



ABSCHLUSSBERICHT ZUR WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITSTUDIE DES PILOTPROJEKTS „FACHSTELLE PALLIATIVVERSORGUNG IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE IN STADT UND LANDKREIS MÜNCHEN“

Laufzeit des Pilotprojekts: 12/2018 bis 12/2023

Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung: 02/2019 bis 12/2023

Projektleitung: Prof. Dr. Werner Schneider

Projektkoordination: Dr. Stephanie Stadelbacher

Projektmitarbeit: Julia Senneke, M.A.

Nico Martin, B.A.

Auftraggeber: Christophorus Hospiz Verein (CHV) e.V.



Gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit, Pflege und Prävention



Inhaltsverzeichnis

1. Zur Orientierung	6
2. Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Altenhilfe: Herausforderungen, Ansprüche und Potenziale.....	6
3. Die Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München‘: Vernetzen – Qualifizieren – Konzipieren	10
4. Wissenschaftliche Begleitung der Fachstelle im Kurzüberblick.....	11
4.1. Zielstellung der wissenschaftlichen Begleitung	11
4.2. Studiendesign und Projektmeilensteine.....	12
4.3. Übersicht über die Datengrundlage der Begleitstudie	13
5. Befunde I: Quantitative Befragungen	14
5.1. Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen	14
5.2. Ausgangslage: Wahrgenommene Qualität der Palliativversorgung und Hospizbegleitung	19
5.3. Kooperationsbeziehungen der Pflegeeinrichtungen und Vernetzung in die Versorgungslandschaft.....	25
5.4. Exkurs: Die Pflegeeinrichtungen in der Pandemie.....	32
5.5. Ehrenamtlichkeit in den Pflegeeinrichtungen	35
5.6. Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle	37
5.7. Die Fachstelle in der Versorgungslandschaft: Nutzung und Synergien	44
5.8. Wirksamkeit der Fachstelle in den Pflegeeinrichtungen	52
5.9. Weiterentwicklung der Fachstelle: Anbindung aus Sicht der Einrichtungsleitungen.....	56
6. Befunde II: Selbstdokumentation der Fachstelle	59
6.1. Kontakte der Fachstelle in Stadtgebiet und Landkreis München	61
6.2. Kontakte in die Versorgungslandschaft und mit Versorgungsakteur*innen	64
6.3. Tätigkeiten der Fachstelle	67
6.4. Hinweise zur formativen Evaluation der Arbeit der Fachstelle	69
7. Befunde III: Qualitative Interviews mit Experten.....	70
7.1. Problematiken der Palliativversorgung in der Region München.....	71
7.2. Tätigkeitsprofil aus Sicht der Expert*innen.....	75
7.3. Institutionelle Anbindung und bayernweite Implementierung.....	79
8. Synopsis: Die Fachstelle als Wissensvermittlerin und Vernetzungspartnerin in der Modellregion München	82

8.1. Zur Frage nach dem Bedarf: Empirisch fundierte Profilierung der Fachstelle in den Bereichen „Qualität sichern – Vernetzen – Weiterbilden“	82
8.2. Zur Frage nach den Wirkungen: Die Fachstelle als wichtiges Instrument zur Stärkung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in der Region München	84
8.3. Zur Frage nach der Weiterentwicklung des Fachstellenkonzepts: Wie regional verankern und in Netzwerke vor Ort einbinden?	85
9. Projektbeschreibung: vertieft	87
10. Methodische Umsetzung.....	89
10.1. Standardisierte Erhebungen	89
10.2. Selbstdokumentation	93
10.3. Experteninterviews	94
11. Literaturverzeichnis	95
12. Anhang.....	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufgabenfelder der Fachstelle (Eigenbeschreibung im Flyer)	10
Abbildung 2: Projektverlauf im Überblick.....	12
Abbildung 3: Einrichtungsgröße der Pflegeeinrichtungen (Erst-, Zweit- und Drittbefragung)	15
Abbildung 4: Standort der Pflegeeinrichtungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG).....	16
Abbildung 5: Trägerzugehörigkeit der Pflegeeinrichtungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG).....	17
Abbildung 6: Einschätzung der Einrichtungsleitungen zur bisher erreichten Qualität in der Hospizbegleitung und Palliativversorgung (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG).....	20
Abbildung 7: Einschätzung zum Verbesserungsbedarf in der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung in der eigenen Einrichtung (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)	21
Abbildung 8: Bereiche des Verbesserungsbedarfs in der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung aus Sicht der Einrichtungsleitungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG).....	23
Abbildung 9: Kooperationsbeziehungen mit Hospiz- und Palliativdiensten (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG)	27
Abbildung 10: Kooperationsbeziehungen mit Ärzt*innen und anderen Einrichtungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG).....	29
Abbildung 11: Schwierigkeiten während der Pandemie (ZWEITBEFRAGUNG)	31
Abbildung 12: Auswirkung der Pandemie auf die Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen (ZWEITBEFRAGUNG).....	34
Abbildung 13: Stellenwert der Ehrenamtlichen in den Pflegeeinrichtungen (DRITTBEFRAGUNG).....	35

Abbildung 14: Aufgaben der Ehrenamtlichen bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen (DRITTBEFRAGUNG)	36
Abbildung 15: Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle (ERSTBEFRAGUNG)	39
Abbildung 16: Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle während der Pandemie (ZWEITBEFRAGUNG)	40
Abbildung 17: Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle (DRITTBEFRAGUNG)	40
Abbildung 18: Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle (ERST- UND ZWEITBEFRAGUNG)	42
Abbildung 19: Interesse der Einrichtungsleitungen an einer weiteren Zusammenarbeit mit der Fachstelle (DRITTBEFRAGUNG)	43
Abbildung 20: Bekanntheit trägerspezifischer Angebote für Palliative Care und deren Nutzung (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)	45
Abbildung 21: Nutzung der Angebote des Trägers (DRITTBEFRAGUNG)	46
Abbildung 22: Bisherige Erfahrung der Einrichtungsleitungen mit der Fachstelle (ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)	47
Abbildung 23: Erfahrungsbereiche der Einrichtungsleitungen mit der Fachstelle (ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)	48
Abbildung 24: Wahrgenommene Wirkungen der Fachstelle in der eigenen Einrichtung aus Sicht der Einrichtungsleitungen (DRITTBEFRAGUNG)	54
Abbildung 25: Wichtige Aspekte bei der Weiterentwicklung der Fachstelle aus Sicht der Einrichtungsleitungen (DRITTBEFRAGUNG)	57
Abbildung 26: Anbindung einer Fachstelle aus Sicht der Einrichtungsleitungen (DRITTBEFRAGUNG)	58
Abbildung 27: Kontaktrichtung der Fachstelle (2019-2023)	62
Abbildung 28: Kontaktrichtungen der Fachstelle im Verlauf	62
Abbildung 29: Kontakte der Fachstelle nach Region (2019-2023)	63
Abbildung 30: Kontaktpersonen nach Kategorien (2019-2023)	65
Abbildung 31: Kontaktthemen und Tätigkeiten der Fachstelle (2019-2023)	68
Abbildung 32: Fragebogen der Erstbefragung Juli 2019	97
Abbildung 33: Fragebogen der Zweitbefragung September 2021	102
Abbildung 34: Fragebogen der Drittbefragung Februar 2023	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datengrundlage der Begleitstudie	13
Tabelle 2: Anzahl der Plätze in den Pflegeeinrichtungen und Median im Überblick (Erst-, Zweit- und Drittbefragung)	15

Tabelle 3: Kleine und große Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG).....	16
Tabelle 4: Trägerzugehörigkeit der Pflegeeinrichtungen nach Standort und Einrichtungsgröße (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)	18
Tabelle 5: Vergleichstabelle zu eingeschätzter Qualität und Verbesserungsbedarf (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG).....	21
Tabelle 6: Interesse der Einrichtungsleitungen im Verhältnis zu bereits gesammelter Erfahrung mit der Fachstelle (DRITTBEFRAGUNG)	43
Tabelle 7: Verhältnis zwischen Nutzung der Angebote des Trägers und der Fachstelle im Bereich Vernetzung (DRITTBEFRAGUNG).....	49
Tabelle 8: Verhältnis zwischen Nutzung der Angebote des Trägers und der Fachstelle im Bereich Beratung (DRITTBEFRAGUNG)	50
Tabelle 9: Verhältnis zwischen Nutzung der Angebote des Trägers und der Fachstelle im Bereich Weiterbildung (DRITTBEFRAGUNG)	50
Tabelle 10: Kreuztabelle zwischen wahrgenommenen Wirkungen der Arbeit der Fachstelle und Bedarfen der Einrichtungen (DRITTBEFRAGUNG).....	55
Tabelle 11: Kontakttrichtung der Fachstelle je nach Kontaktperson (2019-2023).....	66
Tabelle 12: Aufbau der standardisierten Fragebögen	90

1. Zur Orientierung

Im vorliegenden Bericht werden im Überblick die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der „Fachstelle Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München“ präsentiert. Der Aufbau ist so gestaltet, dass ggf. auch einzelne Schwerpunkte selektiv gelesen werden können. Folgende inhaltliche Hinweise können als Leseorientierung dienen:

Zunächst erfolgt in Kap. 2 die *Kontextuierung* des Gegenstandes – hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in der stationären Altenpflege – inkl. einer kursorischen Skizzierung des aktuellen Forschungsstandes. Anschließend wird in Kap. 3 die *Fachstelle* vorgestellt, gefolgt von einer kurzen Beschreibung von *Zielstellung und Vorgehen* der wissenschaftlichen Begleitung in Kap. 4, wobei die Darstellung sich hier auf die Essentials beschränkt. Für weiterführende Informationen findet sich eine vertiefte Projektbeschreibung entlang der einzelnen Arbeitspakete in Kap. 9, detailliertere Hinweise zur methodischen Umsetzung bietet Kap. 10. Flankiert durch zusammenfassende Textkästen in den einzelnen Abschnitten, werden in Kap. 5, 6 und 7 die jeweiligen *empirischen Ergebnisse* aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen sowie der Auswertung der Selbstdokumentation der Fachstelle vorgestellt. Eine *Zusammenschau der wesentlichen Befunde* finden die Leser*innen am Ende des Berichts in der Synopse (Kap. 8).

2. Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Altenhilfe: Herausforderungen, Ansprüche und Potenziale

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) strebt seit 2015 den Ausbau sowie die Verbesserung der palliativen Versorgung sowie hospizlichen Begleitung am Lebensende an. Dabei blieb die Inanspruchnahme solcher palliativen Leistungen am Lebensende bisher hinter den geschätzten Bedarfen zurück: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) geht von einem palliativen Versorgungsbedarf bei ca. 90% der Versterbenden aus (vgl. Radbruch et.al. 2015, S.8), während Ditscheid et. al. die tatsächliche Inanspruchnahme von palliativen Leistungen bei lediglich 32,7% der Verstorbenen nachweisen konnten (vgl. Ditscheid et. al. 2020, S.1505). Ein Drittel der untersuchten Studienpopulation waren Pflegeheimbewohner*innen, was auch bisherigen Schätzungen der Bertelsmann Stiftung zum Faktencheck Palliativmedizin entspricht: 31% der Verstorbenen verstarb in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen und das mit steigender Tendenz (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015, Faktencheck Palliativversorgung in 3 Studien).¹ Die neusten Daten des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands

¹ Die Studien zum Sterbeort sowie dem Bedarf an und Ausbau von Palliativversorgung in Deutschland können hier näher eingesehen werden: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/ergebnis-ueberblick/> (letzter Aufruf 29.09.2023). Es gibt bisher keine umfassende Studie zu den Sterbeorten in Deutschland, da diese nicht systematisch und einheitlich erhoben werden. Einzelne regionalspezifische Untersuchungen deuten auf eine etwas niedrigeren Verteilung (13,1% im Pflegeheim in Westfalen) hin (vgl. Dasch/Zahn 2021).

e.V. (DHPV) legen dabei offen, dass lediglich 1% auch in einem Pflegeheim versterben möchte.² Bedeutsame Indikatoren für den palliativen Versorgungsbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe sind die Verweildauer der Bewohner*innen sowie die Krankenhauseinweisungen in den letzten Lebenswochen. So geht aus dem DAK-Pflegereport 2019 (Storm 2019) hervor, dass die Verweildauer vom Einzug bis zum Versterben der Bewohner*innen kontinuierlich sinkt – mittlerweile auf 2,5 Jahre (Stand 2019) – und sich die Sterbefälle innerhalb des ersten Jahres nach Einzug häufen (vgl. Storm 2019). Auch in der systematischen Analyse der Verweildauern von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen, die von Gero Tectmann (in Zusammenarbeit mit dem Alters-Institut) 2015 vorgelegt wurde, wird konstatiert, dass die Verweildauer insgesamt sinkt und sich im Zeitraum von 2007 bis 2014 auf durchschnittlich 2 Jahre und 6 Monate beläuft (vgl. Tectmann 2015, S.3). Untersuchungen von Hoffmann und Allers auf Basis der Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit von 2010 bis 2014 weisen sogar eine noch geringere Verweildauer von weniger als einem Jahr – durchschnittlich 343,5 Tage – auf (vgl. Hoffmann, Allers 2020, S.247f.). Zudem ermittelten sie die Hospitalisierungsrate am Lebensende und kamen zum Ergebnis, dass über die Hälfte der Bewohner*innen in den letzten 28 Tagen vor ihrem Versterben mindestens einmal in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (vgl. ebd., S.250). Im Rahmen dieses Problemkontextes untersuchte das Projekt „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung“ (Avenue-Pal) die Faktoren für ungewollte bzw. unnötige (heißt hier nicht medizinisch notwendige) Krankenhauseinweisungen und erarbeitete Leitlinien zur Vermeidung solcher Verlegungen am Lebensende.³ Neben medizinischen Notfällen (Atemnot, Schmerzen) wurden u.a. das ‚Drängen‘ von Angehörigen, die jeweiligen Versorgungssituationen am Wochenende oder nachts in den Pflegeeinrichtungen oder die (fehlenden) Fachkenntnisse des Personals als relevant identifiziert. Eine besondere Rolle bei der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen erhalten daher, neben der Qualifizierung des Personals, auch die Verbesserung der Kommunikation (zwischen den Versorgungsakteur*innen, aber auch mit den Angehörigen) sowie die Verbreitung von Patientenverfügungen und Notfallplänen in den Einrichtungen (vgl. George et.al. 2021, S.38-41). Die Bedeutung von Palliativkompetenz und Hospizkultur wird durch die immer kürzer werdenden Verweildauern sowie steigenden Krankenhauseinweisungen in den letzten Lebenswochen der Bewohner*innen verstärkt und verdeutlicht zum einen die organisationspezifischen Herausforderungen und zum anderen noch vorherrschende Verbesserungspotenziale in der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung in stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen.

² Die Daten des DHPV zeigen, dass das eigene Zuhause der am meist gewünschte Sterbeort ist, gefolgt von Einrichtungen der Sterbebetreuung (z.B. Hospiz). Die stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe sind dabei auf dem letzten Platz und somit der am wenigsten gewünschte Sterbeort der Deutschen (vgl. DHPV 2022, abrufbar unter: https://www.dhvp.de/files/public/Presse/2022_BevBefragung_2022_Ergebnisse_lang.pdf (letzter Aufruf 13.09.2023).

³ Näheres zum Projektkontext: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/avenue-pal-analyse-und-verbesserung-des-sektor-und-bereichsuebergreifenden-schnittstellen-und-verlegungsmanagements-in-der-palliativversorgung.161> (letzter Aufruf 27.01.2024).

Vor diesem Hintergrund sind neben Krankenhäusern und dem ambulanten Bereich vor allem stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen als wichtige Versorgungsinstitutionen und Sterbeorte in der letzten Lebensphase in besonderem Maße von den gesetzlichen Bestrebungen des HPG betroffen. So soll zum einen die Vernetzung und Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten sowie weiteren Hospiz- und Palliativangeboten gestärkt und verbessert und zum anderen das Angebot einer umfassenden Versorgungsplanung (im Sinne des Advance Care Planning) in den Pflegeeinrichtungen ausgebaut werden. Die sich hierzu in den letzten Jahrzehnten entwickelnden (Für-)Sorgekulturen, orientiert entlang von Palliative Care und den Angeboten der hospizlichen Begleitung, schaffen zwar wichtige Impulse für die Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen in den Pflegeeinrichtungen, jedoch ergeben sich auch neue Herausforderungen, die sich mit Blick auf jeweils organisationsspezifische Umsetzungen und unter Beachtung der Multimorbidität der Bewohner*innen im konkreten Alltagsgeschehen zeigen (vgl. Brandenburg et al. 2019). Das 2021 abgeschlossene Projekt ‚ImPAct‘ – eine Evaluationsstudie der stationären Altenpflegeeinrichtungen des Diakonischen Werkes evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. der medizinischen Hochschule Hannover⁴ – erforschte diese Herausforderungen der Etablierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz und leitete auf empirischer Grundlage vier förderliche Faktoren hierfür ab: Eine entsprechende Etablierung vor Ort benötigt (1) eine breite Qualifikation der Mitarbeitenden, die kontinuierlich durch weitere Fortbildungen gestärkt werden muss. Dabei sollen das Fachwissen und die Expertise das Personal befähigen, palliative Versorgungslagen zu bewältigen, wobei die Handlungskompetenzen der Palliative Care Fachkräfte sowohl von den Pflegefachkräften in den Einrichtungen als auch von anderen Versorgungsakteur*innen (u.a. Hausärzt*innen) anerkannt werden müssen. Diese palliativpflegerische Kompetenz muss darüber hinaus (2) in geeignete organisationale Strukturen und Prozesse überführt werden. Wesentlich hierfür sind eine entsprechende Personalausstattung und -planung sowie (in struktureller wie kultureller Hinsicht) organisationale Räume, die den Fachkräften Handlungs-, Gestaltungs- und notwendige Reflexionsmöglichkeiten für die Umsetzung von Palliative Care Maßnahmen erlauben. Neben diesen internen Faktoren sind externe Kooperationen unabdingbar, die (3) die ärztliche Versorgung der Bewohner*innen sicherstellen (Hausärzte, Fachärzte, SAPV) sowie (4) Hospizdienste bei der Begleitung frühzeitig einbinden und so auch ehrenamtliche Sterbebegleitungen in den Einrichtungen fördern. Besonders die hausärztliche Versorgung, die in enger Abstimmung mit dem palliativpflegerischen Personal stattfinden muss, bedarf ausgeprägter palliativer Kompetenzen, die zumeist in Notfallsituationen essenziell für eine bedarfsgerechte palliative Versorgung sind (vgl. Müller-Mundt, Walther 2022, S.153 ff). Hierbei wurde die Verlegungsproblematik am Ende des Lebens nur peripher behandelt, wenngleich die oben genannten Studien dies als besondere Herausforderung für die Etablierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Pflegeeinrichtungen herausstellten. Zu beachten ist ebenfalls die Rolle der Ehrenamtlichen bei der Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen, da ehrenamtliches Engagement im Pflegeheim (besonders im

⁴ Näheres zum Projektkontext: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/impact.jsp (letzter Aufruf 25.01.2024).

Rahmen von Sterbebegleitungen) auch wachsende Anforderungen und Hürden – wie z.B. Rückgang von (dauerhaft) organisational eingebundenen Ehrenamtlichen oder Professionalisierung von Hospizarbeit – unterliegt (vertiefend hierzu vgl. Fink, Schultz 2021; vgl. Klie et. al. 2019).

Die Bedeutung von Qualifizierung, Kooperation und geeigneten Organisationsstrukturen für Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe stellte auch das Projekt ‚SIH‘ (Sterben zuhause im Heim) der Universität Augsburg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) heraus (vgl. Schneider et. al. 2018).⁵ Dabei wurden die Problemstellungen einer zunehmenden Personal- sowie Ressourcenknappheit vor dem Hintergrund des Altenpflegeheims als sich wandelnde Organisation – vom ‚letzten Zuhause‘ zum Ort des Lebens (in der letzten Lebensphase) und gleichzeitigen Sterbens – verortet. Die Etablierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz erfolgt hierbei auf kultureller, i.S. eines spezifischen Organisationsverständnisses, sowie struktureller Ebene hinsichtlich der jeweils gegebenen Rahmenbedingungen vor Ort (vgl. ebd., S.148 ff.). Die möglichst selbstbestimmte und würdevolle Gestaltung der letzten Lebensphase der Bewohner*innen im Pflegeheim wurde auch im Projekt „Selbstbestimmtes Leben im Heim. Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase“ (SeLeP 1.0) der Universität Augsburg untersucht.⁶ Herausgearbeitet wurde hier, dass Selbstbestimmung durchaus als bedeutende Maxime für Leben und Arbeiten im Pflegeheim gilt, dabei aber besonders der generelle Wertbezug eines ‚würdevollen Sterbens‘ für die beteiligten Akteur*innen als handlungsleitender Rahmen für die Versorgung und Begleitung sterbender und schwerkranker Bewohner*innen fungiert (vgl. Schlögl-Flierl et. al. 2021, S. 127ff.).

Wenngleich sich die Pflegeeinrichtungen vornehmlich als ‚Orte des Lebens‘ (vgl. Heimerl 2010) verstehen, sind sie doch mit dem Anspruch verbunden, alte Menschen in der letzten Lebensphase bis zum Ende des Lebens möglichst selbst zu versorgen. Vor diesem Hintergrund sind Hospizkultur und Palliativkompetenz in den Pflegeeinrichtungen immer bedeutsamere Themenkomplexe, die neue Anforderungen an das dortige Leben und Sterben stellen. Besonders, da sie als ‚Quasi-Zuhause‘ ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Sterben ermöglichen sollen (vgl. Salis Gross 2001, Pleschberger 2006, Schlögl-Flierl et al. 2021). Im Hinblick auf diese (nicht nur demographischen) Herausforderungen für das Leben sowie Arbeiten und schlussendlich auch Sterben in den Pflegeeinrichtungen wurde im Dezember 2018 die Fachstelle „Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München“ geschaffen.

⁵ Näheres zum Projektkontext: <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/philsoz/fakultat/soziologie-sozialkunde/forschung/ab/sterben-zuhause-im-heim-sih/> (letzter Aufruf 25.01.2024).

⁶ Näheres zum Projektkontext: <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/philsoz/fakultat/soziologie-sozialkunde/forschung/l/selbstbestimmtes-leben-im-pflegeheim-selep/> (letzter Aufruf 25.01.2024).

3. Die Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München‘: Vernetzen – Qualifizieren – Konzipieren

Die Fachstelle „Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe“, gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie der Josef und Luise Kraft-Stiftung, wurde als Pilotprojekt für die Region München (Stadt und Landkreis) implementiert und ist seit 2018 am Christophorus Hospiz Verein e.V. (CHV) angesiedelt. Ihre *Funktion* ist, die Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes zu begleiten und so die stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe (im Folgenden: Pflegeeinrichtungen) bei der Implementierung und Stärkung der Hospizkultur und Palliativkompetenz zu unterstützen. Dem entsprechend verfolgt die Fachstelle laut Konzeption im Wesentlichen als *Zielstellung* die Unterstützung und Begleitung der Pflegeeinrichtungen in der Region bei der praktischen Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes im Einrichtungsalltag durch die Verbesserung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in den einzelnen Pflegeeinrichtungen sowie die weitere Vernetzung mit den Angeboten der jeweils umgebenden Hospiz- und Palliativversorgung. Dies soll zu nachhaltigen Versorgungsstrukturen beitragen, um eine gelingende Palliativversorgung und hospizliche Begleitung zu befördern und gewährleisten. Das *Profil* der Fachstelle war zunächst im Rahmen des Pilotprojekts auf die folgenden *primären Tätigkeitsfelder* zugeschnitten, die das Arbeiten der Fachstelle anleiten: Vernetzung, Beratung, Konzeptentwicklung und -auswertung, Qualifizierung sowie Schnittstellenarbeit (vgl. hierzu Abbildung 1 aus dem Informationsflyer der Fachstelle).



Abbildung 1: Aufgabenfelder der Fachstelle
(Eigenbeschreibung im Flyer)

Konkret bedeutet dieser Zuschnitt, dass die Fachstelle Pflegeeinrichtungen und deren Träger, Hospizdienste und Palliative-Care-Teams berät, Fortbildungsangebote entwickelt und durchführt sowie Qualifizierungsmaßnahmen für Haupt- und Ehrenamtliche unterstützt, bisherige Konzepte auswertet und/oder neue entwirft, Handlungsempfehlungen erarbeitet, an Hospiz- und Palliativnetzwerken mitwirkt⁷ und mit Bildungsträgern sowie Fachgesellschaften zusammenarbeitet. Mit dem soweit kursorisch skizzierten Aufgabenprofil werden als primäre *Zielgruppen* der Fachstelle sichtbar: die Pflegeeinrichtungen, deren Träger sowie Hospizdienste und SAPV-Teams, die sich an die Fachstelle wenden können und sollen.

Diese Ausrichtung der Fachstelle wurde von der Universität Augsburg mit Blick auf ihre konkrete, praktische Arbeit sowie die regionalen Bedarfe und Bedürfnisse der Versor-

⁷ Hier ist der Hinweis wichtig, dass die Aufgabe der Fachstelle nicht im Aufbau oder der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken besteht (vgl. §39d, SGB V). Vielmehr gilt es, Netzwerke bzw. die Vernetzung, den Austausch der Versorgungsakteur*innen fachlich zu unterstützen und die Arbeit in der Praxis dadurch zu fördern

gungsakteur*innen durch eine wissenschaftliche Begleitstudie evaluiert. Diese wird im nächsten Kap. 4 zunächst kurz hinsichtlich des Studiendesigns und der Projektmeilensteine vorgestellt. Eine vertiefte Projektbeschreibung sowie die Beschreibung der einzelnen methodischen Umsetzungen der Arbeitspakete kann in Kap. 9 und Kap. 10 eingesehen werden.

4. Wissenschaftliche Begleitung der Fachstelle im Kurzüberblick

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Pilotprojektes der regionalen Fachstelle in der Modellregion München, die im vorherigen Kap. 3 vorgestellt wurde, wird seit Februar 2019 vom ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE GESUNDHEITSFORSCHUNG (ZIG) an der Universität Augsburg durchgeführt. Die Evaluation und Begleitung der Fachstelle verfolgte *drei Projektstufen*, die in *drei Arbeitspaketen* zusammengefasst wurden (vgl. hierzu auch Kap. 4.2 bzw. vertieft Kap. 9): Zunächst wurden (1) der Ist-Zustand der Hospiz- und Palliativversorgung der Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München sowie die Beratungs- und Qualifizierungsbedarfe, bestehende und avisierte Herausforderungen sowie Erwartungen der beteiligten Akteur*innen ermittelt. Darauffolgend wurden (2) bis dahin beobachtbare erste ‚Wirkungen‘ und Effekte der Arbeit der Fachstelle sowie sich (möglicherweise) verändernde Erwartungen der Versorgungslandschaft eruiert. Zuletzt wurden (3) die Prozess- und Struktureffekte der Fachstelle empirisch fokussiert in den Blick genommen. Diese drei Phasen wurden mit Hilfe eines multi-methodischen Designs realisiert, welches auf qualitativen Experteninterviews, quantitativen Befragungen und der Selbstdokumentation der Fachstelle basierten (vgl. hierzu vertieft Kap. 10).

4.1. Zielstellung der wissenschaftlichen Begleitung

Bei der wissenschaftlichen Begleitung stand vor allem die Frage im Zentrum, *was die Fachstelle wie leisten kann und muss bzw. müsste, um die Pflegeeinrichtungen möglichst wirkungsvoll und nachhaltig bei der palliativen Pflege und Begleitung sterbender Bewohner*innen in Stadt und Landkreis München zu unterstützen*. Relevant hierfür ist die Erfassung und Analyse der bisherigen, von den Einrichtungsleitungen selbst eingeschätzten Palliativkompetenz und Hospizkultur in den Pflegeeinrichtungen im Sinne der artikulierten Bedarfe und Verbesserungsmöglichkeiten, aber auch der Profilierungsanforderungen und Entwicklungspotenziale der Fachstelle selbst. Für diese *zweifache Ausrichtung der wissenschaftlichen Begleitung* – zum einen bezogen auf die Bedarfe im Feld der Pflegeeinrichtungen und der weiteren Versorger*innen, zum anderen der Blick auf die Praxis der Fachstelle – wurden drei Arbeitspakete konzipiert, die über einen Verlauf von (nach corona-bedingter Projektverlängerung) insgesamt 58 Monaten systematisch bearbeitet wurden und auf verschiedenen Methoden der Datenerhebung sowie -auswertung basieren. Diese werden im nachfolgenden Abschnitt kurz dargestellt sowie erläutert (vertieft hierzu auch Kap. 10).

4.2. Studiendesign und Projektmeilensteine

Zur Bearbeitung der beiden genannten Fragestellungen wurde ein *multi-methodisches Studiendesign* konzipiert, welches mit Hilfe ausgewählter Datenerhebungs- sowie Datenauswertungsverfahren in Form verschiedener empirisch-methodischer Stränge die folgenden Aspekte beleuchtete:

- (1) Erster Strang: *Qualitative Experteninterviews* mittels derer die strukturellen Gegebenheiten der Versorgungslandschaft sowie Prozess- und Struktureffekte der Arbeit der Fachstelle skizziert und eingeordnet wurden.
- (2) Zweiter Strang: *Organisationale Tätigkeits- und Kontaktdokumentation* der Fachstelle, die sowohl qualitativ inhaltsanalytisch als auch quantitativ deskriptiv hinsichtlich der konkreten Praxis der Fachstelle (z.B. mit Blick auf Tätigkeiten) ausgewertet wurde.
- (3) Dritter Strang: *Standardisierte quantitative Befragungen der Einrichtungseleitungen*, um die Bedarfe und wahrgenommenen Hürden der Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München bei der Begleitung und Versorgung am Lebensende sowie die Erwartungen an die Fachstelle zu identifizieren.

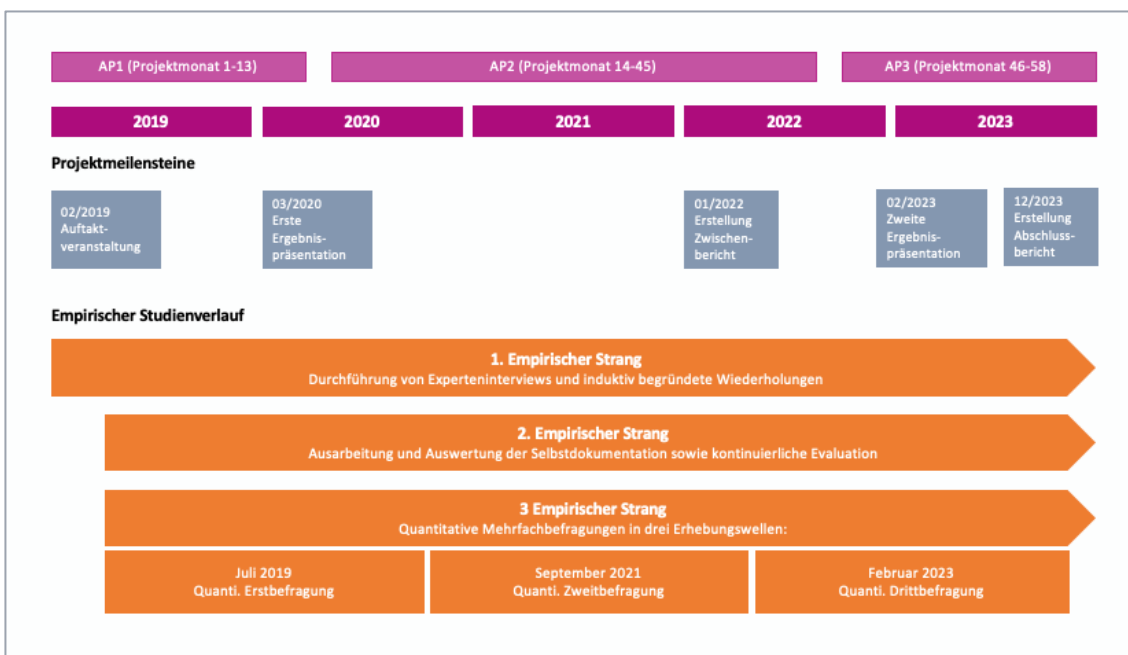


Abbildung 2: Projektverlauf im Überblick

In Abbildung 2 ist der avisierte und umgesetzte Projektverlauf illustriert. Dieser zeigt zum einen die jeweiligen empirischen Stränge, die zum Großteil in kontinuierlichen Erhebungen vollzogen wurden, sowie einzelne Projektmeilensteine. Diese markieren die jeweiligen Ergebnispräsentationen, bei denen die zum Zeitpunkt vorherrschenden ‚Zwischenstände‘ vorgestellt wurden. Zu diesem Zwecke wurden Zwischenauswertungen vollzogen, die wiederum den weiteren empirische Erhebungen (z.B. Experteninterviews) dienten. Wie die einzelnen Stränge erhoben und ausgewertet wurden, kann in Kap. 10 detailliert nachvollzogen werden. Im nächsten Abschnitt wird die Datengrundlage der Begleitstudie präsentiert.

4.3. Übersicht über die Datengrundlage der Begleitstudie

Die Auswertungen der Datenstränge für den hier vorliegenden Abschlussbericht erfolgten auf Grundlage verschiedener erhobener Daten, die sich wie abgebildet zusammensetzen:

Tabelle 1: Datengrundlage der Begleitstudie

Standardisierte Erhebungen der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München	
ERSTBEFRAGUNG	74 Fragebögen
ZWEITBEFRAGUNG	69 Fragebögen
DRITTBEFRAGUNG	55 Fragebögen
Qualitative Interviews mit Vertreter*innen institutionell-organisatorischer Akteursgruppen im Versorgungsfeld	
EXPERTENINTERVIEWS	32 Interviews
Dokumentation zu Tätigkeiten und Kontakten der Fachstelle	
SELBSTDOKUMENTATION DER FACHSTELLE	Zeitraum März 2019 bis Juni 2023 (über 2000 Datenpunkte)

Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, sank der Rücklauf der standardisierten Befragungen erkennbar und belief sich bei der ERSTBEFRAGUNG auf 82%, bei der ZWEITBEFRAGUNG auf 77% und bei der DRITTBEFRAGUNG auf 64%. Dennoch konnten in allen drei Befragungen weit über die Hälfte der Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München erreicht und in diesem Sinne zu jedem Messzeitpunkt ein Großteil des Feldes abgebildet werden. Die strukturellen Merkmale der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen werden in Kap. 5.1 dargestellt. Grundsätzlich wird dort, wo die Anzahl der Antworten eine zu geringe Grundlage für gesicherte Aussagen bildet, darauf entsprechend hingewiesen. Die aus den drei Datenpools gewonnenen Ergebnisse werden in den nachfolgenden Abschnitten vorgestellt. Zunächst werden die Befunde der einzelnen empirischen Stränge separat präsentiert (vgl. hierzu Kap. 5, 6 und 7) und schließlich abschließend zueinander in Bezug gesetzt (vgl. Kap. 8).

LESEHINWEIS

Der in der Tabelle 1 abgebildete sinkende Rückgang bei den standardisierten Befragungen führt bei den deskriptiven Auswertungen zum Teil zu einer Verzerrung der relativen und absoluten Häufigkeiten. Da sich die Prozentangaben im Text stets auf die Grundgesamtheiten der jeweiligen Befragungen beziehen, diese jedoch von Befragung zu Befragung unterschiedlich bzw. rückläufig sind, kommt es bei der Gegenüberstellung der Befragungen u.a. zu sinkenden absoluten Häufigkeiten bei steigenden Prozentwerten (zu erkennen z.B. in Abbildung 6 oder in Abbildung 10). Die Angabe der Prozentwerte ist folglich *grundsätzlich relativ zu verstehen* und muss darüber hinaus in solchen Einzelfällen im Verhältnis zu den sinkenden Grundgesamtheiten betrachtet werden. Prinzipiell kann somit der zuvor beschriebene Vergleich der Befragungen nur vorsichtig vollzogen und interpretiert werden, da der Rücklauf unterschiedlich strukturiert ist (vgl. Kap. 5.1) und die Anonymität der Teilnehmenden

keine Rückschlüsse auf die Kontinuität des Antwortverhaltens zulässt. In diesem Sinne sollen die gemeinsamen Darstellungen der drei Befragungen lediglich grobe Tendenzen aufzeigen, befragungsübergreifende Gemeinsamkeiten hervorheben und Unterschiede sichtbar machen. Ein methodisch gesicherter Vergleich, der z.B. Trendanalysen möglich macht, konnte nicht realisiert werden.

5. Befunde I: Quantitative Befragungen

Im Folgenden werden die Auswertungen der quantitativen Erhebungen vorgestellt. Die einzelnen Befragungen werden dabei zueinander in Bezug gesetzt, um eine Vergleichsperspektive zu gewährleisten. Die drei unterschiedlichen Messzeitpunkte können *nicht(!)* im Sinne einer Trendanalyse genutzt werden, da die Anonymisierung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen dies nicht zulässt. Sie ermöglichen jedoch einen Einblick in mögliche Veränderungen und Entwicklungen der Bedarfe und Erwartungen der Pflegeeinrichtungen auf aggregierter Ebene sowie hinsichtlich der Profilierungsanforderungen an die Fachstelle. Trotz aller Vorbehalte bei der Interpretation der Befunde aus den drei Befragungen hinsichtlich der geringen Fallzahlen beleuchten die unterschiedlichen Messzeitpunkte, inwieweit die Fachstelle bereits in der Versorgungslandschaft wirksam werden konnte, und welche Bedarfe laut Auskunft der antwortenden Pflegeeinrichtungen weiterhin bestehen bzw. sich womöglich verändert haben. Die über die Jahre gesammelten Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen mit der Fachstelle geben somit Auskunft über bedarfsgerechte Anpassungen in ihrer Ausrichtung und Weiterentwicklung. Die nachfolgenden Abschnitte 5.1 bis 5.9. stellen die Ergebnisse aller drei Erhebungen dar; wenn möglich, werden die Ergebnisse der Erhebungen miteinander verglichen und dort, wo themenspezifisch interessant, auch einzeln fokussiert.

5.1. Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen

Zusammenfassung:

- » Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurden mittels des jeweiligen Medians in große und kleine eingeteilt. In der ERST- und DRITTBEFRAGUNG nahmen mehr große Pflegeeinrichtungen und in der ZWEITBEFRAGUNG mehr kleine teil.
- » Die Mehrzahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in allen drei Befragungen befanden sich in der Stadt München.
- » Die meisten Pflegeeinrichtungen in allen drei Befragungen hatten ‚freigemeinnützige Träger‘. Lediglich ein geringer Anteil wurden von ‚öffentlichen‘ oder ‚privat-gewerblichen Trägern‘ betrieben.

Als grundlegendes Strukturmerkmal der Pflegeeinrichtungen wurde in allen Fragebögen die *Zahl der vorhandenen Plätze* abgefragt. Diese Angaben wurden anschließend zur Übersichtlichkeit weiterer Auswertungen mit dem Ziel der Unterscheidung in die Kategorien *kleine* und *große Pflegeeinrichtungen* gruppiert. Die Gruppierung wurde anhand des Medians aus der jeweiligen Befragung vorge-

nommen. Der Median in der ERSTBEFRAGUNG lag bei 116 Betten, in der ZWEITBEFRAGUNG bei 118 Betten und in der DRITTBEFRAGUNG bei 107 Betten (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl der Plätze in den Pflegeeinrichtungen und Median im Überblick (Erst-, Zweit- und Drittbefragung)

	ERSTBEFRAGUNG <i>Einrichtungsgroße</i>	ZWEITBEFRAGUNG <i>Einrichtungsgroße</i>	DRITTBEFRAGUNG <i>Einrichtungsgroße</i>
Min. Plätze	7	53	20
Max. Plätze	440	290	272
Median	116	118	107

An der ERSTBEFRAGUNG nahmen gemäß dieser Gruppierung 52% ($N_1=33$) große und 48% ($N_1=30$) kleine Pflegeeinrichtungen, an der ZWEITBEFRAGUNG 49% ($N_2=29$) große und 51% ($N_2=30$) kleine Pflegeeinrichtungen und an der DRITTBEFRAGUNG 51% ($N_3=27$) große und 49% ($N_3=26$) kleine Pflegeeinrichtungen teil (vgl. Abbildung 3). Damit wechselte das Verhältnis geringfügig zwischen kleinen und großen Pflegeeinrichtungen in den Befragungswellen von großen Pflegeeinrichtungen in der ERSTBEFRAGUNG und DRITTBEFRAGUNG zu kleineren Pflegeeinrichtungen in der ZWEITBEFRAGUNG.

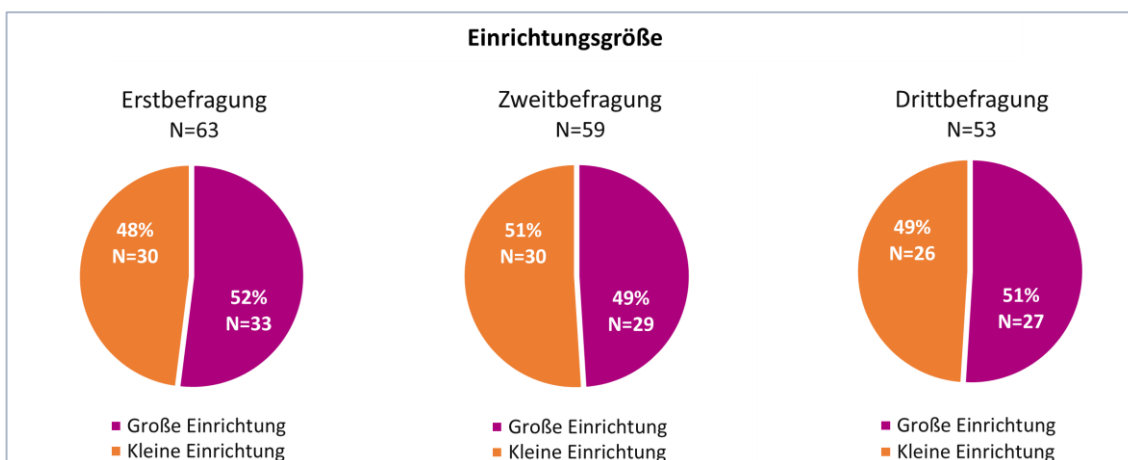


Abbildung 3: Einrichtungsgroße der Pflegeeinrichtungen (Erst-, Zweit- und Drittbefragung)

Als zweites maßgebliches Strukturkriterium galt der *Standort* bzw. die Kategorisierung der Pflegeeinrichtungen nach *Landkreis* oder *Stadtgebiet München* (vgl. Abbildung 4). Dabei ergab sich bezüglich der Teilnahme an der ERSTBEFRAGUNG mit 69% ($N_1=50$) ein höherer Anteil an städtischen Pflegeeinrichtungen, der in der ZWEITBEFRAGUNG und DRITTBEFRAGUNG mit 64% ($N_2=39$) bzw. 64% ($N_3=35$) ähnlich hoch blieb. Das über den gesamten Studienverlauf beobachtbare Übergewicht an städtischen Pflegeeinrichtungen bei den Befragungen ist hier weniger mit einer niedrigeren Teilnahmebereitschaft im Landkreis zu erklären als an der generell ungleichen Verteilung der Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München: So gab es nach eigener Prüfung zum Zeitpunkt der DRITTBEFRAGUNG (März 2023) 29 Pflegeeinrichtungen im Landkreis und 56 im Stadtgebiet München. Relativ betrachtet

nahmen mit 68%-79% im Landkreis proportional mehr Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis als aus der Stadt München (62%-82%) an den Befragungen teil.

Bei Betrachtung der Kreuztabellierung zwischen dem Standort der Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungsgröße (vgl. Tabelle 3) zeigte sich besonders im Zuge der ERSTBEFRAGUNG eine Tendenz der Teilnahme von kleinen Pflegeeinrichtungen im Landkreis München und von großen im Stadtgebiet. Dieses Verhältnis drehte sich im Zuge der ZWEITBEFRAGUNG um: An der ZWEITBEFRAGUNG nahmen nun mehr kleine Pflegeeinrichtungen aus dem Stadtgebiet und mehr große aus dem Landkreis München teil. Diese Verteilung war im Zuge der DRITTBEFRAGUNG ein fast proportionales Verhältnis von großen und kleinen Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München.



Abbildung 4: Standort der Pflegeeinrichtungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG)

Tabelle 3: Kleine und große Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)

	STADT MÜNCHEN		LANDKREIS MÜNCHEN	
	KLEINE EINRICHTUNGEN	GROßE EINRICHTUNGEN	KLEINE EINRICHTUNGEN	GROßE EINRICHTUNGEN
ERSTBEFRAGUNG	41% (N ₁ =19)	59% (N ₁ =27)	65% (N ₁ =11)	35% (N ₁ =6)
ZWEITBEFRAGUNG	57% (N ₂ =21)	43% (N ₂ =16)	41% (N ₂ =9)	59% (N ₂ =13)
DRITTBEFRAGUNG	49% (N ₃ =17)	51% (N ₃ =18)	50% (N ₃ =9)	50% (N ₃ =9)

Ein weiteres grundlegendes Strukturmerkmal der Pflegeeinrichtungen, das in allen Befragungen erhoben wurde, war die *Trägerzugehörigkeit*. Hier ließ sich mit Blick auf alle drei Befragungen eine grundlegend ähnliche Verteilung feststellen. So ordneten sich die meisten Pflegeeinrichtungen den ‚freigemeinnützigen Trägern‘ zu, wenngleich hier im direkten Vergleich eine deutlich sinkende Tendenz von 76% (N₁=55) in der ERSTBEFRAGUNG auf 68% (N₂=40) in der ZWEITBEFRAGUNG und 58% (N₃=31) in der DRITTBEFRAGUNG zu beobachten war. Der größte Zuwachs ließ sich bei privat-gewerblichen Trägern erkennen. Hier stieg der Anteil von 10% (N=7) in der ERSTBEFRAGUNG auf 15% (N=9) in

der ZWEITBEFRAGUNG und dann nochmals auf 20% (N=11) in der DRITTBEFRAGUNG. Während öffentliche Träger in den ersten beiden Befragungen noch mit jeweils 10% (N₁=7; N₂=6) angegeben wurden, sank dies in der DRITTBEFRAGUNG deutlich auf 2% (N=1). Im Unterschied zur ERST- und ZWEITBEFRAGUNG wurde in der DRITTBEFRAGUNG die Kategorie ‚Stiftung‘ aufgenommen, die zu 11% (N=6) genannt wurde. Diese wurde in den vorherigen Befragungen unter der Kategorie ‚Sonstiges‘ geführt, die in DRITTBEFRAGUNG nochmals leicht von 4% (N=3) in der ERSTBEFRAGUNG und 7% (N=4) in der ZWEITBEFRAGUNG auf 9% (N=5) anstieg. Im freien Antwortfeld wurden dort neben Stiftungen auch gGmbH genannt.

