnte, die meinen eigenen (ethischen) Ansprüchen entspricht.					
in denen trotz guter Kenntnisse der Situation Bewohner:innen oder Angehörigen unangemessene Hoffnungen vermittelt wurden.					
in denen Verordnungen, Tests oder Behandlungen durchgeführt wurden, die ich mit Blick auf das Behandlungsziel als unangemessen einschätzte.					
in denen ich bei Bewohner:innen am Lebensende Pflege ausführen musste, für die ich mich nicht ausreichend qualifiziert fühlte, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Sicherheit der Bewohner:innen am Lebensende gefährdet war.					
in denen ich mit Personen zusammenarbeitete, die ich als nicht ausreichend kompetent erlebte, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Sicherheit der Bewohner:innen am Lebensende gefährdet war.					
in denen ich nichts unternommen habe, obwohl es Hinweise auf mögliche verbale oder physische Gewalt oder auf Vernachlässigung von Bewohner:innen am Lebensende gab.					
in denen ich beobachtete, dass die Qualität der Pflege und Begleitung am Lebensende aufgrund mangelnder Kontinuität (bspw. durch den Einsatz von Leasingkräften) im Behandlungsteam litt.					
in denen ich in einem Pflorgeteam mit einer Schichtbesetzung arbeitete, die ich für die Versorgung und Begleitung am Lebensende als ungenügend einschätzte.					
in denen ich aufgrund von nicht-kollegialer Zusammenarbeit nicht die Pflege ausführen konnte, die meinen eigenen (ethischen) Ansprüchen entspricht.					
in denen ich das Leiden eines Bewohners/ einer Bewohnerin am Lebensende aufgrund unzureichender Verordnungen nicht vermeiden oder lindern konnte.					
in denen ich informell die Verantwortung für das Ausführen von Tätigkeiten anderer Berufsgruppen übernehmen musste.					

20: Wie sehr belasteten Sie diese Situationen? Bitte geben Sie Ihre Belastungsintensität an.

Ich habe Situationen erlebt, ...					
	keine	wenig	mittel mäßige	große	sehr große
in denen ich durch betrieblichen, zeitlichen oder finanziellen Druck nicht die Pflege ausführen konnte, die meinen eigenen (ethischen) Ansprüchen entspricht.					
in denen trotz guter Kenntnisse der Situation Bewohner:innen oder Angehörigen unangemessene Hoffnungen vermittelt wurden.					
in denen Verordnungen, Tests oder Behandlungen durchgeführt wurden, die ich mit Blick auf das Behandlungsziel als unangemessen einschätzte.					
in denen ich mit Personen zusammenarbeitete, die ich als nicht ausreichend kompetent erlebte, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Sicherheit der Bewohner:innen am Lebensende gefährdet war.					
in denen ich nichts unternommen habe, obwohl es Hinweise auf mögliche verbale oder physische Gewalt oder auf Vernachlässigung von Bewohner:innen am Lebensende gab.					
in denen ich beobachtete, dass die Qualität der Pflege und Begleitung am Lebensende aufgrund mangelnder Kontinuität (bspw. durch den Einsatz von Leasingkräften) im Behandlungsteam litt.					
in denen ich in einem Pflorgeteam mit einer Schichtbesetzung arbeitete, die ich für die Versorgung und Begleitung am Lebensende als ungenügend einschätzte.					
in denen ich aufgrund von nicht-kollegialer Zusammenarbeit nicht die Pflege ausführen konnte, die meinen eigenen (ethischen) Ansprüchen entspricht.					
in denen ich das Leiden eines Bewohners/einer Bewohnerin am Lebensende aufgrund unzureichender Verordnungen nicht vermeiden oder lindern konnte.					
in denen ich informell die Verantwortung für das Ausführen von Tätigkeiten anderer Berufsgruppen übernehmen musste.					

21: Haben Sie diese Situationen seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) in Ihrer Einrichtung ...?

