

Anhang A: Ethikvotum, Projektinfrastruktur, Verlauf und Meilensteine

Im Mittelpunkt der Projektarbeit standen zunächst die Entwicklung der Projektinfrastruktur, die Vorbereitung der wissenschaftlichen Begleitforschung (incl. Antragsvorbereitung für die Begutachtung durch die Ethikkommission der MHH und Entwicklung eines Datenschutzkonzeptes). Ihr folgte die Durchführung der mehrperspektivisch angelegten quantitativen Ist-Analyse (Phase I). Daran schloss sich die vertiefenden qualitativen Fallstudien in sechs Heimen an (Phase II). Aufbauend auf die Synopse der Ergebnisse der beiden Teilstudien galt es in einem multidisziplinären Expert*innen-Forum unter Einbindung der Perspektive von Nutzer*innen Handlungsempfehlungen zu entwickeln (Phase III).

Bedingt durch die zeitlichen Verzögerungen im Projektbeginn und der ab dem Frühjahr 2020 durch die Corona-Pandemie zunehmend schwierigen Bedingungen für die Realisierung der Datenerhebung in den Heimen verzögerten sich der Abschluss der quantitativen Teilstudie sowie die Durchführung der qualitativen Fallstudien. Angesichts der Dynamik der Corona-Pandemie und der damit verbundenen personellen und zeitlichen Restriktionen im Heimsektor, kam es zu weiteren vom Projektteam der MHH nicht beeinflussbaren Verzögerungen der Datenerhebung. Daher wurde im Juli 2021 in Abstimmung mit dem Projektförderer und dem Projektträger eine ausgabenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit um neun Monate bis zum 31.07.2022 beantragt und eine Verlängerung für einen Zeitraum von sechs Monaten durch den Projektförderer bis zum 30.04.2022 bewilligt.

Das Expertenforum zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen wurde angesichts des sich im Herbst 2021 erneut zuspitzenden Pandemiegeschehens für Anfang März 2022 im Form einer online Veranstaltung geplant und realisiert.

A1: Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover

Schreiben der Ethikkommission der MHH vom 22.11.2019



**Medizinische Hochschule
Hannover**

Ethikkommission

Vorsitzender:

Prof. Dr. Stefan Engeli

Sekretariat:

Marion Lange

Telefon: 0511 532-3443

Liane Höft

Telefon: 0511 532-9812

Fax: 0511 532-16 3443

ethikkommission@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

Telefon: 0511 532-0

www.mh-hannover.de

22.11.2019/MLa

MHH Ethikkommission OE 9515
30623 Hannover

Herrn

Dr. Gabriele Müller-Mundt PH

Institut für Allgemeinmedizin

OE 5440 – im Hause

Nr. 8739_BO_5_2019

ImPact - Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen (gem. § 8,2 SGB XI) - Wissenschaftliche Begleitforschung

Beratungsergebnis: Ohne Bedenken -

Sehr geehrte Frau Kollegin Mundt,

die Mitglieder der Ethikkommission haben auf ihrer Sitzung am 13.11.2019 über o.g. Antrag beraten.

Die Ethikkommission hat keine Bedenken gegenüber der Durchführung des Studienvorhabens.

Der Antragsteller ist seiner berufsrechtlichen Pflicht entsprechend § 15 (1) Berufsordnung für Ärzte in Niedersachsen bzw. Dienstanweisung des Präsidiums der Medizinischen Hochschule Hannover (September 2012) nachgekommen. Eine Wiedervorlage wird erst bei Änderungen des Vorhabens nötig. Das Beratungsverfahren ist hiermit abgeschlossen.

Die Ethikkommission weist darauf hin, dass die ärztliche und juristische Verantwortung bei den jeweiligen Prüfärzten verbleibt.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Mit besten Grüßen

Prof. Dr. Stefan Engeli

Vorsitzender



Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenzen in Altenpflegeeinrichtungen

Die palliative Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern als Bestandteil der Pflege in stationären Einrichtungen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Der Trägerverband das Diakonische Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. (DWIN) trägt dem Rechnung und bietet seit 2013 Mitarbeiterschulungen in den Einrichtungen der Altenpflege an.

Diese Schulungsinitiative wird nun evaluiert, um die Effekte auf die Palliativkompetenz und Hospizkultur in den Einrichtungen zu erfassen (förderliche und hemmende Faktoren der Umsetzung, Nachhaltigkeit). Aufbauend darauf sollen Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Vorgesehen sind trägerweite anonyme Fragebogenerhebungen und vertiefende Fallstudien in sechs Einrichtungen auf der Grundlage von Interviews und Gruppendiskussionen.

[Sie möchten weitere Informationen und das Projekt unterstützen?](#)



Diakonie
in Niedersachsen

Finanziert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Besuchen Sie uns auch gerne auf
unserer Homepage:
www.mh-hannover.de/impact.html

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin OE 5440, AG Palliativversorgung

Institutsdirektor:
Prof. Dr. med. Nils Schneider

AG-Leitung:
PD Dr. Stefanie Stiel

Projektteam/Ansprechpartnerinnen:
Dr. Gabriele Müller-Mundt (Projektleitung)
Wenke Walther (wiss. Mitarbeiterin)
Petra Otto (Forschungsassistentin)

Kontakt:
Tel.: +49 511 532 8091
Fax: +49 511 532 4176

E-Mail:
impact@mh-hannover.de

A3: Projektinfrastruktur und Kooperation der Projektpartner*innen

Im Zuge der Entwicklung der Projektinfrastruktur wurden zunächst Projektverantwortlichen auf Seiten des Projektträgers (DWiN) und seitens der, die wissenschaftliche Begleitforschung durchführenden Institution, dem Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH benannt. Ferner wurden regelmäßige Projekttreffen zur Abstimmung des Vorgehens vereinbart und realisiert.

Entwicklung der Projektinfrastruktur

Im **Diakonischen Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V. (DWiN)** war das Projekt im Referat Hospiz- und Palliativarbeit des Bereichs Pflege und Gesundheit verortet, bis zum 31.10.2019 vertreten durch Frau Dr. Dorothee Arnold-Krüger. Die Durchführung des Projekts wurde durch die Bereichsleitung Frau Andrea Hirsing und durch Herrn Frank Pipenbrink (Referat Altenhilfe des Bereichs Pflege und Gesundheit) unterstützt.

Da sich Frau Dr. Dorothee Arnold-Krüger ab dem 1. November 2019 einem neuen Aufgabengebiet zugewandt hatte, wurden die Aufgaben der Projektleitung auf Seiten des Projektträgers zunächst interimsmäßig von Frau Andrea Hirsing wahrgenommen. Seit dem 15.01.2020 war Frau Pastorin Friedericke Busse (Referat Hospiz- und Palliativarbeit) im DWiN mit den Aufgaben der Projektleitung betraut.

Am **Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH** (Direktor Prof. Dr. Nils Schneider) war das Projekt an die AG Palliativversorgung (Leitung Prof. Dr. Stephanie Stiel) angebunden. Erste personalrechtliche Maßnahmen zur Besetzung der Projektstellen konnten aufgrund der Verzögerungen im Vertragsabschlussverfahren erst Ende November 2019 mit Wirkung ab 01.01.2020 eingeleitet werden.

Die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde vornehmlich durch Frau Dr. PH G. Müller-Mundt, M.A. (Soziologie, Projektleitung), Frau W. Walther, M.Sc. (Logopädie, im Vorgriff auf den Vertragsabschluss seit dem 01.09.2019 am Institut eingestellte wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts) und zeitweise von Frau Petra Otto (Studienassistentin) getragen. Seit dem 01.01.2020 waren Frau W. Walther, M.Sc. (wissenschaftliche Mitarbeiterin, bis 30.04.2022) und Frau P. Otto (Studienassistentin, bis 31.12.2020) dem Projekt personalrechtlich zugeordnet. Ab dem 01.02.2020 wurde das Kernteam durch Herrn F. Tetzlaff, M.Sc. (wissenschaftlicher Mitarbeiter bis 31.08.2020) und Frau L. Kano (Mitarbeiterin am Institut im FWJ, bis 31.08.2020) sowie im März 2020 durch Frau H. Röwer, B.Sc. (Studienassistentin) unterstützt. Seit dem 01.09.2020 war Frau Dr. PH Gabriele Müller-Mundt, M.A. (Projektleitung und wissenschaftliche Mitarbeiterin, bis 30.04.2022) auch personalrechtlich dem Projekt zugeordnet. In der Abschlussphase des Projekts unterstützte seit 01.12.2021 Frau R. Ülgüt, M.Sc. (wissenschaftliche Mitarbeiterin, bis 30.04.2022) das Kernteam.

Kooperation der Projektpartner*innen

Für die Kooperation und Abstimmung der Projektpartner*innen wurden regelmäßige Treffen der Projektverantwortlichen im DWiN und der Mitglieder des MHH-Projektteams in zeitlicher Anbindung an die Termine der Berichtslegung etabliert. Insgesamt wurden im Projektverlauf neun gemeinsame Besprechungen realisiert und für den 27.04.2022 eine abschließende Sitzung nach Vorlage des Endberichts durch das MHH-Team vereinbart (s. im Detail die nachfolgende Übersicht). Der Corona-Pandemie Rechnung tragend, wurden die gemeinsamen Sitzungen ab April 2020 in Form von Telefon- bzw. Video-konferenzen durchgeführt.

Besprechungen der Projektpartner*innen im Projektverlauf

Sitzung/Termin	Schwerpunkte des Austauschs der Projektpartner*innen
1. Sitzung 04.09.2019	Klärung projektbezogener Aufgaben und Zuständigkeiten, von Kommunikationsformaten und zur Erschließung/Sicherung des Feldzugangs
2. Sitzung 19.11.2019	1. Quartalsbericht, Abstimmung des Vorgehens für die Datenerhebung in Phase I, Projektstellenbesetzung im MHH-Team
3. Sitzung 27.01.2019	1. Halbjahresbericht, Wechsel der Projektverantwortlichen im DWiN, Erörterung von Strategien zur Förderung der Motivation zur Teilnahmebereitschaft der Heimleitungen und Mitarbeitenden
4. Sitzung 23.04.2020	2. Quartalsbericht, Abwägung des Umgangs mit verhaltener Beteiligungsquote und der Situation der Einrichtungen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie
5. Sitzung 23.07.2020	1. Jahresbericht, Diskussion der vorliegenden Teilergebnisse der quantitativen Ist-Analyse (Phase I)
6. Sitzung 23.10.2020	Erweiterte Sitzung mit Vertreter*innen der GKV-Forschungsstelle: (außerplanmäßiger) Quartalsbericht, Reflektion der Aussagefähigkeit der Ergebnisse der quantitativen Teilstudie
7. Sitzung 26.01.2021	2. Jahresbericht, Austausch über die im Bericht dargelegten Ergebnisse
8. Sitzung 08.06.2021	Erweiterte Sitzung mit Vertreter*innen der GKV Forschungsstelle: Bestandaufnahme der angesichts der Corona-Pandemie aufgetretenen Verzögerungen im Projektverlauf und Abstimmung angezeigter Modifikationen der qualitativen Fallstudien (Phase II), Notwendigkeit einer kostenneutralen Verlängerung
9. Sitzung 09.12.2021	Sonderbericht mit dem Schwerpunkt der vorläufigen Ergebnisse zum ergänzten Themenschwerpunkt der qualitativen Teilstudie (Phase II) „Implikationen der Corona-Pandemie“ und Abstimmung zur Planung des abschließenden Expert*innen-Forums
10. Sitzung 27.04.2022	Geplante abschließende Projektsitzung: Expert*innen-Forum und Endbericht des MHH-Teams der wissenschaftlichen Begleitforschung

A4: Meilensteinplanung für die Projektlaufzeit (08/2020 – 10/2021 bzw. 04/2022 inkl. Verlängerung um 6 Monate)

Tabelle 1: Meilensteinplanung und erreichte Meilensteine im Projektverlauf (inkl. ausgabenneutraler Verlängerung um 6 Monate)

Meilenstein	Zuständigkeit	Was wurde erreicht	Was wurde nicht erreicht/ Grund/ Ziel
Entwicklung der Projektinfrastruktur und Kooperation der Projektpartner*innen			
Entwicklung der Projektinfrastruktur (ab 09/2019)	DWiN*	Im DWiN ist das Projekt im Referat Hospiz- und Palliativarbeit des Bereichs Pflege und Gesundheit verortet, bis zum 31.10.2019 vertreten durch Frau Dr. D. Arnold-Krüger. Das Projekt wird durch die Bereichsleitung Frau A. Hirsing und Herrn F. Pipenbrink (Referat Altenhilfe) unterstützt. Die Aufgaben der Projektleitung wurden nach dem Ausscheiden von Frau Dr. D. Arnold-Krüger interimsmäßig von Frau A. Hirsing wahrgenommen. Seit dem 15.01.2020 nimmt Frau Pastorin F. Busse die Funktion der Projektbeauftragten im DWiN wahr.	Der Projektbeginn für die wissenschaftliche Begleitforschung wurde bei Antragstellung auf den 01.08.2019 festgesetzt. Der Bewilligungsbescheid ging bei dem DWiN am 29.07.2019 ein. Der Entwurf Kooperationsvertrags konnte daher erst am 08.08.2019 der MHH zugestellt werden.
	MHH*	Das MHH-Team konnte die Projektarbeit aus vertrags- und personalrechtlichen Gründen zu Beginn des Bewilligungszeitraums vollumfänglich aufnehmen. Um die Realisierung nicht zu gefährden, wurde die Projektarbeit ab 01.09.2019 durch Institutsmitarbeiter*innen aufgenommen. Ab 01.01.2020 waren Frau W. Walther, M.Sc. (wiss. Mitarbeiterin, bis 30.04.2022) und Frau P. Otto (Studienassistentin, bis 31.12.2020) personalrechtlich dem Projekt zugeordnet. Ab dem 01.02.2020 waren ergänzend Herr F. Tetzlaff, M.Sc. (wiss. Mitarbeiter bis 31.08.2020) und Frau L. Kano (Mitarbeiterin im FWJ, bis 31.08.2020) sowie im März 2020 durch Frau H. Röwer, B.Sc. (Studienassistentin) in das Projekt eingebunden.	Das an der MHH verbindliche gestufte Verfahren der Vertragsprüfung durch die zuständigen Abteilungen wurde Ende November 2019 abgeschlossen. Der Kooperationsvertrag konnte daher erst mit der Unterzeichnung durch den Justiziar der MHH (26.11.2019) rechtsverbindlich geschlossen werden. Die Einleitung erster personalrechtlicher Maßnahmen war somit erst Ende November 2019 mit Wirkung zum 01.01.2020 möglich, so dass sich der Beginn des Projekts um 5 Monate verzögerte.

Meilenstein	Zuständigkeit	Was wurde erreicht	Was wurde nicht erreicht/ Grund/ Ziel
<i>Fortsetzung Entwicklung der Projektinfrastruktur (ab 09/2019)</i>	MHH*	Seit dem 01.09.2020 war Frau Dr. G. Müller-Mundt (Projektleitung, bis 30.04.2022) dem Projekt auch personalrechtlich zugeordnet. Vom 01.12.2021 wurde das Team durch Frau R. Ülgüt, M.Sc. (wiss. Mitarbeiterin, bis 30.04.2022) unterstützt.	
Kooperation und Abstimmung der Projektpartner (ab 09/2019)	DWiN / MHH*	Als Rahmen für die Kooperation und Abstimmung wurden regelmäßige Projekttreffen des DWiN und MHH-Teams etabliert und im Projektverlauf 10 Sitzungen realisiert: Eine abschließende 11. Sitzung wurde für den 27.04.2022 vereinbart.	Angesichts der Corona-Pandemie wurde seit dem Frühjahr 2020 für die Besprechungen auf das Format der Telefon- bzw. Videokonferenzen zurückgegriffen.
Vorbereitung der retrospektiven Evaluation			
Ethikvotum und Datenschutzkonzept (09/2019 – 12/2019)	GMM / WW*	Im Zuge der Antragsvorbereitung zur Begutachtung des Vorhabens durch die Ethikkommission der MHH erfolgte eine Abstimmung des Datenschutzkonzepts mit den Datenschutzbeauftragten der MHH und des DWiN. Das Vorhaben wurde von der Ethikkommission positiv beurteilt (Ethikvotum Nr. 8739_BO_S_2019 vom 22.11.2019)	
Öffentlichkeitsarbeit zur Felderschließung (10/2019 – 11/2019)	DWiN GMM / WW*	Für die Öffentlichkeitsarbeit wurden ein Akronym, ein Projektlogo sowie Kurzdarstellungen und Projektpräsentationen für unterschiedliche Zielgruppen entwickelt. Das Projekt wurde im Herbst 2019 in vier Leitungskonferenzen des DWiN-Referats Altenhilfe und in der Vorstandssitzung des Niedersächsischen Evangelischen Verbandes für Altenhilfe und Pflege e.V. (NEVAP) vorgestellt.	

Meilenstein	Zuständigkeit	Was wurde erreicht	Was wurde nicht erreicht/ Grund/ Ziel
Projekt-Phase I: Vorbereitung der quantitativen (retrospektiven) Ist-Analyse			
Entwicklung der Erhebungsinstrumente und ergänzender Dokumente (09/2019 bis 01/2020)	GMM / WW*	Aufbauend auf eine Literaturanalyse wurden Erhebungsbögen zur Ermittlung von Struktur- und Prozessdaten der Heime und zielgruppenspezifische Fragebögen für die schriftliche Befragung (Heimleitung, Mitarbeitenden der Wohnbereiche, Angehörigen verstorbener Bewohner*innen) entwickelt und pilotiert.	
Rekrutierung (12/2019–02/2020)	GMM / WW / PO*	Anfang 12/2019 wurde an die vollstationären Einrichtungen und deren Träger auf der Basis einer institutionsbezogenen Adressliste des DWiNs ein motivierendes Anschreiben und ergänzende Projektinformationen gesandt (incl. Informationspaket für die Mitarbeitervertretung, Rückmelde- und Kurzfragebogen zur Heimstruktur). Ende 01/2020 lag aus 20 der 181 Institutionen eine Rückmeldung vor. Mittels Internetrecherche wurden weitere Kontaktdaten der übrigen 161 Institutionen recherchiert, um mit den Leitungspersonen persönlich Rücksprache zu halten. Es zeigte sich, dass es sich bei 35 Adressen nicht um Anschriften vollstationärer Einrichtungen handelte.	
		Anfang 03/2020 lag aus 129 der 146 Heime eine Rückmeldung zur Teilnahmebereitschaft und aus 110 Heimen der Kurzfragebogen mit Angaben zu Eckdaten der Einrichtungen vor. 28 Leitungen der 146 Heime (19,2%) waren zur Teilnahme an der quantitativen Studie (Phase I) bereit, von ihnen signalisierten 13 Leitungen ein Mitwirkungsinteresse an Projektphase II.	Aus 17 Heimen ging keine Rückmeldung zur Beteiligungsbereitschaft ein, eine direkte telefonische Rücksprache mit den Heimleitungen war nicht möglich bzw. wurde abgeblockt.

Meilenstein	Zuständigkeit	Was wurde erreicht	Was wurde nicht erreicht/ Grund/ Ziel
Projekt-Phase I: Durchführung der quantitativen (retrospektiven) Ist-Analyse (Fortsetzung)			
Datenerhebung für der quantitativen Teilstudie (03/2020 bis 05/2020)	WW / FT / PO / LK / GMM*	<p>Der Versand der Unterlagen für die Datenerhebung erfolgte in drei Schritten: In der KW 8 wurden zunächst Erhebungsunterlagen für die Heimleitungen (Datenblätter verstorbener Bewohner*innen, Strukturhebungsbogen und Leitungsfragebogen) versandt. In KW9 erfolgte eine telefonische Rücksprache zur Abstimmung des Vorgehens mit den Heimleitungen.</p> <p>Die Dokumente (incl. adressierter Freiumschlag) für die Befragung der Mitarbeitenden und Angehörigen wurden den 28 Heimleitungen jeweils separat in der 10. KW der Bitte um Weiterleitung an die Adressat*innen zugesandt.</p>	Aus den unter Punkt 1.1 dargelegten Gründen hatte sich der Beginn der Datenerhebung in Projektphase I vom 2. auf das 3. Quartal des Bewilligungszeitraums verschoben.
Monitoring des Rücklaufs der Erhebungsbögen der quantitativen Studie (03/2020 bis 05/2020)	WW / FT / PO / HR / GMM*	Der Rücklauf der Erhebungsbögen wurde fortlaufend dokumentiert und parallel mit der Dateneingabe in SPSS begonnen. In der 15. KW wurde an die Heimleitungen eine elektronische Ostergrußkarte, nebst Erinnerungsschreiben und dem Hinweis auf Verlängerung des Erhebungszeitraums bis Ende 05/2020 versandt. Insgesamt beteiligten sich 18 der 28 Heime, die ihre Teilnahmebereitschaft an der quantitativen Studie erklärt hatten.	Drei Heimleitungen zogen mit Verweis auf die Corona-Pandemie ihre Zusage zurück. Acht weitere Heimleitungen haben trotz Zusage keine Erhebungsbögen zurückgesandt. Die Datenerhebung wurde statt im 2. I im 4. Quartal des Bewilligungszeitraums abgeschlossen werden.
Datensicherung und analyse quantitativen Befragungs- und Routinedaten 06/2020 bis 10/2020	WW / FT / PO/ GMM*	Eingabekontrolle, statistische Analyse und Aufbereitung der Ergebnisse der Strukturhebung, der Befragung der Leitungspersonen, Mitarbeitenden der Wohnbereiche, Angehörigen und der Routinedaten im Jahre 2019 verstorbener Bewohner*innen der Heime.	Aufgrund der Verzögerungen im Projektbeginn und -verlauf wurde Phase I des Projekts im Oktober 2020 mit einer Verzögerung von ca. 3 Monaten weitgehend abgeschlossen.

Meilenstein	Zuständigkeit	Was wurde erreicht	Was wurde nicht erreicht/ Grund/ Ziel
Projekt-Phase II: Vorbereitung und Durchführung der qualitativen Fallstudien			
Vorbereitung der Dokumente für die Datenerhebung (10 bis Mitte 11/2020)	GMM / WW*	Vorbereitung der Dokumente für die Rekrutierung von Interviewpartner*innen durch die Ansprechpartner*innen in den Heimen, inkl. Entwicklung und Pilotierung zielgruppenspezifischer Interviewleitfäden.	
Auswahl und Rekrutierung der Heime für Phase II (10/2020 – 04/2021)	WW / PO / GMM*	Internetrecherche zur Selbstdarstellung der Heime, die sich für die Beteiligung an Phase II bereit erklärt hatten, Vorauswahl von sechs Heimen, Abstimmung des Vorgehens mit den Projektverantwortlichen der Heime, Bereitstellung der Dokumente für die Rekrutierung von Interviewpartner*innen.	Die Leitung eines im großstädtischen Raum gelegenen Heims zog die Zusage zurück Mitwirkung an der Studie. Dafür konnte zwar ein weiteres allerdings einer Großstadt gelegenes Heim nachrekrutiert werden.
Datenerhebung, – (11/2020 – 08/2021)	WW / PO/ GMM*	Die Datenerhebung wurde im 4. Quartal 2020 eingeleitet. Sie konnte – trotz der erschwerten Bedingungen und der erforderlichen Nachrekrutierung eines Heims – im Zeitraum von November 2020 bis 08/2021 abgeschlossen. Insgesamt wurden 104 Interviews geführt und transkribiert.	Pandemiebedingt gestalteten sich die Rekrutierung von Interviewpartner*innen und Realisierung der Interviews schwierig, allein die Datenerhebung der auf neun Monate angelegten Projektphase, erstreckte sich auf zehn Monate.
Datensicherung und Qualitätskontrolle der Transkription 11/2020 – 09.2021	WW / FT / PO / LK / HR / GMM*	Die Audioaufnahmen wurden jeweils parallel zur laufenden Datenerhebung möglichst zeitnah pseudonymisiert verschriftlich und die Transkripte von den wiss. Mitarbeiter*innen gegengeprüft.	Aufgrund der Verzögerungen im Beginn und Verlauf Realisierung der Interviews, konnte deren Transkription erst 09/2021 abgeschlossen werden.
Datenanalyse und Aufbereitung der Ergebnisse (12/2021 – 01/2022)	GMM / WW*	Die Interviewdaten wurden auf der Basis eines deduktiv-induktiven Ansatzes inhaltsanalytisch nach übergreifenden Themen einrichtungsbezogen und einrichtungsübergreifend bezogen auf die unterschiedlichen Zielgruppen analysiert und aufbereitet.	

Meilenstein	Zuständigkeit	Was wurde erreicht	Was wurde nicht erreicht/ Grund/ Ziel
Projekt-Phase III: Vorbereitung und Durchführung des Expert*innen-Forums			
Vorbereitung und Durchführung des Expert*innen-Forums 12/2021 – 03/2022	GMM, RU, WW	Ende 2021/Anfang 2022 wurden 19 ausgewiesene Expert*innen kontaktiert, von ihnen sagten 16 die Teilnahme an dem Online-Expert*innen-Forum (09.03.2022) zu, 15 Expert*innen konnten die Teilnahme realisieren.	Eine Expertin sagte die Teilnahme aufgrund von zum Zeitpunkt der Anfrage nicht absehbaren dienstlichen Verpflichtungen ab.
Datensicherung und Analyse 03/2022 – 04/2022	GMM, RU, WW	Die Audioaufnahme der Diskussion im Plenum wurde transkribiert und themenbezogen für die Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen analysiert und aufbereitet.	
Außergewöhnliche Ereignisse		Die Projektarbeit wurde seit Frühjahr 2020 durch die Corona-Pandemie erschwert. Anzunehmen sind Implikationen auf die Beteiligungsbereitschaft und das Antwortverhalten der Adressat*innen der schriftlichen Befragungen (Phase I) und den qualitativen Interviews (Phase II).	
Kongressteilnahmen und Präsentationen des Projekts ab 12/2019	WW / GMM*	Das Projektdesign und ausgewählte Ergebnisse der Teilstudien wurden in der Projektlaufzeit im Rahmen von wissenschaftlichen Kongressen und Fachforen in Form von Vorträgen bzw. Postern präsentiert. Ferner wurden zwei Originalbeiträge zu ausgewählten Ergebnissen in peer reviewed wiss. Zeitschriften eingereicht, von ihnen ist 1 Artikel erschienen, ein weiterer Artikel ist in Vorbereitung (s. die Übersicht der Präsentationen und Publikationen im Endbericht Kapitel 6.2)	

* Legende: DWiN = Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V., MHH = Medizinische Hochschule Hannover, FT=Fabian Tetzlaff (wiss. Mitarbeiter, MHH), GMM = Dr. Gabriele Müller-Mundt (Projektleitung, wiss. Mitarbeiterin, MHH), HR=Hanna Röwer (Studienassistentin, MHH), LK=Lena Kano (Mitarbeiterin im FWJ), PO= Petra Otto (Studienassistentin, MHH), RU = Rodja Ülgüt (wiss. Mitarbeiterin, MHH), WW = Wenke Walter (wiss. Mitarbeiterin, MHH)

Tabellenanhang B1 Befragung der Leitungspersonen

Tabelle B1.1 Palliative Care Konzept und Implementierung aus Sicht der Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Orientierungsrahmen der Versorgung am Lebensende (Anteile ja/trifft zu)			
▪ Charta „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“	1 (5,6%)	–	1 (12,5%)
▪ Leitbild des Trägers/der Einrichtung	15 (83,3%)	8 (80,0%)	7 (87,5%)
▪ Handlungshilfe der Einrichtung	13 (72,2%)	6 (60,0%)	7 (87,5%)
Konzepterarbeitung und Implementierung (Anteile ja/trifft zu)			
▪ in der Einrichtung bearbeitet	15 (83,3%)	8 (80,0%)	7 (87,5%)
▪ persönlich an Umsetzung beteiligt	12 (66,7%)	6 (60,0%)	6 (75,0%)
▪ Freiräume für die Umsetzung vorhanden	14 (77,8%)	7 (70,0%)	7 (87,5%)
Sicherstellung der Palliativkompetenz der Mitarbeiter*innen (Anteile „4“ immer/„3“ meistens) ^a			
Einführung in Abschiedskultur für neue Mitarbeiter*innen	17 (94,4%)	9 (90,0%)	8 (100%)*
Möglichkeit zur Fortbildungsteilnahme	15 (83,4%)	9 (90,0%)	6 (75,0%)

a) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B1.2: Hospizkultur, hausärztliche Kooperation und regionale Angebote für die Begleitung von Menschen am Lebensende aus Sicht der Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Generelle Bewertung (Anteile „1“sehr gut“ und „2“ gut“) ^a			
Hospizkultur der Einrichtung insgesamt	17 (94,4%)	9 (90,0%)	8 (100%)
Hausärztliche Kooperation im Rahmen der Begleitung am Lebensende	8 (44,4%)	4 (40,0%)	4 (50,0%)
Angebote für die Begleitung von Menschen am Lebensende in der Region insgesamt	8 (44,4%)	3 (30,0%)	5 (50,0%)

a) 6-stufige Antwortskala: „1“ sehr gut bis „6“ ungenügend

Tabelle B1.3 Willensbekundungen der Bewohner*innen, Gesprächsangebote zur Versorgungsplanung und Notfallpläne für Krisensituationen aus Sicht der Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Willensbekundungen der Bewohner*innen (Anteile „4“ immer“ und 3 „meistens“) ^a			
▪ Willensbekundungen der Bewohner*innen sind bekannt	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ Wünsche der Bewohner*innen werden am Lebensende berücksichtigt	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Ermittlung von Präferenzen der Bewohner*innen und Beratung (Anteile „4“ immer“ und „3“ meistens“) ^a			
▪ Ermittlung der Bewohner*innenwünsche	17 (94,4%)	9 (90%)	8 (100%)
▪ Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung	17 (94,4%)	10 (100%)	7 (87,5%)
Erstellen von Notfallplänen (Anteile „ja“)	13 (72,2%)	7 (70%)	6 (75%)
<i>darunter</i>			
einbezogene Personen(gruppen) in die Notfallplanung (Anteile „4“ immer/“3“ meistens) ^a			
▪ Bewohner*innen	7 (53,9%)	3 (42,9%)	4 (66,6%)
▪ Angehörige/gesetzl. Betreuer*innen	11 (84,6%)	6 (85,7%)	5 (83,4%)
▪ Hausärzt*innen/weitere Kooperationspartner*innen in der Versorgung	8 (61,5%)	5 (71,4%)	3 (37,5%)
Handhabung und Berücksichtigung der Notfallpläne (Anteile „4“ immer/“3“ meistens) ^a			
▪ Dokumentation/Hinterlegung der Notfallpläne in der Pflegedokumentation	12 (92,3%)	6 (85,7%)	6 (100%)
▪ Notfallpläne werden Rettungsdienst-/Notarzt und im Krankenhaus vorgelegt	10 (76,9%)	5 (71,4%)	5 (83,3%)
▪ Notfallplanung wird berücksichtigt	11 (84,7%)	5 (71,5%)	6 (100%)

a) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B1.4: Palliative Versorgung und Begleitung in der Sterbephase aus Sicht der befragten Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Symptommanagement, psychosoziale und spirituelle Begleitung			
Erkennen und Behandlung körperlicher Symptome (Anteile „4“ immer/„3“ meistens) ^a			
▪ werden rechtzeitig erkannt	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ ausreichend behandelt	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Beachtung psychosozialer und spiritueller Probleme (Anteile 4 immer/„3“ meistens) ^a			
▪ Beachtung psychischer Probleme	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ Beachtung sozialer Probleme	16 (88,9%)	8 (80%)	8 (100%)
▪ Beachtung spiritueller Probleme	16 (88,9%)	8 (80%)	8 (100%)
Versorgung und Begleitung in der Sterbephase (Anteile „4“ immer/„3“ meistens) ^a			
Erkennen des Eintritts der Sterbephase	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Versterben im Zimmer möglich	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Möglichkeit in „Würde und Ruhe“ zu sterben	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Angebote zur Ermöglichung der Anwesenheit Angehöriger (Anteile „4“ immer/„3“ meistens) ^a			
Schlafmöglichkeit für Angehörige	15 (83,3%)	8 (80,0%)	7 (87,5%)
Verpflegungsmöglichkeit für Angehörige	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Personelle Ressourcen für Beratung und Begleitung (Anteile „1“ sehr gut/„2“ gut) ^b			
Beratung der Bewohner*innen zum Thema Sterben und Tod	13 (72,2%)	7 (70,0%)	6 (75,0%)
Begleitung sterbender Bewohner*innen	12 (66,7%)	7 (70,0%)	5 (62,5%)
Betreuung betroffener Angehöriger	14 (77,8%)	9 (90,0%)	5 (62,5%)

a) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

b) 6-stufige Antwortskala: „1“ sehr gut bis „6“ ungenügend

Tabelle B1.5: Kommunikations- und Kooperationskultur aus Sicht der Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Interne interprofessionelle Kommunikation und Kooperation (Anteile „3“ grundsätzlich / „2“ bei Bedarf) ^a			
▪ Gemeinsame Übergaben/Visiten	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ Interdisziplinäre Bereichsbesprechungen	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ Ethische Fallbesprechungen	15 (83,4%)	8 (80,0%)	7 (87,5%)
▪ Gespräche zu Versorgungsplanung mit allen Beteiligten	10 (55,6%)	5 (50,0%)	5 (72,5%)
Erreichbarkeit und Zeit der behandelnden Ärzt*innen (Anteile „4“ immer/„3“ meist) ^b			
gute Erreichbarkeit im Bedarfsfall	16 (88,8%)	9 (90,0%)	7 (87,5%)
genügend Zeit für die Betroffenen	7 (44,5%)	3 (30,0%)	5 (62,5%)

a) 3-Stufige Antwortskala: „1“ nie – „1“ bei Bedarf – „3“ grundsätzlich, Zusatzkategorie „weiß nicht“

b) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B1.6: Kooperation mit externen Partner*innen im Rahmen der Betreuung sterbender Bewohnerinnen aus Sicht der Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Externe Kooperationspartner*innen im Rahmen der Betreuung am Lebensende (Anteile „trifft zu“)^a			
▪ mit Hausärzt*innen	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ mit Ärzt*innen mit Weiterbildung / Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	16 (88,9%)	10 (100%)	6 (75%)
▪ mit SAPV Teams	16 (88,9%)	9 (90,0%)	7 (87,5%)
▪ mit Hospizvereinen	17 (94,4%)	9 (90,0%)	8 (100%)
▪ Seelsorger*innen	17 (94,4%)	9 (90,0%)	8 (100%)
Bewertung der Kooperation bei der Betreuung am Lebensende (Anteile „1“ sehr gut/“2“ gut)^a			
Kooperation mit den Hausärzt*innen der Bewohner*innen	n=18 14 (77,8%)	n=10 8 (80,0%)	n=8 6 (75,0%)
Kooperation Ärzt*innen mit Weiterbildung/ Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	n=16 12 (66,7%)	n=10 8 (80,0%)	n=6 4 (66,7%)
Kooperation mit SAPV Teams	n=16 12 (66,7%)	n=9 7 (77,8%)	n=7 5 (71,4%)
Kooperation mit Hospizvereinen	n=17 14 (77,8%)	n=9 9 (100%)	n=8 5 (62,5)
Kooperation mit Seelsorger*innen	n=17 14 (77,8%)	n=9 7 (77,8%)	n=8 7 (87,5%)

a) 6-stufige Antwortskala: „1“ sehr gut bis „6“ ungenügend

Tabelle B1.7: Trauerkultur in der Einrichtung aus Sicht der befragten Leitungspersonen (n=18)

Merkmal	Befragte Leitungspersonen insges. (n=18)	Leitungspersonen der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=10)	ohne Inhouse-Kurs (n=8)
Abschieds- und Trauerkultur (Anteile „4“ immer/“3“ meistens)			
Möglichkeit einer Trauerfeier	15 (83,4%)	8 (80,0%)	7 (87,5%)
Angebot kultursensibler Abschiedsrituale	14 (77,8%)	7 (70,0%)	7 (87,5%)
Möglichkeit des Abschiednehmens für			
▪ Mitbewohner*innen	17 (94,4%)	9 (90,0%)	8 (100%)
▪ hinterbliebene Angehörige	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
▪ Mitarbeiter*innen	18 (100%)	10 (100%)	8 (100%)
Zeit für Angehörige zum Zimmerräumen	16 (88,9%)	9 (90,0%)	7 (87,5%)
Entlastungsangebote und Reflexionsmöglichkeiten für die Mitarbeiter*innen	13 (72,2%)	5 (50,0%) *	8 (100%) *

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabellenanhang B2 Befragung der Mitarbeiter*innen

Tabelle B2.1: Betreute und verstorbene Bewohner*innen im Arbeitsbereich der befragten Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Durchschnittliche Anzahl der im Arbeitsbereich betreuten Bewohner*innen \bar{x} (SD)	40 (26)	39 (26)	41 (27)
Durchschnittliche Anzahl der im eigenen Arbeitsbereich im vorangegangenen Jahr verstorbenen Bewohner*innen \bar{x} (SD)	10 (9)	10 (10)	10 (7)
Durchschnittliche Anzahl der verstorbenen Bewohner*innen mit palliativem Versorgungsbedarf \bar{x} (SD)	6,6 (6,3)	6,5 (6,5)	6,9 (6,1)

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

Tabelle B2.2: Konzept und Implementierung aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Palliative Care Konzept und Implementierung (Anteile ja/trifft zu)			
▪ Konzeptionelle Bearbeitung der Themen Palliativ Care und Hospizkultur	163 (88,1%)	115 (89,1%)	39 (81,3%)
▪ Freiräume für die Umsetzung	136 (77,3%)	103 (79,8%)	28 (58,3%) *
▪ persönlich an Umsetzung beteiligt	65 (34,9%)	48 (37,2%)	15 (31,3%)
Orientierungsrahmen und Handlungshilfen (Anteile ja/trifft zu)			
▪ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ⁴	17 (9,1%)	11 (8,5%)	5 (10,4%)
▪ Leitbild des Trägers/der Einrichtung	114 (61,3%)	81 (62,8%)	27 (56,3%)
▪ Handlungshilfe der Einrichtung	61 (32,8%)	44 (34,1%)	14 (29,2%)
▪ Kann ich nicht einschätzen	24 (12,9%)	17 (13,2%)	7 (14,6%)

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

Tabelle B2.3: Hospizkultur, Förderung der Palliativkompetenz und Freiräume zur Umsetzung der Inhalte aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Generelle Bewertung der Hospizkultur der Einrichtung \bar{x} (SD) ^b	2,3 (0,9)	2,2 (0,9)	2,5 (1,0)
Einführungs-, Fortbildungs- und Umsetzungsmöglichkeiten (Anteile „4“ immer ^c und 3 „meistens“)			
Einführung in Abschiedskultur neuer Mitarbeiter*innen	93 (50,0%)	68 (52,7%)	21 (43,8%)
Möglichkeit zur Teilnahme Fortbildungen zu Palliative Care/Hospizthemen	81 (43,6%)	58 (45,0%)	18 (37,5%)
Möglichkeit zur Umsetzung der Palliative Care Fortbildungsinhalten	100 (53,7%)	71 (55,0%)	23 (47,9%)

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

b) 6-stufige Antwortskala: „1“ sehr gut bis „6“ ungenügend

c) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B2.4: Versorgungspraxis und Kommunikationskultur im Rahmen der Versorgung am Lebensende aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Versorgungspraxis und Kommunikation (Anteile „4“ immer“ und 3 „meistens“) ^b			
Sicherstellung von personeller Kontinuität	156 (83,8%)	107 (82,9%)	40 (83,3%)
Dokumentation und Hinterlegung von Patientenverfügungen	165 (88,7%)	115 (89,1%)	41 (85,5%) *
Berücksichtigung der Wünsche der Bewohner*innen	172 (92,5%)	121 (93,8%)	42 (87,5%)
Erstellen von Notfallplänen	111 (59,7%)	78 (60,5%)	31 (64,6%)
Weiterleitung von Willensbekundungen an Rettungsdienst, Notarzt, Krankenhaus	141 (75,8%)	101 (78,3%)	38 (79,2%)
Durchführung ethischer Fallbesprechungen	101 (54,3%)	74 (57,4%)	23 (47,9%)
Information der betreffenden Mitarbeiter*innen über Eintritt der Sterbephase	165 (88,7%)	115 (89,2%)	42 (87,6%)

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

b) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B2.5: Kooperation und Vernetzung aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Kooperation und Vernetzung (Anteile „4“ immer“ und 3 „meistens“)			
Einbindung von Hospiz- und SAPV-Diensten in die Begleitung am Lebensende			
Einbindung von Hospizvereinen	56 (30,1%)	36 (27,9%)	19 (39,6%)
▪ gute Kooperation mit Hospizvereinen	91 (48,9%)	56 (43,2%)	32 (66,7%)
Einbindung von SAPV-Diensten	65 (35,0%)	49 (38,0%)	15 (31,2%)
▪ gute Kooperation mit SAPV-Diensten	76 (40,8%)	50 (38,8%)	22 (45,9%)
Kooperation und Betreuung am Lebensende seitens der behandelnden Hausärzt*innen			
▪ gute Erreichbarkeit im Bedarfsfall	131 (70,5%)	89 (69,0%)	36 (75,0%)
▪ genügend Zeit für die Betroffenen	89 (47,9%)	56 (43,4%)*	26 (60,5%) *

Signifikanz: * < .05, ** < .01, *** < .001

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

b) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B2.6: Palliative Versorgung und Begleitung in der Sterbephase aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Palliative Versorgung und Begleitung am Lebensende (Anteile „4“ immer“ und 3 „meistens“) ^b			
Management körperlicher Symptome			
▪ werden rechtzeitig erkannt	156 (83,9%)	105 (81,4%)	42 (87,5%)
▪ ausreichend behandelt	160 (86,0%)	109 (84,5%)	43 (89,6%)
Beachtung psychosozialer und spiritueller Aspekte			
▪ psychische Probleme	145 (77,9%)	98 (76,0%)	39 (81,2%)
▪ soziale Belange	137 (73,6%)	95 (73,7%)	35 (72,9%)
▪ spirituelle Probleme	118 (63,3 %)	81 (62,8%)	31 (64,6%)
Begleitung in der Sterbephase			
Erkennen des Eintritts der Sterbephase	169 (90,9%)	118 (91,5%)	42 (87,5%)
Begleitung der Sterbenden am Bett	124 (66,6%)	88 (68,2%)	31 (64,6%)
Begleitung durch Angehörigen möglich	164 (88,2%)	120 (93,0%)	42 (87,5%)
In „Würde und Ruhe“ zu sterben möglich	169 (90,8%)	118 (91,4%)	42 (87,5%)

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

b) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabelle B2.7: Abschiedskultur und Unterstützung der Trauerarbeit in den Einrichtungen aus Sicht der Mitarbeiter*innen (n=186)

Merkmal	Befragte Beschäftigte insges.(n=186)	Beschäftigte der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=129)	ohne Inhouse-Kurs (n=48)
Abschieds- und Trauerkultur (Anteile „4“ immer“ und 3 „meistens“) ^b			
Möglichkeit des Abschiednehmens			
▪ für hinterbliebene Angehörige	165 (88,7%)	115 (89,2%)	42 (87,5%)
▪ für Mitbewohner*innen	130 (69,9%)	89 (69,0%)	35 (73,0%)
Praktizieren von Erinnerungsritualen	157 (84,4%)	109 (84,5%)	39 (81,3%)
Entlastungsangebote und Reflexionsmöglichkeiten für die Mitarbeiter*innen	74 (39,8%)	49 (38,0%)	21 (43,8%)

a) 9 Fragebögen konnten nicht zugeordnet werden

b) 4-stufige Antwortskala: „1“ (fast) nie bis „4“ immer, Zusatzkategorie „weiß nicht“

Tabellenanhang B3: Befragung der hinterbliebenen Angehörigen 2019 verstorbener Bewohner*innen (n=149)

Tabelle B3.1: Gesprächsangebote und Willensbekundungen zur Versorgung am Lebensende der verstorbenen Angehörigen der befragten Hinterbliebenen (n=149)

Merkmal	Verstorbene Angehörige insges. (n=149)	Verstorbene Angehörige der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	ohne Inhouse-Kurs (n=44)
hilfreiche Gesprächsangebote zur vorausschauenden Versorgungsplanung (ACP) erhalten ***			
nicht beurteilbar	36 (24,2%)	25 (25%)	10 (22,7%)
nicht gewünscht	63 (42,3%)	46 (46%)	15 (34,1%)
stimmt meist/voll	25 (16,7%)	21 (21%)	4 (9,1%)
stimmt teils	4 (2,7%)	3 (3%)	1 (2,3%)
stimmt wenig/nicht	17 (11,5%)	4 (4%)	12 (27,3%)
Wünsche zur Versorgung am Lebensende geäußert.**			
	112 (75,2%)	68 (68%)	41 (93,2%)
Willensbekundung(en)			
Vorsorgevollmacht lag vor	118 (79,2%)	77 (77%)	36 (81,8%)
Patientenverfügung lag vor	105 (70,5%)	66 (66%)	35 (79,5%)
Andere Willensbekundung lag vor	15 (10,1%)	12 (12%)	3 (6,8%)
nicht bekannt/weiß nicht	4 (2,7%)	4 (4%)	-
Entsprechung der Wünsche			
▪ den Wünschen wurde entsprochen	121 (81,2%)	77 (77%)	40 (90,9%)
▪ den Wünschen wurde nicht entsprochen	11 (7,4%)	8 (8%)	2 (4,5%)
nicht bekannt/weiß nicht	16 (10,7%)	14 (14%)	2 (4,5%)
keine Angabe	1 (0,7%)	1 (1%)	-

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001 (Unterschiede in der Verteilung der Variable mittels Mann-Whitney-U-Test)

a) 5 Angehörigenbögen konnten nicht zugeordnet werden

Tabelle B3.2: Versorgung der verstorbenen Bewohner*innen in den letzten 4 Lebenswochen aus Sicht der befragten Hinterbliebenen Angehörigen (n=149)

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Allg. Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung im Heim.			
▪ sehr/ziemlich	91 (61,1%)	64 (64%)	26 (59,1%)
▪ teils/teils	35 (23,5%)	20 (20%)	12 (27,3%)
▪ wenig/gar nicht	15 (10%)	10 (10%)	4 (9,1%)
▪ keine Angaben	8 (5,4%)	6 (6%)	2 (4,5%)
Allg. Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung im Heim.			
▪ sehr/ziemlich	130 (87,2%)	87 (87%)	39 (88,6%)
▪ teils/teils	13 (8,7%)	9 (9%)	3 (6,8%)
▪ wenig/gar nicht	3 (2%)	1 (1%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben	3 (2%)	3 (3%)	-
In Krisensituationen waren Ärzt*innen für Bewohner*innen immer gut erreichbar.			
▪ voll/meist	60 (40,3%)	42 (42%)	17 (38,6%)
▪ teils	28 (18,8%)	17 (17%)	8 (18,2%)
▪ wenig/nicht	28 (18,8%)	16 (16%)	11 (25%)
▪ keine Angaben/nicht beurteilbar	33 (22,2%)	25 (25%)	8 (18,2%)
In Krisensituationen waren Pflegende für Bewohner*innen immer gut erreichbar.			
▪ voll/meist	129 (86,6%)	86 (86%)	39 (88,7%)
▪ teils	9 (6%)	5 (5%)	3 (6,8%)
▪ wenig/nicht	3 (2%)	1 (1%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben/nicht beurteilbar	8 (5,4%)	8 (8%)	-
Die Ärzt*innen hatten genügend Zeit.			
▪ voll/meist	64 (42,9%)	46 (46%)	17 (38,7%)
▪ teils	16 (10,7%)	10 (10%)	6 (13,6%)
▪ wenig/nicht	30 (20,1%)	19 (19%)	10 (22,7%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	39 (26,2%)	25 (25%)	11 (25%)
Die Pflegenden hatten genügend Zeit.			
▪ voll/meist	121 (80,6%)	84 (84%)	34 (77,2%)
▪ teils	16 (10,7%)	8 (8%)	8 (18,2%)
▪ wenig/nicht	7 (4,7%)	3 (3%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	5 (3,4%)	5 (5%)	-
Die Ärzt*innen erschienen kompetent in der Betreuung.			
▪ voll/meist	94 (63,1%)	65 (65%)	28 (63,6%)
▪ teils	16 (10,7%)	9 (9%)	6 (13,6%)
▪ wenig/nicht	10 (6,7%)	6 (6%)	4 (9,1%)
▪ keine Angaben/ Nicht beurteilbar	29 (19,5%)	20 (20%)	6 (13,6%)

...Fortsetzung Tabelle B3.2

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Die Pflegenden erschienen kompetent in der Betreuung.			
▪ voll/meist	129 (86,5%)	90 (90%)	36 (81,8%)
▪ teils	13 (8,7%)	6 (6%)	5 (11,4%)
▪ wenig/nicht	3 (2%)	1 (1%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben/ Nicht beurteilbar	4 (2,7%)	3 (3%)	1 (2,3%)
Die Ärzt*innen haben hilfreich seelisch und emotionale unterstützt.			
▪ voll/meist	47 (31,6%)	39 (39%)	7 (15,9%)
▪ teils	19 (12,8%)	8 (8%)	11 (25%)
▪ wenig/nicht	46 (30,9%)	29 (29%)	14 (31,9%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	37 (24,8%)	24 (24%)	12 (27,3%)
Die Pflegenden haben hilfreich seelisch und emotionale unterstützt.			
▪ voll/meist	112 (75,1%)	79 (79%)	30 (68,2%)
▪ teils	22 (14,8%)	11 (11%)	9 (20,5%)
▪ wenig/nicht	4 (2,6%)	2 (2%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	11 (7,4%)	8 (8%)	3 (6,8%)
Bewohner*innen erhielten verständliche Informationen von Hausärzt*innen zum aktuellen Krankheitszu- stand.**			
▪ voll/meist	53 (35,5%)	43 (43%)	10 (22,7%)
▪ teils	20 (13,4%)	10 (10%)	9 (20,5%)
▪ wenig/nicht	20 (13,5%)	11 (11%)	8 (18,2%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	56 (37,6%)	36 (36%)	17 (38,6%)
Bewohner*innen erhielten verständliche Informationen von Hausärzt*innen zum erwarteten Krankheitsver- lauf.**			
▪ voll/meist	42 (28,1%)	33 (33%)	9 (20,4%)
▪ teils	18 (12,1%)	12 (12%)	5 (11,4%)
▪ wenig/nicht	27 (18,1%)	13 (13%)	13 (29,5%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	62 (41,6%)	42 (42%)	17 (38,6%)
Bewohner*innen erhielten verständliche Informationen von Hausärzt*innen über Therapien.**			
▪ voll/meist	32 (21,5%)	27 (27%)	5 (11,4%)
▪ teils	17 (11,4%)	10 (10%)	7 (15,9%)
▪ wenig/nicht	30 (20,1%)	16 (16%)	13 (29,5%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	70 (47%)	47 (47%)	19 (43,2%)
Bewohner*innen wurden von Hausärzt*innen ausreichend gegen Schmerzen behandelt.			
▪ voll/meist	96 (64,5%)	65 (65%)	29 (65,9%)
▪ teils	11 (7,4%)	7 (7%)	3 (6,8%)
▪ wenig/nicht	11 (7,4%)	6 (6%)	4 (9,1%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	31 (20,8%)	22 (22%)	8 (18,2%)

...Fortsetzung Tabelle B3.2

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Bewohner*innen wurden von Hausärzt*innen ausreichende gegen andere körperliche Symptome behandelt.			
▪ voll/meist	74 (49,6%)	53 (53%)	29 (43,2%)
▪ teils	15 (10,1%)	6 (6%)	7 (15,9%)
▪ wenig/nicht	7 (4,7%)	5 (5%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	53 (34,8%)	36 (36%)	16 (36,4%)
Wünsche der Bewohner*innen bezüglich der Behandlung wurden ausreichende von den Hausärzt*innen beachtet.			
▪ voll/meist	81 (54,4%)	59 (59%)	21 (47,8%)
▪ teils	15 (10,1%)	7 (7%)	8 (18,2%)
▪ wenig/nicht	7 (4,7%)	5 (5%)	2 (4,5%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	46 (30,8%)	29 (29%)	13 (29,5%)
Auf Schmerzen der Bewohner*innen wurde von Pflegenden ausreichend geachtet.			
▪ voll/meist	114 (76,5%)	80 (80%)	31 (70,4%)
▪ teils	9 (6%)	3 (3%)	5 (11,4%)
▪ wenig/nicht	3 (2%)	2 (2%)	1 (2,3%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	23 (15,4)	15 (15%)	7 (15,9%)
Auf andere körperliche Leiden wurde von Pflegenden ausreichend geachtet.			
▪ voll/meist	117 (78,6%)	82 (82%)	31 (70,4%)
▪ teils	15 (10,1%)	7 (7%)	8 (18,2%)
▪ wenig/nicht	2 (1,3%)	2 (2%)	-
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	15 (10,1%)	9 (9%)	5 (11,4%)
Persönliche Wünsche hinsichtlich der Pflege wurden von Pflegenden ausreichend beachtet.			
▪ voll/meist	91 (61,1%)	63 (63%)	26 (59,1%)
▪ teils	22 (14,8%)	15 (15%)	5 (11,4%)
▪ wenig/nicht	5 (3,4%)	2 (2%)	3 (6,8%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	31 (20,9%)	20 (20%)	10 (22,7%)
Die Zusammenarbeit zwischen dem Fachpersonal war gut.			
▪ voll/meist	126 (84,6%)	86 (86%)	36 (81,8%)
▪ teils	11 (7,4%)	5 (5%)	5 (11%)
▪ wenig/nicht	4 (2,7%)	1 (1%)	3 (6,8%)
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	8 (5,4%)	8 (8%)	-
Die Bewohner*innen erhielt hilfreiche Unterstützung in spirituellen und existenziellen Fragen.*			
▪ voll/meist	18 (12,1 %)	14 (14%)	3 (6,8%)
▪ teils	7 (4,7%)	3 (3%)	4 (9,1%)
▪ wenig/nicht	16 (10,7%)	6 (6%)	8 (18,2%)
▪ nicht gewollt/ nicht beurteilbar	108 (72,5%)	77 (77%)	29 (65,9%)

...Fortsetzung Tabelle B3.2.