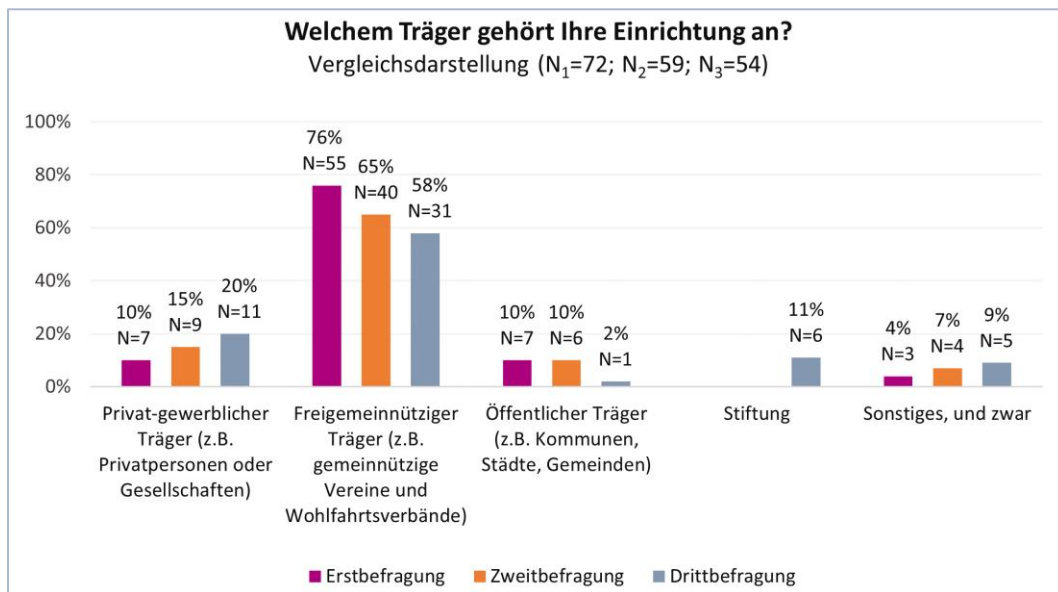


Abbildung 5: Trägerzugehörigkeit der Pflegeeinrichtungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG)

An dieser Stelle ist folgender Hinweis wichtig: Es kann kein direkter Rückschluss auf die dem Rücklauf zugrunde liegenden Faktoren gezogen werden. Aufgrund der anonymisierten Durchführung der Befragung ist nicht ersichtlich, welche Pflegeeinrichtungen im Vergleich von ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG jeweils erreicht wurden und wie genau sich die im jeweiligen Rücklauf erkennbaren Merkmalsverteilungen begründen (z.B. durch spezifische Selektivitäten in der Antwortbereitschaft oder auch durch eine Strukturveränderung der Grundgesamtheit im Feld).

Die untenstehende Tabelle 4 stellt die Trägerzugehörigkeit der Pflegeeinrichtungen gruppiert nach Standort und Einrichtungsgröße dar, so dass der Überhang der ‚freigemeinnützigen Träger‘ widergespiegelt wird. Mit Blick auf die Verteilung zeigt sich darüber hinaus, dass keine Pflegeeinrichtung ‚öffentlicher Träger‘ aus dem Landkreis München an der DRITTBEFRAGUNG teilnahm bzw. sich hier grundsätzlich eine sinkende Teilnahmetendenz abzeichnete. Der beschriebene Anstieg der ‚privat-gewerblichen Träger‘ im Verlauf der Befragungen ist auf eine erhöhte Teilnahme kleiner Pflegeeinrichtungen dieser Trägerzugehörigkeit zurückzuführen, während große Pflegeeinrichtungen den Großteil der zu ‚Stiftungen‘ gehörenden ausmachten.

Tabelle 4: Trägerzugehörigkeit der Pflegeeinrichtungen nach Standort und Einrichtungsgröße (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)

TRÄGERZUGEHÖRIGKEIT NACH STANDORT UND EINRICHTUNGSGRÖßE					
STANDORT: STADT MÜNCHEN					
	PRIVAT-GEWERBLICHE TRÄGER	FREIGEMEINNÜTZIGE TRÄGER	ÖFFENTLICHE TRÄGER	STIFTUNGEN	SONSTIGE
ERSTBEFRAGUNG	12% (N ₁ =6)	82% (N ₁ =40)	6% (N ₁ =3)	-	0% (N ₁ =0)
ZWEITBEFRAGUNG	11% (N ₂ =4)	73% (N ₂ =27)	11% (N ₂ =4)	-	5% (N ₂ =2)
DRITTBEFRAGUNG	20% (N ₃ =7)	49% (N ₃ =17)	3% (N ₃ =1)	17% (N ₃ =6)	11% (N ₃ =4)
STANDORT: LANDKREIS MÜNCHEN					
	PRIVAT-GEWERBLICHE TRÄGER	FREIGEMEINNÜTZIGE TRÄGER	ÖFFENTLICHE TRÄGER	STIFTUNGEN	SONSTIGE
ERSTBEFRAGUNG	5% (N ₁ =1)	77% (N ₁ =17)	18% (N ₁ =4)	-	4% (N ₁ =1)
ZWEITBEFRAGUNG	23% (N ₂ =5)	59% (N ₂ =13)	9% (N ₂ =2)	-	9% (N ₂ =2)
DRITTBEFRAGUNG	21% (N ₃ =4)	74% (N ₃ =14)	0% (N ₃ =0)	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)
EINRICHTUNGSGRÖßE: KLEINE EINRICHTUNGEN					
	PRIVAT-GEWERBLICHE TRÄGER	FREIGEMEINNÜTZIGE TRÄGER	ÖFFENTLICHE TRÄGER	STIFTUNGEN	SONSTIGE
ERSTBEFRAGUNG	13% (N ₁ =4)	77% (N ₁ =23)	10% (N ₁ =3)	-	0% (N ₁ =0)
ZWEITBEFRAGUNG	7% (N ₂ =2)	73% (N ₂ =22)	10% (N ₂ =3)	-	10% (N ₂ =3)
DRITTBEFRAGUNG	31% (N ₃ =8)	54% (N ₃ =14)	0% (N ₃ =0)	4% (N ₃ =1)	11% (N ₃ =3)
EINRICHTUNGSGRÖßE: GROßE EINRICHTUNGEN					
	PRIVAT-GEWERBLICHE TRÄGER	FREIGEMEINNÜTZIGE TRÄGER	ÖFFENTLICHE TRÄGER	STIFTUNGEN	SONSTIGE
ERSTBEFRAGUNG	9% (N ₁ =3)	85% (N ₁ =28)	6% (N ₁ =2)	-	9% (N ₁ =3)
ZWEITBEFRAGUNG	24% (N ₂ =7)	62% (N ₂ =18)	10% (N ₂ =3)	-	3% (N ₂ =1)
DRITTBEFRAGUNG	11% (N ₃ =3)	59% (N ₃ =16)	4% (N ₃ =1)	19% (N ₃ =5)	7% (N ₃ =2)

Im Folgenden werden die aus den über den Studienzeitraum erhobenen Daten gewonnenen Ergebnisse zur wahrgenommenen Qualität der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung sowie

Verbesserungsbedarfe präsentiert. Die Zusammenhänge mit den hier genannten Strukturmerkmalen wurden jeweils geprüft und werden, sofern relevant, aufgrund aussagekräftiger Befunde, miteinbezogen.

5.2. Ausgangslage: Wahrgenommene Qualität der Palliativversorgung und Hospizbegleitung

Zusammenfassung:

- » Mehr als jede zweite Einrichtung schätzte zu allen drei Messzeitpunkten ihre bisher erreichte Qualität als ‚gut‘ oder gar ‚sehr gut‘ ein.
- » Trotz dieser Einschätzung sahen wiederum über die Hälfte der Einrichtungen – unabhängig von der bisher erreichten Qualität – in allen drei Befragungen noch Verbesserungsbedarf.
- » Als befragungsübergreifende Verbesserungsbedarfe wurden in unterschiedlichen Priorisierungen folgende Aspekte genannt:
 - ‚Psychosoziale Begleitung (haupt- und ehrenamtlich)‘
 - ‚Qualifizierung‘
 - ‚palliativmedizinische‘ sowie ‚palliativpflegerische Versorgung‘

In allen drei Befragungen wurde die Selbsteinschätzung der Einrichtungsleitungen hinsichtlich der bisher erreichten *Qualität bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung* erfragt (vgl. Abbildung 6). Zu erkennen ist, dass dabei ein Großteil der Pflegeeinrichtungen zufrieden mit der bisher erreichten Qualität war und sich diese Selbsteinschätzung über die Messzeitpunkte hinweg noch verbesserte: Während in der ERSTBEFRAGUNG 74% ($N_1=50$) die Qualität als ‚sehr gut‘ (19%, $N_1=13$) bzw. ‚gut‘ (55%, $N_1=37$) einschätzten, stieg dies sowohl in der ZWEIT- als auch DRITTBEFRAGUNG nochmals deutlich auf 83% ($N_2=45$ und $N_3=40$)⁸ an. Erkennbar ist dabei, dass sich relativ betrachtet die Selbsteinschätzungen im Bereich ‚sehr gut‘ verbesserten. Ebenfalls zu beobachten war eine abnehmende Tendenz bei der Selbsteinschätzung ‚befriedigend‘, die von 21% ($N_1=14$) in der ERSTBEFRAGUNG deutlich auf 11% ($N_2=6$) in der ZWEIT- und 10% ($N_3=5$) in der DRITTBEFRAGUNG abfiel. Nur sehr wenige Pflegeeinrichtungen nahmen ihre bisher erreichte Qualität als ‚ausreichend‘, ‚mangelhaft‘ oder gar ‚ungenügend‘ wahr. Während letztere Schulnote in der ERSTBEFRAGUNG noch angegeben wurde (2%, $N_1=1$), entfiel sie in den nachfolgenden zwei Befragungen gänzlich. Hier ist jedoch auf die sehr geringe Anzahl der gültigen Werte zu verweisen, die weitere Aussagen kaum möglich machen.

⁸ An den absoluten Häufigkeiten in der Klammer kann noch einmal die Darstellungsproblematik, die im Lesehinweis auf S.12 bereits vorweggenommen wurde, exemplarisch verdeutlicht werden: Die Angabe 83% ist relativ zum Rücklauf der ZWEIT- und Drittbefragung zu verstehen. Da der Rücklauf der DRITTBEFRAGUNG geringer als jener der ZWEITBEFRAGUNG war, ergeben bereits 40 Antworten 83%, während dieser Prozentwert in der ZWEITBEFRAGUNG auf 45 Antworten beruht. Insofern ist – trotz bzw. wegen der auf die relativen Prozentwerte fokussierenden grafischen Darstellung – bezüglich der getroffenen Aussagen über das regionale Feld als solches (die Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München) der kontrollierende bzw. korrigierende Blick auf die absoluten Zahlen notwendig bzw. aufschlussreicher.

Außerdem kann eine Positivselektion im Rahmen der Befragungen nicht ausgeschlossen werden, d.h. dass womöglich besonders jene Pflegeeinrichtungen teilnahmen, die bereits für das Thema Palliative Care sensibilisiert sind bzw. dieses schon vor Ort umsetzen.

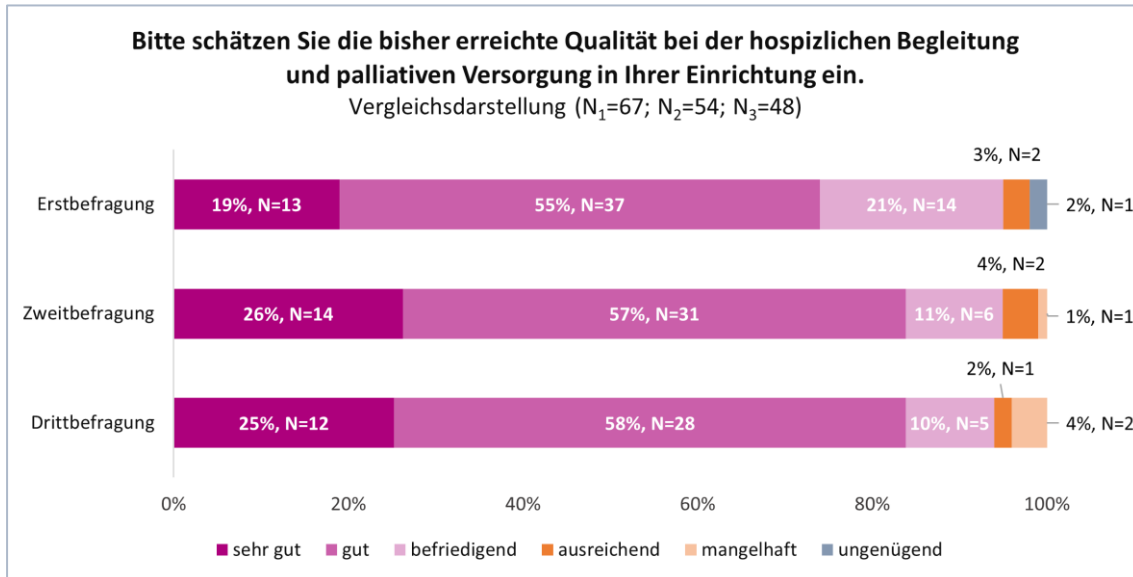


Abbildung 6: Einschätzung der Einrichtungsleitungen zur bisher erreichten Qualität in der Hospizbegleitung und Palliativversorgung (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEBFRAGUNG)

Auch wenn zu allen drei Messzeitpunkten mindestens jede zweite Pflegeeinrichtung ihre erreichte Qualität als ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘ einschätzte, wurde dennoch *grundsätzlicher Verbesserungsbedarf* hinsichtlich der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen erkannt. Im direkten Vergleich sah besonders zum Zeitpunkt der ERST- und DRITTBEBFRAGUNG ein Großteil der rückmeldenden Pflegeeinrichtungen für sich selbst einen Verbesserungsbedarf: In der DRITTBEBFRAGUNG gaben 71% (N₃=34) an, Verbesserungsbedarf zu erkennen, was dem Antwortverhalten der ERSTBEBFRAGUNG ähnelt (69%, N₁=45) (vgl. Abbildung 7).

Dieser durchaus hohe Anteil an Einrichtungsleitungen, die die bisher erreichte Qualität der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung als ‚gut‘ oder gar ‚sehr gut‘ einschätzten und gleichzeitig weiteren Verbesserungsbedarf in ihren Pflegeeinrichtungen wahrnahmen, kann als Effekt *erhöhter Sensibilität* interpretiert werden. So stellen Einrichtungsleitungen, die Palliative Care bereits in ihrer Einrichtung umsetzen, womöglich auch höhere Ansprüche an eine ‚gute‘ Versorgung am Lebensende bzw. schärft ihr gesammeltes Erfahrungs- und Handlungswissen im Bereich Palliative Care den Blick für noch vorhandene Potenziale. Die Angabe von noch vorhandenem Verbesserungsbedarf wäre demnach zunächst als Ausdruck des Anspruchs der Einrichtungsleitungen zu verstehen und sagt als ‚Selbsteinschätzung‘ wenig über die ‚tatsächliche‘ Qualität der bisherigen Umsetzung der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung aus.

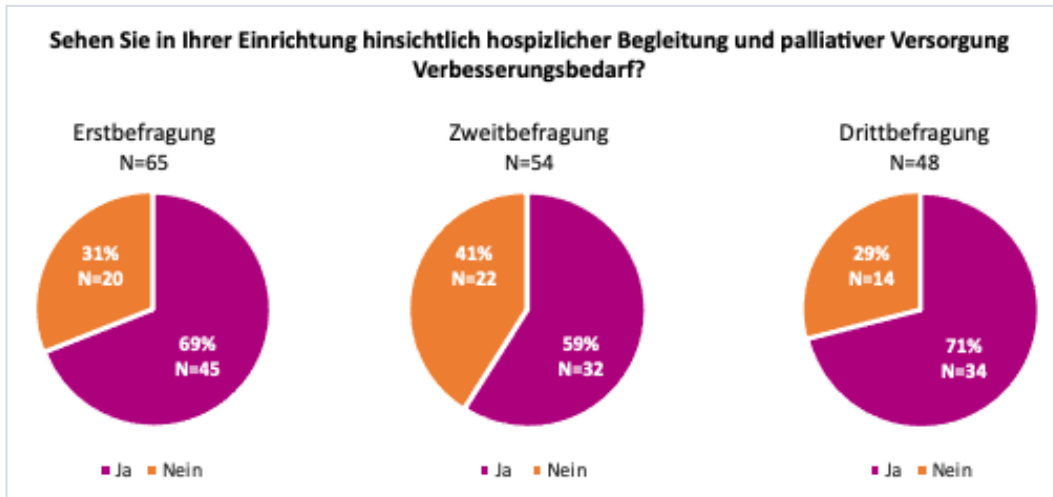


Abbildung 7: Einschätzung zum Verbesserungsbedarf in der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung in der eigenen Einrichtung (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFragung)

So zeigte die genauere Betrachtung beider Gruppen (Verbesserungsbedarf ‚ja‘/‚nein‘) hinsichtlich der Einschätzung der erreichten Qualität im Zuge aller Auswertungen, dass Pflegeeinrichtungen ohne Verbesserungsbedarf ihre erreichte Qualität im Schnitt nur geringfügig besser einschätzten als jene, die noch Verbesserungsbedarf hatten (vgl. Tabelle 5). Nahezu jede Einrichtung, die ihre Qualität nur als ‚befriedigend‘ oder schlechter einschätzte, erkannte auch grundsätzlichen Verbesserungsbedarf und artikuliert somit ein hohes Maß an Verbesserungsbereitschaft. In diesem Sinne ist anzunehmen, dass sich die Angabe von Verbesserungsbedarf nicht nur auf die bisherige Qualität der palliativen Versorgung und Begleitung – bzw. auf wahrgenommene Mängel hinsichtlich Qualitätsstandards – bezieht, sondern in besonderem Maße auf den Anspruch der Einrichtungsleitungen hinsichtlich einer ‚guten‘ Versorgung am Lebensende im ‚eigenen Haus‘.

Tabelle 5: Vergleichstabelle zu eingeschätzter Qualität und Verbesserungsbedarf (ERST-, ZWEIT- und DRITTBefragung)

BISHER ERREICHTE QUALITÄT / VERBESSERUNGSBEDARF (ERSTBEFRAGUNG)		
	VERBESSERUNGSBEDARF (N ₁ =44)	KEIN VERBESSERUNGSBEDARF (N ₁ =19)
SEHR GUT	9% (N ₁ =4)	42% (N ₁ =8)
GUT	57% (N ₁ =25)	53% (N ₁ =10)
BEFRIEDIGEND	29% (N ₁ =13)	0% (N ₁ =0)
AUSREICHEND	5% (N ₁ =2)	0% (N ₁ =0)
MANGELHAFT	0% (N ₁ =0)	0% (N ₁ =0)
UNGENÜGEND	0% (N ₁ =0)	5% (N ₁ =1)
MITTELWERT	2,30	1,79

BISHER ERREICHTE QUALITÄT / VERBESSERUNGSBEDARF (ZWEITBEFRAGUNG)		
	VERBESSERUNGSBEDARF (N ₂ =32)	KEIN VERBESSERUNGSBEDARF (N ₂ =22)
SEHR GUT	16% (N ₂ =5)	41% (N ₂ =9)
GUT	56% (N ₂ =18)	59% (N ₂ =13)
BEFRIEDIGEND	19% (N ₂ =6)	0% (N ₂ =0)
AUSREICHEND	6% (N ₂ =2)	0% (N ₂ =0)
MANGELHAFT	3% (N ₂ =1)	0% (N ₂ =0)
UNGENÜGEND	0% (N ₂ =0)	0% (N ₂ =0)
MITTELWERT	2,25	1,59

BISHER ERREICHTE QUALITÄT / VERBESSERUNGSBEDARF (DRITTBEFRAGUNG)		
	VERBESSERUNGSBEDARF (N ₃ =34)	KEIN VERBESSERUNGSBEDARF (N ₃ =14)
SEHR GUT	15% (N ₃ =5)	50% (N ₃ =7)
GUT	62% (N ₃ =21)	50% (N ₃ =7)
BEFRIEDIGEND	15% (N ₃ =5)	0% (N ₃ =0)
AUSREICHEND	3% (N ₃ =1)	0% (N ₃ =0)
MANGELHAFT	6% (N ₃ =2)	0% (N ₃ =0)
UNGENÜGEND	0% (N ₃ =0)	0% (N ₃ =0)
MITTELWERT	2,24	1,50

Die *Bereiche*, in denen Verbesserungsbedarf gesehen wurde, waren hierbei über alle drei Messzeitpunkte ähnlich und lediglich in ihrer Priorisierung unterschiedlich geordnet (vgl. Abbildung 8):

- » ‚Haupt- und ehrenamtliche psychosoziale Begleitung‘
- » ‚Qualifizierung‘
- » ‚Palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung‘

Im Vergleich der Befragungen miteinander war demnach zu erkennen, dass die Bereiche ‚Qualifizierung‘ sowie die ‚haupt- und ehrenamtliche psychosoziale Begleitung‘ kaum an Bedeutung für die Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Verbesserungsbedarfe verloren. In der ERSTBEFRAGUNG war der Bereich der ‚Qualifizierung‘ der meist genannte (60%, N₁=29), gefolgt von ‚haupt- und ehrenamtlicher psychosozialer Begleitung‘ (52%, N₁=25). Diese Priorisierung drehte sich in der ZWEIT- sowie DRITTBEFRAGUNG um: Nun wurde an erster Stelle die ‚haupt- und ehrenamtliche psychosoziale Begleitung‘ (62%, N₂=21 und 58%, N₃=19) als besonders relevanter Verbesserungsbereich genannt, gefolgt von ‚Qualifizierung‘ (50%, N₂=17 und 45%, N₃=15) an zweiter Stelle. Korrespondierend hierzu wurde in der ZWEITBEFRAGUNG neben der ‚psychosozialen Begleitung‘ auch noch die ‚spirituelle Begleitung‘ (44%, N₂=15) häufiger genannt. Ebenfalls bedeutsam, jedoch relativ betrachtet weniger genannt, waren die Bereiche der ‚palliativmedizinischen‘ sowie ‚palliativpflegerischen Versorgung‘, d.h. die

konkreten Versorgungspraktiken vor Ort. Während diese beiden Bereiche im Vergleich von ERST- zu ZWEITBEFRAGUNG noch von 37% ($N_1=18$) bzw. 40% ($N_1=19$) auf 29% ($N_2=10$) bzw. 32% ($N_2=11$) sanken, zeigte sich im Zuge der DRITTBEFRAGUNG wieder eine leicht steigende Tendenz. So gaben hier jeweils 36% ($N_3=12$) an, noch Verbesserungsbedarf in der ‚palliativmedizinischen‘ und ‚palliativpflegerischen Versorgung‘ zu haben.

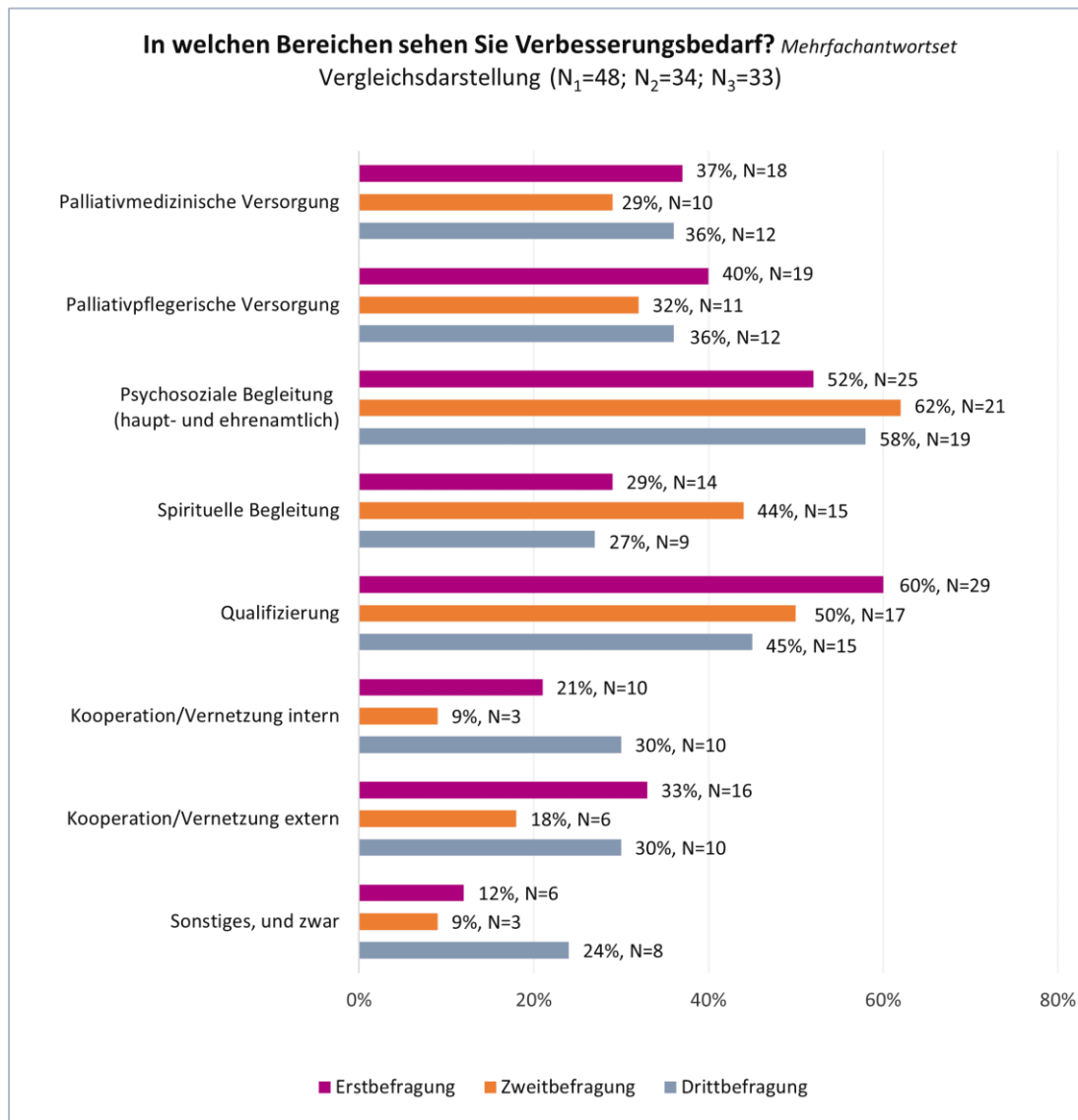


Abbildung 8: Bereiche des Verbesserungsbedarfs in der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung aus Sicht der Einrichtungsleitungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG)

Es geht den Einrichtungsleitungen zwar auch zu einem gewissen Maße, aber nicht zuvorderst um die konkrete Organisation der Versorgungspraxis in der Pflege und Begleitung vor Ort, sondern mehr noch um die vorgelagerte Qualifizierung des eigenen Personals hinsichtlich Palliative Care (u.a. auch die Qualifizierung von Externen, wie z.B. Hausärzt*innen) sowie die unterstützende Mitarbeit der haupt- sowie ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen, die in den Pflegeeinrichtungen gefördert werden soll. An dieser Stelle muss jedoch auf die begrenzte Aussagekraft der Daten hinsichtlich der Vergleichbarkeit bzw. Generalisierung der Ergebnisse hingewiesen werden, da sich die Befunde aus

der ZWEITBEFRAGUNG auf das Antwortverhalten von 34 Pflegeeinrichtungen und in der DRITTBEFRAGUNG auf 33 Pflegeeinrichtungen stützen (ERSTBEFRAGUNG $N_1=45$) und sich damit die gültigen Fälle lediglich aus 50% bzw. 60% des jeweiligen Rücklaufs zusammensetzen.

In der ERSTBEFRAGUNG wurde ebenfalls in einem offenen Fragedesign ermöglicht, die *Hürden*, die Einrichtungsleitungen bei den entsprechenden Verbesserungsbedarfen sehen, zu nennen. Dabei wurden bei der Auswertung insbesondere die Hürden im Bereich der ‚palliativmedizinischen‘ und ‚palliativpflegerischen Versorgung‘, ‚Qualifizierung‘ und ‚psychosozialen Begleitung (haupt- und ehrenamtlich)‘ genauer betrachtet:

- » ‚*palliativmedizinische Versorgung*‘: Problematiken in der externen Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen aufgrund fehlender Schulungen und Qualifikationen hinsichtlich Palliative Care, einer schlechten Einbindung aller beteiligter Akteur*innen in die Versorgungssituation und fehlender Einheitlichkeit hinsichtlich der Vorgehensweise der Hausärzt*innen.
- » ‚*palliativpflegerische Versorgung*‘: Strukturelle Problematiken in den Pflegeeinrichtungen vor Ort aufgrund von Personalmangel, Zeitknappheit, hoher Fluktuation des Personals und unzureichende bzw. fehlende Aus- und Weiterbildungen für Palliative Care.
- » ‚*Qualifizierung*‘ (weitgehend identisch zum vorherigen Aspekt): Strukturell-institutionell bedingte Probleme des Personal- sowie Ressourcenmangels und des bislang wenig ausgebauten Fachwissens zu Palliative Care bzw. dessen dauerhafter Implementierung.
- » ‚*Psychosoziale Begleitung (haupt- und ehrenamtlich)*‘: Organisationale Problemstellung hinsichtlich der Verfügbarkeit von Ehrenamtlichen und weiterführend deren Einbettung in die Prozesse vor Ort, vorherrschende Unsicherheiten und generellen Zeitknappheit der Beteiligten für eine bedarfsgerechte Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen.

In der ERSTBEFRAGUNG wurde ein deutlicher *Zusammenhang zwischen der Einschätzung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung abhängig von der Einrichtungsgröße* gemessen: Große Pflegeeinrichtungen sahen im Vergleich zu kleinen Pflegeeinrichtungen sowohl bei der ‚palliativmedizinischen‘ (61% vs. 11%) als auch bei der ‚palliativpflegerischen Versorgung‘ (61% vs. 16%) deutlich mehr Verbesserungsbedarf. Außerdem zeigte sich, dass große Pflegeeinrichtungen mehr Bedarf an besserer ‚Vernetzung mit externen Versorger*innen‘ sahen als kleine Pflegeeinrichtungen (44% vs. 26%). Mit Blick auf die DRITTBEFRAGUNG konnten zwar keine statistisch überzufälligen Zusammenhänge zwischen den Verbesserungsbedarfen und den Strukturmerkmalen festgestellt werden, jedoch ergaben sich Auffälligkeiten im Antwortverhalten, die hier kurz zu nennen sind: So gaben große im Vergleich zu kleinen Pflegeeinrichtungen auffällig häufiger an, Verbesserungsbedarf bei der ‚palliativpflegerischen Versorgung‘ (47% vs. 27%) sowie bei der ‚Kooperation/Vernetzung intern‘ und ‚extern‘ (jeweils 41% vs. 20%) wahrzunehmen.

Im Zusammenhang mit dem *Standort* zeigte sich in der ERSTBEFRAGUNG, dass bei allen Verbesserungsbedarfen städtische Pflegeeinrichtungen relativ gesehen mehr Nennungen hatten, was keineswegs

mit einer vermeintlich ‚schlechteren‘ Qualität gleichzusetzen ist, sondern inhaltlich (erhöhte thematische Sensibilität, hohe Qualitätsansprüche) und methodisch (Verzerrung durch höhere Anzahl der befragten Pflegeeinrichtungen in der Stadt) begründet werden kann. Nur bei der ‚Qualifizierung‘ sahen mehr Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis als in der Stadt (71% vs. 58%) Verbesserungsbedarf, ohne dass man hieraus weitergehende Schlüsse ziehen kann. Im Rahmen der DRITTBEBFRAGUNG gab es ebenfalls mit Blick auf den Standort ein auffälliges Antwortverhalten hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs im Bereich der ‚palliativmedizinischen Versorgung‘, denn deutlich mehr Pflegeeinrichtungen in der Stadt München als im Landkreis (52% vs. 8%) gaben an, hier Verbesserungsbedarf zu sehen. Auch hier gilt: Infolge der (zu) niedrigen Fallzahlen wäre eine umfassendere Empirie zur Größe von Pflegeeinrichtungen und deren jeweilige regionale Versorgungskontexte erforderlich.

In der ZWEITBEBFRAGUNG konnten hierzu aufgrund des geringen Rücklaufs und der kleinen Fallzahl keine nennenswerten Ergebnisse erkannt werden bzw. ergaben sich im Datensatz keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Strukturmerkmale im Zusammenhang mit der Qualität und den Verbesserungsbedarfen der Pflegeeinrichtungen.

5.3. Kooperationsbeziehungen der Pflegeeinrichtungen und Vernetzung in die Versorgungslandschaft

Zusammenfassung:

- » Die Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München besaßen zum Zeitpunkt der Befragungen diverse Kooperationsbeziehungen mit unterschiedlichen Versorgungsakteur*innen. Besonders die Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und SAPV-Teams war intensiv und gemäß der Antworten der Einrichtungsleitungen von hoher Qualität.
- » Besonders häufig arbeiteten Pflegeeinrichtungen mit Hospizdiensten und Hausärzt*innen zusammen. Während der Pandemie intensivierte sich die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen nochmals, während jene mit Hospizdiensten (besonders den Ehrenamtlichen) abnahm.
- » Wenngleich die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern im Zuge der ZWEITBEBFRAGUNG während der Pandemie zum einen zunahm und zum anderen weniger kritisch bewertet wurde, stellte sie jene Kooperation dar, die in den anderen Befragungen ambivalent eingeschätzt wurde und häufig sogar kaum stattfand.

In den Befragungen wurden die Kooperationsbeziehungen mit externen Versorgungsakteur*innen erfragt sowie um eine Einschätzung dieser Kooperationen gebeten. Dabei wurden im Verlauf der drei Befragungszeitpunkte unterschiedliche thematische Fokussierung vorgenommen, die zu Veränderungen in den Antwortkategorien geführt haben. So wurde im Unterschied zur ERSTBEBFRAGUNG in der ZWEITBEBFRAGUNG explizit nach den Kooperationen „während der Covid 19-Pandemie“ gefragt sowie die Antwortmöglichkeit ‚nicht verfügbar‘ zur Auswahl gestellt, um die veränderten

Zugriffsmöglichkeiten und Vernetzungen der Pflegeeinrichtungen in der besonderen Ausnahmesituation der Pandemie abzubilden. Dieser Fokus auf die Pandemie wurde aufgrund der sich entspannenden Gesamtsituation und der ‚Re-Normalisierung‘ der Versorgungssituation in der DRITTBEFRAGUNG nicht mehr berücksichtigt. Nicht nur externe Faktoren hatten Einfluss auf die Anpassung des Fragenkatalogs, auch Ergebnisse aus dem Projektkontext wurden aufgegriffen und in neuen/geänderten Fragen aufgenommen. So wurde beim Punkt ‚Kooperationen‘ als Ergebnis aus den qualitativen Experteninterviews die Kategorie ‚(Erfahrungs-)Austausch mit Kolleg*innen aus anderen Einrichtungen‘ einbezogen. Im Nachfolgenden werden die Versorgungsakteur*innen in zwei Kategorien eingeteilt:

- (1) Hospiz- und Palliativdienste und
- (2) Ärzt*innen und andere Einrichtungen

Diese Einteilung soll einer übersichtlicheren Darstellung aller drei Messzeitpunkte dienen und darüber hinaus den (darstellenden) Fokus auf ausgewählte einzelne Sachverhalte ermöglichen.

Kooperationen mit Hospiz- und Palliativdiensten

Die Relevanz der haupt- und ehrenamtlichen Unterstützung bei der hospizlichen Begleitung durch Hospizdienste wurde bereits im Zuge der Verbesserungsbedarfe kurz benannt. Erkennbar war mit Blick auf die Kooperationsbeziehungen, dass ein Großteil der Pflegeeinrichtungen in der ERSTBEFRAGUNG mit Haupt- und Ehrenamtlichen von Hospizdiensten ‚immer‘ bzw. ‚oft‘ zusammenarbeiteten (85%, $N_1=45$ und 76%, $N_1=41$). Lediglich 4% ($N_1=2$) bzw. (2%, $N_1=1$) gaben an, ‚nie‘ mit Hauptamtlichen bzw. Ehrenamtlichen von Hospizdiensten zusammenzuarbeiten. Ebenfalls bedeutsam für die Umsetzung der palliativen Versorgung vor Ort waren die SAPV-Teams, mit denen die Pflegeeinrichtungen häufig Kooperationsbeziehungen führten. Während die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativdiensten zur Zeit der ERSTBEFRAGUNG noch deutlich ausgeprägter war, zeigte sich zum Zeitpunkt der ZWEITBEFRAGUNG, wie in Abbildung 9 erkennbar, eine markante Verringerung. Dies ist im Wesentlichen auf die Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen während der Pandemiesituation zurückzuführen, die den Einsatz vor Ort erschwerten. Am deutlichsten zu beobachten war dies bei Ehrenamtlichen von Hospizdiensten: In der ZWEITBEFRAGUNG gaben nun 25% ($N_2=9$) an ‚nie‘ und 28% ($N_2=10$) ‚selten‘ mit Ehrenamtlichen zusammenzuarbeiten, was einen deutlichen Anstieg von 29 Prozentpunkten im Vergleich zur ERSTBEFRAGUNG bedeutet.

Im Zuge der DRITTBEFRAGUNG, die nach den pandemischen Einschränkungen durchgeführt wurde, war eine Normalisierung der Kooperationsbeziehungen mit Hospiz- und Palliativdiensten erkennbar, die sich wieder dem Niveau zum Zeitpunkt der ERSTBEFRAGUNG annäherten. Besonders die Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen war deutlich zu erkennen, denn nun gaben nur noch 5% ($N_3=2$) an, ‚nie‘ mit ihnen zusammenzuarbeiten – was eine Verminderung um 20 Prozentpunkte im Vergleich zur ZWEITBEFRAGUNG bedeutet. Lediglich bei den Kooperationen mit Hauptamtlichen von Hospizdiensten war keine Veränderung im Vergleich zur ZWEITBEFRAGUNG zu erkennen bzw. erhöhte sich sogar der Anteil jener, die ‚selten‘ mit Hauptamtlichen von Hospizdiensten zusammenarbeiteten (von 22%, $N_2=8$ auf 34%, $N_3=12$). Gründe hierfür sind im Rahmen der Datenauswertung nicht

erkennbar. Anzunehmen ist, dass die Abwesenheit der Ehrenamtlichen im Zuge der pandemischen Beschränkungen zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Hauptamtlichen von Hospizdiensten geführt haben könnte, da diese Kooperationsbeziehungen bereits zuvor vorhanden waren und entsprechend intensiviert werden konnten.

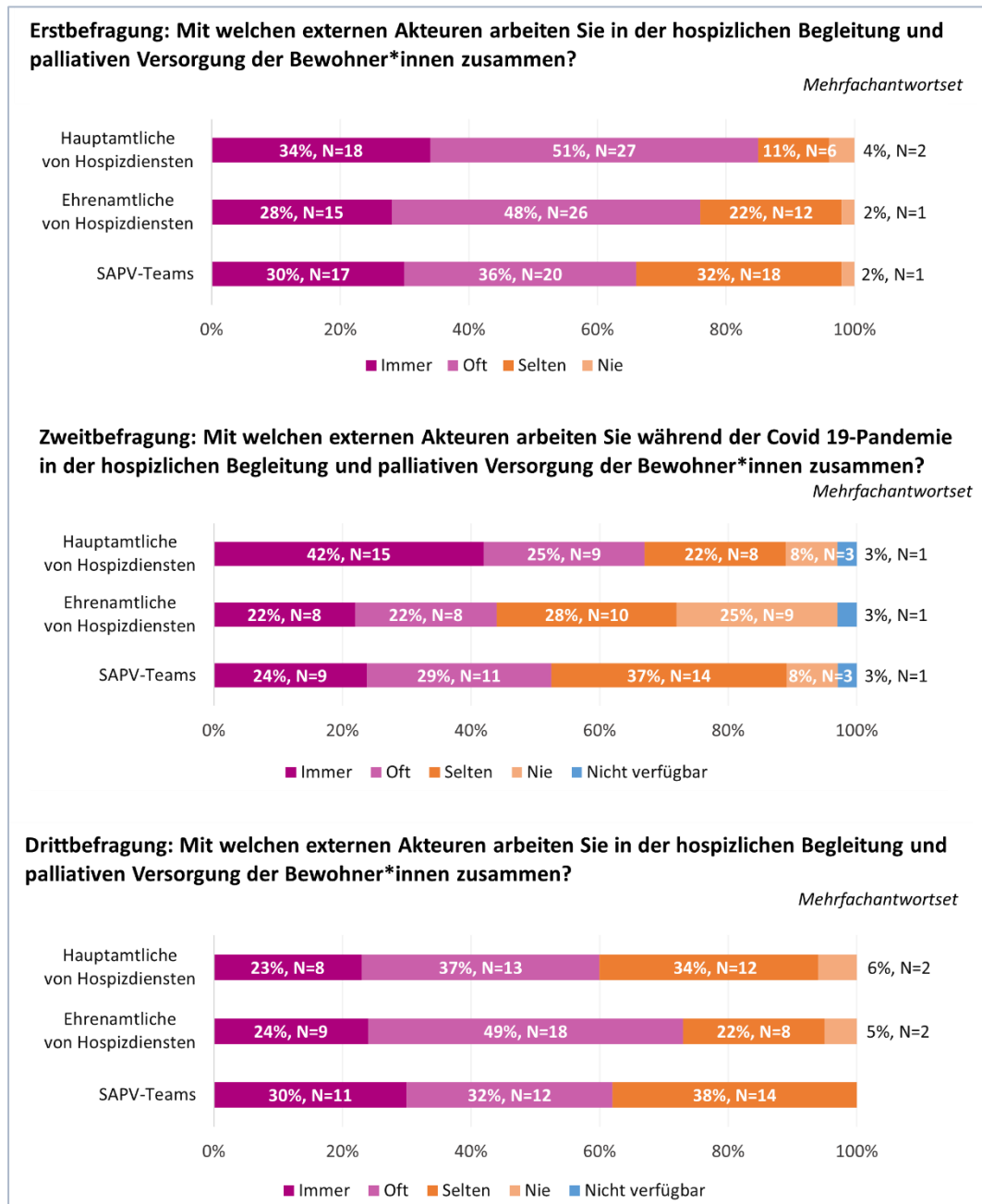


Abbildung 9: Kooperationsbeziehungen mit Hospiz- und Palliativdiensten (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFRAGUNG)

Wie bereits in Kap. 2 beschrieben, ist für die Etablierung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in den Einrichtungen eine gelingende Zusammenarbeit mit externen Diensten relevant, denn die unterstützende (Mit-)Arbeit von Haupt- sowie Ehrenamtlichen von Hospizdiensten und SAPV-Teams kann grundsätzlich zu einer besseren Versorgung von schwerkranken und sterbenden Bewohner*innen beitragen. Dabei ist neben der Häufigkeit auch die *wahrgenommene Qualität dieser Zusammen-*

arbeit bedeutsam, sodass diese in allen drei Befragungen abgefragt wurde. Die Einrichtungsleitungen schätzten die Qualität der Kooperationen mit Hospizdiensten und SAPV-Teams befragungsübergreifend auf einem sehr hohen Niveau als ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘ ein. Diese Auskunft ist besonders vor dem Hintergrund der beschränkten Kooperationsmöglichkeiten während der Pandemie bemerkenswert, denn vor-Ort-Einsätze waren nur eingeschränkt möglich. Die wahrgenommene Qualität der Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und SAPV-Teams verweist in diesem Sinne neben der Intensität, mit der sie geführt wurden, auch auf die Relevanz dieser Kooperationen aus Sicht der Einrichtungsleitungen.

Kooperationen mit Ärzt*innen und anderen Einrichtungen

In der Gegenüberstellung der drei Befragungen war neben einer Verminderung der Kooperationen mit Hospiz- und Palliativdiensten zum Zeitpunkt der ZWEITBEFRAGUNG eine steigende Intensität der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und anderen Einrichtungen wie Krankenhäusern zu beobachten. Im Vergleich zur ERSTBEFRAGUNG stieg die Kooperation mit Hausärzt*innen (die ohnehin die häufigsten Kooperationspartner der Pflegeeinrichtungen befragungsübergreifend darstellten) deutlich von 77% ($N_1=45$) auf 92% ($N_2=34$) an. Dies kann auf mögliche gestiegene Versorgungsbedarfe der Bewohner*innen während der Pandemie und ein hierdurch erhöhtes Aufkommen von Hausarztbesuchen in den Pflegeeinrichtungen hindeuten. Unterstützend für diese Interpretation war der in Abbildung 10 erneut sichtbare Rückgang der Zusammenarbeit zum Zeitpunkt der DRITTBEFRAGUNG um 10 Prozentpunkte auf 82% ($N_3=32$). Auch die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern intensivierte sich im Rahmen der Pandemie: Nun arbeiteten 20% ($N_2=7$) der Pflegeeinrichtungen ‚immer‘ und 31% ($N_2=11$) ‚oft‘ mit Krankenhäusern zusammen, im Unterschied zu 10% ($N_1=4$) ‚immer‘ und 21% ‚oft‘ ($N_1=9$) in der ERSTBEFRAGUNG. Auch die Häufigkeiten in den Kategorien ‚selten‘ und ‚nie‘ nahmen erkennbar ab. Dabei kann die gestiegene Kooperation mit Krankenhäusern einerseits auf die möglicherweise schweren Krankheitsverläufe der Bewohner*innen zurückgeführt werden und andererseits auch ein Nebeneffekt der verminderten SAPV-Einsätze in den Pflegeeinrichtungen sein. Mit Blick auf die DRITTBEFRAGUNG konnte ein Rückgang der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern auf das ‚vor-pandemische‘ Niveau der ERSTBEFRAGUNG beobachtet werden bzw. sogar hierüber hinaus in der Kategorie ‚oft‘ nochmals verringert (auf 15%, $N_3=4$). Demgegenüber stieg, wie bereits weiter oben ausgeführt, die Zusammenarbeit mit den SAPV-Teams in der DRITTBEFRAGUNG wieder an. In der DRITTBEFRAGUNG wurde nun zum ersten Mal der (Erfahrungs-)Austausch mit Kolleg*innen aus anderen Pflegeeinrichtungen abgefragt. Wie in Abbildung 10 zu erkennen, ergab sich hier ein heterogenes Bild: Jede dritte Pflegeeinrichtung nahm einen solchen Austausch ‚immer‘ (13%, $N_3=4$) bzw. ‚oft‘ (23%, $N_3=7$) wahr, wohingegen 42% ($N_3=13$) dies ‚selten‘ und 16% ($N_3=5$) ‚nie‘ machten. Hier sei jedoch erneut auf die begrenzte Aussagekraft der Daten hingewiesen, da die Fallzahlen gering sind bzw. sich auf nur ca. 50% des gesamten Rücklaufs der DRITTBEFRAGUNG beziehen.