Ich habe Situationen erlebt, ...			
	seltener erlebt	unverändert häufig erlebt	häufiger erlebt
in denen ich durch betrieblichen, zeitlichen oder finanziellen Druck nicht die Pflege ausführen konnte, die meinen eigenen (ethischen) Ansprüchen entspricht.			
in denen trotz guter Kenntnisse der Situation Bewohner:innen oder Angehörigen unangemessene Hoffnungen vermittelt wurden.			
in denen Verordnungen, Tests oder Behandlungen durchgeführt wurden, die ich mit Blick auf das Behandlungsziel als unangemessen einschätzte.			
in denen ich bei Bewohner:innen am Lebensende Pflege ausführen musste, für die ich mich nicht ausreichend qualifiziert fühlte, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Sicherheit der Bewohner:innen am Lebensende gefährdet war.			
in denen ich mit Personen zusammenarbeitete, die ich als nicht ausreichend kompetent erlebte, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Sicherheit der Bewohner:innen am Lebensende gefährdet war.			
in denen ich nichts unternommen habe, obwohl es Hinweise auf mögliche verbale oder physische Gewalt oder auf Vernachlässigung von Bewohner:innen am Lebensende gab.			
in denen ich beobachtete, dass die Qualität der Pflege und Begleitung am Lebensende aufgrund mangelnder Kontinuität (bspw. durch den Einsatz von Leasingkräften) im Behandlungsteam litt.			
in denen ich in einem Pflorgeteam mit einer Schichtbesetzung arbeitete, die ich für die Versorgung und Begleitung am Lebensende als ungenügend einschätzte.			
in denen ich aufgrund von nicht-kollegialer Zusammenarbeit nicht die Pflege ausführen konnte, die meinen eigenen (ethischen) Ansprüchen entspricht.			
in denen ich das Leiden eines Bewohners/einer Bewohnerin am Lebensende aufgrund unzureichender Verordnungen nicht vermeiden oder lindern konnte.			
in denen ich informell die Verantwortung für das Ausführen von Tätigkeiten anderer Berufsgruppen übernehmen musste.			

22: Bitte fahren Sie nun in gleicher Weise mit folgenden Situationen fort: Wie häufig erleben Sie die folgenden Situationen in Ihrer Einrichtung?

	nie	seltener als monatlich	monatlich	wöchentlich	mehrmals wöchentlich
Ich erlebe Bewohner:innen am Lebensende mit Angst vor dem Versterben.					
Ich habe eine besondere Beziehung zu einzelnen Bewohner:innen am Lebensende.					
Ich sehe Bewohner:innen, die am Lebensende allein sind bzw. allein versterben müssen.					
Ich kann aufgrund von betrieblichem, zeitlichem oder finanziellem Druck kein würdevolles Sterben der Bewohner:innen ermöglichen.					
Ich beobachte, dass sich auf Druck der Angehörigen das Behandlungsteam für belastende bzw. lebensverlängernde Behandlungen entscheidet, obwohl die Patientenverfügung dies untersagt.					
Ich sehe, dass Bewohner:innen am Lebensende durch pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen seltener von Angehörigen besucht werden.					
Ich beobachte, dass Bewohner:innen am Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl ich fest überzeugt bin, dass dies nicht im besten Interesse der Bewohner:innen ist.					
Ich kann Bewohner:innen am Lebensende keinen emotionalen Beistand anbieten, z. B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst vor dem Sterben.					

23: Markieren Sie bitte, wie belastet Sie sich in den folgenden Situationen fühlen und geben Sie Ihre Belastungsintensität an.

	keine	wenig	mittel- mäßige	große	sehr große
Ich erlebe Bewohner:innen am Lebensende mit Angst vor dem Versterben.					
Ich habe eine besondere Beziehung zu einzelnen Bewohner:innen am Lebensende.					
Ich sehe Bewohner:innen, die am Lebensende allein sind bzw. allein versterben müssen.					
Ich kann aufgrund von betrieblichem, zeitlichem oder finanziellem Druck kein würdevolles Sterben der Bewohner:innen ermöglichen.					
Ich sehe, dass Bewohner:innen am Lebensende durch pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen seltener von Angehörigen besucht werden.					
Ich beobachte, dass Bewohner:innen am Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl ich fest überzeugt bin, dass dies nicht im besten Interesse der Bewohner:innen ist.					
Ich kann Bewohner:innen am Lebensende keinen emotionalen Beistand anbieten, z. B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst vor dem Sterben.					

24: Haben Sie diese Situationen seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) in Ihrer Einrichtung ...?

	seltener erlebt	unverändert häufig erlebt	häufiger erlebt
Ich erlebe Bewohner:innen am Lebensende mit Angst vor dem Versterben.			
Ich habe eine besondere Beziehung zu einzelnen Bewohner:innen am Lebensende.			
Ich sehe Bewohner:innen, die am Lebensende allein sind bzw. allein versterben müssen.			
Ich kann aufgrund von betrieblichem, zeitlichem oder finanziellem Druck kein würdevolles Sterben der Bewohner:innen ermöglichen.			
Ich beobachte, dass sich auf Druck der Angehörigen das Behandlungsteam für belastende bzw. lebensverlängernde Behandlungen entscheidet, obwohl die Patientenverfügung dies untersagt.			
Ich beobachte, dass Bewohner:innen am Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl ich fest überzeugt bin, dass dies nicht im besten Interesse der Bewohner:innen ist.			
Ich kann Bewohner:innen am Lebensende keinen emotionalen Beistand anbieten, z. B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst vor dem Sterben.			

