

# Projekt Palliative Praxis in Stuttgarter Altenpflegeheimen

von Oktober 2007 bis Juli 2009

## Evaluation des Theorie-Praxis-Transfers

Gefördert von der

Robert Bosch **Stiftung**

und



Teilnehmende Träger:



leben&wohnen



Herausgeber:

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

Falkertstraße 29

70176 Stuttgart

Tel. ++49-(0)711/61926-0

Fax ++49-(0)711/61926-199

E-Mail: [info@wohlfahrtswerk.de](mailto:info@wohlfahrtswerk.de)

[www.wohlfahrtswerk.de](http://www.wohlfahrtswerk.de)

Stuttgart, im Juli 2009

Redaktion:

Petra Hellstern, Gregor Senne

## Inhaltsverzeichnis

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>I</b>   | <b>Das Projekt Palliative Praxis.....</b>   | <b>1</b>  |
| a          | Selbstevaluation.....   | 2         |
| b          | Untersuchungsdesign.....  | 2         |
| <b>II</b>  | <b>Daten .....</b>  | <b>3</b>  |
| a          | Stichprobe .....  | 3         |
| b          | Die Umsetzbarkeit der Schulungsinhalte .....  | 5         |
| 1          | Pflegeanamnese .....  | 6         |
| 2          | Pflege- und Therapieplanung .....   | 7         |
| 3          | Demenz .....  | 8         |
| 4          | Schmerztherapie .....   | 9         |
| 5          | Zusammenarbeit .....  | 10        |
| 6          | Quälende Symptome.....  | 11        |
| 7          | Patientenwille .....  | 12        |
| 8          | Ethische Konfliktsituationen .....  | 13        |
| 9          | Abschied und Trauer.....  | 14        |
| 10         | Einfluss der Schulung.....  | 15        |
| 11         | Weiterempfehlung.....   | 16        |
| c          | Offene Fragen .....   | 16        |
| 12         | Was haben Sie als hilfreich erlebt, um das Gelernte umzusetzen? .....                           | 17        |
| 13         | Was hat es erschwert, das Gelernte umzusetzen? .....  | 18        |
| 14         | Gibt es weitere Schulungsinhalte, die Sie sich wünschen würden? .....                           | 19        |
| 15         | Was wünschen Sie sich noch für die Umsetzung der Palliativen Praxis in Ihrer Einrichtung? ..... | 20        |
| <b>III</b> | <b>Zusammenfassung der Ergebnisse.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>IV</b>  | <b>Anlage.....</b>  | <b>24</b> |

## I Das Projekt Palliative Praxis

Die Palliative Praxis weiter zu entwickeln, neue Wege zu gehen in der Pflege und Begleitung schwer kranker oder hochbetagter Bewohner/innen in Altenpflegeheimen sind die Ziele des Projektes Palliative Praxis in Stuttgarter Altenpflegeheimen. Das Projekt fand von Oktober 2007 bis Juli 2009 statt.

Die Rotary-Stiftung Stuttgart und die Robert Bosch Stiftung haben das Projekt initiiert und gefördert – ohne diese Unterstützung wären die Entwicklungen nicht möglich gewesen. 7 Pflegeheime unterschiedlicher Träger nehmen am Projekt teil, die Stuttgarter Ärzteschaft unterstützt das Vorhaben und das Wohlfahrtswerk für Baden Württemberg übernahm die Organisation in der Person einer „Projektkümmernin“.

Kernelement des Projektes sind einwöchige Schulungen nach dem Curriculum Palliative Praxis, welches die Robert Bosch Stiftung mit einem Team aus Experten/innen entwickelt hat. An 8 Schulungen haben insgesamt 143 Mitarbeitende aus den beteiligten Einrichtungen, Ehrenamtliche, begleitende Hausärzte/ärztinnen teilgenommen.

Die Ansprechpartner/innen aus den Einrichtungen – meist die Pflegedienstleitungen – haben sich neun Mal getroffen, um sich über die Implementierungsprozesse und fachliche Themen auszutauschen.

Jede Einrichtung konnte bis zu drei Fallbesprechungen mit externen Fachberaterinnen durchführen. Ergänzend wurden Informationsveranstaltungen für Heimaufsicht, MdK und die interessierte (Fach-) Öffentlichkeit angeboten sowie zwei ergänzende Fachvorträge durchgeführt.

Die praktische Umsetzung der Palliativen Praxis wurde in den beteiligten Einrichtungen dezentral unter Einbezug der Mitarbeitenden entwickelt.

Gleich zu Beginn des Projektes haben die Vertreter/innen der beteiligten Institutionen beschlossen, das ursprüngliche Konzept von getrennten Inhouse Schulungen aufzubrechen. Aus Gründen der Praktikabilität und des trägerübergreifenden Austausches wurden die Schulungen zwar in den unterschiedlichen Häusern durchgeführt, jedoch für alle Mitarbeitenden der im Projektverbund beteiligten Einrichtungen geöffnet.

Die Durchführung des Projektes im Verbund mehrerer Einrichtungen unterschiedlicher Träger ergab wertvolle Effekte, die in dieser Evaluation dargestellt werden.

Interdisziplinarität ist ein wichtiges Element Palliativer Praxis, das schon in den Schulungen angestrebt wird. Mit neuen Erkenntnissen zur Palliativversorgung ausgestattet, haben sich die Schulungsteilnehmer/innen und mit ihnen die beteiligten Einrichtungen auf den Weg gemacht, neueste Erkenntnisse der Palliativen Praxis für alte Menschen in den Einrichtungen umzusetzen.

„Wie kann man Palliative Praxis in Altenpflegeheime umsetzen?“ und „Wie kann diese besondere Versorgung einem größeren Patientenkreis zugänglich gemacht werden?“ waren leitende Fragen zu Beginn des Prozesses.

Die beteiligten Einrichtungen waren überrascht, wie viel sie schon vor Projektbeginn an Palliativer Pflege leisten – ohne dies bislang so zu nennen. Sie sahen aber auch Möglichkeiten der Weiterentwicklung.



leben&amp;wohnen

Deutsches  
Rotes  
Kreuz

Robert Bosch Stiftung

## a Selbstevaluation

Um für die Implementierung Anstöße zu erhalten, haben die Projektbeteiligten sich ab Sommer 2008 der Methode der Selbstevaluation bedient. Diese Methode bietet die Möglichkeit zur Reflektion und zielgerichtete Weiterentwicklung, wenn sie auch nicht die Objektivität einer Fremdevaluation bieten kann.

Leitende Frage der Evaluation war:

**Wie lassen sich die Schulungsinhalte aus Sicht der Schulungsteilnehmenden in den Altenhilfeeinrichtungen umsetzen?**

**Und: Wie lässt sich die Umsetzung unterstützen oder verbessern?**

## b Untersuchungsdesign

Die Evaluation sollte gut auszuwerten sein, um den Aufwand für die Befragten möglichst gering zu halten. Es sollte ein Überblick über alle Bereiche der Umsetzung gewonnen werden und erhoben werden, ob es Auffälligkeiten gibt, die vertiefende Befragungen erfordern.

Befragt wurden alle Teilnehmenden aus den Schulungen, nachdem sie jeweils mindestens 2 Monate nach der Schulung gearbeitet hatten. So konnten sie sich zu Fragen der Umsetzung äußern.

Der Fragebogen wurde von den lokalen Ansprechpartner/innen und der Kümmerin entwickelt und von der Projektleitung der Robert Bosch Stiftung ergänzt.

Der erste Fragenkomplex ist eng an die Schulungsinhalte angelehnt. Die Fragen ermitteln die Umsetzbarkeit der Inhalte des Curriculums Palliative Praxis auf einer Skala von eins bis zehn. Zu jeder Frage gibt es die Möglichkeit, ergänzende Bemerkungen zu machen.

Im Anschluss werden vier offene Fragen zur Weiterentwicklung der Palliative Care in den Einrichtungen gestellt. Der Fragebogen findet sich im Anhang dieser Auswertung.

Alle Schulungsteilnehmenden erhielten den Fragebögen, einen frankierten Rückumschlag sowie ein Anschreiben mit Zusicherung der Anonymität direkt zugesandt.