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Die Bewohner*innen sind mit Respekt und Würde am Lebensende behandelt worden.			
▪ sehr/ziemlich	139 (93,3%)	92 (92%)	42 (95,4%)
▪ teils	5 (3,4%)	3 (3%)	2 (4,5%)
▪ wenig/gar nicht	-	-	-
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	5 (3,3%)	5 (5%)	-
Die Bewohner*innen sind in Ruhe und Frieden verstorben.			
▪ sehr/ziemlich	134 (89,9%)	91 (91%)	38 (86,4%)
▪ teils	3 (2%)	2 (2%)	1 (2,3%)
▪ wenig/gar nicht	2 (1,3%)	2 (2%)	-
▪ keine Angaben/ nicht beurteilbar	10 (6,7%)	5 (5%)	5 (11,4%)

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001 (Mann-Whitney-U-Test, Gruppenunterschiede ordinal verteilter Variablen)

a) 5 Angehörigenbögen konnten nicht zugeordnet werden

Tabelle B3.3: Information und Begleitung der Angehörigen in der letzten Lebensphase der Bewohner*innen aus Sicht der befragten Hinterbliebenen (n=149)

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a ,	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Ausreichende Information der Angehörigen über den Krankheitszustand der Bewohner*in von Ärzt*innen.*			
▪ voll/meist	88 (59,1%)	63 (63%)	24 (54,6%)
▪ teils	14 (9,4%)	6 (6%)	6 (13,6%)
▪ wenig/nicht	34 (22,8%)	21 (21%)	11 (25%)
▪ wollte Angehöriger nicht	5 (3,4%)	3 (3%)	2 (4,5)
▪ fehlend	8 (5,4%)	7 (7%)	1 (2,3%)
Ausreichende Information der Angehörigen über den Krankheitsverlauf der Bewohner*in von Ärzt*innen.			
▪ voll/meist	81 (54,4%)	58 (58%)	22 (50%)
▪ teils	19 (12,8%)	11 (11%)	6 (13,6%)
▪ wenig/nicht	35 (23,5%)	20 (20%)	13 (29,6%)
▪ wollte Angehöriger nicht	6 (4%)	4 (4%)	2 (4,5%)
▪ fehlend	8 (5,4%)	7 (7%)	1 (2,3%)
Ausreichende Information der Angehörigen über Therapien der Bewohner*in von Ärzt*innen.			
▪ voll/meist	71 (47,7%)	51 (51%)	20 (45,5%)
▪ teils	15 (10,1%)	7 (7%)	7 (15,9%)
▪ wenig/nicht	40 (26,9%)	24 (24%)	13 (29,6%)
▪ wollte Angehöriger nicht	10 (6,7%)	8 (8%)	2 (4,5%)
▪ fehlend	13 (8,7%)	10 (10%)	2 (4,5%)

...Fortsetzung Tabelle B3.3

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Die Ärzt*innen hatten genügend Zeit für Angehörige.*			
▪ voll/meist	71 (47,6%)	54 (54%)	16 (36,3%)
▪ teils	17 (11,4%)	9 (9%)	7 (15,9%)
▪ wenig/nicht	32 (21,5%)	18 (18%)	13 (29,5%)
▪ betraf Angehörigen nicht	19 (12,8%)	11 (11%)	7 (15,9%)
▪ fehlend	10 (6,7%)	8 (8%)	1 (2,3%)
Die Pflegenden hatten genügend Zeit für Angehörige.			
▪ voll/meist	125 (83,9%)	85 (85%)	36 (81,8%)
▪ teils	9 (6%)	5 (5%)	4 (9,1%)
▪ wenig/nicht	10 (6,7%)	5 (5%)	4 (9,1%)
▪ betraf Angehörigen nicht	1 (0,7%)	1 (1%)	-
▪ fehlend	4 (2,7%)	4 (4%)	-
Angehörige erhielten hilfreiche seelische und emotionale Unterstützung von Ärzt*innen.			
▪ voll/meist	28 (18,8%)	22 (22%)	6 (13,6%)
▪ teils	10 (6,7%)	4 (4%)	5 (11,4%)
▪ wenig/nicht	52 (34,9%)	30 (30%)	19 (43,2%)
▪ wollte Angehöriger nicht	47 (31,5%)	35 (35%)	12 (27,3%)
▪ fehlend	12 (8,1%)	9 (9%)	2 (4,5%)
Angehörige erhielten hilfreiche seelische und emotionale Unterstützung von Pflegenden.			
▪ voll/meist	86 (57,8%)	59 (59%)	24 (54,6%)
▪ teils	14 (9,4%)	10 (10%)	4 (9,1%)
▪ wenig/nicht	15 (10,1%)	6 (6%)	7 (15,9%)
▪ wollte Angehöriger nicht	30 (20,1%)	21 (21%)	9 (20,5%)
▪ fehlend	4 (2,7%)	4 (4%)	-
Wie sehr hat die Begleitung der sterbenden Bewohner*innen die Angehörigen belastet?			
▪ sehr/ziemlich	112 (75,2%)	81 (81%)	29 (65,9%)
▪ teils	18 (12,1%)	6 (6%)	10 (22,7%)
▪ wenig/gar nicht	7 (4,7%)	5 (5%)	2 (4,5%)
▪ fehlend	12 (8,1%)	8 (8%)	3 (6,8%)
Die Angehörigen wurden rechtzeitig über das absehbare Ableben informiert.*			
▪ voll/meist	117 (78,5%)	81 (81%)	31 (70,5%)
▪ teils	5 (3,4%)	1 (1%)	4 (9,1%)
▪ wenig/nicht	12 (9%)	7 (7%)	5 (11,4%)
▪ wollte Angehöriger nicht	2 (1,3%)	2 (2%)	-
▪ fehlend	13 (8,7%)	9 (9%)	4 (9,1%)

...Fortsetzung Tabelle B3.3

Merkmal	Angehörige insg.(n=149)	Angehörige Verstorbener der Heime ^a	
		mit Inhouse-Kurs (n=100)	Ohne Inhouse-Kurs (n=44)
Die Angehörigen hatten genügend Zeit zur Verabschiedung.			
▪ voll/meist	115 (77,2%)	80 (80%)	31 (70,4%)
▪ teils	8 (5,4%)	3 (3%)	4 (9,1%)
▪ wenig/nicht	14 (9,4%)	9 (9%)	5 (11,3%)
▪ wollte Angehöriger nicht	2 (1,3%)	2 (2%)	–
▪ fehlend	10 (6,7%)	6 (6%)	4 (9,1%)
Die Angehörigen wurden von Heimmitarbeiter*innen taktvoll behandelt.			
▪ voll/meist	140 (94%)	94 (94%)	41 (93,2%)
▪ teils	2 (1,3%)	2 (2%)	–
▪ wenig/nicht	3 (2%)	2 (2%)	1 (2,3%)
▪ wollte Angehöriger nicht	–	–	–
▪ fehlend	4 (2,7%)	2 (2%)	2 (4,5%)
Die Angehörigen fühlten sich in den letzten Tagen vor dem Tod der Bewohner*inne von Heimmitarbeiter*innen aufgefangen.**			
▪ voll/meist	102 (68,5%)	72 (72%)	26 (59,1%)
▪ teils	10 (6,7%)	3 (3%)	6 (13,6%)
▪ wenig/nicht	11 (7,4%)	6 (6%)	5 (11,3%)
▪ wollte Angehöriger nicht	13 (8,7%)	9 (9%)	4 (9,1%)
▪ fehlend	13 (8,7%)	10 (10%)	3 (6,8%)
Die Angehörigen haben Informationen zu Hilfsangeboten der Trauerverarbeitung erhalten.*			
▪ voll/meist	34 (22,9%)	29 (29%)	5 (11,4%)
▪ teils	5 (3,4%)	4 (4%)	1 (2,3%)
▪ wenig/nicht	47 (31,6%)	26 (26%)	18 (40,9%)
▪ wollte Angehöriger nicht	53 (35,6%)	34 (34%)	17 (38,6%)
▪ fehlend	10 (6,7%)	7 (7%)	3 (6,8%)
Die Angehörigen fühlten sich in der Zeit unmittelbar nach dem Versterben der Bewohner*innen von Heimmitarbeiter*innen aufgefangen.*			
▪ voll/meist	97 (65,1%)	69 (69%)	25 (56,8%)
▪ teils	8 (5,4%)	2 (2%)	5 (11,4%)
▪ wenig/nicht	15 (10,1%)	9 (9%)	5 (11,3%)
▪ wollte Angehöriger nicht	23 (15,4%)	15 (15%)	8 (18,2%)
▪ fehlend	6 (4%)	5 (5%)	1 (2,3%)

Signifikanz: * p<.05, **p <.01, *** p<.001 (Mann-Whitney-U-Test, Gruppenunterschiede ordinal verteilter Variablen)

a) 5 Angehörigenbögen konnten nicht zugeordnet werden

Tabellenanhang B4: Analyse von Routinedaten im Jahr 2019 verstorbener Bewohner*innen

Tabelle B4.1: Profil der in den Heimen lebenden Bewohner*innen (n=1.636)

Merkmal	Bewohnerinnen/ Bewohner insges. (n=1.636)	Bewohnerinnen/Bewohner der Heime ^a	
		mit Inhouse- Kurs (n=986)	ohne Inhouse-Kurs (n=650)
Geschlecht weiblich	1149 (75,9%)	656 (75,9%)	493 (75,9%)
Durchschnittliches Eintrittsalter in das Heim	81,9 (SD 3,4)	81,46 (SD 3,1)	82,7 (SD 4,0)
Verteilung nach Altersgruppen			
▪ ≤70 Jahre	58 (4,7%)	29 (4,8%)	29 (4,6%)
▪ 71 bis 80 Jahre	244 (19,6%)	161 (26,6%)	83 (13,1%)
▪ 81 bis 90 Jahre	603 (48,3%)	284 (46,9%)	319 (50,4%)
▪ 91 bis 100 Jahre	326 (26,1%)	127 (21,0%)	199 (31,4%)
▪ > 100 Jahre	17 (1,4%)	4 (0,7%)	13 (2,1%)
Pflegegrad gemäß SGB XI			
▪ Pflegegrad 1	7 (0,5%)	1 (0,1%)	6 (0,9%)
▪ Pflegegrad 2	327 (22,6%)	132 (18,2%)	159 (24,5%)
▪ Pflegegrad 3	457 (31,6%)	248 (34,2%)	209 (32,2%)
▪ Pflegegrad 4	406 (28,5%)	230 (31,7%)	176 (27,1%)
▪ Pflegegrad 5	226 (15,6%)	113 (15,6%)	100 (15,4%)
▪ (bisher) keine Zuordnung	2 (0,1%)	2 (0,2%)	-
Anzahl der im Jahr 2019 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner	491 (30,0%)	312 (36,1%)	179 (27,5%) *

Signifikanz: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle B4.2: Persönliche Merkmale der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Geschlecht weiblich	256 (70,7%)	180 (70,9%)	76 (70,4%)
Erreichtes durchschnittliches Lebensalter	87,0 Jahre (SD 8,4)	85,9 Jahre (SD 8,7)	89,6 Jahre (SD 7,0)
Familienstand			
▪ alleinstehend (ledig/verwitwet)	279 (76,8%)	186 (72,9%)	93 (86,1%)*
▪ verheiratet/ zusammenlebend	72 (19,8%)	59 (23,2%)	13 (12,0%) *
▪ keine Angaben	12 (3,3%)	10 (3,9%)	2 (1,9%)
An-/Zugehörige (Kontaktpflege im Heim)	333 (92,5%)	231 (91,7%)	102 (94,4%)
Dauer des Heimaufenthalts			
▪ ≤1 Monat	46 (12,7%)	36 (14,3%)	10 (9,3%)
▪ 1 bis 6 Monate	53 (14,6%)	40 (15,9%)	13 (12,2%)
▪ >6 Monat bis 1 Jahr	31 (8,5%)	19 (7,5%)	12 (11,2%)
▪ ≥ 1 Jahr	229 (63,1%)	157 (62,3%)	72 (67,3%)
▪ Keine Angabe	4 (1,1%)	3 (1,2%)	1 (0,9%)

Signifikanz: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle B4.3: Krankheitslast und Grad der Pflegebedürftigkeit der 2019 verstorbenen Bewohner*innen in der letzten Lebensphase (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Durchschnittliche Anzahl chronischer Erkrankungen	2,98 (SD 1,41)	2,97 (SD 1,38)	3,00 (SD 1,49)
Anzahl mehrfacherkrankter Bewohnerinnen/ Bewohner (≥ 3 chron. Erkrankungen)	221 (62,2%)	159 (62,4%)	62 (57,5%)
Häufigste (Haupt)-Diagnosen			
▪ Koronare Herzerkrankung	152 (43,3%)	113 (44,3%)	39 (36,1%)
▪ Demenzielle Erkrankung	122 (36,8%)	89 (34,9%)	40 (37,0%)
▪ Hypertonie	115 (32,8%)	73 (28,6%)	42 (38,9%) *
▪ Niereninsuffizienz	82 (23,4%)	63 (24,7%)	19 (17,6%)
▪ Diabetes mellitus	71 (20,2%)	53 (20,8%)	18 (16,7%)
▪ Schlaganfall	68 (19,4%)	51 (20,0%)	17 (15,7%)
▪ Tumorerkrankung	54 (16,2%)	43 (16,9%)	14 (13,0%)
▪ Chronische Lungenerkrankung	41 (11,7%)	30 (11,8%)	11 (10,2%)
▪ Morbus Parkinson	33 (9,4%)	24 (9,4%)	9 (8,3%)
Pflegegrad gemäß SGB XI			
▪ Pflegegrad 1	–	–	–
▪ Pflegegrad 2	38 (10,5%)	27 (10,6%)	11 (10,2%)
▪ Pflegegrad 3	68 (18,7%)	50 (19,6%)	18 (16,7%)
▪ Pflegegrad 4	121 (33,3%)	81 (31,8%)	40 (37,0%)
▪ Pflegegrad 5	130 (35,8%)	91 (35,7%)	39 (36,1%)
▪ Keine Angaben	6 (1,7%)	6 (2,4%)	–

Signifikanz: * p <.05, ** p <.01, *** p <.001

Tabelle B4.4: Versorgungssituation der 2019 verstorbenen Bewohner*innen in der letzten Lebensphase (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Betreuung durch begleitende Dienste der Einrichtung (letztes Lebensjahr)	269 (74,1%)	198 (77,6%)	71 (65,7%)
▪ Physiotherapie	88 (24,2%)	49 (19,2%)	39 (36,1%) **
▪ Ergotherapie	27 (7,4%)	20 (7,8%)	7 (6,5%)
▪ Logopädie	13 (3,6%)	10 (3,9%)	3 (2,8%)
▪ Seelsorge	107 (29,5%)	90 (35,3%)	17 (15,7%) **
▪ Psychologie	15 (4,1%)	15 (5,9%)	– **
▪ Sozialarbeit/Sozialpädagogik	16 (4,4%)	2 (0,8%)	14 (13%) **
SAPV-Betreuung im letzten Lebensjahr	23 (6,4%)	16 (6,3%)	7 (6,5%)
Mittlere Dauer der SAPV-Betreuung	5,1 Wochen	6,1 (SD 7,6)	1,9 (SD 1,8)
Begleitung durch Ehrenamtliche eines Hospizvereins im letzten Lebensjahr	50 (13,9%)	40 (15,7%)	10 (9,3%)
Mittlere Dauer der hospizlichen Begleitung	4,1 Wochen	4,3 (SD 3,9) Wochen	2,9 (SD 3,0) Wochen
Fachärztliche Mitbehandlung (letzte 6 Lebensmonate)	203 (55,9%)	137 (53,7%)	66 (61,1%)
PEG-Anlage (letzte 3 Lebensmonate)	10 (2,8%)	9 (3,5%)	1 (0,9%)
Chemotherapie (letzter Lebensmonat)	7 (1,9%)	7 (2,7%)	0
Mindestens ein Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Lebensmonaten	163 (44,9%)	103 (40,4%)	60 (55,6%) **

Signifikanz: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle B4.5: Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (ACP), Willensbekundungen und Sterbeort der 2019 verstorbenen Bewohner*innen (n=363)

Merkmal	Verstorbene insges. (n=363)	Verstorbene der Heime	
		mit Inhouse-Kurs (n=255)	ohne Inhouse-Kurs (n=108)
Gesprächsangebote und Willensbekundungen zur Therapie/Versorgung			
Angebot von ACP-Gesprächen im Heim			
▪ Gespräch im Heim angeboten	104 (28,7%)	63 (24,7%)	41 (38,0%) **
▪ Gespräch nicht gewünscht	64 (17,6%)	54 (21,2)	10 (9,3%)
Willensbekundungen der Bewohnerin/des Bewohners zu Therapie/Versorgung	258 (71,1%)	173 (67,8%)	85 (78,7%) **
▪ Vorsorgevollmacht lag vor	235 (64,7%)	157 (61,6%)	78 (72,2%)
▪ Patientenverfügung lag vor	169 (46,6%)	108 (42,4%)	61 (56,5%)
Wunsch des Verzichts auf Therapiemaßnahmen oder Reanimation geäußert	155 (42,7%)	104 (40,8%)	51 (47,2%)
Dem Wunsch wurde entsprochen	149 (96,1%)	100 (96,2%)	49 (96,1%)
Sterbeort			
▪ im Heim verstorben	280 (77,1%)	200 (78,4%)	80 (74,1%)
▪ im Krankenhaus verstorben	73 (20,1%)	49 (19,2%)	24 (22,2%)
▪ keine Angabe	10 (2,8%)	6 (2,4%)	4 (3,7%)

Signifikanz: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Anhang C: Analysen der Fallstudien

C1: Fallstudie 1 (Heim H1)

Heim H1 ist in einer Kleinstadt mit ca. 10.000 Einwohnern gelegen. Es handelt sich um eine seit ca. 50 Jahren bestehende und in der Region verankerte vollstationäre Einrichtung der Altenhilfe mittlerer Größe. Zwar besteht keine Schwerpunktsetzung in der Versorgung, es werden jedoch zu einem Großteil Menschen mit Demenz im hohen Alter (80+) betreut. Zugleich sind vermehrt Anfragen zur Aufnahme schwerstkranker Menschen jüngeren Alters für eine wohnortnahe stationäre Versorgung am Lebensende zu verzeichnen:

„[...] in letzter Zeit häufiger auch Jüngere, [...] die dann halt hier her kommen und palliativ versorgt werden. ... Teilweise [...] hier aus dem Ort kommen, [...] die dann leichter besucht werden können [...] es ist hier halt ein Dorf und die kennen sich hier. Und dann fühlen sie sich, glaube ich, hier auch ganz gut aufgehoben.“ (H1-M11)

Das Heim ist einem regionalen Verbund ambulanter und (teil-)stationärer Einrichtungen eines Trägers angeschlossen, der jährlich ein gemeinsames Fortbildungsprogramm entwickelt und anbietet. Im Umreis von 5 km des Postleitzahlgebiets weist der AOK-Pflegenavigator sieben weitere vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen aus. Eine Gemeinschaftspraxis am Ort ist dem Palliativnetz des Landkreises angeschlossen, dessen Geschäftsstelle (inkl. SAPV-Stützpunkt und Koordinierungsstelle des regionalen Hospizvereins) in der ca. 25 km entfernten Kreisstadt liegt. Der Landkreis verfügt über kein Hospiz. Das Leistungsspektrum des nächstgelegenen Krankenhauses umfasst spezielle Schmerztherapie, jedoch keine Palliativmedizin.

Erhebungszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung in Heim H1 erstreckte sich über einen relativ langen Zeitraum von Dezember 2020 bis Mai 2021. Nach der Übergabe der Unterlagen für die Rekrutierung von Interviewpartner*innen stellten die Schlüsselpersonen der Einrichtung umgehend Interviewtermine in Aussicht und vermittelten Bewohner*innen für ein Interview. Zugleich wurde explizit darum gebeten, angesichts der Corona-Pandemie und der in der Weihnachtszeit ohnehin angespannten Personalsituation Interviews mit den Mitarbeitenden erst im kommenden Jahr anzubahnen.

Insgesamt wurden in der Einrichtung 19 Interviews geführt. Darunter waren 15 Interviews mit Beschäftigten, die sich bezogen auf die Bereiche und Hierarchieebenen wie folgt verteilen:

- 4 Interviews mit Leitungspersonen (Leitung der Einrichtung, des Pflegedienstes, des Begleitenden Sozialen Dienstes und der Hauswirtschaft/Küche), die im Zeitraum von November/Dezember 2020, d.h. zu Beginn der zweiten Corona-Welle geführt wurden.
- 11 Interviews mit Pflegefachkräften (n=5) und Pflegeassistent*innen (n=6) unterschiedlicher Wohnbereiche des Heims. Die Interviews konnten pandemiebedingt erst im April/Mai 2021 nach der zweiten Corona Welle und dem Abschluss der ersten Impfsérie in dem Heim realisiert werden.

Von den interviewten Mitarbeitenden verfügten 3 über einen Basiskurs Palliative Praxis und/oder eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft.

Für die Ermittlung der Sicht der Nutzer*innen wurden 4 Interviews realisiert, darunter:

- 3 Interviews mit Bewohner*innen (2 Bewohnerinnen und 1 Bewohner) sowie
- 1 Angehörigeninterview mit der Tochter eines im Sommer 2020 verstorbenen Bewohners, der knapp 3 Jahre in dem Heim gelebt hatte.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Heim H1 verfügt über eine Versorgungskapazität von rd. 90 Plätzen, einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflege. Der Bau aus den 1970er-Jahren wurde mehrfach modernisiert und neueren Standards angepasst. Nach den Aussagen der Leitung ist ein Erweiterungsbau mit einer Kapelle in Planung.

Heim H1 liegt im naturnahen Bereich am Stadtrand und verfügt über einen großen Garten im Innenhof. Zur Ortsmitte besteht eine Busverbindung des öffentlichen Personennahverkehrs.

Das Heim ist in drei Wohnbereiche gegliedert, darunter ein mit ca. 20 Plätzen kleinerer beschützter Demenzbereich im Erdgeschoss des Gebäudes mit direktem Zugang zum Garten im Innenhof sowie zwei etwas größere gemischte Wohnbereiche mit ca. 35 Plätzen. In einem der beiden gemischten Wohnbereiche werden 12 Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten. Der zweite gemischte Wohnbereich, in dem vorrangig relativ mobile Bewohner*innen leben, erstreckt sich über zwei Etagen. Bewohner*innen, die im Verlauf des Aufenthalts eine Demenz entwickeln, bleiben in ihrem angestammten Wohnbereich, sofern sie keine ausgeprägten Hinlauftendenzen bzw. besonders herausforderndes Verhalten entwickeln. Mit Ausnahme von sechs Doppelzimmern für die Kurzzeitpflege, werden ausschließlich Einzelzimmer vorgehalten. Die damit verbundene Möglichkeit zur Wahrung der Privatsphäre der Bewohner*innen wird mit Blick auf Sterbesituationen besonders hervorgehoben:

„[...] wir haben hier im Prinzip eigentlich nur Einzelzimmer. Das finde ich ganz, ganz toll, damit ist die Privatsphäre der Leute natürlich gewahrt, ne? [...], dann ist es (im Sterbeprozess) natürlich immer großartig, wenn man da so ein bisschen eine Intimsphäre hat.“ (H1-M4)

Die Zimmer verfügen jeweils über ein barrierefreies Duschbad und eine Grundmöblierung (Pflegebett, Nachtschrank, Schrank). Wie es auch von einer interviewten Bewohnerin betont wird, können sie mit (Klein-)Möbeln und Wohnaccessoires individuell gestaltet werden:

„Ich hab mir mein Zimmer schön gestaltet. [...], wie ich das ungefähr zu Hause hatte, [...] mit meinen persönlichen Sachen. Es ist wirklich ein schönes Zimmer, mein zu Hause geworden.“ (H1-B1)

Servicebereiche. Mit Ausnahme des Wäscheservices und der Fensterreinigung werden die Servicebereiche in Eigenregie betrieben. Hervorgehoben wird die hauseigene Küche, in der *„frisch gekocht wird“* (H1-M4). Frühstück und Abendbrot werden in den Speise-

sälen in Buffetform und mittags ein Auswahlmenü angeboten. Seitens der Mitarbeitenden wird betont, dass dank der hauseigenen Küche spezielle Essens- und Getränkewünsche der Bewohner*innen erfüllt werden können, so auch und insbesondere in Palliativsituationen:

„[...] das ist das große Highlight [...] es wird noch selber gekocht, das ist uns auch weiterhin sehr wichtig, dass das so bleibt. Damit machen wir uns halt auch einen Namen. Und überwiegend ist das Essen sehr, sehr gut. ... Sagen aber auch die Bewohner.“ (H1-M7)

„[...] unsere eigene Küche, dafür stehen wir ein, dass die uns auch erhalten bleibt. Das ist nochmal das I-Tüpfelchen, das uns auch nochmal ein bisschen hervorhebt zu verschiedenen anderen Einrichtungen, die das nicht haben, sodass wir da halt auch im Rahmen der palliativen Versorgung auch individuell auf die Ernährungswünsche der Bewohner speziell eingehen können.“ (H1-E3)

Personelle Ressourcen. Die Einrichtung ist in der Region speziell im Vergleich zu nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen ein „gefragter Arbeitgeber“ (H1-M9). Dafür spricht aus Sicht der Mitarbeitenden auch der relativ hohe Anteil langjähriger Mitarbeiter*innen. Betont wird zudem, die Rücksichtnahme auf besondere Lebenslagen der Mitarbeitenden:

„Also hier sind Mitarbeiter, die sind hier schon teilweise 30 Jahre angestellt. Das spricht ja sowieso tendenziell immer für ein Heim, ne?“ (H1-M4)

„Die versuchen dann schon, auf den einzelnen Mitarbeiter einzugehen. [...] so alleinerziehende Mütter [...] pflegebedürftige Eltern oder es tritt was Unerwartetes ein, also die nehmen dann schon Rücksicht. [...] es ist wirklich ein guter Arbeitgeber, muss ich sagen. Also man geht da nicht nur hin, um zu arbeiten, sondern man ist wie eine große Familie.“ (H1-M6)

Die Personalfuktuation wird insgesamt moderat beschrieben. Bedingt durch hohe Fehlzeiten aufgrund von (Langzeit-)Erkrankungen und Mutterschutzzeiten ist die Personalsituation jedoch angespannt. Angesichts des generellen Personalmangels in der Pflege wird die Gewinnung von Pflegefachpersonen in dem ländlichen Raum besonders schwierig erlebt:

„Wir sind zurzeit auf der Suche bedingt dadurch, dass zwei Mitarbeiterinnen in Mutterschutz sind, [...] von der Resonanz her ist nichts. Also, das ist schon ein bisschen frustrierend, [...], jetzt ist eine richtige Flaute.“ (H1-E3)

„Die Personalsituation ist wie in vielen Einrichtungen schwierig, d.h. wir haben sehr langjährige Mitarbeiter, also wenig Personalfuktuation. Allerdings ist es leider so, dass auch uns hier gerade im dörflichen Bereich die Fachkräfte fehlen. Es gibt einfach viel zu wenige Fachkräfte. Wir suchen eigentlich ständig Mitarbeiter, weil welche durch Rente oder dadurch, dass die Familie wegzieht dann Stellen frei werden und es dauert eben sehr lange bis wir die wieder besetzen können. [...] Im Bereich der Pflegehelfer haben wir nicht so die Probleme, auch im Bereich der anderen Tätigkeiten, wie Hauswirtschaft, Küche oder soziale Betreuung, da haben wir keine Probleme Mitarbeiter zu bekommen, aber eben im Bereich der Fachkräfte.“ (H1-E2)

Aus Sicht der Leitungspersonen und Mitarbeitenden hat es sich der Einsatz von Aushilfen über Zeitarbeitsfirmen nicht bewährt. Daher wird versucht, personelle Engpässe durch eine zeitweise Stundenaufstockung teilzeitbeschäftigter Mitarbeiter*innen zu überbrücken:

„Und wir haben hier im Haus auch die Einstellung, dass wir auf Hilfen von Zeitarbeitsfirmen, wirklich nur dann zurückgreifen, wenn gar nichts mehr geht. Weil wir haben schon unsere Erfahrungen in den Jahren gemacht, [...] (ist) nicht unbedingt eine Hilfe für das Personal. Daher versuchen wir nach dem (Prinzip) zu verfahren, falls es ganz, ganz knapp wird, dass wir auch gucken, vielleicht möchte jemand seinen Stellenanteil erhöhen.“ (H1-E3)

„Die (sind) unsere Gesichter gewohnt. [...] wenn einer von uns ersetzt wird durch eine Zeitarbeitsfirma, endet das für die Bewohner immer in einer Katastrophe, ne? Der ist fremd.“ (H1-M8)

Qualifikation und Fortbildungskultur. Qualifikation hat einen hohen Stellenwert in der Unternehmenskultur von Heim H1. Das Heim beteiligt sich an der grundständigen Pflegeausbildung. Die Qualifizierung von Hilfskräften ohne Ausbildungsabschluss wird unterstützt und Fort- und Weiterbildungen gefördert. Über den regionalen Verbund wird ein vielfältiges Programm angeboten, darunter Fortbildungen, wie Validation, die für die Demenzbetreuung zentral ist, aber auch Fortbildungen zu Aspekten der Palliativversorgung und Sterbebegleitung sowie Kurse zur Gesundheitsförderung für die Mitarbeitenden:

„[...] für alle Häuser, die zu unserem Verbund dazugehören, gibt es einen Fortbildungskatalog immer so Ende des Jahres, ... die ganzen beruflichen Geschichten. Es gibt auch gesundheitsbezogene Fortbildungen, [...] man gibt da seine Wünsche ab. [...] natürlich können wir nicht alle zur gleichen Zeit die gleichen Fortbildungen machen, [...] kämpfen musste ich um keine Fortbildung.“ (H1-M6)

Die Einrichtung verfügt über eine Pflegeexpertin für das Management chronischer Wunden. Ergänzend zu der zu Beginn der Initiative des Trägerverbands breiten Basisschulung von Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche und Hierarchieebenen in „Palliative(r) Praxis“ wurden zwei Mitarbeiter*innen zur Palliativpflegefachkraft weitergebildet. Perspektivisch wird die Qualifizierung von Mitarbeitenden zu Gesprächsbegleiter*innen für gesundheitliche Versorgungsplanung angestrebt.

Zur Unterstützung in besonderen Belastungssituationen werden über den regionalen Verbund Supervision sowie hausintern seelsorgerische Gespräche angeboten, wobei die Mitarbeitenden jedoch eher das Gespräch im Team suchen:

„Es gibt auch Situationen, wo keiner mit gerechnet hat, was belastend ist für das gesamte Team oder gerade für diejenigen die da voll involviert waren, in der Situation frage ich schon nach: ‚Kann ich etwas für Euch tun? Braucht Ihr ein seelsorgerisches Gespräch? Sollen wie diese Dame (Supervisorin) einschalten? [...] An sich tauschen die sich schon auf den Wohnbereichen aus.“ (H1-E3)

Externe Kooperation und Vernetzung. Es besteht eine enge Kooperation der ortsansässigen Gemeinschaftspraxis, die dem regionalen Palliativnetz angeschlossen ist und in der zwei Hausärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin tätig sind. Das Heim ist Mitglied in dem regionalen Hospizverein, dessen Hospizhelfer*innen regelmäßig in der Einrichtung sind:

„Wir arbeiten hier mit der (Hospiz-)Gruppe [...], die hier auch Ehrenamtliche im Stadtgebiet haben und die kommen auch regelmäßig ins Haus. [...] da gibt es einen Verein, der die Förderung macht. Da sind wir auch Mitglied [...] treffen uns da auch regelmäßig zum Austausch mit anderen Kollegen.“ (H1-E2)

Die fachärztliche Versorgung (inkl. Krisenintervention) gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner*innen wird von der Institutsambulanz einer Klinik für Allgemeinpsychiatrie getragen.

„Wir haben noch die andere Möglichkeit, diese Institutsambulanzen mit ins Haus zu nehmen. [...], wenn Leute irgendwelche Auffälligkeiten haben, die depressiv sind, die hyperaktiv sind, [...] aggressiv sind, [...] Die können wir dann anrufen. [...] Die kommen auch regelmäßig ins Haus.“ (H1-M10)

Ferner wurde ein Kooperationsvertrag mit einer Apotheke am Ort geschlossen, von der das Stellen der Medikamente für die von ihr versorgten Bewohner*innen übernommen wird:

„(Die) Medikation, das ist ganz schön, die wird von der Apotheke den Bewohnern gestellt. [...] wir stellen die für die Kurzzeitpflegebewohner oder von Bewohnern, die nicht von der Apotheke beliefert werden.“ (H1-M7)

Die Kooperation und der Informationsaustausch mit den Krankenhäusern im Umkreis variiert von Krankenhaus zu Krankenhaus. Neben Kliniken, die ein gutes Überleitungsmanagement gewährleisten, kommt es auch immer wieder zu unvorbereiteten Entlassungen:

„Es gibt Krankenhäuser die im Vorfeld ankündigen, dass sie die Bewohner zurückverlegen, die dann halt entsprechend medizinisch versorgt werden und dass die Rezepte dabei sind, dass die Medikamente mitgegeben werden, weil gerade zum Wochenende ist es schon ein Problem, [...] Und es gibt dann wiederum welche, da muss man hinterher telefonieren, dass kein Arztbericht mitgegeben wird, dass man nicht weiß was hatte dieser Bewohner, warum war er im Krankenhaus, worauf müssen wir achten.“ (H1-E3)

Nach Aussagen der Mitarbeitenden mangelt es besonders bei Überleitungen aus dem häuslichen Bereich an Informationen, auch wenn ein Pflegedienst eingebunden war:

„Viele haben nicht mal einen Pflegedienst gehabt. Oder viele Pflegedienste machen das nicht, so einen Überleitungsbogen ausfüllen. Das ist nicht gang und gäbe bei Pflegediensten.“ (H1-M6)

Für die seelsorgerische Begleitung ist in das Heim eine Pastorin eingebunden, die in der Region die Altenseelsorge trägt. Sofern gewünscht, besuchen die Pastor*innen der unterschiedlichen Kirchengemeinden am Ort die Bewohner*innen.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Pflegefachpersonen, Pflegeassistent*innen und Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes sind den Wohnbereichen „fest zugeordnet“ (H1-M6). Nach den Angaben einzelner Interviewpartner*innen ist die Pflege nach dem Modell der Bezugspflege organisiert, die Beschreibung der Abläufe lässt jedoch eher auf ein Bereichspflegesystem schließen. Pflegefachpersonen mit einer speziellen Weiterbildung (Palliative Care, Wundmanagement) bringen ihre Expertise wohnbereichsübergreifend ein.

Die personelle Besetzung des Pflege- und begleitenden Dienstes auf den Wohnbereichen variiert je nach Größe und Schwerpunkt (Demenzbereich, gemischter Wohnbereich mit und ohne Kurzzeitpflege). Zu den Mahlzeiten wird die Essenausgabe in den Speisesälen teilweise durch Servicekräfte der Küche unterstützt. Der Nachtdienst ist entsprechend gesetzlichen Vorgaben mit zwei Pflegepersonen (Pflegefachperson und Pflegeassistent*in) besetzt.

Die Kooperation mit den heimversorgenden Hausärzt*innen ist nach den Aussagen der Mitarbeitenden individuell unterschiedlich, wobei die ärztliche Versorgung vorrangig durch die hausärztliche Gemeinschaftspraxis am Ort in Form regelmäßiger wöchentlicher Visiten getragen wird. Zu dieser Praxis wechseln zumeist auch Bewohner*innen, deren bisherige Hausärzt*innen die Betreuung im Heim nicht gewährleisten (können). Die in der Gemeinschaftspraxis tätigen Palliativmediziner*innen kooperieren mit dem Palliativnetz und sind – wie ein Teil der übrigen heimversorgenden Hausärzt*innen – auch außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten erreichbar:

„[...] die (sind) dann halt auch an den Wochenenden für die (Pflege) greifbar. [...] wenn es halt um einen Fall geht, wo die Ärzte schon wissen, dem Bewohner geht es nicht gut [...] oder es gibt eine Problematik, wo ist [...] mit was zu rechnen, [...] generell haben wir auch eine Absprache bei dem einen oder anderen Hausarzt, der sagt: ‚Wenn was ist, könnt Ihr mich auf dem Handy bis abends um elf Uhr anrufen und morgens ab sieben Uhr wieder oder ab fünf Uhr.‘ Da sind wir schon sehr gut aufgestellt.“ (H1-E3)

Die Versorgung durch Ergo- und Physiotherapie, Logopädie und medizinische Fußpflege wird durch am Ort niedergelassene Therapeut*innen bei Bedarf durch Hausbesuche sichergestellt:

„Manche (Bewohner*innen) gehen zur Therapie noch. Dann kommt die Ergotherapeutin ins Haus, oder die Krankengymnastik. Die dann da hin gehen. Und der Friseur ist zweimal in der Woche da. Freitags kommt die Fußpflege zu uns ins Haus.“ (M1-M6)

Einzug in die Einrichtung. Anmeldung und Vorbereitung für einen Heimeintritt laufen über die Pflegedienstleistung, wobei es eine „Warteliste“ gibt (H1-M7). Im Rahmen der Anmeldung neuer Bewohner*innen werden Vorgespräche mit den Bewohner*innen und/oder deren Angehörigen geführt und in der Regel eine Besichtigung der Einrichtung ermöglicht. Die Betroffenen erhalten einen Fragebogen zu zentralen Grundinformationen für die Versorgungsgestaltung. Diese und von den zuvor versorgenden Einrichtungen übermittelte Informationen werden im Vorfeld des Einzugs an das Wohnbereichsteam weitergeleitet:

„Wenn jetzt ein Bewohner bei uns einzieht, [...] kriegen wir von der Pflegedienstleitung [...] einen Infobogen hoch, wo dann schon so spezifische Sachen drin stehen, wie natürlich Anschrift, Ansprechpartner, Pflegegrad, war es kurzfristig eine Einstufung oder hat er das schon länger? [...], wie ist der Gesundheitsstand? [...] Dann gibt es zum Teil, wenn die aus der Reha kommen, [...] so einen Überleitungsbogen, was erwartet uns? Wie ist der momentane Zustand des Bewohners? Was braucht er, welcher Aufwand? Was kann er? Was kann er nicht?“ (H1-M6)

Bis Ende 2020 wurde die Aufnahme der Bewohner*innen durch die Wohnbereichsleitungen getragen. Seit Anfang 2021 steht eine speziell geschulte, dem begleitenden Dienst zugeordnete Mitarbeiter*in für die Begrüßung und Koordination der Aufnahme zur Verfügung. Für die Aufnahme werden von ihr an dem Tag mehrere Stunden eingeplant, um sich dem/der neuen Bewohner*in und ggf. begleitenden Angehörigen zu widmen, deren Fragen zu beantworten, sie in die Struktur und Abläufe im Heim einzuführen und ihre Wünsche und Gewohnheiten zu ermitteln, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen. Die Informationen werden an die Pflege weitergegeben, die sie mit in die strukturierte Informationssammlung (SIS) der Pflegedokumentation integriert und bei Bedarf zeitnah Kontakt zu dem/der Hausärzt*in aufnimmt. In den Folgetagen wird geschaut, wie viel und in welcher Form die neuen Bewohner*innen wirklich Unterstützung benötigen:

„Wir haben jetzt auch eine Mitarbeiterin, [...] um die Bewohner, die Neueinzüge aufzunehmen. Die dann ein bisschen mehr Zeit hat, da über Wünsche, und wie derjenige vorher gelebt hat und was passiert ist, dass er nun hier ist (zu sprechen), [...] Früher war das eine Fachkraft, die während [...] ihrem allgemeinen Arbeitsablauf hier auf der Station dann irgendwie noch, meistens zu den unmöglichsten Zeiten eine Neuaufnahme machen musste, ne? [...] Jetzt haben sie das eben schon geändert, dass da wirklich eine Person Zeit hat.“ (H1-M8)

„(Es) kommt halt drauf an, ob es aus dem Häuslichen oder aus dem Krankenhaus heraus schon Vorinformationen gibt. [...] falls derjenige noch in der Lage ist, sich selbst zu artikulieren ... (wird) gefragt, wie er die Pflege haben will, wann er aufsteht. Was er selber noch kann, wird geguckt im Laufe der nächsten Tage dann.“ (H1-M03)

Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung (GVP) werden bisher nicht angeboten. Im Aufnahmegespräch wird jedoch bereits versucht, die Richtung diesbezüglicher Vorstellungen und Wünsche zu sondieren und nach einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gefragt. Sofern vorhanden, werden diese in dem Dokumentationssystem hinterlegt, damit sie bei Bedarf verfügbar sind. Um die Betreffenden beim Einzug nicht zu überfrachten und mit Fragen, darüber, wie sie Sterben möchten, zu irritieren, werden zentrale Fragen für die Versorgung am Lebensende versucht in den folgenden Tagen in Gesprächen zu klären, wobei gelegentlich Angehörige Patientenverfügungen offensiv am Einzugsstag vorlegen:

„Das machen wir jetzt nicht unbedingt am ersten Tag, dass wir auf sie drauf losgehen: ‚Sagen Sie mal, wie wollen Sie im Sterben versorgt werden?‘ Aber in der ersten Woche, [...] in den Gesprächen versuchen die Mitarbeiter die Inhalte herauszufiltern. Es gibt zum Teil auch gleich eine Patientenverfügung, die die Angehörigen uns in die Hand drücken, wenn sie hier einziehen, mit dem Hinweis, da steht alles geschrieben, [...], dann wird die auch gleich hier bei uns im System hinterlegt.“ (H1-E3)

Leben im Heim. Das Leben im Heim wird im Wesentlichen durch die Hauptmahlzeiten und Aktivitätsangebote am Vor- und Nachmittag strukturiert. Es wird aktivierend um die Mahlzeiten herum gepflegt und die pflegerische Versorgung relativ flexibel in Orientierung an den Wünschen der Bewohner*innen organisiert. Bewohner*innen, die morgens länger schlafen möchten, wird das Frühstück auf dem Zimmer serviert und sofern sie Unterstützung benötigen, wird die Körperpflege entsprechend später eingeplant. Auch wenn im Demenzbereich der Tagesablauf vom Pflorgeteam gestaltet und eine feste Grundstruktur vorgegeben wird, wird auch dort den Bewohner*innen zugestanden, morgens später aufzustehen:

„Im Demenzbereich da gibt es eine Grundstruktur, aber auch da, wenn Bewohner nicht aufstehen möchten, dürfen die halt liegen bleiben, auch wenn sie mittags erst gewaschen werden. Und auf den anderen Wohnbereichen die Klientel, viele sind noch sehr, sehr fit, die sagen schon, wo es lang geht. [...] Die haben schon ihre Vorgaben oder wann halt Mittagessen, Frühstück und Abendbrot ist, [...] Aber wenn jetzt halt ein Bewohner sagt: ‚Nee ich gehe jetzt mal Einkaufen!‘ Dann ist es halt so, dann stellen wir das Essen zurück, wie auch immer, dann ist es halt auch in Ordnung.“ (H1-E3)

Die Pflegenden sind nach ihrem Bekunden bemüht, eine bewohnerzentrierte Betreuung zu gewährleisten. Sie stoßen jedoch angesichts der knappen personellen Besetzung an ihre Grenzen. Hinzu kommt ein überbordend erlebter „Bürokratismus“. Speziell für die Fachkräfte ist die laufende Dokumentation mit einem enormen zeitlichen Aufwand verbunden ist:

„Ein ganz großer Faktor ist die Zeit, [...] die ich gerne hätte, um denjenigen vernünftig zu versorgen [...] im normalen Pflegealltag in so einem Altenpflegeheim zu betreuen [...] Also dieser krasse Personalmangel und dieser viele Bürokratismus, was da alles dranhängt. [...] es wird doch doppelt und dreifach dokumentiert. [...], dass da drunter die Bewohner oder der zu Pflegenden (leidet), sei es normal, muss ja nicht mal palliativ sein. [...]. Dass es dazu gehört, das sehe ich ja ein. Aber nicht so in so einem Umfang, wie es jetzt verlangt wird. Und das kommt ja immer mehr dazu, es wird ja nix abgeschafft, [...]. Es müsste einfach vereinfacht werden.“ (H1-M6)

Die psychosoziale Betreuung der Bewohner*innen wird zu wesentlichen Teilen von den Mitarbeitenden des begleitenden Dienstes getragen. Bewohner*innen, die nicht an Gruppenaktivitäten teilnehmen können, wird eine Einzelbetreuung angeboten. Neben Einzelbetreuungen, werden täglich vormittags und nachmittags Gruppenaktivitäten angeboten. Diese dienen – wie die gemeinsamen Mahlzeiten im Speisesaal – der Förderung des

Gemeinschaftslebens und Aktivierung der Bewohner*innen. Nach den Aussagen der Mitarbeitenden wird ein recht vielfältiges Programm angeboten, dessen Spektrum von Bewegungs- und Kognitionstraining, über Gesellschaftsspiele bis hin zu Musikveranstaltungen reicht. Zur Information der Bewohner*innen, denen es frei steht daran teilzunehmen, wird ein Wochenplan ausgehängt.

Von den Bewohner*innen wird die Betreuung durch die Pflege und den Betreuungsdienst Dienst durchweg positiv dargestellt und betont, dass immer jemand da ist, wenn sie ein Anliegen haben und Unterstützung benötigen:

„Wenn ich irgendwie was habe, dann würde ich runter gehen [...] würde sagen, das und das möchte ich gerne, [...], könnt ihr mal machen, [...] Das läuft alles.“ (H1-B3)

„Es ging mir schlecht, [...] es war immer jemand da, der gesagt hat, jetzt gehen wir mal ein Stück auf dem Flur oder mich in den Arm genommen hat und getröstet hat. Also, ich war nicht allein gelassen.“ (H1-B1)

Von der interviewten Angehörigen wurde die pflegerische Betreuung besonders in Phasen, in denen ihr Vater intensive Unterstützung benötigte, als besonders zugewandt erlebt:

„[...] als er vor einem Jahr dann wirklich eine Zeit lang an das Bett gefesselt war, und sich wieder ganz langsam so hochgearbeitet hat, da haben die ihm ganz viele Dinge so püriert. Und sie waren immer sehr herzlich mit ihm, muss ich sagen, [...] haben ihn gut aufgebaut.“ (H1-A1)

Angehörigenarbeit. Der Einbeziehung der Angehörigen wird durchgängig ein hoher Stellenwert eingeräumt. Ihnen wird eine zentrale psychosoziale Unterstützungsfunktion zugeschrieben, da sie für die Bewohner*innen den Bezug zum bisherigen sozialen Leben aufrechterhalten:

„(Angehörige spielen) eigentlich eine sehr große Rolle, weil wir ja da drauf so Wert legen, dass die Bewohner ihr gewohntes Leben ja irgendwie nicht verlieren. [...] Ob das um den Arzt geht, um irgendwelche Termine, [...] oder weiß der Geier was, also da sind immer die Angehörigen eigentlich mit dabei. Bei uns wird das eigentlich auch als nicht so schön angesehen, wenn da einem Angehörigen das alles egal ist, ne? ‚So, mein Papa ist ja jetzt im Heim, sollen die sich doch kümmern, ich, mich interessiert das alles nicht.‘ [...] Deshalb ist es eigentlich ganz schön, wenn die Angehörigen da auch mitmachen, [...] da mit involviert sind.“ (H1-M8)

Auch von der interviewten Angehörige wurde betont, dass sie in Entscheidungen einbezogen wurde und für sie immer jemand ansprechbar war (*„Irgendjemand war immer da, also von den Pflegerinnen, [...] die hatten schon immer ein offenes Ohr.“ (H1-A1)*).