25: Wie zufrieden sind Sie mit der Versorgung und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende in Ihrer Einrichtung?

sehr unzufrieden	
eher unzufrieden	
eher zufrieden	
sehr zufrieden	

26: Die Qualität der Versorgung und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende hat sich seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) in meiner Einrichtung...

verschlechtert	
nicht verändert	
verbessert	

27: Fühlen Sie sich bei Entscheidungen rund um die Versorgung und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende in Ihrer Einrichtung einbezogen?

nein	
ja	

28: Auf einer Skala von 0 (keine Anerkennung) bis 10 (volle Anerkennung): Inwieweit erhalten Sie Anerkennung und Wertschätzung von den folgenden Personengruppen für Ihre Arbeit bei der Versorgung und Begleitung von Bewohner:innen am Lebensende? Bitte bewerten Sie dies auf den folgenden Listen.

Bewohner:innen und deren Angehörige										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kolleg:innen										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vorgesetzte und Leitungspersonal										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ärzt:innen										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29: Würden Sie Ihre Einrichtung empfehlen, wenn ein Mitglied Ihrer Familie oder von einer befreundeten Familie einen Platz in einem Alten- und Pflegeheim brauchen würde?

nein	
wahrscheinlich nein	
wahrscheinlich ja	
ja	

30: Auf einer Skala von 0 (schlechtester Gesundheitszustand) bis 10 (besten Gesundheitszustand): Wo verorten Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

31: Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit Beginn der Pandemie (d. h. seit 01.03.2020) ...?

verschlechtert	
nicht verändert	
verbessert	

32: In welchem Jahr sind Sie geboren?

bitte nennen (JJJ z. B. 1986):	
--------------------------------	--

33: Welches Geschlecht haben Sie?

männlich	
weiblich	
divers	

34: Welche höchste berufliche Qualifikation haben Sie im Bereich Pflege?

Hochschulabschluss (z. B. Pflegewissenschaft)	
Gesundheit- und Krankenpfleger:in bzw. Pflegefachmann/-fachfrau	
(examinierte) Altenpfleger:in	
Kranken- und Altenpflegehilfskraft/Pflegeassistent:in	
kein Berufsabschluss im Bereich Pflege	
sonstiger Berufsabschluss im Bereich Pflege, und zwar: _____	

35: Sind Sie in Ihrer Einrichtung hauptsächlich tätig...?

im Management der Einrichtung (Pflegeheimleitung)	
als Wohnbereichsleitung	
als Pflegefachkraft	
als Pflegehilfskraft	
Sonstiges, und zwar: _____	

36: Haben Sie eine landesrechtlich anerkannte Weiterbildung im Zusammenhang mit der Palliativpflege?

nein	
ja, und zwar: _____	
gegenwärtig im Erwerb, und zwar: _____	

37: Sie sind in Ihrer Einrichtung...?

vollzeitbeschäftigt	
teilzeitbeschäftigt über 50 %	
teilzeitbeschäftigt unter 50 %, aber nicht geringfügig beschäftigt ☒	
geringfügig beschäftigt	

38: Sind Sie über eine Leasing-Agentur in ihrer Einrichtung tätig?

nein	
ja	

39: Wie viele Bewohner:innen leben so ganz ungefähr insgesamt in Ihrer Einrichtung?

weniger als 20 Bewohner:innen	
21 bis 50 Bewohner:innen	
51 bis 100 Bewohner:innen	
mehr als 100 Bewohner:innen	
kann ich nicht sagen/weiß ich nicht	

40: Weist Ihre Einrichtung einen im Versorgungsvertrag vereinbarten pflegefachlichen Schwerpunkt auf?

nein	
ja	
kann ich nicht sagen/weiß ich nicht	

41: Sind die folgenden Ausstattungen für Bewohner:innen am Lebensende und Angehörige in Ihrer Einrichtung ...?

	gar nicht ausreichend verfügbar	eher nicht ausreichend verfügbar	eher ausreichend verfügbar	völlig ausreichend verfügbar
Einzelzimmer für Bewohner:innen am Lebensende				
Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige				
Eigene Nasszelle für Bewohner:innen am Lebensende				
Rückzugsraum für Bewohner:innen am Lebensende und ihre Angehörigen				
Andachts-/Besinnungsraum für religiös- spirituelle Belange				

42: Und in welchem Bundesland arbeiten Sie?