Die angekreuzten Daten wurden mittels des Statistikprogramms SPSS erfasst. Die qualitativen Daten wurden wortwörtlich erfasst, geclustert und dann zu Kategorien zusammengefasst, um Tendenzen und häufig gemachte Antworten zu erfassen.

Die Antworten geben ein gutes Bild vom Gelingen des Projektes und zeigen Faktoren, die eine Umsetzung von Palliativer Praxis in den Einrichtungen unterstützen oder auch erschweren.

Die Befragungsergebnisse wurden mit den lokalen Ansprechpartnern/innen diskutiert und bewertet. Ihre Interpretationen und Verbesserungsvorschläge sind unter jeder Frage gesondert aufgeführt. Dargestellt werden die Ergebnisse und Interpretationen in Tabellen und als Auflistung von Stichworten. Dies unterstützt die Übersichtlichkeit und die Lesbarkeit.



leben&wohnen



Deutsches  
Rotes  
Kreuz



Robert Bosch **Stiftung**

## II Daten

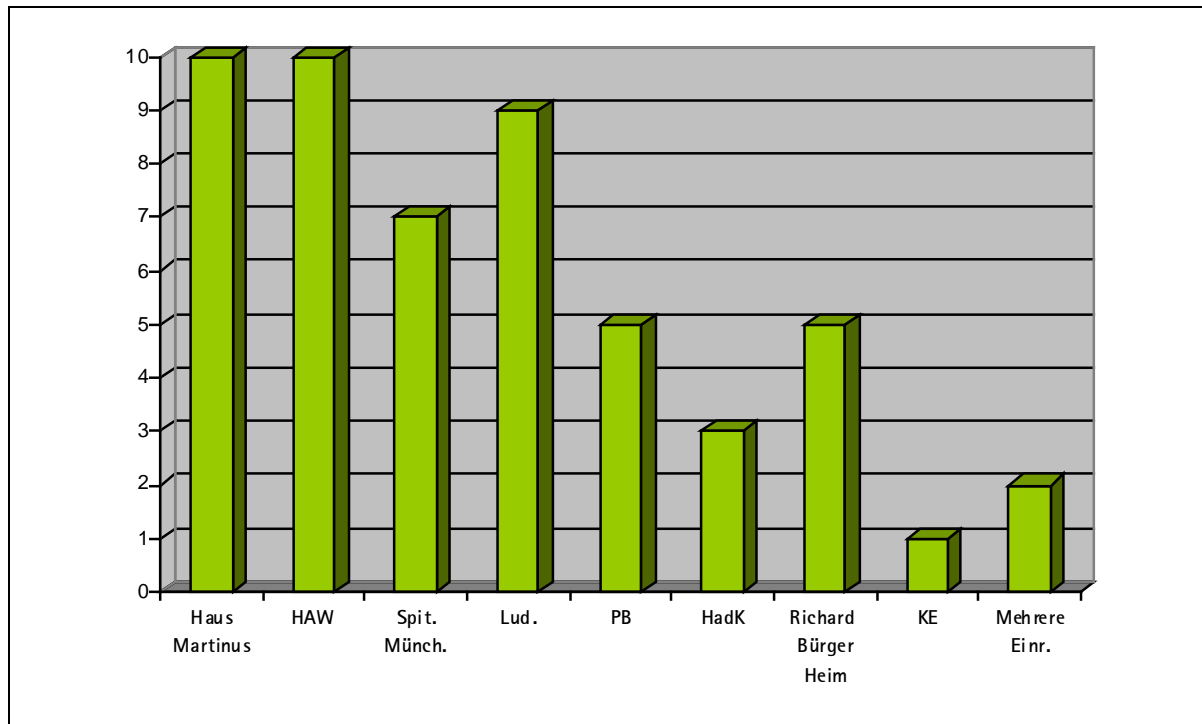
Der Rücklauf der Fragebögen war N= 52, das sind 36 % der ausgeteilten Bögen.

### a Stichprobe

Versandt wurde der Bogen an 143 Teilnehmende der 8 Schulungen. Die Spannweite, wie viele Mitarbeiter/innen von jeder Einrichtung zu den Schulungen entsandt wurden, ist groß. Sie liegt zwischen 14 und 31 Personen.

| Haus Martinus | Haus am Weinberg (HAW) | Spitalhof Mönchingen | Ludwigstift (LUD) | Parkheim Berg (PB) | Haus a. d. Killesberg (HadK) | Richard-Bürger-Heim | Mehrere Einrichtungen | Keine Einrichtung (KE) |
|---------------|------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| 22            | 31                     | 14                   | 14                | 25                 | 14                           | 15                  | 1                     | 7                      |

Die Rückläufe kamen wie folgt aus den teilnehmenden Einrichtungen:

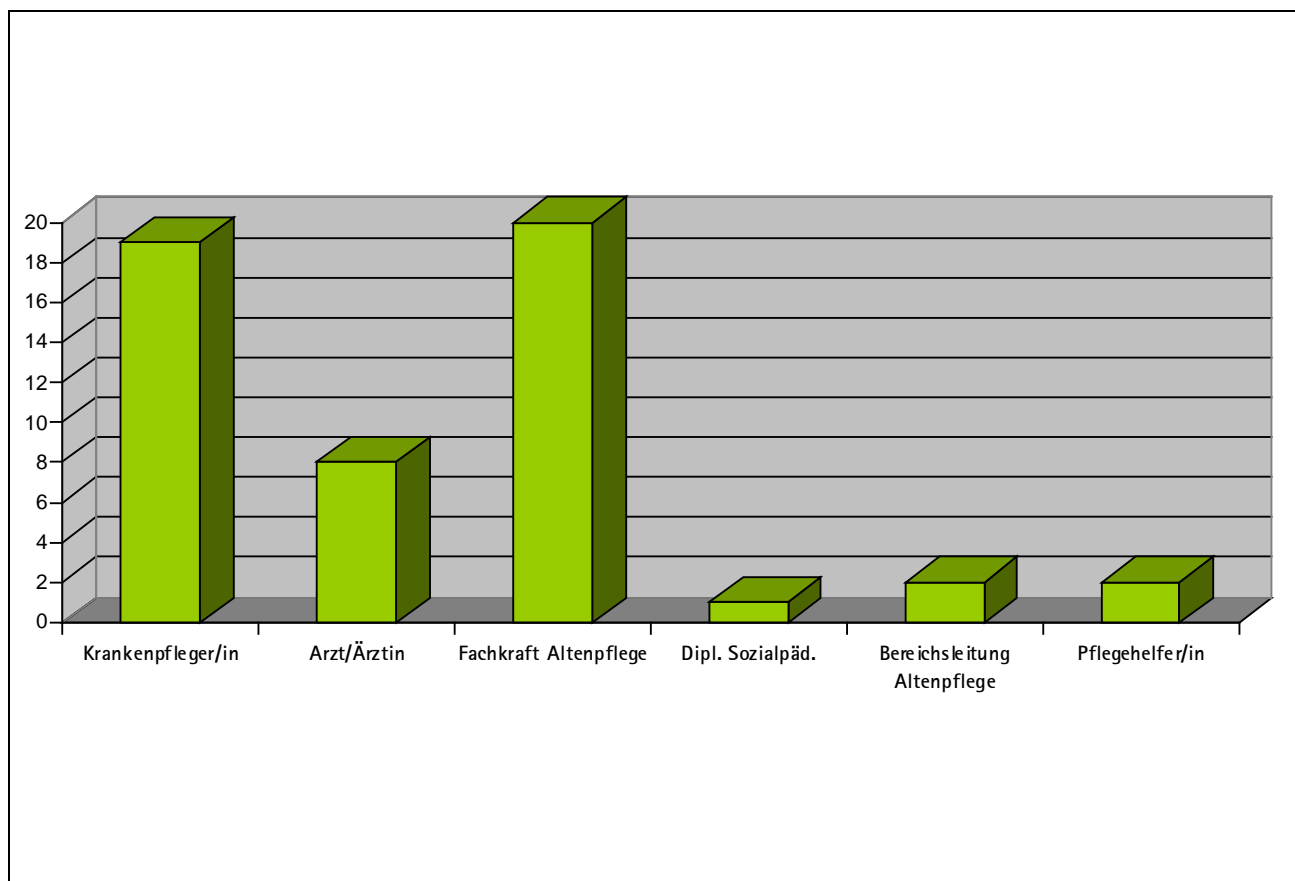


Die Anzahl der Rückläufe aus den verschiedenen Einrichtungen korreliert nicht mit der Anzahl der Teilnehmenden.