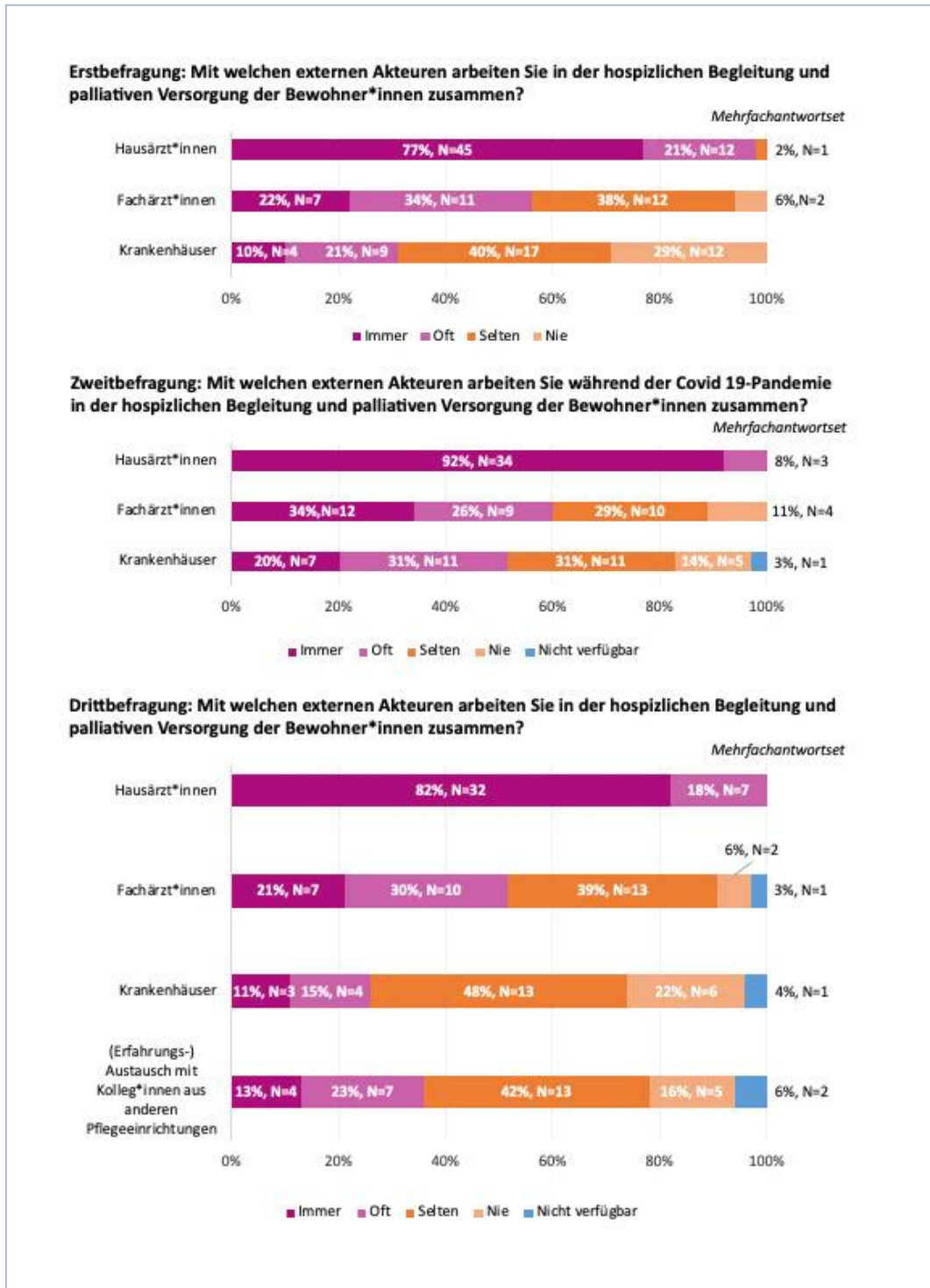


Abbildung 10: Kooperationsbeziehungen mit Ärzt*innen und anderen Einrichtungen (ERST-, ZWEIT UND DRITTBEFragung)

Die Qualität dieser Kooperationen wurde von Einrichtungsleitungen heterogen eingeschätzt. Zunächst wurde die *Qualität der Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen* in allen drei Befragungen häufig als ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘ eingeschätzt (ERSTBEFRAGUNG: 80%, N₁=48, ZWEITBEFRAGUNG: 92%, N₂=35, DRITTBEFragung: 85%, N₃=33). Besonders in der ZWEITBEFRAGUNG und somit vor dem Hintergrund der pandemischen Herausforderungen konnte eine höhere Zufriedenheit der Einrichtungsleitungen beobachtet werden. Dies ist vor dem Hintergrund der allgemeinen und im Zuge der ZWEITBEFRAGUNG

nochmals gestiegenen Intensität durchaus bemerkenswert, da mit frequentierter Zusammenarbeit auch vermehrtes Konfliktpotenzial entstehen kann bzw. in den Experteninterviews durchaus auch ein konfliktbehaftetes Verhältnis zwischen Pflegeeinrichtungen und Hausärzt*innen beschrieben wurde (vgl. Kap. 7.1). Inwieweit diese Konflikte lediglich als latentes Potenzial in der gemeinsamen Zusammenarbeit schwelten oder sich als manifeste Konflikte in der Arbeitsorganisation und Praxis vor Ort zeigten, kann durch die quantitativen Befunde nicht weiter erhellt werden.

Die *Einschätzung der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern* war demgegenüber ambivalent. Bereits in der ERSTBEFRAGUNG zeigte sich, dass lediglich 28% ($N_1=12$) der Einrichtungsleitungen diese als ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘ wahrnahmen, 39% ($N_1=17$) als ‚befriedigend‘ und 32% ($N_1=14$) sogar nur als ‚ausreichend‘ bzw. ‚mangelhaft‘. Während die Einschätzung in der ZWEITBEFRAGUNG erkennbar besser ausfiel (40%, $N_2=12$ ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘, 40%, $N_2=12$ ‚befriedigend‘ und 13%, $N_2=4$ ‚ausreichend‘ bzw. ‚mangelhaft‘), sank sie im Rahmen der DRITTBEFRAGUNG wieder: 24% ($N_3=8$) gaben diese als ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘ an, 23% ($N_3=8$) als ‚befriedigend‘, 24% ($N_3=8$) als ‚ausreichend‘ bzw. ‚mangelhaft‘ und sogar 12% ($N_3=6$) als ‚ungenügend‘. Die durchaus bessere Bewertung während der Pandemie kann einerseits auf eine ‚tatsächlich‘ bessere Zusammenarbeit während der Pandemie hindeuten (mehr Transparenz, verbesserte Kommunikation, erhöhte Zusammenarbeit insgesamt), andererseits auch an Verschiebungen von impliziten Bewertungskriterien der Einrichtungsleitungen liegen, wenn bspw. manche Aspekte, die in ‚Normalzeiten‘ kritisch bewertet werden, in Pandemiezeiten ‚gezwungenermaßen‘ relativiert wurden. Dies würde auch die kritischere Einschätzung der Zusammenarbeit zum Zeitpunkt der DRITTBEFRAGUNG erklären. Grundsätzlich müssen jedoch das Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie die Auswirkungen dieser Zusammenarbeit auf die Umsetzung von palliativer Versorgung und hospizlicher Begleitung in den Einrichtungen weiter untersucht werden. Dabei wäre auch die Perspektive der Krankenhäuser wichtig, um Problemstellungen und Hürden differenzierter und unter verschiedenen Blickwinkeln zu eruieren.⁹

Im Zuge einer ersten Auswertung der Daten für die Zwischenpräsentation der Ergebnisse auf Grundlage der ZWEITBEFRAGUNG (vgl. Kap. 4.2 zu den Projektmeilensteinen) wurde der Stellenwert der Ehrenamtlichen ersichtlich, die während der Pandemie vermindert an der hospizlichen Begleitung der Bewohner*innen mitwirken konnten. Bereits bei der Frage nach den Verbesserungsbedarfen der Pflegeeinrichtungen wurde die besondere Rolle von Ehrenamtlichkeit bei der hospizlichen Begleitung in den Pflegeeinrichtungen befragungsübergreifend sichtbar, gewann aber in der Zwischenauswertung nochmals an Relevanz, denn die Abwesenheit von Ehrenamtlichen wurde von den Einrichtungsleitungen grundsätzlich als Belastung wahrgenommen (vgl. hierzu Abbildung 11). Vor diesem Hintergrund wurde die Frage nach der Bedeutsamkeit des Ehrenamts in der DRITTBEFRAGUNG als eigener Fragenkomplex aufgenommen.

⁹ Weitere Hinweise zur Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern z.B. hinsichtlich des Schnittstellenmanagements finden sich in den Experteninterviews (vgl. Kap. 7.1).

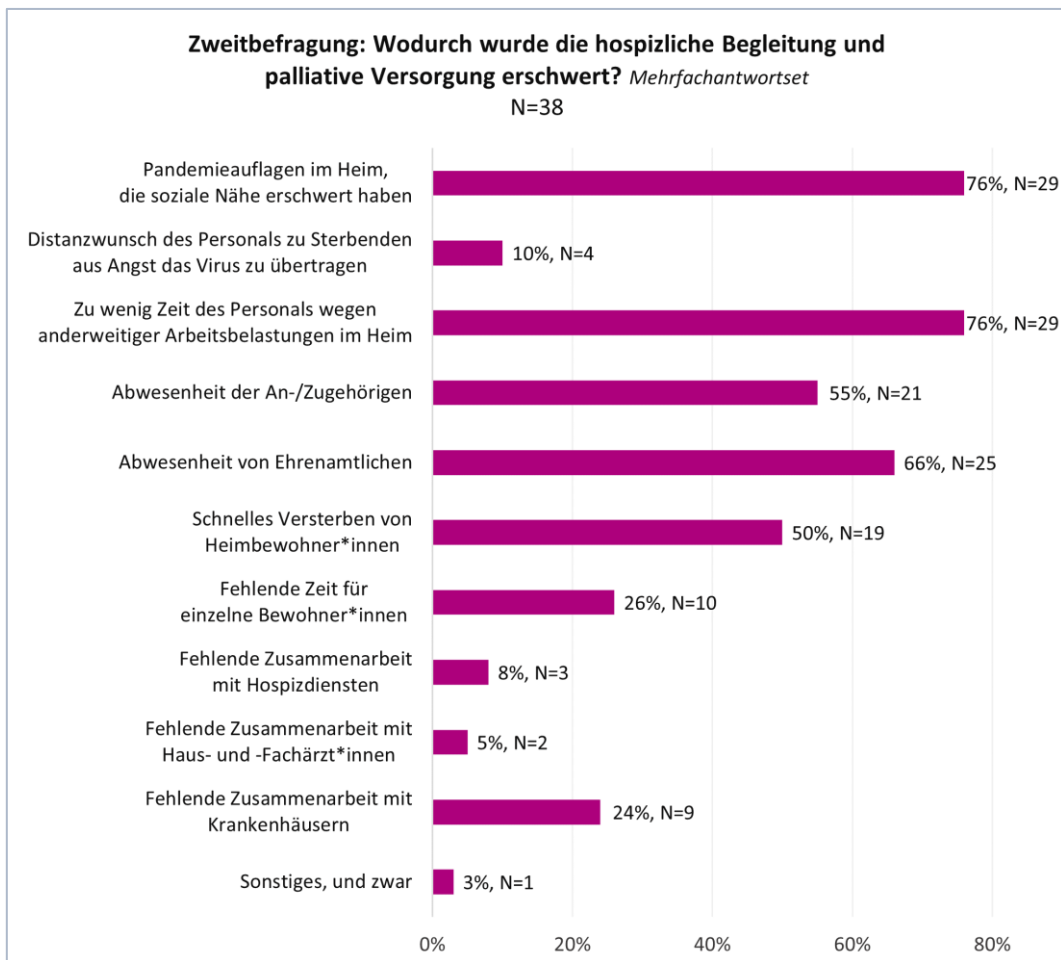


Abbildung 11: Schwierigkeiten während der Pandemie (ZWEITBEFRAGUNG)

Im nachfolgenden Abschnitt wird zunächst ein kurzer Exkurs zum Fokus der ZWEITBEFRAGUNG – den Auswirkungen und Belastungen während der Pandemie – erfolgen. Anschließend wird dann genauer auf die Ehrenamtlichen in den Pflegeeinrichtungen eingegangen.

5.4. Exkurs: Die Pflegeeinrichtungen in der Pandemie

Zusammenfassung:

- » Die Pandemie ging mit besonderen Herausforderungen für Pflegeeinrichtungen einher, die das Arbeiten vor Ort weitreichend beeinflussten.
- » Dabei waren die Schwierigkeiten in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung vor Ort vor allem:
 - Pandemieauflagen, die soziale Nähe erschwerten
 - die wenige Zeit des Personals aufgrund anderweitiger Aufgaben sowie
 - die Abwesenheit der Ehrenamtlichen, die zum Teil schwerwiegender eingestuft wurde als die Abwesenheit der Angehörigen
- » Die Schwierigkeiten führten zu Mehrbelastungen, die sich auf die Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen auswirkten. Dies waren zeitliche Mehrbelastungen durch zusätzliche Aufgaben oder Umsetzung von Hygienemaßnahmen und -vorgaben, aber auch psychische Mehrbelastungen aufgrund der allgemein angespannten Situation, die auch mit Unsicherheiten und Angst einherging.

Mit Blick auf die einrichtungsbezogenen Herausforderungen während der Pandemie wurden die Einrichtungsleitungen gefragt, wodurch sich unter den gegebenen Bedingungen die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung der Bewohner*innen in den Pflegeeinrichtungen erschwert hätte. Die von den Einrichtungsleitungen angegebenen Belastungen ließen sich in drei inhaltliche Blöcke verorten (vgl. Abbildung 11):

- (1) Belastungen durch neue, zusätzliche oder erschwerte bekannte Aufgaben aufgrund von Pandemiebedingungen bzw. Auflagen.
- (2) Indirekte Folgen der Pandemie in Form der Abwesenheit von Angehörigen und Ehrenamtlichen, die als wichtige Bezugspersonen und Unterstützer bei der Begleitung der Bewohner*innen wegfallen und damit auch das Personal nicht entsprechend entlasten können.
- (3) Die Sterbesituationen in den Einrichtungen, die sich durch die bekannte Problematik des Versterbens multimorbider Bewohner*innen, die erst sehr spät in die Pflegeeinrichtung kommen, ergibt und die zusätzlich noch verstärkt wird durch Corona-Sterbefälle, die sich auch auf die Versorgung der übrigen Bewohner*innen auswirken.

So wurde von den meisten Pflegeeinrichtungen als problematisch angegeben, dass soziale Nähe und Zuwendung, die Zeit sowie Körperlichkeit im Sinne physischer Präsenz erfordern, in der Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen durch die pandemiebedingten Auflagen erschwert wurden (76%, N₂=29). Insofern zeigten die Ergebnisse, dass in den Pflegeeinrichtungen eine Sensibilität für die Notwendigkeiten – gerade in Pandemiezeiten – einer bedürfnisorientierten Begleitung und Versorgung, insbesondere am Lebensende, vorhanden war.

Ergänzend zu den entsprechenden obigen Ausführungen (vgl. Kap. 5.3) zeigte sich hinsichtlich der Zusammenarbeit mit externen Versorger*innen, dass, obwohl die Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und SAPV-Teams in der Pandemie über alle Einrichtungen hinweg zurückgegangen war, dieser Umstand nicht weiter problematisiert wurde (8%, $N_2=3$). Das kann daran liegen, dass die Zusammenarbeit sowie die Einschätzung von deren Qualität trotz Pandemie noch auf einem recht hohen Niveau lag und die meisten Pflegeeinrichtungen daher keine Schwierigkeiten sahen. Erkennbar mehr Einrichtungen gaben dagegen an, dass die ‚fehlende Zusammenarbeit mit Krankenhäusern‘ problematisch für sie war (24%, $N_2=9$), obwohl hier die Zusammenarbeit ebenso wie die Einschätzung von deren Qualität in der ZWEITBEFRAGUNG angestiegen war (vgl. hierzu vertieft Kap. 5.3). Das lässt darauf schließen, dass trotzdem noch weiterer deutlicher Bedarf an einer Zusammenarbeit mit Krankenhäusern besteht, nicht nur während der Pandemie, sondern auch hierüber hinaus.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Schwierigkeiten, die durch die Pandemie für die Pflegeeinrichtungen zusätzlich entstanden oder verstärkt wurden, einerseits auf die Intensivierung bestehender Problematiken (z.B. Personalmangel, fehlende zeitliche Ressourcen, Versorgung multimorbider Bewohner*innen, die kurz vor dem Versterben in die Pflegeeinrichtung kommen) und andererseits auf das Aufbrechen ‚eingespielter‘ Prozesse, Routinen und Arbeitsabläufe zurückzuführen sind (z.B. durch fehlende Unterstützung in Form von Ehrenamtlichen oder zusätzliche neue Auflagen, die die Arbeitsabläufe re- bzw. umstrukturiert haben).

Neben den allgemeinen Schwierigkeiten wurden die Einrichtungsleitungen auch nach den konkreten Auswirkungen der Pandemiebedingungen auf die Mitarbeiter*innen gefragt (vgl. Abbildung 12). Die Antworten zeigen, dass sich die Pandemie aus Sicht der Einrichtungsleitungen für ihre Mitarbeiter*innen deutlich auf die Arbeitsorganisation als solche ausgewirkt hatte. So gaben die Einrichtungsleitungen als häufigste Auswirkungen an, dass ihre Mitarbeiter*innen *zeitliche Mehrbelastungen* ‚durch zusätzliche Aufgaben, z.B. Durchführung von Tests, Besuchsorganisationen‘ (89%, $N_2=34$) und die ‚Umsetzung von Hygienemaßnahmen und -vorgaben‘ (84%, $N_2=32$) erfuhren. Neben diesen zeitlichen Mehrbelastungen wurden auch *psychische Belastungen* genannt, dabei besonders ‚durch die Pandemieauflagen allgemein‘ (87%, $N_2=33$) und wegen ‚allgemeiner Angst (z.B. vor Ansteckung) und Unsicherheit‘ (71%, $N_2=27$). Durch einen Dreischritt aus (1) einer Erschwernis herkömmlicher Aufgaben infolge von Pandemieauflagen bzgl. Hygiene- und Abstandsverhalten und fehlender Besuche, (2) der Intensivierung herkömmlicher Aufgaben wie einen vermehrten Austausch mit Haus- und Facharzt*innen sowie (3) dem Hinzukommen neuer Aufgaben, die mit den Bestimmungen und Auflagen einhergehen und in ‚Normalzeiten‘ nicht anfallen, wurde die alltägliche Arbeit in den Einrichtungen deutlich belastet. Vor allem der zeitliche Aufwand bei gleichzeitig wegfallender Unterstützung von außen durch Angehörige und Ehrenamtliche fiel hier ins Gewicht. Die Mitarbeiter*innen mussten einerseits die sonst so wichtige Unterstützung durch die wegbleibenden Angehörigen sowie Ehrenamtlichen ersetzen und andererseits das ‚neue‘ Leben und Sterben unter Pandemiebedingungen organisieren und gestalten, immer vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden (palliativ-)pflegerischen Aufgaben der Pflegekräfte. Neben der Arbeitsorganisation waren hier deshalb auch die psychischen Belastungen der Mitarbeiter*innen als wichtiger Bereich genannt. Zum einen wirkten

sich die Einschränkungen in den Arbeitsabläufen und Ansprüchen an die eigene Arbeit negativ aus, da die Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen nicht so erfolgen konnte, wie die Mitarbeiter*innen es eigentlich gewohnt waren und auch für sich als qualitativ gute Arbeit in Anspruch nahmen. Zum anderen zeigten sich Auswirkungen der Pandemie als solche, wenn Angst, Unsicherheit und allgemeine psychische Belastungen durch fehlende Ausgleichsmöglichkeiten angegeben wurden.

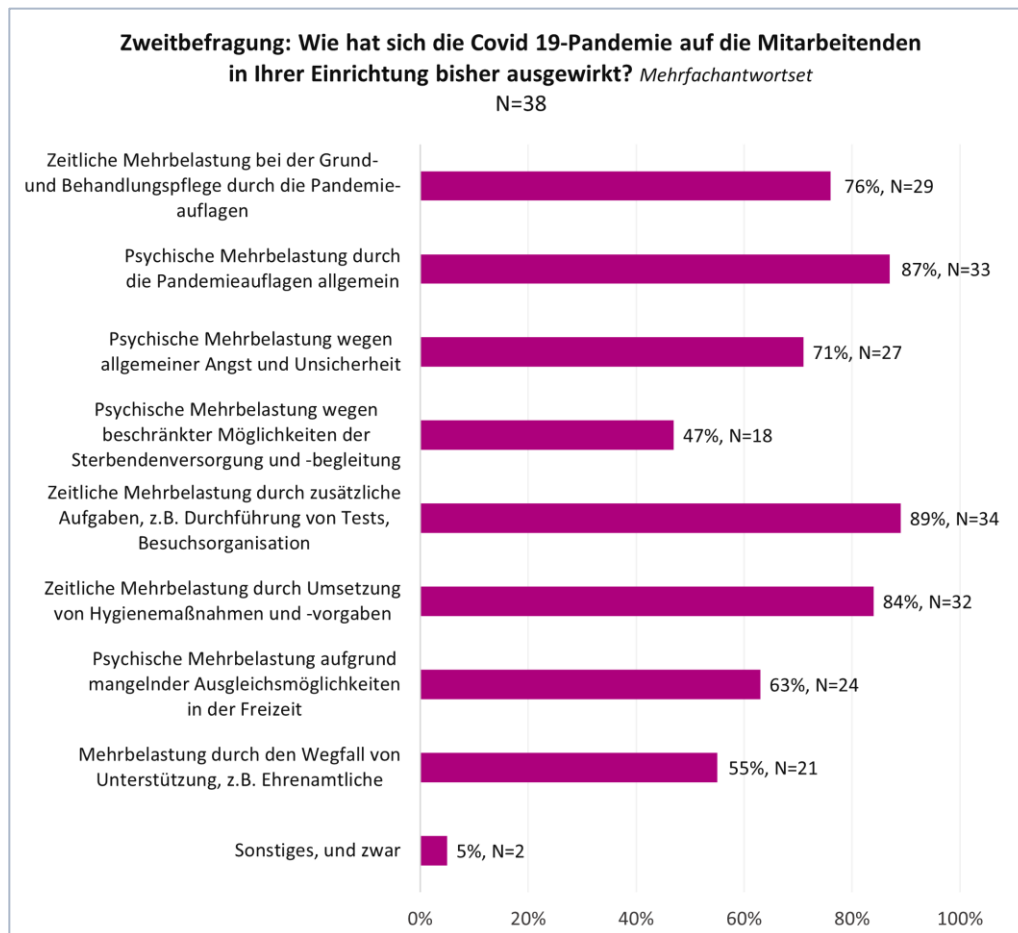


Abbildung 12: Auswirkung der Pandemie auf die Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen (ZWEITBEFRAGUNG)

5.5. Ehrenamtlichkeit in den Pflegeeinrichtungen

Zusammenfassung:

- » Im Rahmen der ZWEITBEFRAGUNG wurde die Bedeutsamkeit der Ehrenamtlichen bei der Versorgung und Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen durch deren Abwesenheit sichtbar. Im Rahmen der DRITTBEFRAGUNG zeigte sich, dass für $\frac{2}{3}$ der Einrichtungen Ehrenamtliche ‚sehr wichtig‘ bzw. ‚eher wichtig‘ waren.
- » Dabei übernahmen sie in den meisten Einrichtungen vor allem zeitintensive Aufgaben der Betreuung und Begleitung, wie ‚Beistand für Bewohner*innen (Da sein)‘ und ‚gemeinsame Zeitgestaltung mit den Bewohner*innen‘ durch Unternehmungen und Aktivitäten. Ehrenamtliche unterstützten zudem belastete Angehörige.

Der Wegfall der ehrenamtlichen Unterstützung in den Einrichtungen während der Pandemie wurde von den Einrichtungsleitungen als Belastung beschrieben und illustriert die Bedeutsamkeit des ehrenamtlichen Engagements bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen (vgl. Abbildung 13). In der DRITTBEFRAGUNG wurden entsprechend dieser empirisch angeleiteten Einsicht der Stellenwert der Ehrenamtlichen sowie deren Aufgaben bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen erfragt. Zunächst zeigte sich, dass Ehrenamtliche für $\frac{2}{3}$ der Einrichtungsleitungen ‚sehr wichtig‘ (53%, N₃=21) bzw. ‚eher wichtig‘ (25%, N₃=10) für die eigene Einrichtung waren. Keiner der Befragten gab an, dass diese ‚verzichtbar‘ in der eigenen Einrichtung wären, wodurch die besondere Stellung nochmals deutlich wird.

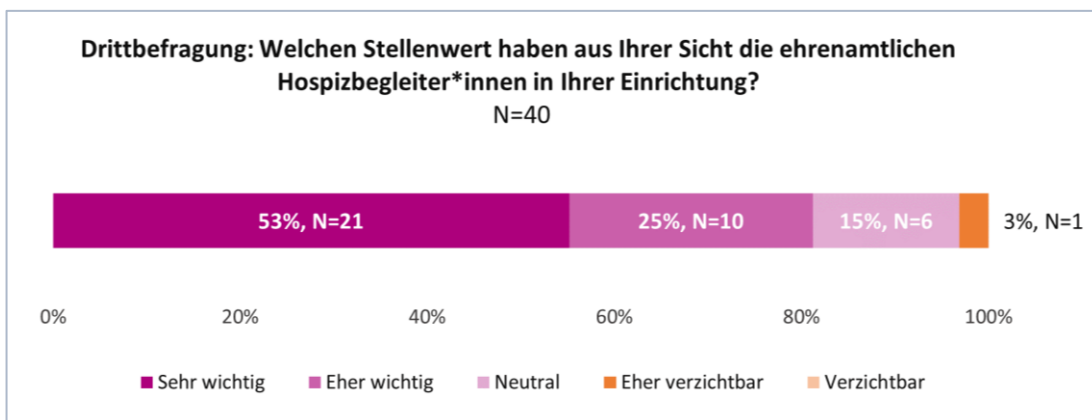


Abbildung 13: Stellenwert der Ehrenamtlichen in den Pflegeeinrichtungen (DRITTBEFRAGUNG)

Diese wahrgenommene Relevanz wurde durch die Aufgaben, die Ehrenamtliche übernehmen, weiter erhellt (vgl. Abbildung 14): So übernahmen Ehrenamtliche jene Aufgaben, die besonders viel Zeit bei der Begleitung und Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen in Anspruch nahmen und vor dem Hintergrund von Personal- sowie (Zeit-)Ressourcenknappheit in den Einrichtungen (vgl. hierzu auch die abgefragten Hürden aus der ERSTBEFRAGUNG, Kap. 5.2) für die Fachkräfte mit Mühen in den Arbeitsalltag zu integrieren waren. Entsprechend waren Ehrenamtliche in den Pflegeeinrichtungen für die palliative Versorgung und hospizliche Begleitung der Bewohner*innen auch von die

Einrichtungsleitungen als grundsätzlich wichtig wahrgenommen. Als wichtigste Aufgabe übernahmen die Ehrenamtlichen den ‚Beistand für Bewohner*innen‘ (im Sinne eines mehr oder weniger frei gestaltbaren ‚da sein‘), indem sie den Bewohner*innen Gesellschaft leisteten, was prinzipiell eine (physische) Präsenz der Ehrenamtlichen voraussetzt (80%, $N_3=32$). Neben dem Verbringen von gemeinsamer Zeit, die auch ‚nur‘ durch Anwesenheit gekennzeichnet sein kann, gestalteten Ehrenamtliche diese auch durch z.B. Gespräche, Vorlesen oder anderen Unternehmungen, soweit dies noch möglich war (70%, $N_3=28$). Zusätzlich zur jeweiligen Präsenz bei den Bewohner*innen, unterstützten Ehrenamtliche auch belastete Angehörige (50%, $N_3=20$), wobei die genaue Ausgestaltung dieser Unterstützung nicht zuletzt auch mit Blick auf den Umfang des Fragebogens nicht abgefragt wurde.

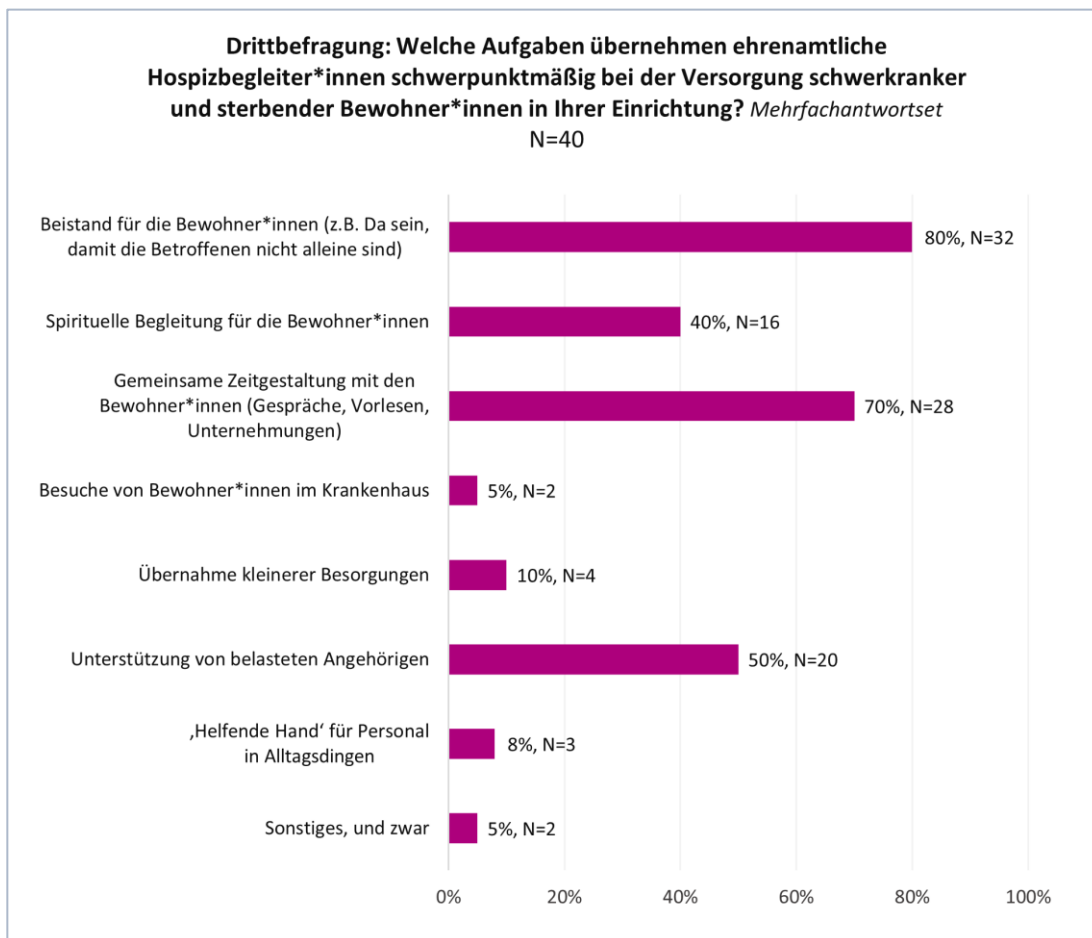


Abbildung 14: Aufgaben der Ehrenamtlichen bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen (DRITTBEFragung)

Vertiefend kann jedoch auf folgenden Zusammenhang verwiesen werden, der im Zuge weiterer Berechnungen erkennbar war: In Pflegeeinrichtungen, die wenig Verbesserungsbedarf in der Kategorie ‚Kooperation/Vernetzung extern‘ wahrnahmen, übernahmen die Ehrenamtlichen häufiger die Aufgabe der ‚Unterstützung belasteter Angehöriger‘.¹⁰ Das deutet darauf hin, dass die Unterstützung der Ehrenamtlichen bei der Betreuung von belasteten Angehörigen zu einem abnehmenden Bedarf

¹⁰ Signifikanzberechnung: χ^2 sign. = 0,018; Richtungsmaß Φ = -0,447

der Verbesserung bei der Kooperation mit Externen führte. Hier ist anzunehmen, dass es (1) keine weitere bzw. verbesserte Zusammenarbeit mit Externen benötigte, wenn Ehrenamtliche wichtige Aufgaben, wie die Unterstützung von Angehörigen, übernahmen und/oder (2) der Einsatz von Ehrenamtlichen in der eigenen Einrichtung eine bereits bestehende Kooperation mit Externen (z.B. Hospizdiensten) beinhaltete, sodass ein wahrgenommener Verbesserungsbedarf hier eher auf die Abwesenheit von Ehrenamtlichen verweisen würde. Als weniger bedeutsame Aufgabe der Ehrenamtlichen wurde die arbeitsorganisatorische Unterstützung des Personals genannt. Auch wenn die Einbindung von Ehrenamtlichen in den Einrichtungsalltag immer einen eigenen (je nach eingespieltheit mehr oder weniger deutlichen) Organisationsaufwand mit sich bringt, kann dennoch davon ausgegangen werden, dass das Fachpersonal durch die oben beschriebenen Aufgaben der Ehrenamtlichen bereits indirekt, gleichsam vermittelt entlastet wurde. Somit ist kaum verwunderlich, dass besonders in der Pandemie – die sowieso mit erhöhten Belastungen der Mitarbeiter*innen einherging – die Abwesenheit der Ehrenamtlichen als belastend empfunden wurde.

Die Bedeutung des hospizlichen Ehrenamtes bzw. die Zusammenarbeit mit Hospizdiensten für eine gelingende palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in den Pflegeeinrichtungen war in der Wahrnehmung der rückmeldenden Einrichtungsleitungen ausgeprägt vorhanden. Entsprechend war die Förderung just dieser ehrenamtlichen Sterbebegleitungen auch ein Anliegen, das die Pflegeeinrichtungen an die Fachstelle richteten. Dabei konnte grundsätzlich beobachtet werden, dass die Verbesserungsbedarfe und geführten Kooperationsbeziehungen mit den Anliegen an die Fachstelle korrespondierten. Diese werden im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt.

5.6. Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle

Zusammenfassung:

- » Die Anliegen an die Fachstelle korrespondieren mit den zuvor benannten Verbesserungsbedarfen.
- » In allen drei Befragungen wurden folgende Anliegen, in unterschiedlicher Priorisierung, besonders häufig genannt:
 - ‚Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen‘
 - ‚Beratung zu verschiedenen Themen‘
 - ‚Förderung ehrenamtlicher Sterbebegleitungen‘ sowie dazugehörig
 - ‚Vernetzung‘ mit verschiedenen Versorgungsakteur*innen
- » Ein Großteil der Pflegeeinrichtungen hatte befragungsübergreifend Interesse an einem Austausch bzw. an einer weiteren Zusammenarbeit mit der Fachstelle.

In allen drei Befragungen wurden die jeweiligen Anliegen an die Fachstelle erfragt. Die drei Befragungszeitpunkte ermöglichten dabei, zu betrachten, inwieweit spezifische Themen dauerhaft als relevant wahrgenommen wurden und welche weniger bzw. welche nicht im Austausch und

gemeinsamer Kooperation mit der Fachstelle bearbeitet werden sollen, sondern womöglich (auch) mit anderen Akteur*innen (vgl. Abbildung 15, Abbildung 16 und Abbildung 17). Vorweg ist wiederum auf die geringe Datenbasis der ZWEITBEFRAGUNG hinzuweisen, die sich hinsichtlich der Anliegen der Einrichtungsleitungen auf die Auskünfte von lediglich 21 Pflegeeinrichtungen stützen kann.

Wie bereits in Kap. 5.2 aufgezeigt wurde, war ‚*Qualifizierung*‘ ein für die Pflegeeinrichtungen relevanter Bereich, der durchaus als verbesserungsbedürftig eingeschätzt wurde. Entsprechend hierzu wurde ‚Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen‘ in allen drei Befragungen häufig genannt, dabei besonders in der ERST- und DRITTBEFRAGUNG (54%, $N_1=29$ und 34%, $N_3=12$). Die Versorgung und Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen durch das eigene Personal, das entsprechend qualifiziert und geschult werden muss, wurde dabei von externen *haupt- und ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen* unterstützt. Diese wurden im Rahmen der Verbesserungsbedarfe besonders häufig als zu fördernd genannt und waren vor dem Hintergrund der Bedeutung des Ehrenamtes für eine gelingende hospizliche Begleitung und palliative Versorgung (vgl. Kap. 5.5) auch ein dauerhaftes Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle. Zudem wurde die ‚*Beratung zu verschiedenen Themen*‘ (zu jeweils 54% in der ERST- und DRITTBEFRAGUNG, $N_1=29$ und $N_3=19$, und zu 24%, $N_2=5$ in der ZWEITBEFRAGUNG) genannt, so dass die Fachstelle entsprechend als relevante Informationsstelle bzw. als kompetente Anlaufstelle betrachtet wurde, von der sich Pflegeeinrichtungen Beratung hinsichtlich palliativer Versorgung und hospizlicher Begleitung wünschten. Auch die *Vernetzung mit verschiedenen Versorgungsakteur*innen und -diensten* wurde als relevantes Anliegen angegeben. In der ERSTBEFRAGUNG wurden die einzelnen Akteur*innen noch möglichst zusammengefasst, in den folgenden jedoch differenziert abgefragt. So zeigte sich im Rahmen der ZWEITBEFRAGUNG eine erkennbare Ausprägung bei der ‚Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern‘ (29%, $N_2=6$) im Gegensatz zur ‚Unterstützung bei der Vernetzung mit Haus/Fachärzt*innen‘ (10%, $N_2=2$), was Effekt der gestiegenen Zusammenarbeit mit Krankenhäusern während der Pandemie bei als durchwachsen wahrgenommener Qualität sein kann. In der DRITTBEFRAGUNG gewann im Gegensatz zur ZWEITBEFRAGUNG nun der ‚*wechselseitige Austausch von Praxiserfahrungen zwischen Heimen*‘ (26%, $N_3=9$ vs. 5%, $N_2=1$) wieder an Relevanz und zeigte, dass dies einen an Bedeutung gewinnenden Arbeitsbereich der Fachstelle darstellen kann.

Die genannten Anliegen können dabei als nach ‚innen‘ und nach ‚außen‘ gerichtet sortiert werden:

- » *Nach ‚innen‘ gerichtete Anliegen*, die auf die *interne Heimpraxis und organisationsspezifische Umsetzung palliativer Versorgung und hospizlicher Begleitung* abzielen (Qualifizierung, Beratung, Förderung ehrenamtlicher Sterbebegleitungen)
- » *Nach ‚außen‘ gerichtete Anliegen*, die auf die *externe Vernetzungspraxis sowie einrichtungsausgelagerte und -übergreifende Reflexion* abzielen (Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern, wechselseitiger Austausch von Praxiserfahrungen)

Die Fachstelle sollte demnach entsprechend der Wahrnehmung der Einrichtungsleitungen sowohl bei der internen Heimpraxis als auch externen Vernetzungspraxis unterstützen. Bei Anliegen erster Art liegt der Fokus auf der Verbreiterung und nachhaltigen Implementierung von Fachwissen,

(Deutungs- und Handlungs-)Expertise sowie Handlungskompetenzen zum Thema Palliative Care in den Einrichtungen, was einerseits durch entsprechende Qualifizierung und andererseits durch spezifische Beratung vermittelt werden kann. Die Erweiterung bereits vorhandener Kompetenzen und somit der Handlungsfähigkeit der Mitarbeitenden vor Ort ermöglicht dabei, eigene Ansprüche an eine ‚gute‘ Versorgung am Lebensende umzusetzen, z.B. wenn Mitarbeitende befähigt sind, in palliativen Versorgungssituationen dem Willen der Bewohner*innen folgend zu agieren. Dabei sorgt eine Ausweitung und organisationale Einbettung von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen als integraler Bestandteil der Prozesse und Strukturen vor Ort für eine – von den palliativpflegerischen Fachkräften angeleitete – bedarfsgerechte Versorgung am Lebensende. Anliegen zweiter Art betreffen die Organisation und Etablierung von langfristigen und funktionierenden Kooperationen mit weiteren Versorgungsakteur*innen, die wiederum die Pflegeeinrichtungen als relevante Institutionen mit der Versorgungslandschaft vernetzen. Dabei geht es konkret darum, dass die Fachstelle bei der Vernetzung sowohl mit anderen Pflegeeinrichtungen als auch mit Akteur*innen, die womöglich eigenen institutionellen Selbstverständnissen folgend agieren (z.B. Krankenhäuser, Fachärzt*innen), unterstützt bzw. eine solche auch vermittelt. Dabei können einrichtungsübergreifende Reflexionsräume für Mitarbeitende eröffnet werden, um Erfahrungen auszutauschen und so niederschwelliger Praxiswissen zu vermitteln.

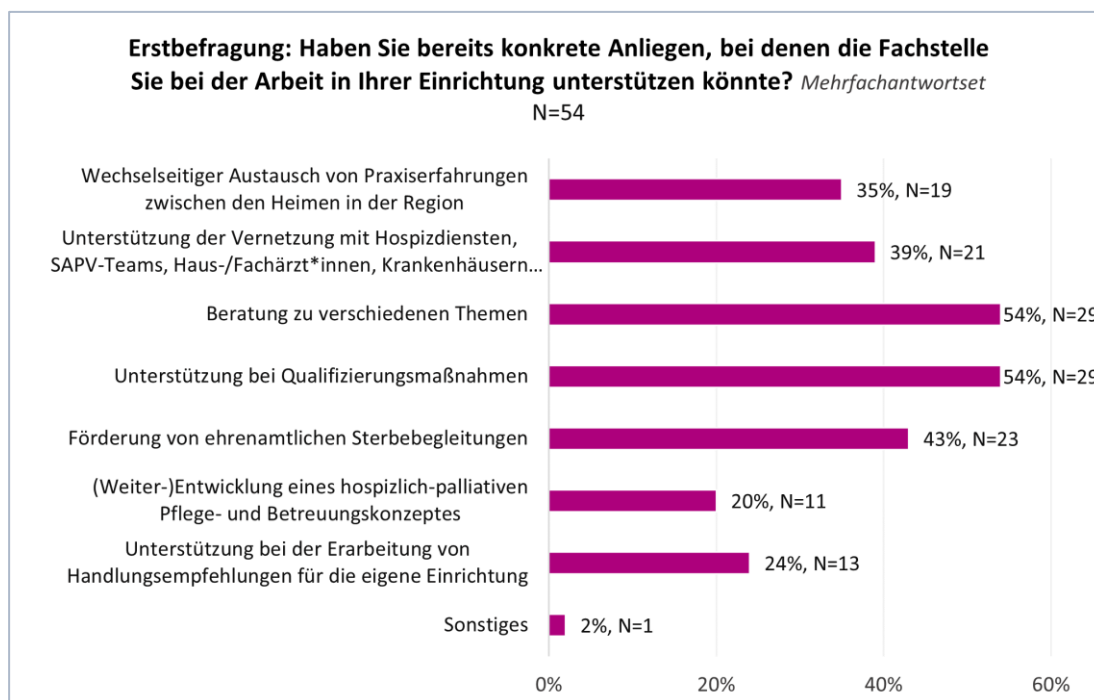


Abbildung 15: Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle (ERSTBEFRAGUNG)

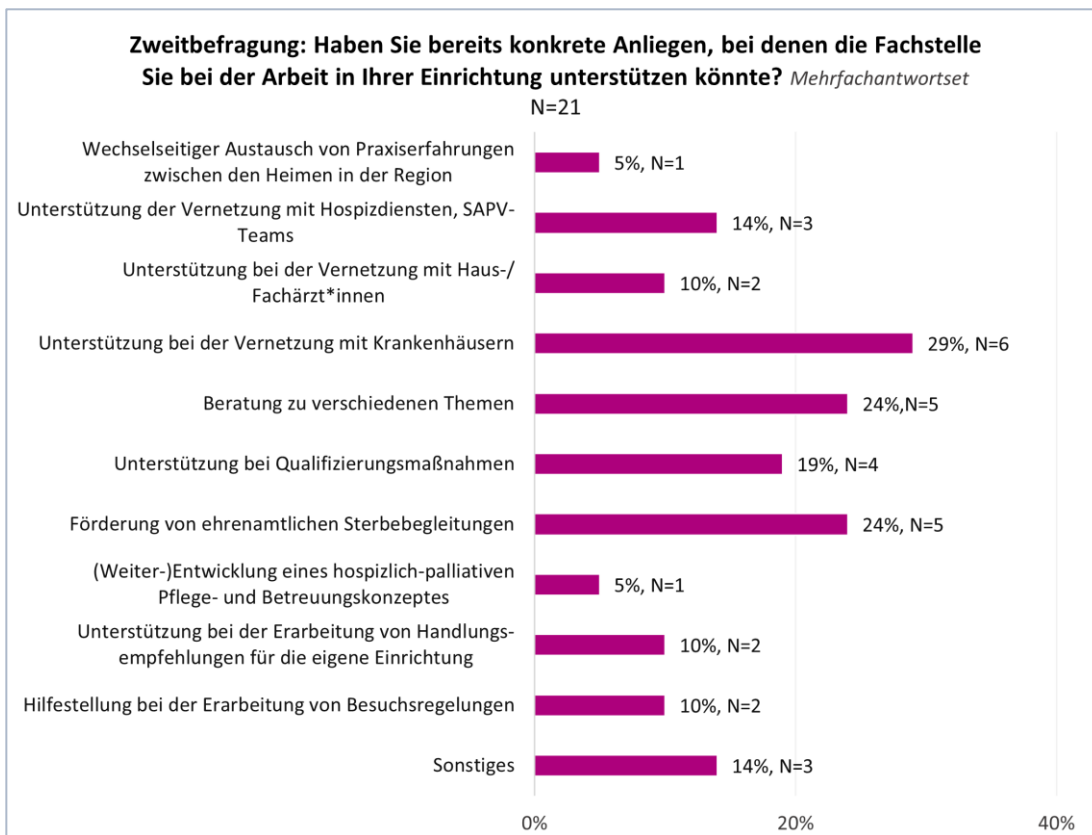


Abbildung 16: Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle während der Pandemie (ZWEITBEFRAGUNG)

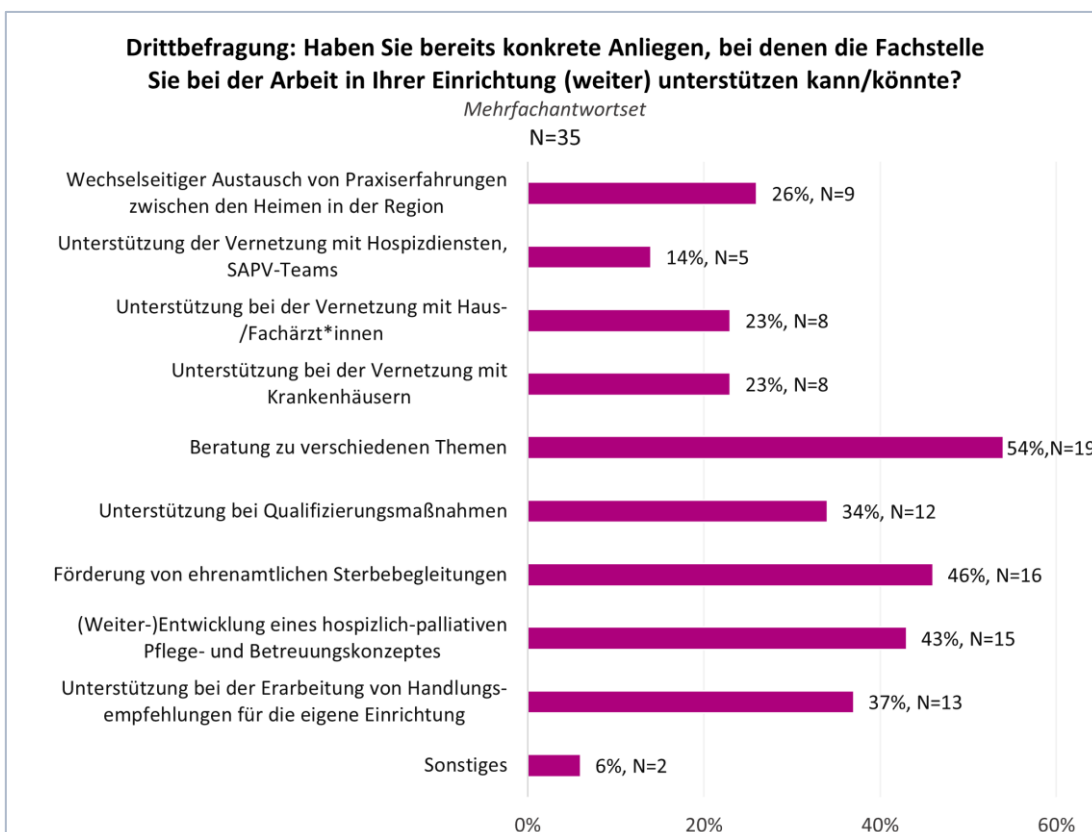


Abbildung 17: Anliegen der Einrichtungsleitungen an die Fachstelle (DRITTBEFRAGUNG)

In der ERST- und ZWEITBEFRAGUNG wurde das *Vorhandensein von Handlungsempfehlungen, Leitfäden oder Konzepten* der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung ermittelt. Dabei gaben beinahe bzw. über 90% der Einrichtungen an, solche Konzepte zu besitzen.¹¹ Dessen ungeachtet stieg die Bedeutung der Anliegen ‚(Weiter-)Entwicklung von hospizlich-palliativen Pflege-/Betreuungskonzepten‘ sowie ‚Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen‘ in der DRITTBEFRAGUNG deutlich an: Von 20% (N₁=11) bzw. 24% (N₁=13) in der ERSTBEFRAGUNG, zu jeweils 10% (N₂=2) in der ZWEITBEFRAGUNG zu nun 43% (N₃=15) bzw. 37% (N₃=13) in der DRITTBEFRAGUNG. Diese Unterschiede im Antwortverhalten können methodisch in einem veränderten Pool an Teilnehmenden begründet sein (anonymisierte Durchführung) oder damit, dass bestehende Konzepte in der Praxis der Umsetzung hinsichtlich ihrer Aktualität, Nachhaltigkeit und Effektivität über den Zeitverlauf hinweg hinterfragt werden, so dass es diese gemeinsam mit der Fachstelle weiterzuentwickeln und zu verbessern gilt. Möglicherweise könnte sich durch die in der Praxis mittlerweile etablierten und umgesetzten Konzepte auch eine gesteigerte Sensibilität für weitere Problemstellungen und Handlungsunsicherheiten im Bereich Palliative Care entwickelt haben, die nun zu einem gesteigerten Bedarf an weiterführenden konkreten Handlungsempfehlungen führte. Am plausibelsten ist der Unterschied zwischen Konzepten und Handlungsempfehlungen hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit, der hier in Anschlag gebracht werden kann. Das wird auch mit Blick auf die Selbstdokumentation der Fachstelle sowie in den Experteninterviews deutlich: In den Einrichtungen werden – auch und gerade, wenn Konzepte zur Versorgung am Lebensende bereits vorliegen – konkrete Handlungsempfehlungen, Leitfäden o.Ä. nachgefragt, um den ‚Theorie-Praxis-Gap‘ zu überwinden und Anleitungen, ‚Good-Practice-Tipps‘ etc. für das konkrete Handeln im Einrichtungsalltag zu erhalten. Hier wird insbesondere von den befragten Expert*innen ein besonderer Mehrwert der Fachstelle gesehen (vgl. Kap. 7.2).