Baden-Württemberg	
Bayern	
Berlin	
Brandenburg	
Bremen	
Hamburg	
Hessen	
Mecklenburg-Vorpommern	
Niedersachsen	
Nordrhein-Westfalen	
Rheinland-Pfalz	
Saarland	
Sachsen	
Sachsen-Anhalt	
Schleswig-Holstein	
Thüringen	

43: Bitte sagen Sie uns: Das Pflegeheim, in dem Sie arbeiten, ist...

öffentlich (im Auftrag bspw. einer Gemeinde oder einer Stadt)	
getragen von gemeinnützigen Vereinen oder Wohlfahrtsverbänden (wie AWO oder DRK)	
getragen von kirchlichen Wohlfahrtsverbänden (wie Caritas oder Diakonie)	
Privatgewerblich getragen	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Literaturverzeichnis

- Allers K (2020) Versorgung von Pflegeheimbewohnern am Lebensende. <http://oops.uni-oldenburg.de/4695/1/allver20.pdf>. Zugegriffen: 29. Juli 2020
- Allers K, Fassmer AM, Spreckelsen O, Hoffmann F (2019) End-of-life care of nursing home residents: A survey among general practitioners in northwestern Germany. *Geriatrics & gerontology international* 20:25-30. doi:10.1111/ggi.13809
- Bausewein C et al. (2016) White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. *Palliative medicine* 30:6-22. doi:10.1177/0269216315589898
- Becker S (2014) Komplexe Bedürfnisse und Gestaltungsoptionen. In: George W (Hrsg) *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen*. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 29-34
- Behrendt S et al. (2022) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht. Band II. Berlin. doi:<https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006432928>
- BMG Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung - Geschäftsstatistik der Pflegekassen - V. Zahl der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statisitiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf. Zugegriffen: 23.6.2022
- Diehl E (2015) Fragebogen zum Pilotprojekt: Arbeitssituation von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz. <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/arbeitssituation-der-spezialisierten-palliativversorgung-rheinland-pfalz/originalia>. Zugegriffen: 23.06.2022
- Diehl E (2021) Belastungen, Ressourcen und der Gedanke an die Berufsaufgabe. <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2021/01/86-hospiz-dialog-1-2021.pdf>. Zugegriffen: 11.05.2022
- Diehl E, Rieger S, Letzet S, Schablon A, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC, Dietzl P (2021) Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der allgemeinen Palliativversorgung in Deutschland. *Pflege* 34:80-91. doi:<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000191>
- Engel K (2014) Sterben in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Aspekte professioneller Pflege und Betreuung. In: George W (Hrsg) *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen*. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 71-76
- GKV-SV (2020) Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2020_12_14_final_Bericht_SAPV_HKP_und_132g004.pdf. Zugegriffen: 28.06.2022
- Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller HB (2003) Work Conditions and Intent to Leave the Profession Among Nursing Staff in Europe. https://www.researchgate.net/publication/242742550_Work_Conditions_and_Intent_to_Leave_the_Profession_Among_Nursing_Staff_in_Europe. Zugegriffen: 23.06.2022
- Hering C, Gangnus A, Budnick A, Kohl R, Steinhagen-Thiessen E, Kuhlmeier A, Gellert P (2022) Psychosocial burdens and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nursing* 21:41. doi:10.1186/s12912-022-00807-3
- Hering C, Gangnus A, Kohl R, Steinhagen-Thiessen E, Sander CS, Gellert P, Kuhlmeier A (2021) Ergebnisreport Nr. 1 Projekt Covid-Heim. https://medizinsoziologie-rehawissenschaft.charite.de/forschung/alternsforschung/covid_heim/. Zugegriffen: 11.05.2022
- in der Schmitt J, Stephan Rixen S, Marckmann G (2022) Advance Care Planning: ein Konzept zur Stärkung der Autonomie pflegebedürftiger Menschen (nicht nur) am