Betont wird, dass in der ländlichen Region die familiären Bindungen oft noch recht eng sind und auch Angehörige, die weiter entfernt leben durchaus regelmäßig zu Besuch kommen:

„[...] es ist halt wirklich der dörfliche Charakter, dass das familiäre Zusammenleben, so erlebe ich es zumindest, immer noch ein bisschen intensiver als es im städtischen Bereich ist.“ (H1-E2)

„Die Angehörigen kommen regelmäßig [...] es gibt halt immer die Angehörigen, die halt sehr guten Kontakt zu ihren Eltern haben. Manche wohnen auch weiter weg, haben wir auch einige bei uns, die dann erstmal über hundert Kilometer fahren müssen. Und die, die kommen dann meistens übers Wochenende hier her.“ (H1-M7)

Von den Mitarbeitenden werden Angehörige unterstützend aber auch fordernd erlebt. Letzteres ist offenbar eher bei Angehörigen der Fall, die selten zu Besuch kommen (können):

„Manche kommen täglich und tragen dafür Sorge, dass es den Bewohnerinnen gut geht. [...] auch nachfragen, ob was zu tun ist, ob sie uns unterstützen können [...] (andere, die) nur einmal im Jahr kommen und wenn sie dann kommen hohe Anforderungen stellen, die fordernd sind, weil sie auch den Abbau der entsprechenden Person gar nicht so mitbekommen haben durch Telefonate.“ (H1-E3)

Da sie im Rahmen der Alltagsbegleitung vielfach Kontakt zu den Angehörigen haben, nehmen die Mitarbeiter*innen des begleitenden Dienstes teilweise eine Mittlerfunktion im Dreieck Bewohner*in – Angehörige und Pflege wahr:

„Wir arbeiten auch mit Angehörigen zusammen und versuchen in dem Sinne, so das Bindeglied zwischen der Pflege, zwischen den Bewohnern und Angehörigen zu sein“ (H1-E4)

Bewohner*innen, die keine Angehörigen haben, werden bereits im Erstgespräch auf den Hospizverein verwiesen und – sofern gewünscht – ein Besuchsdienst vermittelt:

„Da versuchen wir auch, wenn wir das wissen, dass keiner da ist, über den Hospizverein das Ganze zu steuern, weil auch wenn der jetzt nicht palliativ ist oder halt im Rahmen der Sterbeversorgung begleitet werden muss, ist aber doch jemand da, der dem Bewohner dann zur Seite steht. [...] manche (lehnen) aber auch alles komplett ab, die Bewohner, dass die sagen, ‚Nee ich bin jetzt schon zig Jahre alleine, [...] ich brauch das alles nicht!‘“ (H1-E3)

Soziale Teilhabe. Die Einrichtung versteht sich als offene Institution. Bewohner*innen können jederzeit Besuch empfangen bzw. besucht werden. Neben gemeinschaftlichen Aktivitäten der Bewohner*innen (gemeinsame Mahlzeiten, Gruppenangebote des begleitenden Dienstes) wird versucht, den Bewohner*innen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die Sozialraumöffnung findet u.a. ihren Ausdruck in der Kooperation mit den Kirchengemeinden, Vereinen und Kindergärten am Ort. Neben dem täglichen Angebot des begleitenden Dienstes werden wohnbereichsübergreifend für die Bewohner*innen als besondere Highlights jahreszeitliche Feste organisiert und besondere kirchliche Feiertage, wie Ostern oder Weihnachten feierlich ausgerichtet (*„Wir bieten verschiedene Feste und auch, also Sport, Bewegung und, und, und an.“ (H1-E4)*). Sonntags findet jeweils ein Gottesdienst in der Einrichtung statt, der von der im Heim tätigen Seelsorger*in oder Pastor*innen der örtlichen Kirchengemeinden ausgerichtet wird. An zwei Tagen in der Woche ist ein Frisör im Haus sowie wöchentlich die Fußpflege und ein mobiler *„Tante-Emma-Laden“* (H1-M9), in dem sich die Bewohner*innen eigenständig Zeitungen und andere Dinge besorgen können.

Auch von der interviewten Angehörigen wird das vielfältige Angebot an Aktivitäten erwähnt, wobei für ihren Vater vor allem der Austausch mit den Mitbewohner*innen wichtig war:

„Da war regelmäßig Gottesdienst, da kamen auch welche und die haben ihm dann auch ein Gespräch angeboten. [...] Aber das wollte er alles nicht, der hat den Leuten dann selber noch was erzählt ((lacht)) [...] hat häufig im Essensraum noch mit anderen Heimbewohnern zusammengesessen, sich was erzählt. [...] Er hat wenig an den Angeboten teilgenommen, das lag aber, ja, an ihm, nicht an den Angeboten. Das Erzählen war ihm sehr wichtig immer.“ (H1-A1)

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Von Leitungsseite wird konstatiert, dass in der Einrichtung zwar bereits viel getan wird, das Gesamtkonzept jedoch noch nicht zufriedenstellend implementiert ist. Die Schulungsinitiative des Trägerverbandes wurde gezielt aufgegriffen, um die palliative Kompetenz der Mitarbeitenden in der Breite zu fördern. Betont wird von Leitungsseite, dass eine Reihe von Mitarbeiter*innen an der Fortbildung „Palliative Praxis“ teilgenommen haben (Pflegefachpersonen/-assistent*innen, Alltagsbeleiter*innen sowie Servicekräfte der Küche) und sich weiterhin engagiert einbringen. Zwischenzeitlich hat sich jedoch u.a. durch den Eintritt von Mitarbeitenden in das Rentenalter die Anzahl an Mitarbeiter*innen mit einer palliativen Basisqualifikation dezimiert. Auch wenn in dem Fortbildungsprogramm des regionalen Verbunds Kurse zum Themenkreis Palliativversorgung und Begleitung am Lebensende, wie spirituelle Begleitung oder basale Stimulation angeboten werden, würde es begrüßt werden, wenn das Angebot weiterhin bestehen bleibt, um neue Mitarbeiter*innen entsprechend nach zu schulen:

„[...] ich habe auch an einer Fortbildung teilgenommen, ist aber schon lange her, [...] die Inhalte und der Austausch, der war sehr gut. [...] Es waren auch viele dabei, die sich auch jetzt und heute noch relativ gut in die Einrichtung einbringen [...] aber (es) gibt ja immer auch Mitarbeiterwechsel. Der eine oder andere geht in Rente oder der halt den Arbeitsplatz wechselt.“ (H1-E3)

Ergänzend wurden zwei Mitarbeiter*innen zur Palliativpflegefachkraft ausgebildet, die ihren Kolleg*innen mit ihrer Fachexpertise zur Seite stehen. Zugleich wird von Leitungsseite kritisch reflektiert, dass es an niederschweligen Fortbildungs- und Coaching-Angeboten mangelt. Neue, vor allem jüngere Mitarbeitende seien oft unsicher, wie sie mit einer Sterbesituation umgehen sollten. Hilfreich wären aus Leitungssicht eine vom Hospizverein oder Palliativstützpunkt getragene Einführungen in die Sterbe- und Trauerbegleitung („Man muss ja nicht den ganzen Doppelkurs belegen.“ H1-E3) ebenso wie eine Organisationsberatung zur Unterstützung der Umsetzung des Palliativkonzepts.

Auf den Wohnbereichen steht den Mitarbeitenden ein Palliativkoffer mit Materialien und Hilfsmitteln zur Verfügung, darunter Accessoires für die Umgebungsgestaltung, Materialien für Aromatherapie und dergleichen.

Für das Gedenken verstorbener Bewohner*innen wird im Foyer des Gebäudes ein Gedenktisch mit Bilderrahmen und entsprechenden Traueraccessoires vorgehalten.

Intendiert ist die Weiterentwicklung und strukturierte Einführung des Palliativkonzepts in die Praxis. Daher wurde eine monatlich tagende Palliativ-Arbeitsgruppe eingerichtet, die durch eine der beiden Palliativfachkräfte geleitet wird. In der Arbeitsgruppe sind Mitarbeiter*innen des Pflege- und begleitenden Dienstes der Wohnbereiche vertreten.

„Es gibt einen groben Rahmen, den hat man hier mal entwickelt hier im Haus. [...] da muss halt noch viel Kommunikation betrieben werden. Da muss es einfacher strukturiert werden. Es muss in die Köpfe der Mitarbeiter rein. Wir haben es jetzt in den Fortbildungskatalog nochmal vermehrt mit reingenommen, gerade so diese Thematik zum Lebensende.“ (H1-E2)

„[...] wo wir einfach auch diesen Palliativbereich stärken wollen, besser ausbauen wollen, verallgemeinern wollen dahingehend, dass wir im Haus, egal, auf welcher Station, das gleiche Konzept fahren. Dass jeder weiß, was habe ich im palliativen Fall zu tun, wenn ein Bewohner palliativ eingestuft wird.“ (H1–M5)

Ziel ist es, den Austausch mit dem Palliativnetz auszubauen. Angesichts vermehrter Anfragen für eine wohnortnahe Versorgung demenziell erkrankter und schwerstkranker Menschen ist der Ausbau entsprechender Versorgungskonzepte und der Aufbau eines Palliativbereichs in der Einrichtung angedacht:

„[...] weil der Bedarf ist da, [...] wollen wir schwerpunktmäßig unser Dementenkonzept noch weiter ausbauen und eben eine Zielsetzung ist auch im Bereich palliativer Versorgung, Angebote zu generieren.“ (H1–E2)

Dabei stellt sich jedoch das Problem der Re-Finanzierung, da Palliativpflege im System der Kostenerstattung für die stationäre Langzeitpflege bisher nicht adäquat abgebildet wird:

„[...] gerade die (Bewohner in Palliativsituationen) brauchen eigentlich ja Intensivpflege oder vermehrt Pflege. Und das finde ich eigentlich schade, dass das nicht mit reinberechnet wird, [...] Natürlich ist es auch ein bisschen schwierig, man weiß ja nicht, wie viel Bewohner so in einem Jahr sterben, [...], aber man muss genug Personal haben für solche Sachen.“ (H1–M7)

„Es ist auch eine finanzielle Frage [...], dass man mehr oder weniger das halt auch irgendwie finanziert bekommt, um halt dementsprechend Personal einzustellen.“ (H1–E3)

Aus Leitungssicht wäre ein/eine Palliativbeauftragte*r erstrebenswert, der/die den gesamten Prozess der Palliativversorgung beginnend mit Gesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung begleitet und koordiniert:

„Das wäre so, das I-Tüpfelchen, [...] dass sich jemand nur damit (auseinandersetzt), [...] Begleitung bis zum Lebendende ist ja nicht alles, es ist ein ganz, ganz großes Spektrum, das fängt ja schon an mit Ernährung, das fängt an mit Therapie, [...], wie gestalte ich das Zimmer, [...] wenn jemand im Sterben liegt, dass es halt für Angehörige ansprechend ist. Ja, das Ganze von A bis Z begleitet, für Angehörigen da ist, für die Gespräche, weil ganz oft ist es halt so, dass gerade in dem Moment der Bär brummt, [...], dass jemand da ist, der das alles ein bisschen auffangen kann, die Koordination mit den Ärzten, mit dem Stützpunkt palliativ, mit dem Hospizverein, also, da würde ich mir schon wünschen, dass jemand das wirklich dann in die Hand nimmt und dass das dann wirklich auch derjenige (ist), wenn ein Bewohner einzieht, der fragt: ‚Was wünschen Sie sich.‘“ (H1–E3)

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Aussagen der Mitarbeitenden der Wohnbereiche unterstreichen, dass sie bestrebt sind, „ihre“ Bewohner*innen am Lebensende zu begleiten und ihnen letzte Wünsche zu erfüllen. Die Begleitung wird von den Pflegenden und Betreuungskräften teilweise unterstützt durch ehrenamtliche Hospizhelfer*innen getragen. Ein hohes, über den regulären Dienstzeiten hinausgehendes Engagement und der ausgeprägte Wunsch der Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche für die Bewohner*innen „da zu sein“, wird auch von Leitungsseite konstatiert und betont, dass es hierfür der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen bedarf:

„[...] dass wir einen Rahmen schaffen müssen, der es auch zulässt in solchen Situationen dann ohne Stress, ohne Zeitdruck sich dem Sterbenden zu widmen. Und das große Problem, was wir halt im stationären Bereich haben, dass wir da überhaupt keine Personalressourcen haben. [...] da kommt der Mitarbeiter aus seinem Frei und setzt sich bei dem (Sterbenden) ans Bett [...]. Weil die Bindung ist halt sehr stark, je länger hier jemand in der Einrichtung war, [...], dass den Mitarbeitenden das auch wichtig ist, dass dann ein entsprechendes Abschiedsritual einfach da ist.“ (H1–E2)

Verschlechtert sich der Zustand der Bewohner*innen sichtlich, werden nach dem Bekunden der Mitarbeitenden umgehend die behandelnden Hausärzt*innen hinzugezogen und die Angehörigen benachrichtigt:

„Wenn es so wirklich sehr, sehr schnell geht, dann wird sofort gehandelt. Also es wird dann der Arzt mit- einbezogen, [...]. Sobald der Arzt natürlich sagt, derjenige ist palliativ, da wird dann sofort sich drum gekümmert. Die Angehörigen werden natürlich sofort informiert. Die dürfen dann 24/7 im Haus sein.“ (H1-M2)

Die Begleitung der Bewohner*innen erfolgt in enger Abstimmung mit den Hausärzt*innen und sofern verfügbar mit den Angehörigen (z.B. Therapiezieländerung, Schmerz- und Symptomkontrolle). Insgesamt ist man bestrebt, dass Bewohner*innen nicht an Schmerzen oder anderen belastenden Symptomen leiden und am Lebensende im Heim verbleiben können:

„[...] es sei denn, es kommt so eine Situation, die wir nicht verantworten können, [...] auch wenn es im Vorfeld heißt, jemand soll nicht ins Krankenhaus, aber er über Luftnot klagt, dann kann ich denjenigen da nicht einfach liegen lassen.“ (H1-E3)

In schwierigen Situationen werden die Palliativkräfte zur Versorgung hinzugezogen, führen die Gespräche mit den Ärzt*innen und Angehörigen und überwachen die Schmerzmedikation (H1-M1). Neben der Schmerzkontrolle und Linderung anderer belastender Symptome, wie Luftnot und Angst, wird eine würdevolle Sterbebegleitung daran fest gemacht, inwieweit es gelingt, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, hinreichend Zeit zu finden, um sterbenden Bewohner*innen und auch ihren Angehörigen zur Seite zu stehen:

„[...] die besondere Herausforderung ist es sicherlich, dass es nicht nur der Bewohner ist, sondern im Prinzip auch der Bewohner mit seinem Umfeld, d.h. seien es Angehörige, seien es Bekannte. Das erleben wir halt immer wieder, dass man die mit einbinden muss.“ (H1-E2)

Angehörige können durchgängig vor Ort sein, im Heim übernachten und gepflegt werden:

„Wir haben nämlich ein Gästezimmer [...] die Versorgung ist gewährleistet, ne? Gut, man muss den Aufenthalt dann ein bisschen bezahlen.“ (H1-M3)

Entscheidungen über Therapie- und Versorgungsgestaltung werden im ärztlichen Gespräch mit den Angehörigen bzw. Betreuer*innen getroffen, wenn die Bewohner*innen sich nicht mehr äußern können und keine Patientenverfügung vorliegt (H1-M6). Patientenverfügungen wird in dem Heim ein hoher Stellenwert zugeschrieben, um zu gewährleisten, dass auch in dem Fall, der Willen der Bewohner*innen in den Entscheidungsprozess einfließt:

„Es wird viel Wert auf die Patientenverfügung gelegt. [...]. Einfach auch um zu wissen, wie sieht es mit der Sterbephase auch aus, was hat er sich jetzt gewünscht. Da gehen wir dann aber auch mit dem Arzt zusammen ran, dass der Arzt sich wirklich dann mit den Angehörigen nochmal auseinandersetzt.“ (H1-M3)

Bahnt sich eine Palliativsituation an, wird von den Mitarbeitenden des begleitenden Dienstes in Abstimmung mit den Pflegenden das Zimmer unter Berücksichtigung der Vorlieben der Bewohner*innen gestaltet, um eine angenehme Atmosphäre herzustellen:

„[...] mittlerweile bekommt jeder, also der palliativ eingestuft wird, diese Lichterkette an den Galgen. Das ist jetzt eingeführt worden. Mit diesem Diffusor, da ist, es ist halt so ein Streitpunkt. Die einen machen es, die anderen nicht. Es kommt drauf an, wenn wir wissen, das und das war der Lieblingsduft, dann machen wir das auch. Ansonsten, es kommt noch ein Holzengel mit auf den Nachttisch und ähm, ja, also das sind auf jeden Fall diese Rituale.“ (H1-M2)

Allerdings wird von Leitungsseite angemerkt, dass, ob und inwieweit der hierfür zur Verfügung stehende „Palliativkoffer“ genutzt wird, sehr unterschiedlich ist (H1-E2). Die darin zusammengestellten Materialien, wie Lichterketten, Dekorationsartikel, wie Engel, Diffusor mit Duftölen und Bücher zum Vorlesen, werden auch den Angehörigen „in die Hand gegeben“ (H1-E4). Eine bedürfnisgerechte Gestaltung der Begleitung von Bewohner*innen, die bereits palliativ aus dem Krankenhaus zum Sterben in die Kurzzeitpflege aufgenommen werden, ist für die Mitarbeitenden schwierig, da ihnen hierfür das Hintergrundwissen zu diesem/r Bewohner*in fehlt („Dann kennt man den nicht so sehr.“ H1-M1).

Im Team wird jeweils abgesprochen wer „als feste Person“ bei dem/der sterbenden Bewohner*in die „Pflege und Versorgung“ übernimmt (H1-M3) und versucht letzte Wünsche der Bewohner*innen zu erfüllen. Betont wird, dass, wenn Bewohne*innen im Sterben liegen, ihrer Begleitung Priorität im Versorgungsalltag eingeräumt wird. Die Mitarbeitenden sprechen sich ab, wer bei dem/der Bewohner*in bleibt, wenn Angehörige nicht vor Ort sind. Auch wenn versucht wird, sich Freiraum für die Begleitung zu schaffen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Bewohner*innen alleine sterben:

„Also, das steht sehr im Vordergrund, wenn halt Bewohner im Sterben liegen, dass die Priorität dann gesetzt wird, dass das eine liegen bleibt, und dass sich dann um denjenigen intensiver gekümmert wird. [...] (es wird) dann halt auch der Freiraum geschaffen oder durch den begleitenden Dienst, [...], die dann sagen, okay, wir lassen heute jetzt mal die Einzeltherapie in der Richtung ausfallen, ich gehe jetzt zu dem Bewohner hin und setze mich da ans Bett.“ (H1-E3)

„Wir können uns den Rahmen schaffen, dass wir mal ein bisschen länger bei ihm sitzen können, dass wir uns mal unterhalten können ein bisschen. Also das ist hier schon recht gut, aber es könnte natürlich noch besser sein, weil viele sterben dann halt auch leider einsam beziehungsweise alleine, wenn man nicht die Zeit hat, dass man sich da zu setzen könnte.“ (H1-M4)

Nach den Aussagen der Mitarbeiter*innen ist es besonders im Spätdienst schwierig, Zeit zu finden, um sterbenden Bewohner*innen und ihren Angehörigen zur Seite zu stehen. Pflegende verfügen eher im Nachtdienst über Zeitfenster, um sich Sterbenden zeitweise zu widmen:

„[...] im Spätdienst sind wir zwei Leute. Wenn wir dann so einen Palliativfall da haben und der plötzlich diese Angsterscheinungen kriegt, ist das schon ziemlich schwer, irgendwie dem dann beiseite zu stehen, [...] zu beruhigen [...] eigentlich kann ich das nicht, weil die ganzen anderen Bewohner warten. Aber auf der anderen Seite mag man es auch nicht tun, dass man wegläuft, [...] dann rufen wir auf einer anderen Station an und fragen, ob wir irgendwo vielleicht eine kleine Hilfe kriegen können, dass die uns unterstützen, oder einer von den Alltagsbegleitern kommt dann mit dazu [...] die größte Belastung, finde ich, bei Palliativ, ist eben Zeit, [...] Weil der Drang geht ja bei den meisten dahin, dass die Angst haben und wollen nicht alleine sein. [...] Die dann sagen: „Ja, die, die Schwester, die mich hier tagtäglich gemacht hat, die hätte ich gern hier“, ne?“ (H1-M8)

„Nachts hat man ja auch eher mal die Möglichkeit, sich ans Bett zu setzen und die Hand zu halten, [...] weil man immer mal eine halbe Stunde hat oder eine Viertelstunde und sich dazu setzt. [...] Aber am Tage hat man halt einfach keine, ((seufzt)) keine Luft zwischendurch.“ (H1-M11)

Neben den regulären Dienstübergaben dienen die vierwöchigen Teambesprechungen dem Austausch über sich anbahnende oder schwierige Palliativsituationen oder auch

Fallbesprechungen unter Einbeziehung möglichst aller Mitarbeitenden des Wohnbereichs:

„(In der Teambesprechung) werden auch solche Sachen angesprochen. Gerade bei Verschlechterung des Allgemeinzustands oder ähnliches, ansonsten bei Übergaben [...]. Wenn es dann sehr extrem ist, sagen wir auch, wir machen jetzt eine Fallbesprechung [...] alle, die dann im Dienst sind, kommen dann bitte und geben quasi so ihren Senf dazu, oder wie sie da drüber denken.“ (H1-M2)

Ethische Fallbesprechungen als Format zur Lösung von Konfliktsituationen am Lebensende gibt es nicht, i.d.R. sucht der/die Hausarzt*in in schwierigen Situationen das Gespräch mit den Angehörigen, um beispielsweise „das Für und Wider“ des Legens einer Magensonde zu erörtern, wobei sich Angehörige oft im Zwiespalt befinden:

„Es gibt Angehörige, die sagen okay, es soll alles getan werden für meine Eltern oder mein Elternteil, ich möchte sie wieder mit nach Hause nehmen, müssen aber dann halt auf dem Weg dann sehen oder einsehen, dass das doch nicht der richtige ist dann halt an diesem festzuhalten, wir können es ja verstehen, jeder möchte sein Elternteil gut behütet wissen, oder halt die Angst, dass er nicht verdurstet, verhungert. [...] die haben sich nie damit auseinandergesetzt, sind mehr oder weniger mit dem einen oder anderen auch überrascht worden, dass sie plötzlich, von jetzt auf gleich hat der Vater, die Mutter einen Schlaganfall und kommen ins Krankenhaus, waren aber vorher noch quitsch fidel, sind noch Treppenstufen gelaufen, was auch immer. Das ist dann halt schon eine große Hürde, die diejenigen dann hat nehmen müssen.“ (H1-E3)

Betont wird, dass sich die Versorgung in den letzten Jahren dank der Kooperation mit der dem Palliativnetz angeschlossenen Gemeinschaftspraxis deutlich verbessert hat. So wurde ermöglicht, dass eine „Palliativ-Box“ mit Opioiden und Anxiolytika vorgehalten wird. Falls Bewohner*innen kurzfristig starke Schmerzmittel oder angstlösende Medikamente benötigen, können die Pflegenden diese nach Absprache mit den behandelnden Ärzt*innen bzw. bei Verordnung durch den ärztlichen Notdienst zeitnah verabreichen:

„Es ist hier in den letzten Jahren deutlich besser geworden einfach mit der palliativen Versorgung, einfach auch, weil wir ja die Gemeinschaftspraxis haben, die da sehr offen ist. [...] Und da war es ja schwierig, wenn man meinetwegen auf einmal Morphin brauchte, weil ein Bewohner auf einmal starke Schmerzen hatte, und da hatte man ja nachts nichts da. Und da haben wir jetzt so eine Palliativ-Box, wo wir dann, wenn der Notarzt sagt, wir dürfen was spritzen, einfach auch was da haben vor Ort haben.“ (H1-M11)

Allerdings hängt eine zeitnahe Schmerz- bzw. Symptomkontrolle damit weiterhin von der Erreichbarkeit und dem Ordnungsverhalten der Haus- oder Notärzt*innen ab. Teilweise wird in diesem Kontext von Pflegeseite bemängelt, dass – anders als beispielsweise in Skandinavien – der Kompetenzbereich und Handlungsspielraum der Pflege sehr begrenzt ist und sie nicht befugt ist, nicht-verschreibungspflichtige Analgetika zu verabreichen, wenn diese nicht explizit als Bedarfsmedikation angesetzt wurden („Da muss man sich ja immer Erlaubnis holen, selbst für das Auftragen einer Voltaren-Salbe.“ H1-M4). Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht, eine Anerkennung der Kompetenz der Pflegefachkräfte im Heim, die es ihnen wie den Palliativpflegekräften in der SAPV erlaubt, in Verbindung mit palliativen Notfallplänen auch die Bedarfsmedikation ohne nochmalige ärztliche Rücksprache zeitnah zu verabreichen:

„Dass wir eine Notfallbox haben mit Notfall-BtM, die dann von den examinierten Kräften auch gegeben werden darf. Dass vorab festgelegt wird, okay, wenn Herr, ich sage jetzt einfach, Meier Schmerzen hat, darf ihm innerhalb von sechs Stunden, das wird natürlich vorher festgelegt mit dem Palliativarzt, aber wir haben die Medikamente einfach da, das und das darf dann gegeben werden. Auf unserer Vertrauens- und Könnensbasis von den Fachkräften.“ (H1-M5)

Von professionellen Akteur*innen wurden vor allem Situationen als besonders belastend erlebt, in denen in der Patientenverfügung niedergelegte Willensbekunden von Angehörigen übergangen wurden und auf lebenserhaltende Maßnahmen gedrungen wurde (z.B. H1–E3), sich lang hinziehende quälende Sterbeprozesse (z.B. H1–M2) und wenn Bewohner*innen faktisch schon im Sterbeprozess noch in das Heim verlegt wurden (z.B. H1–M7).

Einbindung der Hospizhilfe und Seelsorge. Hospizhelfer*innen und Seelsorger*innen werden bei Bedarf auf Wunsch der Betroffenen hinzugezogen. Wenn die Bewohner*innen keine Angehörigen haben, die sie begleiten (können) und/oder die Pflegenden und der begleitende Dienst des Wohnbereichs zu wenig Zeit haben, um eine Begleitung der Bewohner*innen zu gewährleisten. Mit dem Hospizverein besteht eine eingespielte enge Kooperation.

„Da rufen wir an, schildern die Situation. Und die schicken dann jemanden vorbei, gucken, wer zu dem Bewohner passt, und dann kommt tatsächlich auch wer. [...] Das klappt eigentlich immer ganz gut und da sind wir bis jetzt auch immer ganz gut mit gefahren.“ (H1–M2)

Wie bereits angemerkt, wird angestrebt, für Bewohner*innen, die keine Angehörigen haben, den Kontakt frühzeitig aufzubauen und einen Besuchsdienst zu organisieren, sofern dies von ihnen gewünscht wird. Die Einbindung Ehrenamtlicher in die Begleitung am Lebensende wird generell hilfreich erlebt. Zugleich wird sie von Pflegenden und Alltagsbegleiter*innen jedoch ambivalent erlebt und der Wunsch geäußert, selbst mehr Zeit zu haben, um für die Bewohner*innen, zu denen sie oft eine Beziehung aufgebaut haben, am Lebensende da zu sein zu können:

„Unsereins kennt diese Leute vielleicht schon seit fünf Jahren und jetzt geht dieser Mensch von der Welt und man möchte da sein. Man, ich habe Bewohner, wo ich sage, die kenne ich vielleicht besser als mich selbst manchmal in den Eigenarten. Dann jemand von außerhalb zu holen, fällt dann halt einfach schwer.“ (H1–M5)

„Da möchte man auch gerade bei den Bewohnern sein, die einem ans Herz gewachsen sind oder so, [...] dass man da ist ... Dass man für die da ist. Das ist halt das Wichtigste, [...]“ (H1–M7)

Sofern von den Betroffenen gewünscht, wird in Sterbesituationen der/die Seelsorger*in benachrichtigt und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen unabhängig von einer kirchlichen Bindung zu Seite:

„Dann haben wir auch noch unsere Pastorin hier aus dem Ort. [...], dann nimmt sie sich auch einen Tag Zeit wirklich und kümmert sich dann auch. Also halt einfach betreuen, daneben beisitzen nochmal. [...] Gläubigen, nochmal ein bisschen aus der Bibel vorlesen. [...] Wenn der Bewohner (es) wünscht, [...], wird sie angerufen. ... Muss jetzt nicht unbedingt jemand Gläubiges sein, aber sie kümmert sich.“ (H1–M3)

Einbindung der SAPV. Die Hausärzt*innen der kooperierenden Gemeinschaftspraxis mit einer palliativmedizinischen Weiterbildung sind in das regionale Palliativnetz eingebunden. Über sie ist eine palliativmedizinische Versorgung der von ihnen betreuten Bewohner*innen sichergestellt. Das SAPV–Team wird in die Versorgung von Bewohner*innen mit speziellem Versorgungs– bzw. Pflegebedarf, wie z.B. Tracheostomapflege, einbezogen:

„Es gibt Menschen, die wir kurzfristig palliativ aufnehmen, die dann halt verschiedene (Erkrankungen haben) und also schwerstpflegebedürftig sind, mit verschiedenen Versorgungsformen, mit Tracheostoma, mit Katheter, mit allem möglichen zentralen Zugängen, sage ich mal. Und da werden wir aber immer noch

in dem Rahmen sehr stark mit unterstützt durch den Palliativstützpunkt [...] oder wenn ich das Gefühl habe, die Mitarbeiter brauchen hier Unterstützung dann holen wir uns schon den Palliativstützpunkt.“ (H1-E3)

„Wir haben jetzt auch wieder die Bewohnerinnen, [...] die vom Palliativkreis betreut werden, wo wir praktisch auch eine Telefonnummer haben, die wir rund um die Uhr anrufen können [...]. Und das ist schon toll. Weil das Schlimmste ist ja, wenn man merkt, sie haben Schmerzen und man hat, hat irgendwie nichts.“ (H1-M11)

Dabei kommt auch zum Tragen, dass durch interne Fachkräfte erbrachte palliativpflegerische Leistungen nicht gesondert refinanziert werden. Nach dem Bekunden der Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird das SAPV-Team jedoch eher selten hinzugezogen, da dessen Einbindung einen gewissen zeitlichen Vorlauf braucht und es unter Umständen zu spät auf den Plan tritt:

„Wir können palliative Versorgung hier nicht refinanzieren. Das heißt, wir müssen von außerhalb Teams holen, die sich dann dahingehend um die Bewohner kümmern. Das Problem ist dann halt auch einfach, was ich da jetzt schon öfter mitbekommen habe, da wurde auch ein Team von außerhalb angefordert. Bis da überhaupt mal ein Termin zustande gekommen ist, bis die da waren, hat es ewig gedauert, der Bewohner war bis dahin schon verstorben.“ (H1-M5)

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben werden die Bewohner*innen gewaschen, ansprechend angekleidet und „*hübsch gemacht*“ (H1-M10). Da kein spezieller Raum für die Aufbahrung zur Verfügung steht, wird das Zimmer hergerichtet und geschmückt. Die Zimmertür wird für alle sichtbar mit einer schwarzen Schleife als Trauerflor gekennzeichnet. Angehörige und auch Mitarbeitende und Mitbewohner*innen, die dem Verstorbenen nahestanden, haben die Möglichkeit sich im Zimmer von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden:

„Dann ist es hier das Verfahren, dass man eine schwarze Schleife an die Tür macht, solange wie der Verstorbene noch nicht vom Beerdigungsinstitut abgeholt wurde. Dass man weiß, dass in dem Zimmer jemand verstorben ist und halt noch da ist. [...] Man kann aber auch hingehen und Abschied nehmen, wenn man möchte.“ (H1-E1)

Teilweise wird von den Mitarbeitenden darauf verwiesen, dass je nach religiöser Bindung und Glaubensrichtung der Verstorbenen spezielle Rituale, wie das Öffnen des Fensters, praktiziert werden:

„Wir schmücken das Zimmer dann natürlich [...]. Also, ich für meinen Teil mache dann immer noch ein Fenster auf. [...], wenn der Mensch ein gläubiger Mensch war, dann ist das wichtig, dass eben halt solche Rituale mit eingehalten werden. ... Das ist ja nicht nur für den Verstorbenen wichtig, das ist ja auch für die Angehörigen wichtig, dass man da ein bisschen auch dem Glauben Respekt zollt. [...] wir haben einen evangelischen und einen katholischen (Pastor), die dann hier tatsächlich auf Wunsch der Menschen auch mit reinkommen würden.“ (H1-M4)

Der Abschieds- bzw. Gedenktisch im Foyer des Gebäudes wird mit einem Foto der Verstorbenen und Devotionalien, wie einem Engel und Kerzen geschmückt. Auf dem Wohnbereich bzw. im zentralen Speisesaal wird am Todestag den/der verstorbenen Bewohner*in gedacht und „*ein Gebet gesprochen*“ (H1-M8) sowie im wöchentlichen Gottesdienst der Verstorbenen gedacht. Nach den Beobachtungen der Mitarbeitenden schauen die Mitbewohner*innen regelmäßig am Abschiedstisch, ob jemand verstorben ist, und „*unterhalten sich dann auch untereinander, also, die sprechen schon drüber*“ (H1-E3).

Die Hinterbliebenen erhalten von der Einrichtung zur Beerdigung eine Beileidskarte, eine Trauerschale oder einen Gutschein. Mitarbeitende und ggf. auch Mitbewohner*innen, „denen es halt am Herzen lag, die sich jahrelang dann kannten“ (H1-E3) gehen zur Beerdigung.

Zur Unterstützung der Trauerverarbeitung der Mitarbeiter*innen werden über den regionalen Verbund und hausintern Gespräche mit entsprechend geschulten Kräften angeboten (H1-E2), was jedoch kaum in Anspruch genommen wird. Insgesamt gesehen mangelt es aus Leitungssicht noch an einer wirklich gelebten Abschieds- und Trauerkultur. Insbesondere die Etablierung eines jährlichen gemeinsamen Gedenkens mit den Angehörigen der Verstorbenen wird als erstrebenswert herausgestellt:

„Wenn ich das jetzt so von oben betrachte, jeder macht was, aber es ist oft im Großen und Ganzen nicht komplett zufriedenstellend. [...], dass man halt doch so in der Richtung noch mal sagt, die Bewohner, die in dem Jahr da waren oder verstorben sind, dass man die Angehörigen noch mal einlädt, dass man mit denen halt noch mal so einen Austausch unternimmt.“ (H1-E3)

Nach dem Bekunden der interviewten Bewohner*innen werden Todesfälle im Wohnbereich durchaus kommuniziert. Als Abschiedsrituale finden von ihrer Seite das gemeinsame Gedenken im Speiseaal bzw. durch die Pastorin und der Gedenktisch Erwähnung:

„[...] dann sehe ich nur, wenn so ein Sarg rausgetragen wird, [...] das (ein Gedenken), das gibt es schon, ne, in der Kantine oder das macht hier die Frau Pastorin. [...] Oh, doch, das Ganze bedrückt schon.“ (H1-B3)

„[...] einmal war das, wo eine Schwester, weil der (verstorbene Bewohner) von dieser Station war, ... das dann gesagt (hat), aber untereinander habe ich dann schon gehört, wie sie gesagt haben: ‚Weißt Du wer da verstorben ist?‘ [...] Wir haben vorne einen kleinen Tisch mit einem Engel und, da ist so ein Bilderrahmen und da steht dann immer, wer gestorben ist. [...] da kann man nachgucken und nachlesen. Also so irgendwie großartig so wird da nichts gemacht, ne?“ (H1-B1)

Zwar wird auch im Kreis der Bewohner*innen über den Tod von Mitbewohner*innen gesprochen, insgesamt „gehen“ die Verstorbenen jedoch eher „sang- und klanglos“:

„[...] das geht alles still und klanglos, gehen die hier raus und ja, ja, ja, so ist das. Ach, und es ist auch gut so, ja, ja, manche mögen das, manche auch gar nicht, ne? [...] die gehen so sang- und klanglos, werden die hier rausgetragen [...].“ (H1-B2)

Ein Wunsch nach weitergehenden Gesprächen oder Ritualen des gemeinsamen Gedenkens wird von den interviewten Bewohner*innen nicht geäußert, auch wenn die Konfrontation mit dem Tod bedrückend erlebt wird und – wie es eine Bewohnerin berichtet – die Tatsache, dass im Heimalltag der Tod zum Leben gehört von ihr erst verarbeitet werden musste:

„Das erste Mal war ein bisschen wie ein Schock, ne? Ich wollte mit dem Fahrstuhl fahren und im Fahrstuhl stand ein großer Sarg. [...] dann war es noch mal über den Flur, und dann habe ich hier drin zu mir gesagt, ‚M. <Vorname> das ist jetzt, das gehört jetzt auch zu Dir und zu Deiner Lebenssituation‘, denn es sterben immer welche, es steht auch mal ein großer Krankenwagen da, das ist einfach hier normal so in Anführungsstrichen, dass hier jemand wegstirbt oder schwer krank wird, ne, damit muss ich mich auch arrangieren [...].“ (H1-B1)

C2: Fallstudie 2 (Heim H2)

Heim H2 ist in einem ruhigen, in der Nähe des Stadtwaldes gelegenen Bezirks einer niedersächsischen Großstadt gelegen. Es handelt sich um eine seit über 50 Jahren bestehende vollstationäre Einrichtung der Langzeitpflege mittlerer Größe mit einem gerontopsychiatrischen Schwerpunkt. Ein nahegelegenes Krankenhaus verfügt über eine Palliativstation. Unter dem Dach des Trägerverbands werden in angrenzenden Stadtteilen ein SAPV-Team und ein Hospiz vorgehalten.

Datenbasis: Die Datenerhebung konnte in Heim H2 relativ zügig innerhalb von knapp zwei Monaten im November/Dezember 2020 realisiert werden. Die Interviewpartner*innen wurden von einer durch die Leitung benannte Projektkoordinatorin vermittelt. Insgesamt konnten 25 Telefoninterviews realisiert werden, die sich auf die Zielgruppen wie folgt verteilen:

- Mit professionellen Akteur*innen aus unterschiedlichen Bereichen und Hierarchieebenen wurden 16 Interviews geführt, und zwar 7 Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution (Leitungspersonen unterschiedlicher Leistungsbereiche und Mitarbeitende mit übergreifenden Funktionen, wie z.B. Stabsstelle für die Koordination der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Seelsorge) und 9 Interviews mit Mitarbeiter*innen der Wohnreife (Pflege, BSD). Von den Interviewten verfügen 6 über einen Palliative Care Basiskurs und 2 weitere Interviewpartner*innen über eine mehrtägige Fortbildung zur Sterbebegleitung.
- Für die Ermittlung der Sicht der Nutzer*innen wurden 9 Interviews realisiert, und zwar 6 Interviews mit Bewohner*innen und 3 Angehörigeninterviews, darunter der Ehemann einer an Altersdepression und Altersdemenz erkrankten Bewohner*in und zwei Töchter der im Heim lebenden und im Alter von 90+ an Altersdemenz erkrankten Mütter. Die Vermittlung der Bewohner*innen erfolgte ergänzend nach Rücksprache und Zustimmung der gesetzlichen Betreuer*innen.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Mit rd. 110 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H2 um eine mittelgroße Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege. In der geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtung leben vornehmlich Menschen mit hirnrorganischen und psychischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium (*„Also überwiegend ist Demenz bei uns vertreten, aber auch Psychosen und Schizophrenie und jetzt vermehrt auch das Korsakow-Krankheitsbild.“* H2-E2). Während es sich bei den an Demenz erkrankten Menschen zumeist um hochaltrige Menschen (80+) und mehrheitlich um Frauen handelt, sind unter die Bewohner*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen teilweise auch Menschen im mittleren Alter (ab 40+) und etwa zu Hälfte Männer.

Das Heim besteht aus einem älteren modernisierten und einem neueren Gebäudetrakt. Die Einrichtung gliedert sich in 3 Wohnbereiche die nochmals in 2 Wohngruppen mit 15 bis 20 Plätzen unterteilt sind. Je ein Wohnbereich ist auf die Betreuung von psychisch erkrankten Menschen und von schwerstdemenzkranken Menschen spezialisiert. Bei dem dritten Wohnbereich handelt es sich um einen gemischten bzw. Orientierungsbereich (H2-M2):

„Seit zwei bis drei Jahren ist es in drei Bereiche getrennt worden. Demenz in einem Wohnbereich, Orientierungsbereich in einem Wohnbereich und psychisch- Korsakow- Bewohner in einem Wohnbereich.“ (H2-M2).

„Im Orientierungsbereich [...] sind auch Demente [...] da sind auch so Gemischte, wenn Bewohner neu ankommt, [...] müssen wir sie erstmal kennenlernen [...]. Wenn ein Bewohner, der einzieht, schon ganz dement und das ganz klar ist, ... dann kommt der auch dort hin. Aber meistens die anderen, (wenn) es noch nicht so klar ist, dann kommen die erstmal [...] auf den Orientierungsbereich.“ (H2-M4)

Neben Einzelzimmern handelt es sich bei etwa einem Viertel der Zimmer um Zweibettzimmer. Letztere befinden sich im Demenzbereich, während psychisch erkrankte Bewohner*innen in der Regel in Einzelzimmern untergebracht werden.

Auf dem großzügigen, geschlossenen Außengelände befindet sich u.a. eine Kapelle. Die Einrichtung verfügt über einen Andachtsraum, ein Café, diverse Aufenthaltsräume sowie Kreativ-, Werk- und Musikräume (H2-E5). Auf jedem Wohnbereich befinden sich eine kleine Stationsküche und ein Aufenthaltsraum.

Betont wird, dass sich auf richterliche Verfügung hin in der geschlossenen Einrichtung untergebrachten Bewohner*innen in dem Gebäude und Außenbereich frei bewegen können:

„Die räumliche Struktur ist so aufgebaut, dass jeder Bewohner sich hier frei bewegen kann ohne das Gefühl zu haben, irgendwie eingeschlossen zu sein. Bei uns ist hier alles auf, bis auf Büroräume und Küchenbereich, das ist schon abgeschlossen. [...] aber ansonsten können die Bewohner von Wohnbereich zu Wohnbereich gehen. Sie können (tagsüber) jederzeit in den Garten gehen.“ (H2-M8)

Im direkten Umfeld befinden sich mehrere Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe und ein (Aus-)Bildungszentrum des Einrichtungsträgers. Die Einrichtung ist durch öffentlichen Personennahverkehr gut an die Innenstadt und das Umland angeschlossen.

Servicebereiche. Das Heim verfügt über einen zentralen hauswirtschaftlichen Dienst, der auch die Essensversorgung und den ausgegliederten Wäschedienst koordiniert. Der zeitweilig ebenfalls ausgegliederte Reinigungsdienst wird inzwischen wieder in Eigenregie betrieben, um besser den besonderen Herausforderungen in der gerontopsychiatrischen Einrichtung gerecht werden zu können. Das Mittagessen wird von der Küche einer anderen Einrichtung des Trägers geliefert. Der hauswirtschaftliche Dienst trägt die Versorgung mit Essen und Getränken und bereitet die übrigen Mahlzeiten für die Wohnbereiche vor, auf denen sich jeweils Stationsküchen befinden (*„(Da) machen wir die Kaltverpflegung - Frühstück, Kaffeemahlzeit und Abendbrot und das Mittagessen bekommen wir geliefert.“* H2-E7).

Personelle Ressourcen. Sowohl von Mitarbeitenden der Wohnbereiche als auch von Leitungspersonen wird betont, dass die Personalsituation aufgrund hoher Ausfallzeiten und Personalfuktuation angespannt ist. Von Leistungsseite wird darauf verwiesen, dass der Personalschlüssel in der gerontopsychiatrischen Einrichtung zwar besser ist als in anderen Langzeitpflegeeinrichtungen, die Besetzung der Planstellen jedoch äußerst schwierig ist. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren bereits seit mehreren Monaten 1,5 Planstellen im Pflegedienst nicht besetzt, da Stellenausschreibungen auf keine Resonanz stießen.

„Wir suchen wie verrückt Fachkräfte, aber es ist ja sehr schwierig. Wird sind, glaube ich, aber noch sehr gut aufgestellt im Gegensatz zu anderen Einrichtungen. [...] Wir haben Gott sei Dank noch pro Wohngruppe 1 Fachkraft. [...] die Stellen dafür haben wir, die sind ja auch ausgeschrieben Aber es kommen halt keine Bewerbungen rein im Moment.“ (H2-E1)

Hinzu kommen relativ hohe Fehlzeiten im Pflege- und Betreuungsdienst, die auch in Langzeiterkrankungen von Mitarbeiter*innen begründet sind. Geleistete Überstunden der zu einem Großteil teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter*innen werden nicht mehr über Freizeit ausgeglichen, sondern ausgezahlt.

Qualifikation und Fortbildungskultur. Insgesamt ist die Leitung bemüht im Rahmen der Personalentwicklung die Qualifikation der Mitarbeitenden zu fördern. Über das Ausbildungszentrum des Trägers ist die Einrichtung in die grundständige Pflegeausbildung für die Praxiseinsätze der Auszubildenden eingebunden, die teilweise nach dem Abschluss der Ausbildung übernommen werden.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung verfügt die Einrichtung im Pflegedienst über gerontopsychiatrische Fachkräfte. Zwei Mitarbeiter*innen wurden zur Palliativfachkraft weitergebildet. Die Fortbildung zur „Palliativen Praxis“ wurde bereits in der Anfangsphase des Modellprojekts des Trägerverbandes für eine breite Basisqualifikation der Mitarbeitenden des Pflege- und Betreuungsdienstes gezielt genutzt. Allerdings konzediert eine Leitungskraft, dass zwischenzeitlich in ihrem Bereich *„unglücklicherweise das geschulte Personal abgesprungen“* und auch die Palliativfachkraft ausgeschieden ist, um in einem Hospiz zu arbeiten. Da die Pflegeassistent*innen die direkte Pflege zu wesentlichen Teilen tragen, wäre aus Leitungssicht auch und gerade deren (Nach-)Schulung in einem Basiskurs zur palliativen Praxis wichtig:

„[...] bei uns ist auch unglücklicherweise das geschulte Personal abgesprungen. Also ist weg. [...] die Dame (Palliativpflegekraft) ist ins Hospiz gegangen. [...] ich hab auch zu wenig Helfer, die geschult sind [...], weil ich bin der Meinung, dass erstmal die Basis muss gut ausgerüstet-, weil die sind meine Arme und die ersten und die häufigsten, die an den Menschen dran sind, sage ich mal. Weil wenn es um Behandlungspflege geht, denn tatsächlich kann das ja in 10 Minuten erledigt werden, aber wichtiger ist das ganze Umsorgen herum. Da hapert es tatsächlich bei uns.“ (H2-E2)

Externe Kooperation und Vernetzung. Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung kooperiert das Heim eng mit zwei ortsansässigen Hausärzt*innen, die die hausärztliche Betreuung der Bewohner*innen in dem Heim vornehmlich tragen und jeweils wöchentlich zu festen Visitenzeiten in das Heim kommen. Für die fachärztliche Versorgung der gerontopsychiatrischen Einrichtung besteht eine enge Kooperation mit der fachärztlichen Gemeinschaftspraxis einer Neurologin und eines Psychiaters.

Das Heim kooperiert mit einer ergo- und einer physiotherapeutischen Praxis, deren Therapeut*innen zu Behandlungen in die Einrichtung kommen. Weitere Fachärzt*innen oder Therapeut*innen sind in die Versorgung der Bewohner*innen nicht vor Ort eingebunden:

„(Eine) ergotherapeutische Praxis kommt bei uns ins Haus. Krankengymnastik auch, also das ist alles unter einer Hand, da kommen immer die Gleichen. ((seufzt)) Ja an Therapeuten war es das schon.“ (H2-E2)

Während eine enge Zusammenarbeit mit einem Hospizdienst am Ort aufgebaut wurde, besteht offenbar keine Kooperation mit SAPV-Teams, wenngleich im Rahmen der hausärztlichen Versorgung kein*e Ärzt*in mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in die Versorgung eingebunden ist („*Also wir haben keinen wirklichen Palliativarzt, [...] Unsere Bewohner werden von Anfang bis Ende durch die Internisten, Hausärzte betreut.*“ H2-E4).

Für eine seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen und auch der Mitarbeitenden in Krisensituationen ist eine Pastorin mit einem festen Stundenkontingent in die Einrichtung eingebunden.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Pflegefachpersonen, Pflegeassistent*innen und Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes sind den Wohnbereichen fest zugeordnet. Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach deren Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. In der Regel sind nach den Angaben der Mitarbeitenden pro Wohnbereich im Früh- und Spätdienst mindestens mit 1 Pflegefachkraft, 2 Pflegeassistent*innen und eine Mitarbeiter*in des Betreuungsdienstes. Zeitweise sind auf den Wohnbereichen Auszubildende oder auch Mitarbeiter*innen im freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) tätig. Der Nachtdienst ist in der Einrichtung jeweils mit zwei Pflegekräften, darunter eine Pflegefachkraft besetzt.