¹¹ Ein Grund, warum die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen über ein Konzept zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung verfügt, ist das Förderprogramm ‚Hausinterne Tagesbetreuung‘ (HIT) im Stadtgebiet München, das die meisten städtischen Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen haben und dafür u.a. ein Konzept vorweisen mussten. Als die Fachstelle ihre Arbeit aufgenommen hat, hatten daher die meisten Einrichtungen im Stadtgebiet bereits ein Konzept – was jedoch nicht mit praxisnahen Handlungsempfehlungen, Leitfäden u.Ä. gleichzusetzen ist, vielmehr die Nachfrage danach sogar erhöht, um die Konzepte in die Praxis umzusetzen.

Interesse am Austausch mit der Fachstelle

Vor dem Hintergrund dieser multiplen Anliegen war das dauerhaft große *Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle* wenig überraschend (vgl. Abbildung 18). Über $\frac{2}{3}$ der Einrichtungen gaben in der ERST- und ZWEITBEFRAGUNG an, entweder ‚auf jeden Fall‘ (36%, N₁=23 bzw. 17%, N₂=3) oder ‚unter bestimmten Voraussetzungen‘ (50%, N₁=32 bzw. 56% N₂=10) Interesse an einem Austausch zu haben. Dabei sollte dieser Austausch nicht mit Verpflichtungen oder Dokumentationsaufwand einhergehen. Wenn kein Interesse an einem Austausch bestand, dann weil bereits eine gute Zusammenarbeit mit Hospizvereinen (u.a. dem CHV) und SAPV-Teams bestand. Grundsätzlich muss hier jedoch wieder auf die geringe Reichweite der Aussagen hinsichtlich der Ergebnisse der ZWEITBEFRAGUNG hingewiesen werden, denn diese basieren auf den Antworten von lediglich 18 Einrichtungen.

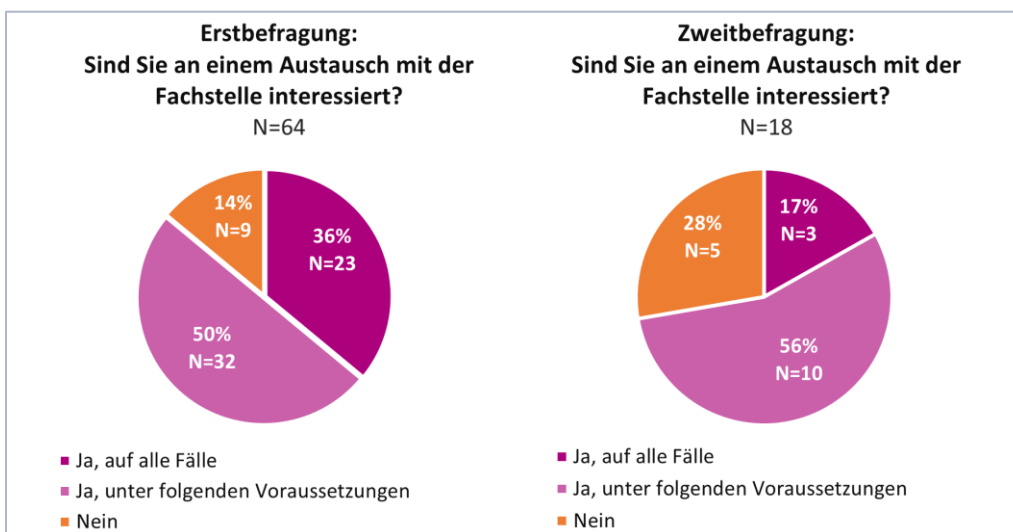


Abbildung 18: Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle (ERST- UND ZWEITBEFRAGUNG)

In der DRITTBEFRAGUNG wurde ebenfalls erfragt, ob Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit bestand (vgl. Abbildung 19), wobei die Antwortmöglichkeit ‚nein‘ erweitert wurde und Einrichtungen nun angeben konnten, ob sie kein Interesse hatten, ‚weil bereits ein eigenes Angebot des Trägers vorhanden‘ war. Ein Großteil der Einrichtungsleitungen gab an, ‚auf alle Fälle‘ (62%, N₃=29) und ‚unter folgenden Voraussetzungen‘ (11%, N₃=5) Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit der Fachstelle zu haben – unter der Voraussetzung der Etablierung bzw. Beibehaltung einfacher Kommunikationswege und Abwesenheit von bürokratischem Dokumentationsaufwand. Wenn Einrichtungen kein Interesse an einer (weiteren) Zusammenarbeit hatten, dann ‚weil bereits ein eigenes Angebot in der Einrichtung/beim Träger vorhanden‘ war (23%, N₃=11).

Dabei gaben vermehrt jene Einrichtungen Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit der Fachstelle an, die bereits Erfahrung mit ihr gesammelt hatten (vgl. Abbildung 22 im nächsten Kap. 5.7). Die nachfolgende Tabelle 6 stellt das Verhältnis der beiden Gruppen (Erfahrung/keine Erfahrung) zum bekundeten Interesse dar, wobei aufgrund der geringen Fallzahlen auf die beschränkte Aussagekraft hingewiesen werden muss.

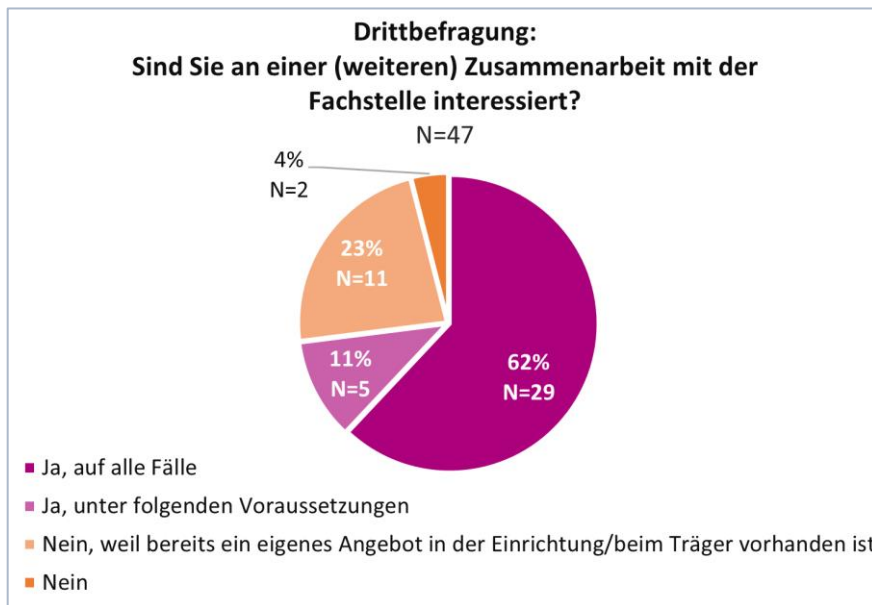


Abbildung 19: Interesse der Einrichtungsleitungen an einer weiteren Zusammenarbeit mit der Fachstelle (DRITTBEFRAGUNG)

Tabelle 6: Interesse der Einrichtungsleitungen im Verhältnis zu bereits gesammelter Erfahrung mit der Fachstelle (DRITTBEFRAGUNG)

INTERESSE DER EINRICHTUNGSLEITUNGEN AN WEITERER ZUSAMMENARBEIT NACH BISHERIGEN ERFAHRUNGEN				
	JA, AUF ALLE FÄLLE	JA, UNTER FOLGENDEN VORAUSSETZUNGEN	NEIN, WEIL BEREITS EIN EIGENES AN- GEBOT IN DER EINRICHTUNG/BEIM TRÄGER VORHANDEN IST	NEIN
ERFAHRUNG MIT DER FACHSTELLE VORHAN- DEN (N ₃ =29)	76% (N ₃ =22)	10% (N ₃ =3)	10% (N ₃ =3)	3% (N ₃ =1)
KEINE ERFAHRUNG MIT DER FACHSTELLE VOR- HANDEN (N ₃ =18)	39% (N ₃ =7)	11% (N ₃ =2)	44% (N ₃ =8)	6% (N ₃ =1)

Insgesamt konnte demnach ein anhaltend hohes Interesse bzw. Bereitschaft an (weiterer) Zusammenarbeit mit der Fachstelle beobachtet werden. Besonders hoch war das Interesse bei den Pflegeeinrichtungen, die bereits Erfahrung mit der Fachstelle gesammelt hatten, was auf zweierlei hindeutet:

- » Zum einen *bindet die Fachstelle Pflegeeinrichtungen bisher erfolgreich an sich*, d.h. solche, die einmal mit der Fachstelle zusammengearbeitet haben, wollen die Zusammenarbeit (meist) auch weiterhin fortführen.
- » Zum anderen *etablierte sich die Fachstelle als ‚gute‘, weil kontinuierlich vorhandene und als ‚positiv‘ (i.S.v. hilfreich, unterstützend, wirksam) wahrgenommene Kooperationspartnerin für die Pflegeeinrichtungen*.

Pflegeeinrichtungen, die kein Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle hatten, griffen vermehrt auf bereits existierende Angebote zurück, wie z.B. auf Angebote des eigenen Trägers oder benötigten keine weitere Hilfestellung aufgrund vorhandener Kooperationspartner und -strukturen. Die Wahrnehmung der Arbeit der Fachstelle aufseiten der Pflegeeinrichtungen kann an dieser Stelle jedoch nur vermittelt über die Bereitschaft weiterer Zusammenarbeit erschlossen werden und wird unten weiter vertieft (vgl. Kap. 5.8 und Kap. 6.2). Im Zuge der Begleitstudie wurde der in diesem Zusammenhang relevanten Frage nach möglichen Parallelstrukturen nachgegangen, die das Verhältnis zwischen den trägerspezifischen und einrichtungsinternen Fachstellen und Palliative-Care-Referent*innen bzw. Beauftragten und der regionalen Fachstelle (angesiedelt am CHV) beleuchtet. Dies wird im nächsten Abschnitt weiter vertieft.

5.7. Die Fachstelle in der Versorgungslandschaft: Nutzung und Synergien

Zusammenfassung:

- » Bei einem Großteil der teilnehmenden Einrichtungen gab es trägerspezifische Angebote von Beauftragten, Referent*innen oder einer eigenen Fachstelle, und diese wurden, wenn sie bekannten waren, auch in den meisten Fällen genutzt.
- » Die meisten Einrichtungen hatten zum Zeitpunkt der ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG bereits Erfahrungen mit der Fachstelle gesammelt. Dabei besonders zu den Bereichen: Vernetzung, Beratung und Qualifizierung.
- » Die aufgebauten Strukturen in der Region München (Stadt und Landkreis) aus trägerübergreifender Fachstelle und trägerspezifischen Angeboten (Referent*in, Beauftragte oder eigene Fachstelle) schafft Synergien und wird von den Einrichtungen in gleichem Maße und häufig genutzt.

Wie der vorherige Abschnitt zeigte, gaben Pflegeeinrichtungen entsprechend weniger Bedarf an einem Austausch mit der Fachstelle an, wenn ein eigenes Angebot beim jeweiligen Träger vorhanden war. So rückt die Frage, inwieweit durch die Implementation der Fachstelle womöglich Parallelstrukturen oder aber Synergieeffekte zwischen verschiedenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten geschaffen wurden, in den Vordergrund (vgl. hierzu die Hinweise in Kap. 7). Dies kann durch den Blick auf die *Möglichkeit des Zugriffs und der Nutzung solcher trägerspezifischen Angebote* in einem ersten Schritt erhellt werden. In einem zweiten Schritt wurde die bisherige *Nutzung der Fachstelle* betrachtet und weitere Berechnungen zu dem Verhältnis von verschiedenen Angeboten angestellt.

In allen drei Befragungen wurde die *Möglichkeit des Zugriffs auf Referent*innen, Beauftragte oder eine eigene Fachstelle für Palliative Care über den jeweiligen Träger* erfragt (vgl. Abbildung 20)

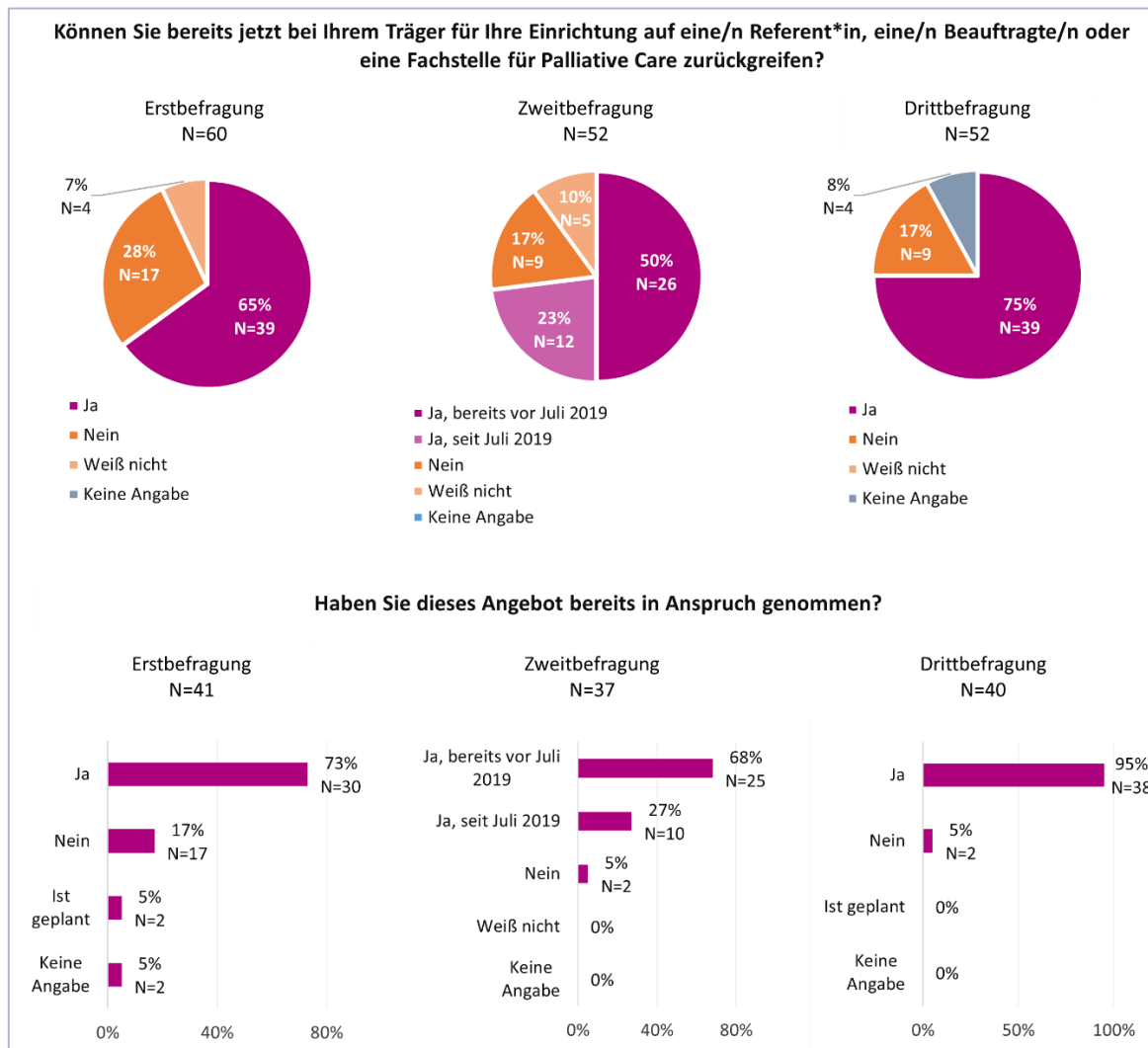


Abbildung 20: Bekanntheit trägerspezifischer Angebote für Palliative Care und deren Nutzung (ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFragung)

Zu erkennen war, wie der Anteil derer, die auf solche Angebote zugreifen konnten, in den Befragungen anstieg. So gaben dies in der ERSTBEFRAGUNG noch 65% ($N_1=39$) der teilnehmenden Einrichtungsleitungen an, in der ZWEITBEFRAGUNG schon 73% ($N_2=38$) und in der DRITTBEFragung mit 75% ($N_3=39$) nochmal ein ähnlich hoher Anteil. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, ob diese Angebote in der Praxis ‚tatsächlich‘ zunahmen bzw. auch häufiger verfügbar waren, da sich der Pool an Teilnehmenden über die Zeit hinweg verändert hat und an den Befragungen nun ggf. vermehrt Pflegeeinrichtungen mit einem solchen Angebot teilgenommen haben könnten. Darüber hinaus zeigte sich: Wenn ein solches Angebot vom Träger bestand, wurde es auch großteils angenommen, in der ZWEIT- und DRITTBEFragung sogar in fast allen Fällen (95%, $N_2=35$ und $N_3=38$). Die Bekanntheit und Nutzung solcher Angebote unterschied sich dabei nicht hinsichtlich der Strukturmerkmale ‚Trägerzugehörigkeit‘, ‚Größe‘ oder ‚Standort‘ und verweist auf eine breite Inanspruchnahme seitens der Pflegeeinrichtungen.

In der DRITTBEFRAGUNG wurde ebenfalls gefragt, in welchen Bereichen die Angebote der Träger genutzt wurden. Dabei gaben 81% den Bereich ‚Beratung‘ (N₃=30), 62% den Bereich ‚Vernetzung‘ (N₃=23) und 46% (N₃=17) den Bereich ‚Weiterbildung/Qualifizierung‘ an. Weniger häufig genannt, wurde das ‚Bereitstellen von Handlungsempfehlungen/-anleitungen‘ (35%, N₃=13), wobei dies in der DRITTBEFRAGUNG wiederum als Anliegen an die Fachstelle formuliert wurde (vgl. Abbildung 21). Während der Prüfung möglicher Zusammenhänge stellte sich heraus, dass Einrichtungen, die das Angebot des Trägers im Bereich ‚Bereitstellen von Handlungsempfehlungen/-anleitungen‘ genutzt haben, auch signifikant häufiger Verbesserungsbedarf bei der ‚palliativmedizinischen Versorgung‘ sahen.¹² Vorsichtig zu deuten wäre dieser Zusammenhang in dem Sinne, dass Handlungsempfehlungen entweder vorherrschende Defizite in der palliativmedizinischen Versorgung sichtbar machten, sodass Einrichtungen hier aufmerksamer für Verbesserungsbedarfe wurden oder die Handlungsempfehlungen zu einer erhöhten Sensibilität für eine verbesserte Versorgung und Begleitung schwer kranker oder sterbender Bewohner*innen führten, die wiederum neue Zielstellungen mit sich brachten.

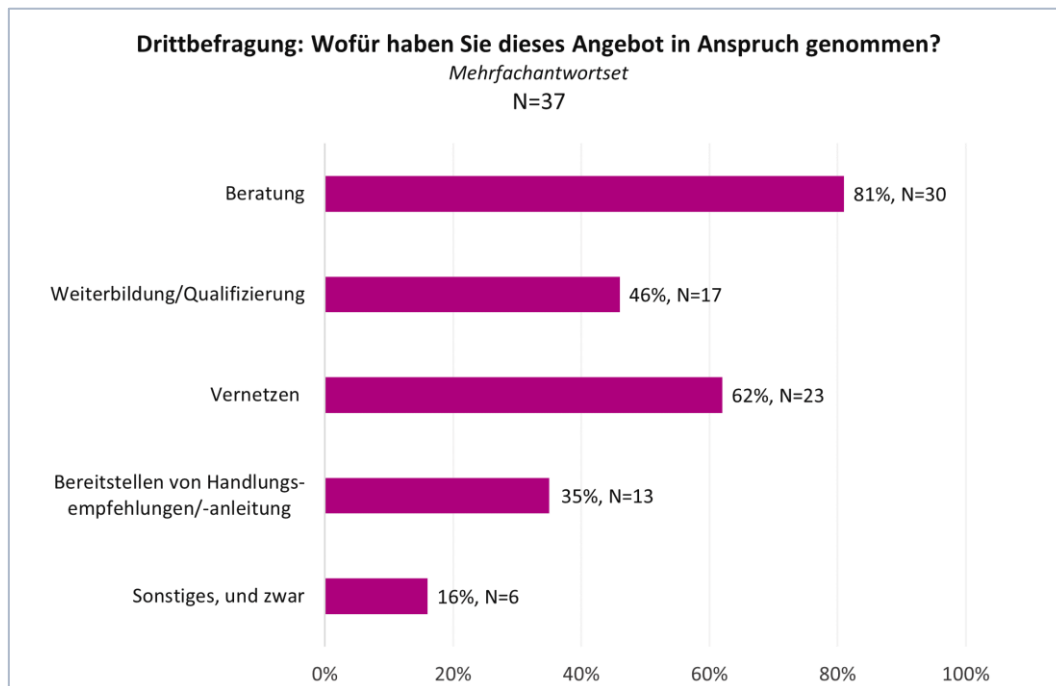


Abbildung 21: Nutzung der Angebote des Trägers (DRITTBEFRAGUNG)

Mit Blick auf die zuvor vorgestellten Anliegen der Pflegeeinrichtungen an die Fachstelle (vgl. Kap. 5.6), zeigte sich, dass hier ähnliche Bereiche genannt wurden: Die Pflegeeinrichtungen richteten die Anliegen ‚Beratung‘, ‚Qualifizierung‘, ‚Vernetzung‘ sowie ‚Förderung ehrenamtlicher Sterbebegleitungen‘ an die Fachstelle. In diesem Sinne zeichneten sich ähnliche Profile hinsichtlich der Anliegen an die Fachstelle und der Nutzung der trägereigenen Angebote ab. Um dieses Verhältnis weiter zu beleuchten, wurden neben den Anliegen an die Fachstelle auch die bisher gesammelten Erfahrungen mit ihr – d.h. die Nutzung der Angebote der Fachstelle – ausgewertet. Dabei bestätigte sich mit Blick auf die Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen mit der Fachstelle, die in der ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG

¹² Signifikanztest: $\chi^2=0,001$; Richtungsmaß $\Phi=0,657$.

abgefragt werden konnten, dass die Anliegen der Einrichtungen und ähnliche Bereiche wie bei den trägereigenen Angeboten bearbeitet wurden.

So gaben 65% ($N_2=35$) der Einrichtungsleitungen in der ZWEITBEFRAGUNG und 62% ($N_3=29$) in der DRITTBEFRAGUNG an, bereits Erfahrung mit der Fachstelle gesammelt zu haben (vgl. Abbildung 22). In beiden Befragungen wurden folgende Bereiche besonders häufig genannt (vgl. Abbildung 23):

- » ‚Unterstützung bei der Vernetzung mit Hospizdiensten und SAPV-Teams‘ (ZWEITBEFRAGUNG 72%, $N_2=26$ und DRITTBEFRAGUNG 67%, $N_3=22$)
- » ‚Beratung zu palliativer Versorgung‘ (ZWEITBEFRAGUNG 64%, $N_2=23$ und DRITTBEFRAGUNG 63%, $N_3=20$) und ‚Beratung zu hospizlicher Begleitung‘ (ZWEITBEFRAGUNG 47%, $N_2=17$ und DRITTBEFRAGUNG 50%, $N_3=16$)
- » ‚Unterstützung zur Verbesserung der Qualifizierungsmöglichkeiten von Mitarbeiter*innen‘ (ZWEITBEFRAGUNG 39%, $N_2=14$ und DRITTBEFRAGUNG 41%, $N_3=13$)

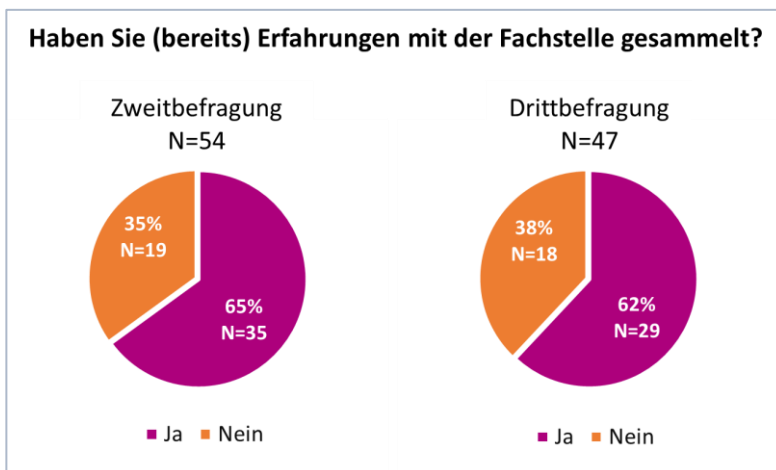


Abbildung 22: Bisherige Erfahrung der Einrichtungsleitungen mit der Fachstelle (ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)

Das bedeutet, dass die eigenen Angebote des Trägers sowie die der Fachstelle in ähnlichen Bereichen genutzt wurden, was jedoch nicht zu einer Abnahme des Interesses an einem Austausch mit der Fachstelle oder einer Nutzung der eigenen trägerspezifischen Strukturen führte. Vielmehr lenkten die bisherigen Erfahrungen mit der Fachstelle und die Nutzungsbereiche der trägereigenen Strukturen den Blick nochmals deutlich auf die anhaltenden und drängenden, da immer wiederkehrenden Bedarfe der Pflegeeinrichtungen.

Eine genauere Betrachtung des Nutzungsverhaltens der Einrichtungen im Zuge der DRITTBEFRAGUNG ließ schließlich erkennen, dass die Angebote von Fachstelle und Träger innerhalb der jeweiligen Bereiche unterschiedlich genutzt wurden. D.h.: Unterstützung in den Bereichen ‚Vernetzung‘, ‚Qualifizierung‘ und ‚Beratung‘ wurde bei beiden Angebotsstrukturen zwar häufig in Anspruch genommen, je nach Bereich können jedoch unterschiedliche Schwerpunkte beobachtet werden. Auch wenn hier erneut die eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der geringen Fallzahlen zu bedenken ist, soll entlang der Auffälligkeiten in den Antwortverteilungen kurz skizziert werden, was damit konkret gemeint ist.

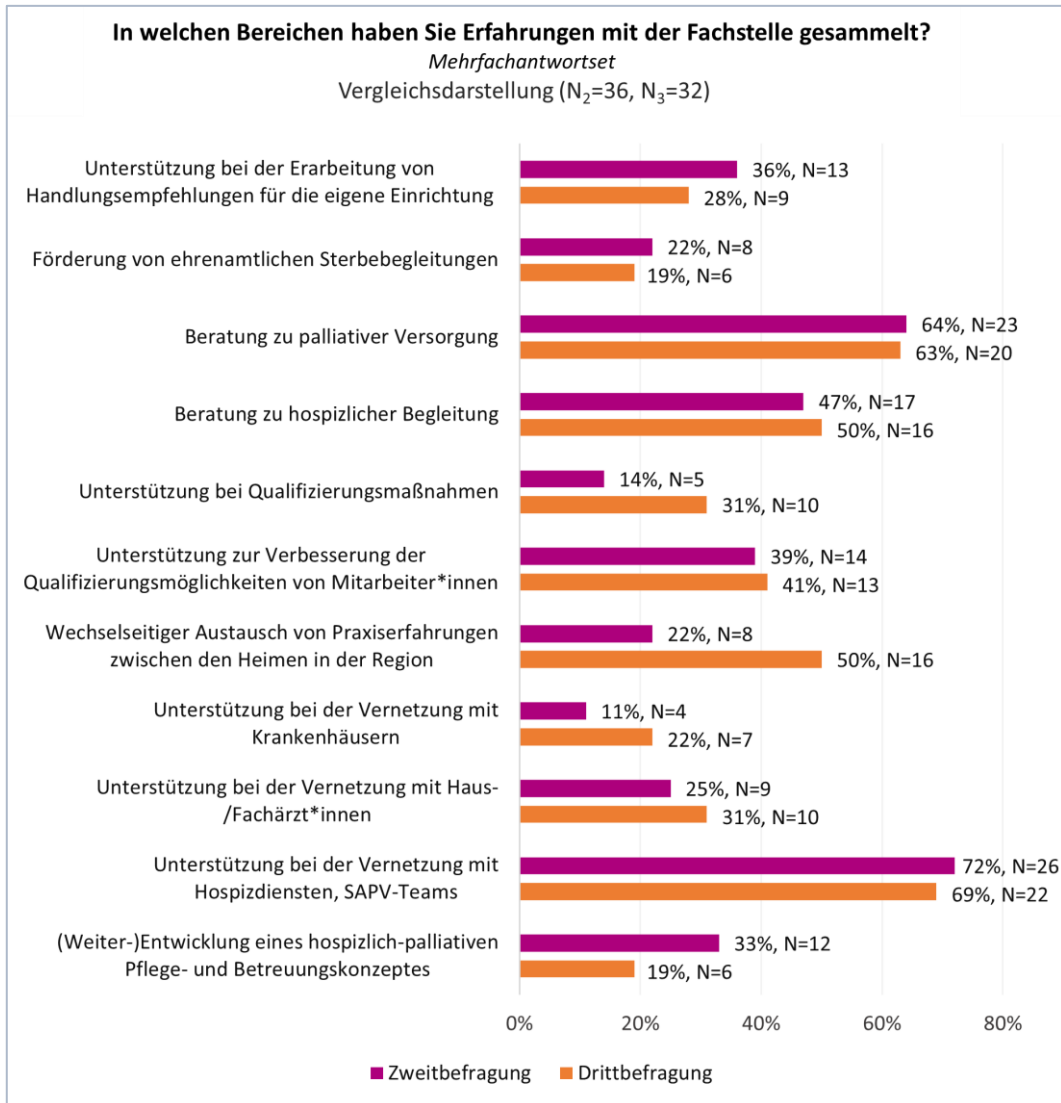


Abbildung 23: Erfahrungsbereiche der Einrichtungslleitungen mit der Fachstelle (ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG)

So zeigte sich, dass Pflegeeinrichtungen, die bisher keine Erfahrung mit der Fachstelle in den Bereichen der ‚Vernetzung mit Haus- und Facharzt*innen sowie Krankenhäusern‘ hatten, häufiger angaben, das Angebot des Trägers im Bereich ‚Vernetzung‘ zu nutzen (vgl. Tabelle 7). Demgegenüber sammelten viele Pflegeeinrichtungen Erfahrungen mit der Fachstelle bei der ‚Vernetzung mit Hospizdiensten und SAPV-Teams‘, wenn sie gleichzeitig auch das Angebot des Trägers im Bereich ‚Vernetzung‘ wahrnahmen. Wie aus Abbildung 23 hervorgeht, wird die Fachstelle besonders im Bereich der ‚Vernetzung mit Hospizdiensten und SAPV-Teams‘ genutzt, was nicht dazu führte, dass die Angebote des Trägers im Bereich ‚Vernetzung‘ nun weniger in Anspruch genommen wurden. Dabei ist zu beachten, dass die unterschiedliche Inanspruchnahme bereits Effekt einer produktiven und konstruktiven Arbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Trägern im Bereich der Vernetzung mit externen Akteur*innen sein könnte, die Inanspruchnahme der Fachstelle in diesem Bereich also Effekt der Wirksamkeit einer trügereigenen Anlaufstelle sein kann, die Vernetzung mehrdimensional in den Blick nimmt.

Tabelle 7: Verhältnis zwischen Nutzung der Angebote des Trägers und der Fachstelle im Bereich Vernetzung
(DRITTBEFRAGUNG)

NUTZUNG DER FACHSTELLE UND DER ANGEBOTE DES TRÄGERS IM BEREICH VERNETZUNG			
		ANGEBOT DES TRÄGERS IM BEREICH VERNETZUNG GENUTZT	
		JA (N ₃ =16)	NEIN (N ₃ =8)
UNTERSTÜTZUNG BEI DER VERNETZUNG MIT HOSPIZ-DIENSTEN, SAPV-TEAMS	JA	46% (N ₃ =11)	25% (N ₃ =6)
	NEIN	21% (N ₃ =5)	8% (N ₃ =2)
UNTERSTÜTZUNG BEI DER VERNETZUNG MIT HAUS-/FACHÄRZT*INNEN	JA	21% (N ₃ =5)	8% (N ₃ =2)
	NEIN	46% (N ₃ =11)	25% (N ₃ =6)
UNTERSTÜTZUNG BEI DER VERNETZUNG MIT KRANKEN-HÄUSERN	JA	17% (N ₃ =4)	8% (N ₃ =2)
	NEIN	50% (N ₃ =12)	25% (N ₃ =6)

Im Bereich der ‚Beratung‘ zeigte die genauere Betrachtung, dass hier der größte Bedarf an den unterschiedlichen Angebotsstrukturen vorhanden war (vgl. Tabelle 8). Das Angebot des Trägers wird besonders dann genutzt, wenn auch die Fachstelle sowohl zu ‚hospizlicher Begleitung‘ als auch zu ‚palliativer Versorgung‘ beriet. Pflegeeinrichtungen, die das Angebot des Trägers hinsichtlich ‚Beratung‘ nicht in Anspruch nahmen, nutzten auch die Fachstelle nicht für Beratungen. Das deutet auf zweierlei hin:

- (1) Die Pflegeeinrichtungen haben einen *grundsätzlich hohen Beratungsbedarf*, der sowohl an die Fachstelle als auch an die trügereigenen Strukturen gerichtet wird.
- (2) Die Pflegeeinrichtungen zeigen *keine stabile Präferenz hinsichtlich trügerspezifischen Angeboten oder der Fachstelle*, da sie zum Großteil gleichzeitig genutzt bzw. – bei Desinteresse – eben auch beide nicht genutzt wurden. Der Anteil an Pflegeeinrichtungen, die nur eine Angebotsstruktur nutzten, war verschwindend gering.

Ob thematische Unterschiede bei der Beratung vorlagen, kann aus den Zahlen nicht weiter abgeleitet werden. Auch ein möglicher direkter Zusammenhang zwischen trügereigenen Beratungsangeboten und der Beratung durch die Fachstelle, die z.B. dazu führt, dass mögliche Beratungseffekte eines Angebots weiteren Beratungsbedarf an anderer Stelle hervorruft, kann nicht näher bestimmt werden.

Tabelle 8: Verhältnis zwischen Nutzung der Angebote des Trägers und der Fachstelle im Bereich Beratung
(DRITTBEFRAGUNG)

NUTZUNG DER FACHSTELLE UND DER ANGEBOTE DES TRÄGERS IM BEREICH BERATUNG			
		ANGEBOT DES TRÄGERS IM BEREICH BERATUNG GENUTZT	
		JA (N ₃ =20)	NEIN (N ₃ =4)
BERATUNG ZU HOSPIZLICHER BEGLEITUNG	JA	46% (N ₃ =11)	4% (N ₃ =1)
	NEIN	37% (N ₃ =9)	13% (N ₃ =3)
BERATUNG ZU PALLIATIVER VERSORGUNG	JA	67% (N ₃ =16)	0% (N ₃ =0)
	NEIN	17% (N ₃ =4)	17% (N ₃ =4)

Im Bereich der ‚Weiterbildung‘ zeigte sich (bei ähnlich geringen Fallzahlen und entsprechend eingeschränkter Aussagekraft) ein ähnliches Nutzungsverhalten wie bisher dargestellt: Pflegeeinrichtungen nahmen in höherem Anteil sowohl die Angebote des Trägers zu ‚Weiterbildung‘ als auch die der Fachstelle an (vgl. Tabelle 9), nur wenige Pflegeeinrichtungen nahmen ausschließlich das Angebot des Trägers wahr. Die genauere Betrachtung der unterschiedlichen Nutzung verdeutlicht, dass lediglich bei der ‚Vernetzung mit Haus- und Fachärzt*innen sowie Krankenhäusern‘ eine vermehrt niedrigere Inanspruchnahme der Fachstelle bei gleichzeitig hoher Nutzung der Angebote des Trägers im Bereich ‚Vernetzung‘ stattfand. In den anderen Bereichen (‚Weiterbildung‘, ‚Qualifizierung‘ und ‚Beratung‘) konnte eine synchrone Nutzung bzw. Nicht-Nutzung beobachtet werden, die vielmehr auf eine Etablierung von Synergien im Feld hindeutet bzw. vorsichtiger formuliert: hier *keine klare Konkurrenzbeziehung zwischen trägerspezifischen Angeboten und jenen der Fachstelle* zu Tage tritt. Nachfolgend werden weitere, deutlich erkennbare Nutzungsausprägungen vorgestellt.

Tabelle 9: Verhältnis zwischen Nutzung der Angebote des Trägers und der Fachstelle im Bereich Weiterbildung
(DRITTBEFRAGUNG)

NUTZUNG DER FACHSTELLE UND DER ANGEBOTE DES TRÄGERS IM BEREICH WEITERBILDUNG			
		ANGEBOT DES TRÄGERS IM BEREICH WEITERBILDUNG GENUTZT	
		JA (N ₃ =12)	NEIN (N ₃ =12)
UNTERSTÜTZUNG BEI QUALIFIZIERUNGSMABNAHMEN	JA	29% (N ₃ =7)	8% (N ₃ =2)
	NEIN	21% (N ₃ =5)	42% (N ₃ =10)
UNTERSTÜTZUNG BEI DER VERBESSERUNG VON QUALIFIZIERUNGSMÖGLICHKEITEN DER MITARBEITENDEN	JA	33% (N ₃ =8)	8% (N ₃ =2)
	NEIN	17% (N ₃ =4)	42% (N ₃ =10)

Festzuhalten ist: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Variablenausprägungen ‚Weiterbildung‘, die von den eigenen Angeboten des Trägers in Anspruch genommen wurde, und dem Anliegen des ‚wechselseitigen Austauschs von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region‘ an

die Fachstelle.¹³ Das bedeutet, dass Einrichtungen, die das Angebot des Trägers im Bereich ‚Weiterbildung‘ in Anspruch genommen hatten, an die Fachstelle des CHV vermehrt das Anliegen eines ‚wechselseitigen Austauschs von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region‘ richteten ($N_3=12$). Dieser Zusammenhang kann durch die möglicherweise wachsende Kompetenz im Bereich von Palliative Care durch entsprechende Weiterbildungen entstehen, mit der auch der Bedarf an einem Austausch mit anderen Fachkräften und Einrichtungen (Umsetzungsmöglichkeiten, Problemstellungen o.ä.) einhergeht. Dieser Austausch könnte dann als besonders hilfreich angesehen werden, wenn er trägerübergreifend stattfindet und von einer ‚neutralen‘ Stelle, wie der Fachstelle, organisiert wird. Zwar ähnelten sich die trägergebundenen Angebote mit denen der Fachstelle (Weiterbilden/Qualifizieren, Beraten usw.), jedoch zeigt sich bei diesem Zusammenhang, dass es möglich ist, Anliegen der Pflegeeinrichtungen auch vermehrt nur an die Fachstelle des CHV zu richten, z.B. weil sie trägerübergreifend sind bzw. sein sollen. Ein solcher Befund würde gegen die Etablierung von Parallelstrukturen sprechen und vielmehr in Richtung von sich ergänzenden, aufeinander verweisenden Angeboten deuten, die unterschiedliche Bedarfe adressieren können.

Ein weiterer Zusammenhang wurde ebenfalls zwischen den Variablenausprägungen ‚Weiterbildung‘, die von den eigenen Angeboten des Trägers in Anspruch genommen wurde, und dem Anliegen der ‚Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen‘ an die Fachstelle festgestellt.¹⁴ Das bedeutet: Pflegeeinrichtungen, die das Angebot eines Referenten/Fachstelle vom Träger im Bereich ‚Weiterbildung‘ in Anspruch nahmen, richteten vermehrt das Anliegen einer ‚Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen‘ an die Fachstelle ($N_3=12$). Dabei ist anzunehmen, dass solche Pflegeeinrichtungen, die bereits Interesse an Themen der Weiterbildung und Qualifizierung hatten, hier auch den meisten Bedarf an Hilfestellung durch externe Expertise, wie z.B. die Fachstelle, wahrnehmen bzw. mit gesteigerter Sensibilisierung für den Themenbereich Palliative Care spezifische Weiterbildungen nachfragen. Der hier zum Ausdruck kommende Bedarf eines solchen vermeintlich ‚doppelten‘ Angebots deutet darauf hin, dass zwischen den Referent*innen, Beauftragen oder Fachstellen der Träger und der Fachstelle des CHV keine überflüssigen Parallelstrukturen wahrgenommen werden, sondern die Qualifizierungsangebote aus Sicht der Einrichtungsleitungen sich womöglich nicht überschneiden, vielleicht vielmehr aufeinander aufbauen bzw. sich ergänzen.

¹³ Signifikanzberechnung: χ^2 sign. = 0,025; Richtungsmaß Φ = 0,458.

¹⁴ Signifikanzberechnung: χ^2 sign. = 0,041; Richtungsmaß Φ = 0,418

5.8. Wirksamkeit der Fachstelle in den Pflegeeinrichtungen

Zusammenfassung:

- » Die Arbeit der Fachstelle wird von den Einrichtungsleitungen als wirksam wahrgenommen – v.a. hinsichtlich
 - einer ‚Stärkung der Hospizkultur und Palliativkompetenz durch Fachinformationen und Handlungsempfehlungen (u.a. zu Sterbephase, Qualität in der palliativen Versorgung, Bedarfsmedikation)‘
 - einer ‚Intensivierung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (Arbeitskreise, Hospiz- und Palliativnetzwerke etc.)‘ sowie
 - einer ‚Qualifizierung der Mitarbeiter*innen durch Fort- und Weiterbildung‘
- » Dabei werden von den Einrichtungsleitungen dort Wirkungen wahrgenommen, wo zuvor auch Bedarfe bestanden.
- » Das bedeutet, dass dort, wo die Fachstelle involviert ist, sie auch wirksam weiterhilft und entsprechend vor Ort einen Beitrag für die Palliativkompetenz und Hospizkultur in den Einrichtungen leistet.

Wie bereits gezeigt (vgl. Kap. 5.2), sahen die Pflegeeinrichtungen in der Region München noch Verbesserungsbedarf im Bereich Palliativversorgung und Hospizversorgung, wenngleich sie ihre Qualität in diesem Bereich recht gut einschätzten. Auch haben sie entsprechend Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle bzw. nutzen bereits deren Angebote zur Beratung, Vernetzung und Qualifizierung. In der DRITTBEFRAGUNG wurde daher nach den *wahrgenommenen Wirkungen in den Pflegeeinrichtungen*, die mit der Fachstelle zusammenarbeiteten, gefragt (vgl. Abbildung 24).