Wer hat an den Schulungen teilgenommen?

| Pflegefachkraft | Arzt/Ärztin | Pädagoge/Therapeut | Teamleitung/PDL | Pflegehelfer/in | Unbekannt |
|-----------------|-------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------|
| 66              | 11          | 6                  | 32              | 14              | 14        |

Welcher Berufsgruppe gehören die Antwortenden an?



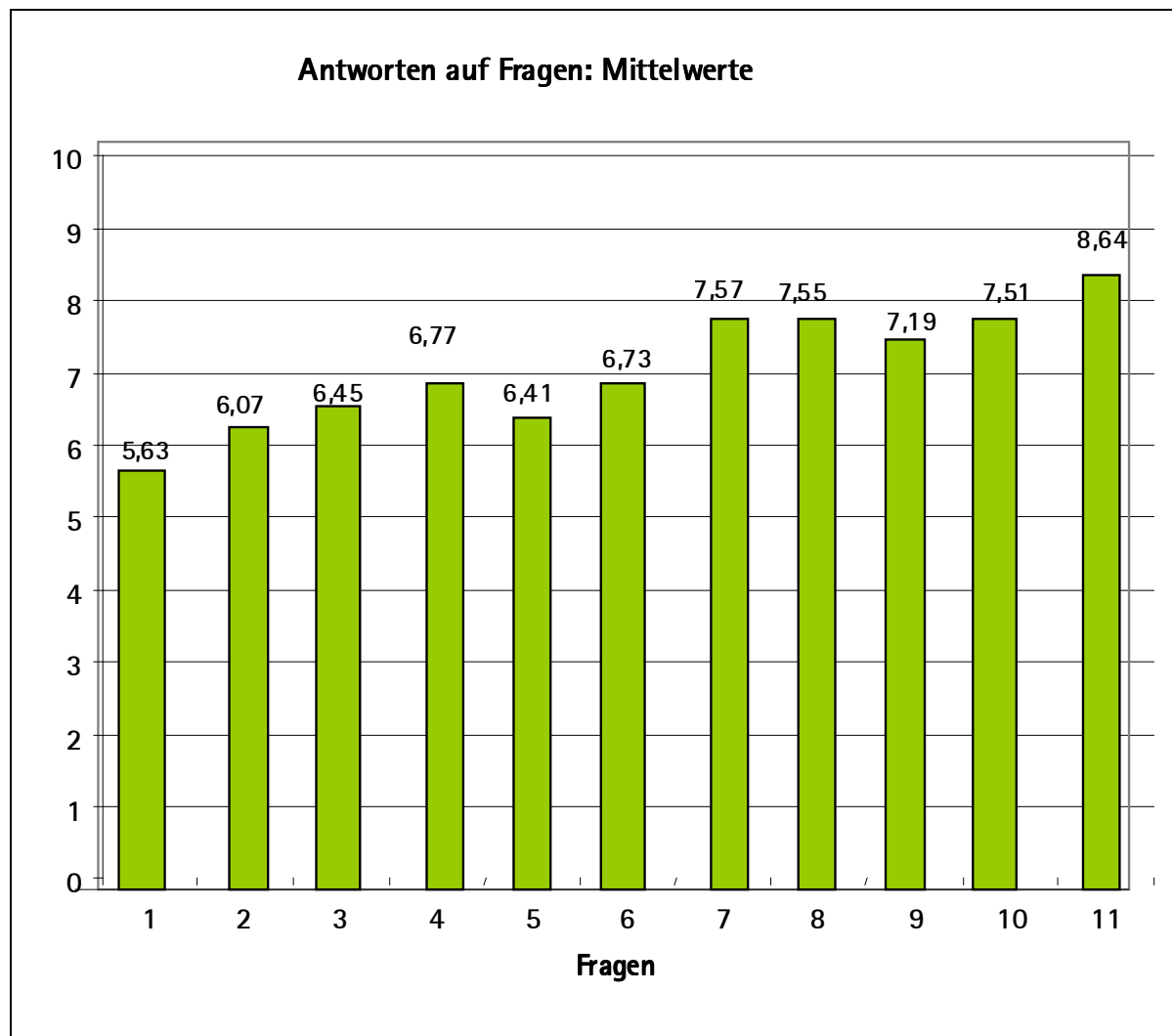
Es fällt auf, dass es nur einen geringen Rücklauf von Pflegehelfer/innen und von Bereichsleitungen gab. Gründe hierfür könnten in der Fragestellung liegen: Der Beruf wurde als offene Frage abgefragt. Es könnte sein, dass hier oft Altenpfleger/in angegeben wurde, weil es ihre Tätigkeit beschreibt: sie pflegen alte Menschen. Die Differenzierung zwischen verschiedenen Ausbildungstypen wie Bereichsleitung, Pflegehelfer/in, Pflegefachkraft oder angelernte Mitarbeiterin ist eventuell nicht immer konkret angegeben. Wenn diese Interpretation nicht der Realität entsprechen sollte, haben nur zwei Pflegehelfer/innen und 2 Bereichsleitungen den Fragebogen bearbeitet. Die Ansprechpartner/innen berichten, dass die Pflegehelfer/innen zum Teil sprachliche und inhaltliche Probleme hatten, den Fragebogen zu verstehen.

69,23 % der Antwortenden sind weiblich.



## b Die Umsetzbarkeit der Schulungsinhalte

Zunächst soll ein Überblick über die Mittelwerte der Angaben zu den einzelnen Fragen gegeben werden:



Die Antworten schwanken zwischen dem Wert 5,63 und dem Wert 8,64. Wir gehen davon aus, dass ein Mittelwert zwischen 1 und 3 eine schlechte Umsetzbarkeit abbildet, ein Mittelwert zwischen 4 und 6 eine mittlere Bewertung zeigt und ein Wert von 7 bis 10 eine gute Umsetzbarkeit.

Die Befragung ergab mittlere und positive Mittelwerte.

Im Folgenden sollen nun die Antworten einzeln vorgestellt werden, jeweils zunächst die Mittelwerte und die Zusammenfassung der ergänzend gemachten Anmerkungen.

Anschließend sind die Interpretationen der Ansprechpartner/innen und erste operative Maßnahmen aufgeführt.



**1 Pflegeanamnese**  
**Erstellen der Pflegeanamnese unter Einbezug der Biografie**

Dies ist mit 5,63 Punkten der niedrigste Mittelwert der gesamten Erhebung.

Auffällig ist, dass zu dieser Frage auch der Rücklauf mit N=43 der geringste Rücklauf war.

**Bemerkungen**

Die quantitativen Daten wurden durch Bemerkungen ergänzt, die in folgende Kategorien eingeteilt wurden. In Klammern wurde die Häufigkeit der Antworten in der jeweiligen Kategorie angegeben.

| Gehört nicht/ weniger zu Aufgaben der Person (5)  | Person hat wenige Daten zur Biographie von Bewohnern/ Angehörigen (5)   | Ist Standard (1)   | Nicht anwendbar (3)  |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- selten gemacht</li> <li>- keine Betreff</li> <li>- gehört wenig zu meinen Aufgaben! Deshalb keine Antwort</li> <li>- Bin nicht pflegerisch tätig</li> <li>- Wird organisatorisch von Anderen erstellt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biografie oft lückenhaft oder verweigert</li> <li>- Biografie noch nicht ausreichend mit einbezogen</li> <li>- Oftmals zu wenig Informationen vorhanden</li> <li>- Biografie ist teilweise schwer zu erarbeiten, da Bezugspersonen fehlen</li> <li>- Soweit die Angehörigen bereit waren, etwas zu erzählen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei uns schon immer Standard</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht anwendbar</li> <li>- Zeitmangel</li> <li>- Form der Pflegeanamnese im Haus bietet wenig Platz für relevante biografische Daten der Pflege Palliativ orientierter</li> </ul> |

**Interpretation der beteiligten Ansprechpartner/innen**

Beim Treffen der Ansprechpartner/innen aus den am Projekt beteiligten Einrichtungen wurden folgende Interpretationen erarbeitet:

- Die Biografie findet noch nicht ausreichend Beachtung in den Einrichtungen
- Nur Bereichsleitungen machen die Pflegeanamnese, kein Umsetzen dieser Aufgabe bei anderen Pflegemitarbeitern/innen
- Biografische Daten werden gesondert erhoben über ein Biografieblatt
- Biografische Informationen werden oft nicht schriftlich festgehalten oder sie werden übersehen.