Das Pflege- und Betreuungskonzept der gerontopsychiatrischen Einrichtung orientiert sich nach dem Bekunden einzelner Pflege- und Betreuungskräfte an dem Mäutik-Konzept, einem von van der Kooij in der Geriatrie entwickelten holistischen Ansatz der „*erlebnisorientierten Pflege*“ (H2-M6). Entsprechend wird ein besonderer Akzent auf die Biographiearbeit und Fall- bzw. „*Bewohnerbesprechungen*“ gelegt (H2-M6). Bedingt durch das Ausscheiden von Fachkräften mit langjähriger Erfahrung, findet das Konzept jedoch nicht durchgängig konsequent Anwendung. Neueren Mitarbeiter*innen mangelt es an einer entsprechenden Schulung und Anleitung durch mit den Prinzipien der erlebnisorientierten Pflege vertrauten Mitarbeiter*innen im Versorgungsalltag:

„[...] es sind einige in Anführungsstrichen "alte Mitarbeiter" im Sinne von langjährig hier gearbeitet, haben das Haus verlassen, die sehr gut in diesem Konzept waren und auch die Mitarbeiter mitnehmen konnten. Wir haben viele neue Mitarbeiter und da fehlen tatsächlich die Schulungen. [...] Das merkt man schon auch im Umgang, also mit den Bewohnern, dass das ein bisschen fehlt.“ (H2-E6)

Die Zusammenarbeit mit den heimversorgenden Haus- und Fachärzt*innen wird nahezu durchgängig betont als gut beschrieben („*Also zu 95% klappt das eigentlich wunderbar.*“ H2-M9). Die Hausärzt*innen kommen jeweils wöchentlich zu festen Visitenzeiten in das Heim. Wobei die Visiten innerhalb der Einrichtung anlassbezogen erfolgen, d.h. nicht alle Bewohner*innen wöchentlich von Hausärzt*innen persönlich aufgesucht werden („*Also es werden nicht jede Woche alle Bewohner vorgestellt, ... wirklich nur die, wo es halt Auffälligkeiten gibt.*“ H2-M3). Zudem kommen im wöchentlichen Wechsel die Neurologin und der Psychiater der Gemeinschaftspraxis in das Heim, die sich auch gegenseitig vertreten:

„Wir haben 2 feste Ärzte, die jeden einmal in der Woche bei uns zu Besuch kommen, einmal am Dienstag und einmal am Donnerstag. Das sind die Hausärzte und einmal in der Woche, jeden Mittwoch kommt unser Psychiater in Abwechslung mit der Neurologin. Also wir haben es diesbezüglich eigentlich ganz gut.“ (H2-E4)

„Also da sind wir tatsächlich gut ausgestattet. Also wir haben am Dienstag immer einen Arzt im Haus. Am Donnerstag, da kommen die Hausärzte, die vertreten sich auch gegenseitig. Jeden Mittwoch kommen die Psychiater ins Haus, dass wir auch gute psychiatrische Versorgung im Haus haben. Also das betrifft auch Medikation [...], also da sind wir eng im Kontakt. Also das ist tatsächlich Luxus. Also ich kenne kein Haus dass so eng mit dem Psychiater und Neurologen gearbeitet. Und in der Praxis vom Psychiater ist auch eine Neurologin, die kommt 1 Mal im Monat. Also alle die noch Parkinsonsymptomatik zusätzlich entwickelt haben zu Demenz, übernimmt die Neurologin. [...] Also es gibt so MS ähnliche Symptomaten auch, also das betreut die Neurologin. Und wie gesagt, dadurch dass sie in einer Praxis sind, die vertreten sich auch gegenseitig.“ (H2-E2)

Betont wir von Leitungs- und Mitarbeiter*innenseite, dass vor allem die Hausärzt*innen für sie auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar sind. Generell wird versucht Krankenhauseinweisungen insbesondere von Bewohner*innen mit der Tendenz zu herausforderndem Verhalten zu vermeiden, da sie dort häufig bereits während der Wartezeit in Notaufnahme ediert werden. Die Einschaltung des notärztlichen Dienstes erfolgt daher faktisch nur nach vorheriger Rücksprache mit bzw. „auf Anweisung“ des behandelnden Ärzt*innen“, wenn die zuvor abgestimmten und eingeleiteten Maßnahmen nicht den erwarteten Erfolg zeigen:

„(Ein Notarzt kommt) nur sehr selten, wenn wir jetzt mit dem Arzt besprochen haben, dass wir das und das machen, hat aber z.B. nichts gebracht, dann sollten wir anrufen auf Anweisung. Aber so, dass wir den Arzt nicht erreichen können und dann aus diesem Grund den Notarzt rufen müssen, kann ich mich ehrlich gesagt, nicht mehr daran erinnern, ob sowas überhaupt vorkam. Also bei mir zu mindestens nicht.“ (H2-M9)

„Also Notdienst versuchen wir gar nicht so oft. Also wir versuchen immer unsere Hausärzte zu erreichen. ... weil tatsächlich läuft so ab, wenn es nicht (eine) sehr akute Situation, also lebensbedrohlich sein sollte, dann schickt man die Bewohner ins Krankenhaus, bis sie durch die Notaufnahme durchkommen, werden sie sehr häufig so ruhig gestellt. Also die schlafen auch manchmal 2, 3 Tage. [...] weil die weglaufen. Deswegen haben wir auch mit unseren Ärzten so abgesprochen, wenn wir uns unsicher sind, ist das wirklich sehr akut, denn kommen sie nochmal ins Haus denn auch außer der Reihe, ne? Aber sonst telefonieren wir häufiger noch, ja, ja.“ (H2-E2)

Einzug in die Einrichtung. Die Aufnahme neuer Bewohner*innen wird über die Pflegedienstleitung koordiniert. Die Einrichtung hat eine Warteliste. Bei einer Anmeldung die auch über Angehörige bzw. gesetzliche Betreuer*innen oder die Einrichtung, in der Betroffenen aktuell untergebracht sind, werden Vorgespräche geführt und eine Mitarbeiter*in mit übergreifenden Koordinationsaufgaben sucht die Bewohner*innen auf, um sich ein umfassendes Bild zu machen. Im Leitungsteam wird geprüft, ob die Betroffenen in der Einrichtung betreut werden können und wenn ja, in welchem Bereich:

„Meistens sind wir ja voll, so kommen sie denn erstmal auf die Warteliste ... Die (Kordinatorin) fährt dann in die Bereiche, also Kliniken oder manche kommen ja auch von zuhause. Schaut sich die Bewohner an, spricht mit denen, guckt mal, wie die so drauf sind und dementsprechend schauen wir (im Leitungsteam) dann, ob sie bei uns reinpassen oder eben auch nicht. [...] Wo könnte der reinpassen? Und wen können wir dafür vielleicht noch einmal umziehen lassen, damit auch derjenige dann in dem passenden Bereich für ihn ist. [...] Also da schauen wir, dass das so wenig Stress wie möglich für denjenigen ist.“ (H2-E1)

Am Aufnahmetag werden neue Bewohner*innen gemeinsam durch die Koordinatorin und eine im Heimbeirat engagierte Bewohnerin mit einem „Blumenstrauß“ begrüßt. Es werden die wichtigsten formalen Dinge erledigt, das Zimmer und die Einrichtung gezeigt und der Tagesablauf besprochen. Dabei wird nach dem Bekunden der Mitarbeiter*innen da-

rauf geachtet, dass er/sie „*erstmal in Ruhe ankommt*“ und ihn/sie nicht gleich mit Informationen zu „*überfrachten*“ (H2-M3), wobei die Aufnahmefähigkeit davon abhängt, wie weit eine Demenz fortgeschritten bzw. wie ausgeprägt die psychische Beeinträchtigung jeweils ist:

„Der (neue Bewohner) wird dann natürlich erstmal begrüßt und herzlich willkommen geheißen. So und dann wird erstmal sein Zimmer gezeigt und dass er erstmal in Ruhe ankommt. [...] Es gibt ja so ein ganzes Programm, was man eigentlich machen muss. Das fängt ja beim Foto an, damit der Pförtner ein Foto hat halt z.B., weil das ist ja eine geschlossene Einrichtung [...] nicht gleich die, den neuen Bewohner überfrachten mit irgendwelchen Informationen. Naja und dann kriegt er auch natürlich auch einen Blumenstrauß [...] (es) gibt dann so Sachen, die dann natürlich gemacht werden müssen [...] Das ist dann ja auch unterschiedlich inwiefern seine Erkrankung ja schon fortgeschritten ist, [...] manche sind dann sehr umgänglich und kommen noch relativ gut zurecht also. Kennen auch die Wege so, ich sag mal vom Zimmer zum Tagesraum und fühlen sich schnell wohl. Dann gibt es aber auch wieder so andere, die halt da ein bisschen mehr Probleme haben. [...] die brauchen halt ein bisschen mehr Zeit ... Im Grunde werden die dann ja auch schon schnell in den Tagesablauf integriert eigentlich so. Was die Mahlzeiten betrifft ... der Beschäftigungen, guckt man halt, was haben die für Interessen vielleicht? Anhand der Biographie, die hoffentlich mit dabei ist, das ist immer am besten. Wenn man tatsächlich eine Biographie vorher schon hat von den Neuankömmlingen, da kann man auch so ein bisschen drauf eingehen.“ (H2-M3)

Von der Pflegefachkraft und der Betreuungskraft werden – sofern noch nicht vorliegend – die für die Versorgung relevanten medizinisch-pflegerischen und biografischen Informationen aufgenommen, dokumentiert und in den folgenden Tagen vervollständigt. Vorhandene Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden in einem zentralen Ordner hinterlegt, um im Bedarfsfall rasch darauf zurückgreifen zu können. Von Mitarbeitenden wird in dem Zusammenhang angemerkt, dass Bewohner*innen in „letzter Zeit“ vermehrt bei Heimeintritt eine Patientenverfügung und teilweise ergänzende Vollmachten mitbringen:

„Also in der letzten Zeit sind bei uns sehr viele Bewohner, die schon eine fertige Patientenverfügung haben, eine fertige Vollmacht haben und sogar noch ein zusätzliches Schreiben an eine zweite oder dritte Person, wer entscheiden kann, [...] Gefühlt, wirklich gefühlt jeder zweite Bewohner, der in der letzten Zeit einzieht, hat schon alles parat.“ (H2-M9)

Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) im engeren Sinn durch speziell geschulte Gesprächsbegleiter*innen wurden bisher in der Einrichtung nicht eingeführt. Von Leitungsseite wird hervorgehoben, dass im Verlauf der ersten 4 bis 8 Wochen des Heimaufenthalts mit den Bewohner*innen, die dazu in der Lage sind, ein „palliatives Gespräch“ vorgesehen ist, um rechtzeitig zu ermitteln, wie die Bewohner*innen sich die Versorgungsgestaltung am Lebensende vorstellen, was ihre Wünsche sind und was sie nicht möchten. Wenn ein Gespräch mit den Bewohner*innen in der Form nicht (mehr) möglich ist, sollten die Angehörigen bzw. die Betreuer*innen der Bewohner*innen dazu befragt werden:

„Also es ist ja jetzt sowieso vorgegeben, dass man innerhalb 4 oder 8 Wochen nach Einzug neuer Bewohner, ein palliatives Gespräch führt und [...] das machen wir jetzt auch mit allen anderen, die soweit selbst halt noch antworten können. Ansonsten sind wir halt dabei, die Betreuer auch zu befragen, weil uns halt schon wichtig ist, dass wir bei jedem notieren, was ist dem wichtig oder was könnte ihm wichtig gewesen sein? Genau und da wird dann halt mit jedem Bewohner ein Gespräch geführt, wie er sich das vorstellt, was er gar nicht möchte. Wir haben z. B. im Moment einen muslimischen Bewohner bei uns. Da möchten die Angehörigen auf gar keinen Fall, dass wir eine Aussegnung machen. [...] Und da haben wir dann jetzt aber abgesprochen, dass die dann selber kommen. Die machen das dann auf ihre muslimische Art und Weise. Und sowas notieren wir uns dann halt auch alles. [...] da gibt es einen Ordner, wo wir alles drin haben, damit man dann gleich griffbereit da einmal reinschauen kann (I: Ja.) und nicht erst suchen muss, wenn es soweit ist.“ (H2-E1)

Im Versorgungsprozess wird daher im Rahmen der Biographiearbeit versucht, Wünsche und Vorstellungen der Bewohner*innen auch in Bezug auf die Versorgungsgestaltung am Lebensende zu ergründen, insbesondere wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Betont wird, dass die Informationssammlung zu Wünschen und Vorstellungen der Bewohner*innen insbesondere im Demenzbereich schwierig ist, zumal dann, wenn keine Angehörigen verfügbar sind („Aber da ist es auch so, dass wir das von vielen gar nicht wissen, weil nicht alle Angehörige haben, die viel erzählen können.“ H2-E6). Berufsmäßige gesetzliche Betreuer*innen können in der Regel wenig dazu beitragen. Für psychisch erkrankte, auf richterlichen Beschluss hin in die Einrichtung eingewiesene Bewohner*innen sind Sterben und Tod „nicht unbedingt ein Thema“ (H2-E6). Ergeben sich im Verlauf der Betreuung, z.B. anlässlich eines Todesfalls darüber Gespräche, sind die Mitarbeiter*innen gehalten dies in dem Biographiebogen zu dokumentieren:

„Also wir haben in unserem Biographie-Bogen extra diese Spalte, [...] Wünsche zu aktuellen Situationen oder in der Sterbephase‘. Aber jetzt gerade auch so in unserer Klientel, da ist das nicht unbedingt ein Thema. Also wenn hier jemand einzieht und will hier ja gar nicht her, dann wollen die darüber schon mal gar nicht sprechen. ... wenn man irgendwie auf dieses Thema kommen kann in einer kleinen Runde, weil jemand verstorben ist oder, ne so: ‚Wie würden Sie sich das denn wünschen?‘ ne, oder weil Totensonntag ist und es gerade ein allgemeines Thema ist oder so und dann jemand sich äußert, [...] dann sollte das eben in der Biographie nachgetragen werden ... Ob das immer passiert, das weiß ich nicht. [...] ich weiß, dass in vielen Biographien nichts steht zu diesem Thema, aber vielleicht hat es auch keine Äußerungen dazu gegeben.“ (H2-E6)

Leben im Heim. Generell wird versucht, die pflegerische Versorgung und Begleitung möglichst flexibel und personenzentriert zu gestalten. Hierzu gehört, die demenziell und psychisch erkrankten Bewohner*innen mit ihren Eigenheiten und teilweise recht herausfordernden Verhaltensweisen anzunehmen und ihnen auch Freiraum zu bieten:

„Wir sind spezialisiert auf Gerontopsychiatrie und haben ausschließlich gerontopsychiatrische Bewohner, sowie auch Korsakow- oder auch schizophrekiekranke Bewohner. Also es ist kein normales Altenheim. Da geht’s auch mal drunter und drüber ((lacht)). Da drehen die Leute vielleicht auch mal durch, [...] und das dürfen sie aber auch. Also wir stehen in unserem Haus auf jeden Fall dafür, dass die Leute so sein dürfen, wie sie sind. Gerade die Demenzkranken, die räumen ja gerne von A nach B und denn findet man die Sachen nicht wieder und die Kleiderschränke werden ausgeräumt. Aber das ist unser Charakter, genau das dürfen sie und das sollen sie auch. Weil das eigentlich das Einzige ist, was sie noch haben.“ (H2-E1)

Der Tagesablauf wird auch in Heim H2 durch die Hauptmahlzeiten und Angebote des Betreuungsdienstes für Einzelbetreuung und Gruppenaktivitäten strukturiert, wobei versucht wird, Gewohnheiten und Vorlieben der Bewohner*innen zu berücksichtigen. Betont wird, dass vor allem die Schlafgewohnheiten berücksichtigt werden („Also es muss keiner um halb 9 am Tisch sitzen.“ H2-M5). Bei Bewohner*innen, die länger schlafen möchten, wird – neben einem späteren Frühstück – auch eine ggf. erforderliche Unterstützung bei der Körperpflege später eingeplant, sofern die Personalsituation dies zulässt. Auch die Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten steht ihnen frei:

„[...] da wird auch natürlich geguckt individuell. [...] so ein Frühaufsteher, gut der geht dann halt früh schon rein in die Versorgung. Ist es aber, sage ich mal, ein Langschläfer, dann kann der gut und gerne auch bis 10.00 Uhr, halb 11 auch schlafen. Da wird auch keiner aus dem Bett geschmissen, das ist bei uns nicht. Der kann auch noch um 10, halb 11 frühstücken.“ (H3-M3)

„Es ist nicht immer so gut möglich. Kommt halt auf die personelle Situation in der Pflege an. [...] es gibt durchaus bei uns Bewohner, die auch gerne lange schlafen. Die werden, wenn es möglich ist, länger liegen gelassen.“ (H3-M8)

„Hier bei uns ist es meistens so bewohnerorientiert. Wir haben zwar strukturierte Tagesabläufe, so wie Frühstück um 8.30 Uhr, aber wir orientieren uns auch an dem Bewohner. Wenn ein Bewohner ein bisschen länger schlafen möchte, dann kann er auch später frühstücken. [...], dann wird eine Tagesbeschäftigung angeboten. Manchmal gehen sie zur Zeitungsrunde oder was dann auch am Plan steht. [...] die Bewohner können auch auf dem Gelände spazieren gehen. Wir haben ein sehr großes Gelände, wo sie sich dann auch frei bewegen, wenn sie keine Beschäftigungsangebote annehmen wollen.“ (H2-M4)

Neben der pflegerischen Versorgung werden vormittags und nachmittags durch den begleitenden sozialen Dienst sowohl Gruppenaktivitäten als auch Einzelbetreuungen für die Bewohner*innen angeboten. Das Spektrum der Betreuungs- und Beschäftigungsangebote des begleitenden Dienstes wird recht breit gefächert beschrieben („*Also da achten wir auf eine bunte Mischung.*“ H2-E6). Es reicht im Bereich der Gruppenaktivitäten von Zeitungs- und Spielerunden, Gedächtnis- und Bewegungstraining, über tiergestützte Therapie, gemeinsames Backen und Gartenarbeit bis hin zu Veranstaltungen mit Live Musik im Innenhof der Einrichtung und dem begleiteten Besuch von Konzerte und Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung. Dabei wurde versucht den teilweise recht unterschiedlichen Interessen und Vorlieben der unterschiedlichen Altersgruppen Rechnung zu tragen:

„Wir haben ja auch eine soziale Betreuung im Haus, die kümmern sich dann um die Bewohner. [...] nachmittags werden wieder Angebote gegeben [...] in unserem Haus oder auch Ausflüge. Also das ist ganz vielfältig bei uns. Wir haben ganz oft Konzerte im Innenhof von Rockkonzert bis Klassikkonzert.“ (H2-E1)

„Also wir fragen die Menschen, wir beobachten, wie reagieren sie auf die Angebote, und ja. Wir haben dann z.B. hier auch Rockkonzerte, nicht nur klassische oder eben alte Schlager. [...] was die Jüngeren auch gerne machen, ist ein Gedächtnistraining und dann eben nicht nur Sprichwörter ergänzen, sondern schon auch ein bisschen schwierigere kniffligere. [...] eine Mitarbeiterin aus meinem Team hat Therapiehunde und bringt die eben auch regelmäßig mit. [...] das ist allerdings für die meisten was. Egal ob alt oder jung, ne. Also wo man wirklich auch merkt, dass sie da echt so bei wach werden und lebendig sind. [...] so kriegt man dann auch die Männer mal zu einem Spaziergang, z.B., dass wir dann mit den Hunden raus gehen. Genau, wir haben die Möglichkeiten zu werken, eine Gartengruppe [...]. Also (es werden) vielleicht nicht nur ein paar Stiefmütterchen gepflanzt, sondern auch mal eben etwas gestrichen oder Stühle wieder renoviert oder zusammengeschaubt. [...] jetzt im Moment wird gerade ein Kioskwagen gebaut, denn das wünschen sich die Bewohner hier auch oder viele, die noch so mit Geld umgehen können, dass sie hier auch mal so Dinge einkaufen können, ne. Ein bisschen Schokolade oder eine Cola oder eine Strumpfhose, eine Geburtstagskarte, solche Sachen.“ (H2-E6)

In den Aussagen der professionellen Akteur*innen wird deutlich, dass die Strukturierung der Alltags im Demenzbereich stärker vorgegeben wird, während die zumeist etwas jüngeren Bewohner*innen im Bereich für psychisch Kranke mehr Gestaltungsspielraum haben und sich offenbar auch eher selbst beschäftigen.

„Wir (haben) eine soziale Betreuung, [...] (die) sich um die Bewohner kümmern, sich unterhalten, einen kleinen Spaziergang machen. Solche Sachen halt [...]. Bewohner, die wirklich viel draußen sind, die gehen dann raus. Die werden dementsprechend angezogen. Bewohner, die nicht mehr rausgehen, die werden dann hier auf dem Wohnbereich, ich sag jetzt mal gemeinerweise bespaßt. Also singen, erzählen [...]. Manchmal wird auch gebacken auf dem Wohnbereich, dass die noch so den Geruch haben. Viele haben ja früher selber gebacken oder so. ...das ist der Demenzbereich. [...] auf dem psychischen Bereich, [...] mehr oder weniger machen die was sie wollen, [...]. Da wird nur drauf geachtet, dass die Körperpflege und sowas gemacht wird. [...] die haben eigentlich nur ihre Essenszeiten, wo sie dann kommen und ansonsten beschäftigen die sich mehr oder weniger selber. Es gibt Angebote wie Musik, Tanz, wo sie dann hingehen.“ (H2-M5)

Von Angehörigen und Bewohner*innen wird in den Interviews betont, dass sich die Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche – auch angesichts der hohen Arbeitslast und der teilweise recht schwierigen Klientel – den Bewohner*innen gegenüber „sehr nett“ und „höf-

lich“ verhalten und bemüht sind, sie gut zu versorgen. Allerdings wird von Angehörigenseite kritisch angemerkt, dass sie sich wünschen würden, dass Bewohner*innen, die bettlägerig sind, mehr „Ansprache“ z.B. in Form von Einzelbetreuungen erhalten würden:

„Man wird hier natürlich respektvoll behandelt, das muss ich mal ganz klar sagen. Und ich sehe hier um mich herum an sich jede Menge Fälle, [...] denen es also wirklich nicht gut geht. Und, dass das Personal hier sehr angespannt ist. [...] und sehe natürlich auch die Pflegekräfte, wie die eingebunden sind. Und in welchen Stresssituationen die sich auch befinden.“ (H2-B5)

„[...] meine Mutter ist immer pico bello sauber, ich weiß auch nicht, wie sie ihr die Haare waschen, die sind auch immer ordentlich. [...] (aber ich würde mir wünschen), dass mal öfter jemand zu ihr kommt und sie anspricht. [...] dass sich jemand so, es muss ja nicht lange sein, aber eine Viertelstunde hinsetzt und (3) ja, ich weiß auch nicht, [...] Es ist ja so, dass ich ja wirklich froh bin, dass meine Mutter versorgt wird, weil ich es nicht (kann), und sie sind alle freundlich zu ihr, [...], sie sind sehr freundlich zu den Patienten, ich sehe das, wenn sie auch mit anderen sprechen, [...] auch wenn ihnen etwas nicht passt an denen. Wenn da einer rum zickt, oder so, dann sind die trotzdem höflich [...]. Mehr Personal, [...] wäre dann schön, dann könnte man eine Person abstellen und sagen: ‚So Ihr geht jetzt mal von Zimmer zu Zimmer, (zu denen) die bettlägerig sind, und guckt, ob irgendwie was fehlt und redet ein bisschen mit denen.‘ [...] Und, wie gesagt, ich bin der Meinung, da müsste mehr Personal sein, denn ich sehe, dass die Pflegerinnen und Pfleger sehr fleißig sind.“ (H2-A2)

Angehörigenarbeit. Die Einbindung der Angehörigen hat beginnend mit der Biographiearbeit zur Ergründung der Wünsche und Vorstellungen der oft kognitiv beeinträchtigten Bewohner*innen einen hohen Stellenwert. Angehörigenbegleitung wird entsprechend als integraler Bestandteil der Betreuung betrachtet. Sofern möglich werden Angehörige in Entscheidungen und die Versorgungsgestaltung einbezogen.

Betont wird, dass die Angehörigen für die Bewohner*innen „eine große Rolle“ spielen. Auch für die Biographiearbeit und damit für eine bedürfnisorientierte Versorgungsgestaltung wird ihnen besonders im Demenzbereich eine wichtige Rolle zugeschrieben. Zugleich wird darauf verwiesen, dass das Verhalten der Angehörigen sehr unterschiedlich ist. Ein Teil der Angehörigen begleiten die Bewohner*innen weiterhin engmaschig und bringen sich überaus engagiert, unter Umständen „fast schon zu gut“ und ausgesprochen fordernd ein (H2-M3). Demgegenüber ziehen sich andere Angehörige zeitweilig oder auch ganz zurück:

„[...] manche bringen sich sehr, sehr gut mit ein. Fast schon zu gut, sage ich manchmal. [...] Manche Angehörige sind wirklich tatsächlich anstrengender als der Bewohner selber. [...] die wollen einfach alles und jedes, [...] zum Beispiel, wenn jetzt die Mutter im Pflegeheim bei uns (ist). Und dann sind tatsächlich die Kinder also so, als ob nur die Mutter im Heim ist und wir nur für diese Mutter halt Zeit haben.“ (H2-M3)

„Sie spielen eine sehr große Rolle bei den Menschen, die noch Angehörige haben. Die kommen meistens auch zu Besuch und die werden dann auch erkannt und die Bewohner freuen sich auch ihre Angehörige zu sehen. Ja, die helfen auch bei der biographischen Arbeit [...]. Es gibt welche, die viele Angehörige haben, ja, Familie haben, die immer noch kommen. Und es gibt manche, die auch Familie haben, aber auch gar keinen Kontakt haben. Davon gibt es auch viele und es gibt manche, die gar keinen Angehörigen haben, ja.“ (H2-M4)

„Also es gibt Angehörige, die wirklich sehr oft kommen und begleiten auch in der letzten Phase. Es gibt auch so Angehörige, die erst nach dem Tod sich melden. ((atmet tief durch)) Also das ist schwierig. Also das ist wirklich unterschiedlich. Also die Angehörigen, die schon hier seit dem Einzug im Heim besucht haben, die sind dann auch da. Die, die natürlich etwas weiter weg wohnen, die sagen: ‚Hier, ich bin bereit jederzeit zu kommen. Sollte was sein, rufen Sie mich auch jederzeit an, Tag und Nacht.‘ Also es ist wirklich unterschiedlich.“ (H2-M9)

Nach den Aussagen der Leitungspersonen und Mitarbeitenden hat insbesondere unter den psychisch erkrankten Bewohner*innen ein relativ hoher Anteil keine Angehörigen mehr, die sich um sie kümmern können oder wollen. Nicht selten haben offenbar Bewohner*innen mit Korsakow-Syndrom im Verlauf ihrer Suchterkrankung „mit der Familie

„gebrochen“ oder Angehörige haben sich angesichts der für sie schwierigen Situation zurückgezogen:

„Also wir haben hier relativ gesehen wenig Angehörige. [...] gerade so die Menschen mit Korsakow, die haben ja oft dann schon mit der Familie gebrochen, als dann das Alkoholproblem zu massiv wurde oder wer eine schwere Schizophrenie hat und nicht krankheitseinsichtig ist, das ist ja dann auch schwer mit diesen Menschen zu leben.“ (H2-E6)

„[...] naja, das ist das Klientel tatsächlich: sehr häufig, wenn es um Psychosen geht, sind die Familien auch betroffen. Also dass jemand nur sporadisch zu Besuch kommt. Oder einfach keine sozialen Kontakte. Wenn der Ursprung der Alkoholismus hatte oder Drogen, dass sehr häufig das soziale Netzwerk gibt's nicht. Oder sind die Familien so zerstritten, [...], (dass) Kinder da sind, aber wollen nichts von wissen. [...] Oder auch alleinstehende Menschen, Menschen die alleine gelebt haben, auch auf der Straße, wegen Unfall oder Schlägerei und denn schon aus dem Krankenhaus nicht mehr entlassen worden sind, sind direkt hier auch.“ (H2-E2)

Betont wird, dass insbesondere die jüngeren Bewohner*innen mit Korsakow-Syndrom daher oft nur „Berufsbetreuer“ haben und in „zerrütteten Verhältnissen“ leben. Auch im Verlauf einer Demenzerkrankung ziehen sich Angehörige unter Umständen zurück, wenn sie das Erleben des Abbaus der kognitiven Fähigkeiten der Bewohner*innen und die Situation in der Einrichtung nicht mehr „ertragen können“, wobei sie die Bewohner*innen in der Sterbephase jedoch oft wieder begleiten. In dem Kontext wird auch auf die teilweise noch bestehende Tabuisierung psychischer und demenzieller Erkrankungen verwiesen:

„Wir haben nur wenige Angehörige, die zu Besuch kommen. Bei unseren jungen Korsakow oder gerade in dieser Gruppe, wir haben nicht mal die vollständige Biographie. Da sind meistens die Berufsbetreuer. Und wir wissen nicht ganz genau, was in der Vergangenheit so passiert ist, (I: Ja.) dass die Verhältnisse so zerrüttet sind. Im Dementenbereich haben wir wiederum auch nicht unbedingt so diese Massen von Angehörigen, [...] die Demenzkranken verändern sich auch im Laufe der Zeit ... Einige (Angehörige) kommen bewusst sehr selten, weil die Situation hier nicht ertragen können. [...] Meistens kommen sie wirklich dann, wenn die finale Phase ist, dann ja.“ (H2-M4)

„Ich glaube, das ist so eine Art Tabuthema auch. Wenn jemand psychisch krank ist oder dement oder so. Da scheuen sich die Menschen immer noch vor, so den Kontakt aufrechtzuerhalten, weil, (es) ist ja auch so, die Menschen erkennen dann ihre Kinder nicht mehr oder ihren Mann nicht mehr und das ist für die Angehörigen natürlich auch schwer damit umzugehen.“ (H2-M1)

Die Angehörigen oder andere nahestehende Personen werden ermutigt, nach der Einweisung der Erkrankten in die geschlossene, für sie jedoch jederzeit offenstehende Einrichtung den Kontakt aufrecht zu halten. Ihrer Einbindung dient auch die Einladung zur Teilnahme an Festen, wie sie u.a. an besonderen kirchlichen Feiertagen, wie Weihnachten oder Ostern ausgerichtet werden. Der Unterstützung und Motivation der Angehörigen sich in die Versorgung einzubringen, dienen die in der Einrichtung etablierten regelmäßigen Treffen einer offenen Angehörigengruppe. Sie dienen als Informations- und Beratungsforum über Besonderheiten der Erkrankungen, Herausforderungen der Kommunikation und Interaktion mit psychisch und demenziell erkrankten Menschen und über die in der Einrichtung verfolgten Betreuungskonzepte. Zugleich sollen Treffen den Angehörigen einen Rahmen für den oft auch emotional entlastenden Austausch mit Gleichbetroffenen bieten:

„[...] das ist ein offener Gesprächskreis. Da können also dann immer wieder auch neue Angehörige dazukommen und wir legen denen das auch nahe, gerade am Anfang, ne. So, weil viele eben auch damit nicht zurechtkommen mit der Demenz, wie sich dann eben Vater oder Mutter oder auch Ehepartner verändern. Oder dass es dann auch immer, manchmal gerade beim Einzug nochmal so einen Schub gibt, weil sich dann ja die ganze Umgebung verändert [...] Oder dass dann eben Bekleidungsstücke nicht mehr gefunden werden, [...]. Also man kann ein bisschen suchen, so wo man einen Verdacht hat, aber nicht das ganze

Haus durchsuchen. Und da gibt es dann eben auch manchmal Frust und Unmut und sowas kann man eben gut in einem Angehörigenesprächskreis klären. [...] Auch um das eigene schlechte Gewissen, also ob das wirklich die richtige Entscheidung war. Also es ist für die Angehörigen gut dann mitzubekommen, da sitzen auch noch andere, die sind in einer ähnlichen Situation. [...] Das ist gut, wenn sie das von den Angehörigen auch mal hören: ‚Mensch, mir ist es auch so gegangen.‘ [...] genauso haben wir auch unser Konzept schon vorgestellt oder eben auch die palliative Arbeit vorgestellt, [...]. Die Pastorin ist auch öfter dabei, [...] es ist eigentlich so ein Austausch, so einfach mal loszuwerden: ‚Wie geht es mir so mit der Situation, dass ich jetzt einen Angehörigen hier im Heim habe? Dass ich da nicht mehr zu Hause mit klar gekommen bin.‘ Ja, ‚Wie belastend ist das für mich, dass hier immer wieder Sachen verschwinden von meinem Angehörigen?‘ Aber auch: ‚Wie arbeitet das Haus hier eigentlich? Was ist die Philosophie? Was ist das Menschenbild?‘ Also auch um diese Dinge geht es.“ (H2-E6)

Von Angehörigenseite wird betont, dass „eigentlich“ stets jemand für sie ansprechbar und offen für ihre Anliegen ist, sei es die Heimleitung oder seien es die Pflegekräfte:

„[...] da muss ich sagen, bin ich sehr zufrieden, die, sowohl die Heimleitung als auch die Pflegekräfte sind eigentlich immer ansprechbar, kleine Einschränkung, sofern sie ein bisschen Zeit haben. (I: Mhm) Die sind natürlich alle sehr belastet, ich sehe das, und trotzdem kann man sie immer ansprechen und Wünsche äußern, das wird auch immer aufgegriffen, ob das dann hinterher 100 Prozent umgesetzt wird, ja gut, das ist mal so, mal so.“ (H2-A3)

Soziale Teilhabe. Obgleich es sich um eine geschlossene gerontopsychiatrische Einrichtung handelt, wird versucht, den psychisch und demenziell erkrankten Bewohner*innen – soweit dies in dem Rahmen möglich ist – eine soziale Teilhabe zu ermöglichen. Angehörige werden ermutigt, die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Dem Erleben von Gemeinschaft dienen die vielfältigen Angebote für Gruppenaktivitäten und Veranstaltungen des begleitenden Dienstes ebenso wie die von der Pastorin angebotenen wöchentlichen Andachten und Gottesdienste. Der Aufrechterhaltung der Teilhabe am sozialen Leben dient gleichermaßen die Gestaltung von Festen zu den kirchlichen Feiertagen und saisonaler Feste, zu denen auch die Angehörigen der Bewohner*innen eingeladen sind. Ebenso zählen hierzu die vom Betreuungsdienst organisierten und begleiteten Außenaktivitäten, wie Ausflüge oder auch der Besuch von ausgewählten Veranstaltungen.

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Von der Einrichtungsleitung wurde bereits relativ früh nach Beginn des Modellvorhabens das Angebot des Trägerverbands für Basisschulung zur „Palliativen Praxis“ gezielt für eine breite Schulung von Mitarbeiter*innen des Pflege- und Betreuungsdienstes aufgegriffen. Ergänzend waren 2 Mitarbeiter*innen zur Palliativfachkraft weitergebildet worden.

In der Einrichtung besteht seit längerem ein Arbeitskreis „Palliativversorgung“. Er wird von einer Mitarbeiter*in der Pflegedienstleitung mit Stabsstellenfunktion moderiert, die auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in dem Heim koordiniert. In ihm sind Mitarbeiter*innen des Pflege- und Betreuungsdienstes aller Wohnbereiche vertreten, die in ihren Bereichen eine Multiplikatorenfunktion übernehmen. Der Arbeitskreis dient der Reflektion der Versorgung am Lebensende und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliativkonzepts, das in schriftlicher Form, inkl. Verfahrensanweisungen auf allen Wohnbereichen in elektronischer und gedruckter Form vorliegt. Von der Arbeitsgruppe wurden Materialien zur Unterstützung der Gestaltung der Sterbebegleitung und Abschiedsrituale

eingeführt. Auf den Wohnbereichen steht jeweils ein Palliativkoffer mit diversen Materialien und Hilfsmitteln dafür zur Verfügung.

Zur Unterstützung der Begleitung von Bewohner*innen am Lebensende und ihren Angehörigen wurde eine enge Kooperation mit einem Hospizverein aufgebaut.

Zu den Abschiedsritualen zählen Aussegnungen, das Gedenken in den wöchentlichen Andachten und jährlich zwei Gedenkgottesdienste sowie Abschiedstische im Eingangsbereich der Einrichtung und auf den Wohnbereichen.

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Mitarbeitenden des Pflege- und Betreuungsdienstes sind bestrebt, im Rahmen des Möglichen die Bewohner*innen teilweise mit Unterstützung durch Ehrenamtliche des Hospizvereins am Lebensende zu begleiten, mögliche letzte Wünsche zu ergründen und diese auch zu erfüllen. Ziel ist es im Verbund mit den behandelnden Hausärzt*innen Schmerzen und andere belastende Symptome zu lindern und eine Krankenhauseinweisung am Lebensende zu vermeiden.

Wenn sich abzeichnet, dass sich der Zustand der Bewohner*innen deutlich verschlechtert, wird von den Pflegekräften Rücksprache mit den behandelnden Hausärzt*innen gehalten. Angehörige werden – sofern vorhanden – zeitnah benachrichtigt, wobei zumeist frühzeitig geklärt wird, ob und wann sie benachrichtigt werden möchten.

Insbesondere wenn keine Patientenverfügung vorliegt, wird zumeist im Gespräch mit dem behandelnden Ärzt*innen und den Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer*innen versucht, Entscheidungen zur Therapie- und Versorgungsgestaltung im Sinne der Bewohner*innen zu treffen. Für die Ergründung des mutmaßlichen Willens der Bewohner*innen werden die im Verlauf der Biographie ermittelten Hinweise eingebracht. Bei komplexen Problemen und in schwierigen Entscheidungssituationen werden ethische Fallbesprechungen initiiert und von der Pastorin moderiert.

Die Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase erfolgt in Abstimmung mit Pflege und begleitendem Dienst bei Bedarf mit Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen des kooperierenden Hospizvereins, deren Einbindung von der Pflege und der Koordinatorin des Hospizdienstes organisiert wird.

Leben die Bewohner*innen in einem Doppelzimmer, wird der/die Mitbewohner*in in der Sterbephase „ausquartiert“ und in ein anderes Zimmer verlegt (H2-E1). Die Zimmertür wird mit einem Symbol für alle sichtbar gekennzeichnet („*Wir haben auch immer so kleines (Symbol), so betende Hände. Wenn einer im Sterben liegt, dass wir an die Tür machen, dass jeder weiß: 'Aha- hier ein bisschen ruhiger!'*“ H2-M6). Die im „Palliativkoffer“ bereitgestellten Utensilien und Hilfsmittel werden je nach Vorlieben der Bewohner*innen von dem Wohnbereichsteam für die Umgebungsgestaltung und Schaffung einer angenehmen Atmosphäre genutzt. Betont wird die verfügbare audiovisuelle Technik, ein-

schließlich eines Beamers, mit dessen Hilfe für bettlägerige Menschen auch bewegte Bilder an die Wand oder die Zimmerdecke projiziert werden können, die nach den Vorlieben und biografischen Bezügen der Betroffenen ausgewählt werden.

Wenn sich abzeichnet, dass das Ende naht, werden Angehörige entsprechend der Absprachen benachrichtigt. Sie können jederzeit in die Einrichtung kommen und auch über Nacht bleiben, um bei dem/der Bewohner*in zu sein. Betont wird, dass Angehörige im Rahmen der Sterbebegleitung vielfach gleichermaßen Unterstützung und Begleitung benötigen und diese auch erhalten:

„Es ist gar nicht so der Sterbende, den wir hauptsächlich begleiten, sondern oft wirklich die Angehörigen. Die benötigen das auch tatsächlich, die machen ja auch diese Phasen durch, des Abschieds. Dann versuchen wir die auch zu begleiten. Bieten Gespräche an und ja, geben denen auch manchmal Tipps: "Gucken Sie mal, Sie können mit Ihrem Vater, mit Ihrer Mutter, das würde ihm, ihr sicherlich gut tun. Versuchen Sie das mal." Dann gestalten wir die Räume, also den Raum auch nochmal schön mit den Angehörigen zusammen, wenn es möglich ist [...], also benachrichtigt werden die sehr schnell, wenn sich irgendwas verändert bzw. wenn ein Bewohner in die palliative Phase kommt, werden sie benachrichtigt. [...] Die dürfen dann auch gerne hierher kommen und dürfen dann ihren Angehörigen begleiten. [...] das ist bei uns auch nicht zeitabhängig. Also da sagt auch keiner was, wenn die hier die ganze Nacht sitzen.“ (H2-M8)

Im Wohnbereichsteam wird die Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen vornehmlich durch Mitglieder der Palliativgruppe bzw. Mitarbeitende, die an der Schulung zur palliativen Praxis teilgenommen haben, getragen und von einer Palliativfachkraft bei Bedarf unterstützt. Wenn sich die Sterbephase anbahnt, wird der Begleitung im Arbeitsablauf Priorität eingeräumt, so dass sich die Mitarbeiter*innen abwechselnd zurückziehen können, um sich den im Sterben liegenden Bewohner*innen, wenn auch mit Unterbrechungen, widmen zu können oder den Angehörigen zur Seite stehen zu können. Eine Mitarbeiter*in hat hervorgehoben, dass dies in ihrem Wohnbereich vom dem Team mitgetragen wird und sich auch angesichts knapper zeitlichen Ressourcen zumeist auch einrichten lässt, „*wenn alle mitziehen*“, und liegengebliebene Arbeiten, wie das Stellen der Medikamente, von dem nachfolgenden Schichtteam erledigt werden. Zugleich wird betont, dass sie/er eine „*palliative Begleitung unheimlich gern*“ übernimmt und „*dann mit einem wirklich guten Gefühl nach Hause*“ geht, wenn Bewohner*innen im Wohnbereich im Sterben lagen und es ihr/m ermöglicht wurde, sie während des Dienstes auf dem letzten Weg zu begleiten (H2-M6).

Allerdings lässt die personelle Besetzung vor allem im Spätdienst eine Begleitung sterbender Bewohner*innen durch das reguläre Schichtteam aus Sicht der Mitarbeitenden kaum zu (H2-M9). Die Möglichkeit zur Einbindung des Hospizdienstes in die Sterbebegleitung wird daher als „*enorme Stütze*“ erlebt (H2-E1), insbesondere wenn Angehörige für die Begleitung nicht zur Verfügung stehen und eine Begleitung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist, die in der Form von dem Team nicht geleistet werden kann:

*„Also, mit denen (Hospizhelfer*innen) arbeiten wir zusammen und wir versuchen natürlich das selbst, soweit das möglich ist, hier immer dem Bewohner zu bieten die Palliative Begleitung. Aber manchmal ist es einfach noch nötig, dass zusätzlich noch jemand kommt, der da längere Zeit mal sitzen kann bei dem Bewohner. Gerade wenn keine Angehörigen mehr da sind.“ (H2-M8)*

Von Leitungsseite aus wird betont, dass insgesamt ein stimmiges Konzept der palliativen Versorgung am Lebensende und Abschiedskultur entwickelt und auch in die Praxis eingeführt wurde. Zugleich wird jedoch kritisch angemerkt, dass das erarbeitete Konzept der palliativen Begleitung im Versorgungsalltag nicht immer bzw. nicht mehr in der Konsequenz für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende im Heimalltag umgesetzt wird. Neben personellen und zeitlichen Engpässen ist dies auch darin begründet, dass an der Entwicklung und Umsetzung beteiligte Mitarbeiter*innen teilweise bedingt durch den Eintritt in das Rentenalter ausgeschieden sind und neue Mitarbeiter*innen über keine entsprechende Schulung verfügen.

„Also ich finde, dass wir hier mal eine wirklich gute Palliativ Care Arbeit aufgebaut haben. Also nach diesen Schulungen und auch nachdem wir eine Palliativ Care Fachkraft hatten, haben wir das ziemlich gut gemacht. ... was ich halt merke ist, dass das so ein bisschen bröckelt, weil Schulungen fehlen [...] oder Nachschulungen, oder also Aufbesserungen nochmal [...] und ja, weil irgendwie wenig Zeit für solche Dinge (ist). [...] Ich würde nicht sagen, dass das eingeschlafen ist, aber es wird nicht mehr so, nicht mehr so gelebt oder nicht mehr von allen so gelebt.“ (H2-E6)

Von den interviewten professionellen Akteur*innen wurden vor allem Situationen als besonders belastend beschrieben, wenn Angehörige lebensverlängernde Maßnahmen einfordern (z.B. H2-E6) und Betreuer*innen sich in ihren Entscheidungen über den Willen der Bewohner*innen hinwegsetzen (z.B. H2-M5), wobei die Kommunikation mit Betreuer*innen insgesamt schwierig erlebt wird (z.B. H2-M2). Zudem wird von Mitarbeitenden betont, dass die Begleitung dadurch erschwert wird, dass teilweise kaum (mehr) möglich ist, zu ergründen, was die Bewohner*innen möchten und dass kaum Hintergrundinformationen für eine bedürfnisorientierte Gestaltung der Begleitung am Lebensende verfügbare sind (z.B. H2-M6, H6-M8).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Mit einem Hospizdienst besteht eine enge Kooperation. Wenn sich abzeichnet, dass das Ende naht und Bewohner*innen keine Angehörigen haben, die sie begleiten, wird im Regelfall die Koordinatorin des Hospizdienstes benachrichtigt und kommt in das Heim, um sich vor Ort ein Bild zu machen und schauen welche*r Hospizhelfer*in geeignet für die Begleitung ist, um sie zeitnah vermitteln zu können. Von Leitungsseite wird hervorgehoben, dass die Begleitung sterbender Bewohner*innen ohne die Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen oft nicht geleistet werden könne.

„[...] wie gesagt, holen wir ja auch den Hospizdienst Gott sei Dank noch dazu. Die unterstützen uns da ganz wunderbar. Aber uns ist halt immer wichtig, dass derjenige nicht alleine ist. Es sei denn, er möchte das. Das kommt natürlich auch schon mal vor.“ (H2-E1)

Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen wird die im Heim tätige Seelsorgerin benachrichtigt und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen oder auch den Mitarbeiter*innen zu Seite.

Einbindung der SAPV. Nach den Aussagen der Leitungskräfte und Mitarbeitenden wird hingegen kein SAPV-Dienst in die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativ- bzw.

Sterbesituationen eingebunden. Nahezu durchgängig wird betont, dass das Heim hinsichtlich der ärztlichen Versorgung durch die kooperierenden Haus- und Fachärzt*innen für die Sicherstellung auch in Palliativsituationen „gut ausgestattet“ ist (H2-E2), zumal die heimversorgenden Hausärzt*innen und auch die Fachärzt*innen im Bedarfsfall außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar sind. Angesichts der spezifischen gerontopsychiatrischen Problemlagen der Bewohner*innen versuchen auch die Ärzt*innen – zumal in Endstadien der Erkrankung(en) – Einsätze des ärztlichen Notdienstes generell zu vermeiden und für mögliche Krisensituationen Interventionsmöglichkeiten mit den Pflegefachkräften abzusprechen.

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben von Bewohner*innen wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs das Zimmer und der Leichnam für die Aufbahrung und die Verabschiedung „hergerichtet“. Angehörige, Mitarbeitende und Mitbewohner*innen haben die Möglichkeit, sich im Zimmer von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden, wobei Letzteres eher selten der Fall ist. In der Regel wird eine Aussegnung durch die Pastorin oder auch darin angeleitete Mitarbeiter*innen zelebriert, an der vor allem die Mitarbeiter*innen des Wohnbereichs und sofern gewünscht die Angehörigen teilnehmen. Die Zeremonie hat für die Mitarbeitenden als Abschiedsritual eine große Bedeutung. Für im Krankenhaus verstorbene Bewohner*innen, wird daher eine vergleichbare Zeremonie im Andachtsraum durchgeführt.

Von der Pastorin werden Gesprächen für die Hinterbliebenen und Mitarbeitenden zur Unterstützung der Trauerbewältigung angeboten.

Auf den Wohnbereichen und im Foyer wird jeweils der Abschiedstisch zum Gedenken an die verstorbenen Bewohner*innen mit einem Foto der/des Verstorbenen und einem Abschiedsspruch geschmückt. In den wöchentlichen Andachten und zweimal im Jahr stattfindenden speziellen Gedenkgottesdiensten wird jeweils der verstorbenen Bewohner gedacht.

Ein zentrales Anliegen in Heim H2 ist es, das Lebensende und den Tod der Bewohner*innen würdig zu gestalten. Dabei hat das „namentliche“ Gedenken einen zentralen Stellenwert. Bewohner*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen sind häufig auf Grundsicherung angewiesen und haben oft keine Angehörigen. Da von Seiten des Sozialhilfeträgers nur eine anonyme Bestattung übernommen wird, hat der Einrichtungsträger für die Bestattung von Bewohner*innen, die keine Angehörigen (mehr) haben, die sie beerdigen, ein teilweise über Spenden finanziertes Gräberfeld auf dem Friedhof mit einem Gedenkstein, auf dem alle dort beerdigten verstorbenen Bewohner*innen auch namentlich genannt werden:

„Da haben wir einen eigenen Friedhof, also ein Stück Friedhof für unser Haus und da kommen dann die Bewohner hin, die halt keine Angehörigen hatten, damit die nicht verloren gehen.“ (H2-E2)

„So das Motto ist halt, dass keiner verloren gehen soll. (I: Ja.) So dass die halt alle noch da sind und auch, dazu gehört auch, dass der Träger auf dem Friedhof dieses kleine Urnenfeld hat, so dass jetzt auch niemand mehr, der nur eine Sozialhilfebeerdigung bekommt, anonym beerdigt werden muss, sondern da mit auf diese Stele kommt. Also das finde ich schon gut.“ (H2-E6)

Gespräche und ein gemeinsames Gedenken im Kreis der Mitbewohner*innen über den Todesfall werden in der Form auf der Ebene der Wohngruppen nicht angeboten. Eine Angehörige merkt hierzu an, dass ihre an Demenz erkrankte Mutter, wie die übrigen kognitiv eingeschränkten Bewohner*innen im Demenzbereich, das Fehlen von Mitbewohner*innen in der Form auch nicht wahrnehmen würde und die Situation nicht einordnen könnte:

„[...] die sind beieinander aber nicht miteinander, [...] meine Mutter würde das nicht wahrnehmen, wenn jemand fehlt oder wenn es jemandem schlecht geht oder der im Bett liegt oder nicht mehr mit beim Frühstück ist, oder beim Mittagessen, Kaffeetrinken, was weiß ich, das würde ihr nicht auffallen.“ (H2-A3)

Der Wunsch nach oder das Angebot von Gesprächen und Ritualen des gemeinsamen Gedenkens nach dem Versterben von Mitbewohner*innen wird von den interviewten Bewohner*innen in der Form nicht geäußert. Als Abschiedsritual findet seitens der interviewten Angehörigen der Abschiedstisch im Foyer des Heims bzw. auf dem Wohnbereich Erwähnung.

C3: Fallstudie 3 (Heim H3)

Heim H3 liegt in einer Mittelstadt mit knapp 50.000 Einwohnern und besteht seit ca. einer Dekade. Im Umkreis von 5km des Postleitzahlbezirks weist der AOK-Pflegenavigator eine weitere vollstationäre Einrichtung der Langzeitpflege aus und im Umkreis von 10 km befinden sich weitere acht vollstationäre Einrichtungen. In der Stadt sind ein Krankenhaus mit Palliativeinheit und ein ambulanter Hospizdienst angesiedelt. Die Geschäftsstelle des für die Region zuständigen SAPV-Stützpunktes und ein Hospiz sind in einer knapp 30 km entfernten Großstadt gelegen, die zugleich Verwaltungssitz des Landkreises ist. In dem Heim wurde bisher das Schulungsangebot des Trägerverbands zur „Palliativen Praxis“ nicht aufgegriffen.

Ergebniszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung erstreckte sich über den Zeitraum von Dezember 2020 bis Anfang Mai 2021. Nach einem ersten Interview auf Leitungsebene Anfang Dezember 2020 wurde die Datenerhebung pandemiebedingt unterbrochen, d.h. für die im Dezember bereits vereinbarte Interviewtermine wurden aufgrund der Belastungen durch die Corona-Pandemie abgesagt und ihre Realisierung im Frühjahr 2021 in Aussicht gestellt. Drei Leitungspersonen und ein*e Mitarbeiter*in, mit denen im Dezember ein Interview vereinbart worden war, zogen ihre Zusage zurück. Nach Abschluss der ersten Impfreife konnten schließlich neun weitere Beschäftigte interviewt werden. Trotz intensiver Bemühungen gelang es auch im Verlauf des ersten Halbjahres 2021 nicht, Nutzer*innen für ein Interview zu gewinnen. Ein zunächst von Bewohner*innenseite in Aussicht gestelltes Interview konnte krankheitsbedingt nicht mehr realisiert werden.

Die Datenbasis umfasst somit insgesamt 10 Interviews mit Beschäftigten unterschiedlicher Bereiche und Hierarchieebenen, darunter 3 Leitungspersonen und 7 auf Wohnbereichsebene tätige Mitarbeiter*innen des Pflege-, begleitenden und hauswirtschaftlichen Dienstes. Keine*r der Interviewpartner*innen verfügte über eine palliative Basisschulung oder Weiterbildung.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Das vor einer Dekade mit 50 Plätzen in Betrieb genommene Heim wurde zwischenzeitlich um einen Anbau erweitert. Auf dem Gelände befindet sich u.a. eine Tagespflegeeinrichtung die als eigenständige Einrichtung von dem Träger geführt wird. Mit rd. 80 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H3 um eine kleinere vollstationäre Einrichtung der Langzeitpflege mit eingestreuter Kurzzeitpflege und einem „*integrativen Wohnkonzept*“ (H3-M6) für Menschen mit Demenz:

„Also so gesehen, eine geschlossene gerontopsychiatrische Abteilung haben wir nicht, die sind alle verteilt. Also auf jeder Wohngruppe quasi haben wir demenziell veränderte Menschen auch.“ (H3-M5)

Heim H3 ist in einem Randbezirk der mittelgroßen Stadt gelegen. Es besteht eine Busanbindung des öffentlichen Personennahverkehrs zur Stadtmitte.

Die Einrichtung verfügt über einen kapellenartigen Andachtsraum, ein Café und einen großzügigen Außenbereich mit Innenhof und einem Garten mit Hochbeeten:

„Unten haben wir auch so einen kleinen Garten, wo sie drin spazieren können, so ein kleines Fleckchen, [...] was wir auch bepflanzt haben [...] (da) haben wir so Hochbeete. Die haben wir dann auch mit im Angebot, so Tagesangebot "Beete bepflanzen" und so was.“ (H3-M7)

In Heim H3 werden primär Einzelzimmer mit barrierefreiem Duschbad vorgehalten. Die drei Doppelzimmer werden vorrangig für Ehepaare genutzt. Zudem wird ein „*Reservezimmer*“ (H3-E4) vorgehalten. Die möblierten Zimmer können jeweils nach Absprache individuell mit eigenen (Klein-)Möbeln gestaltet werden.

Die zweigeschossige Einrichtung gliedert sich in zwei Bereiche bzw. Ebenen mit dreieinhalb Wohnbereichen unterschiedlicher Größe. Auf jeder Ebene befinden sich im Altbau eine große und im Anbau eine kleine Wohnküche, die als Speise- und Aufenthaltsraum mit diversen Sitzecken konzipiert sind, sowie in jedem Wohnbereich ein großes Bad mit Badewanne.