Jede zweite Einrichtungsleitung, die bereits Erfahrung mit der Fachstelle gesammelt hat, gab dabei an, dass durch die Fachstelle eine ‚*Stärkung der Hospizkultur und Palliativkompetenz durch Fachinformationen oder Handlungsempfehlungen (u.a. zu Sterbephase, Qualität in der palliativen Versorgung, Bedarfsmedikation)*‘ (53%, N₃=16) in der eigenen Einrichtung bewirkt wurde. Weiterhin gaben 47% (N₃=14) an, dass eine ‚*Intensivierung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (Arbeitskreise, Hospiz- und Palliativnetzwerke etc.)*‘ stattfand. Damit einher gingen auch mehr ‚*Austausch mit Hospizdiensten*‘ (40%, N₃=12) und ‚*mehr Austausch mit SAPV-Teams*‘ (33%, N₃=10), sodass die Fachstelle grundsätzlich eine breitere Vernetzung mit bedeutsamen Versorgungsakteur*innen in der Versorgungslandschaft vorantrieb. Wie bei den Kooperationsbeziehungen gezeigt wurde, sind Hospizdienste und SAPV Kooperationspartner*innen, mit denen aufseiten der Pflegeeinrichtungen bereits intensive und gute Kooperationen stattfanden. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen, kann hier nicht näher bestimmt werden, ob just jene Einrichtungen, die die Qualität der Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und SAPV-Teams bereits als ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘ einschätzten, hier auch Wirksamkeiten wahrnahmen. Inwieweit die hohe Qualität der Zusammenarbeit bereits Effekt eines durch die Fachstelle vorangetriebenen vermehrten Austauschs mit Hospizdiensten und SAPV-Teams darstellt, kann

hier ebenfalls aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht weiter bestimmt werden. Eine solche vorsichtige Interpretation bietet sich jedoch an und müsste mit weiterer Forschung untermauert werden. Zudem kann dies ebenfalls Ausdruck vorhandener Potenziale sein, die trotz bestehender Häufigkeit und guter Qualität der Zusammenarbeit von den Einrichtungen wahrgenommen werden: SAPV und Hospizdienste sind relevante Kooperationsdienste für eine gelingende Versorgung und Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen, die durch eine Unterstützung der Fachstelle einerseits aufgebaut und ausgeweitet und andererseits aber auch gepflegt und nachhaltig gestärkt werden könnten. Solche Zusammenhänge und Kausalitäten müssen jedoch weiter erforscht werden. Grundsätzlich kann bei einem vermehrten Austausch mit Hospizdiensten auch eine Förderung des Ehrenamts (was u.a. über Hospizdienste organisiert wird) einhergehen, die hier jedoch nicht näher abgefragt wurde. Demgegenüber konnte die Fachstelle bisher kaum zu mehr *„Austausch mit Haus-/Fachärzt*innen“* (17%, N₃=5) oder mehr *„Austausch mit Krankenhäusern“* (10%, N₃=3) beitragen, wenngleich dies – mit Ausnahme der Hausärzt*innen – die Kooperationsbeziehungen sind, die kritischer bewertet wurden und besonders hier Bedarf bei der Unterstützung aufseiten der Einrichtungen bestand. Weshalb die Fachstelle hier bisher keinen für die Einrichtungsleitungen wahrnehmbaren Beitrag leisten konnte, kann nicht weiter vertieft werden, da dies nicht abgefragt wurde. Anzunehmen ist, dass die Intensivierung des Austauschs zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern bzw. Fachärzt*innen mit hohem Aufwand verbunden ist und dies nicht nur von der Fachstelle vorangetrieben werden kann bzw. sich hier besonders hohe Hürden abzeichnen. Als dritte wichtige Wirkung der Fachstelle in den Einrichtungen neben der *„Stärkung der Palliativkompetenz sowie Hospizkultur“* durch Beratung und der Intensivierung von Netzwerkstrukturen und Kooperationsbeziehungen gaben die Einrichtungsleitungen die *„Qualifizierung der Mitarbeiter*innen durch Fort- und Weiterbildung“* (43%, N₃=13) an. Die Wirksamkeiten (Beiträge) der Fachstelle in den Pflegeeinrichtungen korrespondieren dabei nicht nur mit den Bereichen, in denen Einrichtungen bisher Erfahrungen mit der Fachstelle gesammelt haben, sondern auch mit den Bedarfen der Einrichtungen. D.h., dass *dort, wo die Fachstelle involviert war, sie auch wirksam weiterhalf und vor Ort einen Beitrag für die Palliativkompetenz und Hospizkultur in den Einrichtungen leistete*. Dabei gab sie bedarfsorientierte Hilfestellungen und wurde von den Pflegeeinrichtungen entsprechend bedarfsgeleitet genutzt. In diesem Sinne erfüllte sie ihre gemäß Konzeption vorgegebene Zielstellung, die eine Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der Hospiz- und Palliativgesetzes sowie eine Stärkung der Hospizkultur und Palliativkompetenz insgesamt vorsieht. Dennoch könnte das Wechselverhältnis zwischen den Bedarfen und Wirkungen in den Einrichtungen auch auf eine bedarfsevozierende Arbeit der Fachstelle verweisen: So würde die Zusammenarbeit mit der Fachstelle erst bestimmte Bedarfe der Einrichtungsleitungen hervorbringen, die sie dann wiederum gemeinsam mit ihnen bearbeitet. Hierzu wurde eine Kreuztabelle erstellt, die das Verhältnis zwischen Bedarfen und Wirkungen näher bestimmte. Kausalitäten können hierdurch nicht nachgewiesen werden bzw. ergaben sich hier auch aufgrund der geringen Fallzahlen auch keine statistischen signifikanten Zusammenhänge. Trotzdem erscheint ein genauerer Blick auf das spezifische Antwortverhalten hilfreich, da so erste Hinweise darauf gegeben werden können, ob Wirkungen auch dort eintraten, wo vorab gar keine Bedarfe angemeldet wurden. Tabelle 10 zeigt bspw. die als wichtig eingestufte *„Vernetzung mit*

Hospizdiensten und SAPV-Teams', die besonders dann wahrgenommen wurde, wenn Bedarf nach Verbesserung der ‚palliativpflegerischen Versorgung‘ sowie ‚Kooperationen mit externen Versorgungsakteur*innen‘ vorhanden war. Entsprechend wurde der positive Beitrag einer Intensivierung von Vernetzungsstrukturen besonders in solchen Einrichtungen wahrgenommen. Demgegenüber war die ‚Qualifizierung der Mitarbeitenden‘ kein Beitrag, der besonders häufig von Einrichtungen angegeben wurde, die hier auch noch Verbesserungsbedarf sahen. Das kann vorsichtig darauf hindeuten, dass der Bedarf nach ‚Qualifizierung‘ nicht erst durch das Angebot der Fachstelle hervorgerufen wurde.

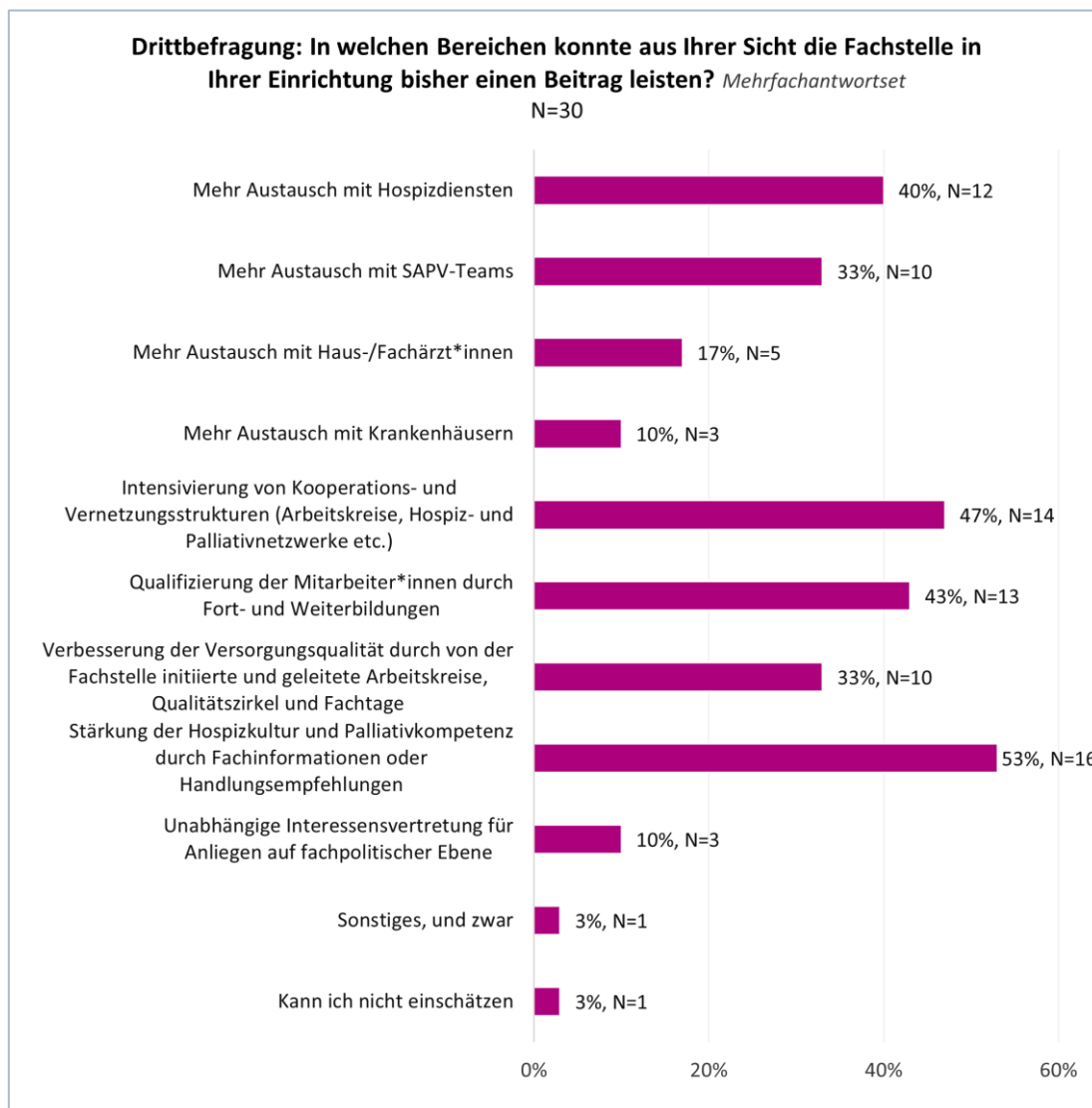


Abbildung 24: Wahrgenommene Wirkungen der Fachstelle in der eigenen Einrichtung aus Sicht der Einrichtungsleitungen (DRITTBEFragung)

Kurzum: Die Bedarfe und Wirksamkeiten überschneiden sich, jedoch ist das Verhältnis heterogen und lässt den vorläufigen Schluss zu, dass die Bedarfe – zumal sich diese bereits in der ERSTBEFRAGUNG in ähnlicher Ausprägung zeigten – nicht (nur) durch die Arbeit der Fachstelle hervorgerufen wurden. Das Wechselverhältnis muss jedoch weiter ausgeleuchtet werden und bedarf daher weiterführender Forschung.

Tabelle 10: Kreuztabelle zwischen wahrgenommenen Wirkungen der Arbeit der Fachstelle und Bedarfen der Einrichtungen (DRITTBEFRAGUNG)

WIRKUNGEN DER ARBEIT DER FACHSTELLE IM VERHÄLTNIS ZU DEN BEDARFEN DER EINRICHTUNGEN (N ₃ =20)							
BEDARFE	PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG	PALLIATIV-PFLEGERISCHE VERSORGUNG	PSYCHOSOZIALE BEGLEITUNG (HAUPT-/EHE-RENAMT)	SPIRITUELLE BEGLEITUNG	QUALIFIZIERUNG	KOOPERATION/VERNETZUNG INTERN	KOOPERATION/VERNETZUNG EXTERN
MEHR AUSTAUSCH MIT HOSPIZDIENSTEN	15% (N ₃ =3)	25% (N ₃ =5)	20% (N ₃ =4)	15% (N ₃ =3)	15% (N ₃ =3)	15% (N ₃ =3)	25% (N ₃ =5)
MEHR AUSTAUSCH MIT SAPV-TEAMS	15% (N ₃ =3)	20% (N ₃ =4)	25% (N ₃ =5)	20% (N ₃ =4)	20% (N ₃ =4)	5% (N ₃ =1)	20% (N ₃ =4)
MEHR AUSTAUSCH MIT HAUS-/FACHÄRZT*INNEN	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)	5% (N ₃ =1)	5% (N ₃ =1)	5% (N ₃ =1)	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)
MEHR AUSTAUSCH MIT KRANKENHÄUSERN	0% (N ₃ =0)	0% (N ₃ =0)	0% (N ₃ =0)	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)
INTENSIVIERUNG VON KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGSSTRUKTUREN	15% (N ₃ =3)	25% (N ₃ =5)	25% (N ₃ =5)	10% (N ₃ =2)	15% (N ₃ =3)	25% (N ₃ =5)	30% (N ₃ =6)
QUALIFIZIERUNG DER MITARBEITENDEN DURCH FORT- UND WEITERBILDUNGEN	10% (N ₃ =2)	5% (N ₃ =1)	20% (N ₃ =4)	10% (N ₃ =2)	15% (N ₃ =3)	10% (N ₃ =2)	15% (N ₃ =3)
VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT	15% (N ₃ =3)	20% (N ₃ =4)	15% (N ₃ =3)	15% (N ₃ =3)	5% (N ₃ =1)	25% (N ₃ =5)	15% (N ₃ =3)
STÄRKUNG DER HOSPIZ-KULTUR UND PALLIATIVKOMPETENZ	15% (N ₃ =3)	20% (N ₃ =4)	30% (N ₃ =6)	20% (N ₃ =4)	25% (N ₃ =5)	20% (N ₃ =4)	25% (N ₃ =5)
UNABHÄNGIGE INTERESSENSVERTRETUNG	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)	10% (N ₃ =2)	0% (N ₃ =0)	0% (N ₃ =0)	5% (N ₃ =1)	5% (N ₃ =1)

Bei Betrachtung der Nutzung der Fachstelle und dem anhaltend hohen Interesse der Pflegeeinrichtungen an der Zusammenarbeit kann konstatiert werden, dass sich die Fachstelle in den letzten Jahren in der Versorgungslandschaft in München etabliert hat und für die Einrichtungen zu einem *bedeutsamen Ansprechpartner und Wissensvermittler für Palliative Care* geworden ist.

5.9. Weiterentwicklung der Fachstelle: Anbindung aus Sicht der Einrichtungsleitungen

Zusammenfassung:

- » Wichtig bei der Weiterentwicklung der Fachstelle wäre aus Sicht der Einrichtungsleitungen vor allem, deren Bekanntheit zu stärken und aktiv auf die Pflegeeinrichtungen zuzugehen.
- » Auch eine Erweiterung des digitalen Angebotes wird als Möglichkeit der Weiterentwicklung betrachtet.
- » Aus Sicht der Einrichtungsleitungen sollten Fachstellen regional und örtlich angebunden sein, da sie hier in gelebte Netzwerkstrukturen eingegliedert werden können.

Mit der abschließenden DRITTBEFRAGUNG wurde nach den *Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Fachstelle* gefragt. Wie in Abbildung 25 zu sehen ist, wurden von den Einrichtungsleitungen drei Empfehlungen benannt, die ihnen bei der Entwicklung der Fachstelle als wichtig gelten.

So sollte (1) sich die ‚Bekanntheit der Arbeit der Fachstelle verbessern‘ (64%, $N_3=30$), (2) es grundsätzlich ‚mehr direkte Ansprache der Heime durch die Fachstelle‘ geben (43%, $N_3=20$) und (3) das digitale Angebot erweitert werden (32%, $N_3=15$). In diesem Sinne sollte aus Sicht der Einrichtungsleitungen bei der weiteren Entwicklung der Fachstelle eine verbesserte Sichtbarkeit bzw. Zugriffsmöglichkeiten auf die Angebote der Fachstelle einerseits in der Region und andererseits in den Pflegeeinrichtungen vor Ort bedacht werden. Dabei ist interessant, dass die Fachstelle gemäß der Einrichtungsleitungen aktiv(er) auf die Pflegeeinrichtungen zugehen und direkt(er) ansprechen sollte. In der ERSTBEFRAGUNG gab noch ein Großteil an, dass ein Kontakt mit der Fachstelle vor allem von den Pflegeeinrichtungen ausgehen sollte und die Fachstelle zwar erreichbar sein, jedoch auf Kontaktierungen warten soll (56%, $N_1=30$). Aufgrund des unterschiedlichen Rücklaufs und der Anonymität der Teilnehmenden kann hier nicht nachvollzogen werden, ob die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nun ‚tatsächlich‘ anders antworteten oder ob an der DRITTBEFRAGUNG eher solche Pflegeeinrichtungen teilnahmen, die eine direkte Ansprache der Fachstelle wünschten. Gleichwohl kann hieraus abgeleitet werden, dass Pflegeeinrichtungen die Zusammenarbeit der Fachstelle bisher als wenig ‚störend‘ für die eigene Arbeitspraxis wahrnahmen (i.S. einer Disruption der Arbeitsabläufe), da eine direkte Ansprache der Fachstelle bedeutet, die Einrichtungen zu unterschiedlichen Themen der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung auch ohne deren Zustimmung zu kontaktieren. Zudem kann dies auch als Ausdruck der vorher vorgestellten Wirksamkeiten betrachtet werden: Da die Fachstelle bisher wirksam in den Einrichtungen helfen und unterstützen konnte, wird sie als kompetente Akteurin im Feld wahrgenommen, die auch direkt auf die Einrichtungen zugehen kann, um die Hospizkultur und Palliativkompetenz weiter zu stärken.

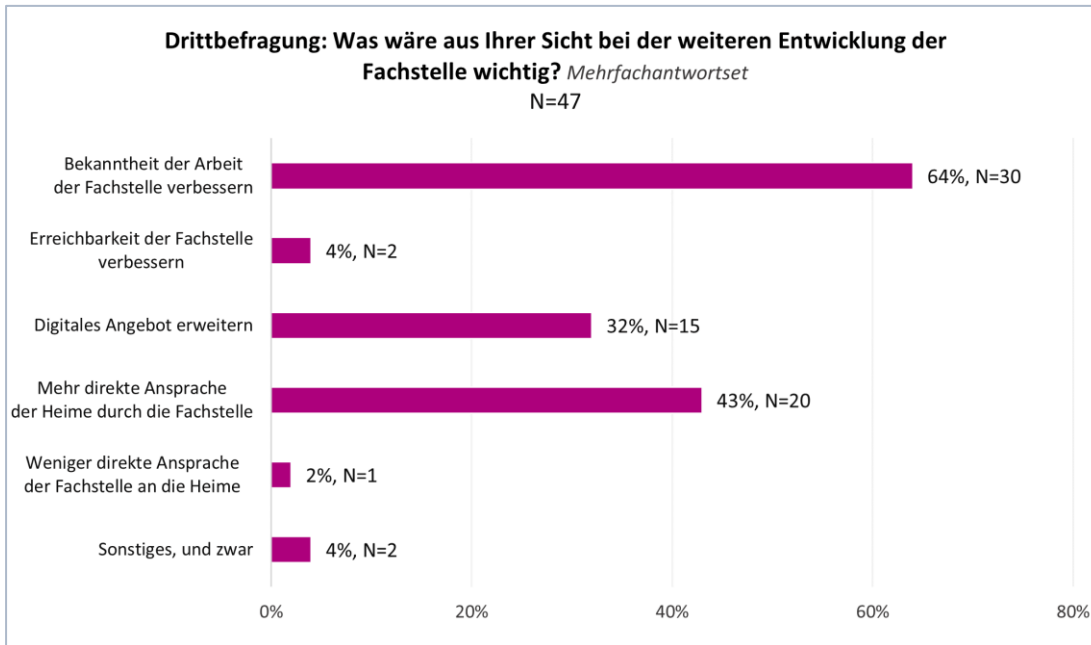


Abbildung 25: Wichtige Aspekte bei der Weiterentwicklung der Fachstelle aus Sicht der Einrichtungsleitungen (DRITTBEBFRAGUNG)

In der DRITTBEBFRAGUNG wurde auch die in den Experteninterviews aufkommende Frage nach einer gewinnbringenden *Anbindung einer Fachstelle* zur Förderung der Hospizkultur und Palliativversorgung gestellt. Wie Abbildung 26 zeigt, sollten derlei Fachstellen aus Sicht der Einrichtungsleitungen besonders an eine ‚örtliche Einrichtung (z.B. Hospizverein)‘ (51%, $N_3=21$) oder ein ‚regionales Hospiz-/Palliativnetzwerk‘ (40%, $N_3=18$) angebunden sein. Kaum gewollt war eine Anbindung an den ‚Bezirk‘ (4%, $N_3=2$), die ‚Kommune‘ (9%, $N_3=4$) oder eine ‚bayernweite Einrichtung‘ mit politisch-institutioneller Verankerung (z.B. Landesamt für Pflege) (9%, $N_3=4$). Diese Präferenz einer ortsnahe Fachstelle ist vor dem Hintergrund der benannten Bedarfe zu interpretieren, die sich bei Pflegeeinrichtungen auf die konkrete Unterstützung in der eigenen Alltagspraxis fokussieren (vgl. Kap. 7) und aus Sicht der Einrichtungsleitungen eine niedrigschwellige, ortsnahe Anlaufstelle bedingen. Überregionale Fachstellen (z.B. bayernweit), mit denen nicht zwingend ‚Praxisnähe‘ verbunden wird (zumindest hinsichtlich regionaler Eingebundenheit und Fachbezug) werden in diesem Sinne eher skeptisch gesehen. Hieraus kristallisierten sich zwei Aspekte, die für die Anbindung einer Fachstelle aus Sicht der Einrichtungsleitungen bedeutsam sind:

- (1) Eine Fachstelle sollte an *Versorgungsinstitutionen bzw. an bestehende Versorgungsnetzwerke* angebunden werden. Dies könnte aus der Vorstellung heraus entspringen, dass dadurch eine praxisnahe-fachliche Ausrichtung erzielt werden kann, die die immanenten Selbstverständnisse des Feldes berücksichtigt. Demgegenüber erscheint eine Anbindung an Verwaltungsstrukturen (z.B. Kommunen, Bezirk oder Landesamt für Pflege) als wenig sinnvoll, womöglich weil angenommen wird, dass eine so angebundene Fachstelle bürokratischer sowie praxisferner aufgebaut wäre und daher das Feld in seinen spezifischen Ausprägungen und Selbstverständnissen nicht ‚versteht‘.

- (2) Diese institutionelle Anbindung soll mit einer *beschränkten – d.h. örtlich-regional fokussierter – Reichweite* einhergehen. Demnach soll eine Fachstelle aus Sicht der Einrichtungsleitungen institutionell in Strukturen *vor Ort* eingebettet sein und damit räumlich für die Einrichtungen nah- und erreichbar bleiben.

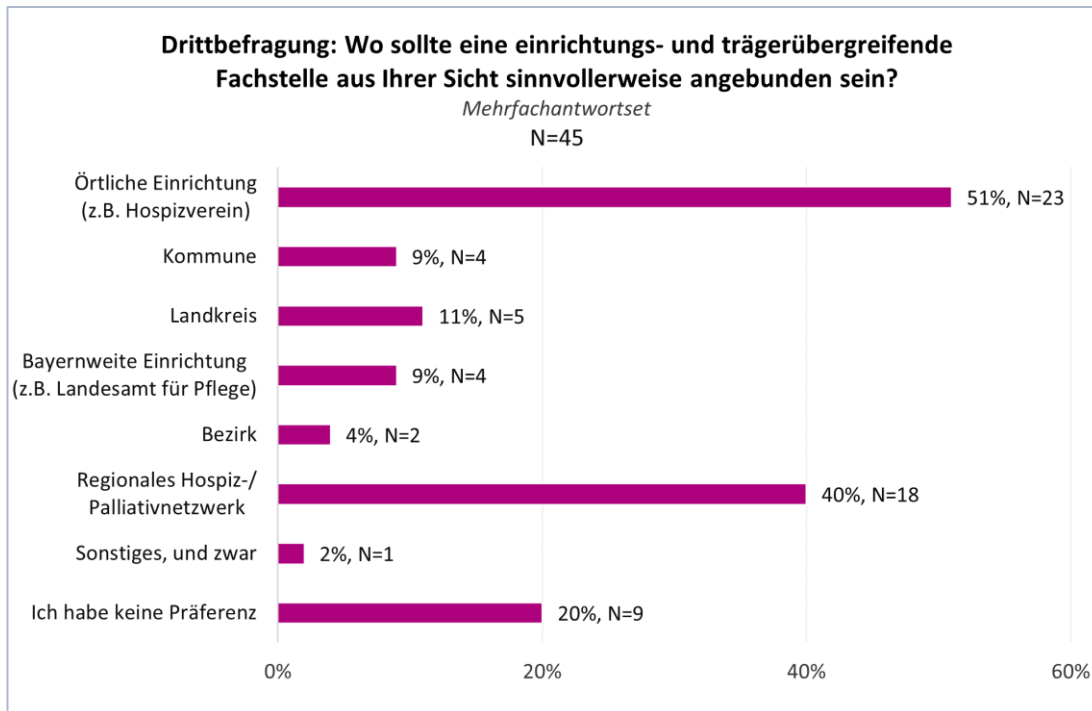


Abbildung 26: Anbindung einer Fachstelle aus Sicht der Einrichtungsleitungen (DRITTBEBFRAGUNG)

Betrachtet man die Antworten im Hinblick auf die Größe und den Standort der Einrichtungen, zeigt sich, dass kleine Pflegeeinrichtungen ‚örtliche Einrichtungen (z.B. Hospizverein)‘ signifikant häufiger präferierten als große Pflegeeinrichtungen.¹⁵ In diesem Sinne waren es besonders kleine Pflegeeinrichtungen mit weniger als 107 Plätzen, die aus der eigenen Wahrnehmung heraus von regionalen, örtlichen Fachstellen profitieren würden. Mit Blick auf den Standort zeigt sich eine noch deutlichere Tendenz zur Regionalität, die auf den Unterschied zwischen Stadtgebiet und Landkreis aufmerksam macht. So konnte ein Zusammenhang zwischen Pflegeeinrichtungen im Landkreis und der Präferenz einer Anbindung an einen ‚Landkreis‘ gemessen werden.¹⁶ Zwar ist es wenig verwunderlich, dass es die dortigen Pflegeeinrichtungen waren, die den ‚Landkreis‘ als potenziell gewinnbringende Anbindung für eine Fachstelle sehen, jedoch verweist dies auf einen grundlegenden Sachverhalt: Eine Fachstelle muss bei der Planung, dem Aufgabenprofil und der Tätigkeit in die vorhandenen infrastrukturellen Gegebenheiten eingepasst werden. Im Falle (auch inner-)regionaler Divergenzen (z.B. bzgl. des Vorhandenseins von einrichtungsinternen PC-Beauftragten oder etablierten Netzwerkstrukturen von Hospiz-/Palliativakteur*innen) drückt sich dies in unterschiedlichen Anforderungen, Erwartungen und Arten der Zusammenarbeit mit der Fachstelle aus (vgl. Kap. 6). Es benötigt jedoch weitere

¹⁵ Signifikanzberechnung: χ^2 sign. = 0,068; Richtungsmaß Φ = -0,275

¹⁶ Signifikanzberechnung: χ^2 sign. = 0,019; Richtungsmaß Φ = 0,350

Forschung, die erhellt, wie ‚kleinteilig‘ der räumliche Zuschnitt für eine Fachstelle gewählt werden muss, um regionalen Spezifika der Versorgungslandschaften zu entsprechen. Ob die Fachstelle für Stadtgebiet und Landkreis München zu wenig auf die jeweils regional spezifischen Merkmale zugeschnitten ist, wird in Kap. 6.1 weiter vertieft. Anzumerken ist für die Region München, dass mit dem CHV ein stark vernetzter und regional verwurzelter Hospizverein vorhanden ist, der besonders im Stadtgebiet München als Anbindung positiv angenommen wurde. Selbstredend gilt dies als ein Spezifikum der Region, so dass diese für das Modellprojekt der regionalen Fachstelle gewählte Anbindung nicht umstandslos für andere Regionen übernommen werden kann.

Im Nachfolgenden werden die Befunde der Selbstdokumentation der Fachstelle vorgestellt. Wenn notwendig, werden die bis hier vorgestellten Ergebnisse eingebunden, um Zusammenhänge aufzuzeigen bzw. mögliche Irritationen zwischen den jeweiligen Datensträngen hervorzuheben. Eine konsequente Zusammenführung aller Befunde erfolgt zum Schluss in Kap. 8.

6. Befunde II: Selbstdokumentation der Fachstelle

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse aus der Auswertung der Selbstdokumentation skizziert. Die Datengrundlage waren dabei 51 Monate der Dokumentation der Fachstelle und ein Datensatz mit über 2000 Fällen. Die Dokumentation der Fachstelle umfasst folgende Kategorien, die im Rahmen der Begleitstudie anonymisiert ausgewertet wurden:

- » ‚Jahr‘
- » ‚Zuordnung der Kontaktperson‘
- » ‚Region des Kontaktes‘
- » ‚Thema des Austauschs‘ sowie
- » ‚Richtung der Kontaktierung‘, d.h. ob die Fachstelle selbst den Austausch gesucht hat oder kontaktiert wurde

Darüber hinaus wurden die Tätigkeitsbeschreibungen zur Verfügung gestellt, die ebenfalls (qualitativ) ausgewertet wurden. Bereits im Zuge der Zwischenauswertungen wurde die bis dahin vorliegende Dokumentation (bis 10/2021) analysiert und einer ersten formativen Evaluation unterzogen (vgl. hierzu die Projektmeilensteine in Kap. 4.2). Die ursprüngliche Tätigkeitsbeschreibung wurde ausgehend von dieser formativen Evaluation angepasst und in das Dokumentationssystem integriert. Die vorherige Kategorie ‚Sonstiges‘ förderte im Rahmen der Evaluation neue Kategorien hervor, die zur weiteren Präzisierung genutzt wurden. Die Tätigkeitskategorien sind daher wie folgt:

- » *Qualifizierung:*
z.B. Entwicklung und Durchführung von Fortbildungsangeboten für Mitarbeiter*innen stationärer Pflegeeinrichtungen, Qualifizierung Ehrenamtlicher, Referententätigkeit

- » *Qualitätsförderung und -sicherung:*¹⁷
z.B. Mitwirkung in Arbeitskreisen, Planung und Durchführung von Fachtagen, Beratung und Qualifizierung von Hospizdiensten und SAPV-Teams, Entwicklung von Fachinformationen/Materialien/Handlungsempfehlungen
- » *Konzeptionelle Arbeit:*
Konzeptberatung und -reflexion, z.B. durch Erarbeiten und Weiterentwickeln bestehender Konzepte zur palliativen Versorgung und Begleitung
- » *Vernetzung/Netzwerkarbeit:*
z.B. Anregung/Aufbau/Stärkung fachlicher Kooperationsstrukturen, Unterstützung von Versorgungsnetzwerken, Initiierung und Durchführung von multiprofessionellen Fallbesprechungen und Qualitätszirkeln, Unterstützung bei der Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen mit externen Versorger*innen, Mitwirkung bei der konzeptionellen Weiterentwicklung von Schnittstellen
- » *Besondere Verpflichtungen:*
fachstellenbezogene Tätigkeiten wie z.B. Dokumentation und Präsentation der eigenen Arbeit, Mitarbeit an profil- und tätigkeitsbezogenen Klärungen zur Weiterführung der Fachstelle
- » *Sonstiges:*
z.B. Publikationen, Betreuung der Homepage, Mitwirkung bei Expertenempfehlungen zu verschiedenen Praxisthemen u.a;
- » *Öffentlichkeitsarbeit:*
Aktivitäten wie Präsentationen, Vorstellungen und generelles Bekanntmachen der Fachstelle (Kategorie ab 01/2022 im Zuge der formativen Evaluation)
- » *Fachpolitische Arbeit:*
(Mit-)Arbeit bspw. an Expertenempfehlungen auf Verbandsebene, an Stellungnahmen und Positionspapieren im Sinne einer Bündelung von Informationen hinsichtlich fachlich relevanter Problemstellungen, die über das Einzugsgebiet der Fachstelle hinausgehen (Kategorie ab 01/2022 im Zuge der formativen Evaluation)
- » *Information:*
Weitergabe von (Fach-)Informationen und Auskünften sowie Bearbeitung von Anfragen (auch bei jenen, die im Selbstverständnis nicht zu den Aufgaben oder dem Einzugsgebiet der Fachstelle gehören), z.B. bei gesetzlichen Regelungen, Förderbedingungen, Begrifflichkeiten und wie hiermit umzugehen ist (Kategorie ab 01/2022 im Zuge der formativen Evaluation)

¹⁷ Qualität meint hier nicht in erster Linie die Orientierung an formalisierten Prüfkriterien o.Ä., sondern die Unterstützung der alltäglichen Versorgungspraxis in den Einrichtungen durch Vermittlung von Handlungswissen („how-to-do“). Ziel ist die Herstellung von Handlungssicherheit in konkreten Situationen und bei Problemen am Lebensende.

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der Selbstdokumentation präsentiert. Insgesamt wird die Arbeit der Fachstelle anhand der vorliegenden Daten von März 2019 bis Juni 2023 vorgestellt.

6.1. Kontakte der Fachstelle in Stadtgebiet und Landkreis München

Zusammenfassung:

- » Die Fachstelle kontaktiert überwiegend systematisch und aktiv in die Versorgungslandschaft. Dabei geht ein Großteil des Austauschs mit den Versorgungsakteur*innen von der Fachstelle aus (57%, N=1420).
- » Aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in Stadt und Landkreis zeigen sich besonders viele Kontakte der Fachstelle im ‚Stadtgebiet München‘ (63%, N=1733) und weniger im ‚Landkreis‘ (12%, N=332).

Zunächst werden die Kontakte der Fachstelle dargestellt.¹⁸ Blickt man in einem ersten Schritt auf die Frage nach der *Richtung der Kontakte* zwischen Fachstelle und den Versorgungsakteur*innen in Stadt und Landkreis München – d.h.: fragt die Fachstelle bei den Versorgungsakteur*innen an bzw. macht ihnen Angebote oder wird sie angefragt bzw. werden Angebote bei ihr nachgefragt –, so lautet die bisherige Konstellation: Die Kontakte gingen zum größeren Teil, und zwar zu 57% (N=1420), von der Fachstelle aus, während umgekehrt in 43% der Fälle (N=1088) die Fachstelle kontaktiert, also der Kontakt von den Versorgungsakteur*innen im Feld initiiert wurde. Die Daten deuten demnach darauf hin, dass – durchaus im Sinne der Erwartung der Einrichtungsleitungen (siehe Kap. 5.6) – die *Fachstelle überwiegend systematisch und aktiv ‚in das Feld hinein‘ kontaktiert*, diese Kontakte auch bspw. durch Nachfragen aufrechterhält und demnach die Themen, die sie gemeinsam mit den Versorgungsakteur*innen bearbeitet oder gar anstößt, nachverfolgt (vgl. Abbildung 27).

¹⁸ Anzumerken ist hier, dass in der Selbstdokumentation i.d.R. der Erstkontakt mit einem*einer Ansprechpartner*in zu einem bestimmten Thema dokumentiert und persönliche Treffen nicht eigens erfasst wurden. Die tatsächliche Anzahl an Kontakten liegt daher um einiges höher.

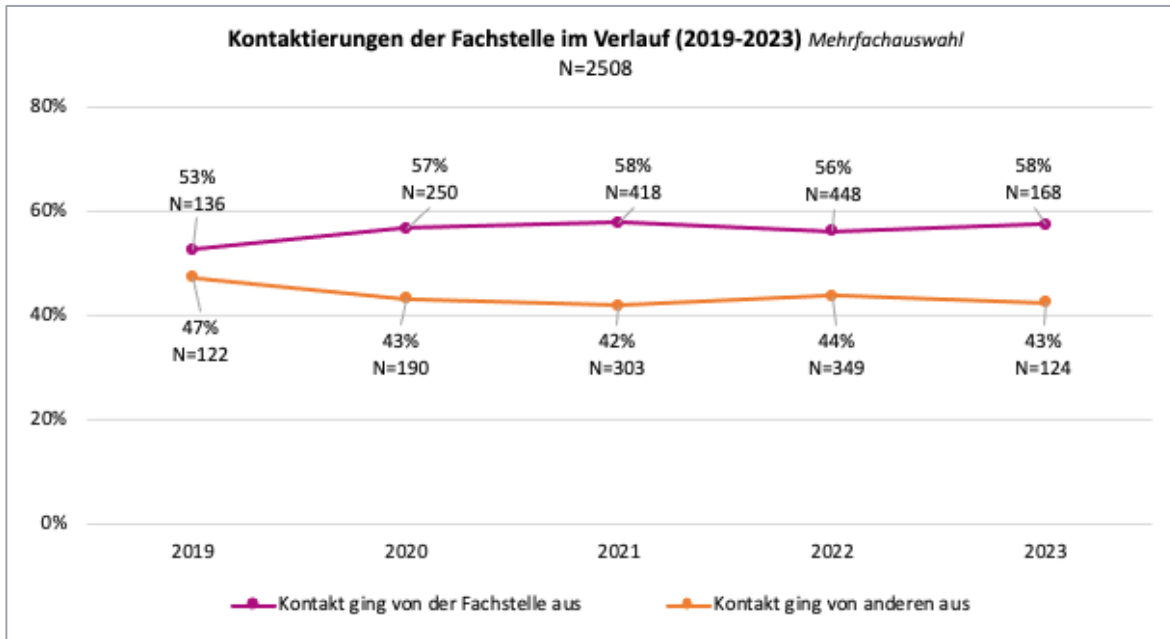


Abbildung 28: Kontaktrichtungen der Fachstelle im Verlauf

Dieses Verhältnis zeigt sich nicht nur in der Gesamtschau aller bisheriger Kontakte, sondern auch in der Betrachtung der einzelnen Jahre (vgl. Abbildung 28). In allen Jahren blieb die Fachstelle aktiv in der Kontaktierung in das Feld hinein, wobei ebenfalls beobachtet werden kann, dass die Intensität anstieg: Nimmt man die Jahre in den Blick, die vollständig erhoben wurden (2020, 2021, 2022) zeigt sich, dass die Anzahl der absoluten Häufigkeiten der aktiven Kontaktierungen der Fachstelle sowie der der Versorgungsakteur*innen stetig stieg. Dabei war vor allem ein deutlicher ‚Sprung‘ von 2020 (insgesamt 440 Kontakte) zu 2021 (insgesamt 721 Kontakte) zu erkennen. In just dieser Zeitspanne begann sich auch die Corona-Pandemie auszubreiten, die, wie bereits in Kap. 5.4 aufgezeigt, die Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen stellte. Wie in der ZWEITBEFRAGUNG beobachtet werden konnte, sank durch die pandemischen Herausforderungen das Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle kaum und blieb entsprechend hoch. Ob jedoch zu dieser Zeit eine vermehrte Suche nach mehr Austausch mit der Fachstelle entstand, kann aus den Zahlen nicht abgeleitet werden. Da auch im Jahr 2022 eine kontinuierliche leichte Steigerung der Kontakte zu beobachten war (von 721 im Jahr 2021 auf 797 im Jahr 2022), ist vielmehr anzunehmen, dass *sich die Position der Fachstelle in der Versorgungslandschaft etablierte* und die Bekanntheit allgemein stieg. Daraus lässt sich folgern, dass die Fachstelle, besonders in den ersten Jahren nach ihrer Implementation, ihre Position und Rolle in der Region bzw. im Versorgerfeld aktiv suchen, bestimmen und ausgestalten musste, was mit Blick auf die bloßen Kontaktzahlen offenbar auch gelang.

In einem weiteren Schritt wurden die gesamten Kontakte hinsichtlich der *Region* betrachtet (vgl. Abbildung 29), wobei sich herausstellte, dass *die Fachstelle bisher in unterschiedlicher Häufigkeit mit dem Stadtgebiet München und dem Landkreis München im Austausch stand*. Klar erkennbar sind die deutlich geringeren Kontakte in den bzw. aus dem ‚Landkreis München‘ (12%, N=332) im Vergleich zum ‚Stadtgebiet‘ (63%, N=1733), wobei diese Unterschiede nicht einfach auf noch ausschöpfbare Spielräume hinsichtlich der Kommunikationsgestaltung hindeuten. Zu beachten ist vielmehr, dass

der Landkreis München andere strukturelle Bedingungen als das Stadtgebiet aufweist und sich folglich die Quantität (als absolute Häufigkeiten) der Kontaktierungen aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der Versorgungsakteur*innen und Einrichtungen unterscheidet (z.B. Anzahl an Pflegeeinrichtungen: Stadt 56, Landkreis 27). Darüber hinaus ist auch davon auszugehen, dass sich die Kommunikationsbedarfe aufgrund der eigens gestalteten Vernetzungsprozesse im Landkreis (siehe z.B. die Palliativ-Geriatriischen Dienste für den Landkreis München) voneinander unterscheiden. Bei der Frage nach den Kontakten geht es damit weniger bzw. nicht vorrangig um unterschiedliche Bedürfnisse, Bedarfe oder Probleme in Stadt und Landkreis München, mithin also nicht so sehr um konkrete Inhalte. Wichtiger erscheinen verschiedene Vernetzungs-, Kommunikationsstrukturen und Kommunikationskulturen als solche, die die Adressierung der Fachstelle in Art und Häufigkeit beeinflussen. Die Frage, die bereits in Kap. 5.9 aufgeworfen wurde – inwieweit eine Fachstelle für Stadtgebiet und Landkreis München auf die jeweils regional spezifischen Merkmale zugeschnitten sein muss – gewinnt hier noch einmal an Bedeutung.

Ebenfalls erkennbar war ein geringer, jedoch vorhandener Anteil an Kontakten, die ‚außerhalb des Einzugsgebietes der Fachstelle‘ (4%, N=106) zu verorten waren. Bei genauerer Betrachtung dieser Kontakte zeigt sich, dass diese nur zu einem geringen Teil von der Fachstelle selbst ausgingen und hier grundsätzlich von einer Inanspruchnahme der Fachstelle von Akteur*innen außerhalb des Einzugsgebietes auszugehen ist, weniger von einer aktiven Adressierung der Fachstelle aus dem weiteren Einzugsgebiet heraus. Neben der zuvor beschriebenen insgesamt Steigerung der Kontakte über die Jahre hinweg, deutete diese Inanspruchnahme der Fachstelle auf eine grundsätzliche Etablierung der Fachstelle hin, da sie auch außerhalb der Region München wahrgenommen wurde.

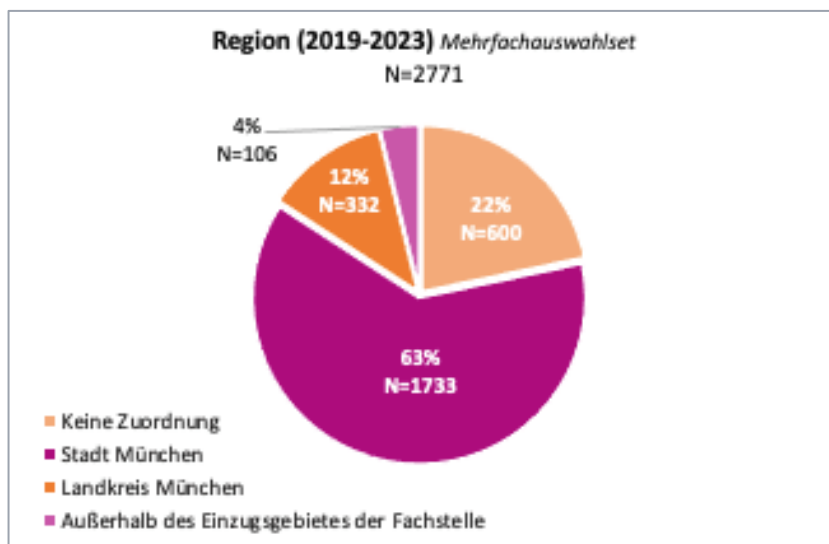


Abbildung 29: Kontakte der Fachstelle nach Region (2019-2023)

In Abbildung 29 ist ebenfalls der hohe Anteil an nicht zuordenbaren Kontaktierungen erkennbar (22%, N=600), die sich im Dokumentationssystem oftmals dann ergaben, wenn die Kontaktperson nicht eindeutig dem Stadtgebiet oder dem Landkreis zuzuordnen war: z.B. bei Trägervertreter*innen oder Verbänden, die in diesem Sinne als wichtige Multiplikator*innen hinsichtlich der überregionalen Bekanntheit mit entsprechend größerer Reichweite der Fachstelle fungieren.

6.2. Kontakte in die Versorgungslandschaft und mit Versorgungsakteur*innen

Zusammenfassung:

- » Die Fachstelle steht mit einer Vielzahl von Versorgungsakteur*innen im Austausch und hat dabei den meisten Kontakt mit ‚Trägervertretern‘, ‚Hospizdiensten‘, ‚Pflegeeinrichtungen‘ sowie dem ‚Hospiz- und Palliativnetzwerk München‘. In diesem Sinne adressiert sie weitestgehend die Klientel, die gemäß Konzeption auch erreicht werden soll.
- » Entgegen des generellen Trends der aktiven Kontaktierung durch die Fachstelle wird diese mehr von ‚Trägervertreter*innen‘ und ‚Pflegeeinrichtungen‘ kontaktiert als sie selbst Kontakt sucht, was darauf hindeutet, dass sie sich hier als bedeutsame Anlaufstelle für Anliegen und Fragen rund um Palliative Care etabliert hat.

Die Angebote der Fachstelle richten sich gemäß der Konzeption zuvorderst an Träger, Pflegeeinrichtungen, Hospizdienste und SAPV-Teams. Die Auswertung der Dokumentation der Fachstelle zeigt demgegenüber eine größere Bandbreite an *Versorgungsakteur*innen, -diensten und weiteren Akteur*innen der Hospiz- und Palliativlandschaft*, mit denen die Fachstelle über die Jahre im Austausch war (vgl. Abbildung 30); davon am meisten mit – bei Betrachtung der inhaltlich bestimmten Kategorien – ‚Hospizdiensten‘ (16%, N=398), ‚Trägervertreter*innen‘ (14%, N=348) sowie ‚Pflegeheimen‘ (11%, N=270) und dem ‚Hospiz- und Palliativnetzwerk München‘ (11%, N=285). Im Laufe der Begleitstudie wurde eine Differenzierung der Kategorie ‚Pflegeheim‘ vorgenommen, die nun unterschiedliche Funktionen in den Pflegeeinrichtungen ausweist. Wenn diese Kategorien wieder summiert werden, sind die ‚Pflegeheime‘ – besonders die ‚Mitarbeiter auf Leitungsebene‘ sowie ‚mit besonderen Aufgaben bzw. PC-Beauftragte‘ – die häufigsten Kontaktierungen der Fachstelle (insgesamt 18%, N=442). Entsprechend war die Fachstelle mit jenen Akteur*innen vermehrt im Austausch, die sie laut Konzeption auch adressieren und erreichen will. Lediglich die geringe Zusammenarbeit mit ‚SAPV-Teams‘ fällt vor dem Hintergrund der Konzeption auf (2%, N=52). Aus den erhobenen Daten kann dabei nicht abgeleitet werden, ob SAPV-Teams in Stadt und Landkreis München weniger Bedarf an einer Zusammenarbeit mit der Fachstelle haben.