Es wäre zu prüfen, ob Bereiche, die die direkte Betreuung von Sterbenden betreffen, zuerst umgesetzt werden, und dann erst der ganze Aufenthalt im Pflegeheim nach und nach unter palliativen Aspekten umgeformt wird. Ob also Palliative Praxis zu diesem frühen Zeitpunkt



des Lebens im Pflegeheim eher in Einrichtungen angewandt wird, die in der Implementierung schon weit fortgeschritten sind.

**2 Pflege- und Therapieplanung**  
**Durchführung der Pflege- und Therapieplanung unter Berücksichtigung von Palliativer Pflege**

Inhaltlich liegt diese Frage sehr nah an der Frage 1, es wurden etwas höhere Punkte von durchschnittlich 6,07 vergeben. Es gab 44 verwertbare Antworten.

**Bemerkungen**

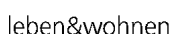
| Gehört nicht zu den Aufgaben der Person (4)  | Nicht anwendbar (3)   | Manchmal besser, manchmal schlechter (2)   | Wird angewendet (1)                         |
|--|---|--|---|
| - Kein Betreff<br>- Siehe oben<br>- Bin nicht pflegerisch tätig<br>- Wird organisatorisch von anderen erstellt, Inputs von mir | - Nicht anwendbar<br>- Zeitmangel<br>- Gegenwärtig noch keine Plattform dafür im Haus | - Situationsbedingt<br>- Im Groben klappt es recht gut, Feinheiten müssen noch erarbeitet werden | - Ist für uns selbstverständlicher Standard |

**Interpretation der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Pflege- und Therapieplanung machen nur Wohnbereichsleitungen und Pflegedienstleitungen. Alle anderen Pflegekräfte können hier keine hohen Punktzahlen vergeben.
- Therapieplanung darf nicht an die Pflegekräfte delegiert werden. Interessant ist, dass mehrere Ärzte bei dieser Frage „kein Betreff“ angegeben haben.
- In Palliativsituationen wird oft keine erneute Pflegeplanung durchgeführt.
- Dass Palliative Care schon vom Einzug an ein Thema ist, sollte noch deutlicher herausgearbeitet und reflektiert werden.

Ähnlich wie die Pflegeanamnese (vgl. 1.2.) wird die Therapieplanung in der Regel zu einem sehr frühen Zeitpunkt des Lebens im Pflegeheim gemacht. Es wäre in einer weitergehenden Befragung zu prüfen, ob dies ein Punkt ist, der erst umgesetzt wird, wenn die Implementierung von Palliativer Praxis weit fortgeschritten ist.

Besonders erfreulich ist in diesem Zusammenhang die Anmerkung eines Teilnehmers aus der letzten Schulung: "Die Durchführung der Pflege- und Therapieplanung unter Berücksichtigung von Palliativer Pflege ist für uns selbstverständlicher Standard."



**3 Demenz  
Palliativpflege für Bewohner/innen mit Demenz**

Der Mittelwert liegt bei 6,45 Punkten. 44 Rückläufe waren gültig.

**Bemerkungen**

| Gehört nicht zu den Aufgaben der Person (3)  | Kritische Antworten (2)   | Positive, differenzierte Antwort (3)  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kein Betreff</li> <li>- Demenz spielt bisher eine untergeordnete Rolle</li> <li>- Bin nicht pflegerisch tätig, aber in interdisziplinäre Aspekte eingebracht</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht anwendbar</li> <li>- Nur durch Eigeninitiative, kein übergreifendes Konzept</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im allgemeinen Tagesablauf gut umsetzbar, im Haus finden spezielle Programme für Bewohner mit Demenz statt</li> <li>- In letzter Zeit wenig Verstorbene, aber mit schwerer Demenz, anhaltender Bettlägerigkeit/ Isolation begleitet</li> <li>- Wird verstärkt darauf eingegangen von allen Mitarbeitern, ist Standard</li> </ul> |

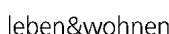
**Interpretation der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- in den Wohnbereichen leben wenige dementiell veränderte Bewohner. Diese wohnen häufig in spezialisierten Demenzstationen
- Inhalte der Schulung wurden teilweise vergessen
- Im Pflegealltag werden gewöhnlich körperliche Pflegetätigkeiten in den Vordergrund gestellt. Zum Beispiel werden in der Übergabe die Informationen zur Befindlichkeit/Demenz immer wieder nicht weitergegeben
- die Pflegemitarbeitern sollten mehr Fingerspitzengefühl entwickeln, dem Patienten mehr psychische Beachtung schenken und sensibler werden

Bewohnerorientierte Palliative Pflege ist eine besondere Herausforderung, insbesondere wenn die Bewohner/innen sich nicht verbal artikulieren können.

Helfen kann eine Erfassung von Bewohnerwünschen und biografischen Daten zu einem Zeitpunkt, an dem die Demenz noch nicht weit fortgeschritten ist. Ebenso kann die genaue und systematische Beobachtung der Bewohner/innen unterstützend wirken. Dass die Fragen zur Biografiearbeit und zur Pflege- und Therapieplanung keine hohen Punkte erreicht haben, könnte sich auch bei der vorliegenden Frage auswirken.

Wie bei Frage 2 findet sich bei dieser Frage von einem Teilnehmenden der letzten Schulung die Rückmeldung, dass dies verstärkt beachtet und Standard sei.



**4 Schmerztherapie**  
**Schmerztherapie in der Palliativbetreuung**

Der Mittelwert liegt bei 6,77 Punkten, 47 Personen haben diese Frage beantwortet.

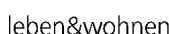
**Bemerkungen**

| Einschränkungen (2)   | Vom Arzt abhängig (10)   | Vom Angehörigen abhängig (1)   | Motivationsstärkend (1)   | Hat fachlichen Austausch verbessert (1)  |
|---|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bin nicht pflegerisch tätig</li> <li>- Keine regelmäßige Schmerzerfassung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problematik: Nur wenig Hausärzte sind geschult</li> <li>- Gute Zusammenarbeit mit Arzt, Schmerzbeobachtung und Anpassung der Antischmerzmittel (3)</li> <li>- Ärzte verordnen zu schwache Medikation</li> <li>- Versuche im Gespräch mit Arzt zu bleiben → dessen Entscheidung muss ich akzeptieren (2)</li> <li>- Arztabhängig</li> <li>- Zusammenarbeit mit Arzt nicht immer möglich (2)</li> </ul> | <p>Angehörige zeigen oft Angst im Bezug auf Morphin Therapie und lehnen diese ab</p> | <p>Die Schulung war für mich Motivation, mich erneut mit der Schmerztherapie auseinanderzusetzen und die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zu erwerben</p> | <p>Ärzte auf Möglichkeiten, Schwierigkeiten, Zusammenhänge angesprochen und angewendet</p> |

**Interpretation der Ansprechpartner/innen**

- Vor allem in diesem Punkt sind Mut und Diplomatie gefordert.
- Manche Ärzte tauschen sich mit dem Pflegeteam nicht aus
- Manche Pflegekräfte teilen ihre Beobachtungen dem Arzt nicht mit.
- Eine wichtige Aufgabe für die Einrichtung ist zu erreichen, dass die Pfleger/innen ihre Beobachtungen schriftlich dokumentieren und den Ärzten/innen mitteilen.
- Im Gegenzug wird ausreichend Bestärkung und Bestätigung durch die Ärzte/innen gewünscht.

Es wird deutlich, wie sehr eine gute Palliativversorgung von der interdisziplinären Zusammenarbeit abhängt.



Für eine gelingende Palliativversorgung stellen sich folgende Fragen:

- Wie können Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen und Ärzte/innen, die nicht geschult werden oder nicht über spezialisiertes Fachwissen verfügen, in die Palliativversorgung noch besser einbezogen werden?
- Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal, Ärzten/innen und Angehörigen weiter optimiert werden?