Servicebereiche. Der hauswirtschaftliche Dienst (Reinigungs- und Servicekräfte) und eine Wäscherei werden in Eigenregie geführt. Das Essen wird von der Küche eines in einen Nachbarort gelegenen Heims des Trägers geliefert. Für die Versorgung der Bewohner*innen mit Essen und Getränken stehen Servicekräfte zur Verfügung, die zu den Hauptmahlzeiten die Wohnküchen der größeren Wohnbereiche mitbetreuen. Bei Bedarf bzw. auf Wunsch der Bewohner*innen kann das Essen auf den Zimmern eingenommen bzw. gereicht werden.

Personelle Ressourcen. Nach den Angaben der befragten Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche sind die verfügbaren Planstellen weitestgehend besetzt.

Die Einrichtung wird von Leitungsseite für die Altenpflege durchaus als attraktiver Arbeitgeber in der Region eingeschätzt. Dafür spricht, dass regelmäßig Initiativbewerbungen eingehen. Auch der Pflegedienst verfügt über einen relativ großen Stamm an Mitarbeiter*innen, „die von Anfang an dabei sind“ (H3-E4). Wobei angemerkt wird, dass die Fluktuation unter jüngeren Pflegefachpersonen relativ hoch und die Anzahl geeigneter Bewerber*innen bei Stellenausschreibungen für Pflegefachpersonen denkbar gering ist:

„Alle Stellen sind besetzt, also alle Vollstellen, wir haben entsprechend Pflegefachkräfte und auch Pflegehelfer als solches und die Situation ist so, wenn eine Stelle frei wird, dann kriegt man schon noch jemand entsprechend nachbesetzt, aber die Auswahl ist natürlich minimal. [...] Also im Vergleich zu den anderen – ich spreche jetzt nur für den Altenpflegebereich – sind wir insofern sicherlich attraktiv, [...] wir kriegen auch immer wieder Initiativbewerbungen von anderen Kolleginnen, die aus anderen Häusern sich gerne mal umsehen wollen und was anderes machen wollen, da habe ich den Eindruck, dass wir schon als Arbeitgeber für die durchaus attraktiv sind.“ (H3-E1)

„Mit der Besetzung, die wir so im Moment haben, kommen wir zu recht [...] der Fachkräftemangel, [...], der ist spürbar, [...] das Angebot an Fachkräften ist schon weniger. [...], was da für Menschen sich da teilweise bewerben, [...] sie haben zwar, die Ausbildung, aber eben nicht die Voraussetzungen, die menschlichen. Also das ist manchmal schon sehr schwierig.“ (H3-M4)

„Also der Wechsel ist natürlich sehr stark, würde ich mal sagen. Es sind viel, viele, die kommen, die dann wieder gehen, die kündigen, die da schwanger sind und gehen. Oder viele eben, die sich weiterbilden möchten, die Jugendlichen zum Beispiel auch, die dann studieren gehen.“ (H3-M5)

Der bereichsübergreifende Einsatz der Mitarbeitenden wurde nach der Erweiterung der Einrichtung beibehalten, um flexibler auf Urlaubswünsche eingehen und krankheitsbedingte personelle Engpässe einfacher ausgleichen zu können:

„Das Personal rotiert im Grunde immer in größeren Abständen [...]. Also das ist noch aus dieser Zeit als wir nur fünfzig Bewohner hatten, da war das Haus einfach zu klein, um fest zu sagen, der und der Mitarbeiter ist nur noch (in dem Bereich). [...] Das gibt einfach so ein bisschen mehr Flexibilität auch für die Mitarbeiter. [...] dann ist man bei den Urlaubswünschen auch etwas flexibler.“ (H3-E4)

Qualifikation und Fortbildungskultur. Die Personalentwicklung, einschließlich des Fortbildungskonzepts wird von einem Mitglied der Heimleitung mit pflegepädagogischem Hintergrund getragen. Die Einarbeitung und Qualifizierung der Mitarbeiter*innen haben einen hohen Stellenwert. Pflegehilfen werden ermutigt und unterstützt, sich weiterzubilden:

„Wir haben auch ein Einarbeitungskonzept. Darüber hinaus sind wir natürlich auch interessiert, dass Mitarbeiter sich weiterbilden. Aktuell haben wir gerade zwei Pflegehelferinnen, die noch keine theoretische Grundausbildung gehabt haben. Die sind sozusagen jetzt in die Ausbildung gegangen und das unterstützen wir natürlich entsprechend.“ (H3-E1)

Das Fortbildungskonzept wurde seit Gründung der Einrichtung stetig ausgebaut. Neben klassischen Formaten wurde ein Online-Fortbildungsangebot entwickelt, das es den Mitarbeitenden ermöglicht, in einem bestimmten Zeitraum auch Pflichtfortbildungen zeitlich flexible zu belegen:

„[...] von uns werden regelmäßig Fortbildungsangebote ja angeboten. [...] der (Fortbildungsbeauftragte) ist da sehr engagiert. Wir machen das viel online, können das von zu Hause auch machen.“ (H3-M4)

Einen Schwerpunkt bilden Fortbildungen zu den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), deren Themen, teilweise palliative Versorgungsaspekte berühren (vgl. z.B. die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege und Management chronischer Wunden):

„Das Fortbildungskonzept beinhaltet eben auch Expertenstandards, die regelmäßig geschult werden, Kommunikationstraining, [...], Wundmanagement etc. und solche Dinge, die finden natürlich statt. Und das Programm wird in der Regel halbjährlich auch erstellt [...] (wir haben) ein Online-Portal, [...] wo alle Mitarbeiter die Möglichkeiten haben, sich zu schulen. [...] sodass jeder Mitarbeiter aus der Pflege und aus dem Betreuungsdienst entsprechend dann die Pflichtfortbildungen besuchen kann in einem Zeitfenster [...] Das (Palliative Care) wäre jetzt der nächste Schritt, der gegangen werden sollte. ... Da sind wir jetzt noch nicht eingestiegen.“ (H3-E1)

Die Integration von Fortbildungen zur Palliativversorgung in das Fortbildungsangebot steht auf der Agenda. Bisher verfügen keine Mitarbeiter*innen über eine entsprechende Basis-Schulung oder Weiterbildung. Auch von den Mitarbeitenden wird der Mangel palliativer Fachexpertise konstatiert (*„Ist ja hier keiner spezialisiert auf palliativ.“* H3-M7) und die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen zur Palliativversorgung und Aktualisierung des Wissens zur Herstellung von Handlungssicherheit betont:

„Das Pflegepersonal sollte auch dementsprechend angepasst werden. Weil wir machen die Palliativversorgung, ja, aber im Grunde genommen haben wir ja keine richtige Weiter- oder Fortbildung. Und ob das dann wirklich alles so richtig ist, wie man das macht, das weiß man ja im Grunde genommen nicht. Man fragt sich gegenseitig, es gibt viele, die jahrelang Berufserfahrung haben, aber das, was vor dreißig Jahren so gemacht wurde, wird ja jetzt nicht weiter so gemacht.“ (H3-M5)

Externe Kooperation und Vernetzung. Seit der Öffnung der Einrichtung hat sich eine enge Kooperation mit einzelnen hausärztlichen Praxen am Ort etabliert, die die Mehrzahl der Bewohner*innen betreuen. Die heimversorgenden Hausärzt*innen dieser Praxen kommen zu festen Zeiten zur Visite und sind auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar:

„Wir haben unsere Hausärzte hier [...]. Die kommen also von sich aus alle sechs Wochen sowieso zur Visite. Wenn natürlich außergewöhnlich etwas ist, rufen wir an. Entweder kriegen wir dann Anweisungen übers Telefon, Medikation betreffend, oder irgendwie so was. [...] (Wenn etwas) Außergewöhnliches ist, kommen Ärzte auch ins Haus.“ (H3-M4)

Eine fachärztliche Versorgung der Bewohner*innen auf der Basis von Hausbesuchen im Heim wird von einer neurologischen, einer dermatologischen und einer HNO-Praxis am Ort sichergestellt:

„Von außerhalb kommt eigentlich auch ein Neurologe, es kommt ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt, eine Hautärztin, die hier also eben auch ihre Visiten macht. Also das läuft eigentlich sehr gut.“ (H3-M1)

Es besteht keine engere Kooperation mit Krankenhäusern in der Region. Insbesondere das klinische Entlassungsmanagement bei Rückverlegungen von Bewohner*innen ist nach dem Bekunden der Mitarbeitenden oft suboptimal:

„Ach, ja, da ist auch noch so ein bisschen Luft nach oben manchmal. [...] was ganz schwierig ist, sind manchmal die Rückverlegungen. Die Bewohner werden manchmal völlig unangemeldet zurückverlegt. [...] Oder dass die Versichertenkarten verschwinden, dass ja, Brillen weg sind, dass die Prothesen fehlen und Arztbriefe nicht mitgeschickt werden und solche Geschichten. Also das gestaltet sich schon manchmal ganz schwierig, ja.“ (H3-M4)

Positiv hervorgehoben wird die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung durch eine Apotheke mit der ein Kooperationsvertrag geschlossen wurde. Über sie können Medikamente für neue Bewohner*innen auch kurzfristig bereitgestellt werden:

„Und in Kooperation mit unserer Apotheke läuft das dann also auch automatisch, ne? So dass wir dann innerhalb von wenigen Stunden, [...] zumindest diese Grundversorgung mit Medikamenten und so Insulin, und was alles noch notwendig (ist), [...] sicherstellen können.“ (H3-M6)

Auf eine Unterstützung der Begleitung von Bewohner*innen in Palliativsituationen durch das Team des SAPV-Stützpunktes wurde und wird nach dem Bekunden der Leitungspersonen und Mitarbeitenden der Wohnbereiche – wenn überhaupt – äußerst selten zurückgegriffen:

„Wir haben das einmal gehabt bei einem Fall, aber das ist jetzt auch schon bestimmt zwei, drei Jahre her, da war das wirklich ausdrücklich gewünscht, dass ein Palliativmediziner da hinzugezogen worden ist. [...], wir pflegen und arbeiten palliativ, aber ich sage mal, nicht jetzt explizit mit so einem Dienst zusammen, nein.“ (H3-M4)

Demgegenüber besteht eine enge Vernetzung mit dem Hospizverein. Hospizhelfer*innen werden auf Wunsch der Bewohner*innen und Angehörigen regelhaft in die Begleitung am Lebensende eingebunden:

„Wenn so eine Hospizbegleitung gewünscht ist, dann rufen wir diese Dame an und die koordiniert das dann im Grunde. [...] sie kommt entweder selber oder organisiert das mit irgendwelchen anderen Mitgliedern da irgendwie, wer denn wann wie kommt.“ (H3-E4)

Eine seelsorgerische Begleitung wird je nach Wunsch durch einen in der Einrichtung engagierten Seelsorger und die Pastor*innen der örtlichen Kirchengemeinden getragen:

„[...] über die katholische Kirche als auch über die evangelische haben wir da auch sicherlich eine seelsorgerische Betreuung, wo entsprechend jemand kommt auch von den Kirchengemeinden.“ (H3-E1)

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Organisation der Versorgung. Die Pflege ist im Ansatz nach dem Prinzip der Bereichspflege organisiert. Tagsüber betreut jeweils ein Pflege- bzw. Betreuungsteam im Früh- und Spätdienst die Bewohner*innen der auf einer Ebene befindlichen Wohnbereiche. Sie werden durch Servicekräfte des hauswirtschaftlichen Dienstes in den beiden großen Wohnküchen bei der Essensversorgung unterstützt.

In der Einrichtung wird ein integratives Konzept der Demenzversorgung praktiziert, wobei Menschen mit Demenz und schwerstpflegebedürftige Bewohner*innen jedoch vorrangig in den Wohnbereichen der unteren Ebene betreut werden. Während dort 5 Pflegekräfte in der Früh- und 4 Pflegekräfte in der Spätschicht für die ca. 40 Bewohner*innen eingeplant werden, davon je Schicht jeweils mindestens 1 Pflegefachkraft, werden für die Betreuung auf der oberen Ebene 4 Pflegekräfte im Früh- und 3 Pflegekräfte im Spätdienst eingeplant. Hinzu kommen jeweils zwei Mitarbeiter*innen des begleitenden Dienstes. Der Nachtdienst ist entsprechend der rechtlichen Vorgaben für die gesamte Einrichtung jeweils mit einer Pflegefachperson und einer Pflegeassistenz besetzt.

Mit Ausnahme der Bereichsleitungen sind die Mitarbeitenden keinem Bereich fest zugeordnet, sondern rotieren in mehr oder weniger großen Zeitabständen zwischen den Bereichen. Dies bedeutet für die Bewohner*innen jeweils einen personellen Wechsel der sie betreuenden Personen. Von den Mitarbeitenden wird das Rotationsprinzip unterschiedlich bewertet. Während einige die Abwechslung schätzen (*„Ich habe gerne mal Wechsel, dass ich die Bewohner auch mal wechsle.“* H3-M3), würden andere Mitarbeitende lieber fest in einem Bereich arbeiten. Von Leitungsseite wird als Vorteil die Flexibilität in der Einsatzplanung hervorgehoben, die es eher erlaubt, personelle Engpässe zu überbrücken:

„Die Organisation ist mehr nach Ebenen gruppiert. [...] Das Personal rotiert im Grunde immer in größeren Abständen. [...] Das lässt uns ein bisschen mehr Freiraum, wenn Mitarbeiter sowohl im Obergeschoss als auch im Untergeschoss einsetzbar sind. Aber die sind schon längere Zeit, also über Wochen oder ein, zwei Monate sind die in einem Bereich.“ (H3-E4)

„Fachkräfte, die hier unten arbeiten, arbeiten auch teilweise oben mal, damit auch mal gewährleistet ist, wenn mal irgendwo jemand ausfällt, dass sich die Fachkräfte dann auch überall auskennen. [...] auch die (Helfer) wechseln [...] Das sind nur die Bereichsleitungen, die wirklich ihre festen Bereiche haben. [...] Natürlich hat man Mitarbeiter dazwischen, die sagen: ‚Ach nee, also ich bin jetzt hier auf diesem Bereich und da möchte ich jetzt auch eigentlich bleiben.‘ Aber der überwiegende Teil sagt einfach: ‚Ach nee, ich möchte jetzt auch mal wieder auf einen anderen Bereich irgendwie, [...] muss mal wieder was anderes sehen.‘“ (H3-M4)

„Ich bin jetzt zwar sechs Monate lang auf einem Wohnbereich. Das gefällt mir auch sehr. Aber eigentlich ... rotieren wir immer, dass wirklich jeder Mitarbeiter überall (eingearbeitet) ist, damit man auch, wenn krankheitsbedingte Fälle sind, jeder auch wirklich überall einsetzbar ist.“ (H3-M5)

Die Pflegefachkräfte übernehmen die Hilfe- und Pflegeplanung und deren fortlaufende Evaluation für eine bestimmte Anzahl von Bewohner*innen. Ein Bezugspflegesystem wird aus Leitungssicht als nicht praktikabel angesehen:

„Pflegefachkräfte teilen sich sozusagen die zu Pflegenden [...], erstellen auch die Hilfs- und die Pflegeplanung als solches. Und das sind sozusagen auch diejenigen, die auch immer wieder diese Sachen überprüfen und evaluieren. [...] Was nicht funktioniert oder was nicht geht, ist, dass nur diese Pflegefachkraft dann auch nur für den Bewohner zuständig ist.“ (H3-E1)

Einzug in die Einrichtung. Bei Anmeldung neuer Bewohner*innen werden von der Pflegedienstleitung Vorgespräche mit den Betreffenden und/oder deren Angehörigen geführt und zumeist eine Besichtigung der Einrichtung ermöglicht, wobei der Einzug oft von den Angehörigen eingeleitet wird. Sie werden gebeten im Vorfeld einen Fragebogen mit Fragen zu Lebensgewohnheiten, (Pflege-)Anamnese, den Fähigkeiten bzw. Hilfebedarf auszufüllen.

„(Am) Tag der Aufnahme ist dann im Grunde so, lege ich das Ganze dann in die Hände der betreffenden Pflegefachkraft, die an dem Tag in dem Bereich, wo der Bewohner dann einziehen soll, im Dienst ist. Die hat dann halt von mir schon diesen ausgefüllten Bogen mit Informationen, wenn es diesen Bogen denn gibt.“ (H3-E4)

Am Einzugstag wird die Aufnahme durch eine Pflegefachkraft, vorzugsweise die Wohnbereichsleitung und eine*n Mitarbeiter*in des begleitenden Dienstes getragen. Zum Aufnahme-ritual gehört ein Willkommensheft, ein Blumenstrauß und die Begrüßung bzw. Vorstellung der Mitarbeitenden und der Mitbewohner*innen in dem Wohnbereich:

„Wir haben natürlich erstmal so formale Dinge aber auch so die entsprechenden Begrüßungen. Es gibt so ein Willkommensheft auch fürs Zimmer, wo die wichtigen Informationen drinstehen, wohin man sich wenden kann, wie die Telefonnummer lautet etc. [...]. Alle Bewohner, die bei uns einziehen, die kriegen erstmal einen Blumenstrauß am Tag des Einzugs auf ihr Zimmer und werden entsprechend dann auch eingeführt in die Gruppe als solches.“ (H3-E1)

Von der Pflegefachkraft werden medizinisch-pflegerischen Informationen sowie Wünsche und Gewohnheiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung aufgenommen:

„Also das Wichtigste so sind im Grunde genommen die Medikamente und die ganzen medizinischen Sachen, was wir wissen müssen. Weil es kann immer ein Notfall sein. [...] Und mit der Pflege [...] Was kann der Bewohner selber, wo müssen wir unterstützen? Und das kommt dann alles nach und nach. [...] wo viel Wert drauf gelegt wird, dass diese Vorgespräche geführt werden, vor allem auch mit den Angehörigen.“ (H3-M5)

Mitarbeitende des begleitenden Dienstes führen ein erstes Gespräch zum biografischen und familiären Hintergrund, das in einem speziellen Biographiebogen dokumentiert wird. Die Informationssammlung wird in den folgenden Tagen kontinuierlich ergänzt und die Pflegeplanung bedarfsweise angepasst:

„Dann ist der Betreuungsdienst da, der entsprechend auch ein Aufnahmegespräch führt in Anführungsstrichen und auch guckt, wie geht's ihnen. Dann, gibt's den Biographiebogen als solches, um den Menschen auch kennenzulernen, damit er erstmal warm wird. [...] Und dann wird gut natürlich erstmal geguckt, wie geht das? Wie geht es denen in den ersten zwei, drei Wochen [...], wie funktioniert das auch mit den Angehörigen? Und das ist immer so ein Prozess, wo man gucken kann. Der eine braucht ein bisschen mehr Unterstützung, der eine will mehr Ruhe haben. Das muss man dann halt so ein bisschen abwägen.“ (H3-E1)

Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung durch geschulte Gesprächsbegleiter*innen wurden bisher nicht eingeführt. Betont wird, dass viele Bewohner*innen bereits vor dem Einzug in das Heim eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht aufgesetzt haben (*„Es ist heutzutage tatsächlich so, dass viele das sowieso schon haben.“* H3-M5), die von ihnen, den Angehörigen oder den gesetzlichen Betreuer*innen vorgelegt werden:

„Entweder ist es schon irgendwie auch ein Bestandteil der Unterlagen, die uns schon zugekommen sind, bevor der Bewohner einzieht, oder auch währenddessen. [...] die (Patientenverfügungen und Vollmachten) liegen dann ja meistens auch bei den Angehörigen und werden dann auch angefordert, beziehungsweise wenn keine Angehörigen vorhanden sind, natürlich wird dann auch der Betreuer, wenn es ein gesetzlicher ist, auch kontaktiert, ne? Das ist alles eigentlich Inhalt dieses ganzen Aufnahmerzeremoniells.“ (H3-M6)

Versorgungsgestaltung und Leben im Heim. Generell wird nach den Aussagen der Befragten versucht, die Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen möglichst flexibel nach ihren Wünschen und Vorlieben zu gestalten. Der Tagesablauf wird durch die Hauptmahlzeiten strukturiert, wobei den Bewohner*innen, insbesondere morgens ein gewisser zeitlicher Spielraum eingeräumt wird:

„Sagen wir mal so die Mahlzeiten geben das Leben vor. ((lachen)) [...], es ist natürlich klar, dass das Frühstück im eigentlichen Zeitraum beginnt. In der Regel sind das 1 1/2 Stunden, wo man in Ruhe auch kommen und wieder gehen kann. Das gleiche ist, wenn das Mittagessen warm kommt und man möchte warmes Essen, dann ist es auch gut, wenn man dann vor Ort ist. Natürlich diese Kaffeezeit und auch das Abendbrot das sind natürlich Zeiten, die so ein bisschen den Tag strukturieren, muss man einfach so sagen.“ (H3-E1)

„Also im Grunde ist der durchschnittliche Tagesablauf, [...] möglichst ja nach Gewohnheiten (gestaltet), wie der Bewohner so gewohnt war mit der Uhrzeit aufzustehen. Leider bei den meisten Bewohnern ist es sieben Uhr oder halb acht, wollen sie alle aufstehen. Da muss man dann gucken, ((lacht)) dass man so ein bisschen, ich sage mal, na ja, Kompromisse manchmal findet. [...] Frühstückszeit ist eingeplant von halb acht bis neun Uhr. Manche kommen auch noch später, das ist dann auch okay.“ (H3-E4)

Durch den begleitenden Dienst werden zum einen Einzelbetreuungen für Menschen mit Demenz und schwerstpflegebedürftige Bewohner*innen getragen, Zum anderen werden Gruppenaktivitäten angeboten und auch durch externe Dienstleister*innen getragene Angebote, wie Bewegungstraining durch Physiotherapeut*innen, organisiert:

„[...] und die (Betreuungskräfte) bieten natürlich auch immer Programm an in der Regel. Morgens kann es sein, dass es in Einzelbetreuung ist, wo ein dementiell veränderter Mensch in Einzelbetreuung mit versorgt werden soll. Und nachmittags gibt es halt Gruppenangebote, die eben von allen die möchten angenommen werden und besucht werden können.“ (H3-E1)

Zudem engagiert sich in dem Heim ein verrenteter Pastor. Neben der seelsorgerischen Begleitung werden von ihm spezielle Gruppenaktivitäten und Gesprächsrunden für die im Heim lebenden Bewohner angeboten:

„Wir haben unseren Pastor in Ruhestand [...] er macht regelmäßig die Freitagsgottesdienste in der Regel und der ist auch mit bei der Betreuung, gerade wenn es um die Männer geht, die manchmal ein bisschen zu kurz kommen, die werden von ihm entsprechend auch betreut, aber der hat natürlich auch seelsorgerische Aufgaben, die er dann entsprechend wahrnimmt, wenn das gewünscht wird. [...], wenn Sie gucken, wer in der Betreuung arbeitet, dann sind es in der Regel Frauen. [...] und deswegen ist es ganz gut, dass er sich sozusagen ein Bisschen diese Aufgabe übernommen hat, sodass er regelmäßig vorbeischaud und dann nimmt er sich die Männer sozusagen als Gruppe, als Kleingruppe und kann sie entsprechend dann auch betreuen.“ (H3-E1)

Trotz der diversen Angebote an Einzelbetreuung und Gruppenaktivitäten durch begleitenden Dienst, wird von Pflegeseite teilweise eine gewisse Monotonie des Lebens im Heim konstatiert („*Es ist einfach stinklangweilig in so einem Altenheim für Bewohner.*“ H3-M7). Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht ein größerer zeitlicher „*Spielraum*“, um sich bei Bedarf einzelnen Bewohner*innen wirklich widmen zu können und nicht nur „*zwischen Tür und Angel*“ (H3-M7). Kommen krankheitsbedingt personelle Engpässe hinzu, stoßen die Mitarbeitenden zusehends an ihre Grenzen und die Versorgung der Bewohner*innen gerät in Sinne von „satt und sauber“ eher zu einer rein funktionellen Pflege:

„[...] wenn jetzt so zwischendurch einer krank wird, dann ist das schon teilweise wirklich, dass wir auch dann echt an unsere Grenzen gehen, [...] man möchte viel mehr mit den Bewohnern machen... wenn man unterbesetzt ist, wie soll man es machen, wenn Betreuung dann auch noch ausfällt? [...] Manchmal ist es wirklich, wenn man es ganz krass sieht, es ist eine Abfertigung, [...] Fließbandarbeit. Du gehst durch die Zimmer, Waschen und Du musst zusehen, dass Du irgendwie alle [...] oder die meisten Leute aus dem Bett kriegst, dass die frühstücken können und so weiter ...“ (H3-M7)

Speziell von Altenpflegefachkräften wird kritisch angemerkt, dass sich ihr Tätigkeitsprofil dahingehend gewandelt hat, dass genuine Aufgaben der professionellen Altenpflege, wie Alltagsgestaltung, psychosoziale Begleitung und Biographiearbeit, auch aus Zeit- und Personalmangel von ihnen kaum mehr geleistet werden (können), zumal die den Pflegefachpersonen obliegenden Dokumentationspflichten im Versorgungsalltag immer mehr Raum einnehmen:

„Die Altenpflegerischen Tätigkeiten, die man machen sollte, die kann man nicht (machen). Entweder fehlt das Personal oder die Zeit. [...] früher war ja die Altenpflege was ganz anderes, [...] jetzt ist es ja im Grunde genommen wirklich viel Papierkram, viel Dokumente, Dokumentieren. Man ist eigentlich nur am Dokumentieren ... Man geht dahin, guckt, okay, das, das und dann muss man das nochmal dokumentieren, irgendwo anrufen. Und irgendwo fehlt natürlich dann die Person, die an dem Bewohner steht.“ (H3-M5)

Angehörigenarbeit. Den Angehörigen wird durchgängig „*eine große Rolle*“ (H3-M6) zugeschrieben. Oftmals wird der Einzug in das Heim durch sie initiiert, so dass die Erstgespräche teilweise mit ihnen geführt werden. Ihrer Einbindung wird insbesondere bei Bewohner*innen mit demenziellen Veränderungen eine hohe Bedeutung beigemessen, und zwar beginnend mit der Aufnahme, auch um für die Versorgungsgestaltung wichtige Hintergrundinformationen über die Biografie, Vorlieben und mögliche vulnerable Punkte zu erhalten:

„Es ist ja auch tatsächlich so, dass immer mehr demenziell veränderte Menschen dann einziehen. Und die vielleicht dann auch nicht wirklich in der Lage sind, sich dazu zu äußern oder wirklich das zu sagen, was sie so brauchen. Und, ja, dann helfen schon die Angehörigen viel mit. Oder wenn es um die Lebensgeschichte geht.“ (H3-M5)

Betont wird, dass das Engagement der Angehörigen auch davon abhängig ist, wie die Beziehung und Kontaktpflege vor dem Heimeintritt war und ob sie vor Ort oder weiter entfernt leben. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden die nächsten Angehörigen von Beginn an in Versorgungsentscheidungen einbezogen. Sie können die Bewohner*innen jederzeit besuchen und werden zu hausinternen Veranstaltungen und Festen eingeladen. Angehörige werden von den Mitarbeitenden oft kooperativ, zu Weilen aber auch schwierig und fordernd erlebt. Betont wird, dass in der Regel ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen besteht und viele auch Verständnis für die Pflegenden haben:

„Also die Angehörigen (haben) eigentlich eine große Rolle. Natürlich hat man manchmal sehr Schwierige dabei [...]. Dann haben wir Angehörige, die ganz viel Verständnis auch für die pflegerische Situation im Moment haben, dass eben vielleicht mal wieder zwei Krankheitsfälle sind und, ja, ne, Mama heute vielleicht mal nicht durch den Garten gefahren werden konnte.“ (H3-M4)

Soziale Teilhabe. Die Einrichtung wird in den Interviews als relativ offene Institution beschrieben. Neben den gemeinschaftlichen Mahlzeiten und dem Angebot an Gruppenaktivitäten auf Wohnbereichsebene ermöglichen diverse Veranstaltungen den Bewohner*innen eine soziale Teilhabe. Hierzu zählen saisonale Feste, die vom begleitenden Dienst organisiert werden und auch Besucher*innen offen stehen. Wöchentlich finden evangelische und katholische Gottesdienste in der Kapelle bzw. im Andachtsraum statt. Den Bewohner*innen steht es jedoch frei, die Angebote für sich zu nutzen, und zwar beginnend mit den gemeinsamen Mahlzeiten in den Wohnküchen:

„Natürlich hat jeder auch das Recht und die Möglichkeit, seine Mahlzeiten in seinem eigenen Zimmer auch einzunehmen.“ (H3-M6)

„Wer möchte, kann Gesellschaft haben, wer aber ausdrücklich keine Gesellschaft haben möchte, das gibt es ja auch, der muss halt auch nicht. [...] Das ist dann auch okay.“ (H3-E4)

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept der Begleitung am Lebensende, das offenbar auf Leitungsebene erstellt wurde und als Teil des Qualitätsmanagements auch in Form eines Standards mit Prozessbeschreibungen vorliegt, offenbar jedoch nicht flankiert durch Schulungen für die Mitarbeitenden auf Wohnbereichsebene eingeführt wurde.

Für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende stehen auf den Wohnbereichen in der palliativ- und Hospizversorgung erprobte Hilfsmittel, einschließlich audiovisueller Technik zur Verfügung. Zudem werden fahrbare Spezialpflegesessel vorgehalten, um auch schwer kranken bzw. immobilen Bewohner*innen eine Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglichen zu können.

Ein Qualitätszirkel oder Arbeitskreis, der sich speziell der (Weiter-)Entwicklung der Palliativversorgung widmet, wurde in der Form nicht ins Leben gerufen. In vierzehntägigen auf der mittleren Leitungsebene angesiedelten bereichs- und berufsübergreifenden Fallbesprechungen werden „*Problemfälle*“, so auch schwierige Palliativsituationen gemeinsam reflektiert:

„Also das haben wir eigentlich auch regelmäßig, weil das ist ja auch wichtig, dass alle Berufsgruppen denn auch den gleichen Stand haben. [...], dass es alle vierzehn Tage eine Fallbesprechung gab, [...] eben unsere

kleinen Problemfälle oder eben auch solche Menschen, die palliativ sind oder die eben, ja, sich in der letzten Phase befinden. [...], dann guckt man, was kann man da noch machen? Mit den Angehörigen auch, wie bezieht man die ein? Doch das wird schon besprochen, genau.“ (H3-M1)

Nach den Angaben der Interviewten finden sich auch im Pflorgeteam keine Mitarbeiter*innen mit einer palliativen Basisschulung oder Weiterbildung. In den Interviews mit Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird dies durchaus kritisch gesehen und teilweise der explizite Wunsch nach einer Weiterbildung oder Fortbildungen zu zentralen Themen der Palliativversorgung und Sterbebegleitung geäußert, auch um spirituelle Bedürfnisse der Betroffenen beantworten zu können:

„Also ich wüsste jetzt zum Beispiel nicht, dass wir im Heim jemanden haben, der so eine Palliativweiterbildung gemacht hat. [...], so ein Heim sollte vielleicht auch ja, eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern haben, die so was gemacht haben.“ (H3-M5)

„Ich fände ich es ganz schön, wenn es auch Kollegen gäbe, die eine Palliativfortbildung hätten. [...] Haben wir leider nicht. Ich würde, wenn man sie mir anbieten würde, ich würde das sofort machen. ... das ist schon ein Thema, was mich auch bewegt. [...], da liegt in unserem Heim, in den anderen Heimen auch, ja, strukturell ein Manko ... wie ich die Ausbildung gemacht habe, es war ein großes Thema und auch Sterbebegleitung. [...] Diese spirituelle Ebene [...] fällt oftmals gänzlich hinten rüber.“ (H3-M6)

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Begleitung am Lebensende erfolgt nach den Aussagen der Leitungskräfte unter Berücksichtigung der Willensbekundungen der Bewohner*innen („*Da legen wir großen Wert darauf, dass das auch eingehalten wird.*“ H3-E1) in enger Abstimmung der Fachkräfte mit dem/der Hausarzt*in. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden die Angehörigen in Entscheidungsprozesse einbezogen:

„Also da kommunizieren wir dann halt mit dem Arzt, mit dem Hausarzt und mit den Angehörigen. [...] Hat er vielleicht eine Patientenverfügung. ... das ist auch für uns wichtig zu wissen oder gibt uns auch eine Sicherheit, was sollen wir machen? [...] Schmerzlinderung, niemand soll Schmerzen haben oder sonst was irgendwie, [...], niemand soll alleine sein, aber dass da schon für jeden klar ist, [...] was machen wir und was machen wir halt auch nicht mehr, ne?“ (H3-E4)

Von Leitungsseite wird das Bestreben betont, den Bewohner*innen ein Sterben in der gewohnten häuslichen Umgebung, „*die ja jetzt dann im Heim ist*“ zu ermöglichen, belastende Maßnahmen am Lebensende zu vermeiden und „*den Übergang für den Menschen vom Leben zum Tod hin*“ zu erleichtern (H3-E1). Es wird versucht, dass die pflegerische Versorgung und Begleitung durch Betreuungskräfte möglichst von den vertrauten Mitarbeiter*innen getragen wird und – sofern möglich – die Angehörigen und ggf. der Hospizdienst in die Begleitung einbezogen werden:

„Da wird entsprechend natürlich auch geguckt, dass die Grundbedürfnisse entsprechend im Vordergrund stehen als auch die Betreuung. Und ich habe sehr wohl auch den Eindruck, dass auch unsere Mitarbeiter sehr empathisch auch mit den Bewohnern umgehen und auch mitbekommen, was ist jetzt wichtig? Kann er noch mehr Schmerzmedikamente bekommen, weil er Schmerzen hat oder solche Sachen, [...]. Gibt es die Mundpflege als solches, wenn der Bewohner nicht mehr trinken kann etc., [...] und gibt es die Möglichkeit, dass Angehörige regelmäßig auch kommen können und am Bett sitzen können, die Betreuung da ist. Gibt es unter Umständen auch die Notwendigkeit einer Sitzwache über den Hospizdienst, [...] All das wird auch mit eingebaut.“ (H3-E1)

Betont wird seitens der Mitarbeitenden, dass die Pflege sterbender Bewohner*innen hinreichend Zeit und Ruhe voraussetzt. Um die beginnend mit der Körperpflege geforderte

besondere Behutsamkeit gewährleisten zu können, sieht sich das Wohnbereichsteam auch vor organisatorische Herausforderungen gestellt:

„Es ist auf jeden Fall ein Unterschied, ob man da jemanden pflegt, der komplett mobil ist, oder ob man jemanden pflegt, der im Sterben liegt. [...] das ist eine ganz andere Atmosphäre auch irgendwo. Und also das von jetzt auf gleich umzusetzen, das ist manchmal auch gar nicht so leicht. Da muss man wirklich sehr vorsichtig sein, sehr langsam sein, weil die auch sehr starke Schmerzen haben, viel Zeit haben und, ja, das muss man natürlich im Team dann auch alles organisieren.“ (H3-M5)

Wenn sich der Beginn des Sterbeprozesses abzeichnet, werden mit den Angehörigen Absprachen getroffen, wann sie benachrichtigt werden möchten. Sie werden entsprechend informiert, können jederzeit bei den Sterbenden sein, werden bei Bedarf beratend begleitet und mit Essen und Getränken mit versorgt:

„Also es ist ja so, wenn wir jetzt merken [...] jemand verstirbt, dann rufen wir ja grundsätzlich Angehörige auch an. Und die kommen dann auch rein ins Zimmer und können dann auch mit dabei sein ...dann biete ich auch irgendwas zu essen, zu trinken an, [...], dass sie sich jederzeit melden können, egal was. Dass, wenn sie über irgendwas Fragen haben, sofort klingeln.“ (H3-M7)

Sofern im Sterben liegende Bewohner*innen in einem Doppelzimmer untergebracht sind, werden die Mitbewohner*innen verlegt, auch um eine durchgängige Begleitung durch die Angehörigen zu ermöglichen:

„Angehörige, wenn sie mögen, dann können die auch dabei bleiben, [...] auch über Nacht [...]. Das ist halt das Praktische bei den Einzelzimmern. Wir haben das dann auch schon gemacht, wir haben eigentlich immer ein Reservezimmer, wenn es denn tatsächlich mal in einem Doppelzimmer war, dass da zwei Menschen drin wohnen, die nicht miteinander verwandt sind [...], dass wir dann den fitteren Bewohner da rausgenommen haben ins Einzelzimmer so lange, dass halt die Angehörigen da auch über Nacht bleiben können.“ (H3-E4)

Für die Begleitung sterbender Bewohner*innen werden zumeist die bereitgehaltenen Hilfsmittel und Dekorationsartikel je nach Vorlieben der Bewohner*innen für die Umgebungsgestaltung genutzt:

„Dann wird einmal das Zimmer hergerichtet. Mit Salzlampe und, wenn gewünscht, Duft und bisschen abgedunkeltes Licht, Musik leise. Das wird natürlich dann in der Absprache mit der Pflege gemacht und mit der Biografie, dass man guckt, mochte sie Düfte, [...] solche Sachen halt.“ (H3-E3)

Zwar sind die meisten heimversorgenden Hausärzt*innen im besonderen Fällen auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar, betont wird jedoch, dass primär Begleitungen am Lebensende mit dem Hausarzt, der über eine palliativmedizinische Zusatzausbildung verfügt, gut gelingen. Demgegenüber ist es in der Kooperation mit anderen Hausärzt*innen oft schwierig, allein für eine hinreichende Schmerz- und Symptomkontrolle Sorge zu tragen:

„Einige Ärzte, die sind sehr zimperlich. Die wollen dann nicht starke Schmerzmittel aufschreiben. [...] kann man wirklich hinterher telefonieren und, ja, versuchen, versuchen, versuchen, [...] bei einigen, da klappt das wirklich sehr gut, die sind schmerzfrei, gut eingestellt. Das sollte es ja auch eigentlich bei der palliativen Versorgung sein. Bei einigen wiederum klappt das nicht. Da sehe ich aber natürlich, es kommen einige Ärzte, die haben so eine Palliativweiterbildung gemacht, so eine Fortbildung, die sehen das ganz anders als ein Arzt, der das vielleicht nicht gemacht hat.“ (H3-M5)

„Also was ich gut finde, ist, wir haben [...] einen Arzt, der eben auch Palliativmedizin richtig macht so. Und ich habe immer das Gefühl, wenn der da ist, wenn der den Bewohner begleitet, ist das Ganze friedlicher. [...], ob das medikamentös (ist), oder auch Schmerzmittel und diese Dinge (sind), dass der das viel besser im Griff hat.“ (H3-E3)

Wünschenswert wäre daher aus pflegerischer Sicht, dass Hausärzt*innen über eine palliative Fortbildung verfügen oder diese sogar „Pflicht sein“ sollte (H3–M5). Suboptimal wird von den Mitarbeitenden vor allem die notärztliche Versorgung erlebt:

„[...] das ist ja manchmal schon eine Herausforderung [...] bis man da mal jemanden an der Strippe hat, [...] dann ist es so, dass man, wenn die rauskommen müssen, dass man manchmal stundenlang warten muss. ... dann habe ich eine Kinderärztin [...] oder einen Pathologen hier stehen [...] die eigentlich, ja, also ihr Fachgebiet haben, aber in der Allgemeinmedizin jetzt nicht so zu Hause sind. Hinzu kommt das dann ja auch noch, dass die unsere Bewohner gar nicht kennen. [...], es ist also nicht optimal, überhaupt nicht, gar nicht.“ (H3–M4)

Zentral ist aus pflegerischer Sicht für die Betroffenen vor allem die Begleitung durch die ihnen nahestehenden Personen. Wenngleich dies durch Dritte nicht ersetzt werden kann, wird versucht, die Bewohner*innen die keine nahen Angehörigen haben, die sich am Lebensende um sie kümmern (können), im Rahmen des Möglichen zu begleiten:

„Und ich finde, das ist auch das Wichtigste, dass man die Person da hat, die man lieb hat. [...] So dieses Medizinische, Pflegerische, das ist für uns natürlich wichtig. Für den Bewohner, [...] natürlich ist es auch wichtig, dass das alles passt, aber eher, dass die Familie da ist. [...] eine Person, wo die Angehörigen nicht da sind, wo sich keiner drum kümmert, das ist dann schon ein Unterschied. [...] Da, da nehmen wir das quasi so ein bisschen in die Hand [...] Wir können es nicht ersetzen, definitiv nicht, aber wir versuchen es dann natürlich. [...] Die sind dann natürlich auch sehr dankbar. [...] wenn wir die Zeit dazu haben, versuchen wir, daneben zu sitzen und einfach reden oder wenn die nicht (dazu) in der Lage sind, irgendwas vorzulesen. Oder wir haben auch Betreuungskräfte, die wir da hinschicken, dass die dann wirklich ein bisschen was vorlesen. Mit denen versuchen zu reden. Manchmal, manchmal reicht das auch einfach aus, dass man einfach nur die Hand hält, dass die wissen, da ist jemand, ich bin nicht alleine, ja.“ (H3–M5)

Insbesondere von Pflegeseite wird als größte Hausforderung und Belastung der Umstand hervorgehoben, dass dem Team die Zeit für eine Begleitung Sterbender im Heimalltag fehlt:

„[...] dass man einfach nicht mehr die Zeit hat, sich nicht mal im Wechsel dort hinzusetzen, mal die Hand zu nehmen. Ja, dass einfach dieser Zeitdruck da ist. [...], dass man es abgeben muss, dass man eben nicht mehr selber begleiten kann, [...] das ist der Hauptfaktor.“ (H3–M4)

Als besonders belastend wurden von professionellen Akteur*innen vor allem Sterbesituationen beschrieben in denen keine hinreichende Schmerz- und Symptomkontrolle gewährleistet werden konnte (z.B. H3–E3), wenn Patientenverfügungen von Angehörigen übergangen wurden und auf lebenserhaltende Maßnahmen gedrungen wurde (z.B. H3–E3), Angehörige auf Therapiemaßnahmen beharrten (z.B. H3–E4) und das Sterben nicht akzeptieren konnten (z.B. H3–M4), sich lang hinziehende quälende Sterbeprozesse (z.B. H3–M1) sowie zerrüttete Familienverhältnisse und das Austragen von Streitigkeiten am Sterbebett (z.B. H3–M7).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Für die Begleitung sterbender Bewohner*innen wird in der Einrichtung im Bedarfsfall auf ehrenamtliche Hospizhelfer*innen der örtlichen ambulanten Hospizdienste zurückgegriffen. Wobei diese aus Sicht der Pflegenden früher in der Einrichtung präsent sein und in die Begleitung der Bewohner eingebunden werden sollten und nicht erst im Sterbeprozess. Auch wenn die Unterstützung durch den Hospizverein begrüßt wird, wird zugleich speziell in den Aussagen der Pflegekräfte der Wunsch deutlich, für die Bewohner*innen im Sterben da sein zu können:

„[...] dieser Prozess mit Hospizarbeit, der müsste schon früher beginnen. Nicht, [...] dass da jetzt jemand stirbt und so in den letzten Stunden setzt sich jetzt einfach mal jemand Fremdes dorthin. [...] Einen Wunsch hätte ich, [...], dass wir irgendwann mal wieder da hinkommen, dass die Pflege auch wieder mehr Zeit hat, sterbende Menschen zu begleiten. Das würde ich mir wünschen. [...] Weil im Moment ist die Pflege ja mehr außen vor. [...], wir versorgen diesen Bewohner, aber wir begleiten ihn nicht wirklich. Sicherlich sorgen wir dafür, dass er keine Schmerzen hat, dass er, versorgt ist, was das Körperliche angeht und so weiter. Das ja. Aber das wirkliche Begleiten? [...], das eine schließt das andere nicht aus. Man könnte dennoch Hospizbegleitung miteinbeziehen und auch den BSD (Begleitenden Sozialen Dienst). [...] Wir versorgen diese Menschen unter Umständen Jahre tagein, tagaus. Nur, wenn es drauf ankommt, ist keiner von uns da. Und das finde ich schade.“ (H3-M4)

Auf Wunsch der Betroffenen werden Pastor*innen der örtlichen Kirchengemeinden der jeweiligen Glaubensrichtung benachrichtigt, um den Bewohner*innen und ihren Angehörigen seelsorgerisch zu Seite zu stehen.

Einbindung der SAPV. Generell besteht – neben der Einbindung des Hospizvereins – die Möglichkeit das SAPV-Team des regionalen Palliativstützpunktes in die Betreuung vom Bewohner*innen in Palliativsituationen einzubeziehen:

„Also da gibt es [...], den (SAPV) Stützpunkt und wenn das also gewünscht wird auch von Angehörigen etc., da sind sie auch gerne bereit, da mit zu kooperieren.“ (H3-E1)

Eine Kooperation mit der SAPV erfolgt sowohl nach den Aussagen der Leitungspersonen als auch nach Einschätzung der Mitarbeitenden der Wohnbereiche jedoch – wenn überhaupt – äußerst selten. Von Leitungsseite wird dies damit begründet, dass ein Hausarzt, der die Mehrzahl der Bewohner*innen betreut, Palliativmediziner ist und durch ihn eine palliativmedizinische Versorgung sichergestellt ist und auch die übrigen Hausärzt*innen zumeist erreichbar sind. Konzediert wird, dass in Palliativsituationen im Vertretungsfall unter Umständen eine vermeidbare Krankenhauseinweisung am Lebensende erfolgt:

„Mit Ärzten ist das im Grunde eigentlich in der Regel kein Problem. Es ist manchmal schwierig, [...] wenn das alles sehr schnell geht. [...], dann ist der Hausarzt in Urlaub, oder es ist Wochenende oder sonst was, dann wird das unter Umständen mal ein bisschen schwierig, weil ein Vertretungsarzt sagt immer: ‚Ab ins Krankenhaus!‘ Dann muss man halt gucken, was haben die Angehörigen, was hat der Bewohner selber mal irgendwie festgelegt. [...] es gibt halt auch Angehörige, gibt es auch immer wieder, die wollen halt, dass alles Mögliche gemacht wird [...], die absolut nicht loslassen können irgendwie.“ (H3-E4)

Von Pflegeseite wird daher teilweise explizit der Wunsch nach einer engeren Kooperation mit den Akteur*innen der SAPV geäußert, die eine 24/7-Bereitschaft gewährleisten. Als Hürden, die dem entgegen stehen, kommen aus ihrer Sicht „Kompetenzgerangel“ zwischen Hausärzt*innen und Palliativmediziner*innen des SAPV-Teams, aber auch Unkenntnis über die Möglichkeiten der SAPV-Einbindung unter Pflegenden im Heim oder Vorbehalte der Angehörigen zum Tragen:

„[...] da gibt es durchaus auch Kompetenzgerangel, dass viele Ärzte, Hausärzte ihre Bewohner gar nicht abgeben möchten, [...]. Aber es kann verschiedene Gründe haben, [...] ich glaube, es ist auch vielen Kollegen nicht wirklich so präsent, [...], welche Möglichkeiten da bestehen. [...] natürlich wollen die Angehörigen vielleicht auch nicht unbedingt, dass dann auch irgendwie ein völlig anderer Arzt da vor Ort ist, [...] den keiner kennt. [...] das ist ja auch eine Vertrauenssache.“ (H3-M6)

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs die Zimmertür mit einem schwarzen Trauerflor gekennzeichnet, das Zimmer und der Leichnam des/der

Verstorbenen für die Aufbahrung und Verabschiedung so „schön“ wie möglich hergerichtet:

„Wenn sie verstorben sind, [...] werden die Leute nochmal gewaschen. Die kriegen das dann an, was dann halt von den Angehörigen uns gesagt wurde, [...] Es wird dann auch ein Kreuz, eine Bibel hingestellt. Ein Salzkristall wird da hingestellt [...]. Dann machen wir schon so, sehen wir schon zu, dass wirklich die Angehörigen ein vernünftiges letztes Bild, [...] noch bekommen [...]. Weil der letzte Eindruck, der letzte Blick bleibt natürlich, [...] das soll dann, in Anführungsstrichen, doch so schön wie möglich dann sein. [...] bislang haben wir das ganz gut hingekriegt, weil die haben sich alle immer bedankt, wie schön das doch gemacht worden ist und wie gut wir begleitet haben.“ (H3-M7)

Die Angehörigen, Mitarbeitende und ggf. auch Mitbewohner*innen, die den Verstorbenen nahe standen, erhalten Möglichkeit sich zu verabschieden. Neben dem Seelsorger verfügt die Einrichtung über speziell geschulte Mitarbeiter*innen, die „auch eine Aussegnung machen können“ (H3-E1). Von der Möglichkeit wird zum Bedauern der Leitungspersonen indes kaum mehr Gebrauch gemacht:

„Und wenn gewünscht, das ist zwar selten passiert, in meinen viereinhalb Jahren, glaube ich, (war) dreimal, eine Aussegnung von unserem jeweiligen Pastor. [...] Es wird nicht gelebt, ich sage es ganz ehrlich.“ (H3-E3)

„Wir haben das eine Zeitlang mal versucht, das ist aber was, was immer wieder in Vergessenheit gerät, [...] eine kleine Aussegnung, nennt sich das, [...], dass wir uns, [...], wer möchte, im Zimmer zum Abschiednehmen versammelt haben [...] aber das ist eher, ist wirklich eher selten. Das ist was, das möchten wir eigentlich ganz gerne so, [...] was, ja, untergeht irgendwie [...]. Eine Zeitlang haben wir das mal ganz gut hingekriegt. [...] dass wir schon den anderen Bewohnern dann auch die Möglichkeit gegeben haben, bei dieser kleinen Aussegnung dann irgendwie auch dabei zu sein. Wer möchte, ne? Aber das ist so ein bisschen so eine Idealvorstellung.“ (H3-E4)

Am Beispiel der recht verhaltenen Praktizierung von Aussegnung als Abschiedsritual wird zugleich deutlich, dass die Definition von Standards und Prozessbeschreibungen im Qualitätshandbuch allein nicht ausreicht, um diese mit Leben zu füllen:

„[...] auch wenn es zwar im Standard drin ist und die den (kennen) auch QM-mäßig, und den auch alle gelesen haben, [...] passiert nicht ganz viel, das muss ich ganz ehrlich sagen, also in der Richtung.“ (H3-E3)

Von einer Mitarbeiter*in wird in diesem Kontext hervorgehoben, dass sich im Verlauf der letzten Jahre der Umgang mit dem Tod im Heim gewandelt hat: Einerseits werden christliche Abschiedsrituale, wie Aussegnungen und ein gemeinsame Gedenken im Gebet nur noch selten praktiziert, andererseits werden Särge von den Bestattungsinstituten nicht mehr möglichst unauffällig durch den „Hintertür“, sondern durch die „Vordertür“ des Gebäudes transportiert:

„Manchmal fand auch noch eine Aussegnung statt, wenn das gewollt, gewünscht war. Oder dass auch Bewohner, [...] die engeren Kontakt hatten, dort auch nochmal ins Zimmer konnten und nochmal Abschied nehmen durften. Aber das Ganze hat sich in den letzten Jahren echt gewandelt. Wenn ich bedenke, am Anfang, [...] das war offen auf der einen Seite, ja, dass gebetet wurde, aber ich sage mal so, mit dem Sarg durfte man nur durch die Hintertür [...] um Gottes willen nicht über den Wohnbereich. Das ist heute anders. [...] heute wird zwar nicht mehr gebetet, aber der Sarg kommt schon durch die Vordertür. [...] Das hat sich verlagert irgendwie.“ (H3-M4)

Neben dem geschmückten Gedenktisch mit einem speziellen Gedenkbuch und Bild der/des Verstorbenen im Kapellenraum, wird in der jeweiligen Wohnküche eine entsprechende „Trauerecke“ zum Gedenken an verstorbene Bewohner*innen gestaltet und im wöchentlichen Gottesdienst der Verstorbenen gedacht. Auch findet am Ende des Kirchenjahres jeweils ein Gedenkgottesdienst statt, zu dem die hinterbliebenen Angehörigen eingeladen werden:

„[...] sobald ein Bewohner verstorben ist, wird das Bild des Bewohners mit einem kleinen Abschlusspruch, der kann aus der Theologie kommen, der kann aber auch einfach ein Trauerspruch sein, wie man ihn vielleicht auch aus den Anzeigen kennt, [...] aufgestellt. Eins kommt sozusagen als Bild in den Andachtsraum mit Datum des Sterbedatums und Geburtsdatums. Und das gleiche Bild kommt auch sozusagen in den Wohnbereich, [...] wo da entsprechend so eine kleine Trauerecke eingerichtet ist, [...] das Bild auch hingestellt wird, auch den Bewohnern wird deutlich gemacht und gesagt, dass Herr oder Frau so und so verstorben ist. [...] jedes Jahr im November wird ein Gottesdienst gefeiert in Führungsstrichen, wo man nochmal an die Verstorbenen des letzten Jahres denkt. Die werden nochmal namentlich benannt [...] auch werden die Angehörigen dann nochmal eingeladen.“ (H3-E1)

Mitarbeitende nehmen nach dem Versterben langjähriger Bewohner*innen, zu denen sie eine enge Bindung aufgebaut haben, an der Beerdigung teil. Zur Unterstützung der Verarbeitung von schwierigen Sterbesituationen und der Trauerarbeit bestehen nach dem Bekunden der Leitungspersonen die Möglichkeit zur gemeinsamen Reflexion im Team und Gesprächsangebote durch den im Heim engagierten Seelsorger:

„Wenn der Bedarf da ist und das etwas Besonderes ist für einen Mitarbeiter, hat er natürlich die Möglichkeit, mit den Mitarbeitern darüber zu sprechen oder auch dem Pastor, der letztendlich auch da ist, ansprechbar wäre. Wobei man muss natürlich sagen, für die meisten, die lange bei uns arbeiten, das ist für die ja nichts neues, wenn ein Bewohner verstirbt. [...] das gehört ja ein Stückweit zu dem pflegerischen Alltag, dass das passieren kann.“ (H3-E1)

Nach den Aussagen der befragten Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird, auch wenn ihnen der Tod von Bewohner*innen besonders nahe geht jedoch – wenn überhaupt – eher informell ein Gespräch mit Kolleg*innen des „*Vertrauens*“ gesucht. Dahinter steht – so die Einschätzung einer auf Wohnbereichsebene tätigen Pflegefachperson – auch die Befürchtung im Sinne der Unfähigkeit zu der in den helfenden Berufen betonten Fähigkeit zur distanzierten Anteilnahme als unprofessionell da zu stehen.