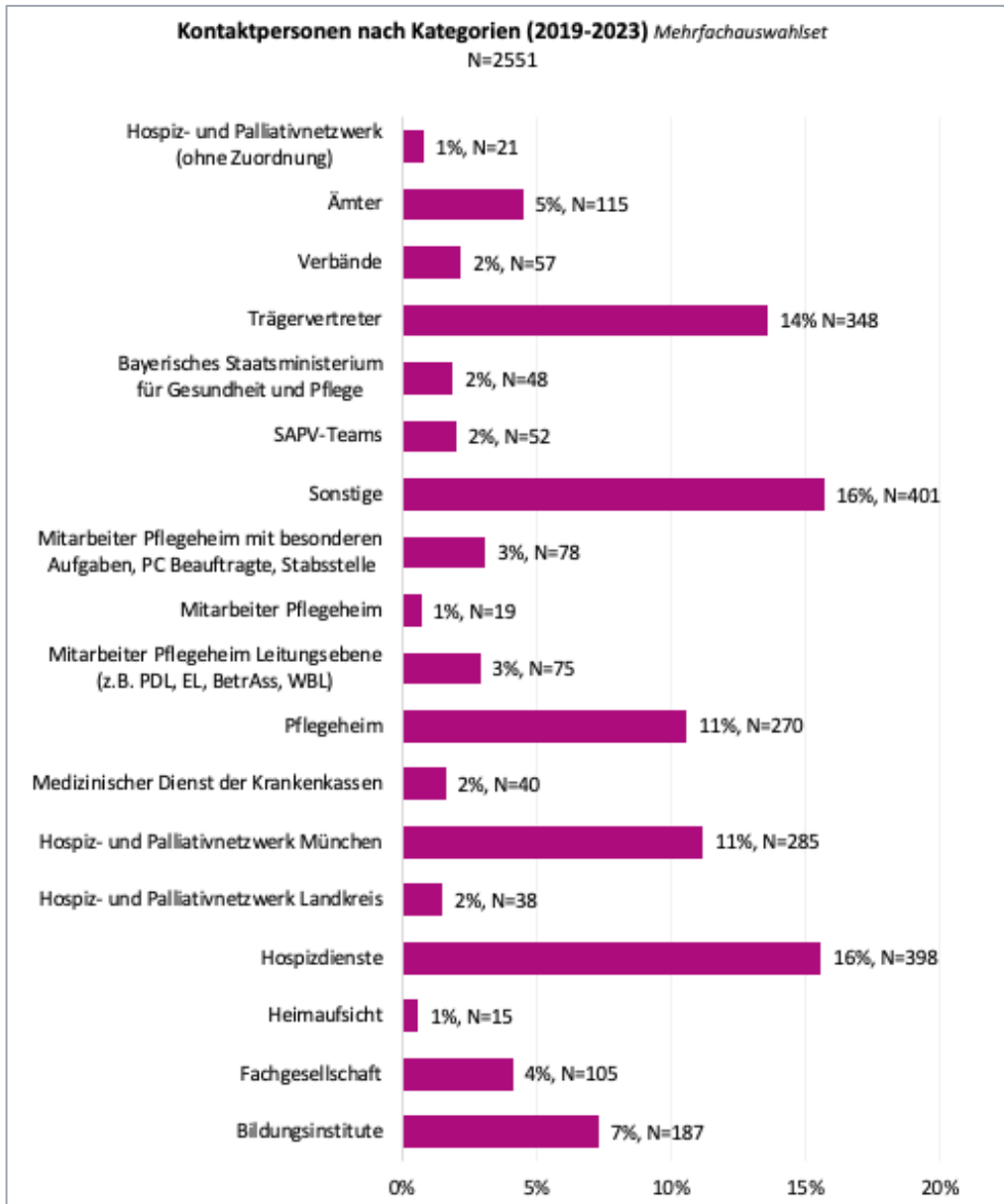


Abbildung 30: Kontaktpersonen nach Kategorien (2019-2023)

Bei Betrachtung der *Versorgungsakteur*innen*, mit denen die Fachstelle in den Jahren 2019 bis 2023 Kontakt hatte, ergibt sich *hinsichtlich der Kontaktrichtung* folgende Aufteilung (vgl. Tabelle 11):

Tabelle 11: Kontakttrichtung der Fachstelle je nach Kontaktperson (2019-2023)¹⁹

Kontakt/ Kontaktpersonen	Kontakt ging von anderen aus		Kontakt ging von der Fachstelle aus	
	N	%	N	%
Bildungsinstitute	84	45%	103	55%
Fachgesellschaft	50	48%	53	52%
Heimaufsicht	3	20%	12	80%
Hospizdienste	141	36%	254	64%
Hospiz- und Palliativnetzwerk Landkreis	11	29%	27	71%
Hospiz- und Palliativnetzwerk München	96	34%	186	66%
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	10	25%	30	75%
Pflegeheim	152	56%	118	44%
Mitarbeiter Pflegeheim Leitungsebene (z.B. PDL, EL, WBL)	41	55%	34	45%
Mitarbeiter Pflegeheim	14	78%	4	22%
Mitarbeiter Pflegeheim mit besonderen Aufgaben, PC-Beauftragte, Stabsstelle	49	64%	28	36%
Sonstige	121	30%	277	70%
Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	19	36%	33	64%
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege	12	25%	35	75%
Trägervertreter	207	60%	138	40%
Verbände	23	40%	34	60%
Ämter	45	39%	70	61%
Hospiz- und Palliativnetzwerk (ohne Zuordnung)	4	19%	17	81%

Ogleich die Fachstelle in der Gesamtschau mehr aktiv in die Versorgungslandschaft hinein kontaktierte, zeigt sich umgekehrt, dass ‚Pflegeheime‘ und ‚Trägervertreter‘ häufiger selbst die Fachstelle kontaktieren; andere Versorgungsakteur*innen werden hingegen eher von der Fachstelle kontaktiert. Dieser Zusammenhang ist den Berechnungen zufolge auch signifikant.²⁰ In diesem Sinne hat sich die Fachstelle *als bedeutsame Ansprechstelle für Pflegeeinrichtungen und Trägervertreter*innen etabliert*

¹⁹ Die Tabelle 11 zeigt die *Kontaktpersonen* in Abhängigkeit zur *Kontakttrichtung* und bezieht sich dabei in der Sortierung auf die Angaben zur *Kontakttrichtung*. Dabei entfallen Angaben in der Kategorie der Kontaktpersonen, wenn keine dazugehörige *Kontakttrichtung* angegeben wurde: Z.B. unterscheidet sich die Anzahl der Kontakte mit ‚Mitarbeitern Pflegeheim‘ insgesamt (N=19), wie in Abbildung 30 abgebildet, von der Anzahl der Kontakte mit ‚Mitarbeitern Pflegeheim‘, bei denen eine *Kontakttrichtung* angegeben wurde (N=18), wie in Tabelle 11 zu sehen ist. Kurzum: Die Sortierung nach der *Kontakttrichtung* berücksichtigt nicht alle Angaben einer Kategorie, sondern nur jene, die zusätzlich auch das Merkmal einer *Kontakttrichtung* aufweisen.

²⁰ Signifikanzberechnung: χ^2 sign. = 0,001

und wird von ihnen auch aktiv genutzt. Bei der Sortierung der jeweiligen Kontaktpersonen nach Stadt und Landkreis lassen sich keine grundlegenden Änderungen in der Reihenfolge erkennen. Bemerkenswert ist jedoch, dass im ‚Stadtgebiet München‘ als häufigste Ansprechpartner der Pflegeeinrichtungen die ‚Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben, PC-Beauftragte, Stabsstellen‘ an oberster Stelle stehen, während dies im ‚Landkreis‘ die ‚Mitarbeiter auf Leitungsebene‘ sind. Das kann in weiten Teilen mit der unterschiedlichen Personalstruktur in Stadt und Landkreis erklärt werden: So gibt es in Folge des Programms zur Förderung einer Hausinternen Tagesbetreuung (HIT) der Stadt München hier deutlich mehr anteilig freigestellte PC-Beauftragte in den Einrichtungen als im Landkreis.

Im nächsten Abschnitt wird betrachtet, welche Anliegen die Fachstelle bisher bearbeitete und welche Unterschiede sich hier einerseits mit Blick auf die Versorgungsakteur*innen und andererseits auf regionale Differenzen erkennen lassen.

6.3. Tätigkeiten der Fachstelle

Zusammenfassung:

- » Die Fachstelle arbeitet in Stadt sowie Landkreis München am meisten zu den Themen
 - ‚Qualitätssicherung/-förderung‘ (38%, N=999)
 - ‚Vernetzung/Netzwerkarbeit‘ (28%, N=719) sowie
 - ‚Qualifizierung‘ (17%, N=443)

In diesem Sinne kann hier eine aus der konkreten Praxis der Fachstelle entstandene Profilierung festgestellt werden.

- » Sie ist dabei auf die Bedarfe und Anliegen der Pflegeeinrichtungen (entsprechend der standardisierten Befragungen) eingestellt und bietet eine bedarfsorientierte Wissensvermittlung in der Region an.

Im Zuge der quantitativen Auswertungen der zuvor genannten *Tätigkeitskategorien* in der Selbstdokumentation der Fachstelle ergaben sich folgende Aktivitäten als häufigste Nennungen:

- » ‚Qualitätssicherung/-förderung‘ (38%, N=999)
- » ‚Vernetzung/Netzwerkarbeit‘ (28%, N=719) sowie
- » ‚Qualifizierung‘ (17%, N=443)

In diesem Sinne stellen sie wichtige Merkmale der inhaltlichen Profilierung der Fachstelle dar (vgl. Abbildung 31). Demgegenüber wurde die ‚konzeptionelle Arbeit‘ (1%, N=13) zur nachhaltigen Verbesserung der Hospiz-/Palliativversorgung in den dokumentierten Jahren kaum thematisiert, womit anzunehmen ist, dass die Bedarfe der Versorgungsakteur*innen sich weniger auf die gemeinsame Erarbeitung von solchen Konzepten richten. An dieser Stelle ist auf die standardisierte Befragung der Pflegeeinrichtungen zu verweisen, wonach ein geringer Bedarf durch die hohe Abdeckung der Pflegeeinrichtungen mit Konzepten zu erklären wäre: Nahezu bzw. über 90% der teilnehmenden

Einrichtungen gaben in der ERST- bzw. ZWEITBEFRAGUNG an, bereits über ein Hospiz- und Palliativkonzept zu verfügen. Und, damit korrespondierend, wurde bei den konkreten Anliegen an die Fachstelle die konzeptionelle Arbeit – und zwar sowohl die ‚(Weiter-)Entwicklung von Konzepten‘ als auch die ‚Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen‘ – in der ERST- und ZWEITBEFRAGUNG am wenigsten genannt. Lediglich im Zuge der DRITTBEFRAGUNG deutete sich ein erneut steigendes Anliegen der Einrichtungsleitungen an konzeptionellen Aufgaben an. Wie bereits in Kap. 5.6 beschrieben, kann dies entweder auf einen veränderten Datenpool von Teilnehmenden zurückgeführt werden oder aber auf einen möglicherweise gestiegenen Bedarf, die in der Praxis eingeführten Konzepte (neu) zu prüfen bzw. entstandene Sensibilitäten für das Thema Palliative Care konzeptionell zu bearbeiten bis hin zur Übersetzung der Konzepte in konkrete Handlungsempfehlungen – ein Aufgabenbereich der Fachstelle, der im Verlauf an Bedeutung gewonnen hat und aus Sicht der befragten Expert*innen auch einen wesentlichen Mehrwert der Fachstelle bildet (vgl. Kap. 7.2).

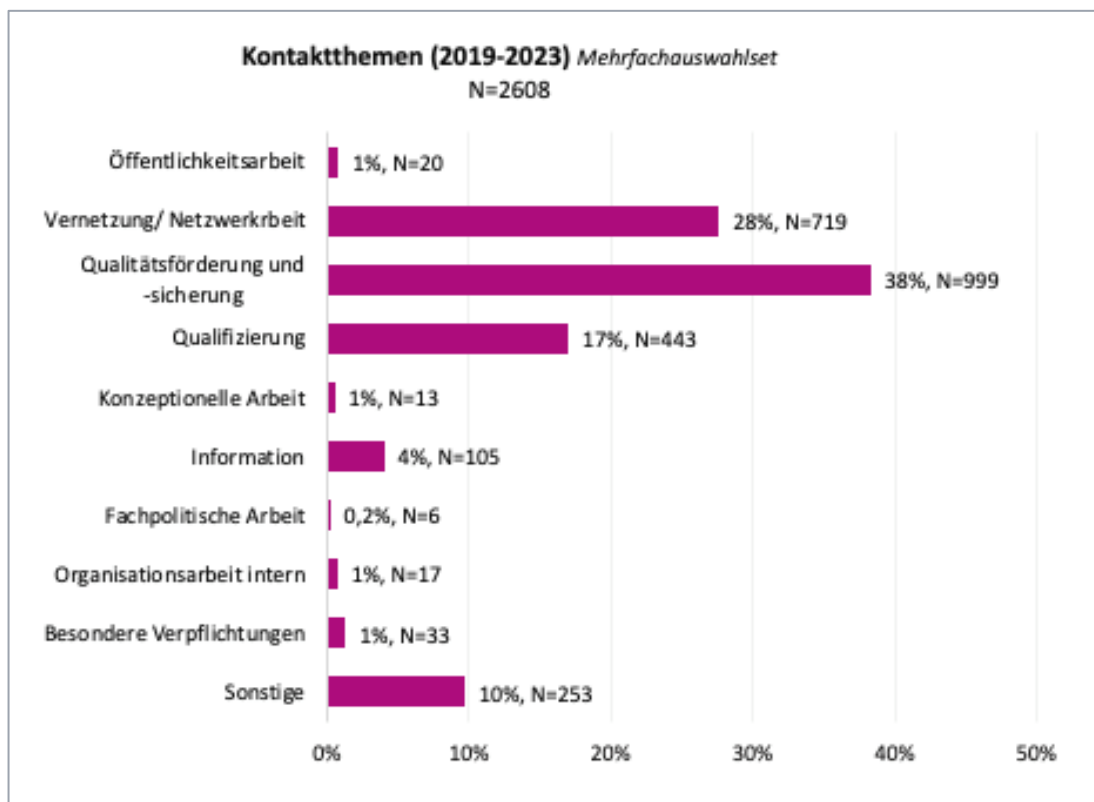


Abbildung 31: Kontaktthemen und Tätigkeiten der Fachstelle (2019-2023)

Im Vergleich mit den quantitativen Befragungen hinsichtlich der Verbesserungsbedarfe, Anliegen und bisher gesammelten Erfahrungen der Einrichtungsleitungen mit der Fachstelle ist erkennbar, dass die bisherigen Aktivitäten der Fachstelle hiermit korrespondieren. In der Gesamtschau deuten die Kontaktierungszahlen eine steigende Inanspruchnahme der Fachstelle an (vgl. Abbildung 28), die entsprechend nicht mit zunehmenden Bedarfen in den Einrichtungen erklärt werden kann (vgl. Abbildung 8). *Somit ergibt sich mit Blick auf die Profilierung der Fachstelle ein auf die Bedarfe abgestimmter und sinnvoller Fokus auf Qualitätssicherung und -förderung (Beratungen, Fachinformationen, Handlungsempfehlungen usw.), Vernetzung und Qualifizierung.*

Die Sortierung der Tätigkeiten nach *Region* ergab keine grundsätzlichen Veränderungen in der inhaltlichen Inanspruchnahme der Fachstelle und der Priorisierung der Kontaktthemen. Lediglich zu bemerken ist, dass kein Kontakt zum Landkreis zu den Themen der ‚konzeptionellen Arbeit‘ stattfand, während knapp $\frac{3}{4}$ dieser Kontaktierungen aus dem Stadtgebiet stammen (N=11).²¹ Auch gab es keinen Austausch zu ‚fachpolitischer Arbeit‘ sowie der ‚Organisationsarbeit intern‘ mit dem Landkreis. Hingegen erhellt die Sortierung der Tätigkeiten nach den entsprechenden *Versorgungsakteur*innen und -diensten* die Nutzung der Fachstelle sowie die Adressierung der Fachstelle in die Versorgungslandschaft. So wurde mit den ‚Bildungsinstituten‘ besonders häufig zum Thema ‚Qualifizierung‘ gearbeitet (28%, N=124), mit dem ‚Hospiz- und Palliativnetzwerk München‘ zum Thema ‚Qualitätssicherung und -förderung‘ (21%, N=211) und mit ‚Hospizdiensten‘ zum Thema ‚Vernetzung/Netzwerkarbeit‘ (22%, N=160). Die ‚Pflegeheime‘ hatten insgesamt den meisten Kontakt zur Fachstelle zum Thema ‚Vernetzung/Netzwerkarbeit‘ (12%, N=89), wobei sich Unterschiede hinsichtlich der Personalgruppen zeigten: So standen ‚Mitarbeiter auf Leitungsebene‘ vermehrt zum Thema der ‚Qualifizierung‘ (7%, N=30) und ‚Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben‘ zum Thema ‚Qualitätssicherung und -förderung‘ (4%, N=37) im Austausch mit der Fachstelle. Das bedeutet, dass die Fachstelle in den Einrichtungen teilweise unterschiedliche Themen gemeinsam mit den jeweiligen Berufsgruppen bearbeitete.

6.4. Hinweise zur formativen Evaluation der Arbeit der Fachstelle

Bei einer ersten Prüfung der aus der Konzeption der Fachstelle bzw. aus deren Selbstbeschreibung entnommenen Kategorien (vgl. Kap. 6) im Zuge der Zwischenauswertung im Januar 2022 zeigte sich, dass die verwendete Begrifflichkeit sich im Wesentlichen als praxistauglich für die Selbstdokumentation erwiesen hat, indem die ausgeführten Tätigkeiten damit weitgehend zutreffend charakterisiert werden konnten. Allerdings ließen sich bei genauerer Durchsicht in den Bereichen ‚Qualifizierung‘ und ‚Konzeptionelle Arbeit‘ sowie bei ‚Vernetzung/Netzwerkarbeit‘ und ‚Qualitätssicherung und -förderung‘ verschiedene Überschneidungen bzw. fehlende Trennschärfen erkennen. So wurde bspw. die Erstellung bzw. die Mitwirkung bei der Erarbeitung von Schulungskonzepten sowohl dem Bereich ‚Qualifizierung‘ als auch dem der ‚Konzeptionellen Arbeit‘ zugeordnet. Die Erstellung von Handlungsempfehlungen wurde ebenso doppelt ‚verbucht‘: Bei der ‚Konzeptionellen Arbeit‘ und der ‚Qualitätssicherung und -förderung‘. Dies deutete auf eine fehlende Unterscheidbarkeit einzelner Aktivitäten entlang verwendeter Tätigkeitskategorien hin, die für die Identifikation einer konkreten und vor allem bedarfsgerechten Profilierung der Fachstelle hinderlich ist. Denn solche fehlenden Unterscheidbarkeiten und Trennschärfen erschweren in der Gesamtschau der Dokumentation die Betrachtung der Passgenauigkeit der einerseits an die Fachstelle herangetragenen Anforderungen und andererseits der Bearbeitungen auf Seiten der Fachstelle – und zwar vor allem auch über den Zeitverlauf hinweg, da davon auszugehen ist, dass sich sowohl die Bedarfe des Feldes und die damit an die Fachstelle

²¹ Die restlichen Kontaktierungen dieser Tätigkeit konnten keiner Region zugeordnet werden, sodass hier keine weiteren Aussagen möglich sind.

herangetragenen Anforderungen als auch die entsprechenden Tätigkeiten und Aktivitäten der Fachstelle verändern. Dem entsprechend konnte durch Präzisierung und Differenzierung einzelner bestehender Kategorien die Praktikabilität – also die Anwendbarkeit des Kategoriensystems beim Dokumentieren – erhöht werden, was wiederum mit positiven Effekten für die Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung der geleisteten Arbeit in der Fachstelle selbst einhergeht. Als konkretes Beispiel hierfür wurde die Kategorie ‚Konzeptionelle Arbeit‘ mit der Aufgabe der Erstellung bzw. Beratung zu (bestehenden) Hospiz- und Palliativkonzepten präzisiert und so eine deutlichere Abgrenzung zu ‚Qualifizierung‘ vollzogen. Konkrete Handlungsempfehlungen für die Pflegeeinrichtungen innerhalb des Einzugsgebietes der Fachstelle wurden hingegen eindeutig der Kategorie ‚Qualitätssicherung und -förderung‘ zugeordnet.

Als weiteres Beispiel für die Entwicklung von geeigneten Kategorien für eine praxistaugliche Selbstdokumentation kann die Einführung neuer Kategorien genannt werden. So wurden im Zuge der Erfahrungen in der praktischen Arbeit der Fachstelle in Verbindung mit einer induktiv strukturierten Inhaltsanalyse – insbesondere aus der Sammelkategorie ‚Sonstiges‘ – bspw. die Tätigkeitsbereiche ‚Öffentlichkeitsarbeit‘, ‚Fachpolitische Arbeit‘ sowie ‚Information (Fachauskünfte)‘ gebildet. Damit bot sich die Möglichkeit einer klaren Zuweisung von Aktivitäten wie Präsentationen, Vorstellungen und generelles Bekanntmachen der Fachstelle unter der Kategorie Öffentlichkeitsarbeit, statt wie bisher dies bspw. unter ‚Vernetzung/Netzwerkarbeit‘ oder unter ‚Sonstiges‘ zu subsummieren. Die (Mit-)Arbeit bspw. an Expertenempfehlungen auf Verbandsebene, an Stellungnahmen und Positionspapieren im Sinne einer Bündelung von Informationen hinsichtlich fachlich relevanter Problemstellungen wird mittlerweile durch die Kategorie ‚Fachpolitische Arbeit‘ zusammengefasst. Hilfreich hierbei erscheint, dass dabei auch solche Kontakte bspw. zu Einrichtungen und Trägern ersichtlich werden, die sich zwar nicht im direkten regionalen Einzugsgebiet der Fachstelle befinden, jedoch denselben Problemstellungen begegnen wie Pflegeeinrichtungen in der Region München. Solche – bspw. über Multiplikatoren bei den Trägern laufenden – überregionalen Rezeptionen der Arbeit und Leistungen der Fachstelle sind insofern zu beachten und festzuhalten, als sie einrichtungsübergreifend den Informationsaustausch zu bewährten Problemlösungen befördern und somit strukturierende Wirkungen auch über ihren jeweiligen Nahraum hinaus erzielen können. Die hier kurz angedeuteten Präzisierungen führten letztlich zu sinkenden Nennungen in der Kategorie ‚Sonstiges‘ (vgl. Abbildung 31).

7. Befunde III: Qualitative Interviews mit Experten

Im Folgenden werden schließlich die wichtigsten Befunde aus den Experteninterviews skizziert. Im Projekt wurden verschiedene Professionen und institutionelle Perspektiven aufgenommen, um den jeweils spezifischen Blick auf die Praxis und das Feld zu erfassen. Dafür wurden Interviews mit Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Ärzt*innen, ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen, Palliativkoordinator*innen, aber auch mit Mitarbeitenden einer Bildungseinrichtung oder Fachreferent*innen von Trägern sowie fachpolitischen Vertreter*innen (Medizinischer Dienst, Gesetzliche Krankenkassen, Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Landratsamt München, Sozialreferat der Stadt

München) geführt. Inhaltlich wurden in den Interviews u.a. die bisherigen Entwicklungen der Palliativversorgung in Bayern und insbesondere speziell in der Region München, die Problematiken und Bedarfe dieser Versorgungslandschaft, das Profil der Fachstelle sowie erste Problemaufrisse zur institutionellen Anbindung und zur Frage nach einer bayernweiten Implementierung thematisiert.

7.1. Problematiken der Palliativversorgung in der Region München

Zusammenfassung:

Die wesentlichen Schwierigkeiten in den Pflegeeinrichtungen bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung ergeben sich aus Sicht der Expert*innen grosso modo...

- » ...aus der Zusammenarbeit und dem Schnittstellenmanagement mit externen Versorgungsakteur*innen (z.B. mit Haus-/Fachärzt*innen, SAPV- und Hospizdiensten) und
- » ...aus den internen, oftmals fehlenden bzw. nicht gelingenden Abstimmungen und dem unterschiedliche Fach- und Erfahrungswissen in den Pflegeeinrichtungen

Kennzeichnend für die vorliegenden Experteninterviews ist eine weitgehende Einigkeit bezüglich der beobachteten Verbesserungsbedarfe mit Blick auf Palliativkompetenzen und Hospizkultur in den Pflegeeinrichtungen. Obgleich die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in Bayern, und hier besonders in Stadt und Landkreis München, von den befragten Expert*innen im Vergleich zu den großen Disparitäten beim bundesweiten Blick als durchaus weit fortgeschritten betrachtet werden, ergeben sich in den Pflegeeinrichtungen erkennbare Schwierigkeiten in der jeweiligen institutionell-organisatorischen Umsetzung.

Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und externen Versorger*innen

Insbesondere bei der *Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen* sehen die befragten Expert*innen aus den Pflegeeinrichtungen (Heimleitungen, Pflegedienstleitungen), aber auch fachpolitische Vertreter*innen Verbesserungsbedarf, wenn es darum geht, die behandelnden Hausärzt*innen in die Versorgung sterbender Bewohner*innen verlässlich einzubinden, was vor allem dann nicht reibungslos gelingt, wenn der/die betreffende Hausärzt*in keine Palliative Care-Weiterbildung hat oder nicht offen für eine Zusammenarbeit bspw. mit SAPV-Teams ist. Hintergrund sind hier insbesondere differierende Selbstverständnisse und institutionelle Orientierungsrahmen (Palliative Care hier und kurativ-medizinische Versorgungslogik dort). Auch die fehlenden Absprachen mit Hausärzt*innen und mangelnde Koordinationen der Visiten erschweren bisweilen die alltägliche Arbeit in den Pflegeeinrichtungen. Aus Sicht der befragten Hausärzt*innen wiederum ist es bedeutsam, wenn in der Einrichtung geschultes Personal als Ansprechpartner zur Verfügung steht, da dann die Absprachen und die Abstimmung bspw. hinsichtlich der Medikation erleichtert wird. Ziel muss eine Zusammenarbeit ‚auf Augenhöhe‘ sein, die Kompetenz auf Seiten der Pflegeeinrichtungen sowie Verständnis und Offenheit auf Seiten der Hausärzt*innen erfordert.

Bei der *Zusammenarbeit mit Hospizdiensten* und hier vor allem mit ehrenamtlichen Begleitern zeigt sich eine Differenz zwischen jenen Pflegeeinrichtungen, die dafür offen sind und in der Zusammenarbeit eine Unterstützung erkennen, und solchen, die einer Zusammenarbeit mit Hospizdiensten eher skeptisch begegnen. Zieht man flankierend die standardisierte Befragung der Pflegeeinrichtungen heran, zeigt sich aus Sicht der Einrichtungsleitungen kein generell erhöhter Unterstützungsbedarf in der Zusammenarbeit mit Hospizdiensten (allgemein sowie als Aufgabe der Fachstelle). Jedoch wird durchaus Verbesserungsbedarf bei der psychosozialen Begleitung (vgl. Abbildung 8) bzw. als Anliegen die Verbesserung ehrenamtlicher Sterbebegleitung (vgl. Abbildung 9) angegeben. Daran knüpfen auch die Einschätzungen der befragten Expert*innen an: Insbesondere die Vertreter*innen hospizlicher Einrichtungen sehen die Notwendigkeit weiterer Überzeugungsarbeit, um entsprechende Unterstützung in Pflegeeinrichtungen anbieten zu können. Zugleich erfordert die Tätigkeit in Pflegeeinrichtungen aus Sicht verschiedener Expert*innen auch von Ehrenamtlichen ein Verständnis für die organisatorischen Möglichkeiten und Begrenzungen der Arbeit vor Ort. Damit geht die Anforderung einer Ausgewogenheit einher, sich als Ehrenamtlicher einzubringen und sich zugleich auch anzupassen bzw. einzuordnen in das Gefüge vor Ort – und bspw. keine Konkurrenzen um Zuständigkeiten und Kompetenzen mit dem Pflege- oder Betreuungspersonal zu provozieren, wie es manchmal wahrgenommen wird. Angesichts des Wandels im Ehrenamt hinsichtlich Engagementbereitschaft, zeitlichen Ressourcen und Verpflichtungsbereitschaften wird zudem die Auswahl von Ehrenamtlichen für die Aufgaben in Pflegeeinrichtungen immer bedeutsamer, sowohl auf der Seite der Hospizkoordinatorinnen als auch auf der Seite der Einrichtungen, die klar kommunizieren müssen, was sie brauchen. Bezüglich einer nachhaltigen Kooperation mit hospizlichen Diensten ist außerdem wichtig, einen regelmäßigen, informellen Austausch mit Ehrenamtlichen i.S. einer ‚Kontaktpflege‘ in den Einrichtungen zu gestalten.

Die *Kooperation mit SAPV-Teams* erscheint aus Sicht der befragten Heim-, Ärzte- und SAPV-Vertreter*innen selbst als weitgehend gelingend. Im Blick auf Pflegeeinrichtungen muss hierzu vor allem Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit dort eine entsprechende Offenheit für die Zusammenarbeit besteht. Aus der anderen Blickrichtung auf die SAPV-Mitarbeiter*innen sollte wiederum stärker versucht werden, die jeweilige Perspektive und Situation in den Pflegeeinrichtungen nachzuvollziehen und hier mehr Verständnis zu zeigen. Andernfalls wird die Wahrnehmung als Konkurrenz oder Kritiker zur Hürde für die Inanspruchnahme von Seiten der Pflegeeinrichtungen.

Schließlich werden aus Sicht der Versorgungspraktiker bei der *Schnittstellenkoordination mit externen Institutionen*, insbesondere mit Krankenhäusern, immer wieder Problematiken benannt, die ebenfalls auf divergierende institutionelle Selbstverständnisse (was ist der Versorgungsauftrag?), unklare Zuständigkeiten und Prozessabläufe sowie Interessensdivergenzen bei der jeweiligen Versorgung zurückzuführen sind. Dieser Punkt, die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, birgt aus Sicht der Einrichtungsleitungen auch in der standardisierten Befragung den größten Verbesserungsbedarf im Bereich Vernetzung/Kooperation (vgl. Abbildung 8). Der genannte Verbesserungsbedarf besonders bei der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsakteur*innen könnte aus Sicht der Expert*innen wesentlich durch *Kommunikationsförderung, verbesserte Absprachen und Mediation*, also

Konfliktbearbeitung, adressiert werden. Generell erscheinen auch die wechselseitige *Perspektivenübernahme* und das *Verständnis für die Notwendigkeiten und Restriktion* der beteiligten Akteur*innen, vor dem Hintergrund der jeweiligen organisationalen Erfordernisse, als Voraussetzung für gelingende Zusammenarbeit, sowohl bei der Kooperation zwischen Pflegeeinrichtungen und Hausarzt*innen als auch mit Hospizbegleiter*innen und SAPV-Mitarbeiter*innen.

Herausforderungen innerhalb von Pflegeeinrichtungen

Jedoch wird nicht nur die verbesserungswürdige Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Pflegeeinrichtungen und Externen genannt, sondern auch innerhalb der Einrichtungen gibt es Problematiken, die die palliative Versorgung und hospizliche Begleitung erschweren. Zum einen fehlt es in den Pflegeeinrichtungen an gemeinsamen Absprachen und Gesprächen, d.h. die *interne Kommunikation* sowie die hieran angeschlossene Zusammenarbeit im Team sind aus Sicht der Expert*innen verbesserungswürdig, um strukturiertere Arbeitsabläufe herzustellen und Konflikte in den Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Gerade die Expert*innen, die einen informierten Blick von außen auf die Situation in den Pflegeeinrichtungen haben, erkennen in einer funktionierenden, transparenten *Problem- und Fehlerkultur* einen wichtigen positiven Faktor für ein geregeltes Vorgehen und eine damit verbundene strukturelle Sicherheit für alle Beteiligten in kritischen oder unklaren Versorgungssituationen.

Zum anderen, und damit eng verbunden, ist hier das *unterschiedliche (Fach- und Erfahrungs-)Wissen* der Pflegekräfte im Hinblick auf die palliative Pflege und Versorgung der Bewohner*innen sowie das mitunter immer noch lückenhafte Verständnis von Palliative Care als Aufgabe aller in den Pflegeeinrichtungen Mitarbeitenden (z.B. Pflegefachkräfte, Betreuungskräfte u.a.) zu nennen. Differenzen sind hier meist auf unterschiedliche Ausbildungsstandards und dort vorherrschende inhaltliche Relevanzsetzung rückführbar. Insgesamt erscheint vor allem die geringe Fachkraftquote als hinderlich für eine verlässlich gelingende Versorgung sterbender Bewohner*innen. Weiterbildungen müssten daher deutlich ausgeweitet werden, damit alle Pflege- und Betreuungskräfte zumindest über grundlegende Kenntnisse verfügen, was in der Praxis keineswegs die Regel darstellt, da Weiterbildungen immer noch auf wenige Fachkräfte beschränkt werden. Das führt im Einrichtungsalltag dazu, dass Pflegekräfte Angst und Unsicherheit empfinden, wenn sie mit Akutsituationen konfrontiert werden und für sterbende Bewohner*innen dann gleichsam reflexartig den Notarzt rufen (und damit eine – ggf. unnötige – Krankenhauseinweisung provozieren). Hier gilt es, Handlungssicherheit durch Wissensvermittlung zu fördern. Auch ist es wichtig, dass fachliche Kompetenz innerhalb der Kollegenschaft nicht als Konkurrenz oder Bedrohung wahrgenommen wird, sondern als kollegiale Unterstützung für das eigene Tun. Das gelingt umso besser, je mehr das Thema als solches in der Heimkultur und -praxis verankert ist und jeder auf seine Weise ‚mitgenommen‘ wird. Hier können auch Beratung, Schulung und Workshops von extern hilfreich sein, die das Heim als organisationalen Praxiszusammenhang adressieren.

Aber auch *unterschiedliche kulturelle Hintergründe* spielen innerhalb von Einrichtungen eine Rolle, wenn bspw. Pflege- oder Betreuungskräfte andere Zugangsweisen zu den Themen Sterben und Tod

haben, was unter Umständen die gemeinsame Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb der Pflegeeinrichtungen erschwert. Dies erfordert Abstimmungs- und Anpassungsleistungen sowohl im Team als auch im Austausch mit den Bewohner*innen und Angehörigen. Das wiederum setzt zum einen Informations- und Wissensvermittlung in Form von Schulungen voraus, die gezielt das Bewusstsein für hospizlich-palliative Situationen sowie die dafür notwendigen Kenntnisse fördern, zum anderen aber auch verfügbare Zeitressourcen für den Austausch, die Kommunikation im Team, mit den Bewohner*innen und Angehörigen. Insbesondere mit Blick auf die wachsende multikulturelle Zusammensetzung der Teams in den Pflegeeinrichtungen sowie die zunehmende Heterogenität der Bewohnerschaft erscheinen solche kulturellen Differenzen, aber auch Sprachbarrieren von zunehmender Relevanz.

Als weiterer Punkt werden vor allem von fachpolitischen Vertreter*innen *Austausch und Vernetzung der Pflegeeinrichtungen mit anderen Pflegeeinrichtungen* benannt. Ziel wäre die wechselseitige Befähigung und Bestärkung palliativer Kompetenzen und hospizlicher Orientierungen. Hier stehen jedoch auf der einen Seite die fehlenden zeitlichen Ressourcen im Weg, die ein solcher Austausch braucht. Auf der anderen Seite verhindern mitunter Machtkämpfe und Konkurrenzdenken zwischen den Versorgungsakteur*innen ebenso wie in den Pflegeeinrichtungen einen offenen Austausch, der auch die Thematisierung von Problemen und Fehlern zulässt. Die befragten Expert*innen aus der Pflegepraxis sehen hier demnach auch nur teilweise Bedarf an systematischer Vernetzung zwischen Pflegeeinrichtungen (eher wird bspw. der Austausch auf Fachkräfteebene in einem informellen Rahmen befürwortet). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der standardisierten Befragung der Pflegeeinrichtungen, die ebenfalls eher weniger Verbesserungsbedarf bei der Förderung von Austausch und Vernetzung angeben und wenn, dann mit externen Versorger*innen, weniger intern (vgl. Kap. 5.6).

7.2. Tätigkeitsprofil aus Sicht der Expert*innen

Zusammenfassung:

Die zentralen Tätigkeiten und Aufgaben der Fachstelle sind aus der Sicht der Expert*innen:

- » Unterstützung bei Informationsmanagement und Schnittstellenarbeit
- » Beratungen und Förderung der Qualifizierung verschiedener Versorgungsakteur*innen
- » Unterstützung bei der Erstellung konkreter Handlungsanleitungen und Richtlinien (ggf. auch einrichtungsübergreifend)
- » Förderung von Erfahrungsaustausch und Vernetzung.
- » Die gemeinsame Arbeit an (abstrakten oder komplexen Organisations-)Konzepten erscheint hingegen weniger relevant

Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei den befragten Expert*innen:

- » Expert*innen aus der Pflegepraxis sehen die Fachstelle vor allem bei der konkreten Unterstützung ihrer Arbeit vor Ort (z.B. durch Beratungen und Förderung von Qualifizierung).
- » Ergänzend dazu sehen fachpolitische Vertreter*innen und externe Versorgungsakteur*innen die Funktion der Fachstelle in der einrichtungsübergreifenden Arbeit im Feld (z.B. durch Förderung von Vernetzung und Erfahrungsaustausch).

Die Aufgaben einer regionalen Fachstelle leiten sich aus Erfahrungen und Beobachtungen der Expert*innen ab, die in den Interviews insgesamt weitgehend große Übereinstimmung zeigen. Sie schließen im Wesentlichen an die benannten Verbesserungsbedarfe an. Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte skizziert und dort, wo es empirisch begründet ist, nach professioneller Verortung der Expert*innen differenziert.

Informationsmanagement und Schnittstellenarbeit

Von Expert*innen (vor allem) aus der Versorgungs- und Begleitungspraxis wird von der Fachstelle Unterstützung bei der Implementation *klarer Informationswege* zwischen verschiedenen Versorgungsinstitutionen und -einrichtungen, aber auch auf Einrichtungsebene gewünscht. Ziel ist es, dass die jeweils relevanten Informationen die betreffenden Akteur*innen verlässlich und zeitnah erreichen (bspw. bei der Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen, Ehrenamtlichen oder SAPV-Teams, aber auch im Entlassmanagement der Krankenhäuser). Dazu gehört auch die Transparenz bzgl. der jeweils geltenden Zuständigkeiten, so dass die verschiedenen Akteur*innen wissen, an wen sie sich wenden können. Diese Transparenz und ein aktuelles sowie verlässliches Informationsmanagement befördern gezielte Zusammenarbeit und erleichtern vor allem auch die Schnittstellenarbeit. Gerade im Übergang von der Pflegeeinrichtung in andere Institutionen und umgekehrt – sei es nur auf der Kooperationsebene, aber auch bei konkreten Verlegungen der Bewohner*innen – kommt es bisweilen zu

kommunikativen Lücken und damit praktischen Irritationen, Unsicherheiten und Schwierigkeiten, die durch ein besseres Verständnis der Versorgungslage im Feld und durch bessere Kommunikationsabläufe verhindert werden können. Hier kann die Fachstelle als externe Beobachterin, informierte Netzwerkerin und perspektivensensible Moderatorin im Falle von Konflikten fungieren. Genannt wird auch die Erarbeitung von einrichtungsübergreifenden Konzepten für Verbesserung der Zusammenarbeit bspw. zwischen Heimen und Krankenhäusern oder Hausärzt*innen, die eine Fachstelle aufgrund ihrer Positionierung im Feld anders bewerkstelligen könnte als Träger oder gar einzelne Pflegeeinrichtungen.

Beratungen und Qualifizierung

Als weiterer großer Aktionsbereich für die Fachstelle wird die Organisation von und Unterstützung bei *zielgruppenspezifischen Schulungen und fachlicher (inkl. rechtliche) Informationsvermittlung* benannt, was sich ebenfalls mit den Befunden aus der standardisierten Befragung der Pflegeeinrichtungen deckt. Anzumerken ist hierzu allerdings, dass zum einen genauer zu klären ist, welche Funktion die Fachstelle hinsichtlich (gruppenspezifischer) Schulungen erfüllen kann (von Informationen hierüber bis hin zur Vermittlung oder gar eigenen Durchführung von Angeboten). Zum anderen können ggf. zwar rechtliche Informationen weitergegeben, aber keine rechtsverbindlichen Auskünfte erteilt werden, so dass hier eine klare Trennlinie gezogen werden muss. Als Adressaten sehen die verschiedenen Expert*innen zum einen Mitarbeiter*innen aus der Versorgungs- und Begleitungspraxis selbst, die sich z.T. durch differentes Fach- und Erfahrungswissen im Bereich der Versorgung und Begleitung am Lebensende auszeichnen (siehe oben). Hier gilt es, breitere gemeinsame Basiskompetenzen zu schaffen, bis hin zu Kommunikationsstrategien mit Kooperationspartnern im Feld (z.B. Hausärzt*innen, Ehrenamtliche), um die Zusammenarbeit zu verbessern. Zum anderen sollen solche Schulungen aber auch Hausärzt*innen und Ehrenamtliche selbst ansprechen, da hier ggf. ebenfalls Qualifizierungsbedarf besteht, wobei die Qualifizierung neben dem Fachlichen auch die (Zusammen-)Arbeit in Pflegeeinrichtungen umfasst, womit die Perspektivenübernahme und Einpassung in die Anforderungen vor Ort gefördert werden sollen. Neben Schulungen können hierfür auch einrichtungsübergreifende Reflexionsangebote im Sinne eines Austausches von Erfahrungswissen angeboten werden.

Als weitere Zielgruppe werden vor allem von Praxisvertreter*innen auch die Angehörigen genannt. Diese sollen zum einen selbst mit den notwendigen und hilfreichen Informationen zu hospizlich-palliativen Angeboten ausgestattet werden, wobei die Fachstelle als zentrale Anlaufstelle fungieren könnte, um auch die Arbeit in den Einrichtungen selbst zu entlasten. Zum anderen sind Angehörige indirekt als Adressaten benannt, sofern die Qualifizierung des Personals in unterschiedlichen Bereichen auch die Kommunikation mit Angehörigen während und nach der Sterbephase eines/einer Bewohner*in umfasst. Gerade die Kommunikation mit und die ‚Betreuung‘ von Angehörigen stellen im Praxisalltag mitunter eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für die Pflege- und Betreuungskräfte oder auch die Hausärzt*innen dar.

Wenn es um Beratung und Qualifizierung bzw. Wissensvermittlung geht, wird von den befragten (insbesondere fachpolitischen) Expert*innen als weitere Aufgabe der Fachstelle die (wissenschaftliche) Ermittlung von Bedarfen vor Ort genannt. Neben klassischen Themen, die als präsent bearbeitet werden, bleibt so der Blick weiter offen für neue Entwicklungen, Lücken oder Hürden, die die Praxis vor Ort prägen und die ggf. Gegenstand von Beratung und Wissensvermittlung sein könnten/sollten.

Konkrete Handlungsempfehlungen und Leitlinien statt abstrakter allgemeiner (Organisations-)Konzepte

Verbunden mit den genannten Funktionen der Beratung/Wissensvermittlung und des Informationsmanagements sehen die Expert*innen durchweg eine besonders wichtige Funktion der Fachstelle in der Unterstützung bei der Erarbeitung oder Vermittlung von *konkreten Handlungsempfehlungen bzw. Handlungsanleitungen in den, mit den und für die Pflegeeinrichtungen vor Ort*, ggf. auch mit einrichtungsübergreifender Gültigkeit. Die Fachstelle soll Informationen sammeln, bündeln und in Form von Handreichungen oder Arbeitspapieren wieder in die Praxis geben. Dabei ist darauf zu achten, dass fachlich und praktisch relevante Akteur*innen adäquat einbezogen werden, sowohl bei der Erstellung selbst, um keinen reinen Top-Down-Prozess zu initiieren, sondern möglichst umfassend Experten- und Praxiswissen mit einzubeziehen, als auch bei der Gestaltung solcher Materialien (z.B. Verfassen von Dokumenten in einfacher Sprache für die Mitarbeiter*innen mit Sprachbarrieren). Konkret geht es hierbei um eine Förderung bzw. in manchen thematischen Bereichen auch um eine grundsätzliche Herstellung von Handlungssicherheit auf Seiten der Versorgungsakteur*innen sowie eine hiermit einhergehende Qualitätsförderung in den Pflegeeinrichtungen. Vor allem den befragten Expert*innen aus der Pflegepraxis ist hier aber der Hinweis wichtig, dass es – je nach gegebenen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen – für eine nachhaltige Implementation gelungener Hospiz- und Palliativpraxis nicht ausreicht, Handlungsempfehlungen u.a. bereitzustellen. Vielmehr bedarf es einer konkreten Unterstützung bei der Umsetzung vor Ort in Form eines moderierten, begleiteten Personal- und Organisationsentwicklungsprozesses. Aufgrund der personellen Ausstattung geht eine solche Umsetzungsbegleitung, die über einen längeren Zeitraum anzusetzen wäre, über die Kapazitäten der hier untersuchten Fachstelle deutlich hinaus. Dennoch muss dieser Punkt als ein Faktor erfolgreicher Feldentwicklung bedacht werden.

Worin sich die Expert*innen einig sind: Die Unterstützung bei der Konzeptentwicklung und -beratung ist inzwischen weniger relevant, da die Bandbreite an allgemeinen institutionell-organisatorischen Konzepten bereits groß ist und eine Konzeption sowie deren Implementierung im Verantwortungsbereich der jeweiligen Träger und Einrichtungsleitungen liegt. Vielmehr geht es um die *Übersetzung* von Konzepten in Handlungsleitlinien im Sinne von *Umsetzungen für die Praxis*, bei der die Fachstelle unterstützen kann. Vergleicht man diese Hinweise mit den Ergebnissen aus der standardisierten Befragung der Pflegeeinrichtungen, so rangieren beide Aspekte – die Arbeit an allgemeinen Konzepten und an konkreten Handlungsanleitungen für bestimmte Versorgungssituationen – bei den Anliegen an die Fachstelle nicht auf den ersten Rängen, wobei insbesondere die Frage nach allgemeinen Konzepten aus Sicht der Einrichtungsleitungen keinen zentralen Stellenwert zu haben scheint.