Antworten zu diesen Fragen finden sich unter Frage fünf–Zusammenarbeit. Wichtige Stichworte sind: Systematische Beobachtung, Dokumentation der Beobachtungen, Ermutigung zur Zusammenarbeit und Stärkung der Handlungssicherheit.

**5 Zusammenarbeit**  
**Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu Fragen der Palliativbetreuung**

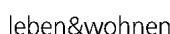
Der Wert liegt mit 6,41 im unteren Bereich, die Beteiligung ist bei 49 Antworten.

**Bemerkungen**

| Positive, differenzierte Antwort (4)  | Vom Arzt abhängig (3)  | Von der Einrichtung abhängig (2)   | Vom Angehörigen abhängig (1)  |
|---|--|--|---|
| - Sehr gute Zusammenarbeit mit Hospizgruppe<br>- Zusammenarbeit klappt gut auf unserem Wohnbereich<br>- Wir arbeiten sehr eng mit den Angehörigen und auch mit der Sitzwachengruppe zusammen<br>- Ärzte ja, sonst wenig | - Meist Hausarzt, Betreuer<br>- Ist bei Ärzten oft schwer umzusetzen, da diese oft ihre „eigene Meinung“ zum Thema haben<br>- Schwierig, da viele Ärzte sehr vorsichtig sind | - Kein übergreifendes Konzept, nur durch Eigeninitiative der Pflegekräfte<br>- Immer noch zu wenig | Angehörige möchten oft Infusion oder noch Nahrung, obwohl der Betroffene in der Sterbephase ist |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Optimal lässt sich die Zusammenarbeit in einem Arbeitskreis Palliativ gemeinsam mit Mitarbeitenden aus allen Bereichen entwickeln und koordinieren
- Auch Küchenpersonal, Hauswirtschaft und Hausmeister gehören zum Team Palliative Care. Diesem Punkt wird oft nicht ausreichend Beachtung geschenkt, während die Zusammenarbeit mit dem Arzt hoch bewertet wird
- Ein angemessenes Verhalten, gewisse Ruhezeiten, die Beachtung der Befindlichkeit sowie entsprechende Ernährung sind ein wichtiger Baustein guter Versorgung



- Für Mitarbeitende der Hauswirtschaft genügt eine halbtägige Sensibilisierung, ein einwöchiger Kurs wäre zu lang

Nicht alle Kooperationspartner vor Ort sind geschult oder verfügen über ein Fachwissen in Palliative Care. Deshalb bedeutet kooperieren häufig auch informieren und Multiplikator sein für Palliative Praxis.

An den Kooperationen nehmen Menschen mit unterschiedlicher Bildung, Nationalität und Fachkompetenz teil. Gelingende Kooperation erfordert deshalb von allen Beteiligten sehr gute Kommunikationsfähigkeiten.

In den Heimen werden die Bewohner/innen von ihrem Hausarzt betreut. Dies bedeutet für das Pflegeteam Kooperationen mit vielen verschiedenen Ärzten/innen, wie auch die Ärzte/innen in verschiedenen Pflegeheimen tätig sind und mit mehreren Pflegeteams kooperieren.

Die Zusammenarbeit mit Anderen ist für eine gelingende Palliativversorgung elementar. Hier können noch Verbesserungen angestrebt werden, zum Beispiel durch

- Einplanen von Arbeitszeit für die Kooperationsaufgaben
- Training der Kommunikation mit Ärzten/innen und Angehörigen
- Abbau von Vorurteilen
- Verstärkte Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen oder Kirchengemeinden.

**6 Quälende Symptome  
Kontrolle quälender Symptome**

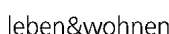
Mit einem Mittelwert von 6,73 ist dieser Wert ähnlich wie bei Frage 4, Schmerztherapie. 48 gültige Stimmen wurden abgegeben.

**Bemerkungen**

| <b>Zeitmangel (2)</b>                | <b>Bei Demenz schwierig (2)</b>   | <b>Strategien (2)</b>  |
|--------------------------------------|---|--|
| - Zeitmangel, aber geschärfter Blick | - Bei Demenz schwer abschätzbar, ob kognitiv oder körperlich quälend<br>- Bei fortgeschrittener Demenz sind Belastungen im Heim kaum zu lösen | - Das wird dem Hausarzt weitergegeben<br>- Im Rahmen der täglichen Krankenbeobachtung/ Dokumentation |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Der Mitarbeitende weiß häufig nicht, wie er auf die Symptome reagieren kann (Handmassage, Wärmeflasche)



- Eventuell besteht eine generelle Unsicherheit, was mit quälenden Symptomen gemeint ist
- Bedeutet Kontrolle lediglich beobachten oder in den Griff zu bekommen?

Die Koppelung von quälenden Symptomen und Demenz wird als besonders problematisch erlebt. Bei fortgeschrittener Demenz ist es schwierig zu erfassen, was genau einen Bewohner/ eine Bewohnerin quält und was ihm/ihr helfen könnte.

Quälen psychische Belastungen oder Einsamkeit, können die Probleme in der Regel in Kooperation mit Angehörigen oder mit den ehrenamtlichen Helfenden der Sitzwache besser gelöst werden (vgl. Frage 5), da die Pflegenden nicht ausreichend Zeit haben, sich längere Zeit zu einem/r Bewohner/in zu setzen.

**Maßnahmen:** Durchführung eines ergänzenden Vortrags zum Thema Symptomkontrolle.

**7 Patientenwille  
Beachtung vom Patientenwillen zum Beispiel zu Sterbewünschen**

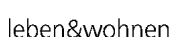
Mit 7,59 ist dies ein erfreuliche hoher Wert, gerade bei diesem zentralen Thema. Der Rücklauf lag bei 49 Stimmen.

**Bemerkungen**

| <b>Manchmal besser, manchmal schlechter (1)</b>    | <b>Rechtliche Lage ist klärungsbedürftig (2)</b>   | <b>Mitbestimmung Hausarzt, Pflegedienstleitung, Heimleitung, Angehörige und Betreuung (3)</b>   | <b>Formular wird entwickelt (1)</b> |
|--|--|---|-------------------------------------|
| Wird soweit wie möglich und bekannt berücksichtigt | - welche Rolle spielt die Heimaufsicht/ eine vom Heim eingesetzte Ethik-Kommission?<br>- bei vorliegenden adäquaten Dokumenten: Patientenverfügung, Testament... | - Einbeziehung Hausarzt, Pflegedienstleitung, Heimleitung, Angehörige, Betreuer<br>- Ist oft schwierig, da Angehörige nicht loslassen können oder Ärzte andere Meinung haben<br>- Da wird in unserer Einrichtung sehr viel Rücksicht genommen | ...ist aber noch nicht eingesetzt   |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Die PDL muss hier vor allem stützen, Verantwortung übernehmen. Sie muss überlegen, dokumentieren, begründen und dann entscheiden. Es muss eine aktive Kooperation mit dem Hausarzt stattfinden
- Die rechtliche Lage wird schwierig bleiben
- Es besteht der Wunsch, einen Ansprechpartner für schwierige Fragen bei der Heimaufsicht zu haben



- Die Mitarbeiter/innen der Heimaufsicht Stuttgart werden konstruktiv erlebt.

Zu dieser Frage wäre ergänzend die Einschätzung der Bewohner/innen oder der Angehörigen interessant. Dies könnte eine Fragestellung einer externen Evaluation sein.

Auf die hohe Bedeutung der Zusammenarbeit mit anderen (Angehörige, Ärzte/innen...) zur Umsetzung des Patientenwillens wird erneut hingewiesen.

Entscheidend ist das Vorliegen adäquater Dokumente, was wieder bestätigt, wie wichtig es ist, schon frühzeitig den Patientenwillen zu erfassen und in Kooperation mit Arzt/Ärztin, Angehörigen und Rechtsberatung verbindlich festzulegen (vgl. Frage 1).

Es würde den Pflegenden Handlungssicherheit vermitteln, wenn bei schwierigen Pflegesituationen der Palliativpflege rechtliche Fragen in einer direkten Kooperation mit der Heimaufsicht zentral geklärt würden.