„Das ist nicht so etwas, was jetzt in einer Besprechung aufgefangen wird, [...] eher in einem Zweiergespräch, wo man dann die Kollegin seines Vertrauens da miteinbezieht. Das ist wirklich auch eine Vertrauenssache. [...] Es geht ja auch um Professionalität in dem Zusammenhang. ... Ich glaube auch nicht, dass einer unserer Kollegen wirklich offen damit umgeht zu sagen: ‚Mensch, ich habe da Probleme mit diesem Thema. [...] mir geht wirklich jeder Bewohner oder viele Bewohner ganz schwer ab.‘ Das würde sich in dem Moment, glaube ich, niemand trauen. [...] Man, man muss das abkönnen und funktionieren.“ (H3-M6)

C4: Fallstudie 4 (Heim H4)

Das Heim liegt in einer Mittelstadt mit knapp 30.000 Einwohnern in einer eher ländlich strukturierten Region. Die bereits seit gut 60 Jahren bestehende Einrichtung der Altenhilfe ist in der Region und der Kirchengemeinde verankert. Im Umkreis von 5 km des Postleitzahlbezirks weist der AOK-Pflegenavigator derzeit sechs weitere vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege unterschiedlicher Trägerschaft aus. Am Ort befinden sich die Geschäftsstelle des regionalen Palliativnetzes und ein Hospizdienst, jedoch kein Hospiz. Das örtliche Allgemeinkrankenhaus verfügt über eine Palliativstation.

Ergebniszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung im Heim H4 erstreckte sich über den Zeitraum von Februar bis Mai 2021 und umfasst insgesamt 17 Telefoninterviews:

- Mit professionellen Akteur*innen wurden 12 Interviews geführt, und zwar 7 Interviews mit Schlüsselpersonen der Institution (Leitungspersonen unterschiedlicher Leistungsbereiche und Mitarbeitende mit übergreifenden Funktionen, wie z.B. Qualitätsmanagement, Koordination der Fortbildung und Praxisanleitung, Seelsorge) und 5 Interviews mit Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche (Pflege, BSD, Küchenservice). Von den Interviewten verfügten 6 über einen Palliative Care Basiskurs und/oder Weiterbildung zur Palliativfachkraft.
- Das Sample der Nutzer*innen (n=5) umfasst Interviews mit 2 Bewohner*innen und 3 Angehörigen, darunter ein After-Death-Interview mit einer Angehörigen, deren Mutter im Sommer 2020, d.h. ca. 6 Monate vor dem Interview in dem Heim verstorben ist.

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Mit rd. 160 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H4 um eine größere Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuter Kurzzeitpflege. Das Heim besteht aus einem modernisierten Altbau und einem damit verbundenen Neubau. Auf dem Gelände befindet sich u.a. eine Kapelle für Gottesdienste und eine Cafeteria. In dem parkähnlichen Außenbereich wurde ein auch aus Angehörigensicht ansprechend gestalteter Demenzgarten angelegt:

„Und dieser (Demenz-)Wohnbereich [...] hat einen kleinen Demenzgarten, im Sommer mit einem Strandkorb und einer Gartenbank und bunten Blumen. Und die Gärtnerin ist auch total super, weil sie sieht zu, dass immer alle Gärten blühen, also dass da keine Blühpause ist.“ (H4-A3).

In unmittelbarer Nähe der Einrichtung befindet sich zudem ein öffentlicher Park und die Innenstadt ist für mobile Bewohner*innen fußläufig und auch mit dem öffentlichen Personennachverkehr erreichbar.

Die Einrichtung ist in 7 Wohnbereiche gegliedert, und zwar 5 gemischte und 2 beschützte Wohnbereiche für Menschen mit fortgeschrittenen demenziellen und psychischen Erkrankungen. Die beschützten Wohnbereiche sind im Erdgeschoß der Gebäude mit direktem Zugang zum Demenzgarten gelegen, um auch Bewohner*innen mit Hinlauff Tendenzen ein größtmögliches Maß an Bewegungsfreiheit zu ermöglichen.

Für die Langzeitpflege werden Einzelzimmer mit Balkon und barrierefreier Nasszelle vorgehalten. Mit Ausnahme des Pflegebetts und Nachtschrankes können und sollen sich die Bewohner*innen ihr neues zu Hause mit eigenen Möbeln und Wohnaccessoires individuell gestalten. In einem gemischten Wohnbereich befinden sich 10 Doppelzimmer, die für Kurzzeitpflege und als Interimslösung genutzt werden, bis ein Einzelzimmer im Langzeitpflegebereich zur Verfügung steht.

Neben dem zentralen großen Speisesaal im Erdgeschoss des Haupthauses, befinden sich auf den Wohnbereichen offene Wohnküchen mit einem Speiseraum und diverse Sitzecken. Die Speisesäle und Wohnküchen werden von Servicekräften der Küche mitbetreut. Auf Wunsch bzw. Bedarf wird das Essen auch auf den Zimmern eingenommen bzw. gereicht.

Servicebereiche. Der Reinigungsdienst ist an eine Fremdfirma ausgelagert. Die Einrichtung verfügt jedoch über eine hauseigene Küche. Mittags werden drei Gerichte zur Auswahl und auf Anforderung Wunschkost angeboten. Die Pflegenden können über die Küche spezielle Speisen und Getränke für die Bewohner*innen besorgen (lassen). Die Essensversorgung wird auch von Angehörigenseite positiv hervorgehoben:

„Die Mahlzeiten sind toll, also morgens gibt es halt Brötchen, wer will, kriegt Tee, wer will, kriegt Kaffee. Es ist immer Trinken da, [...]. Es wird darauf geachtet, dass die Bewohner genügend trinken. Es ist ja gerade schwierig auch, weil viele ältere Menschen es vergessen beziehungsweise nicht gerne trinken. Es gibt verschiedene Auswahl mittags. Das heißt, es wird auch gefragt: ‚Was möchten Sie und wie viel möchten Sie?‘ Da wird nicht auf den Teller draufgeklatscht und Vogel friss oder stirb. [...] Und am Abend ist es so, da werden die Teller super zurechtgemacht. Das heißt also, es kommt aus der Küche ein Teller mit Käse, ein Teller mit Wurst und Schinken, ein Teller mit frischem Gemüse, so Radieschen und solchen Sachen. Und dann wird jeder Teller liebevoll zurechtgemacht, also wirklich mit Deko und allem, was so toll ist. Also da habe ich immer gedacht, ja, da würde es mir auch schmecken. [...] Es schmeckt, also es ist wirklich so, als wenn zu Hause gekocht wird.“ (H4-A03)

Von der Küche wird ferner die Cafeteria betrieben, die für Feiern der Bewohner*innen reserviert werden kann. Ferner werden von der Küche regelmäßig länderspezifische Restaurantabende ausgerichtet, zu denen die Bewohner*innen sich Gäste einladen können.

Personelle Ressourcen. Sowohl von Mitarbeitenden der Wohnbereiche als auch von Leitungsseite wird betont, dass die Einrichtung gemessen an der Besetzung der Planstellen „*personell gut aufgestellt*“ (H4-E4) ist. Nach Auskunft der Leitungspersonen zeichnet sich die Personalsituation durch geringe Fluktuation und Fehlzeiten aus. Auch im Pflegebereich bestehen keine Probleme bei einer Stellenbesetzung. Dafür, dass das Heim ein attraktiver Arbeitgeber ist, spricht auch, dass ungeachtet des aktuell generellen Mangels von Pflegefachpersonen weiterhin Initiativbewerbungen eingehen:

„Wir haben hin und wieder mal einen Personalwechsel, aber relativ selten, ganz wenig Fluktuation. Und kriegen interessanterweise immer noch Initiativbewerbungen.“ (H4-E3).

„Was ich so gehört habe, und darum bin ich ja auch froh, dass ich hier gelandet bin, also es hat einen, nach meinen Kenntnissen, guten Ruf. Einmal von den Aktivitäten, die geleistet werden im Vergleich zu anderen. Durch Personal, was da ist. [...] also meines Erachtens hat das (Heim) einen guten Ruf.“ (H4-M3)

„Der Stellenwert der Einrichtung ist natürlich gut hier (am Ort) [...] Also es gibt, sage ich mal, kein Haus, was auch an diese Leistung (bietet), die man hier so geboten kriegt als alter Mensch, [...]. Also das ist schon richtig gut halt hier. Und deshalb, dementsprechend ist natürlich auch der Ruf, halt von dem Haus.“ (H4-6)

Qualifikation und Fortbildungskultur. Deutlich wird eine ausgeprägte Fortbildungskultur. Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden werden gezielt gefördert. Das Heim verfügt u.a. über Pflegeexpert*innen für Gerontopsychiatrie, Wundmanagement, Palliativpflege und Schmerzmanagement.

„Wir haben hier Palliativfachkräfte im Haus. Wir haben hier Gerontopsychiatriefachkräfte im Haus. Wir haben Schmerzexperten im Haus. Wir haben Wundmentoren im Haus. Also wir haben eine hohe fachliche Qualifikation im gesamten Haus bei vielen Mitarbeitern, ob Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte.“ (H4-E4)

So konstatiert auch eine Angehörige „das Personal vor Ort“, sei „super ausgebildet“ (H4-A3).

Externe Kooperation und Vernetzung. Es besteht eine enge Kooperation mit mehreren hausärztlichen Praxen am Ort, die die Mehrzahl der Bewohner*innen betreuen.

Mit ambulanten Pflegediensten wird ein enger Austausch gepflegt, um eine gute Überleitung von der häuslichen in die Kurz- oder Langzeitpflege zu gewährleisten. Der Austausch pflegebezogener Informationen mit den Krankenhäusern erfolgt mittels Überleitungsbögen. In Palliativsituationen besteht – nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten – eine eingespielte Kooperation mit dem regionalen SAPV-Netz:

„Bevor ich hier angefangen habe, war das (Kooperation mit der SAPV) auch schwierig hier. Die hatten auch wenig Kontakt. [...] Aber jetzt ist das eigentlich hier so ganz gut auch, funktioniert das eigentlich ganz gut.“ (H4-E6)

Für eine seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen und auch der Mitarbeitenden in Krisensituationen ist ein Gemeindepastor mit einem festen Stellenanteil für Altenseelsorge in die Einrichtung eingebunden. Es finden regelmäßig Gottesdienste in der Kapelle und Andachten auf den Wohnbereichen statt.

„Wir haben auch seelsorgerische Betreuung, auch einen Pastor, [...] wir haben das Glück und haben wirklich einen speziellen Seelsorger aus der Kirchengemeinde, der zu uns kommt. Und der kriegt immer die neuesten Informationen, wenn er reinkommt. Und der kriegt Wünsche der Bewohner, wenn, wer gern einen Besuch möchte. Und der wird natürlich gerade bei der Palliativversorgung, wenn es dahin geht, sehr mit einbezogen. Und das ist für unsere Bewohner einfach nur ein Glücksfall, ja.“ (H4-E3)

Ebenso besteht das Angebot einer professionellen Einzel- oder Teamsupervision für die Mitarbeiter*innen zur Unterstützung in und Aufarbeitung von schwierigen Situationen.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Heim H4 zeichnet sich durch einen betont bewohnerzentrierten Ansatz aus. Pflegekräfte, Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes und Servicekräfte der Küche sind den Wohnbereichen fest zugeordnet, wobei Pflegefachkräfte mit einer speziellen Weiterbildung (z.B. Palliativpflege, Wundmanagement) ihre Expertise auch wohnbereichsübergreifend einbringen. Die Pflege ist nach dem Modell der Bezugspflege organisiert, d.h. auf den Wohnbereichen fungieren jeweils Bezugspflegekräfte für die Bewohner*innen

und ihre Angehörigen als primäre Ansprechpartner*innen, in deren Händen die Pflegeplanung, Überprüfung und bedarfsweise Anpassung liegt.

Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach deren Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. Um die Belastung im Nachtdienst zu reduzieren, werden nachts mit einer Pflegefachperson und drei Pflegeassistent*innen vier statt der für die Einrichtungsgröße gesetzlich verbindlichen drei Pflegepersonen eingeplant:

„Wir haben vier Nachtwachen, davon ist eine examiniert und drei Assistenten. [...], weil wir einfach gesagt haben, drei sind zu wenig, die gesetzlich gefordert sind, wir gehen auf vier Nachtwachen. Um eben auch [...] die Belastungssituation da ein bisschen runter zu kriegen.“ (H4-E3)

Einzug in die Einrichtung. Bei Anmeldung neuer Bewohner*innen werden von der Pflegedienstleitung sofern möglich Vorgespräche mit den Bewohner*innen und/oder deren Angehörigen geführt und eine Besichtigung der Einrichtung ermöglicht. Am Aufnahmetag wird in dem Wohnbereich für „*ein gutes Ankommen in der Einrichtung*“ (H4-E4) jeweils eine Pflegefachkraft für mehrere Stunden freigestellt, um sich den neuen Bewohner*innen und ihre Angehörigen zu widmen, deren Fragen zu beantworten und in Orientierung am Konzept der strukturierten Informationssammlung (SIS) medizinisch-pflegerische Informationen sowie Wünsche und Gewohnheiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung aufzunehmen. Bereits vorliegende Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden in die Pflegedokumentation aufgenommen. Die in das Dokumentationssystem SIS integrierte Informationssammlung für die Biographiearbeit, die Einführung in den Wohnbereich und das Haus werden jeweils von Mitarbeiter*innen des begleitenden Dienstes übernommen.

Die Informationssammlung wird durch die Bezugspflegekraft in den folgenden Tagen ergänzt und die Pflegeplanung fortlaufend angepasst. GVP-Gespräche i.e.S. durch geschulte Gesprächsbegleiter*innen wurden in der Einrichtung bisher nicht eingeführt. Im Verlauf der ersten Wochen des Aufenthalts werden jedoch von der Bezugspflegekraft – unabhängig vom Vorliegen einer Patientenverfügung – Fragen zum Umgang mit Akutsituationen und Wünsche zur Versorgung am Lebensende angesprochen und schriftlich festgehalten. Eine Angehörige betont, dass die Gespräche „*einfühlsam*“ aber auch „*präzise*“ geführt werden:

„Ja, das wurde relativ, relativ früh besprochen, auch teilweise mit meiner Mutter selbst, zum Teil mit uns beiden. Und das ist sehr einfühlsam und sehr präzise aber auch abgefragt worden.“ (H4-A2)

Leben im Heim. Generell wird versucht, die pflegerische Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen möglichst flexibel nach ihren Wünschen und Vorlieben zu gestalten und ihre Privatsphäre zu wahren, wie es auch eine Angehörige zum Ausdruck bringt:

„Dann ist das nicht so, dass man eine Türklinik aufreißt und da reinkommt, [...] also vom Pflegepersonal (wird) an die Tür geklopft, genauso, als wenn ich vor Ihrer Haustür stehe.“ (H4-A3)

Der Tagesablauf wird durch die Hauptmahlzeiten strukturiert. Bei Bewohner*innen, die länger schlafen möchten, wird eine erforderliche Unterstützung bei der Körperpflege später eingeplant und sie können außerhalb der Frühstückszeit in ihrem Zimmer frühstücken.

Neben der pflegerischen Versorgung werden jeweils vormittags und nachmittags durch den begleitenden Dienst des Wohnbereichs Gruppenaktivitäten und Einzelbetreuungen für schwerpflegebedürftige Bewohner*innen angeboten und auch Angebote durch externe Dienstleister organisiert (z.B. Bewegungstraining).

Von den interviewten Bewohner*innen werden das Image und die Betreuung positiv beschrieben und betont, dass die Mitarbeiter*innen – auch bei knapper Personalbesetzung in der Pflege – stets ausgesprochen „bemüht“ sind, eine gute Versorgung zu gewährleisten:

„Sie (Schwester der Bewohnerin) kannte es (das Heim) nicht, aber es ist ihr sehr empfohlen worden und daraufhin hat Sie mich hier untergebracht. Und ich muss auch sagen, dass sie die richtige, den richtigen Weg gefunden hat, weil die Leute hier, sehr, sehr, sehr, wichtig waren für mich hier.“ (H4-B1)

„Auf dieser Station, das ist hier ganz gut, man fühlt sich halt eben heimisch. [...] da habe ich auch Ansprechpartner, das ist alles gut. Und die geben sich alle auch sehr viel Mühe, dass das alles so einigermaßen gut läuft, ne, also, da kann ich auch nicht drüber klagen. [...] Die Betreuung ist sehr gut, trotz Personal-mangel, muss ich immer wieder betonen, [...] geben sich alle sehr viel Mühe hier, ja.“ (H4-B2)

Angehörigenarbeit wird in der Einrichtung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Es bestehen keine Besuchsbeschränkungen. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden die Angehörigen von Beginn an in Versorgungsentscheidungen einbezogen. Die Bezugspflegekräfte sind auch für sie primäre Ansprechpartner*innen. Von Angehörigenseite wird in diesem Kontext zugleich die Achtsamkeit und Unterstützung durch die Pflegenden in schwierigen Interaktionssituationen mit demenzkranken Bewohner*innen hervorgehoben:

„An ihn (Bezugspflegekraft der Bewohnerin) kann ich mich jederzeit wenden. Und er nimmt sich sehr viel Zeit, gibt mir Auskunft, versucht eine Lösung zu finden, aber eigentlich auch an alle anderen Mitarbeiter. [...] die Aufmerksamkeit, [...] wenn ich in Situationen komme, wo ich zum Beispiel nicht weiß, wie ich meiner Mutter richtig begegne, dass dann sehr oft unaufgefordert jemand vom Pflegepersonal oder auch von den begleitenden Personen, also jetzt vom sozial begleitenden Dienst mir zur Hilfe kommt und einfach dann so eine Situation, die ich jetzt als schwierig empfinde, für mich abfängt und für meine Mutter abfängt, sie beruhigt und so weiter. ... Wenn ich irgendwelche Fragen habe, [...] gehe ich auf die Pflege zu. Wenn jetzt auch Fragen von Seiten der Pfleger auftauchen, dann kommt die Pflege auf mich zu, also die Kommunikation, die klappt sehr gut.“ (H4-A2)

Für Angehörige werden Informationsabende zu Themen, wie Demenz und Versorgung am Lebensende angeboten, die zugleich die Möglichkeit des Austausches untereinander bieten:

„Eine Pflegekraft hat einen Vortrag über Demenz gehalten, einige Angehörige, die Interesse hatten, waren da. Also da wurde auch miteinander gesprochen. Und diese Veranstaltung hat es dann auch immer wieder gegeben. [...]. Ich habe aber an weiteren Sachen nicht teilgenommen, [...] Aber es gab auch eine Möglichkeit, dass man da eben an Treffen mit teilnehmen konnte bezüglich Sterbebegleitung, aber ich sage einfach mal so, ich habe schon so viele in unserer Familie begleitet, da brauchte ich keine Unterstützung.“ (H4-A3)

Angehörige werden darin bestärkt, nach dem Eintritt in das Heim weiterhin engen Kontakt zu pflegen und die sozialen Bezüge der Bewohner*innen aufrechtzuerhalten. Dem dient auch ihre Teilnahme an hausinternen Festen und Veranstaltungen.

Soziale Teilhabe. Die Einrichtung wird in den Interviews sowohl von Mitarbeiter*innen als auch von Nutzer*innen als offene Institution beschrieben. Bezeichnend ist nach ihren Aussagen die Vielzahl an Veranstaltungen, die auch demenzten Bewohner*innen eine soziale Teilhabe ermöglichen. Hierzu zählen regelmäßige Gottesdienste und Andachten, saisonale Feste, wie Sommer-, Herbst- oder Weinfeste, ein Weihnachtsmarkt, länderspezifische Restaurantabende für die Bewohner*innen und Angehörigen mit künstlerischer und musikalischer Rahmung, die im zentralen Speisssaal und parallel in den Wohnküchen der gerontopsychiatrischen Wohnbereiche modifiziert ausgerichtet werden, um eine Reizüberflutung demenzkranker Bewohner*innen zu vermeiden. Die Gottesdienste haben in der Einrichtung für die Bewohner*innen offenbar eine hohe Bedeutung:

„Die Gottesdienstgestaltung spielt bei uns einfach eine Riesenrolle und ist für die Menschen auch sehr, sehr wichtig.“ (H4-E3)

Hinzu kommen diverse, auch für Besucher*innen offene Veranstaltungen mit Live Musik und die Besuche durch den Kindergarten (*„Da haben die alten Damen und Herren sich natürlich wie Bolle gefreut.“* H4-A3). Zudem besteht speziell für die Betreuung in den Demenzbereichen eine Kooperation mit den Klinikclowns einer Klinik in der weiteren Umgebung, die zweimal im Monat in das Heim kommen und auch nach der Beobachtung einer Angehörigen Zugang zu Bewohner*innen finden, die sich sonst kaum artikulieren:

„Sogar die Dame, [...] die sonst fast nichts mehr sagt, wenn die Klinik-Clowns kamen, ist die aufgetaut.“ (H4-A3)

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Von der Einrichtungsleitung wurde bereits vor der Initiative des Trägerverbands zur Förderung der Basisschulung zur Palliativen Praxis von Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche die Weiterbildung von Mitarbeiter*innen zur Palliativfachkraft eingeleitet, um eine entsprechende Fachexpertise vorzuhalten. Von zwischenzeitlich vier Pflegefachpersonen mit einer Palliative Care Weiterbildung waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch zwei Palliativpflegekräfte in der Einrichtung tätig. Neben der Pflegetätigkeit in ihrem Wohnbereich übernehmen sie übergreifend die Organisation und Koordination der palliativen Versorgung und Begleitung sterbender Bewohner*innen, stehen den Kolleg*innen mit ihrer Fachexpertise zur Seite, übernehmen bei Bedarf die Kommunikation mit behandelnden Ärzt*innen und können *„bei allen Fragen rund um Palliativversorgung mit hinzugezogen werden“* (H4-E4). Zudem sind sie in Sachen Vernetzung mit den regionalen Strukturen der SAPV und Hospizhilfe aktiv.

Die Fortbildungsinitiative des Trägerverbandes wurde gezielt für die breite Verankerung palliativer Basiskompetenzen unter den Mitarbeitenden der unterschiedlichen Bereiche und Hierarchieebenen genutzt (neben Pflegefachpersonen und Pflegeassistent*innen, Alltags- bzw. Seniorenbegleiter*innen des begleitenden Dienstes und Servicekräfte der Küche auf den Wohnbereichen, aber auch Mitarbeitende der Verwaltung).

„Wir haben ganz viele Mitarbeiter in diesem Grundkurs "Palliative Versorgung", diesem Wochenkurs [...] über schon schulen lassen.“ (H4-E2)

„Wir haben hier viel Seniorenbegleiter, Pflegeassistenten oder auch andere Mitarbeiter, die die kleine Palliativausbildung haben. [...] Die Leute kommen zu uns. Die werden nicht gesund entlassen. Wir sind ja keine Jugendherbergen. [...] Das ist ein ganz, ganz wichtiger Zweig. [...] wir haben viele bei uns, die diese Wochenfortbildung haben. Weil man reflektiert ja ganz anders, wenn man so ein bisschen Hintergrundwissen hat, was passiert im Sterbeprozess? Was passiert mit den Sinnen? Wie reagiert jemand? [...] Und das kann ich auch in dieser Vierzig-Stunden-Fortbildung erlernen. [...] man macht sich mal Gedanken, was mit einem selber so ist. [...] das eigene Bewältigen und auch mal so das eigene Reflektieren.“ (H4-E4)

Zudem wurde ein monatlich tagender Palliativzirkel etabliert, der von den Palliativfachkräften moderiert wird. In ihm sind Mitarbeiter*innen des Pflege- und begleitenden Dienstes aller Wohnbereiche vertreten, die in ihren Bereichen eine Multiplikatorenfunktion übernehmen. Der Arbeitskreis dient der Reflektion der Versorgungsgestaltung in Form von Fallbesprechungen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Palliativkonzepts:

„Wir treffen uns einmal im Monat. Das sind alle Fachkräfte für Palliativ und auch Pflegeassistenten oder halt auch Seniorenbegleiter. Die sind auch alle mal vierzig Stunden geschult worden, die meisten zumindest. [...] Dann wird halt besprochen, wer ist in einer palliativen Situation? [...] Was, wie da im Moment halt der Stand ist, ob das gut ist, ob das schlecht ist und das machen wir. Und dann, ja, Sachen werden da halt auch mal ausgearbeitet, wir fahren dann auch mal irgendwo hin, zum Beispiel auf diese Messen "Sterben und Tod" oder so, [...]. Da wird da halt auch viel besprochen. Was, kann man da vielleicht noch was verändern? Oder gibt es da noch andere Möglichkeiten?“ (H4-E6)

Von der Arbeitsgruppe wurden unterstützende Materialien, Symbole und Rituale für die Sterbebegleitung und das Gedenken entwickelt und in den Wohnbereichen eingeführt, wie ein Holz-Schmetterling mit offenen bzw. durch eine schwarze Schleife geschlossenen Flügeln zur Kennzeichnung der Zimmer von sterbenden bzw. verstorbenen Bewohner*innen. Jeder Wohnbereich verfügt über eine „Palliativkiste“ für die Umgebungsgestaltung und Herstellung einer angenehmen, die Sinne stimulierende Atmosphäre (z.B. Duftöle, wie sie in der Aromatherapie genutzt werden, Kristalllampen, elektrischen Kerzen, CD-Player und CDs mit einer breiten Musikauswahl und spezieller Entspannungsmusik, Dekorationsartikel und Devotionalien, Handschmeichler, kleine Buchbände und Karten mit Erinnerungssprüchen und Gedichten). Auf jedem Wohnbereich findet sich ein Kondolenz Tisch mit entsprechenden Materialien, wie Bilderrahmen und Kondolenzlisten:

„Das haben wir auch alles mal so erarbeitet in diesen Palliativgruppen halt. [...] Das ist auch in jedem Wohnbereich gleich. Da gibt es dann auch so Kisten.“ (H4-E6)

Die Palliativfachkräfte pflegen den Austausch mit den tragenden Akteur*innen der SAPV und Hospizhilfe in der Region. Als unterstützend werden von ihnen Fortbildungen, der Besuch von Fachmessen und der Austausch auf Verbandsebene mit Initiator*innen des DWiN-Projekts und Mitarbeitenden der Einrichtungen hervorgehoben:

„Und wir treffen uns auch immer hier regelmäßig mit dem Palliativnetzwerk, [...] da sind ja dann alle ambulanten Pflegedienste, die das anbieten, und halt der Chef da von dem Ganzen. Und da fahren wir auch mal in so Fortbildungen. [...] Da (im Trägerverband) sind wir ja auch oft im Austausch mit denen, die dieses Projekt da geleitet haben, [...] dann sind da auch alle Einrichtungen, wo wir uns dann auch nochmal austauschen.“ (H4-E6)

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Von Palliativfachkräften wird wohnbereichsübergreifend die Koordination der Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen am Lebensende mitgetragen. In enger

Abstimmung mit den Bezugspflegekräften gehen sie ins Gespräch mit Hausärzt*innen, Angehörigen und wenn möglich auch mit den Bewohner*innen, organisieren bedarfsweise die Einbindung der SAPV und eine Begleitung der Bewohner*innen durch einen Hospizdienst:

„Die Bezugspflegekräfte steuern das natürlich auch und fragen dann die Palliativfachkräfte an: ‚Hier, wir haben einen Bewohner bekommen. Da ist schon eine palliative Diagnose bei Einzug oder hat sich jetzt ergeben. Kannst Du da bitte mit dazukommen?‘ [...], dann (ist) auch der Start zum Beispiel für eine ethische Fallbesprechung oder für diese ganzen Sachen.“ (H4-E2)

„Wenn die Bewohner hier schon eine Zeit leben auch bei uns, dann kennt man die ja auch. Und wenn sich dann irgendwann das verschlechtert halt oder, sage ich mal, ein Bewohner ist jetzt nochmal gefallen vorher und war im Krankenhaus und ist operiert. Und dann, man entwickelt ja so ein Gefühl auch dafür, in welche Richtung das geht. Und sobald ich da irgendwie (das Gefühl habe), das (es) in diese Richtung geht, spreche ich erstmal mit den Angehörigen und sage auch, was es für Möglichkeiten gibt, was man machen kann, und bespreche das auch mit dem Hausarzt. Ja, und dann begleiten wir diesen Menschen halt, so gut wie möglich wie wir können, dass er gut und ohne Symptome, schlimme Symptome versterben kann, ne?“ [...] mit den Ärzten, mit denen wir hier zusammenarbeiten, da klappt das eigentlich ganz gut.“ (H4-A6)

Bei komplexen Problemen und ethischen Fragen werden von den Palliativfachkräften Fallbesprechungen initiiert mit den Hausärzt*innen, der Bezugspflegekraft wenn möglich den Bewohner*innen und wenn gewünscht mit den Angehörigen und Ergebnisprotokolle der „ethischen Fallbesprechung“ werden in der Pflegedokumentation hinterlegt, in der ein entsprechendes Formblatt vorgehalten wird:

„Natürlich haben auch gerade, viele Angehörige Ängste, Sorgen, ne? Gerade wenn jemand in einer palliativen Situation ist und der Prozess weiter fortschreitet. ‚Verhungert er nicht? Verdurstet er nicht? Und müssen wir nicht?‘ [...] Also sind ja so diese ethischen Geschichten, wo man einfach auch gucken muss, was ist in der Patientenverfügung? Ist die ausreichend? Wir machen das in Form einer Fallbesprechung, [...], wenn jemand schon palliativ kommt, aber noch in einer guten Phase ist, [...] sich (aber) abzeichnet, dass vielleicht therapeutisch nichts mehr zu machen ist und sich die Lebensqualität dann verändert, dann muss man irgendwann dann auch gemeinsam zusammenkommen. Wir machen das in der Regel mit dem behandelnden Arzt, mit dem Hausarzt, mit den Angehörigen, wenn der Bewohner möchte und kann, mit dem Bewohner und der zuständigen Pflegefachkraft, dass wir dann eine Fallbesprechung machen und auch gemeinsam beraten, was soll noch genau gemacht werden oder nicht. Und das halten wir halt fest im Protokoll, das ist auch dann schriftlich hinterlegt mit allen Unterschriften. Und damit haben wir gute Erfahrungen gemacht.“ (H4-E2)

Für die Begleitung sterbender Bewohner*innen werden die von dem Palliativzirkel für die Wohnbereiche bereitgestellten Utensilien und Devotionalien je nach Vorlieben der betreffenden Bewohner*innen für die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre genutzt und das Zimmer symbolisch mit dem Schmetterling, der an dem Namenschild angebracht wird, für alle sichtbar gekennzeichnet:

„Wenn jemand im Sterben liegt und man sieht, es geht langsam zu Ende, gibt es bei uns draußen an die Türen einen selbstgebastelten Schmetterling aus Holz. Der hat Flügel, die sind offen, [...]. Und da weiß jeder [...] in diesem Zimmer ist gerade was, man sollte da ruhig reingehen, langsam reingehen, da liegt gerade jemand im Sterben ... Und dann im Zimmer, decken wir immer einen Tisch mit einer kleinen Kerze, so einem elektrischen Licht, einen Engel und wir haben auch so Musik, je nachdem, was er gehört, gern gehört hat, gibt es auch manchmal Schlager zu hören bei uns in der Sterbephase. Ansonsten haben wir so mehr mediterrane Musik, so Wasserlauf und Vogelgezwitscher. [...] Ein kleines Kreuz, weil wir ein kirchliches Haus sind. Und daneben liegen auch noch so kleine Bücher, wo so kleine Gedenkgedanken drin verfasst sind, so in kleinen Gedichten.“ (H4-M1)

„Wir haben so Palliativkisten [...]. Wenn jemand im Sterben liegt, machen wir so ein Palliativtischchen fertig mit Gebetssprüchen, wer möchte, mit einem Kreuz, wer möchte, also mit leiser Musik, wer möchte, mit verschiedenen Düften. [...] Es wird den Angehörigen angeboten, ob die selbst nochmal Kontakt zum Pastor haben möchte oder ob der Bewohner da nochmal seelsorgerisch betreut werden soll oder nicht.“ (H4-E4)

Die Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase erfolgt in Abstimmung mit der Bezugspflegekraft organisiert von der Palliativfachkraft in enger Kooperation mit den behandelnden Hausärzt*innen und Angehörigen (z.B. Therapiezieländerungen, Schmerz- bzw. Symptomkontrolle). Ziel ist es, Krankenhauseinweisungen am Lebensende soweit möglich zu vermeiden. Wenn sich abzeichnet, dass das Ende naht, werden mit den Angehörigen Absprachen getroffen, wann sie benachrichtigt werden möchten. Sie können im Zimmer übernachten und werden von der Küche mit Essen und Getränken mit versorgt.

„Dann vereinbaren wir das mit den Angehörigen meistens so, bei jeder allgemeinen Verschlechterung, auch in der Nacht, dass wir anrufen dürfen, dass der Angehörige vorbeikommen kann. [...] Die Angehörigen haben die Möglichkeit dann, also dass sie jetzt hier direkt übernachten, das leider nicht, weil wir einfach keinen Platz haben. Aber sie können im Zimmer natürlich bleiben, können hier Kaffee, Getränke, Mahlzeiten mit einnehmen und können natürlich rundum dann mit betreuen, wenn das gewünscht ist.“ (H4-E4)

Die Mitarbeitenden der Wohnbereich sind bestrebt „ihre“ Bewohner*innen am Lebensende zu begleiten, für sie „wirklich dazu sein“ (H4-M2) und ihnen soweit möglich letzte Wünsche zu erfüllen. Neben Pflegefachkräften und -assistent*innen übernehmen die Betreuungskräfte des Wohnbereichs Sitzwachen.

„Es gibt externe Dienste vom Hospiz, die auch vorbeikommen würden, wenn man die anruft. Aber so was nehmen wir meistens nur in Anspruch, wenn wir wirklich keine Zeit haben oder gar nicht mehr weiterwissen bei den Bewohnern. Aber meistens geht es bei uns auch ohne. Weil wir da uns dann auch wirklich die Zeit nehmen, für die Bewohner wirklich da zu sein. [...] setzen wir uns auch zu den Bewohnern. Also wenn die zum Beispiel in der letzten Phase sind und im Bett liegen, da macht dann bei uns die Betreuung mit, so zwei Betreuer bei uns (im Wohnbereichsteam) sind in dem Palliativprogramm intern bei uns im Haus. Und die setzen sich dann auch ganz oft da mit hin. Sind einfach präsent, dass der Bewohner auch merkt, dass er nicht alleine ist.“ (H4-M2)

Von Leitungsseite wird betont, dass eine individuelle Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen, ohne das hohe Engagement der Mitarbeitenden nicht geleistet werden könne. Betont wird, dass eine palliative Begleitung im System der Kostenerstattung der stationären Langzeitpflege nicht berücksichtigt wird, die in dem Rahmen geleistete (Mehr-)Arbeit der Mitarbeitenden jedoch auch angemessen anerkannt werden sollte:

„Gott sei Dank haben wir viel Kollegen hier, die das dann auch hinten dranhängen an die Arbeitszeit, weil das manchmal im laufenden Prozess alles ein bisschen schwierig ist. Und das ist Arbeitszeit, das wird gutgeschrieben. Also ich handhabe das so, [...] man kann nicht von jedem erwarten, dass immer alles ehrenamtlich stattfindet, sondern das muss als Arbeitszeit geschätzt werden. Und da komme ich auch gleich ((lacht)) schon wieder ins nächste Thema. Das ist eben das Problem, dass diese ganze Palliativarbeit stationär nicht separat abgerechnet werden kann, oder noch nicht.“ (H4-E4)

„(Hätten wir) ein Stundenpotenzial zur Verfügung, wir könnten jemanden freistellen für diese Begleitung oder überwiegend freistellen, [...] dann könnten wir schon ganz viel umsetzen, ohne dass Mitarbeiter in ihrer Freizeit hier sitzen und über ihr unglaubliches Engagement, das sie bringen, mehr Arbeitsstunden oder manchmal wirklich, ja, wirklich an freien Tagen auch nochmal ins Haus kommen, weil das denen einfach so was von wichtig ist, die Menschen beim Sterben zu begleiten.“ (H4-E3)

Das Bemühen der Mitarbeitenden, schwerstkranke und sterbende Bewohner*innen gut zu begleiten wird gleichermaßen von Bewohner*innen und Angehörigen berichtet.

„Das (Mitbewohner sterben) erlebt man eben doch immer wieder. Und ich weiß auch, dass die, die Pflegekräfte, sehr darum bemüht sind, mit den Leuten zu reden und sie zu begleiten. [...] viele Leute werden sehr begleitet auch, denn wir haben ja also auch gute Nachtwachen, die sich auch nachts darum kümmern, und so.“ (H4-B1)

„In dem Zimmer, wo sie (die Mutter) zuerst war, war eine Dame, die jetzt, wie meine Mutter, zum Schluss bettlägerig war. Und die wurde so toll gepflegt. [...] Also ganz liebevoll. Und als es dann so langsam-, das haben wir gar nicht so deutlich gemerkt, dann haben sie wirklich so einen Wagen hingestellt mit so bunten Sachen. Dann hatte die so einen sonnengelben, so eine Decke oder wie so ein Paravent, der oben drüber hing, wie so ein Himmelbett, damit sie, wenn sie nach oben guckte, warme, leuchte Farben hat. Und ich war gerade in dem Zimmer [...]. Und dann ist damals die eine Pflegerin reingekommen, da war der Paravent schon aufgestellt. Und da habe ich das gesehen. Da wurde wirklich mit der Dame, die ganz friedlich gegangen ist, wurde das Vater unser gebetet. Das war so eine ruhige Atmosphäre. ((weint)) Das war so friedlich. Das war wirklich total schön. Das Fenster wurde aufgemacht, wie zu Hause. Und da habe ich gedacht, wenn ich das nicht schaffe, bei ihr zu sein, weil irgendwas ist, weil sie das nicht will oder weil ich gerade nicht da bin, das war so berührend, da habe ich mich so gefreut, dass wir in dieses Haus gekommen sind.“ (H4-A3)

Zugleich werden seitens der Bewohner*innen und Angehörigen durchaus auch Grenzen des Leistbaren gesehen und die fortlaufende Qualifikation der Mitarbeiter*innen begrüßt:

„[...] das ist ein Problem, Personal, [...], dass sich da jemand neben ihn setzen tut und die Hand nimmt und irgendwie streichelt dann über das Gesicht oder über die Wangen streichelt und wer weiß was oder eventuell noch was vorlesen tut [...], das würden die gar nicht schaffen, wenn hier zwei Sterbende auf einmal liegen würden. ... Die Leute müssten ja auch ein bisschen ausgebildet sein. Das geht ja nicht, dass die sich da einfach so hinsetzen. Viele können es und viele können es auch nicht, ne., das ist ja auch nicht jedermanns Sache, [...] der M. <Vorname eines Pflegers>, ja der macht das ja, [...] ja der kümmert sich dann auch darum. [...] soweit er mir erzählt hat, ist da wohl auf jeder Station jemand, der sich dem angenommen hat und wohl auch schon ein bisschen auf einem Lehrgang war oder auf mehreren Lehrgängen war. Und das finde ich auch gut.“ (H4-B2)

Von den interviewten Mitarbeiter*innen wurden vor allem Sterbesituationen als besonders belastend beschrieben, in denen Angehörige nicht „loslassen“ konnten (H4-M1), das Beharren auf lebenserhaltenden Maßnahmen seitens der Angehörigen (H4-M2), wenn die behandelnden Ärzt*innen nicht bereit waren, palliative Maßnahmen einzuleiten (z.B. H4-M3) und keine hinreichende Schmerzkontrolle gewährleisteten (z.B. H4-M5).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Ehrenamtliche Besuchsdienste der Hospizdienste werden bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen hinzugezogen, wenn sie keine Angehörigen haben, die sie begleiten (können) oder die Angehörigen mit der Situation überfordert sind und die Pflege und der begleitende Dienst zu wenig Zeit haben, um eine Begleitung zu gewährleisten. Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen wird der Seelsorger benachrichtigt und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen und auch den Mitarbeiter*innen zu Seite:

„Also wir arbeiten mit einem, mit dem ambulanten Hospizdienst [...] zusammen. Die ja auch ehrenamtliche Mitarbeiter beschäftigen, die auch, sage ich mal, in einer palliativen Situation, wenn halt zusätzliche Zuwendung auch gefragt ist, die wir oder Angehörige nicht stellen können. Die dann auch mit dazu geholt werden, wenn derjenige das wünscht.“ (H4-E2)

„Es gibt ja hier (am Ort) diesen ambulanten Hospizdienst. Die haben wir auch manchmal da mit im Boot, wenn man zum Beispiel, ja, das Gefühl hat, dass der Mensch so alleine, ne? Dass dann da mal wer dabei ist oder so. Das machen die dann auch. Oder auch Seelsorge bei Angehörigen. [...] das ist immer situationsabhängig. Wenn ich im Vorfeld schon merke, dass die Angehörigen da sehr schwer mit umgehen können, dann sage ich denen halt auch, dass es die und die Möglichkeiten gibt, dass man auch mal einen Seelsorger oder einen ehrenamtlichen Mitarbeiter (einbezieht), der das auch so ein bisschen auffängt halt. Und wenn die das dann möchten, braucht man da ja nur anrufen, dann kommen die ja dann. Aber viel machen natürlich wir auch hier, ne? Weil wir natürlich den engsten Bezug halt da auch haben zu diesen Leuten [...] das ist natürlich immer so (ein Problem) mit der Zeit dann auch, palliativ bedeutet, [...] da kann man nicht nach der Zeit gehen immer, die muss man sich dann einfach auch nehmen, die Zeit, wenn man sieht, dass diese Menschen diese Zeit halt einfach brauchen, ne?“ (H4-E6)

Auf Wunsch der Betroffenen erfolgt eine seelsorgerische Begleitung durch den in der Einrichtung tätigen Seelsorger, der insbesondere in Palliativsituationen einbezogen wird:

„Und der (Seelsorger) wird natürlich gerade bei der Palliativversorgung, wenn es da hin geht, sehr mit einbezogen. Und das ist für unsere Bewohner einfach nur ein Glücksfall, ja.“ (H4-E3)

Einbindung der SAPV. Nach den Aussagen der Leitungskräfte ist die Einrichtung personell und fachlich gut aufgestellt, auch um eine gute palliative Begleitung zu gewährleisten (H4-H4). Betont wird, dass ein Teil der heimversorgenden Hausärzt*innen eine gute Versorgung in Palliativsituationen am Lebensende gewährleistet und die Bereitschaft im Bedarfsfall das SAPV-Team mit einzubeziehen sich im Verlauf der letzten Jahre deutlich verbessert hat. Auch wenn eher selten darauf zurückgegriffen wird, wird die Möglichkeit zur Einbindung und die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team als wertvoll empfunden, insbesondere um außerhalb der Praxisöffnungszeiten und an Feiertagen eine palliativmedizinische Versorgung sicherzustellen und in palliativen Notfallsituationen nicht auf den ärztlichen Notdienst zurückgreifen zu müssen:

„Also das ist überall so ein Problem in der Altenpflege, [...] im Krankenhaus ist immer ein Arzt mit dabei. [...] Hier muss man ja auch wirklich alles selber einschätzen: Brauche ich jetzt einen Arzt? Brauche ich keinen Arzt? Kann das bis Montag warten? Deswegen ist das, finde ich das halt immer ganz gut [...], dass man da einen SAPV-(Dienst) mit drinnen hat, [...]. Dann habe ich immer einen Arzt und auch immer einen Ansprechpartner. [...], dass man bei jeder Situation sofort handeln kann, ne? Ist dann immer ganz wichtig. [...] wenn man das mit dem Hausarzt gut handeln kann, so dass ich auch alle Medikamente für den Notfall dann schon hier habe im Vorfeld, dann geht das auch ohne. Aber wenn ich zum Beispiel schwierige Situationen habe, wie zum Beispiel mal einen Tumor oder eine Blutung oder so eine Exulzeration von Tumoren, das gibt es ja auch leider immer mal wieder, dann habe ich da natürlich die SAPV mit drinnen. Das heißt, ich rufe da an und die kommen dann halt den nächsten Tag meistens und nehmen dann den Bewohner auf. Und da kommt einer, ein Palliativmediziner und guckt die sich halt an. Und dann macht man das dann halt mit denen zusammen sozusagen. Weil wir haben ja auch oftmals Schmerzpumpen, also Perfusor, oder auch palliative Sedierung. Das machen wir ja auch alles hier. Da ist das denn schon immer mal so ganz gut, wenn man da solche Leute noch mit hat.“ (H4-E6)

„Und wir arbeiten mit einem ambulanten SAPV-Team zusammen, weil es ist schon noch manchmal so, dass die Hausärzte da nicht so ganz mitgehen können. [...] dann kommen Feiertage, dann haben Sie bei einem palliativen Bewohner eine Situation, wo Sie einen Arzt brauchen [...], dann kommt der Notarzt vom ärztlichen Notdienst, der ihn überhaupt nicht kennt. [...] die SAPV-Mediziner und die Palliativfachkräfte auch aus dem SAPV-Team, die haben eine ganz andere Herangehensweise. [...] die sind einfach auch ganz toll in dem Rahmen, zusammen mit den Angehörigen zusammenzuarbeiten und mit uns. Also das hat sich toll entwickelt in den ganzen Jahren. [...] mittlerweile haben wir das so gut kommuniziert, dass die meisten

(Hausärzte) da auch überhaupt kein Problem mit haben, ja. Es gibt so ein paar Mediziner, die da auch wirklich gut sind, die dann auch sagen: ‚Sie können mich auch über Ostern oder so (anrufen), hier, meine Handynummer, wenn irgendwas ist.‘ Da ist auch Schmerzmedikation und so was wirklich gut angeordnet und bei Bedarf. [...] Aber es gibt auch welche, wo wir dann auch sagen: ‚Nee, da müssen wir jetzt das SAPV-Team mit reinnehmen‘, weil sonst der Patient, der Bewohner dann auch leiden würde, ne?“ (H4-E2)

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben von Bewohner*innen wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs das Zimmer und der Leichnam für die Aufbahrung und Verabschiedung „hergerichtet“. Da sich der letzte Anblick der Verstorbenen sich im Gedächtnis einprägt, wird der letzten Waschung und dem Einkleiden eine zentrale Rolle zugeschrieben. Wenn möglich, werden Angehörige dazu eingeladen, das Ritual mit den Pflegenden zu praktizieren:

„Wenn dann jemand verstorben ist, ist auch die Möglichkeit da, dass Angehörige da mit eingebunden werden. Ich habe vor etlichen Wochen dann eine Tochter in letzte Waschung mit eingebunden. [...] das war für die Angehörige ein ganz, ganz tröstender Moment. Sie hat vorher ihre Mutter erlebt, die litt im Bett, [...] es war für die Tochter schwer erträglich. Und dann war diejenige verstorben. Und dann fingen nach ein paar Stunden die Gesichtszüge an, sich zu entspannen. Und dann haben wir sie wirklich richtig schick gemacht. Und sie hat ein, ein so altrosa Kostüm angezogen bekommen und hat dann passend Blumen dazu in die Hand gelegt bekommen. Und die Tochter hat im Nachgang dann zu mir gesagt, diese Verwandlung zu sehen, war für sie total tröstend, weil das hat sie als Erlösung empfunden.“ (H4-E4)

Den verstorbenen Bewohner*innen „werden immer Blumen“ und „ein Handschmeichler mit in die Hand gegeben“ (H4-E4). Angehörige, Mitarbeitende und Mitbewohner*innen haben die Möglichkeit, sich im Zimmer von dem/der verstorbenen Bewohner*in zu verabschieden.

Neben Gesprächsangeboten für die Hinterbliebenen und Mitarbeitenden zur Unterstützung der Trauerbewältigung besteht nach den Aussagen einzelner Leitungspersonen das Angebot einer Aussegnung durch den Pastor (H4-E3). Dies findet in den Interviews mit Mitarbeitenden der Wohnbereiche jedoch keine Erwähnung als praktiziertes Abschiedsritual.