Vernetzung und Unterstützung von Kooperationen

Neben der fachlichen Informationsvermittlung sehen die befragten Expert*innen auch die *Beratung zu und praktische Förderung von Kommunikation und Vernetzung* als wichtige Aufgabe der Fachstelle. Vor allem von fachpolitischen Expert*innen, aber auch von externen Versorger*innen wird die Förderung von Vernetzung über die Fachstelle befürwortet. Neben der Kooperation mit versorgenden Institutionen ist hier explizit auch der (Erfahrungs-)Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen als ein Vernetzungsziel benannt. Die Expert*innen aus der Pflegepraxis hingegen sehen den Vorteil einer Fachstelle vor allem in gezielter fachlicher Beratung und Qualifizierung zur Entlastung der Arbeit in der eigenen Einrichtung. Das zeigt sich auch weiter oben in der Darstellung der Verbesserungsbedarfe, die aus Sicht der Pflegeexpert*innen weniger durch einen Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen erreicht werden kann (Kap. 7.1). Und auch in der standardisierten Befragung der Pflegeeinrichtungen bestätigt sich diese Zurückhaltung, wobei hier explizit die Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern hervorgehoben wird – nicht jedoch mit Hospizdiensten, SAPV oder anderen Pflegeeinrichtungen (vgl. Kap. 5.6).

Neben der Initiierung und Förderung von Vernetzung könnte die Fachstelle auch als *Moderations-/Mediations- und Schlichtungsstelle* fungieren, wenn es während der Zusammenarbeit zu Problemen kommt. Eine Moderation oder gar Mediation soll dann zur Förderung von Perspektivenübernahme und der Regelung von kulturellen, strukturellen oder sozialen Konflikten in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen (institutionellen) Akteur*innen dienen. Um solchen möglichen Kommunikations- und Kooperationshürden vorzubeugen, wird *Kontaktpflege* im Feld zwischen relevanten Akteur*innen als wertvoll erachtet. Auch hier könnte die Fachstelle initiierende und kontinuierende Wirkung haben.

Mit Blick auf die Fachstelle selbst und deren *Wirkungsweise* ist zu beachten, dass zum einen etwaige regionale Parallelstrukturen erkannt und gebündelt werden (bspw. von SAPV- und Hospizangeboten oder von trägereigenen Fachstellen/Referenten/Beauftragten), damit Synergien genutzt und Dissonanzen bzw. Ressourcenleerläufe vermieden werden können. Dabei soll die Fachstelle ihre Arbeit aber mit der nötigen Neutralität und Sensibilität für regionale Gegebenheiten anbieten, ohne übergriffig zu wirken. Zum anderen soll die Fachstelle selbst durch ihre Arbeit keine Parallelstrukturen erzeugen und sich vielmehr in bestehende Strukturen dort einbringen, wo eine Unterstützung sinnvoll und gewünscht ist.

Insgesamt zeigen die Experteninterviews, dass die Fachstelle – vor allem von Expert*innen aus der Pflegepraxis – bei der konkreten Unterstützung der Arbeit vor Ort, in praktischen Herausforderungen und Fragen in den Pflegeeinrichtungen über Informationsbeschaffung, Beratungen und Förderung von Qualifizierung als gewinnbringend gesehen wird. Ergänzend sehen vor allem fachpolitische Vertreter*innen und externe Versorgungsakteur*innen die Funktion der Fachstelle in der Etablierung von einrichtungsübergreifenden Standards (etwa im Sinne eines gemeinsamen Qualitätskompasses), in einem breiteren Informations- und Praxisaustausch von und mit Pflegeeinrichtungen sowie in der Förderung von Vernetzungen zwischen verschiedenen Akteur*innen im Feld. Vereinzelt wird auch

politische Interessensvertretung als mögliche Aufgabe der Fachstelle genannt, die – im besten Sinne als Lobbyarbeit verstanden – Bedarfe und Bedürfnisse aus der Praxis in Kommunikations- und Arbeitsprozesse von Entscheidungsträgern einspeist.

7.3. Institutionelle Anbindung und bayernweite Implementierung

Zusammenfassung:

Hinsichtlich der Frage, welche *Aufgaben* eine Fachstelle künftig auf jeden Fall beibehalten soll, werden die bisherigen Kernbereiche genannt:

- » Beratung und Wissensvermittlung
- » Erstellen von praxisnahen Handreichungen und
- » Weiterbildung

Mit Blick auf die Frage, wie eine Fachstelle *institutionell angebunden* sein sollte, betonen die befragten Expert*innen folgende Aspekte:

- » Unabhängigkeit und Neutralität: Eine Fachstelle sollte einerseits für sich stehen und als eigene Instanz agieren.
- » Integration und Bekanntheit: Andererseits muss sie fachlich nah genug am Feld der Palliativversorgung und Hospizbegleitung angesiedelt sein, um als erfahrener, kompetenter und praxisorientierter Akteur in diesem Feld auch wahrgenommen zu werden.

Zur regionalen Verortung einer entsprechenden Fachstelle können zwei, mitunter konträre, Strategien aus den Experteninterviews extrahiert werden:

- » einerseits eine konsequent flexibel regional profilierte und damit dezentrale Implementierung regionaler Fachstellen
- » andererseits eine überregionale, zentrale Implementierung, die mehrere regionale Zuordnungen unter einem Dach vereint
- » Denkbar erscheint eine komplementäre Strategie: Regionale Netzwerke vor Ort fördern – bayernweite Fachstelle implementieren – Ansprechpersonen in den Einrichtungen installieren.

Nach Ende der Modellphase ist zu fragen, wie eine solche regionale Fachstelle zur Förderung der Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe zukünftig inhaltlich und institutionell aufgestellt sein soll. Dazu haben auch die befragten Expert*innen Anregungen und Hinweise gegeben, was aus ihrer Sicht hier wichtig und zu beachten wäre.

Inhaltlicher Aufgabenzuschnitt einer künftigen Fachstelle ‚Hospiz und Palliativversorgung in der Altenhilfe‘

Hinsichtlich der Frage, welche Aufgaben der Fachstelle als besonders hilfreich wahrgenommen wurden und als solche auch künftig schwerpunktmäßig beibehalten werden sollen, können hier insbesondere die bisherigen Kernbereiche Beratung, Information und Wissensvermittlung, Erstellen von praxisnahen Handreichungen und Weiterbildung genannt werden. Die Fachstelle soll als externe Anlaufstelle fungieren, die unterstützend zur Verfügung steht, jedoch nicht ins operative Geschehen eingreift, keine Supervision oder Krisenintervention leistet. Die Fachstelle soll Wissen und Expertisen vernetzen, entsprechende Akteur*innen auf der fachlichen Ebene zusammenbringen und die Ergebnisse niedrigschwellig den Praktikern vor Ort in den Einrichtungen zur Verfügung stellen. Von den Expert*innen wird zudem der Bedarf an einer praxisbegleitenden Umsetzungsunterstützung in einzelnen Einrichtungen gesehen, was aber im Kern aus Ressourcengründen nicht als realistische Aufgabe einer Fachstelle erscheint. Hier bräuchte es die parallele Förderung regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke, die solche Umsetzungen projektförmig begleiten können (s.u.). Perspektivisch gilt es, bei der inhaltlichen Ausrichtung neben der stationären Altenhilfe auch den ambulanten Bereich mitzudenken, da hier heute und in Zukunft genauso Bedarf an hospizlicher und palliativer Arbeit gesehen wird.

Institutionelle Verortung einer Fachstelle ‚Hospiz und Palliativversorgung in der Altenhilfe‘

Die Fachstelle „Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München“ ist derzeit am Christophorus Hospizverein e.V. (CHV), also an einem Hospizverein in der Stadt München, angesiedelt. Die befragten Expert*innen sehen den CHV fraglos als wichtigen Akteur im Feld und die aktuelle Lösung für die Modellregion München bzw. im Rahmen des Modellprojekts weitgehend als geeignet an. Die Frage, wie eine Fachstelle mit dem oben skizzierten Aufgabenspektrum künftig oder auch über die Modellregion München hinaus institutionell angebunden sein sollte, beantworten die Expert*innen quer zu deren Ausrichtung (Praxis, Fachvertretung, Politik) recht unterschiedlich: Auf der einen Seite werden von manchen die ausgewiesene Kompetenz und Expertise von Organisationen wie dem CHV sowie deren Bekanntheit als Vorteil bei der Implementation einer solchen Fachstelle benannt, da das nötige Vertrauen der Akteur*innen im Feld bereits gegeben ist oder schnell hergestellt werden kann. Andere würden eher eine neutralere institutionelle Anbindung befürworten, zumal nicht für jede Region vom Vorhandensein von analogen Akteuren (wie bspw. dem CHV), die ja auch selbst als ‚Player‘ im Feld agieren, ausgegangen werden kann. Vor allem Vertreter*innen aus dem Hospizbereich und der Pflege(heim)praxis sprechen sich für eine solche neutrale Verortung der Fachstelle aus, wonach hier die Akzeptanz einer Fachstelle, die zugleich mit einem Versorgungsanbieter im Feld (in diesem Falle einem Hospizverein) identifiziert wird, in Frage steht. So wird von manchen Expert*innen bspw. eine Anbindung an Kommunen oder auch Bezirke etc. bevorzugt, die jedoch neue Problematiken schaffen würde, welche mit einer solchen Positionierung der Fachstelle im Feld zusammenhängen. Als neutraler und gleichwohl vertrauenswürdiger Akteur, der zudem

personell über Experten- und auch Erfahrungswissen verfügen muss, darf eine solche Fachstelle nicht zu weit vom Feld entfernt sein.

Verbunden mit der Frage, wie die Fachstelle institutionell angebunden ist und damit als Akteur im Feld auftritt, ist zu erörtern, wie mit Blick auf eine ggf. sinnvolle und mögliche regionale bzw. überregionale Ausdehnung des Wirkungsraums von Fachstellen (z.B. im gesamten Raum Bayern) vorgehen werden könnte.

Regionale Verortung einer Fachstelle ‚Hospiz und Palliativversorgung in der Altenhilfe‘

Die Lösung mit wenigen überregionalen, zentralen Fachstellen hat aus Sicht der befragten Expert*innen deutliche Vorteile bspw. im Bereich der Qualitätssicherung und -förderung, da Handreichungen, Arbeitspapiere und Handlungsempfehlungen gleichermaßen für mehrere Regionen verfügbar gemacht werden können, insbesondere bei Themen, die strukturell zu adressieren sind und so zu gewissen Standardisierungsprozessen führen. Besonders für Trägerverbände, die in unterschiedlichen Regionen Pflegeeinrichtungen haben, wäre dies von Vorteil, da so Einheitlichkeit bei den Empfehlungen bestünde und es zu keinen Überschneidungen käme. Jedoch ergibt sich bei einer zentralen Implementierung eine Problematik hinsichtlich der konkreten Vernetzungspraxis vor Ort, da sich die Fachstellen nicht mehr in kleinere, regional bestehende Netzwerke eingliedern könnten, sondern hier einen Überbau schaffen würden, der sich von den regionalen Bedarfen entfernt bzw. sich nicht so flexibel auf die Bedarfe und Strukturen vor Ort ausrichten kann. Umso mehr bräuchte es hier komplementäre Strukturen vor Ort, die die Arbeit konkret an und mit der Praxis fördern können.

Hier hätten regionale und dezentrale Fachstellen Anbindungsvorteile und könnten insbesondere bei Regionen, die bei der Umsetzung von Palliativkompetenz und Hospizkultur weniger weit fortgeschritten sind, erst Netzwerke aufbauen und fördern. Insbesondere Einrichtungen, die sich konkrete Unterstützung bei der Arbeit vor Ort wünschen, sehen daher einen Mehrwert in dezentralen Fachstellen (vgl. Kap. 5.9). Die Netzwerkproblematik erscheint dabei grundsätzlich als entscheidender Faktor für die Implementation. Gibt es bereits unterstützende Netzwerke? Und wenn es Netzwerke gibt, gilt es, deren Spezifika zu reflektieren: So strukturieren sich die Netzwerke meist entlang des Vertrauens in entweder Personen (gewachsene, vertraute soziale Beziehungen) oder in Strukturen (etablierte Verlässlichkeit von formal geregelten Interaktions- und Kommunikationszusammenhängen). Ob jedoch eine Fachstelle hier die geeignete Institution ist, kann diskutiert werden (s. Aufgabenzuschnitt oben).

Letztlich sind die beiden genannten Grundausrichtungen – unter der Berücksichtigung der Zeitdimension – auch keineswegs als strenge Entweder-Oder-Optionen zu fassen, sondern ggf. als aufeinander bezogene Entwicklungspfade vor dem Hintergrund unterschiedlicher regionaler Gegebenheiten und Entwicklungsperspektiven hinsichtlich der jeweiligen Versorgungsstrukturen vor Ort zu verstehen. Mit Blick auf die Fokussierung des Aufgabenprofils plädieren insbesondere fachpolitische Vertreter*innen daher für eine *komplementäre Strategie im Sinne eines Dreischritts*: (1) Für die konkrete Arbeit und Vernetzung vor Ort sollen regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke aufgebaut werden; (2) eine bayernweite, überregionale Fachstelle fungiert als ‚Kompetenz- und Expertisensammel-

stelle' für Netzwerke und einzelne Einrichtungen; (3) jede Einrichtung hat eine Ansprechperson, die als Kontakt und Vermittlung ‚nach innen‘ wirkt. Die Netzwerke vor Ort könnten nach dieser Vorstellung als Implementations- und Umsetzungsagenten für die jeweiligen Einrichtungen wirksam werden, während die bayernweite Fachstelle den Fokus auf die fachliche Beratung, Wissensvermittlung und Qualitätssicherung legt. Der entscheidende Faktor, noch einmal zusammengefasst, ist die fachliche Kompetenz der Personen, die in einer solchen Fachstelle arbeiten. Damit ist zum einen Praxiswissen oder praxisnahes Wissen als Erfahrungswissen gemeint, zum anderen fachliches Wissen, das auch wissenschaftliches Arbeiten umfasst (ggf. umgesetzt in einem personellen Tandem).

8. Synopse: Die Fachstelle als Wissensvermittlerin und Vernetzungspartnerin in der Modellregion München

Die Befunde der multimethodischen Auswertung entlang der drei empirischen Stränge – Experteninterviews, Selbstdokumentation der Kontakte und Tätigkeiten der Fachstelle sowie drei standardisierte Befragungen der Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München – wurden in den vorherigen Abschnitten separat präsentiert und sollen nun möglichst zusammengeführt werden. Bereits vorweg ist festzuhalten, dass die Auswertungen deutlich zeigen, wie sich die aus den Datensträngen gewonnenen Ergebnisse besonders hinsichtlich der Profilierung und konkreten Praxis der Fachstelle sowie der Bedarfe in der Region wechselseitig bekräftigen. Generell lässt sich schlussfolgern: Die bisherige Praxis der Fachstelle adressiert weitgehend die im Feld artikulierten Bedarfe und beförderte damit aus Sicht der Einrichtungsleitungen sowie der weiteren Versorgungsakteur*innen die palliative Versorgung und hospizliche Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen in den Pflegeeinrichtungen.

8.1. Zur Frage nach dem Bedarf: Empirisch fundierte Profilierung der Fachstelle in den Bereichen ‚Qualität sichern – Vernetzen – Weiterbilden‘

Die quantitativen Befragungen geben Aufschluss über die, zum Großteil anhaltenden, Bedarfe der Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München. Diese fokussieren sich in der Gesamtschau vor allem auf die (breite) Qualifizierung des eigenen Personals zu Palliative Care und auf die unterstützende Mitarbeit der haupt- sowie ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen. Konkret bedarf es in den Einrichtungen also einer der Versorgungs- und Begleitungspraxis vorgelagerten Verbesserung der Fähigkeiten, Kompetenzen und Wissensbestände des Personals und einer Stärkung der Kooperationsbeziehungen mit Hospizdiensten bei gleichzeitiger Förderung ehrenamtlichen Engagements in den Einrichtungen. Das bedeutet, dass die konkrete organisatorische Ausgestaltung der Versorgung und Begleitung in den Einrichtungen nicht per se als problematisch betrachtet wird, dabei aber von den Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarfen gleichermaßen betroffen ist bzw. über entsprechende Angebote und Maßnahmen seitens der Fachstelle verbessert werden kann. Vor dem Hintergrund dieser Bedarfe entwickelten sich entsprechende Anliegen an eine regionale Fachstelle, die gemäß der Konzeption die Palliativkompetenz und Hospizkultur in den Einrichtungen stärken und vor Ort bei deren Umsetzungen unterstützen soll. Diese konkreten Anliegen und Erwartungen

bekräftigen die bereits genannten Bedarfe: Die Fachstelle soll bei Qualifizierungsmaßnahmen unterstützen, als Beratungsstelle Informationen weiterleiten sowie Wissen vermitteln und die Vernetzung mit den regionalen Versorgungsakteur*innen inkl. der Pflegeheime vor Ort stärken, insbesondere auch, indem sie ehrenamtliche Sterbebegleitungen fördert und damit zu einem intensiveren Austausch zwischen professionellen Versorgungslogiken und bürgerlichem Engagement beiträgt.

Im direkten Vergleich mit den artikulierten Bedarfen und Anliegen der Pflegeeinrichtungen in der Region und der bisherigen Nutzung der Fachstelle sowie ihrer konkreten Angebots-, Auskunfts- und Unterstützungspraxis zeigt sich eine bedarfsorientierte Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Fachstelle. So nahmen die Pflegeeinrichtungen die Fachstelle hinsichtlich Beratungsbedarf zur palliativen Versorgung sowie hospizlichen Begleitungen in Anspruch (z.B. Erarbeitung von Handreichungen, Auskunft zu praxisbezogenen Qualitätsstandards) oder wenn sie Unterstützung bei der Verbesserung der Qualifizierungsmaßnahmen des eigenen Personals (z.B. Prüfung und Systematisierung von Qualifizierungsangeboten) sowie bei der Vernetzung, allen voran mit Hospizdiensten und SAPV-Teams, benötigten. Dabei ist als wachsender Bereich auch der Austausch mit anderen Pflegeeinrichtungen in der Region zu nennen, der ebenso von den befragten Expert*innen als bedeutsames Aufgabenfeld der Fachstelle betrachtet wird. Dem entsprechend zeigen die Aktivitäten der Fachstelle, die ihrer Selbstdokumentation entnommen werden konnten, die bedarfsorientierte Arbeit der Fachstelle auf. Die meiste Arbeit versammelte sich um den Aufgabenbereich der Qualitätssicherung und -förderung, was konkret die Erstellung von Handlungsempfehlungen, Fachinformationen und Handreichungen, die Mitwirkung in Arbeitskreisen sowie die Förderung des fachlichen Austauschs zwischen den Versorgungsakteur*innen der Region umfasst. Ebenfalls relevant sind die Arbeitsbereiche der Qualifizierung und Vernetzung, die den Bedarfen der Region entsprechen bzw. bei der Vernetzung sowohl das Personal in den Pflegeeinrichtungen vor Ort adressiert als auch weitere regionale Versorgungsakteur*innen einschließt (Hausärzt*innen, Hospizdienste usw.). Kurzum: Die Fachstelle arbeitete demnach auf die Bedarfe der Region hin orientiert, adressierte sie systematisch und aktiv. Somit entsprach die faktische Arbeit der Fachstelle im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung den mit ihrem Start in 2019 formulierten Zielstellungen und wurde aus Sicht der Pflegeeinrichtungen sowie der weiteren Versorgungsakteur*innen auch so wahrgenommen.

In Summe ergibt sich ein auf die Region und Zielgruppen abgestimmtes Profil der Fachstelle, das die Bereiche Qualitätssicherung (Beratung, Information und Wissensvermittlung), Vernetzung der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsakteur*innen der Region (Stärkung von Kommunikation, Wissensaustausch und gelebten Netzwerkstrukturen) sowie die entsprechende Qualifizierung der an der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung beteiligten Versorgungsakteur*innen (nachhaltige Implementation von Wissen und Kompetenzen) umfasst. Im Hinblick auf die Adressat*innen und Nutzer*innen der Angebote der Fachstelle zeigt sich, dass es besonders die Trägervertreter*innen und Pflegeeinrichtungen selbst sind, die die Fachstelle aktiv in Anspruch nehmen.

8.2. Zur Frage nach den Wirkungen: Die Fachstelle als wichtiges Instrument zur Stärkung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in der Region München

Relativ zu den oben genannten Bedarfen entfaltete die bedarfsorientierte Arbeit der Fachstelle im Zeitraum der Begleitstudie gemäß der befragten Pflegeeinrichtungen der Region sowie laut Einschätzung der Expert*innen bereits positive Wirkung in den Pflegeeinrichtungen vor Ort. Entsprechend der Aktivitäten der Fachstelle selbst und ihrer Nutzung durch die Pflegeeinrichtungen konnte sie aus Sicht der Einrichtungsleitungen durch die Fachinformationen und Handlungsempfehlungen die Palliativkompetenz und Hospizkultur stärken, Kommunikation sowie Kooperationsbeziehungen und Vernetzungen intensivieren und die Qualifikation des Personals in den Einrichtungen durch Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungen verbessern. Weniger erkennbar waren bisher Effekte, die eine Intensivierung des Austauschs mit Krankenhäusern sowie Haus- und Fachärzt*innen betreffen, obwohl die Zusammenarbeit von den Pflegeeinrichtungen kritisch eingeschätzt wurde und auch die Expert*innen hier eine relevante Problemstellung in der Region sehen.²² Inwieweit ehrenamtliche Sterbebegleitungen in den Pflegeeinrichtungen faktisch nachhaltig gefördert werden konnten, kann – nicht zuletzt auch aufgrund der Pandemie-Zeit – mit den vorliegenden Daten nicht umfassend belegt werden. Jedoch intensivierte sich durch die Fachstelle der Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Hospizdiensten, was auch die Förderung des Ehrenamtes betrifft. Die empirischen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Fachstelle ihre Zielstellungen hier gemäß der Konzeption im Wesentlichen erreichte. Die Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes konnte zudem dadurch unterstützt werden, dass Vernetzungsstrukturen intensiviert bzw. der Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Versorgungsakteur*innen der Region gefördert wurde. Aus Sicht der Expert*innen ist relevant, dass hier auch eine Etablierung von nachhaltigen – heißt: dauerhaft angelegten und auf die Bedarfe zugeschnittenen – Schnittstellen mit entsprechenden Kanälen des Informationsaustauschs stattgefunden hat.

In diesem Sinne kann die zentrale Fragestellung der Begleitstudie in der Zusammenschau folgendermaßen beantwortet werden: Um die Pflegeeinrichtungen in der Region bei der Versorgung und Begleitung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen zu unterstützen, kann die Fachstelle unterstützend das Personal, das hieran beteiligt ist, entsprechend qualifizieren, bei inhaltlich-fachlichen Fragestellungen zu Palliative Care beraten und Vernetzungen fördern, (mit) aufbauen bzw. diese nachhaltig für die Versorgungsakteur*innen ‚lebbar‘ gestalten, d.h. dabei unterstützen, sie am individuellen Bedarf auszurichten und in konkrete Praxis umzusetzen. Diese Vernetzungsstrukturen beziehen sich einerseits auf die praktische versorgungsfokussierte Kooperation und andererseits auf den – ebenso konkret praxisbezogenen – Informations- und Erfahrungsaustausch, der die Möglichkeit bietet, das gesammelte (Erfahrungs-)Wissen der Fachkräfte für Versorgungspraxis aufzubereiten und untereinander zugänglich zu machen.

²² Hier sieht die Fachstelle zur Vermeidung von Parallel- bzw. Kreuzkommunikation auch nicht ihre Kernaufgabe, da es bereits seit Jahren diesbezügliche Bemühungen anderer Akteur*innen (z.B. im Sozialreferat der Stadt München; Stichwort ‚Pflegeüberleitungen‘) gibt.

8.3. Zur Frage nach der Weiterentwicklung des Fachstellenkonzepts: Wie regional verankern und in Netzwerke vor Ort einbinden?

Das Pilotprojekt einer Fachstelle für die Region München wurde mit dem CHV an einen bekannten und bereits in Netzwerkstrukturen eingebundenen Hospizverein angegliedert. Diese Art der Anbindung entsprach durchaus den Vorstellungen der Einrichtungsleitungen, die eine trägerübergreifende Fachstelle vor allem als Teil eines regionalen Netzwerks und mit Bezug auf die örtlichen Pflegeeinrichtungen sehen.

Die ideale Reichweite bzw. räumliche Nähe einer Fachstelle ist nur schwer zu benennen. In der Begleitstudie zeigt sich, dass in der Zusammenschau sowohl die Bedarfe des Landkreises als auch des Stadtgebietes abgedeckt wurden, da keine wesentlichen Unterschiede in den Befragungen festgestellt werden konnten. Dennoch lässt die Selbstdokumentation der Fachstelle erkennen, dass der Austausch mit dem Landkreis deutlich geringer war als mit dem Stadtgebiet. Das kann u.a. darauf zurückgeführt werden, dass die Fachstelle aktiver im Netzwerk der Stadt eingebunden ist, da personelle Kontinuitäten aus früheren Tätigkeiten vorhanden waren. Zudem erfolgte der Kontakt zu Pflegeeinrichtungen im Landkreis oft indirekt über Trägervertretungen, was sich in der Selbstdokumentation nicht abbilden lässt. Mit Blick auf die Frage der Anbindung ist darüber hinaus zu erkennen, dass die Pflegeeinrichtungen im Landkreis eine Anbindung an den Landkreis durchaus präferiert hätten. So kann bereits in der Modellregion München beobachtet werden, dass bei der regionalen Zuordnung der Fachstelle bspw. die Verknüpfung von Landkreis und Stadtgebiet bei genauerer Betrachtung zu Zielkonflikten mit Blick auf die Fachstelle führen kann (z.B. infolge von verschiedenen Versorgungsstrukturen).

Ähnliches gilt aus Sicht der befragten Expert*innen, die bei der Frage nach einer ‚optimalen‘ – d.h. auf die regionalen Bedarfe und konkreten Anliegen zugeschnittenen – Anbindung einer Fachstelle mögliches Konfliktpotenzial und unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten sehen. Diese reichen von kleiner gezielten, regionalen und in gelebte Netzwerkstrukturen eingebundenen Fachstellen bis hin zu bayernweiten Profilierungen, die gleichsam als ‚Überbau‘ agieren könnten. Eine Lösung bspw. mit wenigen überregionalen, zentralen Fachstellen hat aus Sicht der befragten Expert*innen deutliche Vorteile bspw. im Bereich der Qualitätssicherung und -förderung, da z.B. zusammen mit Akteur*innen aus der Praxis erarbeitete Arbeitspapiere, Handreichungen und Handlungsempfehlungen gleichermaßen für mehrere Regionen verfügbar gemacht werden können, insbesondere bei Themen, die strukturell zu adressieren sind und mit gewissen Standardisierungsprozessen einhergehen (sollten), ohne ihren konkreten Praxisbezug zu verlieren und die jeweiligen Umsetzungsmöglichkeiten vor Ort in den Hintergrund zu rücken. Überdies kann auch die Vernetzungsarbeit überregional gefördert und gestaltet werden, insbesondere im Austausch mit Trägerverbänden, die in unterschiedlichen Regionen Pflegeeinrichtungen betreiben. Dieser Austausch mit der Fachstelle im Sinne von ‚überregionalen‘ Aktivitäten wäre von Vorteil, da mehr Einheitlichkeit bei den Empfehlungen bestünde und es zu weniger, mitunter gar sich widersprechenden Überschneidungen käme. In diese Richtung einer ‚doppelten Wirksamkeit‘ (regional, praktisch ‚vor Ort‘ ebenso wie überregional im Sinne von praxisrelevanten ‚Struktureffekten‘) deuten bspw. die Befunde aus der Selbstdokumentation im Sinne einer

Kombination aus regionaler Verankerung bzw. Vertrautheit mit den Versorgungsakteur*innen und deren Bedürfnissen/Bedarfen vor Ort sowie der Orientierung an einem, über die Versorgungsregion hinausgehenden fachlichen Austausch mit entsprechender ‚überregionalen Strahlkraft‘. Konkreter formuliert geht es einerseits um das praktisch relevante Wissen zur Versorgungssituation in den Pflegeeinrichtungen und zu den Angeboten der weiteren Versorgungsakteur*innen in der Region (Hospizdienste, SAPV, Haus-/Fachärzte, Krankenhäuser) und andererseits um die ‚überregionale Orientierung und Wirkung‘ der Fachstelle durch den umfassenden Austausch von praxisrelevantem Fachwissen (z.B. Weitergabe von Handreichungen, Qualifizierungsangeboten etc.). Gleichwohl ergeben sich bei einer eher zentralisierten Implementierung zwangsläufig Hindernisse hinsichtlich der konkreten Vernetzungspraxis vor Ort, da sich die Fachstelle immer weniger in kleinere, regional bestehende Netzwerkstrukturen aktiv eingliedern bzw. sich nicht mehr flexibel auf die jeweiligen Bedarfe und Strukturen vor Ort ausrichten könnte. Genau hier hätten dezentrale, regionale Fachstellen Anbindungsvorteile und könnten mit ihren Aktionspotentialen insbesondere bei Regionen, die bei der Umsetzung von Palliativkompetenz und Hospizkultur weniger weit fortgeschritten sind, erste Vernetzungsstrukturen aufbauen und fördern. Generell erscheint es strukturell und praktisch nachhaltig, eine Strategie der parallelen Entwicklung/Förderung von fachlichen Wissens-/Informationsdistributionsstellen mit Beratungs- und Weiterbildungsfunktion (Fachstelle) auf der einen Seite und vor Ort verankerten und wirksamen Hospiz- und Palliativnetzwerken mit praktischer Anbindung auf der anderen Seite zu verfolgen.

Die Vernetzungs- bzw. Netzwerkthematik erscheint dabei grundsätzlich als ein entscheidender Faktor für die Implementation, da sich auch Unterschiede in den regional ‚gelebten‘ Netzwerken erkennen lassen, die es zu reflektieren gilt: So strukturieren sich die Netzwerke in der Regel entlang des Vertrauens in entweder Personen (gewachsene, vertraute soziale Beziehungen) oder in etablierte Strukturen (Verlässlichkeit formal geregelter Interaktions- und Kommunikationszusammenhänge). Der Anbieter einer solchen Fachstelle sowie die Fachstelle selbst sollte im Sinne der Expert*innen in die jeweilige Versorgungslandschaft gut eingebettet und durch Expertise und Vertrauen ausgewiesen sein, dabei neutral agieren und – weil nicht selbst als Versorgungsakteur aktiv – gleichsam ‚außer Konkurrenz‘ laufen. Aufgrund der in manchen Regionen konfliktbehafteten Institutions- und Akteurskonstellationen erscheint es wichtig, eine Anlaufstelle zu finden, die die Interessen und Bedenken aller Akteur*innen gleichermaßen adressiert und so (ohne bürokratische Einschränkungen und Kontrollfunktionen) nicht nur vernetzend und vermittelnd kommuniziert, sondern insbesondere die fachliche Arbeit für die und mit den Pflegeeinrichtungen und den weiteren Versorgungsakteur*innen vor Ort fokussiert.

Eng damit zusammenhängend ist mit Blick auf die Profilierung und Anbindung einer Fachstelle die ‚Schnittstellenproblematik‘ zu beachten – konkret: Inwieweit sind

- (1) Personen in den Pflegeeinrichtungen vor Ort vorhanden, die für die Hospiz-/Palliativversorgung am Lebensende als verantwortliche Ansprechpartner*innen für die Fachstelle fungieren können (ggf. ergänzt durch Hospiz-/Palliativbeauftragte bei den Trägern)

- (2) die verschiedenen, in die Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen zu involvierenden Versorgungsakteur*innen mit welchen Qualifikationen und mit welchen personellen Ressourcen vor Ort verfügbar (von Hospizdiensten, SAPV, Haus-/Fachärzten bis hin zu den Krankenhäusern)
- (3) die relevanten Einrichtungen und Akteur*innen bereits in regionale Hospiz-/Palliativnetzwerke mit hierfür verantwortlichen Netzwerk-Koordinator*innen eingebunden – oder sind solche Netzwerke nur geplant bzw. noch im Aufbau.

Entsprechend muss (a) regional geklärt und reflektiert werden, welche Möglichkeiten sich auf Basis der gegebenen Strukturen und Bedarfe der zu adressierenden Zielgruppe(n) ergeben; – und (b) ist (eng damit zusammenhängend) zu entscheiden, welche Schwerpunkte eine jeweils zu implementierende Fachstelle bei ihrer Arbeit verfolgen soll – z.B. eher überregionale Wirkung im Bereich Beratung, Wissensvermittlung etc. zu entfalten oder eher regionale Aufbau- und Vernetzungsarbeit vor Ort zu leisten.

9. Projektbeschreibung: vertieft

Wie bereits in Kap. 4 kurz beschrieben, verfolgte die wissenschaftliche Begleitung die Frage, was die Fachstelle wie leisten kann und muss bzw. müsste, um die Pflegeeinrichtungen möglichst wirkungsvoll und nachhaltig bei der palliativen Pflege und Begleitung sterbender Bewohner*innen in Stadt und Landkreis München zu unterstützen. Diese Frage wurde dabei empirisch mittels eines multimethodischen Studiendesigns verfolgt, welches insgesamt drei empirische Datenerhebungsverfahren mit passenden Auswertungsverfahren kombinierte:

- » Erster empirischer Strang: *Qualitative Experteninterviews*, die leitfadengestützt sowie problemzentriert erhoben und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet wurden
- » Zweiter empirischer Strang: *Organisationale Tätigkeits- und Kontaktdokumentation* der Fachstelle, die sowohl qualitativ inhaltsanalytisch als auch quantitativ deskriptiv ausgewertet wurde
- » Dritter empirischer Strang: *Standardisierte quantitative Befragungen von Einrichtungsleitungen* als Online-Befragungen (mit Ausnahme der ERSTBEFRAGUNG, die sowohl online als auch schriftlich angeboten wurde), die Software-gestützt quantitativ ausgewertet wurden.

Hierfür wurden drei Arbeitspakete konzipiert, die über einen Verlauf von insgesamt 58 Monaten bearbeitet wurden. Aufgrund der pandemischen Einschränkungen, welche die Pflegeeinrichtungen in besonderer Weise betrafen, wurde die wissenschaftliche Begleitstudie um knapp 2 Jahre verlängert. Die Projektverlängerung ermöglichte gegenüber der ursprünglichen Planung von zwei quantitativen Erhebungen (ERST- und ZWEITBEFRAGUNG) eine im Herbst 2021 zusätzlich durchgeführte Befragung der Einrichtungsleitungen, so dass die wissenschaftliche Begleitung insgesamt nun eine ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG umfasste. Während des knapp fünfjährigen Projektzeitraums wurden erste Zwischenergebnisse in unterschiedlichen Formaten vorgestellt. So wurden die Ergebnisse des ersten

Arbeitspakets, basierenden auf der ERSTBEFRAGUNG sowie ersten Experteninterviews, im März 2020 in einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem CHV präsentiert. Die darauf aufbauenden Ergebnisse des zweiten Arbeitspaketes, bestehend aus der ZWEITBEFRAGUNG, weiteren Experteninterviews sowie der Selbstdokumentation, wurden in einem Zwischenbericht im Januar 2022 festgehalten und in einer zweiten gemeinsamen Veranstaltung mit dem CHV im Februar 2023 vorgestellt.

Im Folgenden werden im Überblick die einzelnen Arbeitspakete mit ihren jeweiligen inhaltlichen Zielstellungen sowie den hierauf methodisch abgestimmten Umsetzungen (im Sinne von Kombinationen aus den genannten drei Strängen) vorgestellt. Im Anschluss wird die methodische Umsetzung präsentiert.

» ERSTES ARBEITSPAKET (AP1)

Zielstellung des ersten Arbeitspaketes war die empirische Erfassung der Bedarfe, Bedürfnisse und Erwartungen, wie sie mit Blick auf die bisherige Hospiz- und Palliativversorgung in den Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München aus Sicht der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, erkennbar sind und in welcher Weise sie mit der regionalen Fachstelle in Bezug gesetzt werden.

Hierfür wurden zunächst qualitative Interviews mit ausgewählten Expert*innen in Stadt und Landkreis München u.a. zu den Themen Netzwerkarbeit, Qualifizierung, Wissenstransfer und Qualitätssicherung geführt (erster empirischer Strang). Auf Basis der Inhalte aus den geführten qualitativen Interviews wurde ein standardisierter Fragebogen für die ERSTBEFRAGUNG der Pflegeeinrichtungsleitungen in Stadt und Landkreis München entwickelt, die den Fokus auf die Einschätzung der bisherigen Hospiz- und Palliativversorgung sowie hierbei wahrgenommene Hürden und Anforderungen an die Fachstelle gelegt hat (dritter empirischer Strang). Dieser Fragebogen wurde, im Sinne einer Vollerhebung, im Juli 2019 an alle Leitungen in Stadt und Landkreis München versandt. Erste Ergebnisse aus diesem Arbeitspaket wurden im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung im März 2020 vorgestellt und in einem Zwischenbericht aufgegriffen.

» ZWEITES ARBEITSPAKET (AP2)

Das zweite Arbeitspaket wurde im Rahmen der corona-bedingten Projektverlängerung um eine neuerliche, als Vollerhebung geplante standardisierte ZWEITBEFRAGUNG der Einrichtungsleitungen (im September 2021) ergänzt. Diese zielte – vor dem Hintergrund der pandemiebezogenen Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen – auf die entweder (vergleichend zur vorherigen ERSTBEFRAGUNG) weiter bestehenden oder aufgrund der aktuellen Erfahrungen veränderten bzw. neu entstandenen Hürden, Belastungen, Bedarfe sowie damit einhergehende Erwartungen an die regionale Fachstelle (dritter empirischer Strang). Daneben wurden die Experteninterviews, die mit AP1 gestartet waren, in AP2 weitergeführt und mit einzelnen Expert*innen auch wiederholt (erster empirischer Strang).

Ziel dieses Arbeitspaketes war darüber hinaus, die konkrete Praxis der Fachstelle auch hinsichtlich förderlicher und hemmender Faktoren für die Erfüllung ihrer Aufgaben zu eruieren und erste Prozess- und Struktureffekte der Fachstelle auf die Versorgungsregion zu ermitteln. Im gemeinsamen

Austausch mit der Fachstelle wurde an der Erstellung einer systematischen Tätigkeitsdokumentation gearbeitet, die im weiteren Verlauf der Projektlaufzeit ausgefüllt und als Grundlage für die Betrachtung der konkreten Praxis der Fachstelle sowie für eine Typisierung des Aufgaben- und Tätigkeitsprofils diente (zweiter empirischer Strang).

» DRITTES ARBEITSPAKET (AP3)

Das dritte Arbeitspaket (AP3) zielte auf die möglichst empirisch fundierte Erfassung der Prozess- und Struktureffekte der regionalen Fachstelle auf Vernetzung, Qualifizierung, Konzeptarbeit, Wissenstransfer und Qualitätssicherung sowie ggf. weitere Bereiche. Dazu wurden zum einen die Selbstdokumentation zur Arbeit der Fachstelle und deren Auswertung (zweiter empirischer Strang) sowie zum anderen die erwähnten Experteninterviews als empirischer Zugang (erster empirischer Strang) fortgeführt. Die abschließenden Interviews erfolgten auf Basis der bis dahin ausgewerteten Experteninterviews aus AP1 und AP2, so dass hier eine problemzentrierte Vergleichsperspektive eingenommen werden konnte. Mit Blick auf die standardisierte Befragung der Leitungen von Pflegeeinrichtungen wurde im Frühjahr 2023 eine DRITTBEFRAGUNG durchgeführt, ebenfalls als Vollerhebung aller Pflegeeinrichtungen in Stadt und Landkreis München (dritter empirischer Strang). Die Erstellung des hierfür vorgesehenen Fragebogens stützte sich auf die gesammelten Ergebnisse aus AP1 sowie AP2 und orientierte sich in wichtigen inhaltlichen Aspekten an den bereits verwendeten Fragebögen der ERST- und ZWEITBEFRAGUNG, um eine Vergleichsperspektive über drei Zeitpunkte zu ermöglichen.

Die Arbeitspakete bauten aufeinander auf und waren an einen zirkulären Forschungsprozess angelehnt, indem Ergebnisse der einzelnen empirischen Stränge für die weitere Forschung, besonders die Präzisierung der quantitativen Erhebungsinstrumente und Leitfäden, genutzt wurden. Im Zuge der Vorstellungen erster Zwischenergebnisse wurden auch Vergleiche zwischen den bis dahin vorhandenen Ergebnissen angestellt, die im Rahmen des hier vorliegenden Abschlussberichts fortgeführt wurden. Die Arbeitspakete und empirischen Stränge wurden mit Hilfe unterschiedlicher Methoden verfolgt. Die jeweiligen Erhebungs- und Auswertungsmethoden werden im nachfolgenden Abschnitt kurz vorgestellt.

10. Methodische Umsetzung

Das beschriebene Studiendesign umfasste drei unterschiedliche empirische Stränge, die jeweils mit Hilfe unterschiedlicher Erhebungs- und Auswertungsverfahren bearbeitet wurden.

10.1. Standardisierte Erhebungen

Die quantitative Erhebung fand in insgesamt drei Erhebungswellen statt. Die ERSTBEFRAGUNG wurde im Sommer 2019 sowohl teilweise in Papierform als auch über das Online-Portal ‚SoSci Survey‘ als angestrebte Vollerhebung aller Pflegeeinrichtungen in Landkreis und Stadt München durchgeführt. Analog startete im September 2021 – diesmal ausschließlich über die Online-Plattform ‚SoSci Survey‘ – die ZWEITBEFRAGUNG mit zum Teil ausgewählten identischen Items aus der ERSTBEFRAGUNG, teilweise

anderen inhaltlichen Fokussierungen, z.B. mit Fokus auf die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, und hierdurch auch mit einem insgesamt moderat modifizierten Erhebungsinstrument. Im Februar 2023 startete die letzte Befragung – wiederum ausschließlich als Online-Befragung über die Plattform ‚SoSci Survey‘ – und fokussierte erste wahrgenommene Prozess- und Struktureffekte der Fachstelle sowie Einschätzungen zu deren Weiterentwicklung. Dabei wurden wiederum einzelne Items der vorherigen zwei Befragungen übernommen, angepasst oder aufgrund des veränderten Fokus der DRITTBEFragung durch neue ersetzt. In der untenstehenden Tabelle 12 kann der Aufbau der Fragebögen nachvollzogen werden.

Aufbau der standardisierten Fragebögen

Die Fragebögen für die drei Befragungen wurden gemäß ihrer inhaltlich-thematischen Ausrichtung zugeschnitten, wodurch sich die Befragungsinstrumente in ihrer jeweiligen Ausgestaltung unterschieden. Dennoch wurde eine Grundstruktur an alle Befragungsinstrumente angelegt, die aus vier Teilen bestand und sich lediglich in der ZWEITBEFragung um einen fünften Teil zu „Auswirkungen der Covid 19-Pandemie auf die hospizliche Begleitung und palliativen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen“ erweiterte. Die Tabelle 12 zeigt, wie sich die drei Fragebögen aufbauten und welche jeweiligen Fokussierungen vorgenommen wurden.

Tabelle 12: Aufbau der standardisierten Fragebögen

ERSTBEFragung	ZWEITBEFragung	DRITTBEFragung
„Grundlegende Strukturdaten der Einrichtung“	„Grundlegende Strukturdaten der Einrichtung“	„Grundlegende Strukturdaten der Einrichtung“
» Anzahl Pflegeplätze	» Anzahl Pflegeplätze	» Anzahl Pflegeplätze
» Standort	» Standort	» Standort
» Trägerzugehörigkeit	» Trägerzugehörigkeit	» Trägerzugehörigkeit
„Ist-Stand und Einschätzung zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung“	„Ist-Stand und Einschätzung zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung“	„Ist-Stand und Einschätzung zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung“
» Konzepte und Handlungsempfehlungen	» Konzepte und Handlungsempfehlungen	» Zugriff auf PC-Beauftragte des Trägers und Angebote
» Erreichte Qualität	» Erreichte Qualität	» Erreichte Qualität
» Verbesserungsbedarfe	» Verbesserungsbedarfe	» Verbesserungsbedarfe
» Hürden		
„Zur Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe“	„Zur Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe“	„Zur Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe“
» Interesse am Austausch	» Erfahrungen mit der Fachstelle	» Erfahrungen mit der Fachstelle
» Anliegen an die Fachstelle	» Interesse am Austausch	» Interesse an Zusammenarbeit
» Entstehung eines Kontakts mit der Fachstelle	» Anliegen	» Anliegen
» Möglicher Beitrag der Fachstelle	» Zugriff auf PC-Beauftragte des Trägers	» Wirkungen der Fachstelle
		» Weiterentwicklung der Fachstelle
		» Anbindung der Fachstelle

„Ist-Stand zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung – vertieft“	„Ist-Stand zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung – vertieft“	„Ist-Stand zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung – vertieft“
» Palliative Care Fachkräfte in der Einrichtung und Stand der Weiterbildungen » Kooperationen » Qualitätssicherung » Sterbeorte » Zugriff auf PC-Beauftragte des Trägers	» Palliative Care Fachkräfte in der Einrichtung » Sterbeorte	» Sterbeorte » Kooperationen » Stellenwert und Aufgaben der Ehrenamtlichen
	„Auswirkungen der Covid 19-Pandemie auf die hospizliche Begleitung und palliativen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen“	
	» Kooperationen während der Pandemie » Erschwerungen durch die Pandemie » Auswirkungen auf die Mitarbeitenden » Austausch mit der Fachstelle während der Pandemie	

Neben dem inhaltlich bestimmten Aufbau der Erhebungsinstrumente unterschieden sich auch einzelne Fragestimuli bzw. wurden veränderte oder erweiterte Antwortmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Während z.B. in der ERSTBEFRAGUNG die Frage nach dem Interesse an einem Austausch mit der Fachstelle u.a. mit einem freien Antwortfeld bei *nein, weil* beantwortet werden konnte, wurde in der DRITTBEFRAGUNG auf Grundlage vorheriger Auswertungen die Antwortmöglichkeit *Nein, weil bereits ein eigenes Angebot in der Einrichtung/beim Träger vorhanden ist* aufgenommen. Auch im Hinblick auf den corona-spezifischen Zuschnitt in der ZWEITBEFRAGUNG gab es entsprechend Veränderungen: Während das Item der Kooperationsbeziehungen dezidiert auf die Corona-Pandemie bezogen wurde, änderten sich bei den Fragen zum Vorhandensein eines Konzepts die Antwortskalen hinsichtlich der zeitlichen Dimension um Antwortmöglichkeiten „vor 2019“, „seit 2019“ (Erhebungszeitpunkt der ERSTBEFRAGUNG).