**8 Ethische Konfliktsituationen**  
**Fühlen Sie sich in ethischen Konfliktsituationen sicherer?**

Der Mittelwert ist bei 7,55, die Anzahl der Rückläufe beträgt 49.

**Bemerkungen**

| Nein (1)   | Manchmal besser, manchmal schlechter (2)   | Positive, differenzierte Antwort (4)   |
|--|--|--|
| Keine Umsetzung Palliativer Konzepte im Pflegealltag | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legen einer PEG-Sonde bei über 90-jährigen und schwerkranken Bewohnern?</li> <li>- Nicht immer, viele Fragen bleiben offen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wobei dafür die Schulung einen Teil dazu beigetragen hat, die anderen Teile aber durch andere Beschäftigung entstanden</li> <li>- Keine großen Probleme</li> <li>- Ja</li> <li>- Bin sicherer geworden</li> </ul> |

Zu dieser Frage gibt es keine ergänzenden Interpretationen durch die Ansprechpartner/innen. Die Gruppe war mit dem Ergebnis zufrieden.

In den Anmerkungen findet sich nur drei kritische Stimmen. Eine schildert einen ethischen Konflikt. Dass es in diesem Feld ethische Konflikte geben wird, ist nicht zu vermeiden. Ziel kann nur sein, dass die Mitarbeitenden Strategien zur Lösung solcher Konflikte kennen.

Für schwierige Fragen wird eine Ethikkommission im Pflegeheim oder beim Träger angesiedelt gewünscht. Diese soll dann in schwierigen Situationen Orientierung geben (vgl. Frage 7).



**9 Abschied und Trauer**  
**Konnten Sie Inhalte zum Thema Abschied und Trauer umsetzen?**

Der Mittelwert liegt bei 7,19. In 47 Fällen wurde eine Antwort gegeben.

**Bemerkungen**

| Manchmal besser, manchmal schlechter (2)  | Positive, differenzierte Antwort (4)  | Anregungen für die Schulung (2)  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur zum Teil</li> <li>- nur im sehr persönlichen Umgang bzw. im Einzelfall, keine Generalisierung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einiges war neu, einiges war im Haus schon vorhanden, wird aber im Haus noch weiterentwickelt</li> <li>- Im Haus wird aktuell intensiv an diesem Thema gearbeitet, häufig ist es schwer, den machbaren Weg zu finden</li> <li>- Wir haben ein Erinnerungscafé, wo Angehörige, Bewohner und Pflegekräfte von Verstorbenen noch mal Abschied nehmen können</li> <li>- Ich befasse mich mit dem Thema seit meiner Ausbildung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung hat zum Teil kein neues Wissen vermittelt</li> <li>- Wunsch nach Unterlagen</li> </ul> |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

Die Gestaltung von Abschied und Trauer entwickeln die Mitarbeitenden in den Einrichtungen dezentral im Rahmen des Leitbildes der eigenen Einrichtung und des Trägers.

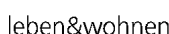
Auf den Schulungen haben die Mitarbeitenden sich zu diesem Thema intensiv ausgetauscht und so das eigene Profil geschärft.

Jedes Heim muss eine für sich passende Form für Abschied und Trauer finden. Heime, die solche Entwicklungsprozesse zielgerichtet angehen, scheinen im Vorteil zu sein.

Hier werden erstmals Anregungen für die Schulung gegeben. Es wird ein Skript und neues Wissen gewünscht.

**Ergänzende Maßnahmen:**

- Jeder Einrichtung wird ein Palliativ- oder Ritualkoffer zur Verfügung gestellt, in dem sich verschiedene Materialien zur Gestaltung von Abschied und Trauer wie Salzlampe, Seidenblumen, Gedichte, Musik CDs, Duftöle, Massageöle befinden.
- Zudem könnte eine Sammlung von Praxisbeispielen erstellt werden (Best Practice Sammlung)



**10 Einfluss der Schulung**  
**Wie hoch schätzen Sie den Einfluss der Schulung auf Ihren Umgang mit palliativ betreuten Bewohnern/innen ein?**

Im Mittelwert wurden 7,51 Punkte vergeben bei 49 Antworten.

**Bemerkungen**

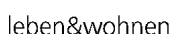
| Positive, differenzierte Antwort (5)  | Schulung hat kein neues Wissen vermittelt (3)  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehr hohe Eigenmotivation</li> <li>- Positiv – aber Skalierung nicht möglich</li> <li>- Ich habe einige Zusammenhänge begriffen und Sicherheit bekommen, einiges wurde so gemacht, aber wir konnten das nicht so benennen</li> <li>- Schulung hat neue Sichtweisen ermöglicht, wird die tägliche Arbeit verstärkt beeinflussen</li> <li>- Man achtet viel mehr auf Kleinigkeiten</li> <li>- Schulung brauche ich immer als Bestätigung für mein Verhalten</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht so ganz hoch, da die Haltung auch vorher schon da war</li> <li>- Vieles wird schon in der Praxis gemacht</li> <li>- Ich war schon früher in einem Hospiz, daher war der Einfluss der Schulung begrenzt</li> </ul> |

Zu dieser Frage gibt es keine ergänzenden Interpretationen durch die Pflegedienstleitungen.

Der Einfluss der Schulung auf den Umgang mit palliativ betreuten Bewohnern wird hoch bewertet.

Allerdings wird deutlich gemacht, dass auch vor der Schulungsteilnahme viele Elemente von Palliativer Praxis in den Einrichtungen umgesetzt wurden, zum Teil ohne die Überschrift „Palliativ“.

Für einige Schulungsteilnehmende hat der Schwerpunkt „Haltung“ aufgrund ihres Vorwissens nicht viel Neues gebracht. Die Schulung bietet einen Einstieg ins Thema Palliative Praxis, keine Vertiefung.



**11 Würden Sie die Schulung einem Freund/Kollegen weiterempfehlen?**

Dieser Mittelwert ist mit 8,64 der höchste der Befragung. 50 Personen haben ihre Stimme abgegeben.

**Bemerkungen**

| Positive, differenzierte Antwort (6)  | Zeitmangel (1)                                    | Zu wenig Fachwissen, zu viel Haltung (1)   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unbedingt</li> <li>- Ohne Einschränkungen für jeden Pflegenden interessant</li> <li>- Ja auf jeden Fall!!</li> <li>- Die Schulung war sehr informativ für mich</li> <li>- Die Schulung sollte jede Pflegekraft haben, es hilft jedem, das Sterben zu verstehen</li> <li>- Hohe Bedeutung im Alltag für alle Menschen im Umgang mit zu Pflegenden/dementen/sterbenden Menschen</li> </ul> | <p>Ich konnte nur am Wochenende anwesend sein</p> | <p>Ja, allerdings eben mit den von mir bei der „Schulung“ schon eingeschränkten Bereichen: „Zu wenig Fachwissen, zu viel Haltung“ wird vermittelt.</p> |

Das Curriculum Palliative Praxis erfährt durch die Schulungsteilnehmenden eine sehr positive Bestätigung.

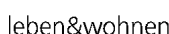
Es hat sich bewährt, eine tageweise Teilnahme der Ärzte/innen zu ermöglichen.

**c Offene Fragen**

Der erste Teil des Fragebogens ließ nur begrenzte Möglichkeit neue Themen oder Ideen einzubringen. Dies sollte in diesem zweiten Teil der Befragung ergänzt werden.

Die gemachten Antworten wurden wortwörtlich abgeschrieben, ähnliche Antworten wurden zusammengefasst. Anschließend wurden Kategorien gebildet, denen die Antworten zugeordnet wurden.

In der ersten Zeile der tabellarisch dargestellten Antworten findet sich jeweils die gefundene Kategorie, in der zweiten Zeile Zusammenfassungen der Antworten. In Klammern steht die Häufigkeit einer genannten Antwort.