Auf den Wohnbereichen wird ein Kondolenz Tisch dekoriert, wenn möglich mit einem Foto der Verstorbenen. Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen können für die Hinterbliebenen in einer Kondolenzliste ihre Anteilnahme zum Ausdruck bringen. Sie wird den Angehörigen bei der Beerdigung überreicht. An ihr nimmt von dem Wohnbereichsteam zu meist die jeweilige Bezugspflegekraft teil, ein Abschiedsritual das offenbar auch für Trauerarbeit der Mitarbeiter*innen als wichtig betrachtet wird:

„Und wenn derjenige verstorben ist, dann haben wir auf den Fluren bei uns, Kondolenz tische stehen mit einem Kondolenzbuch, einem Bild von dem Bewohner, wenn er es wollte, dass eins gemacht wurde. Ganz oft fragen wir auch die Angehörigen, ob sie das möchten., weil die Bewohner erinnern sich dann, wenn sie das Bild sehen, doch besser an den Bewohner, als wenn sie nur den Namen lesen. Da steht denn auch eine kleine Lampe drauf, mit einem Engel drauf, einem schönen Spruch und dann kann jeder Bewohner für sich kondolieren.“ (H4-M1)

„[...] dann gibt es auf dem Bereich einen Kondolenztisch mit einer Rose, mit einem Bild von demjenigen, wo dann eben alle Mitarbeiter und auch alle Bewohner die Möglichkeit haben, sich dann auf der Kondolenzliste einzutragen. [...] meist (hat) die Bezugspflegekraft an der Trauerfeier, Beerdigung teilgenommen.“ (H4-E4)

„Wo wir sehr viel Wert drauflegen, wir gehen zu den Beerdigungen. Also die Mitarbeiter in den Bereichen, wenn da jemand verstirbt.“ (H4-E1)

„Sonst war das immer so, dass wir mit auf Beerdigungen gegangen sind, dann wurde das überreicht, [...] das Foto und dann, wer Anteilnahme genommen hat.“ (H4-M3)

Mitarbeitende des begleitenden Dienstes bieten den Mitbewohner*innen des Wohnbereichs bei einem Todesfall jeweils im Rahmen der Gruppenaktivitäten auf Wohnbereichsebene an, darüber sprechen und gemeinsam der/dem Verstorbenen zu gedenken:

„[...] dass dann auch nochmal kundgegeben (wird), dass der und der Bewohner verstorben ist, dann wird nochmal gebetet zusammen für den Bewohner. Und dann vielleicht nochmal eine kleine Kerze in die Hand genommen und ihm alles Gute gewünscht auf seiner Reise. Und jeder Bewohner kann seine Gedanken, wenn er möchte, nochmal kundgeben, wenn er nochmal über den Bewohner spricht.“ (H4-M1)

Gespräche und ein gemeinsames Gedenken wird auch für die Bewohner*innen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen der geschützten Demenz- bzw. gerontopsychiatrischen Wohnbereiche als wichtig erachtet, damit sie die Situation einordnen können:

„Und hier auf dem Wohnbereich [...] haben wir das so eingeführt, dass wir uns dann zusammensetzen mit unseren fitteren Bewohnern, die das natürlich dann auch merken, dass einer fehlt, [...], dass man dann wirklich nochmal über den Bewohner spricht, so Erinnerungen. [...] Dass wir dann noch ein Gebet sprechen. Das machen dann meistens die Bewohner dann von sich aus und sagen: ‚Wollen wir nochmal das Vaterunser beten?‘ Und, ja, dann vielleicht dann nochmal ein Vers oder ein Psalm aus der (Bibel), aus dem Gesangbuch vorlesen. So dass man da halt dann nochmal drüber spricht, dass die dann auch für sich einen Abschluss (haben), oder wenn einige Bewohner so (kommen und sagen): ‚Du, ich habe Herrn so und so schon gar nicht mehr gesehen.‘ Und dass man dann sagt: ‚Wir hatten doch drüber gesprochen oder wir hatten uns doch verabschiedet.‘ – ‚Ach ja, das habe ich, siehst Du, das habe ich ganz vergessen.‘ Und dass man dann halt, wenn die drauf eingehen oder dann das Redebedürfnis haben, dass man dann halt dann nochmal im Nachhinein drüber spricht.“ (H4-M3)

Im wöchentlichen Gottesdienst wird jeweils der Verstorbenen gedacht. Zudem findet im Anschluss an den Gedenkgottesdienst am Totensonntag ein Treffen für die hinterbliebenen Angehörigen und Mitarbeitenden in der Einrichtung statt.

Der Wunsch nach oder das Angebot von Gesprächen und Ritualen des gemeinsamen Gedenkens nach dem Versterben von Mitbewohner*innen wird von den interviewten Bewohner*innen nicht explizit geäußert. Als Abschiedsritual findet von den Bewohner*innen und auch seitens der Angehörigen primär der an einem frequentierten Ort in der Nähe des Speisesaals aufgestellte Kondolenz Tisch Erwähnung und die Möglichkeit in der Kondolenzliste Anteilnahme zum Ausdruck zu bringen:

„Die kümmern sich um den Patienten, der sich jetzt doch eben doch leider verabschieden muss. [...], dass das also menschenwürdig passiert. [...] Da wird nicht mehr drüber gesprochen, da liegt dann ein Kondolenzbuch aus, [...] wenn man den kannte, dann schreibt man sich dann in das Buch ein. Und dann ist die Sache gut. Ich meine, das weiß ja jeder, der hier jetzt ist, dass das dann die letzte Station ist, ne, also, und da gibt s kein hin und kein her [...] irgendwann ist man dran.“ (H4-B2)

„Also, das (Gespräche) weniger [...] es gibt einen Tisch mit Gedenkdingern und so [...] man kann sich da auch in die Liste miteintragen, wenn man Anteilnahme zeigen möchte, [...] wenn man Kontakt mit den Leuten hatte.“ (H4-B1)

„[...] das ist also ganz rührend, da steht ein kleiner, ein Tischchen in einer Zone, die sehr belaufen wird, wo die Leute alle, wenn sie in den Speisesaal wollen, vorbeikommen und so weiter. Und da wird so regelrecht ein Trauerbuch aufgeschlagen. Da steht dann wer, also so und so ist gestorbenen. Also auch ganz schön fertig gemacht und dekoriert mit Blümchen und so weiter. [...] da kann man also dann mal den Schritt etwas verlangsamen und sich das ansehen. Und man weiß dann bescheid, ne, das ist da, ja.“ (H4-A1)

C5: Fallstudie 5 (Heim H5)

Heim H5 liegt in einer größeren Mittelstadt (rd. 45.000 Einwohner). Bei der seit über 40 Jahren bestehenden Einrichtung handelt es sich um ein Heim mittlerer Größe. Ein Schwerpunkt ist die Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. Gemäß AOK-Pflegenavigator befinden sich im Umkreis von 5 km des Postleitzahlbezirks zwei und im Radius von 10 km 19 weitere vollstationäre Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses am Ort umfasst spezielle Schmerztherapie, jedoch keine Palliativmedizin. Am Ort befinden sich ein SAPV-Stützpunkt und ein ambulanter Hospizdienst, der Trauerbegleitung und „Letzte Hilfekurse“ anbietet.

Das Heim ist einem regionalen Verbund ambulanter und (teil-)stationärer Pflegeeinrichtungen angeschlossen, dessen Fortbildungsprogramm Kurse zu den Themen Palliativversorgung, Sterben, Tod und Trauer umfasst. Die DWiN-Initiative wurde von der Einrichtung nicht in Form von Inhouse-Schulungen aufgegriffen. Einzelne Mitarbeiter*innen haben an dem Fortbildungsangebot oder Basis-Kursen zur Palliativversorgung anderer Anbieter teilgenommen.

Erhebungszeitraum und Datenbasis: Die Datenerhebung wurde in der Einrichtung im April und Mai 2021 durchgeführt. Insgesamt konnten 19 Telefoninterviews realisiert werden, darunter Interviews mit 9 Mitarbeitenden und 10 Nutzer*innen. Bezogen auf die unterschiedlichen Zielgruppen stellt sich das Sample wie folgt dar:

- Von den 9 Interviews mit professionellen Akteur*innen wurden 5 Interviews mit Schlüsselpersonen der Einrichtung (Leitungspersonen und Mitarbeitende mit Stabsstellenfunktion) und nur vier Interviews mit Mitarbeitenden der Wohnbereiche aus dem Pflege und begleitenden Dienst geführt. 3 der interviewten Mitarbeiter*innen verfügten über einen Palliative Care Basiskurs und/oder Weiterbildung zur Palliativfachkraft.
- Zur Ermittlung der Nutzer*innenperspektive konnten jeweils 5 Interviews mit Bewohner*innen und Angehörigen realisiert werden. Ein bereits vereinbartes Interview mit einem weiteren Bewohner konnte aufgrund des plötzlichen Todes seiner ebenfalls in dem Heim lebenden Ehefrau nicht mehr realisiert werden. Interviewt wurden 3 Bewohnerinnen und 2 Bewohner. Bei den 5 interviewten Angehörigen handelte es sich jeweils um Kinder ihrer in dem Heim lebenden Mütter (2 Söhne, 3 Töchter), deren Heimeintritt mit einer Ausnahme im Fortschreiten einer demenziellen Erkrankung begründet war, die einen Verbleiben bzw. die Betreuung im häuslichen Umfeld nicht mehr zuließ.

Struktur der Einrichtung

Umfeld, Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Heim H5 verfügt über rd. 110 vollstationäre Plätze, von denen etwa ein Drittel in zwei geschützten Wohnbereichen vorgehalten werden, in dem vorrangig Menschen im fortgeschrittenen Stadium demenzieller Erkrankungen leben. Ein weiterer Wohnbereich ist der Pflege schwer pflegebedürftiger Menschen vorbehalten. Etwa die Hälfte der Plätze wird in einem separaten Gebäudeteil in Form von Apartments für Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf vorgehalten. Von Leitungsseite wird der segregative Ansatz der Demenzversorgung im Heim hervorgehoben:

„Wir sind [...] wirklich die einzige Einrichtung hier in der Region, die sich auf unterschiedliche Bereiche spezialisiert hat und nicht integrativ arbeitet. [...] Das bietet die Vorteile, dass die Bewohner untereinander sind und die Akzeptanz untereinander ja viel höher ist. Weil Bewohner, die demenziell erkrankt sind und die nicht demenziell erkrankt sind haben ja ein großes Problempotenzial, weil der eine den anderen nicht versteht. [...] in den Apartmentbereichen zu wohnen, ist für viele Senioren viel einfacher, den Schritt zu gehen, [...] hier in einen Bereich zu ziehen, wo ich noch relativ hoch eigenständig sein kann, mit einem eigenen Briefkasten, mit einem Schlüssel.“ (H5-E1)

Das Heim ist relativ zentrumsnah in der Nähe eines öffentlichen Parks gelegen. Für noch weitgehend mobile Bewohner*innen ist die Innenstadt fußläufig erreichbar. Es besteht eine gute Anbindung durch den öffentlichen Personennahverkehr. Im näheren Umfeld befindet sich eine Bürgerbegegnungsstätte mit einem Gruppenangeboten für „Jung und Alt“, jedoch kein Hospiz.

Auf dem Gelände befinden sich u.a. eine hauseigene Kapelle, eine Cafeteria und ein Garten mit überdachtem Bereich im Innenhof. In der Einrichtung können die Bewohner*innen in einem „Tante-Emma-Laden“ (H5-M4) einkaufen. Sowohl von Bewohner*innen als auch von Angehörigenseite werden das ansprechende Ambiente, der „schöne“ teilweise überdachte Innenhof und die Balkone positiv hervorgehoben, der es auch in ihrer Mobilität eingeschränkten Bewohner*innen erlaubt, raus zu gehen:

„[...] das Ambiente ist schon schön. Und die haben auch einen schönen Innenhof, wo man auch spazieren gehen kann, ... wenn man nicht so weit laufen kann. Und der ist auch mit Überdachung. [...] beim Regen könnte man auch noch frische Luft schnappen. Die Zimmer haben Terrasse oder Balkon, also dass man auch raus kann, also auch das, das finde ich, ist ja auch wichtig.“ (H5-A5),

Von Mitarbeitenden wird allerdings angesichts des zumeist ausgeprägten Bewegungsdrangs demenziell erkrankter Menschen, bedauert, dass ein Demenzgarten fehlt:

„[...] was sehr schade ist, (wir haben) keinen Garten oder so. Gerade für unsere demenziell Erkrankten, die dann ja immer einen starken Bewegungsdrang haben, da haben wir eigentlich nur oben so einen Balkon.“ (H5-M2)

In der Einrichtung werden vorrangig Einzelzimmer bzw. Apartments vorgehalten, sechs großzügigere Doppelapartments stehen für Ehepaare zur Verfügung. Die Zimmer und Apartments sind mit einem Duschbad und einem Balkon oder einer Terrasse ausgestattet. Die Apartments werden mit Ausnahme einer Pantry-Küche von den Bewohner*innen eingerichtet. Die Zimmer im Demenz- und Pflegebereich sind möbliert, können aber mit Kleinmöbeln und Accessoires individuell gestaltet werden. Auf den Wohnbereichen befinden sich Sitzecken, Gemeinschafts- und Speiseräume sowie diverse Sitzecken und Kreativräume:

„Wir haben zum Beispiel auf jeder Etage auch so Ecken, wo die Leute wirklich spielen können, lesen können, [...] haben einen Gymnastikraum. Wir haben hier wirklich, ja, einen Bastelraum, [...] ein Nähstübchen und so.“ (H5-E4)

Die Speisesäle werden zu den Essenszeiten von Servicekräften des hauswirtschaftlichen Dienstes mitbetreut. Auf Wunsch bzw. Bedarf wird das Essen auf den Zimmern gereicht.

Servicebereiche. Mit Ausnahme der Küche werden die Servicebereiche, wie Reinigungsdienst und Wäscheservice in Eigenregie betrieben. In der Einrichtung wird nicht (mehr) selbst gekocht. Frühstück und Abendessen werden jeweils in Büfettform angeboten. Die Auslagerung der Küche wird von langjährigen Mitarbeiter*innen besonders bedauert. Zwar kann weiterhin Wunschkost für die Bewohner*innen bestellt werden, eine zeitnahe Erfüllung von Wünschen ist indes kaum möglich:

„Wie ich angefangen habe damals, war die Küche, dass die das alles noch selbst gekocht haben. Das wurde jetzt alles so outgesourct. Da kriegen wir das alles so angeliefert, dies Essen. Und na ja, so toll ist es nicht. [...] Wenn man dann mal einen speziellen Wunsch hatte, gerade für die demenziell erkrankten oder für die Bewohner, (denen es) nicht mehr so gut geht, [...] da ist es dann manchmal schon schwierig, [...] Manchmal hat ja auch der Bewohner gerade am Ende seines Lebensweges irgendwie noch mal einen Wunsch, [...] dann müssen wir das in der Küche bestellen, das dauert. [...] Säfte oder so, das gibt es bei uns gar nicht.“ (H5-M2)

Personelle Ressourcen. Nach den Aussagen der Leitungskräfte ist die Einrichtung gemessen an der Besetzung der Planstellen personell gut aufgestellt. Auch im Pflegedienst bestehen keine Probleme Stellen zu besetzen. Betont wird, dass das Heim H5 in der Region für die tarifliche Bezahlung, verlässliche Dienstpläne, ein umfangreiches Fortbildungsangebot und gesundheitliches Vorsorgeprogramm steht und daher einen guten Ruf als Arbeitgeber hat:

„Wir zahlen den Tarif TV-F. Das ist mit der höchste Tarif in ganz Niedersachsen, [...] (daher) ist es nicht so schwer, Personal zu bekommen. Und zweitens ist es so, dass wir auch ganz viel für unser Personal tun. Sei es im Gesundheitsbereich, sei es in der Verlässlichkeit der Dienstplanungen, [...]. Also man wird nicht ständig zum Wochenende aus dem Frei geholt. [...], da wir ja so einen guten Stellenmix haben und auch eine gute Menge an Stellen haben, passiert das nicht ganz so häufig.“ (H5-E1)

Ferner wird betont, dass die Fachkraftquote über den verbindlichen 50% liegt. Es wird viel mit *„Teilzeitkräften gearbeitet“*, was es erleichtert, krankheitsbedingte Personalausfälle zu kompensieren (H5-E4). Trotz der relativ guten Personalausstattung, bestehen jedoch auch in Heim H5 teilweise erhebliche Probleme, die Dienste hinreichend zu besetzen:

„Wir sind hier noch, was das (Personal) betrifft, gut aufgestellt. Wir sind über, also Fachkräfte über fünfzig Prozent. Nichtsdestotrotz hat man manchmal ja wirklich Schwierigkeiten hier den Dienstplan abzudecken.“ (H5-E4)

Qualifikation und Fortbildungskultur. Beginnend mit der pflegerischen Grundausbildung zeichnet sich die Einrichtung durch ein hohes Engagement auf der Ebene der Qualifizierung aus. Die Organisation der praktischen Pflegeausbildung wird in dem Heim H5 durch eine Koordinator*in getragen. Die Auszubildenden werden durch Praxisanleiter*innen begleitet und für sie steht ein mit Computern ausgestatteter Ausbildungsraum zur Verfügung. In diesem Kontext wird mit Blick auf die Entwicklung palliativpflegerischer Kompetenz auf die neue Strukturierung der seit 2020 geltenden generalistischen Ausbildung verwiesen, in der auch die Sterbephase vom ersten bis zum letzten Jahr Gegenstand der

theoretischen und praktischen Ausbildung ist („Das baut sich ja jedes Jahr mehr auf.“ H3–M3).

Fort- und Weiterbildung werden nach Aussagen der Leitungspersonen und Mitarbeitenden gezielt gefördert. Zwei Pflegende haben die Weiterbildung zur Palliativpflege abgeschlossen. Pflegehelfer*innen werden ermutigt und unterstützt, die Fachausbildung zu erwerben.

„Einmal haben wir einen sehr großen Ausbildungsbereich, [...] eine eigene Ausbildungskordinatorin [...] die die Schüler begleitet, die die Kommunikation zu den Schulen macht. Wir haben einen eigenen Ausbildungsraum, [...] PCs für die Schüler, wo sie lernen können, üben können. Dazu kommt, dass wir unseren Mitarbeitern einen sehr großen, breiten Fortbildungskatalog anbieten [...] zentral über den Verbund. [...] Weiterbildung fördern wir ganz viel, [...] zur Palliativfachkraft, zur Wundmanagerin zum Beispiel, natürlich zu Mentoren, also Ausbildungsbegleitung. [...] Wir haben jetzt im letzten Jahr vier Pflegehelfer ermutigt, die Fachausbildung zu machen. Das begleiten wir. Das unterstützen wir finanziell und zeitlich.“ (H5–E3)

Für unterstützende Gespräche und Supervision steht auf Anfrage eine in dem regionalen Verbund tätige Supervisorin und auch zeitnah die Pastorin zur Verfügung (H5–E1).

Externe Kooperation und Vernetzung. Da die Mehrzahl der Bewohner*innen aus der unmittelbaren Umgebung kommen, kooperiert die Einrichtung mit den ortsansässigen hausärztlichen Praxen, bei denen die Bewohner*innen bereits vor dem Heimeintritt in Behandlung waren, sofern eine Betreuung auf der Basis von Hausbesuchen sichergestellt ist. Eine engere Kooperation besteht mit zwei Praxen, mit denen feste Visitenzeiten vereinbart sind und die auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar sind.

Für die fachärztliche Versorgung wurden Kooperationsverträge mit einem Neurologen, einem HNO–Arzt und einem Zahnarzt geschlossen, die regelmäßig in das Heim H5 kommen.

Eine wie auch immer geartete Kooperation mit ambulanten Pflegediensten findet in den Interviews keine Erwähnung.

Der Informationsaustausch mit den Krankenhäusern erfolgt über Überleitungsbögen. Die (Rück–)Verlegungen aus dem Krankenhaus wird unterschiedlich eingeschätzt. So wird einerseits betont, dass Pflegeüberleitungsbögen im Prinzip „immer mitgeschickt“ werden und nur gelegentlich „nachgeforscht“ werden muss („Manchmal muss man nochmal nachforschen, wenn was vergessen wird, aber das ist ja menschlich.“ H5–E3). Teilweise wird jedoch auch deutliche Kritik an der Informationspraxis des örtlichen Krankenhauses geübt. Bemängelt werden sowohl fehlende Informationen bei Rückverlegungen als auch eine mangelnde Kenntnisnahme der vom Heim mitgegebenen Überleitungsbögen. Allerdings wird konzediert, dass diese den Dokumentationspflichten im Heim geschuldet, für eine schnelle Erfassung der wichtigsten Information in Akutsituationen zu lang sind:

„Zum Beispiel werden die Leute entlassen heute und der Brief kommt morgen. Und du stehst da ohne Brief, ohne Medikamente, ohne was. Und passiert wirklich ganz oft. ... Und unsere Überleitungsbogen, die werden nicht gelesen. [...] Natürlich von der anderen Seiten, ich kann mir auch schwer vorstellen, wir haben zum Beispiel jetzt über sechs Seiten, wer sollte das bitte schön im Krankenhaus im Notfall lesen? Bis ich die sechs Seiten gelesen habe, ja, ist es schon zu spät.“ (H5–E4)

Die Einrichtung ist eng mit dem Hospizverein vernetzt. Die Kooperation erstreckt sich auch auf die Ausbildung der ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen („*Die machen auch ihre Ausbildung bei uns. [...] wir (bieten) hier Praktikumsplätze an dafür.*“ H5-E1).

Mit dem SAPV-Team wird in der Form bisher keine direkte Kooperation gepflegt. Zwei heimbetreuende Hausärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sind jedoch in dem regionalen Palliativnetz aktiv.

Für die seelsorgerische Begleitung ist eine Pastorin in die Betreuung der Bewohner*innen eingebunden. Sie steht auch den Mitarbeiter*innen unterstützend zur Seite.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

In Heim H5 besteht das Bestreben, eine möglichst bewohnerzentrierte Organisation der Versorgung zu realisieren („*Wir haben eine kombinierte Bereichs-Bezugs-Pflege, wenn man so will.*“ H5-E1). Pflegefachpersonen und -assistent*innen, Betreuungs- und Servicekräfte sind den Wohnbereichen fest zugeordnet. In den Aussagen der professionellen Akteur*innen wird nicht deutlich, inwieweit Pflegefachkräfte, in deren Händen die Pflegeplanung und -evaluation liegt, auch als primäre Ansprechpartner*innen für die Bewohner*innen und ihre Angehörigen fungieren.

Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. Der Nachtdienst ist für das gesamte Haus entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für die Einrichtungsgröße regulär mit einer Pflegefachperson und einem*r Pflegeassistent*in besetzt. Wenn ein besonderer Betreuungsbedarf sterbender Bewohner*innen besteht wird „*teilweise auch eine dritte Nachtwache*“ eingesetzt (H5-E1).

Einzug in die Einrichtung. Bei Anfragen bzw. Anmeldung für den Eintritt in die Einrichtung werden durch Heim- und/oder Pflegedienstleitung mit den Betroffenen Vorgespräche geführt, die Angebote, Räumlichkeiten und Bereiche im Rahmen einer Führung durch das Haus vorgestellt. Je nach Situation erfolgen die Gespräche mit den potenziellen Bewohner*innen und/oder ihren Angehörigen. Sie erhalten eine Informationsmappe und es werden Informationen zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs im Alltag, zu bisherigen Lebensumständen und Gewohnheiten erhoben. Teilweise erfolgt im Vorfeld durch ein Mitglied der Pflegedienstleitung ein Hausbesuch, um sich vor Ort ein Bild zu machen und besser einschätzen zu können, welcher Wohnbereich für die Betroffenen in Frage kommt:

„[...] wenn jemand Interesse hat, kommt er zu uns, bekommt eine Informationsmappe, [...] wir laden dann zu einem Gespräch ein [...] fragen dann nochmal, was denn der Grund ist, warum man sich dafür entscheidet. Bestenfalls natürlich mit dem Bewohner [...]. Häufig sind es natürlich auch die Angehörigen, [...] dann erzählen wir erst mal, was wir hier anbieten, [...] zeigen den Bereich, wo wir glauben, dass die Person entsprechend untergebracht werden könnte. Wenn wir nicht sicher sind, dann machen wir auch Hausbesuche und schauen uns den potentiellen Bewohner auch an. [...] Es gibt nix Schlimmeres, als wenn ein Bewohner kommt, drei Wochen da ist und wir merken, der passt da gar nicht hin, der muss auf einen anderen Bereich.“ (H5-E1)

Am Einzugstag werden neue Bewohner*innen mit Blumen begrüßt. Die Pflegenden sind bestrebt, die Aufnahme so zu legen, dass sie hinreichend Zeit für das Aufnahmegespräch und die Einführung in das Haus finden, was jedoch nicht immer gelingt. Relevante Informationen für die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung und Betreuung durch den begleitenden Dienst werden anhand einer Checkliste erfasst. Für die Informationssammlung und Dokumentation wird in der Einrichtung die SIS genutzt.

„Wir haben jetzt auch im Haus, das ist eigentlich sehr schön, so eine Hausmappe, die der Bewohner dann kriegt. Die liegt in seinem Zimmer, wo alles drinsteht, [...] an der Tür so ein Herzlich Willkommen-Schild, das kriegen sie, einen Blumenstrauß. Und dann werden sie, ja, begrüßt. Meistens versuchen wir es, so zu legen, dass man auch Zeit hat [...] aber das ist dann manchmal auch schwierig, so die richtige Zeit immer so abzapfen. Aber dann nehmen wir uns dann tatsächlich Zeit. [...] Mitunter macht es dann auch noch die Spätschicht, dass die denen noch was zeigt, je nachdem. Und auch die Angehörigen haben teilweise ja sehr viele Fragen.“ (H5-M2)

Im Aufnahmegespräch werden „*Wünsche zur Versorgung in der letzten Lebensphase*“ (H5-E4) angesprochen aber zumeist erst zu einem späteren Zeitpunkt näher besprochen, wenn ein gewisses Vertrauensverhältnis zu dem Bewohner*innen aufgebaut wurde:

„[...] es wird natürlich auch möglichst zum Einzug schon mit Bewohnern besprochen, wie sie sich irgendwas vorstellen. Also nicht so direkt, ‚Wie stellen Sie sich das vor? Sie ziehen jetzt hier ein und wie möchten Sie denn versorgt werden, wenn Sie versterben?‘ Aber dass man so langsam aber sicher ein Vertrauensverhältnis aufbaut, um dann auch rauszufinden, wie sind die Wünsche, gibt es eine Patientenverfügung und, und, und.“ (H5-E5).

Bewohner*innen haben oft beim Einzug bereits eine Patientenverfügung. Ist dies nicht der Fall, wird das Aufsetzen einer Patientenverfügung mit den Hausärzt*innen „angeregt“:

„Viele ziehen eigentlich ein mit Patientenverfügung. Bei manchen, in seltenen Fällen wird das mit angeregt noch im Nachhinein. ... über den Hausarzt dann mit geklärt. Und dann haben wir das auch vor Ort hier.“ (H5-M3)

Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) durch geschulte Gesprächsleiterinnen wurden in der Einrichtung „*noch nicht*“ eingeführt (H5-E3).

Leben im Heim. Generell wird versucht die Abläufe flexibel an die Lebensgewohnheiten der Bewohner*innen anzupassen. Der Tagesablauf wird durch Erfordernisse der pflegerischen Versorgung und die Hauptmahlzeiten (vor-)strukturiert. Besonders die morgendliche Unterstützung bei der Körperpflege und Frühstückszeiten werden jedoch auch im Demenzbereich zeitlich dem individuellen Rhythmus und Vorlieben der Bewohner*innen angepasst. Die Einnahme der Mahlzeiten im Speisesaal im Kreis der Mitbewohner*innen wird auch zur Förderung des Gemeinschafts(er)lebens angestrebt, den Bewohner*innen wird freigestellt zu entscheiden, ob sie an gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen oder diese lieber in ihrem Zimmer einnehmen möchten.

Die flexible Handhabung der morgendlichen Routinen in Orientierung an individuelle Lebensgewohnheiten wird auch von Bewohner*innen und Angehörigen positiv angemerkt:

„Ich habe ja immer gedacht, mit Trillerpfeife morgens, nein, wenn meine Mutter länger schlafen möchte, dann darf sie auch dies. Was ich sehr schön finde. Also sie wird dann irgendwann aus dem Bett geholt, wenn sie wach ist und aufstehen möchte.“ (H5-A5)

Vormittags und nachmittags werden durch den begleitenden Dienst der Wohnbereiche, teilweise auch durch Ehrenamtliche Einzelbetreuungen für schwerpflegebedürftige und demenziell erkrankte Bewohner*innen und ein vielfältiges Programm an Gruppenaktivitäten angeboten oder auch unter Einbindung externer Dienstleister organisiert:

„Wir haben einen kleinen Chor. [...] Dann wird gespielt. Dann wird natürlich Gedächtnistraining gemacht. Es wird viel Gymnastik gemacht. [...] Es gibt einen Herrenclub, der sich trifft regelmäßig. [...] Das wird auch häufig von Ehrenamtlichen mit begleitet. [...] Dann haben wir natürlich auch größere Veranstaltungen, musikalische Veranstaltungen zu den üblichen Festen. [...] Wir haben öfters mal einen Künstler. [...] Oder in unserer Kapelle machen wir auch noch Kinonachmittage. [...] Es sollte eigentlich für jeden was dabei sein.“ (H5-E1)

Von den interviewten Bewohner*innen und Angehörigen wird die Versorgung und Begleitung in Heim H5 zumeist recht positiv beschrieben. Hervorgehoben wird von Angehörigenseite, dass die Mitarbeitende auch bei knapper Besetzung im Pflegedienst den Bewohner*innen stets zugewandt („Die reißen dort nicht einfach ihre Pflege ab.“ H5-A3) und bei Fragen oder einem Anliegen immer ansprechbar sind:

„Es ist immer jemand ansprechbar, auf jeden Fall, [...] das kenne ich gar nicht, dass da ich da jemanden über den Flur rufen müsste, um jemanden zu kriegen, also das ist so, ja.“ (H5-A4)

Hervorgehoben wird eine respektvolle Umgangsweise und Kommunikation auch und insbesondere mit demenziell erkrankten Menschen:

„Man spricht dort mit ihnen auch nicht so (kindlich), manchmal erlebt man das, [...] dass man mit denen so spricht, wie mit Kindern. Und das erleben wir gar nicht. Die werden sehr wertgeschätzt angesprochen. Das finde ich auch ganz wichtig. Wertgeschätzt behandelt und nicht so von oben herab. [...], die sprechen meine Mutter mit Frau M. <Nachname der Mutter> an. Und sagen ‚Sie‘ [...] die sind ja, benehmen sich ja manchmal schon komisch, aber auch dann, ((lacht kurz auf)). [...] wird mit denen nicht geschimpft oder so, die werden sehr, ja, als erwachsene Person behandelt. Das gefällt mir sehr gut.“ (H5-A3)

Allerdings wird von Angehörigenseite kritisch angemerkt, dass bei Personalknappheit eine zeitnahe Beantwortung der Bedürfnisse oft nicht erfolgt, was speziell für Bewohner*innen, die Unterstützung bei Toilettengängen benötigen, entwürdigende Situationen zur Folge hat:

„[...] es (wäre) natürlich schon oft wünschenswert, [...] wenn ein Bewohner zur Toilette muss, dass er nicht zehn Minuten warten muss, bis jemand kommt, um ihn zur Toilette zu bringen. Solche Situationen zum Beispiel empfinde ich als unschön. [...] ja, ((seufzt)) unwürdig, wenn man halt als alter Mensch dann in die Windel machen muss, [...] nur, weil keiner rechtzeitig kommt [...], da würde ich mir echt wünschen, dass dann immer jemand da wäre, der dann hilft, [...]. Ich weiß, dass die Bemühungen sehr groß sind, aber ich kenne auch die Grenzen. Ich sehe die Grenzen, sagen wir es mal so.“ (H5-A4)

Neben personellen Engpässen wird von den professionellen Akteur*innen darauf verwiesen, dass zunehmende Dokumentationspflichten in der stationären Langzeitpflege – wie in anderen Versorgungsbereichen – zu Lasten der Betreuung der Bewohner*innen gehen.

„Also, momentan ist das so: dokumentieren, dokumentieren. Und die Leute werden vergessen. Aber das merken wir auch dann, wenn wir selber zum Arzt gehen und der guckt ja nur auf das Display.“ (H5-E4)

Der **Angehörigenarbeit** wird in der Einrichtung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden sie von Beginn an einbezogen.

Eine „gelungene Angehörigenarbeit“ wird zugleich als „Schlüssel dazu, wie gut ein Bewohner sich einlebt“ gesehen (H5–E5). Generell wird eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen angestrebt und begrüßt, wenn Angehörige einen möglichst engen Kontakt mit den Bewohner*innen pflegen. Sie werden zu Festen im Heim eingeladen und bringen sich teilweise auch in die Organisation von Veranstaltungen ein. Für entfernt lebende Angehörige wird die Möglichkeit angeboten, in der Einrichtung im Apartmentbereich zu übernachten.

Betont wird die Bedeutung der Angehörigen im Demenzbereich nicht zuletzt im Prozess der Biographiearbeit, die für die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen eine zentrale Rolle spielt. Konstatiert wird, dass das Engagement und die Kooperation von Angehörigen individuell recht unterschiedlich sind. Ein Großteil der Angehörigen kommt nach dem Bekunden der Mitarbeitenden häufig zu Besuch und bringt sich unterstützend ein. Zugleich wird betont, dass Angehörige selbst oft eine beratende Begleitung benötigen und dies einen wesentlichen Anteil an der Betreuung ausmacht:

„Es ist ja nicht nur so, dass der Bewohner begleitet wird, sondern die Angehörigen ja im Prinzip auch. Und die brauchen dann immer wieder eine (Begleitung), Rat und ganz viel Rat an die Hand. Und dafür muss man sich ja auch viel Zeit nehmen. [...] Die brauchen ja auch ganz viel Betreuung mit. Ich meine, wir haben ein schönes Zusammenspiel immer mit unseren Angehörigen, Gott sei Dank.“ (H5–M3)

Für die Angehörigen der Bewohner*innen finden bereichsbezogenen Angehörigenabende statt, die dem Austausch mit dem Mitarbeitenden und der Angehörige untereinander dienen:

„Es gibt Angehörigenabende, die meist also pro Bereich organisiert werden. Das, also alleine so dient schon dem Austausch der Angehörigen untereinander. [...] wenn ich da jetzt auch wieder den Demenzbereich als Beispiel nehme, dann haben die Angehörigen häufig ja die gleichen Sorgen und Probleme und fühlen sich aber immer so, als ob sie damit alleine wären, so. Und im Zuge so eines Angehörigenabends kann das halt schon mal aufgeklärt werden. Und es gibt nochmal die Gelegenheit einfach, dass der Angehörige Zeit hat, sich mit dem Personal wirklich auseinanderzusetzen. So im routinierten Ablauf ist das ja manchmal bisschen schwierig, da wirklich Zeit für ein vernünftiges Gespräch zu finden.“ (H5–E5)

Von Leitungsseite wird in dem Zusammenhang bemängelt, dass die Angehörigenarbeit in der Form nicht in der (Re-)Finanzierung stationären Pflege berücksichtigt wird und Aktivitäten, wie die Angehörigenabende letztlich „ehrenamtlich“ geleistet werden (H5–E2).

Soziale Teilhabe. Die soziale Verankerung des Heims in der Region findet ihren Ausdruck in dem ehrenamtlichen Engagement unterschiedlicher Gruppen bzw. Vereine für die Bewohner*innen. Die von Ehrenamtlichen getragenen Angebote reichen von Besuchsdiensten, einem wöchentlichen „Klönchnack“ bei Kaffee und Tee über den „Tante-Emma-Laden“ bis hin zu einem „Nähstübchen“, in dem von Ehrenamtlichen Ausbesserungsarbeiten der Kleidung für die Bewohner*innen angeboten werden:

„Wir haben auch jede Menge Ehrenamtliche, dienstags und donnerstags zum Beispiel haben wir einen Tante-Emma-Laden, den führen die Ehrenamtlichen. Die stehen dann mit unserem Tante-Emma-Laden in der Halle und verkaufen, [...] so Kleinkram halt. [...] einmal die Woche Kaffee, Tee und Klönchnack [...] Dann haben die Ehrenamtlichen bei uns im Haus, das nennen die Nähstübchen, da flicken die, wenn mal ein Knopf abgegangen, kaputt ist oder eine Hose muss gekürzt werden. Das machen Ehrenamtliche.“ (H5–M4)

Neben den wöchentlichen und speziellen Gottesdiensten zu besonderen kirchlichen Festtagen werden im Heim jahreszeitliche Feste ausgerichtet, zu denen die Angehörigen der Bewohner*innen eingeladen sind:

„Dann haben wir natürlich auch größere Veranstaltungen, musikalische Veranstaltungen zu den üblichen Festen. Ostern, Weihnachten, Pfingsten und Herbst, [...] alle möglichen größeren Feste werden natürlich hier auch begangen, Karneval natürlich.“ (H5-E1)

Zudem können auch weniger mobile Bewohner*innen das Veranstaltungsangebot einer in der Nähe gelegenen Bürgerbegegnungsstätte nutzen. Auch wird für die Bewohner*innen die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen unter Einbindung der Angehörigen organisiert:

„Nebenan, da gibt es noch so eine Begegnungsstätte, dann kann man da [...] teilnehmen an irgendwelchen Singkreisen [...]. Wir wurden auch angeschrieben, zum Beispiel sollte ein Konzert sein in einer benachbarten Schulaula, wer von den Angehörigen auch mitgehen würde, dass man auch einen Rollstuhl schiebt und so was. Da hatte ich mich zum Beispiel mit meiner Mutter auch mit angemeldet.“ (H5-A5)

Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung

Die Fortbildungsinitiative des Trägerverbandes wurde in der Einrichtung nicht gezielt genutzt. Mitarbeiter*innen des Pflege- und Betreuungsdienstes haben jedoch teilweise an einem Basis-Kurs oder Fortbildungen zur Palliativversorgung und Sterbebegleitung anderer Anbieter teilgenommen. Drei Pflegefachkräfte verfügen über eine Palliativweiterbildung.

Die Gestaltung der Begleitung am Lebensende orientiert sich in Heim H5 an dem Konzept der „letzten Reise“, das projektmäßig in dem Heim eingeführt wurde (*„Also, wir haben so ein Projekt gestartet, das heißt so die letzte Reise.“* H5-E3). Hierfür wurden unterschiedliche Rituale entwickelt. Den Wohnbereichen steht jeweils ein „letzte Reise Koffer“ mit diversen Materialien für die Umgebungsgestaltung und Hilfsmitteln zur Verfügung. Als Symbol für die Kennzeichnung der Zimmertür verstorbener Bewohner*innen wurde ein Engel gewählt.

Ein besonderer Akzent wird auf einen offenen Umgang mit Sterben und Tod gelegt, was seinen Ausdruck in den Abschiedsritualen findet: Bereits zu Beginn des Aufenthalts werden mit den Bewohner*innen zwei Erinnerungssteine gestaltet, von denen je ein Stein nach dem Tod für Angehörige und für das Heim gedacht ist. Die Steine aller verstorbener Bewohner*innen werden in einem Glasgefäß in der Kapelle gesammelt. Zu den Trauer Ritualen zählen Aussegnungen, das Schmücken eines Abschiedsaltars in der Kapelle sowie einer Abschiedsecke mit Gedenktisch sowie des Essplatzes der Verstorbenen im Speisesaal, die Bekanntgabe des Todesfalls und ein Gebet im Kreis der Mitbewohner*innen beim Mittagessen sowie das Gedenken im wöchentlichen Gottesdienst und am Totensonntag. In der Heimzeitung findet sich die Rubrik „Abschied“.

Das Konzept für die Sterbebegleitung liegt in Form einer „Verfahrensanweisung“ vor (*„Wir haben ja hier im Haus Verfahrensanweisung, ... eigentlich müssen ja alle den Ablauf kennen.“* H5-M4). Ein Palliativ-Arbeitskreis oder Qualitätszirkel wurde in Heim H5 nicht etabliert. Aus Sicht einer Palliativfachkraft wären ein Austausch innerhalb der Einrichtung

und unter den Einrichtungen des regionalen Verbunds sowie eine Vernetzung mit dem Palliativdienst hilfreich:

„[...] man müsste sich einfach, ja, eigentlich noch mehr zusammensetzen, [...] da sind noch zwei Kollegen, die die Palliativweiterbildung haben, [...] sich auch (vom Verbund) noch mal alle treffen. [...] sich gegenseitig austauschen, was läuft bei euch gut, was macht ihr. [...] Diese Kommunikation, dass man sich untereinander auch einfach mal kurzschließt, [...] ein Zusammenschluss mit dem Palliativdienst, [...] (dass) man so was aufbaut.“ (H5-M2)

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Die Begleitung der Bewohner*innen in der letzten Lebensphase erfolgt in enger Kooperation und Abstimmung mit den behandelnden Hausärzt*innen und sofern möglich mit den Angehörigen. Zwar ist im Apartmentbereich auch eine intensivere pflegerische Versorgung, etwa bei akuten Krankheitskrisen, gewährleistet, wenn sich jedoch eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und/oder palliative Situation anbahnt, werden die Bewohner*innen möglichst in den Pflegereich verlegt (*„Wenn die halt in die Palliativphase gehen, wenn man das schon absieht, kommen die auf den stationären Bereich.“* H3-M3).

Die Bewohner*innen werden am Lebensende durch die Pflegenden und Betreuungskräfte der Wohnbereiche begleitet. Die Versorgungsgestaltung in schwierigen Palliativsituationen wird von den Palliativpflegekräften der Einrichtung unterstützt:

„Wir haben dann ja eigentlich immer unsere Palliativschwestern, die dann ja auch ein Auge drauf haben. Und das, mit denen klappt das halt ganz gut halt.“ (H3-M3)

Die Mitarbeitenden versuchen für die Bewohner*innen am Lebensende, da zu sein, soweit sie es möchten, und ihnen Wünsche zu erfüllen:

„Wir begleiten die halt so viel, wie sie halt wollen. Und was sie alles so zulassen. [...] Wir versuchen immer nochmal so ein bisschen auf denen ihre Wünsche einzugehen. [...] der Bewohner möchte vielleicht nochmal ganz gerne ein Bier trinken. Denn gibt es halt mal ein alkoholfreies Bier.“ (H5-M3)

Durch die Auslagerung der Küche, gestaltet sich eine zeitnahe Erfüllung von Essens- und Getränkewünschen jedoch *„manchmal schon schwierig, [...] dann müssen wir das in der Küche bestellen, das dauert.“* (H5-M2)

Pflege- und Betreuungskräfte schauen häufiger nach den Bewohner*innen und sie ggf. begleitenden Angehörigen. Sofern Angehörige die Sterbenden nicht engmaschig begleiten, bleiben die Mitarbeitenden, soweit es die Zeit zulässt, auch bei ihnen (*„Wir gehen regelmäßig rein, wir setzen uns auch hin.“* H5-M1). Die Integration der Begleitung sterbender Bewohner*innen in den regulären Versorgungsalltag gestaltet sich jedoch oft schwierig:

„Was einfach fehlt, ist einfach die Zeit, [...] deswegen, es fehlt dann an der Versorgung ein bisschen, finde ich persönlich. [...] Man darf die anderen Bewohner auch nicht vergessen [...], ich habe immer ganz gerne mehr noch ein bisschen ein Auge auf die Palliativbewohner. Oder so sage ich es halt meinen Mitarbeitern, dass sie auch ein bisschen mehr Auge auf die Palliativbewohner haben.“ (H3-M3)

Deutlich wird, dass die Begleitung Sterbender tagsüber zu wesentlichen Teilen von den Betreuungskräften getragen und ihr im Betreuungsdienst Priorität eingeräumt wird:

„Also wir haben schon im begleitenden Dienst auch ganz klar gesagt: „In Eurer Schicht, dann findet halt auch mal keine Gruppe statt, sondern dann ist einfach Sterben vorrangig.“ Aber irgendwann ist die Schicht zu Ende und dann kommt vielleicht keine Kollegin nach [...], der Pflegebetrieb geht natürlich weiter.“ (H5-E2)

Im Rahmen der Sterbebegleitung werden die im „*Letzte Reise Koffer*“ bereitgestellten Materialien und Hilfsmittel je nach Vorlieben der Bewohner*innen genutzt. Sie werden auch den Angehörigen, an die Hand gegeben:

„[...] da sind so verschiedene Sachen drin, also Handschmeichler, eine Decke, eine CD und ein Kreuz, [...] eine Bibel, wo man beten kann und singen kann. Wenn wir merken, dem Bewohner geht es zunehmend schlechter und er befindet sich halt in dieser letzten Phase, dann versuchen wir mit diesem Letzte-Reise-Koffer den Angehörigen da auch Mut zu machen, die Phase mit zu begleiten und sie zu unterstützen.“ (H5-E3)

„[...] dieser Hospizkoffer ist wohl von dieser Hospizvereinigung, [...]. Und so ein Koffer ist wohl auf jeder Station, [...] das wurde uns dann angeboten. Ist uns allerdings einfach so übergeben worden. Die haben jetzt nicht gesagt: ‚Das und das ist da drin oder das kann man machen‘, aber haben wir einfach selber geguckt. Und wir hätten sicherlich auch fragen können. Aber wir kamen ganz gut zurecht damit.“ (H5-A5)

Allerdings wird von Leitungsseite auch kritisch angemerkt, dass die Gestaltung der Versorgung in der Sterbephase sehr personenabhängig ist, d.h. vor allem von den diensthabenden Pflegekräften abhängt:

„Ich (muss) da wirklich sagen, es ist ja immer (davon) abhängig, wer ist im Dienst. Einer ist wirklich sensibel mit Thema, ... versucht das wirklich irgendwie schön für alle Beteiligten zu machen, auch für das Pflegeteam, für Angehörige und natürlich an erster Stelle für Bewohner angenehmer. Die anderen sind nicht so flexibel und gucken nicht ein bisschen weiter. [...] Gott sei Dank haben wir nicht so viele von der Sorte [...].“ (H5-E4)

Der Begleitung sterbender Bewohner*innen durch ihre Angehörigen wird eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Mitarbeitenden sind daher bestrebt Angehörige aktiv einzubeziehen. Betont wird, dass die Angehörigen gleichermaßen Unterstützung und Zuspruch benötigen. Sie werden ermutigen, die Bewohner*innen in der Sterbephase zu begleiten und im Gespräch aufzufangen. In Palliativsituationen nimmt Angehörigenarbeit daher einen breiten Raum ein:

„[...] auch Angehörige sind natürlich nur Menschen. Das kann auch nicht jeder, [...]. Man kann ihnen schon auch Mut machen natürlich und dabei sein. Also ich habe es auch schon gemacht, dass ich erst mit reingegangen bin und geguckt habe, schaffen sie es oder schaffen sie es nicht. Und da im engen Gespräch zu sein.“ (H5-E2)

Angehörige können jeder Zeit bei dem*der im Sterben liegenden Bewohner*in sein. Zudem besteht für Angehörige die Möglichkeit, im Apartmentbereich zu übernachten.

Therapieentscheidungen am Lebensende werden zumeist im Gespräch der Hausärzt*innen mit dem Angehörigen unter Berücksichtigung vorliegender Patientenverfügungen getroffen. Von Leitungsseite wird betont, dass die Entscheidungen „*vom Haus mitgetragen*“ werden und darauf verwiesen, dass sich in den letzten Jahren ein deutlicher „*Wandel im Umgang mit Sterbesituationen*“ und „*lebensverlängernde(n) Maßnahmen*“ vollzogen hat (H5-E1).

Nach dem Bekunden der Mitarbeitenden wird von einem Teil der Hausärzt*innen eine gute Kooperation und Versorgung in Palliativsituationen sichergestellt, während sich mit anderen Hausärzt*innen die Zusammenarbeit schwierig gestaltet, was zur Folge hat, dass unter Umständen der ärztliche Notdienst eingeschaltet werden muss:

„[...] manche (Hausärzte) sind ganz toll, mit denen kann man gut dann zusammenarbeiten, gerade so am Ende, dass die dann sagen, ‚Mensch, ja, hier habt ihr!‘ Aber manche, da muss man um alles kämpfen. Ist manchmal nicht so einfach. Dann sind die am Wochenende ja meistens auch nicht zu erreichen. Dann muss man kassenärztlichen Notdienst (rufen), der kennt dann die Bewohner nicht. Also es ist teilweise manchmal schon richtig schwierig.“ (H5-M2)

Im Heim wird vor allen von Hausärzt*innen, die zugleich Palliativmediziner*innen sind, eine umfassende Palliativversorgung geleistet, wobei sich nach den Erfahrungen der Mitarbeitenden Ärzt*innen sich durchaus kooperativ zeigen und für eine Schmerzkontrolle Sorge getragen:

„[...] mit den Ärzten, wenn man gut mit denen kann, [...] denen alles erklärt, dann machen die ja auch mit. Wir haben ja einen Palliativmediziner [...], der kommt zu den Patienten, die er hat. Und der macht auch alles. Der lässt sie da nicht schmerzend liegen oder so. Das ist ganz gut eigentlich. [...] Die meisten Ärzte lassen tatsächlich da keinen liegen mit Schmerzen oder so was, macht keiner mehr.“ (H5-M1)

Kritisch angemerkt wird von Mitarbeitenden der Wohnbereiche allerdings, dass von ärztlicher Seite teilweise entgegen der Willensbekundung in der Patientenverfügung in Palliativsituationen am Lebensende noch Infusionen verordnet werden:

„Aber dann gibt es auch Hausärzte, die dann Infusionen noch legen wollen. Die uns dann alles aufgeschrieben haben, obwohl Patientenverfügung da war. [...] So was hat man dann auch, wo man dann zwischen diesen Stühlen sitzt. Einerseits will man es nicht, weil das möchte man ja selber auch nicht. Und andererseits hat man dann die Pflicht, was der (Arzt) anordnet, zu machen. Es ist schon teilweise schwierig.“ (H5-M2)

In für die Angehörigen oft schwierigen Situationen, wenn Bewohner*innen beispielsweise eine weitere Behandlung im Krankenhaus ablehnen oder Essen und Trinken abwehren, werden auch Fallbesprechungen unter Beteiligung der Angehörigen und der Hausärzt*innen durchgeführt:

„[...] wenn jetzt Bewohner auch eine Patientenverfügung haben oder irgendwas, und sagen, sie wollen jetzt partout nicht mehr ins Krankenhaus, dann müssen wir das natürlich mit den Angehörigen absprechen. Und sie auch darauf vorbereiten, was passiert, wenn der Angehörige nicht mehr isst, nicht mehr trinkt, dass sie wissen, was passiert [...], wenn das auch der Wunsch des Bewohners ist, nichts mehr zu sich zu nehmen zu wollen, und dass man das auch akzeptieren muss [...] das ist oft schwierig. [...], wenn wir ein Problem haben, die Angehörigen kommen dann nicht mehr weiter oder sind verzweifelt, das bemerkt man ja auch: ‚Ähm ja, mein Vater muss doch, meine Mutter muss doch!‘ Dass man sich dann zusammensetzt in einem festen Team, auch einen Hausarzt mit dazu holt und eine Fallbesprechung macht. Und sagt, das ist der Weg jetzt.“ (H5-E3)

Das Bemühen der Mitarbeitenden, sterbende Bewohner*innen und ihre Angehörigen zu begleiten, wird auch von Bewohner*innen und Angehörigen zum Ausdruck gebracht:

„Das habe ich so von außen als gut gesehen, also die sind regelmäßig reingegangen, haben sie (im Sterben liegende Mitbewohnerin) versorgt. Also die Angehörigen konnten, solange wie sie wollten, dort bleiben. Also das habe ich schon als ganz gut empfunden, dass man das ganz gut gemacht hat.“ (H5-A4)

Die von den Mitarbeitenden beschriebene Gestaltung der Versorgung und Begleitung am Lebensende, spiegelt sich auch in dem Erleben der Situation einer Angehörige wider, bei deren Mutter sich zeitweise der Zustand so verschlechtert hatte, dass vermutet wurde, sie würde sterben:

„[...] die Hausärztin sagte: ‚Eigentlich müsste sie ins Krankenhaus, aber dann hilft man ihr für eine Woche und dann geht es wieder los.‘ Und dann hatten wir uns eben entschlossen, nichts mehr zu tun und sie sterben zu lassen. Und wider Erwarten hat sie sich ja nach fünf Tagen ((lacht)) erholt. [...] erst mal wurde man da sehr liebevoll empfangen als Angehörige auch. [...] man hat auch so gemerkt, dass die Mitarbeiter alle mitfühlen, [...] Und dann wurde mir auch angeboten, ich darf über Nacht bleiben. [...] ganz liebevoll wurde mir Kissen und Decke gebracht. [...] also die haben sich auch sehr nett um mich gekümmert. Und dann hieß es auch, es gibt hier so einen Hospizkoffer [...] Und da waren dann halt verschiedene Sachen

drin, Texte, eine Kerze und auch ein Kreuz und so ein paar Sachen. Und dann sind wir auch gefragt worden vom Heim, ob wir eine sogenannte Aussegnung haben möchten.“ (H5-A5)

Als zentral wird von Angehörigenseite am Lebensende Zuwendung und personelle Kontinuität in der Versorgung herausgestellt und betont, dass die Betreuung durch vertraute Personen gerade für die älteren Menschen wichtig sei. In diesem Zusammenhang wird von Angehörigen bereits mehrere Jahre in dem Heim lebender Bewohner*innen auf das Problem des in der Einrichtung zeitweilig häufigen Personalwechsels verwiesen:

„(Es) war bereits für Angehörige schon schwierig, aber ich denke mal, für Bewohner ist es noch schwieriger, also das würde ich mir wünschen, dass es über eine längere Zeit das gleiche Personal ist. Aber ich weiß, dass der Wunsch sehr hoch gegriffen ist [...] Ich glaube, das ist auch schwierig, um persönliche Kontakte sozusagen aufzubauen. Aber das ist manchmal natürlich in so einem Pflegebetrieb nicht leicht, hinzukriegen.“ (H5-A3)

„[...]Jes ist eine Person noch da, die da war, als meine Mutter ins Heim gekommen ist. [...] Alle anderen sind nicht mehr da. [...], es ist noch eine zweite Person da, die jetzt bestimmt schon vier, fünf Jahre da ist, aber alles andere drum herum verändert sich. [...] Man gibt sich wohl sicherlich Mühe, die Angestellten, solange wie möglich zu halten. Gut, zwei, drei Jahre würde ich sagen, bleiben auch einige, aber dann ist schon wieder jemand anders da.“ (H5-A4)

Dabei stellt sich auf Leitungsebene auch das Problem, dass eine palliative Begleitung im System der Kostenerstattung der stationären Langzeitpflege nicht berücksichtigt wird und die in dem Rahmen geleistete Mehrarbeit auch anerkannt werden sollte.