Standardisierte Datenerhebung

Die ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG wurden als reine Online-Befragungen durchgeführt, um die Barrieren für eine Teilnahme möglichst gering zu halten. Damit unterschied sich das Vorgehen zur ERSTBEFRAGUNG, da die Fragebögen hier zunächst postalisch versandt und die Online-Befragung lediglich als optionale Möglichkeit angeboten wurde. Die Umstellung auf ein online-basiertes Verfahren, in welchem schriftliche Fragebögen nur auf Anfrage versandt worden wären (was von keiner Einrichtung angefragt wurde), sollte einen ähnlich hohen Rücklauf wie bei der ERSTBEFRAGUNG gewährleisten, der sich auf 82% belief. Der Befragungszeitraum erstreckte sich bei der ZWEITBEFRAGUNG vom 21.09.2021 bis zum 15.11.2021. In dieser Zeit konnte eine Rücklaufquote von 77% erzielt werden, das bedeutet,

von den insgesamt 88 angeschriebenen Pflegeeinrichtungen riefen 68 den Fragebogen auf und befüllten diesen mehr oder weniger vollständig. Die Rücklaufquote näherte sich damit zwar an die der ERSTBEFRAGUNG an (82%), jedoch konnte beobachtet werden, dass im online-basierten Verfahren mehr Fragen übersprungen, somit also nicht (komplett) beantwortet wurden und Fragebögen hierdurch teilweise lückenhaft blieben. Es wurden im Verlauf der Datenerhebung der ZWEITBEFRAGUNG verschiedene Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs sowie zur Komplettierung der begonnenen Fragebögen und damit der Annäherung an das Ziel einer Vollerhebung getroffen. Zuerst wurden alle Pflegeeinrichtungen nach Versenden des Links über personalisierte E-Mails auch telefonisch kontaktiert und gebeten, an der Umfrage teilzunehmen. Mitte Oktober wurde zudem ein Erinnerungsschreiben versandt. Damit ergaben sich bereits Hinweise für die Akquise und Adressierung der Teilnehmenden für das weitere Vorgehen der DRITTBEFRAGUNG (z.B. neuerliche umfassende Aktualisierung des Verteilers, eingehende Prüfung des Fragebogens hinsichtlich Kompaktheit sowie nochmalige Verstärkung des Bewerbens der Erhebung über die Träger und regionale Multiplikatoren). In diesem Sinne wurde die gemeinsame Veranstaltung mit dem CHV im Februar neben der Vorstellung der Ergebnisse auch für eine Bewerbung der DRITTBEFRAGUNG genutzt. Hierfür wurde ein Flyer erstellt, der die Essentials der bisherigen Befragungen zusammenfasste und einen Ausblick auf die letzte Erhebungswelle gab. Der Befragungszeitraum der DRITTBEFRAGUNG erstreckte sich vom 27.02.2023 bis 03.04.2023, wobei ein Rücklauf von 64% erzielt werden konnte, d.h. von den 86 angeschriebenen Pflegeeinrichtungen konnten 55 für die Teilnahme gewonnen werden. Zwar muss hier nochmal ein deutlicher Rückgang des Rücklaufs im Vergleich zur ERST- und ZWEITBEFRAGUNG konstatiert werden, jedoch komplettierten mehr Teilnehmende den Fragebogen vollständig. Sodass schlussendlich bei einigen Fragen eine höhere Anzahl an Antworten gegeben war als bei der ZWEITBEFRAGUNG. Auch bei der dritten Befragung wurde versucht, den Rücklauf durch insgesamt zwei Erinnerungsmails zu erhöhen. Auf eine dritte telefonische Erinnerungsaktion wurde aufgrund der erfahrungsbasierten geringen Effektivität verzichtet.

Datenauswertung

Die aus den Befragungen gewonnenen Daten wurden im Anschluss an die jeweiligen Erhebungszeiträume mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet. So wurden, um einen Überblick über die strukturelle Beschaffenheit der Pflegeeinrichtungen und das generelle Antwortverhalten zu erhalten, zunächst alle Fragen nach jeweiliger Häufigkeitsverteilung ausgelesen, d.h. deskriptiv statistisch ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurden mit Hilfe von Kreuztabellen und Korrelationsanalysen entlang ausgewählter Variablen mögliche, statistisch überzufällige Zusammenhänge geprüft (damit kann bspw. überprüft werden, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Verbesserungsbedarfen und der Einrichtungsgröße etc. gibt oder das Antwortverhalten als Zufallsverteilung gelten muss). Aufgrund der geringen Grundgesamtheit waren die Zusammenhangsberechnungen bis auf wenige Ausnahmen nicht interpretierbar, da im Zuge der Korrelationstests der Großteil der Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 aufwies. Im Anschluss an die jeweiligen deskriptiven wie bivariaten Auswertungen, wurden die Befunde aus der ERST-, ZWEIT- und DRITTBEFRAGUNG miteinander verglichen.

10.2. Selbstdokumentation

Die von der Fachstelle selbst angefertigte Dokumentation zu ihren Aktivitäten wurde dem ZIG in zwei verschiedenen Dateien übermittelt und für die Auswertung zur Verfügung gestellt:

- (1) eine Übersicht und Aufschlüsselung aller Erstkontakte und
- (2) eine monatliche Zusammenfassung der Tätigkeiten.

Die Systematik der Eintragungen zu Tätigkeiten sowie Kontaktthematiken ist durch Legenden und Beschreibungen nachvollziehbar gestaltet. Die Erstellung einer systematischen Kategorisierung für die Selbstdokumentation der Fachstelle erfolgte während der wissenschaftlichen Projektbegleitung in einem iterativen Austauschprozess zwischen Fachstelle und dem ZIG. Die Kategorien wurden – basierend auf der Konzeption der Fachstelle – einerseits induktiv aus der konkreten Praxis der Fachstelle (z.B. hinsichtlich der anfallenden Aufgaben) gewonnen und andererseits mittels Prüfung möglicher Auswertungen mit dem Ziel, möglichst praktikable und aussagekräftige Kategorien zu bilden, angepasst und präzisiert. Die Kontaktdokumentation enthält darüber hinaus u.a. auch Personen-/Organisationskategorien, Regionszuordnungen sowie eine Aufschlüsselung, wie der Kontakt zustande kam. Die Dokumentation wurde vom ZIG qualitativ und quantitativ mit jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Fokussierungen ausgewertet.

Quantitative Auswertung

Die fachstelleninterne Dokumentation gab Aufschluss über die einzelnen Tätigkeitsfelder und was hierbei konkret bearbeitet wurde sowie darüber, wie sich die Arbeit der Fachstelle dabei insgesamt strukturierte. Die quantitative Auszählung, die sich auf die Kontaktdokumentation im Zeitraum von März 2019 bis Juni 2023 erstreckte, zeigt, mit wem die Fachstelle zu welchen Themen Kontakt hatte und wie sich die Arbeit der Fachstelle über den bisherigen zeitlichen Verlauf veränderte. Mit Hilfe von SPSS wurden daher zunächst die deskriptiven Häufigkeiten der kontaktierenden bzw. kontaktierten Versorgungsakteur*innen,²³ der Themenkategorien, der Region sowie der Art der Kontaktherstellung ausgezählt. In einem nächsten Schritt wurde mit Blick auf diese vier Dimensionen als Variablen insbesondere Region, Themen und Kontaktierungsrichtung auf Zusammenhänge geprüft.

Qualitative Auswertung

Der zweite, parallel dazu verlaufende empirische Zugriff auf die Selbstdokumentation erfolgte in Form einer qualitativen Auswertung der kategorialen Dimensionierung der Tätigkeiten. Die von der Fachstelle aufgestellten induktiven, an der tatsächlichen Arbeit orientierten Tätigkeitsbenennungen

²³ Wer hier konkret auf personeller Ebene in den Austausch involviert ist, wird in der Dokumentation nicht abgebildet; etwaige indirekte Hinweise wurden aus Datenschutzgründen für die Analyse entfernt. Um das Spektrum der Akteur*innen im untersuchten Feld rund um die Fachstelle so weit wie möglich aufzuhellen, wird der Begriff ‚Versorgungsakteur*innen‘ ggf. gemäß der Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder einer Institution konkretisiert (z.B. Pflegeeinrichtungen, Hospizdienste etc. als Versorgungsakteur*innen). In den Fällen, in denen konkret benannt werden kann, um welche Funktion bzw. Institution es sich handelt, wird dies angegeben.

– ‚konzeptionelle Arbeit‘, ‚besondere Verpflichtungen‘, ‚Qualifizierung‘, ‚Netzwerkarbeit/Vernetzung‘, ‚Qualitätssicherung und -förderung‘, ‚Fachpolitische Arbeit‘, ‚Öffentlichkeitsarbeit‘, ‚Informationen‘ sowie ‚Sonstiges‘ – wurden dafür in einem ersten Schritt inhaltsanalytisch ausgewertet, um die vorgenommenen Unterscheidungen zur Arbeit der Fachstelle, wie sie aus der Konzeption bzw. Aufgabenbeschreibung bei ihrer Implementation hervorgehen, zu prüfen, auszudifferenzieren und zu dimensionalisieren. Hierbei wurden die Dokumente in das Programm MAXQDA eingepflegt und anschließend codiert. Diese Codierung vollzog sich zunächst als Zuordnung und Verschlagwortung der Dokumenteninhalte mit Blick auf die bereits gesetzten Kategorien, wurde jedoch dann mit Hilfe einer offeneren Codierung auf noch neue, sich aus der Dokumentation ergebende weitere Unterscheidungen ausgeweitet. Damit richtete diese erste inhaltsanalytische Betrachtung der Tätigkeiten der Fachstelle den Blick zunächst auf die Frage, was die Fachstelle in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern konkret bearbeitet, und in einem zweiten Schritt darauf, welche weiteren Tätigkeiten von der Fachstelle ausgeführt werden, jedoch bisher nicht in der Kategorisierung enthalten waren (Abgleich Tätigkeitsbeschreibung und tatsächlich bearbeitete Tätigkeitsbereiche). Hierfür wurde besonders die Kategorie ‚Sonstiges‘ systematisch betrachtet. Nach der Codierung wurden die einzelnen, den jeweiligen Kategorien zugeordneten Codes untersucht, um Typisches, aber auch Widersprüchliches und/oder sich mit anderen Kategorien Überschneidendes zu identifizieren. Die so generierten Inhalte wurden mit Blick auf die jeweiligen Selbstbeschreibungen der Tätigkeitsfelder in den Legenden der Dokumente verglichen und hinsichtlich der Praxistauglichkeit, d.h. der Abbildbarkeit der konkreten Arbeit und des Tätigkeitsprofils sowie der Praktikabilität, d.h. der Anwendbarkeit bzw. des Umgangs mit den Kategorien (z.B. hinsichtlich der Trennschärfe) geprüft und angepasst.

10.3. Experteninterviews

Die qualitativen problemzentrierten Interviews wurden mittels eines teilstrukturierten Leitfadens durchgeführt, der u.a. Fragen zur Profilierung der Fachstelle und den Bedarfen in der Versorgungsregion enthielt. Befragt wurden Expert*innen, die aus ihren jeweiligen (fachlichen) Perspektiven bzw. praktischen Erfahrungen den Palliativ- und Hospizbereich sowie die Situationen in den Pflegeeinrichtungen in der Region im Blick haben. Das Korpus setzt sich aus insgesamt 32 Interviews zusammen, wobei verschiedene Perspektiven durch die Auswahl unterschiedlicher Professionen und institutioneller Anbindungen eingefangen wurden. So wurde mit Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Ärzt*innen, ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen, Palliativkoordinator*innen, aber auch mit Mitarbeitenden einer Bildungseinrichtung oder Fachreferent*innen von Trägern sowie fachpolitischen Vertreter*innen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Gesetzliche Krankenkasse, Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) gesprochen. Die Expert*innen zeichnen sich durch einen spezifischen Blick auf das Feld sowie spezialisiertes, erfahrungsfundiertes Expertenwissen aus, d.h. dass die Zuschreibung als Expert*in nicht auf Grundlage bestimmter sozialer Stellungen und Positionierungen vorgenommen wurde, sondern anhand des vorhandenen spezialisierten Wissens in einem benennbar speziellen Wissens-/Erfahrungsfeld (vgl. Liebold, Trinczek 2009).

Qualitative Auswertung

Die Interviews wurden, nach vollständiger Transkription und Anonymisierung gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben, mit thematischer Fokussierung auf die – je nach Auskunft gebenden/r Expert*in – unterschiedlich adressierten Fragen und Problemstellungen inhaltsanalytisch sowie in ausgewählten Schlüsselpassagen sinn-rekonstruktiv mit Hilfe des Programmes MAXQDA ausgewertet. Die Fokussierung ermöglichte ein regelgeleitetes Vorgehen bei der Auswertung, dennoch wurde den Daten mit einer generellen rekonstruktiv-interpretativen Offenheit begegnet. D.h.: Obgleich die Interviews gezielt hinsichtlich der zu fokussierenden Themen analysiert wurden, bspw. zu den wahrgenommenen Hürden bei der palliativen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen oder einer möglichst wirkungsvollen, da für sie am ehesten unterstützenden Ausrichtung und Profilierung der Fachstelle, erfolgte parallel dazu eine induktive – d.h. nicht aus Vorannahmen, sondern aus dem vorliegenden Material heraus gewonnene – Kategorienbildung, um die Vielfalt der angesprochenen Thematiken sowie die im Material aufscheinenden Relevanzsetzungen sichtbar zu machen.

11. Literaturverzeichnis

- Bertelsmann Stiftung (2015): Faktencheck Palliativversorgung. Online verfügbar unter: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/ergebnis-ueberblick/> [letzter Aufruf: 29.09.2023]
- Brandenburg, Hermann; Baranzke, Heike; Kautz, Heike (2019): Stationäre Altenpflege und hospizlich-palliative Sterbebegleitung in Deutschland: Einander kennenlernen – voneinander lernen – miteinander gestalten. In: Mitscherlich-Schönherr, Olivia (Hrsg.): Gelingendes Sterben. Zeitgenössische Theorien im interdisziplinären Dialog. Berlin: de Gruyter, S.275-298.
- Dasch, Burkhard; Zahn, Peter (2021): Sterbeorttrend und Häufigkeit einer ambulanten Palliativversorgung am Lebensende. Analyse von Todesbescheinigungen (2001, 2011, 2017) sowie pseudonymisierten Daten ausgewählter PKDs in Westfalen (2017). In: Deutsches Ärzteblatt (118), S.331-338.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben. Online verfügbar unter: [DHPV_Befragung Sterben in Deutschland.pdf](#) [letzter Aufruf: 13.09.2023]
- Ditscheid, Bianca; Krause, Markus; Lehmann, Thomas; Stichling, Kathleen; Jansky Maximiliane; Nauck, Friedemann; Wedding, Ulrich; Schneider, Werner; Marschall, Ursula; Meißner Winfried; Freytag, Antje (2020): Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland. Inanspruchnahme und regionale Verteilung. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz (63).
- Fink, Michaela; Schultz, Oliver (2021): Das Ehrenamt in der Sterbebegleitung. Gegenwärtige Herausforderungen und künftige Chancen. Bielefeld: transcript.
- George, Wolfgang; Ascensi, Mandy; Haberland, Michael (2021): Ergebnisbericht. Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung. Online verfügbar unter: [Ergebnisbericht_AvenuePal.pdf](#) [letzter Aufruf: 09.01.2023].
- Heimerl, Katharina (2010): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care im Pflegeheim umsetzen. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg, S.327-340,

- Hoffmann, Frank; Allers, Katharina (2020): Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase: eine Analyse von Krankenkassenroutinedaten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (54), S.247-254.
- Klie, Thomas; Schneider, Werner; Moeller-Bruker, Christine; Greißl, Kristina (2019): Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft? Empirische Befunde zum zivilgesellschaftlichen Engagement in der Begleitung Sterbender. Esslingen: der hospiz verlag.
- Liebold, Renate; Trinczek, Rainer (2009): Experteninterview. In: Kühl, Stefan; Strodtholz, Petra; Taffertshofer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden, Wiesbaden: VS, S.32-56.
- Müller-Mundt, Gabriele; Wenke, Walther (2022): Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen (ImPAct). Abschließender Endbericht, Juli 2022. Online verfügbar unter: [ImPAct_Endbericht.pdf](#) [letzter Aufruf: 18.10.2023]
- Pleschberger, Sabine (2006): Palliative Care in Pflegeheimen: Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. Zeitschrift Gerontol. Geriatrie, 39 (5): S.376-81.
- Radbruch, Lukas; Anderson, Frank; Walker, Jochen (2015): Palliativversorgung Modul 3. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Faktencheck Gesundheit. Online verfügbar unter: [Studie_Bertelsmann-Stiftung.pdf](#) [letzter Aufruf: 18.10.2023]
- Salis Gross, Corina (2001): Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim, Frankfurt a. Main: Campus Verlag.
- Schlögl-Flierl, Kerstin; Schneider, Werner; Greißl, Kristina; Harzbecher, Moritz; Heutling, Pia; Hillebrecht, Moritz; Schneider, Sybille; Senneke, Julia; von Hayek, Julia; Stadelbacher, Stephanie (2021): Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim – Die Würde des Pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. Ergebnisbericht. Online verfügbar unter: [Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim \(SeLeP\)_Endbericht.pdf](#) [letzter Aufruf: 18.10.2023]
- Schneider, Werner; Dill, Helga; Gmür, Wolfgang; Marek, Stephan; Schneider, Stefanie; Stadelbacher, Stephanie (2018): Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen. Online verfügbar unter: [Sterben zuhause im Heim \(SiH\).pdf](#) [letzter Aufruf: 18.10.2023]
- Storm, Andreas (Hrsg.) (2019): Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. Heidelberg: medhochzwei.
- Techtmann, Gero (2015): Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Zusammenfassender Forschungsbericht. In Zusammenarbeit mit dem Alters-Institut. Online verfügbar unter: [Alters-Institut_Forschungsbericht.pdf](#) [letzter Aufruf: 13.09.2023]

12. Anhang

Abbildung 32: Fragebogen der Erstbefragung Juli 2019

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 26.06.2019

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (Juli 2019)

Teil 1: Zum Einstieg: Grundlegende Strukturdaten zu Ihrer Einrichtung

- Ihre Einrichtung befindet sich
☐ in der Stadt München ☐ im Landkreis München
- Welchem Träger gehört Ihre Einrichtung an?
☐ privat-gewerblicher Träger (z.B. Privatpersonen oder Gesellschaften)
☐ freigemeinnütziger Träger (z.B. gemeinnützige Vereine und Wohlfahrtsverbände)
☐ öffentlicher Träger (z.B. Kommunen, Städte, Gemeinden)
☐ Sonstiges, und zwar _____
- Wie viele Pflegeplätze hat Ihre Einrichtung?
 Anzahl _____

Teil 2: Ist-Stand und Einschätzung zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung

- Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Konzept zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung?
☐ ja ☐ nein ☐ ist geplant
- Gibt es in Ihrer Einrichtung konkrete Handlungsempfehlungen, -leitfäden, Richtlinien o.ä. für die Praxis der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung?
☐ ja, zu folgenden Themen _____
☐ nein
☐ ist geplant

Wenn **ja** → weiter mit Frage 6
 Wenn **nein** oder **ist geplant** → weiter mit Frage 7

- Wie sind diese entstanden? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)
☐ Vorgabe des Trägers
☐ Initiative Ihrer Einrichtung
☐ regionale Initiative (z.B. im Rahmen eines Netzwerkes)
☐ Sonstiges, und zwar _____
- Bitte schätzen Sie die bisher erreichte Qualität bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung ein.
☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend
- Sehen Sie in Ihrer Einrichtung hinsichtlich hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung Verbesserungsbedarf?
☐ ja ☐ nein

Wenn **ja** → weiter mit Frage 9
 Wenn **nein** → weiter mit Frage 12

- In welchen Bereichen sehen Sie Verbesserungsbedarf? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)
☐ palliativmedizinische Versorgung
☐ palliativpflegerische Versorgung
☐ psychosoziale Begleitung (haupt- und ehrenamtlich)
☐ spirituelle Begleitung
☐ Qualifizierung

weiter auf der nächsten Seite →

Seite 1 von 6 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 26.06.2019

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (Juli 2019)

- ☐ Kooperation/Vernetzung intern
- ☐ Kooperation/Vernetzung extern
- ☐ Sonstiges, und zwar _____

10. Welche Hürden sehen Sie für eine Verbesserung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung in den von Ihnen angegebenen Bereichen? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an und geben Sie ggf. eine kurze Erläuterung)

- ☐ palliativmedizinische Versorgung _____
- ☐ palliativpflegerische Versorgung _____
- ☐ psychosoziale Begleitung _____
- ☐ spirituelle Begleitung _____
- ☐ Qualifizierung _____
- ☐ Kooperation/Vernetzung intern _____
- ☐ Kooperation/Vernetzung extern _____
- ☐ Sonstiges, und zwar _____

11. Wer oder was könnte Sie bei Verbesserungen der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung unterstützen?

Teil 3: Zur Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe‘

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die eingangs benannte Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe‘ und ihre möglichen Aufgaben und Unterstützungsleistungen.

12. Sind Sie an einem Austausch mit der Fachstelle interessiert?

- ☐ Ja, auf alle Fälle
- ☐ Ja, unter folgenden Voraussetzungen (z.B. keine Verpflichtung zur Zusammenarbeit, kein bürokratischer Dokumentationsaufwand o.a.) _____
- ☐ Nein, weil _____

2

Wenn **ja** → weiter mit Frage 13

Wenn **nein** → weiter mit Frage 15

13. Haben Sie bereits konkrete Anliegen, bei denen die Fachstelle Sie bei der Arbeit in Ihrer Einrichtung unterstützen könnte? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ wechselseitiger Austausch von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region
- ☐ Unterstützung der Vernetzung mit Hospizdiensten, SAPV-Teams, Haus-/Fachärzt*innen, Krankenhäusern etc.
- ☐ Beratung zu verschiedenen Themen
- ☐ Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Förderung von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen
- ☐ (Weiter-)Entwicklung eines hospizlich-palliativen Pflege- und Betreuungskonzeptes
- ☐ Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die eigene Einrichtung
- ☐ Sonstiges, und zwar _____

14. Wie sollte ein Kontakt mit der Fachstelle entstehen?

- ☐ Die Fachstelle sollte eher von sich aus aktiv auf die Einrichtungen zugehen.
- ☐ Die Fachstelle sollte jederzeit ansprechbar sein, aber eher abwarten, bis sich die Einrichtungen melden.

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 26.06.2019

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (Juli 2019)

15. Über die eigene Einrichtung hinaus betrachtet, in welchen Bereichen könnte aus Ihrer Sicht die Fachstelle in der Region einen Beitrag leisten? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)
- ☐ Unabhängige Interessensvertretung für Anliegen der Heime
 - ☐ Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Hospizdiensten, SAPV-Teams, Ärzt*innen sowie Krankenhäusern
 - ☐ Förderung von Vernetzungsstrukturen (Arbeitskreise, Hospiz- und Palliativnetzwerke etc.)
 - ☐ Verbesserung der Qualifizierungsmöglichkeiten von Mitarbeiter*innen in den Heimen
 - ☐ Beratung von Heimen zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung
 - ☐ Beratung von Trägern zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung
 - ☐ Beratung von Haus-/Fachärzt*innen zur Versorgung in den Heimen
 - ☐ Beratung von SAPV-Teams zur Versorgung in den Heimen
 - ☐ Beratung von Hospizdiensten zur Begleitung in den Heimen
 - ☐ Beratung von Kommunen zu den Anforderungen von hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung von Bewohner*innen in den Heimen
 - ☐ Kooperation mit Bildungsträgern und Fachgesellschaften
 - ☐ Vernetzung mit Forschungsprojekten
 - ☐ Sonstiges, und zwar _____
16. Können Sie bereits jetzt bei Ihrem Träger für Ihre Einrichtung auf eine/n Referent*in, eine/n Beauftragte/n oder eine Fachstelle für Palliative Care zurückgreifen?
- ☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe
- Wenn ja → Haben Sie dieses Angebot bereits in Anspruch genommen?
- ☐ Ja ☐ nein ☐ ist geplant ☐ keine Angabe

Teil 4: Ist-Stand zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung – vertieft

17. Wer übernimmt in Ihrer Einrichtung die Koordination der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung von Bewohner*innen? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

3

	grundsätzlich	bei Bedarf	nie	nicht vorhanden
Einrichtungsleitung	☐	☐	☐	
Pflegedienstleitung	☐	☐	☐	
Wohnbereichsleitung	☐	☐	☐	☐
Pflegefachkraft	☐	☐	☐	☐
Palliativverantwortliche/r	☐	☐	☐	☐
Hausarzt/Hausärztin	☐	☐	☐	
Andere, und zwar _____				

18. Welche Ihrer Mitarbeiter*innen sind an der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen beteiligt? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	grundsätzlich	bei Bedarf	nie	nicht vorhanden
Einrichtungsleitung	☐	☐	☐	
Pflegedienstleitung	☐	☐	☐	
Wohnbereichsleitung	☐	☐	☐	☐
Pflegekräfte	☐	☐	☐	☐
Palliative Care Fachkräfte	☐	☐	☐	☐
Betreuungskräfte	☐	☐	☐	☐
Seelsorge	☐	☐	☐	☐
Hauswirtschaft	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar _____				

Seite 3 von 6 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 26.06.2019

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (Juli 2019)

19. Mit welchen externen Akteuren arbeiten Sie in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen zusammen? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	Immer	Oft	Selten	Nie	Nicht verfügbar
Hauptamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
Ehrenamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
SAPV-Teams	☐	☐	☐	☐	☐
Hausärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Fachärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar 					

20. Wie schätzen Sie die Kooperationen mit externen Versorgungsakteuren bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen in Ihrer Einrichtung ein? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Hospizdienste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SAPV-Teams	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fachärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Versorger, und zwar 	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Haben Sie schriftliche Kooperationsverträge mit Hospizdiensten und Palliativversorgern? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Hospizdienste
☐ SAPV-Teams
☐ Hausärzt*innen
☐ Sonstige Versorger, und zwar 

4

22. Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden in Ihrer Einrichtung bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen genutzt? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	Immer	Oft	Selten	Nie
Wir dokumentieren den Willen unserer Bewohner*innen	☐	☐	☐	☐
Wir überprüfen die Umsetzung des Willens unserer Bewohner*innen	☐	☐	☐	☐
Wir bieten unseren Bewohner*innen Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (nach §132g, SGB V) an	☐	☐	☐	☐
Wir bitten um Feedback von Angehörigen bzw. ermöglichen Feedback-Gespräche mit Angehörigen	☐	☐	☐	☐
Wir führen multiprofessionelle Fallbesprechungen durch	☐	☐	☐	☐
Wir führen mit unseren externen Versorgungsakteuren Reflexionsgespräche zur Qualität der Kooperation durch	☐	☐	☐	☐

- ☐ Wir verfügen über Supervision für Mitarbeiter*innen
☐ Andere Maßnahmen, und zwar 

23. Wie viele Bewohner*innen Ihrer Einrichtung sind im Jahr 2018 an welchem Ort gestorben?

In der Einrichtung:  _____

Im Krankenhaus:  _____

An einem anderen Ort, und zwar  _____

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 26.06.2019

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (Juli 2019)

24. Wie viele Vollzeitstellen haben Sie in Ihrer Einrichtung zur Verfügung?

Pflegefachkräfte  _____

Pflegehilfskräfte  _____

Überleitungsfachkräfte  _____

Mitarbeiter*innen im Sozialdienst/der sozialen Begleitung  _____

25. Wie viele Mitarbeiter*innen in folgenden Funktionen haben durch welche Fort- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen eine Zusatzqualifikation in hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung erworben? (Bitte füllen Sie nur die für Ihre Einrichtung zutreffenden Tabellenzellen aus)

	Anzahl der Mitarbeiter*innen insgesamt	Davon als/mit:				
		Palliative Care Pflege 160h	Palliative Care Psychosozial 120 h	Basiskurs 40 h	Fortbildung zu einzelnen Themen	Gesprächsbegleiter nach §132g SGB V
Heimleitung	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Pflegedienstleitung	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Wohnbereichsleitung	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Überleitungsfachkräfte	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Mitarbeiter*innen im Sozialdienst/der sozialen Begleitung	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Pflegefachkräfte	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Pflegehilfskräfte	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____
Andere Mitarbeitende	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____	 _____

5

26. Wie lange arbeiten Sie schon als Heimleitung/als Pflegedienstleitung in Ihrer Einrichtung?

☐ unter 1 Jahr

☐ 1 bis 3 Jahre

☐ mehr als 3 Jahre

27. Was wären weitere wichtige, noch nicht angesprochene Aspekte, die Sie nennen möchten?

 _____

Abbildung 33: Fragebogen der Zweitbefragung September 2021

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 09.08.2021

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (August 2021)

Teil 1: Zum Einstieg: Grundlegende Strukturdaten zu Ihrer Einrichtung

1. Ihre Einrichtung befindet sich
☐ in der Stadt München ☐ im Landkreis München

2. Welchem Träger gehört Ihre Einrichtung an?
☐ privat-gewerblicher Träger (z.B. Privatpersonen oder Gesellschaften)
☐ freigemeinnütziger Träger (z.B. gemeinnützige Vereine und Wohlfahrtsverbände)
☐ öffentlicher Träger (z.B. Kommunen, Städte, Gemeinden)
☐ Sonstiges, und zwar _____

3. Wie viele Pflegeplätze hat Ihre Einrichtung?
 Anzahl _____

Teil 2: Ist-Stand und Einschätzung zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Konzept zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung?
☐ ja, bereits vor Juli 2019 ☐ ja, seit Juli 2019 ☐ nein ☐ ist geplant

5. Gibt es in Ihrer Einrichtung konkrete Handlungsempfehlungen, -leitfäden, Richtlinien o.ä. für die Praxis der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung?
☐ ja, bereits vor 2019 zu folgenden Themen _____
☐ ja, seit 2019 zu folgenden Themen _____
☐ nein
☐ ist geplant

6. Bitte schätzen Sie die bisher erreichte Qualität bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung ein. 1
☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

7. Sehen Sie in Ihrer Einrichtung hinsichtlich hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung Verbesserungsbedarf?
☐ ja ☐ nein

Wenn ja → weiter mit Frage 8
 Wenn nein → weiter mit Frage 10

8. In welchen Bereichen sehen Sie Verbesserungsbedarf? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)
☐ palliativmedizinische Versorgung
☐ palliativpflegerische Versorgung
☐ psychosoziale Begleitung (haupt- und ehrenamtlich)
☐ spirituelle Begleitung
☐ Qualifizierung
☐ Kooperation/Vernetzung intern
☐ Kooperation/Vernetzung extern
☐ Sonstiges, und zwar _____

Teil 3: Zur Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe‘

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die eingangs benannte Fachstelle ‚Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe‘ und ihre möglichen Aufgaben und Unterstützungsleistungen.

9. Haben Sie bereits Erfahrungen mit der Fachstelle gesammelt?
☐ ja ☐ nein

Seite 1 von 6 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 09.08.2021

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (August 2021)

Wenn ja → In welchen Bereichen haben Sie Erfahrungen mit der Fachstelle gesammelt?

(Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Hospizdiensten, SAPV-Teams
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Haus-/Fachärzt*innen
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern
- ☐ Wechselseitiger Austausch von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region
- ☐ Unterstützung zur Verbesserung der Qualifizierungsmöglichkeiten von Mitarbeiter*innen
- ☐ Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Beratung zu hospizlicher Begleitung
- ☐ Beratung zu palliativer Versorgung
- ☐ Förderung von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen
- ☐ (Weiter-)Entwicklung eines hospizlich-palliativen Pflege- und Betreuungskonzeptes
- ☐ Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die eigene Einrichtung
- ☐ Sonstiges, und zwar _____

Wenn nein → Sind Sie an einem Austausch mit der Fachstelle interessiert?

- ☐ Ja, auf alle Fälle
- ☐ Ja, unter folgenden Voraussetzungen (z.B. keine Verpflichtung zur Zusammenarbeit, kein bürokratischer Dokumentationsaufwand o.ä.)

- ☐ Nein, weil _____

10. Haben Sie konkrete Anliegen, bei denen die Fachstelle Sie bei der Arbeit in Ihrer Einrichtung unterstützen kann/könnte? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Wechselseitiger Austausch von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Hospizdiensten, SAPV-Teams
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Haus-/Fachärzt*innen
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern
- ☐ Beratung zu verschiedenen Themen
- ☐ Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Förderung von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen
- ☐ (Weiter-)Entwicklung eines hospizlich-palliativen Pflege- und Betreuungskonzeptes
- ☐ Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die eigene Einrichtung
- ☐ Hilfestellung bei der Erarbeitung von Besuchsregelungen vor dem Hintergrund erhöhter Hygiene- und Schutzmaßnahmen
- ☐ Sonstiges, und zwar _____

2

11. Welche weitere Unterstützung zusätzlich zur Fachstelle wünschen Sie sich?

12. Können Sie bereits jetzt bei Ihrem Träger für Ihre Einrichtung auf eine/n Referent*in, eine/n Beauftragte/n oder eine Fachstelle für Palliative Care zurückgreifen?

- ☐ Ja, bereits vor Juli 2019
- ☐ Ja, seit Juli 2019
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
- ☐ keine Angabe

Wenn ja → Haben Sie dieses Angebot bereits in Anspruch genommen?

- ☐ Ja, bereits vor Juli 2019
- ☐ Ja, seit Juli 2019
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
- ☐ keine Angabe

Teil 4: Ist-Stand zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung – vertieft

13. Wer übernimmt in Ihrer Einrichtung die Koordination der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung von Bewohner*innen? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	grundsätzlich	bei Bedarf	nie	nicht vorhanden	seit der Pandemie
Einrichtungsleitung	☐	☐	☐	☐	☐

Seite 2 von 6 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 09.08.2021

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (August 2021)

Pflegedienstleitung	☐	☐	☐	☐	☐
Wohnbereichsleitung	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegefachkraft	☐	☐	☐	☐	☐
Palliativverantwortliche/r	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt/Hausärztin	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar					

14. Welche Ihrer Mitarbeiter*innen sind an der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen beteiligt? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	grundsätzlich	bei Bedarf	nie	nicht vorhanden	seit der Pandemie	nicht während der Pandemie
Einrichtungsleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegedienstleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wohnbereichsleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekräfte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Palliative Care Fachkräfte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuungskräfte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Seelsorge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hauswirtschaft	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar						

15. Wie viele Bewohner*innen Ihrer Einrichtung sind in den Jahren 2020/2021 an welchem Ort gestorben?

In der Einrichtung: _____

Im Krankenhaus: _____

An einem anderen Ort, und zwar _____

3

16. Wie viele Vollzeitstellen haben Sie in Ihrer Einrichtung zur Verfügung?

Pflegefachkräfte _____

Pflegehilfskräfte _____

Überleitungsfachkräfte _____

Mitarbeiter*innen im Sozialdienst/der sozialen Begleitung _____

Teil 5 Ergänzend: Auswirkungen der Covid 19-Pandemie auf die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung in Ihrer Einrichtung

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen seit Ausbruch der Corona-Pandemie (Frühjahr 2020) und wie Sie, mit diesen Erfahrungen vor Augen, die palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Ihrer Einrichtung in der aktuellen Situation einschätzen.

17. Mit welchen externen Akteuren arbeiteten Sie während der Covid 19-Pandemie in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen zusammen? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	Immer	Oft	Selten	Nie	Nicht verfügbar
Hauptamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
Ehrenamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
SAPV-Teams	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Facharzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 09.08.2021

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (August 2021)

Andere, und zwar 

18. Wie schätzen Sie die Kooperationen mit externen Versorgungsakteuren bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen in Ihrer Einrichtung während der Covid 19-Pandemie ein? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Hauptamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehrenamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fachärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Versorger, und zwar 	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Wodurch wurde die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung erschwert? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Pandemieauflagen im Heim, die soziale Nähe erschwert haben (z.B. Abstand halten, Masken/Schutzkleidung tragen)
- ☐ Distanzwunsch des Personals zu Sterbenden aus Angst, das Virus zu übertragen
- ☐ Zu wenig Zeit des Personals wegen anderweitiger Arbeitsbelastung im Heim
- ☐ Abwesenheit der An-/Zugehörigen
- ☐ Abwesenheit von Ehrenamtlichen
- ☐ Schnelles Versterben von Heimbewohner*innen, die sehr spät und multimorbid in das Heim einzogen
- ☐ Fehlende Zeit für einzelne Bewohner*innen aufgrund mehrerer Sterbefälle im Heim durch einen Covid-19-Ausbruch
- ☐ Fehlende Zusammenarbeit mit Hospizdiensten- und SAPV-Teams
- ☐ Fehlende Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen
- ☐ Fehlende Zusammenarbeit mit Krankenhäusern
- ☐ Sonstiges, und zwar 

4

20. Wie hat sich die Covid 19-Pandemie auf die Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung bisher ausgewirkt? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Zeitliche Mehrbelastung bei der Grund- und Behandlungspflege durch die Pandemieauflagen
- ☐ Psychische Mehrbelastung durch die Pandemieauflagen allgemein
- ☐ Psychische Mehrbelastung wegen allgemeiner Angst und Unsicherheit
- ☐ Psychische Mehrbelastung wegen beschränkter Möglichkeiten der Sterbendenversorgung und -begleitung
- ☐ Zeitliche Mehrbelastung durch zusätzliche Aufgaben, z.B. Durchführung von Tests, Besuchsorganisation
- ☐ Zeitliche Mehrbelastung durch Umsetzung von Hygienemaßnahmen und -vorgaben
- ☐ Psychische Mehrbelastung aufgrund mangelnder Ausgleichsmöglichkeiten in der Freizeit
- ☐ Mehrbelastung durch den Wegfall von Unterstützung, z.B. Ehrenamtliche
- ☐ Sonstiges, und zwar 

21. Hatten Sie während der Covid 19-Pandemie Kontakt zur Fachstelle oder haben deren Angebote genutzt?

- ☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe

Wenn ja → Zu welchen Themen standen Sie in Kontakt und/oder welche Angebote haben Sie genutzt? (Nennen Sie max. 3 Beispiele)



Hat Ihnen der Kontakt oder die Nutzung des Angebotes geholfen?

- ☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe

Seite 4 von 6 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 09.08.2021

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München (August 2021)

Hat Ihnen der Kontakt oder die Nutzung des Angebotes geholfen?

- ☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe

Hat Ihnen der Kontakt oder die Nutzung des Angebotes geholfen?

- ☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe

Wenn nein → Warum haben Sie keinen Kontakt aufgenommen? *(Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)*

- ☐ Kein Bedarf an den Angeboten
☐ Kein Interesse an einer Zusammenarbeit
☐ Keine Zeit zur Verfügung
☐ Keine Ressourcen zur Verfügung
☐ Keine Informationen zur Fachstelle und deren Möglichkeiten
☐ Sonstiges, und zwar _____

5

Abbildung 34: Fragebogen der Drittbefragung Februar 2023

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 02.01.2023

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München

Teil 1: Zum Einstieg: Grundlegende Strukturdaten zu Ihrer Einrichtung

1. Ihre Einrichtung befindet sich
☐ in der Stadt München ☐ im Landkreis München

2. Welchem Träger gehört Ihre Einrichtung an?
☐ privat-gewerblicher Träger (z.B. Privatpersonen oder Gesellschaften)
☐ freigemeinnütziger Träger (z.B. gemeinnützige Vereine und Wohlfahrtsverbände)
☐ öffentlicher Träger (z.B. Kommunen, Städte, Gemeinden)
☐ Stiftung
☐ Sonstiges, und zwar _____

3. Wie viele Pflegeplätze hat Ihre Einrichtung?
 Anzahl _____

Teil 2: Ist-Stand und Einschätzung zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung

4. Können Sie bereits jetzt bei Ihrem Träger für Ihre Einrichtung auf eine/n Referent*in, eine/n Beauftragte/n oder eine Fachstelle für Palliative Care zurückgreifen?
☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe

5. Was umfasst dieses Angebot?
☐ Beratung
☐ Weiterbildung/ Qualifizierung
☐ Vernetzung
☐ Bereitstellen von Handlungsempfehlungen/-anleitungen
☐ Sonstiges, und zwar _____

1

Wenn ja → weiter mit Frage 6

6. Haben Sie dieses Angebot bereits in Anspruch genommen?
☐ Ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ keine Angabe

Wenn ja → weiter mit Frage 7

7. Wofür haben Sie das Angebot in Anspruch genommen?
☐ Beratung zu _____
☐ Weiterbildung in _____
☐ Vernetzung mit _____
☐ Bereitstellen von Handlungsempfehlungen/-anleitungen zu _____
☐ Sonstiges, und zwar _____

8. Bitte schätzen Sie die bisher erreichte Qualität bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in Ihrer Einrichtung ein.
☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

9. Sehen Sie in Ihrer Einrichtung hinsichtlich hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung Verbesserungsbedarf?
☐ ja ☐ nein

Wenn ja → weiter mit Frage 10

10. In welchen Bereichen sehen Sie Verbesserungsbedarf? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)
☐ palliativmedizinische Versorgung
☐ palliativpflegerische Versorgung

Seite 1 von 5 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 02.01.2023

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München

- ☐ psychosoziale Begleitung (haupt- und ehrenamtlich)
- ☐ spirituelle Begleitung
- ☐ Qualifizierung
- ☐ Kooperation/Vernetzung intern
- ☐ Kooperation/Vernetzung extern
- ☐ Sonstiges, und zwar 

Teil 3: Zur Fachstelle „Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe“

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die eingangs benannte Fachstelle „Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe“ und ihre möglichen Aufgaben und Unterstützungsleistungen.

11. Haben Sie bereits Erfahrungen mit der Fachstelle gesammelt?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja → weiter mit Frage 12

12. In welchen Bereichen haben Sie Erfahrungen mit der Fachstelle gesammelt?

(Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Hospizdiensten, SAPV-Teams
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Haus-/Fachärzt*innen
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern
- ☐ Wechselseitiger Austausch von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region (z.B. Qualitätszirkel)
- ☐ Unterstützung zur Verbesserung der Qualifizierungsmöglichkeiten von Mitarbeiter*innen
- ☐ Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Beratung zu hospizlicher Begleitung
- ☐ Beratung zu palliativer Versorgung
- ☐ Förderung von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen
- ☐ (Weiter-)Entwicklung eines hospizlich-palliativen Pflege- und Betreuungskonzeptes
- ☐ Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die eigene Einrichtung
- ☐ Sonstiges, und zwar 

2

13. Sind Sie an einer (weiteren) Zusammenarbeit mit der Fachstelle interessiert?

- ☐ Ja, auf alle Fälle
- ☐ Ja, unter folgenden Voraussetzungen (z.B. keine Verpflichtung zur Zusammenarbeit, kein bürokratischer Dokumentationsaufwand o.ä.) 
- ☐ Nein, weil bereits eigenes Angebot in der Einrichtung/ beim Träger vorhanden
- ☐ Nein, weil 

14. Haben Sie konkrete Anliegen, bei denen die Fachstelle Sie bei der Arbeit in Ihrer Einrichtung unterstützen kann/könnte? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Wechselseitiger Austausch von Praxiserfahrungen zwischen den Heimen in der Region
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Hospizdiensten, SAPV-Teams
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Haus-/Fachärzt*innen
- ☐ Unterstützung bei der Vernetzung mit Krankenhäusern
- ☐ Beratung zu verschiedenen Themen
- ☐ Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen
- ☐ Förderung von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen
- ☐ (Weiter-)Entwicklung eines hospizlich-palliativen Pflege- und Betreuungskonzeptes
- ☐ Unterstützung bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die eigene Einrichtung
- ☐ Sonstiges, und zwar 

15. Über die eigene Einrichtung hinaus betrachtet, in welchen Bereichen konnte aus Ihrer Sicht die Fachstelle in der Region einen Beitrag leisten? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Hospizdiensten,

Seite 2 von 5 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 02.01.2023

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München

- ☐ Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimen und SAPV-Teams,
- ☐ Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Haus-/Facharzt*innen
- ☐ Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Krankenhäusern
- ☐ Förderung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (Arbeitskreise, Hospiz- und Palliativnetzwerke etc.)
- ☐ Unterstützung bei der Qualifizierung der Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen durch Fort- und Weiterbildungen.
- ☐ Verbesserung der Versorgungsqualität durch Initiierung und Leitung von Arbeitskreisen, Qualitätszirkeln und Fachtagen
- ☐ Stärkung der Hospizkultur und Palliativkompetenz in den stationären Pflegeeinrichtungen durch Fachinformationen oder Handlungsempfehlungen (u.a. zu Sterbephase, Qualität in der palliativen Versorgung, Bedarfsmedikation).
- ☐ Beratung von Heimen zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung
- ☐ Unabhängige Interessensvertretung für Anliegen der Heime auf fachpolitischer Ebene
- ☐ Sonstiges, und zwar

16. Was wäre aus Ihrer Sicht bei der weiteren Entwicklung der Fachstelle wichtig?

- ☐ Bekanntheit der Arbeit der Fachstelle verbessern
- ☐ Erreichbarkeit der Fachstelle verbessern, und zwar
- ☐ Digitales Angebot erweitern
- ☐ Mehr direkte Ansprache der Heime durch die Fachstelle
- ☐ Sonstiges, und zwar

17. Wo sollte die Fachstelle aus Ihrer Sicht sinnvollerweise angebunden sein? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

- ☐ Örtliche Einrichtung (z.B. Hospizverein)
- ☐ Kommune
- ☐ Landkreis
- ☐ Bezirk
- ☐ bayernweit (z.B. Landesamt für Pflege)
- ☐ Regionales Hospiz-/Palliativnetzwerk
- ☐ Sonstiges, und zwar
- ☐ Ich habe keine Präferenz.

3

Teil 4: Ist-Stand zur hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung in der Einrichtung – vertieft

18. Wie viele Bewohner*innen Ihrer Einrichtung sind im Jahr 2022 an welchem Ort gestorben?

In der Einrichtung:

Im Krankenhaus:

An einem anderen Ort, und zwar

19. Mit welchen externen Akteuren arbeiteten Sie in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen zusammen? (Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)

	Immer	Oft	Selten	Nie	Nicht verfügbar
Hauptamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
Ehrenamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
SAPV-Teams	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Facharzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐	☐
(Erfahrungs-)Austausch mit anderen Pflegeeinrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar					

Seite 3 von 5 (inkl. Info-Seite)

Fragebogen Vers. 7 FINAL / 02.01.2023

Schriftliche Befragung der Heim-/Pflegedienstleitungen in Stadt und Landkreis München

20. Wie schätzen Sie die Kooperationen mit externen Versorgungsakteuren bei der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung der Bewohner*innen in Ihrer Einrichtung ein? *(Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)*

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	Keine Zusammenarbeit
Hauptamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehrenamtliche von Hospizdiensten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SAPV-Teams	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fachärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Versorger, und zwar  _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Was könnte aus Ihrer Sicht bei der Zusammenarbeit mit den Versorgungsakteuren verbessert werden?



22. Welche Rolle haben ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner*innen? *(Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an)*

- ☐ Spiritueller Beistand für die Bewohner*innen
☐ Psychosozialer Beistand für die Bewohner*innen
☐ Gemeinsame Zeitgestaltung mit den Bewohner*innen (Zeitvertreib)
☐ Unterstützung der Kommunikation zwischen Personal und Bewohner*innen oder Angehörigen
☐ „Helfende Hand“ für Personal in Alltagsdingen
☐ Sonstiges, und zwar  _____

4

23. Welchen Stellenwert haben aus Ihrer Sicht die ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen?

- ☐ sehr wichtig ☐ eher wichtig ☐ neutral ☐ eher verzichtbar ☐ verzichtbar

24. Was wären aus Ihrer Sicht weitere wichtige, noch nicht angesprochene Aspekte oder Bedarfe, die Sie nennen möchten?