**12 Was haben Sie als hilfreich erlebt, um das Gelernte umzusetzen?**

| Methodik der Schulung (30)  | Austausch (28)  | Rolle der Einrichtung (6)  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Praxisnähe der Schulung (9)</li> <li>- Theoriewissen gibt Sicherheit (5)</li> <li>- Rollenspiele (5)</li> <li>- Selbstbewusstsein/Mut zur Optimierung der eigenen Arbeit (4)</li> <li>- Gruppenarbeiten (3)</li> <li>- Termine am Wochenende</li> <li>- Abbau von eigenen Ängsten</li> <li>- Emotionales Lernen prägt Eindrücke</li> <li>- Auswertungen/ Evaluation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch während der Schulung und später in der Einrichtung (13)</li> <li>- Austausch mit Mitarbeitern anderer Häuser (8)</li> <li>- Gespräche mit Angehörigen (2)</li> <li>- Geschärftes Bewusstsein für die Aufgaben des Personals (2)</li> <li>- Menschliche Bereicherung, tiefes Verständnis und Einfühlungsvermögen in Pflegeheimbewohner (2)</li> <li>- Anfängliche Begeisterung, die alle Teilnehmenden meines Kurses für neue Ideen gezeigt haben</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viele Mitarbeiter werden geschult (4)</li> <li>- Einrichtung unterstützt Thema (2)</li> </ul> |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Der Nutzen der Schulung (eine veränderte Haltung) wurde vielleicht erst in der Praxis deutlich
- Mitarbeitende verschiedener Häuser und Träger können sich austauschen. Dies ist ein enormer Vorteil, um konkrete Ideen zur Umsetzung Palliativer Praxis zu erhalten, aber auch um sich der eigenen Leistungen bewusst zu werden
- Die Mitarbeiter/innen können sich gegenseitig stützen
- Es ist zentral, mit welchem Ziel die Einrichtung Mitarbeitende schickt
- Wenn Mitarbeitende keine Aktivitäten seitens der Einrichtung wahrnehmen, macht die Einrichtung zu wenig- selbst wenn es einen Arbeitskreis gibt

Drei Elemente sind besonders wichtig für die Umsetzung des Gelernten:

- Die Methodik der Schulung
- der Austausch mit Kollegen, aber auch einrichtungsübergreifend und berufsgruppenübergreifend
- die Rolle, die die Einrichtung bei der Umsetzung einnimmt

Methodisch hilfreich ist die Praxisnähe der Schulung, aktive Lernformen wie Rollenspiele und Gruppenarbeiten, aber auch die Vermittlung von Theoriewissen. Neben fachlichen Inhalten wird der Erwerb von Soft Skills wie Mut und Selbstbewusstsein, um Neues umzusetzen,



hervorgehoben. Es ist wichtig, die Mitarbeitenden zu stärken und zu bestärken, Veränderungen durchzuführen.

Auffällig häufig wird auf die hohe Bedeutung des Austausches hingewiesen. Zum einen auf den interdisziplinären Austausch im Rahmen der Schulungen aber auch später in der Umsetzung des Gelernten in den Einrichtungen. Zudem hat die Schulung das Einfühlungsvermögen in die am Pflegeprozess beteiligte Personen verbessert. Acht Mal wird der positive Effekt des Austausches mit Mitarbeitenden anderer Einrichtungen genannt. Palliative Praxis ist ein Thema, das keine Patentrezepte oder vorgefertigte Pflegestandards bereithält. Die Einrichtungen und mit ihnen die Mitarbeitenden sind gefordert, ihr eigenes Profil Palliativer Praxis zu entwickeln, passend zu ihrem Leitbild, zu ihrer Ausstattung und zu den Persönlichkeiten, die in der Einrichtung tätig sind. Und da ist es hilfreich, sich auf den verschiedenen Ebenen über Methoden und Ansätze der Umsetzung auszutauschen.

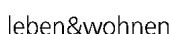
Die Methodik der Schulungen wird bei dieser Frage besonders häufig positiv erwähnt. Der Ort der Umsetzung, die Einrichtung, wird hingegen relativ selten als unterstützend genannt.

**13 Was hat es erschwert, das Gelernte umzusetzen?**

| Austausch und Zusammenarbeit (15)   | Kritik an der Schulung (4)  | Rahmenbedingungen in der Einrichtung (30)  | Persönliches (1)   |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kritik an Ärzten (8)</li> <li>- Kritik an Angehörigen (3)</li> <li>- Kritik am Pflegepersonal (3)</li> <li>- Ehrenamtliche zu finden ist schwer (1)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenig Fach- und Theoriewissen</li> <li>- Gruppen zu groß</li> <li>- Störungen in der Gruppe</li> <li>- Mangelnde Aktualität der Themen in der Einrichtung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitmangel (16)</li> <li>- Heim ist zu groß, Veränderungen dauern (2)</li> <li>- Heim gibt nicht die Möglichkeit zu Abschied, Aussegnung, Palliativ</li> <li>- Das Heim verhält sich passiv</li> <li>- Zu wenig Mitarbeiter geschult (6)</li> <li>- Rechtliche Vorgänge und Standards, die auch bei Sterbenden verpflichtend sind (3)</li> <li>- Trotz sehr vieler Teilnehmer am Kurs wurde eine Ausrichtung nicht konsequent wenigstens partiell weiterverfolgt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlende Erfahrung</li> </ul> |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Die Rechte der Sterbenden sollten mehr Beachtung finden
- Viele Pflegenden würden sich zunächst gerne zu den Sterbenden setzen, verstehen hierunter Palliativ Pflege. Im Laufe des Implementierungsprozesses entwickeln sie ei-



ne Palliative Haltung. Die vorhandene Zeit wird anders genutzt, Details im Umgang mit Bewohnern werden verändert. Zusätzlich erreichen sie viel für die Bewohner/innen, wenn sie ihre Beobachtungen dokumentieren und weitergeben, Ehrenamtlichen und Angehörigen einbeziehen, für eine angenehme Atmosphäre im Raum sorgen etc.

- In Palliativ Projekten gewinnt man Zeit, wenn Mitarbeitende auch einmal etwas „lassen“ können und auf Aktionismus in der finalen Phase verzichten
- Beständige Weiterentwicklung, Abläufe beschreiben, in der Übergabe Fallbesprechungen durchführen

Anders als bei der vorhergehenden Frage wird wenig Kritik an der Schulung geäußert, jedoch die Problematik der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation deutlich gesehen. Noch mehr werden die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen kritisiert: Zeitmangel, aber auch fehlende Unterstützung durch das Heim: „[Wir haben] keine Zeit zum Gespräch oder einfach um Kontakt aufzunehmen“, „[Wir haben nur] begrenzte Einflussmöglichkeiten im Rahmen einer Visite“.

Die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen stellen ein Entwicklungspotential dar:

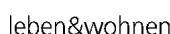
- Welche Strategien ermöglichen Einrichtungen, Palliative Praxis trotz Zeitnot umzusetzen?
- Wer kann wie unterstützend eingebunden werden (Angehörige, Ehrenamtliche, externe Professionelle)?
- Weitere konkrete Wünsche an die Einrichtung wurden zu Frage 15 geäußert

**14 Gibt es weitere Schulungsinhalte, die Sie sich wünschen würden?**

| Kommunikation (5)  | Fachwissen (11)   | Nein (5)  | Ja (2)                     |
|--|---|---|----------------------------|
| - Training von Gesprächsführungsmethoden (4)<br>- Mehr Fortbildung der Hausärzte | - Fachwissen, z.B. Schmerzmittel, Demenz (6)<br>- Trauerarbeit, z.B. Abschiedsveranstaltung (2)<br>- Rechtliche Aspekte schwach<br>- Mehr Praxisfälle<br>- Verschiedene Sterbephasen intensiver vornehmen | - Hoffnungslosigkeit wegen Zeitmangel<br>- Für Ärzte kürzer, Schwerpunkt Interdisziplinarität<br>- Nein (2)<br>- In diesem Rahmen war es so perfekt | - Kein konkreter Vorschlag |

**Interpretationen der beteiligten Ansprechpartner/innen**

- Die Rechte der Sterbenden sollten vermittelt werden



Das Schulungskonzept bietet Freiraum, je nach Dozent/in unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen. Die Teilnehmenden haben unterschiedliches Vorwissen und wünschen sich unterschiedliche Themen zur Vertiefung. So verwundert es nicht, dass hier diverse Vorschläge gemacht wurden.

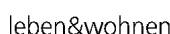
- Kommunikationstrainings – dies deckt sich mit den Ergebnissen zu anderen Fragen
- Fachwissen zu Demenz (vgl. Frage 3) oder zur Methodik von Trauer Ritualen

Für Ärzte wird eine verkürzte Teilnahme mit dem Schwerpunkt Interdisziplinarität angeregt.