- Lebensende. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2022. Springer, Berlin, S 83-102
- Kleinknecht-Dolf M, Spichiger E, Müller M, Bartholomeyczik S, Spirig R (2017) Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses—A mixed methods study. *Nursing Open* 4:251-266. doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.91>
- Matzk S, Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2022) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2022. Springer, Berlin, S 251-286
- Nauck F (2014) Die Implementierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen. In: George W (Hrsg) Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen Buchreihe: Forschung Psychosozial. Psychosozial-Verlag, S 53 – 60
- Radbruch L (2015) Empfehlungen zur Palliativversorgung und Behandlung älterer Menschen mit Alzheimer oder anderen progressiven Demenzerkrankungen. Die 11 Bereiche und 57 Empfehlungen einschließlich erläuterndem Text. https://www.eapcnet.eu/wp-content/uploads/2021/02/ExplanatoryText_EAPC-dementiaWP_Ge.pdf. Zugegriffen: 11.05.2022
- Radbruch L, Andersohn F, Walker W (2015) Überversorgung kurativ –Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-palliativversorgung-modul-3/index.html>. Zugegriffen: 25.04.2022
- Sauer T (2015) Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. *Ethik in der Medizin* 27:123-140. doi:DOI 10.1007/s00481-014-0291-y
- Schwinger A, Jürchott K, Behrendt S, Argüello Guerra F, Stegbauer C, Willms G, Klauber J (2022) Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende: Eine empirische Bestandsaufnahme. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2022. Springer, Berlin, S 53-72
- Strautmann A, Allers K, Fassmer AM, Hoffmann F (2020) Nursing home staff's perspective on end-of-life care of German nursing home residents: a cross-sectional survey. *BMC Palliative Care* 19:2. doi:<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0512-8>
- Tiedtke JM, Lang FR (2014) Psychosoziale Bedingungen des Sterbens in Pflegeeinrichtungen. Gerontopsychologische Überlegungen und Ansätze. In: George W (Hrsg) Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 21-28
- van Oorschot B, Mücke K, Cirak A, Henking T, Neuderth S (2019) Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52:582-588
- Wilkening K, Martin M (2003) Quality of life at the end of live: experiences, models and perspectives. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36:333-338. doi: 10.1007/s00391-003-0178-x.
- Witthauer B, Kolominsky-Rabas P (2022) Patientenverfügungen und palliative ärztliche Versorgung in Pflegeheimen – Studie zu Alltag und Relevanz außerhalb regulärer Praxiszeiten. *Gesundheitswesen (EFirst)*. doi:10.1055/a-1737-4037

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflege und Begleitung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende – Anteil an der täglichen Arbeitszeit aus Sicht der Pflegenden* und differenziert nach Haupttätigkeit in der Einrichtung	11
Abbildung 2: Häufigkeit zentraler Standards und Verfahren einer Versorgung am Lebensende im Pflegeheim aus Sicht der Pflegenden	13
Abbildung 3: Seit Beginn der Pandemie – Häufigkeit zentraler Standards und Instrumente einer Versorgung am Lebensende im Pflegeheim aus Sicht der Pflegenden	15
Abbildung 4: Häufigkeit und Bedeutung der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufs- bzw. Personengruppen bei der Versorgung am Lebensende aus Sicht der Pflegenden*	17
Abbildung 5: Bewertung der Zusammenarbeit mit palliativmedizinischen Akteursgruppen im Kontext der Versorgung am Lebensende aus der Sicht der Pflegenden nach Häufigkeit der Kooperation	18
Abbildung 6: Kritische Situationen in der kooperativen Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende – Häufigkeit und wahrgenommene Belastung aus der Sicht der Pflegenden	20
Abbildung 7: Häufigkeit von Konflikten in der interdisziplinären Versorgung von Pflegeheim-bewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden.....	21
Abbildung 8: Seit Beginn der Pandemie – Häufigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Personen und Berufsgruppen	22
Abbildung 9: Seit Beginn der Pandemie – Häufigkeit von Konflikten in der interdisziplinären Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden	23
Abbildung 10: Personalausstattung für die Versorgung von Bewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden	24
Abbildung 11: Fort- und Weiterbildungsangebote zur Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende im Pflegeheim.....	25
Abbildung 12: Versorgungssituationen von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende und Personalausstattung/Qualifizierung – Häufigkeit und wahrgenommene Belastung aus der Sicht der Pflegenden	27
Abbildung 13: Allgemeine Arbeitsbelastung der befragten Pflegenden	28
Abbildung 14: Seit Beginn der Pandemie – Personalressourcen für die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflegenden.....	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Befragtencharakteristika – Merkmale der befragten Pflegenden (Studienpopulation) und im Vergleich zu den Pflegepersonen in deutschen Pflegeheimen gemäß Amtlicher Pflegestatistik	9
Tabelle 2: Einrichtungscharakteristika – Merkmale der befragten Pflegenden (Studienpopulation) und im Vergleich zu allen in vollstationären Pflegeheimen tätigen Pflegepersonen	10