**15 Was wünschen Sie sich noch für die Umsetzung der Palliativen Praxis in Ihrer Einrichtung?**

| Struktur der Einrichtung (31)  | Persönliches (3)   | Kooperation (4)  | Fachliche Weiterentwicklung (7)  |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Zeit (9)</li> <li>- Es sollte eine Struktur zur Entwicklung der „Palliativ Care“ in der Einrichtung geben (7)</li> <li>- Mehr Austausch (4)</li> <li>- höherer Durchdringungsgrad (2)</li> <li>- Mehr Mitarbeiter (2)</li> <li>- Geld (2)</li> <li>- Fallbesprechungen (2)</li> <li>- Loslegen können</li> <li>- Einrichtung eines Ethik-Kreises innerhalb des Trägers</li> <li>- Sterbeecken</li> <li>- Palliative Pflege zulassen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Anerkennung</li> <li>- Mehr Mut, es geht um den einzelnen Menschen</li> <li>- Unterstützung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sitzwache</li> <li>- Praktikum in einer Palliativen Einrichtung</li> <li>- Information für die Angehörigen</li> <li>- Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen des Pflegepersonals, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzerkennung im Team (2)</li> <li>- einheitliches Wissen</li> <li>- Basale Stimulation</li> <li>- Verbesserungen im Bereich Abschied nehmen</li> <li>- Weitere Schulungen</li> <li>- Nachtreffen aller Teilnehmer der Einrichtungen mit Resümee und Festlegung gemeinsamer Handlungsstrategien</li> </ul> |

Besonders viele Wünsche werden an die Einrichtungen geäußert: mehr Zeit, eine Struktur zur Weiterentwicklung der Palliativ Care durch eine interne Steuerungsgruppe, Teamgespräche, ein Ethik Kreis und die Möglichkeit zum Austausch werden angeregt.



Ein zweiter Bereich ist erneut die persönliche Motivation, Mut und Anerkennung (vgl. Frage 12). Auch die Bedeutung der Kooperation taucht erneut auf (vgl. Frage 5).

Als letzter Bereich wird die fachliche Weiterentwicklung gewünscht, sowohl über ergänzende Schulungen wie auch mittels gemeinsamer Entwicklung von Umsetzungsstrategien.



leben&amp;wohnen

Deutsches  
Rotes  
KreuzRobert Bosch **Stiftung**



### III Zusammenfassung der Ergebnisse

- Die Schulung wird sehr positiv bewertet. Besonders gelobt werden
  - Praxisnähe
  - Mittlere bis sehr gute Umsetzbarkeit der Schulungsinhalte
- Die Mitarbeitenden brauchen nach der Schulungsteilnahme die Unterstützung in den Einrichtungen. Dies ist eine Leitungsaufgabe. Gewünscht werden im Projekt Palliative Praxis folgende unterstützende Maßnahmen:
  - Weiterentwicklung der Palliativen Praxis in einer interdisziplinären Steuerungsgruppe
  - Fallbesprechungen im Team oder mit Fachberaterinnen
  - Ermutigung und Unterstützung, neue Wege zu gehen
  - Handlungssicherheit in schwierigen Situationen
    - Durch eine Ethikkommission in der Einrichtung/beim Träger
    - Klare Handlungsrichtlinien
    - Eine/n Ansprechpartner/in bei der Heimaufsicht
    - Rechtzeitige und rechtlich relevante Dokumentation des Patientenwillens
  - Eine ausreichende Zahl von Mitarbeitenden muss geschult sein
- Der interdisziplinäre Austausch und die Zusammenarbeit ist erwünscht und elementares Element Palliativer Praxis
  - Eine gute Palliativversorgung erfordert das Zusammenwirken verschiedenster Akteure: der Patienten/Bewohner, der Angehörigen, der Pflegekräfte, der Mitarbeitenden aus der Hauswirtschaft, der begleitenden Hausärzte/innen und der Ehrenamtlichen... Diese Personen müssen sich absprechen, ihre Aktivitäten koordinieren und zum Teil gemeinsam Entscheidungen treffen
  - Für die Interdisziplinarität müssen Zeit und Energie eingeplant werden. Eine hohe Frustrationstoleranz, soziale Kompetenz und sehr gute Kommunikationsfähigkeit sind hierfür hilfreich
- Der Austausch zwischen verschiedenen Trägern/Einrichtungen ist fruchtbar und bereichernd
  - Während der Schulungen als Austausch auf der operativen Ebene
  - Im Rahmen der Treffen der Ansprechpartner/innen auf der mittleren Führungsebene über Konzepte der Implementierung
  - In der Auseinandersetzung mit Anderen wird das eigene Profil geschärft
  - Auf allen hierarchischen Ebenen entstand ein informeller Austausch



- Auf der organisatorischen Ebene gibt den Einrichtungen die Öffnung der Schulungen für alle Einrichtungen die Möglichkeit, viele Mitarbeitende schulen zu lassen ohne 20 Mitarbeitende auf einmal frei stellen zu müssen. Auch Begleitmaßnahmen wie ergänzende Fachvorträge können im Verbund einfacher organisiert und finanziert werden
- Nach jeder der 8 Schulungen kommen wieder neu geschulte und motivierte Mitarbeitende in die Einrichtungen – dies hält das Thema präsent
- Eine Kooperation der Träger in der Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht könnte nachhaltig die Handlungssicherheit der Pflegenden erhöhen.



## IV Anlage

### Fragebogen für Kursteilnehmer/innen an der Schulung Palliative Praxis

**1. In welcher Einrichtung sind Sie tätig? (bitte ankreuzen)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Haus Martinus        | <input type="checkbox"/> Haus am Weinberg | <input type="checkbox"/> Spitalhof Mönchingen    |
| <input type="checkbox"/> Ludwigstift          | <input type="checkbox"/> Parkheim Berg    | <input type="checkbox"/> Haus auf dem Killesberg |
| <input type="checkbox"/> Richard- Bürger Heim | <input type="checkbox"/> keine Angabe     |  |

**2. Bitte nennen Sie Ihren Beruf \_\_\_\_\_**

**3. Umsetzung des Gelernten aus der Schulung Palliative Praxis**

Bitte kreuzen Sie an, wie hoch Sie die Umsetzbarkeit der genannten Themen auf einer Skala von 1 (habe ich nicht umgesetzt) bis 10 (habe ich vollständig umgesetzt) einschätzen.

Wir freuen uns über Erklärungen Ihrer Aussagen unter „Bemerkungen“.

**Erstellen der Pflegeanamnese unter Einbezug der Biografie**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Bemerkungen:

**Durchführung der Pflege- und Therapieplanung unter Berücksichtigung von palliativer Pflege**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Bemerkungen:

**Palliativpflege für Bewohner/innen mit Demenz**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Bemerkungen:



**Schmerztherapie in der Palliativbetreuung**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu Fragen der Palliativbetreuung**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**Kontrolle quälender Symptome**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**Beachtung vom Patientenwillen zum Beispiel zu Sterbewünschen**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**Fühlen Sie sich in ethischen Konfliktsituationen sicherer?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**Konnten Sie Inhalte zum Thema Abschied und Trauer umsetzen?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**Wie hoch schätzen Sie den Einfluss der Schulung auf Ihren Umgang mit palliativ betreuten Bewohnern ein?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:



**Würden Sie die Schulung einem Freund/ Kollegen weiterempfehlen?**

(bitte kreuzen Sie an: 1- auf keinen Fall bis 10- unbedingt!)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Bemerkungen:

**4. Offene Fragen**

Wir freuen uns über Ihre Gedanken und Anregungen zur Weiterentwicklung der Palliativen Praxis.

**A. Was haben Sie als hilfreich erlebt, um das Gelernte umzusetzen?****B. Was hat es erschwert, das Gelernte umzusetzen?****C. Gibt es weitere Schulungsinhalte, die Sie sich wünschen würden?****D. Was wünschen Sie sich noch für die Umsetzung der Palliativen Praxis in Ihrer Einrichtung?**

*Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!*



leben&amp;wohnen

Deutsches  
Rotes  
KreuzRobert Bosch **Stiftung**