Als besonders belasten werden von den professionellen Akteur*innen Situationen beschrieben, in denen die Begleitung der Angehörigen sich schwierig darstellt (z.B. H5-E3, H5-M1), zerstrittene Familienangehörige, die ihre Konflikte an Sterbebett austragen (z.B. H5-M2) bzw. die letzte Lebensphase dazu nutzen um „*abzurechnen*“ (z.B. H5-E1).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Wenn sich die Sterbephase anbahnt, werden die Einbeziehung des Hospizdienstes und eine seelsorgerische Begleitung angeboten. Der Hospizdienst wird möglichst frühzeitig hinzugezogen, sofern es von den Betroffenen gewünscht wird, und zwar insbesondere wenn Bewohner*innen keine Angehörige (mehr) haben bzw. Angehörige eine Begleitung nicht (mehr) leisten können:

„Dann arbeiten wir aber ganz eng hier mit dem Hospizdienst zusammen, [...] wenn da Bedarf ist. Also da haben wir auch einige Mitarbeiter, die von denen ins Haus kommen, genau.“ (H5-E2)

„Wir haben ja so einen Hospizverein [...] Da hatte ich dann auch mit der einen Angehörigen gesprochen, die war da auch einverstanden. Die ist dann einmal in der Woche am Anfang erst mal nur gekommen, sich so kennenlernen. Und dann zum Schluss ist sie dann auch öfter. [...] wenn man dann natürlich tolle Angehörige hat, die das selber leisten können, ist das natürlich super. Aber man hat auch Bewohner, wo dann kaum Angehörige sind. Oder dann eine Schwägerin, die dann auch schon älter ist, die können das teilweise nicht leisten. Bei uns, die meisten sind über 90. Da sind die Angehörigen eben auch dementsprechend. Aber das mit diesem Hospizdienst, das ist sehr schön. Die machen das auch ganz toll.“ (H5-M2)

Sowohl von Leitungsseite als auch von Mitarbeitenden der Wohnbereiche wird betont, dass der Hospizdienst im Bedarfsfall jederzeit aktiviert werden kann:

„Wir fragen natürlich vorher, ob es gewünscht ist. Da können wir die jederzeit anrufen. Und dann kommen die vorbei, mhm.“ (H5-M1)

Allerdings wird die Einbindung der Hospizhilfe in die Begleitung der Bewohner*innen am Lebensende von Leitungspersonen im Pflegebereich auch kritisch gesehen. Betont wird,

dass die Begleitung im Sterbeprozess durch das Heim geleistet und auch finanziert werden sollte. Auch und gerade bei der Einbindung „*Externer*“ ist ein gewachsenes gegenseitiges Vertrauen wichtig. Dabei wird zu bedenken gegeben, dass ein längeres Engagement oft nicht möglich ist, da es sich bei den Ehrenamtlichen zumeist um ältere Menschen handelt, die begrenzt belastbar sind und daher keine personelle Kontinuität gewährleistet werden kann:

„Erstmal also muss das wirklich ja irgendwie in dem Pflegeheim organisiert werden. Nicht mit ambulanten Diensten oder Ehrenamtlichen das Ganze abdecken. [...] Die Ehrenamtliche, das sind ja meistens ältere Menschen, die heute können, morgen nicht mehr. Und die ganz, ganz schnell an ihr Limit kommen wirklich, ja, es ist wirklich sehr, sehr schwierig, so was Kontinuierliches hier haben, [...] die die Bewohner auch kennen, [...] und die Mitarbeiter auch kennen. Das ist ja auch ein Vertrauensprozess. Wenn ich jeden Tag jemanden anderen von den Ehrenamtlichen da sehe, ja, bis ich da wirklich ein bisschen so Vertrauen aufbaue, brauche ich auch paar Tage. [...] Im Sterbeprozess haben wir nicht ein paar Tagen.“ (H5-E4)

Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen wird die im Heim engagierte Pastorin hinzugezogen und steht den Bewohner*innen, ihren Angehörigen aber auch den Mitarbeiter*innen seelsorgerisch zur Seite („*Wir können vom Haus aus seelsorgerische Gespräche in Anspruch nehmen.*“ H5-M4)

Einbindung der SAPV. Auf die Möglichkeit das SAPV-Team in die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen einzubinden, wird offenbar nicht zurückgegriffen, wobei darauf verwiesen wird, dass dafür auch spezielle Kriterien erfüllt sein müssen:

„(Einen SAPV-Stützpunkt) haben wir auch, aber den haben wir noch nicht in Anspruch genommen. [...] Da gibt es also spezielle Kriterien, wann die überhaupt ins Haus kommen.“ (H5-M1)

Teilweise wird von Leitungsseite und von Mitarbeitenden die „*unterstützende*“ Funktion des SAPV-Teams betont. Zugleich deutet sich in Aussagen an, dass bei den Mitarbeitenden in der reservierten Haltung auch Berührungs- und Konkurrenzängste zum Tragen kommen:

„SAPV tritt ja immer dann auf den Plan, wenn wir das benötigen. [...] Ich habe überhaupt kein Problem da in einer Zusammenarbeit, weil das ist eine unterstützende Sache. Wir machen die reine pflegerische Versorgung. Und wenn was anderes erforderlich ist, bin ich ganz offen dafür, dass die auch mit ins Haus kommen.“ (H5-E1)

„Palliativdienst oder so was (kommt) nicht. [...] Das will, glaube ich, keiner so richtig. [...] in der Einrichtung schon. Aber so auch die Kollegen oder so, ja: da lässt man sich ja in die Karten gucken. [...] Ich weiß nicht, warum da viele so Probleme mit haben. Manchmal wäre es ja eigentlich einfach nur schön, die anzurufen und sagen: „Hier, das geht nicht mehr so. Habt ihr eine andere Idee“, oder dass die einfach nur mal vorbeikommen. So würde man ja auch diesen kassenärztlichen Notdienst, der ja so und so auch meistens hilflos ist, umgehen. Das müsste mehr, ja, ausgeweitet werden.“ (H5-M2)

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Insgesamt zeichnet sich die Einrichtung durch einen bewussten Umgang mit Sterben und Tod aus. So wird ein besonderer Akzent auf die Praktizierung der entwickelten Abschiedsrituale gelegt, und zwar beginnend mit der Gestaltung von Erinnerungssteinen mit den Bewohner*innen („*Schon beim Einzug eines Bewohners, gestalten wir mit diesem Bewohner oder der Bewohnerin zusammen zwei Erinnerungssteine.*“ H5-E2).

Wenn Bewohner*innen versterben, wird ihr Zimmer symbolisch mit einem Engel gekennzeichnet, der an der Tür angebracht wird und das Zimmer und der Leichnam der Ver-

storbenen werden für die Aufbahrung und Verabschiedung bzw. Aussegnung vorbereitet. Den verstorbenen Bewohner*innen „werden immer Blumen“ und „ein Handschmeichler mit in die Hand gegeben“ (H4-E4). Angehörige, Mitarbeitende und Mitbewohner*innen haben die Möglichkeit, sich von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden. Als Abschiedsritual haben sich offenbar Aussegnungen etabliert, deren Durchführung von im Heim von der Pastorin und auch von entsprechend geschulten Mitarbeiter*innen getragen wird:

„Wir bieten natürlich Aussegnungen an. Das heißt, da wird entweder ein Pastor gerufen oder ein Mitarbeiter, [...] der sich, die sich das zutraut, da so eine Aussegnung zu machen. Ein Lied zu singen, ein Gebet zu sprechen, Angehörige mit einzuladen. Oder dass da jetzt auch Bewohner, die eng Kontakt hatten, dass die in dem Zimmer mit verweilen können, sich mit verabschieden können.“ (H5-E3)

Im Wohnbereich der Verstorbenen wird die Trauerecke mit Gedenktisch mit einem Bild versehen und geschmückt, so dass ersichtlich wird, welche Bewohner*innen verstorben sind:

„(Wir haben) so eine kleine Kommode, wo wir dann auch, wenn der Bewohner verstorben ist, ein Kreuz, schöne Blumen, so Rosenblätter, je nachdem, so eine Schale mit einem Engel, ein Bild von dem Bewohner und dann auch: geboren, gestorben. Was wir dann auf dem Bereich immer hinstellen. [...] das war eigentlich immer ganz schön, so, dass auch die Angehörigen dann wussten, andere, wenn die kamen, ‚Oh, Frau sowieso, Herr sowieso ist verstorben!‘“ (H5-M2)

Im Speisesaal wird der Todesfall bekannt gegeben und im Kreis der Mitbewohner*innen im Gebet der Verstorbenen gedacht. In der Kapelle wird der Traueraltar entsprechend geschmückt und die von den Bewohner*innen gestalteten Erinnerungssteine ausgelegt, von denen ein Stein den Angehörigen bei der Verabschiedung übergeben wird und auch im nächsten Gottesdienst wird jeweils der Verstorbenen gedacht:

„[...] da (in der Kapelle) haben wir einen Traueraltar ... Da steht also auch so ein Kondolenzbüchlein drauf. Dann Foto und ‚wir nehmen Abschied‘ und dann kommen die Daten rein. Und dann liegen halt die zwei Steine dort. Es wird in der nächsten Andacht, im nächsten Gottesdienst nochmal für die Verstorbenen auch gebetet. Dann bleibt ein Stein in der Schale, bei uns auf dem Traueraltar [], der zweite Stein geht an die Angehörigen, [...] sozusagen posthum ein Geschenk an die Familie. Ja, das, das ist so unser Ritual. Wir beten mittags, wird das Versterben auch bekannt gegeben, da wird auch ein Gebet gesprochen [...]. Was wir nicht mehr machen, ist, eine Kerze am Essplatz aufstellen, Kerze und Kreuz. [...] da haben sich unsere Bewohner dagegen gewehrt. Das fanden sie ganz fürchterlich, dass man dann [...] einem Kreuz und einer Kerze gegenüber sitzt. Das ging gar nicht, das mussten wir abschaffen.“ (H5-E2)

Die Ergebnisse der Analyse der Interviews mit Bewohner*innen und Angehörigen der Einrichtung lassen darauf schließen, dass das Versterben von Mitbewohner*innen offen kommuniziert und die Abschiedskultur von ihnen zumeist positiv erlebt wird. Je nach ihrem Einblick in den Heimalltag, finden in den Interviews unterschiedliche Abschiedsrituale Erwähnung, einschließlich der Möglichkeit, dass sich Nahestehende von verstorbenen Bewohner*innen verabschieden können:

„[...] natürlich ist man dann traurig, wenn jemand gestorben ist, [...] im Grunde so bekommt man dann gar nichts mit, das geht ganz still und leise, werden die aus dem Haus transportiert, [...]. Man erfährt es nur, dass die gestorben ist, das wird da bekannt gegeben, [...] dann wird auch eine kleine Trauerfeier manchmal gemacht, je nachdem, wie die Angehörigen das auch wollen, [...] bei einer Person, habe ich es miterlebt, da habe ich mich auch persönlich von verabschiedet, die war zurechtgemacht, lag in ihrem Bett, war richtig schön angezogen, war zurecht gemacht und eine Kerze stand da und ein Kreuz war auf ihrem Nachtschrank und so, das wird sehr nett gemacht, ja.“ (H5-B2)

„[...] bei manchen wird dann auch ein Andacht gemacht in der Kapelle, wenn die Leute das wollen, die

Angehörigen [...], wenn das bekannt gegeben wird, [...] wird dann noch ein Gebet gesprochen, alle gemeinsam [...], es wird eben dran gedacht, ja.“ (H5-B4)

„Es wird so ein kleiner Abschiedsaltar aufgebaut, also wenn jemand verstorben ist, mit einer Kerze, mit einem Kreuz, mit ein bisschen Blumen, sodass man dann sehen kann dort, es ist jemand verstorben und man sieht, wer verstorben ist.“ (H5-A4)

„[...] es gibt eine Bilderreihe auf dem Flur von den Bewohnern, die dort abgebildet sind, einzelne Bilder. Und die Bilder wurden dann abgenommen von der Wand. Und dann wurde in einer Ecke auf dem Flur eine Kerze aufgestellt, so eine Elektrokerze mit dem Foto und einem Spruch dazu gestellt. Und das war das deutliche Signal, der oder diejenige ist jetzt verstorben. [...] mir ist angeboten damals, doch, bei dem einen Pastor [...], meine Frau, die kannte ihn auch und wird sind dann da auch mal hingegangen. [...] Und als der dann verstorben war, das war das Nachbarzimmer, da hatte mir die Schwester tatsächlich das Angebot gemacht, ich könnte mich doch von ihm verabschieden. [...] Also das fand ich sehr einfühlsam, von der Schwester, also die das wusste, dass ich, jetzt nicht hochgradig guten Kontakt zu dem hatte, aber ich wusste, dass seine Töchter ganz weit weg sind.“ (H5-A3)

„[...] in der Zeit ist ein anderer Bewohner auf ihrer Station gestorben. [...] die wussten alle, dass es zu Ende geht mit dem, das hat man den Bewohnerinnen und Bewohnern gesagt. Und an dem Tag selber, das haben mir dann die Mitarbeiter erzählt, hat man im Frühstücksraum allen Bescheid gesagt, dass er in der Nacht verstorben ist. Und hat gemeinsam ein Gebet gesprochen für ihn. Und dann haben auch einige wohl geweint, weil sie das schon mitgekriegt haben. Und danach hat man dann aber auch gesagt: ‚Ja, jetzt wollen wir auch frühstücken. Und wir wollen uns des Lebens wieder freuen‘, [...] das fand ich sehr gut, dass den Patienten oder Bewohnern das gesagt worden ist, obwohl die eben alle dement sind. Aber irgendwie haben die das schon mitgekriegt. Und, ja, mir tat es auch leid, weil ich den Herrn ja auch kannte.“ (H5-A5)

Bemerkenswert erscheint, dass Bewohner*innen und Angehörigen über unterschiedliche Abschiedsrituale berichten, jedoch die Gestaltung von Erinnerungssteinen zu Beginn des Heimaufenthalts auch von den interviewten Bewohner*innen keine Erwähnung findet.

C6: Fallstudie 6 (Heim H6)

Heim H6 ist in einer Kleinstadt (rd. 17.000 Einwohner) im ländlichen Raum gelegen. Die seit über 60 Jahren bestehende Einrichtung kleinerer bis mittlerer Größe ist am Ort als Institution fest verankert, *„also ganz bekannt, ganz alteingesessen“* (H6-M1). Im Radius von 5 km des Postleitzahlbezirks weist der AOK-Pflegenavigator zwei und im Radius von 10 km 11 weitere Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege aus. Das zu einem Klinikverbund im Landkreis gehörende Krankenhaus am Ort verfügt über keine Palliativstation. In einer benachbarten Kleinstadt befinden sich ein Hospiz und die zentrale Geschäftsstelle des SAPV-Stützpunktes des Landkreises.

Heim H6 hatte sich an dem Vorläuferprojekt des Trägers beteiligt, in dem Projektwerkstätten zur Entwicklung einer Hospizkultur in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und die Verankerung von palliativpflegerischer Fachexpertise durch Weiterbildung von ein bis zwei Pflegefachkräften gefördert wurden (Arnold-Krüger 2016). Das Fortbildungsangebot „Palliative Praxis“ für eine breite bereichsübergreifende Verankerung von Basiskompetenzen wurde in der Folgezeit für die Qualifizierung einzelner Mitarbeiter*innen genutzt.

Erhebungszeitraum und Datenbasis. Heim H6 wurde nach der Absage der Projektbeteiligung durch eine Einrichtung im April 2021 nachrekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Mai bis August 2021. Realisiert wurden 14 Telefoninterviews, und zwar

mit 9 Beschäftigten und 5 Nutzer*innen. Sie verteilen sich bezogen auf die Zielgruppen wie folgt:

- Für die Ermittlung der Perspektive der Mitarbeitenden konnten 4 Interviews mit Schlüsselpersonen der Einrichtung (Leitungspersonen, Mitarbeitende mit übergreifenden Stabstellenfunktionen) und 5 Interviews mit Pflegenden und Betreuungskräften der Wohnbereiche geführt werden. Eine weitere Mitarbeiterin hatte ihre schriftliche Interviewzusage aufgrund zwischenzeitlicher personeller Engpässe in ihrem Arbeitsbereich zurückgezogen. Von den Interviewten verfügten 3 über eine Weiterbildung zur Palliativfachkraft.
- Zur Ermittlung der Nutzer*innenperspektive wurden 2 Bewohnerinnen und 3 Angehörige interviewt. Von den beiden interviewten Bewohnerinnen, war eine Bewohnerin im April 2020 in der 1. Welle der Corona-Pandemie in das Heim eingezogen. Bei 2 Angehörigeninterviews handelt es sich um After-Death-Interviews mit Angehörigen deren Familienmitglieder in dem Heim Ende 2020 bzw. Anfang 2021 „nicht an Corona gestorben, sondern mit Corona“ (H6-A3) gestorben sind. Interviewt wurden Angehörigem, die in unterschiedlichen Beziehungskonstellationen zu den Bewohner*innen stehen bzw. standen (Sohn, Ehefrau und Schwiegertochter).

Struktur der Einrichtung

Versorgungskapazität und baulich-räumliche Struktur. Mit knapp 100 vollstationären Plätzen handelt es sich bei Heim H6 um eine kleine bis mittelgroße Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuter Kurzzeitpflege. Das Heim liegt am Rand einer Kleinstadt. Die Innenstadt ist für mobile Bewohner*innen gut erreichbar. Es besteht eine Busanbindung des öffentlichen Personennahverkehrs zur Innenstadt und ins Umland.

Das Heim H6 gliedert sich in zwei Hauptbereiche, die sich auf einen modernisierten Altbau und einen damit verbundenen Neubau verteilen. In dem zweigeschossigen Neubau, befindet sich der Demenzbereich mit zwei beschützten Wohnbereichen. In diesem Bereich werden zugleich schwerstpflegebedürftige Menschen betreut, die nicht an Demenz erkrankt sind. Im dem „weitläufig“ angelegten Altbau befinden zwei gemischte Wohnbereiche, in denen eher „fittere“, primär somatisch erkrankte Bewohner*innen aber auch von Demenz betroffene Menschen leben, deren demenzielle Erkrankung „noch nicht so fortgeschritten“ ist (H6-E3). Im diesem Bereich werden Kurzzeitpflegegäste und im Ausnahmefall auch schwer pflegebedürftige Bewohner*innen betreut. Jeder Wohnbereich verfügt über Aufenthaltsräume, diverse Sitzecken und eine Wohnküche, die als Speisesaal dient und von Präsenzkraften der Küche mitbetreut werden.

In Heim H6 werden größtenteils Einzelzimmer vorgehalten. In jedem Bereich befinden sich vier Doppelzimmer, in denen zumeist Ehepaare leben. Alle Zimmer haben ein barrierefreies Duschbad und größtenteils einen überdachten Balkon. Sie sind möbliert, können aber mit eigenen Möbeln und Wohnaccessoires individuell gestaltet werden.

Das Heim wird von Bewohner*innen und Angehörigen als architektonisch ansprechendes Haus beschrieben. Es verfügt über einen Andachtsraum, der für Andachten, Gottesdienste und andere Veranstaltungen genutzt wird, über einen Kiosk, ein Café, einen Frieseur- und Fußpflegesalon. Im Außenbereich befindet sich eine überdachte Terrasse und

ein Demenz- bzw. „Sinnesgarten“ mit direktem Zugang für die Bewohner*innen des Demenzbereichs. Von Angehörigenseite wird der belebte Eingangsbereich und die zur Kommunikation einladenden Sitzecken auf den Wohnbereichen positiv hervorhoben („*Da sitzen die dann vorne und dann tauschen die sich untereinander aus.*“ H6-A2). Eine Bewohnerin betont, dass es sich um ein „*weitläufiges*“ und „*lichtes*“ Gebäude mit „*schönen*“ Zimmern handelt:

„Ich wohne im Obergeschoss, ein sehr schönes Zimmer [...] mit Balkon. [...] das ist also insgesamt ein helles, aber auch ein liches Haus, ein weitläufiges Haus, licht, weil eben die Wohnräume [...] zu einer Seite liegen und zur gegenüberliegenden Flurseite sind in den allermeisten Fällen Fenster, sodass man immer nach draußen ins Grüne gucken kann.“ (H6-B2)

Servicebereiche. Der Reinigungsdienst und ein Teil des Wäscheservices wurden an Fremdfirmen ausgelagert. Die Einrichtung verfügt über eine hauseigene Küche. Mittags werden täglich zwei Gerichte zur Auswahl und auf Anforderung Wunschkost angeboten. Die Pflegenden können über die Küche, spezielle Speisen und Getränke für die Bewohner*innen besorgen (lassen), was mit Blick auf die Versorgung von Bewohne*innen in Palliativsituationen positiv hervorgehoben wird. Die Qualität des Mittagessens wird von den Interviewten unterschiedlich beurteilt, während einige Beschäftigte und Nutzer*innen betonen, dass in dem Heim noch selbst „*frisch gekocht wird*“ (H6-M1), merken andere kritisch an, dass oft mit „*Fertigprodukten*“ (H6-M3) statt mit frischen Zutaten gekocht wird. Das Frühstück und Abendessen wird in Buffetform angeboten. Die Wohnküchen der Wohnbereiche werden von Präsenzkraften der Küche mitbetreut, die auch zwischen den Mahlzeiten für die Bewohner*innen da sind und sie mit Getränken versorgen.

Personelle Ressourcen. Sowohl Mitarbeitende der Wohnbereiche als auch Leitungspersonen verweisen darauf, dass das Heim verglichen mit anderen Pflegeeinrichtungen „*noch nicht unter so einem extremen Personalmangel*“ leidet und als Arbeitgeber durchaus attraktiv ist. Betont wird ein gutes Arbeitsklima, und dass in den letzten Jahren für die Mitarbeiter*innen „*einiges angestoßen wurde*“ (H6-M5). Neben der tariflichen Bezahlung (inkl. betrieblicher Altersvorsorge), wird in diesem Zusammenhang auf diverse Zusatzleistungen, wie eine vom Arbeitgeber getragene Lebensversicherung und auf „*coole Aktionen*“ für Belegschaft und Bewohner*innen verwiesen, die offenbar großen Anklang finden:

„So wie jetzt vor drei Wochen [...] so ein Food Truck, der halt sauleckere Burger macht, ((lacht)) für Bewohner und Mitarbeiter, bis zum Sattessen. Oder ein Pommes-Currywurst-Wagen und irgendwie so was, [...] nicht nur für Mitarbeiter, auch für Bewohner, dann immer am gleichen Tag, haben alle was davon.“ (E6-E2)

Auch wenn die Einrichtung personell „*eigentlich relativ gut aufgestellt*“ ist (H6–M3), treten immer wieder Phasen auf, in denen die Personalsituation aufgrund von „*Krankheit oder Kündigungen*“ (H6–M1) sehr angespannt ist. Die Einrichtung verfügt über einen Stamm langjähriger Mitarbeiter*innen („*Die sind über zwanzig Jahre da.*“ H6–E4). Im Pflegebereich ist jedoch die Fluktuation besonders unter jüngeren Mitarbeiter*innen ausgeprägt und „*qualifiziertes Personal zu finden*“ (H6–M2) schwierig:

„Neue Mitarbeiterinnen oder auch Mitarbeiter zu bekommen, das ist schon ein Problem [...] teilweise ist es so, die Menschen bewerben sich, passen aber auch irgendwo nicht zu diesem Team dazu, [...], unter dem Pflegeberuf haben sie sich etwas anderes vorgestellt. [...] ich merke so bei den, bei den jüngeren Mitarbeitern, die haben sich oft etwas anderes vorgestellt, also gerade so die, die gerade die Ausbildung gemacht haben.“ (H6–E4)

Als generelles Problem wird von einer Mitarbeiterin in diesem Zusammenhang angemerkt, dass an der Pflege über Jahre „*gespart*“ wurde und die Planstellen knapp bemessen sind. Bei der Erstellung der Dienstpläne wird „*minimal geplant*“, in Urlaubszeiten und bei krankheitsbedingten Personalausfällen „*bricht das ganze System zusammen*“ mit der Folge, dass die Mitarbeiter*innen am „*Limit*“ sind und „*unzuverlässige Dienstpläne*“, was die im stationären Bereich ohnehin durch Schichtarbeit geprägte Pflegetätigkeit nicht attraktiver macht:

„Es fehlt Personal. Fachpersonal, weil es ist die ganze Jahre so am Limit gespart (worden), [...], die Kräfte, die in den Heimen sind und auch, ja, mit Hingabe den Beruf machen, die sind am Limit. Da kommt auch, kommen wenig Leute dazu. Die jungen Leute, die wollen das auch gar nicht. In irgendeiner Weise kann ich es auch verstehen, Wochenende, Feiertage arbeiten, unzuverlässige Dienstpläne.“ (H6–M2)

Qualifizierung und Fortbildungskultur. Der Aus-, Fort- und Weiterbildung wird in Heim H6 ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Einrichtung engagiert sich als Ausbildungsbetrieb in der grundständigen Pflegeausbildung. Die Praxiseinsätze werden von einer/m Mitarbeiter*in mit Stabsstellenfunktion koordiniert und die Auszubildenden durch Praxisanleiter*innen im Sinn von Mentor*innen begleitet, was auch von Angehörigenseite positiv hervorgehoben wird:

„Das habe ich jetzt mitbekommen, dass hier in dem Seniorenheim Gott sei Dank Auszubildende sind. [...] die betreut werden und von so Ausbildern wirklich mit an die Hand genommen werden, [...] damit es da irgendwann genügend Nachwuchs gibt.“ (H6–A3)

Ein Personalentwicklungskonzept ist „*in Aufbau befindlich*“ (H6–E1). Für die Qualifizierung der Mitarbeitenden wird auf Angebote externer Bildungseinrichtungen zurückgegriffen. Neben Praxisanleiter*innen, gerontopsychiatrischen Fachkräften und Expert*innen für das Wundmanagement wurde und wird die Qualifizierung von Pflegenden für die Übernahme von Leitungspositionen, zur Palliativfachkraft und Gesprächsbegleiter*in für gesundheitliche Vorausplanung kontinuierlich gezielt gefördert:

„Wir haben hier im Haus fünf Palliativfachkräfte, [...]. Jetzt aktuell ist gerade wieder eine Fachkraft auf Weiterbildung, [...] es (Palliativpflege) wird ja auch immer mehr. Und es ist auch wichtig, dass man solche Fachkräfte im Haus hat.“ (H6–M5)

Externe Kooperation und Vernetzung.

Die medizinische (Grund-)Versorgung wird durch **ortsansässige Hausärzt*innen** getragen. Da die Bewohner*innen vorrangig aus dem Ort kommen, werden sie zumeist von ihren Hausärzt*innen am Ort weiterbetreut, mit denen auch das Heim H6 bereits recht

lange zusammenarbeitet („An sich arbeiten wir auch schon sehr lange mit Ärzten zusammen. Und da ist auch schon eine gewisse Vertrauensbasis.“ H6-E5). Mit zwei Gemeinschaftspraxen bestehen Kooperationsverträge, die die Versorgung neuer Bewohner*innen übernehmen, die von außerhalb kommen und deren bisherige Hausärzt*innen die Versorgung im Heim nicht gewährleisten können (H6-E1). Hausärzt*innen aus vier, fünf Praxen kommen im zwei- bis dreiwöchigen Turnus zur Visite. Von einzelnen heimversorgenden Gemeinschaftspraxen wird die kontinuierliche Betreuung der Bewohner*innen durch Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH) bzw. Nicht-ärztliche Praxisassistent*innen (NäPA) sichergestellt, was indes die ärztliche Visite vor Ort nicht gänzlich ersetzen kann:

„[...] durch die VERAH-Kräfte ist ja doch so ein gewisser Rhythmus drin. [...] die kommen alle 14 Tage, die machen Blutentnahme, da besprechen wir, welche Auffälligkeiten bei wem mir da aufgefallen ist. Sie geht dann in die Praxis, klärt das mit dem Arzt und ruft mich an. [...] Aber es sind ja auch manchmal so Sachen, [...], da kann ich ja nicht jetzt 14 Tage warten. [...] zwischendurch kommen ja auch Notfälle, wo man auch den Arzt hinzuziehen muss.“ (H6-M2)

„Es gibt natürlich auch ein, zwei Ärzte, die dann eher ihre NäPa-Kräfte [...] zu uns schicken. [...] die kommen dann auch alle zwei Wochen hier ins Haus. [...] Da ist es dann halt schwierig, wenn man dann den Wunsch äußert und auch sagt: Ja, es muss doch jetzt tatsächlich mal der Doktor dann mal einmal herkommen! Dann wird dann eher mal eben eine Videokonferenz kurz geführt und eine Wunde zum Beispiel per Videochat eben dem Arzt gezeigt. Wo wir uns dann halt auch einfach mal wünschen, dass, ja, der Arzt dann auch mal persönlich vorbeikommt. Und natürlich auch der Bewohner das vielleicht mal wünscht, ne?“ (H6-M5)

Besonders hervorgehoben wird die vertrauensvolle Kooperation mit einem Hausarzt, der Palliativmediziner ist („Da ist sehr viel Vertrauen schon da. Und das macht dann auch Spaß so, ne?“ H6-M3). Er kommt vierzehntägig bis wöchentlich zur Visite, zu Bewohner*innen in Palliativsituationen bei Bedarf auch engmaschig in das Heim und ist außerhalb der Praxiszeiten per Handy erreichbar:

„Es gibt aber auch, das muss ich jetzt auch also mal loben, den Doktor V. <Nachname> hier vor Ort, das ist ein Palliativmediziner. Und der ist da wirklich so flexibel, der ist dann, also der dann ist eigentlich, glaube ich, fast jeden Tag hier im Haus. [...] das (ist) sogar so, wenn der jemand als palliativ hat, wir haben gerade einen Fall, dann können wir den auch außerhalb der Sprechstunde auf dem Handy anrufen, ne?“ (H6-M3)

Außerhalb der Praxisöffnungszeiten wird bei den übrigen Bewohner*innen im Bedarfsfall der hausärztliche Notdienst eingeschaltet. Während die Kooperation mit Hausärzt*innen aus dem direkten Umfeld auch im Rahmen der Notfallversorgung recht eingespielt war, wird seit der Umstrukturierung des nunmehr landkreisweit organisierten Notdienstes im Zweifelsfall gleich der Rettungswagen gerufen, da es oft lange dauert bis sich die diensthabenden Notärzt*innen nach der Benachrichtigung der Notrufzentrale überhaupt zurückmelden und vor Ort sind:

„[...] dann muss es ja über den Hausärztlichen Notdienst gehen.... bin ich von dem System noch nicht wirklich überzeugt [...]. Weil es einfach unheimlich lange dauert, nicht unbedingt da jemanden ans Telefon zu kriegen, auch das Problem hat man manchmal, [...] aber dann wollen die schon tausend Sachen wissen, dann geben sie das an den Arzt weiter, der Arzt meldet sich dann bei uns. Also entweder ruft er dann noch an oder mit einem Mal steht er vor der Tür, das weiß man dann auch nie so genau. [...] es war früher einfacher, da hatten bei uns im Kreis die Hausärzte sich das aufgeteilt, wer wann Dienst macht. Wir hatten eine Liste und dementsprechend konnten wir anrufen, hatten gleich einen am Telefon und konnten das gleich klären. [...] das war eine Sache von fünf Minuten, da wusste man dann, okay, er kommt dann gleich oder er hat jetzt gesagt, okay, das ist jetzt nur Fieber, gebt ihm mal, was weiß ich, Paracetamol, Novalgin,

dann wird das schon wieder. Wenn nicht, meldet euch nochmal. Oder er hat dann gleich gesagt: ‚Ich schicke euch gleich einen Krankenwagen.‘ [...] im Zweifelsfall rufen wir jetzt einen Krankenwagen, weil wenn wir dann erst eine halbe Stunde oder Stunde rumdoktern müssen, könnte es gefährlich werden.“ (H6-M4)

Die fachärztliche Versorgung erfolgt in der Regel im Rahmen von Praxisbesuchen der Bewohner*innen, die über die Angehörigen oder von Einrichtungsseite organisiert werden. Regelmäßig in das Heim kommen eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, die im Bedarfsfall auch außerhalb der Praxiszeiten angerufen werden kann, ein Diabetologe und ein Zahnarzt.

Aus dem Krankenhaus am Ort und teilweise auch aus den weiteren Krankenhäusern im Landkreis kommen oft neue Bewohner*innen. Sie werden teilweise zunächst zur Kurzzeitpflege in das Heim H6 verlegt. Krankenhausbehandlungen der Bewohner*innen erfolgen zumeist im örtlichen Krankenhaus. *„Da kommen die dann einfach hin, aber eine Kooperation gibt es da nicht.“ (H6-E2).* Von Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche wird angemerkt, dass eine Art Konkurrenzgehebe zwischen *„Krankenhaus und Altenheim“* vorherrscht: Bei einer Krankenhauseinweisung wird bei den Bewohner*innen generell die Diagnose *„Exsikkose“* gestellt, werden dort aber offensichtlich nur unzureichend gepflegt:

„Die Zusammenarbeit ist halt immer ein bisschen schwierig. [...] ist so ein kleiner Konkurrenzkampf, Altenheim gegen Krankenhaus, Krankenhaus gegen Altenheim, [...]. Was wir halt wirklich als sehr lästig ansehen, ist, dass halt natürlich grundsätzlich die erste Diagnose bei jedem Bewohner Exsikkose ist. [...] Wir sind sehr bemüht, unsere Bewohner hier wirklich gut zu pflegen. Und wenn die Bewohner dann wiederkommen mit einem, ja, Dreitagebart, Fingernägel so lang und schmutzig. Also das ist für uns wirklich sehr enttäuschend, ne? Natürlich wissen wir auch, dass die Krankenhäuser Personalmangel haben.“ (H6-M5)

Eine enge Kooperation besteht mit dem Kirchenkreis. Die seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen und für Gespräche mit Mitarbeitenden in Krisensituationen steht eine Pastorin der örtlichen Gemeinde zur Verfügung. Von ihr und einer Lektorin der Gemeinde werden Andachten und der Gottesdienst im Heim getragen. Von Mitglieder der Kirchengemeinde, die sich in der Seniorenarbeit engagieren, wurde ein Besuchsdienst durch Ehrenamtliche mit einer Ausbildung zur Hospiz- und Trauerbegleitung aufgebaut, um Bewohner*innen am Lebensende im Heim zu begleiten.

Ergänzend wurde eine enge Kooperation mit dem Hospizverein des regionalen Palliativnetzes aufgebaut, dessen ehrenamtliche Hospizhelfer*innen auf Anfrage ebenfalls Bewohner*innen am Lebensende begleiten. Eine engere Kooperation wird seit einer Umstrukturierung des regionalen SAPV-Stützpunktes auch mit dem SAPV-Team angebahnt.

Gestaltung der Versorgung und des Lebens im Heim

Die Pflege ist aus Leitungssicht weitgehend nach dem Modell der Bereichspflege organisiert, da sich ein *„reines Bezugspflegesystem“* in der stationären Langzeitpflege nicht *„durchgängig“* realisieren lässt (H6-E1). Pflegefachpersonen, -assistent*innen, die Betreuungskräfte des begleitenden Dienstes und Präsenzkkräfte der Küche sind den Wohnbereichen und die Pflegenden in ihrem Bereich einem Schichtteam zugeordnet (*„In der Regel hat man halt seine feste Schicht mit seinen festen Kollegen.“* H6-M1). Auf jedem

Wohnbereich ist mindestens eine Mitarbeiter*in mit einer Weiterbildung zur Palliativpflegefachkraft tätig, die dem Team mit ihrer Expertise zur Seite steht. Seit Anfang des Jahres werden zudem strukturierte GVP-Gespräche durch eine zur Gesprächsbegleiterin geschulte Pflegefachkraft zu den Vorstellungen und Wünschen für die Versorgung am Lebensende angeboten. Von ihr werden seither auch Aufgaben des Einzugsmanagements übernommen.

Die personelle Besetzung in der Früh- und Spätschicht variiert je nach Schwerpunkt und Größe der Wohnbereiche. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ist der Nachtdienst mit zwei Pflegenden, darunter eine Pflegefachperson besetzt.

Einzug in die Einrichtung. Bei Anmeldung neuer Bewohner*innen werden Erstgespräche von der Pflegedienstleitung mit den Betroffenen geführt. In dem Rahmen werde grundlegende Informationen, wie persönlichen Daten, Hausarzt, das Befinden, und Einschränkungen erfragt und geklärt wird „*was erwartet der Mensch*“ und was geleistet werden kann (H6-E2). Sofern möglich führt die Pflegedienstleitung einen Hausbesuch durch, um sich vor Ort ein näheres Bild von den Ressourcen, Unterstützungserfordernissen und den bisherigen Lebensgewohnheiten und -umständen zu machen.

Am Tag des Einzugs widmen sich eine Pflegefachkraft und ein*e Mitarbeiter*in des Betreuungsdienstes den neuen Bewohner*innen und den sie ggf. begleitenden Angehörigen, um deren Fragen zu beantworten, medizinisch-pflegerische Informationen, Wünsche und Gewohnheiten für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermitteln. Das Aufnahmegespräch und die Pflegeplanung orientieren sich an dem Konzept der strukturierten Informationssammlung (SIS). In dem Rahmen wird auch geprüft ob „*Vorsorgedokumente*“ vorliegen und auf das Angebot eine GVP-Gesprächs hingewiesen, das jedoch erst näher angesprochen wird, wenn die Bewohner*innen nach einer gewissen Zeit von „*acht, zehn Wochen*“ angekommen sind (H6-E3). Vorliegende Vorsorgevollmachten und/oder Patientenverfügungen werden in die Pflegedokumentation aufgenommen („*Heute ist es doch oft schon so, dass die mit einer Patientenverfügung kommen, ne?*“ H6-M1).

Die Informationssammlung und Pflegeplanung werden im Verlauf der ersten Wochen vervollständigt. Betont wird, dass neue Bewohner*innen in der „*Eingewöhnungsphase von vier Wochen*“ jeweils „*besonders begleitet*“ werden („*Es ist halt so eine besondere Zeitspanne, wo man sich diesem Menschen dann nochmal besonders widmet.*“ H6-E2).

Es wird versucht, die Bewohner*innen in die Gemeinschaft einzuführen und zur Teilnahme an den gemeinsamen Mahlzeiten und Gruppenangeboten zu motivieren. Wenn gewünscht, können sie aber auch für sich bleiben und in ihrem Zimmer die Mahlzeiten einnehmen (H6-M1). Nach ca. 6 Wochen findet ein „*Eingewöhnungsgespräch*“ statt:

„*Erstmal ist es so, [...] dass die Pflegefachkraft den neuen Bewohner natürlich in Empfang nimmt. [...] das Zimmer zeigt, den Bereich zeigt. Dann wird sich natürlich um alle medizinischen, also Behandlungspflege kümmert. Und dann ist es so, dass die Betreuungskraft, die dann gerade im Dienst ist, sich wirklich [...] um die Neuaufnahme halt kümmert [...] vielleicht mit ihm dann auch schon in den Speisesaal geht und dort den anderen Bewohnern vorstellt. Dann ist es so, dass wir nach spätestens sechs Wochen nochmal das*

Eingewöhnungsgespräch führen, wenn das denn machbar ist mit dem Bewohner. [...] Aber da beziehen wir dann sonst auch die Angehörigen mit ein, die eigentlich auch immer einen relativ guten Kontakt dann zu uns haben. Ist natürlich auch unterschiedlich.“ (H6-M5)

Leben im Heim. Generell wird versucht, die Gestaltung der pflegerischen Versorgung und Begleitung der Bewohner*innen an den individuellen Wünschen und Gewohnheiten auszurichten, wenngleich der Tagesablauf durch die pflegerische Grundversorgung, Essenszeiten und die Angebote des Betreuungsdienstes am Vormittag und Nachmittag strukturiert ist. Betont wird, zumeist unter Verweis auf die Frühstückszeiten, dass in der Strukturierung des Tagesablaufs jedoch recht großzügige Zeitkorridore bestehen und berücksichtigt wird, ob die Bewohner*innen gern länger schlafen oder Frühaufsteher sind:

„Von halb acht bis neun, können die sich aussuchen, wann sie dann aufschlagen zum Frühstück, [...], wo mehr Unterstützung notwendig ist, da ist es natürlich schon ein bisschen strenger getaktet. Da muss dann die Pflegekraft halt zusehen, dass sie dann spätestens bis neun alle am Frühstückstisch sitzen hat. [...] Aber da wird auch in der Tagesstruktur (berücksichtigt) [...], ob das nun ein Langschläfer ist oder eher einer, der gerne früh aufsteht.“ (H6-E2)

Mit Blick auf Wahlmöglichkeiten wird hervorgehoben, dass das Frühstück in Büfettform angeboten wird („Also das ist wirklich ganz toll, finde ich, hier im Haus, und auch sehr würdevoll, dass die da entscheiden können und variieren können.“ H6-M1) und die Teilnahme an Gruppenaktivitäten den Bewohner*innen selbstredend frei steht („Manche nehmen gerne dran teil, manche organisieren sich selber.“ H6-M1). Allerdings wird im Demenzbereich eine relativ feste Tagesstruktur vorgeben:

„Manche, die schaffen ja gar nicht, sich einen normalen Tagesablauf für sich selber zu organisieren. Denen muss dann diese Tagesstruktur vorgegeben werden.“ (H6-M1)

Pflegebedürftige bettlägerige Bewohner*innen werden von den Betreuungskräften in Form von Einzelbetreuung begleitet, seien es Gesprächsangebote, basale Stimulation oder auch Gesellschaftsspiele mit Mitbewohner*innen in kleiner Runde im Zimmer der Betroffenen:

„Es gibt ja halt Bewohner, einmal die bettlägerig sind, [...] gar nicht mehr aus dem Zimmer kommen. Da wird dann zum Beispiel so basale Stimulation gemacht. [...] Man kann ja auch so Gesellschaftsspiele in den Zimmern machen. [...] ganz viele wollen einfach nur reden, [...] bisschen schnackeln eben halt [...]. Früher war es die Nachbarin, mit der man so am Zaun geschnackt hat. Und jetzt ist es eben halt dann anders, ne?“ (H6-M1)

Das Spektrum der Gruppenangebote des Betreuungsdienstes umfasst Singen, Puzzeln, Gesellschaftsspiele, Gedächtnistraining, Bewegungstraining, das Vorlesen von Geschichten oder Gedichten, bei dem Einzug neuer Bewohner*innen ggf. auch ein Sekt-empfang. Dabei wird versucht an die Vorlieben und frühere Aktivitäten, wie Stammtischrunden oder regelmäßige Besuche in einem Kosmetikstudio anzuknüpfen:

„Wir haben hier freitags vormittags immer einen Männerstammtisch. Der wird wirklich gut genutzt. Das ist auch bei den Angehörigen schon wirklich im Kopf, [...]. In der Zeit können wir einfach nicht kommen, da will Vater oder Mann unbedingt dran teilnehmen. Und...freuen unsere Damen sich immer sehr drauf, da ist donnerstags dieser Beauty-Tag, [...]. Da werden die Damen wirklich verwöhnt. Je nachdem, was sie denn gerne möchten. Sei es dann einfach, abgesehen von den Friseurterminen, die es sonst immer gibt, mal die Haare einfach schön aufgedreht bekommen, oder die Nägel lackiert oder auch einfach mal geschminkt werden, ne?“ (H6-M5).

Mittwochs wird jeweils auf Wohnbereichsebene durch die Betreuungskräfte und Präsenzkräfte ein Abendessen der Wahl gemeinsam mit den Bewohner*innen vorbereitet:

„Und was wir hier noch zusätzlich machen, ist, das ist immer mittwochs und dann abends, da gestalten die Bewohner beziehungsweise die Betreuungskräfte, Präsenzkräfte und Bewohner gemeinsam nochmal ein Abendbrot [...] die Betreuungskräfte dürfen sich dann auch die Sachen einfach mal selbst besorgen [...]. Weil ganz häufig ist es so, dass dann auch einfach mal spontan entschieden wird, was die Bewohner halt gerne essen möchten und, ja.“ (H6-M5)

Seitens der Kirchengemeinde werden im Heim freitags durch einen Organisten musikalisch begleitete Andachten von der Pastorin oder einer Lektorin der Kirchengemeinde angeboten. Sie werden von den Bewohner*innen gut angenommen. Demente Bewohner*innen werden zur Andachten begleitet. Auch wenn fraglich ist, ob sie die Predigt verstehen, kann die Teilnahme an den Andachten religiösen Menschen mit fortgeschrittener Demenz offenbar das Gefühl des „Dabeiseins“ und sich in vertrauten Ritualen wiederzufinden vermitteln:

„Wenn das Vater Unser zum Beispiel gebetet wird, da ist bei ihnen der Wortlaut so präsent, dass sie das immer mitbeten können. Und da spürt man eben, wie wichtig so was auch sein kann. [...] Dieses Gespür: ‚Ich kann, ich kann das. Also ich bin mittendrin irgendwo.‘“ (H6-E04)

Von den interviewten Bewohner*innen und Angehörigen werden die Versorgung und Begleitung nahezu durchweg positiv beschrieben. So betont der Sohn einer demenzkranken Bewohnerin, dass die Mutter umsorgt und auch auf ihr Erscheinungsbild geachtet wurde:

„Wir hatten immer das Gefühl, dass sie wirklich gut aufgehoben war. [...] die Pflegekräfte, die sie da betreut haben, die sie da gewaschen, angezogen haben, das war, wie soll ich sagen, [...] mit einer innerlichen Liebe ... Und sie hat jeden Tag was anderes angehabt, [...]. Man hat sich wirklich hervorragend um sie gekümmert. [...] Die Fußpflege ist gekommen, Friseur ist gekommen.“ (H6-A1)

Betont wird, dass die Pflegekräfte stets bemüht sind und trotz der im Versorgungsalltag vorherrschenden „Hektik“ für die Bewohner*innen zeitnah da sind, wenn sie Hilfe benötigen oder ein Anliegen haben und ihnen das Gefühl vermitteln, „umsorgt“ zu sein:

„Die sind immer in Hektik aber sie sind immer da wenn einer klingelt oder ruft. Oder auch nur auf den Flur, wenn ich da einen sehe und sage: ‚Kann ich mal eben?‘ oder: ‚Was ist das und das?‘, die bleiben immer stehen und geben fröhlich Auskunft. [...], mehr erwartet man doch nicht.“ (H6-B1)

„[...] obwohl ich ja nun keine ständige Pflege benötige, aber die Nachtschwestern, die schauen mindestens drei- bis viermal in der Nacht hinein. Sie begrüßen einen am Abend, [...] dann gehen sie von Zimmer zu Zimmer, [...] Das ist ein gutes Gefühl, [...] man fühlt sich umsorgt und wirklich betreut.“ (H6-B2)

„Also es waren so meine Erfahrungen auch mit den Pflegerinnen, dass die da sich sehr viel Mühe gegeben haben.“ (H6-A3)

Deutlich wird zudem, dass die Atmosphäre in der Einrichtung „angenehm“ erlebt wird. So betont ein*e Bewohner*in, dass auch ein freundlicher Umgangston der Mitarbeitenden untereinander gepflegt wird und mögliche „Unstimmigkeiten“ nicht zu den Bewohner*innen vordringen:

„Ich kann mir ja gut vorstellen, dass hinter den Türen unter den Mitarbeitern vielleicht ja doch mal das eine oder andere ungute Wort fällt, aber nach außen hin dringt nichts. Wir Bewohner [...] hören nichts von irgendwelchen Unstimmigkeiten. [...] Das ist ein sehr angenehmes Klima. [...] der Tonfall ist immer irgendwie freundlich.“ (H6-B2)

Angehörigenarbeit. Der Einbeziehung und Begleitung der Angehörigen wird in der Einrichtung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Von professioneller Seite wird betont, dass

in der ländlichen Region viele Bewohner*innen noch über ein enges familiäres und nachbarschaftliches Netz verfügen, wenngleich „*es immer auch*“ Bewohner*innen gibt, die keine Angehörigen (mehr) haben, oder deren Angehörige sich nicht um sie kümmern wollen oder können, weil sie nicht in der Nähe wohnen (H6-E1).

„Die Angehörigen sind ja für viele das A und O, [...], viele, also die Überwiegenden haben noch (Angehörige). [...] da ist ja immer ganz viel Kommunikation. Muss ja, ne, wenn sich da irgendwelche Situationen ändern [...] die Angehörigen spielen natürlich eine ganz große Rolle, [...] haben ein großes Mitspracherecht.“ (H6-M1)

Die Kommunikation mit den Angehörigen nimmt einen breiten Raum ein. Sofern möglich und von den Bewohner*innen gewünscht, werden sie von Beginn an in Entscheidungen über die Versorgungsgestaltung einbezogen, wie es auch von Angehörigenseite hervorgehoben wird:

„Wir sind immer wieder in allen Stationen, wie es meiner Mutter gut, schlechter, schlechter, noch schlechter ging, immer angesprochen worden [...] mit der Schilderung von verschiedenen Möglichkeiten informiert worden. Und wir haben dann gemeinsam in den Gesprächen für unsere Mutter das Beste rausgesucht. Und das ist dann meistens im Dreiergespräch gewesen. Einer vom Heim, meine Schwester und meine Wenigkeit, weil meine Schwester und ich.“ (H6-A1)

Angehörige werden darin bestärkt, weiterhin engen Kontakt zu den Bewohner*innen zu pflegen, mit ihnen auch zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen Außenaktivitäten zu unternehmen und an hausinternen Festen und Veranstaltungen teilzunehmen. Die Bewohner*innen können jederzeit Besuch empfangen:

„Bei uns gibt es keine Ausgangssperre, keine Besuchszeiten. [...], keine Schließzeiten in dem Sinne. Die Tür ist zwar nachts zu, [...]. Man muss dann klingeln, aber man kommt jederzeit rein.“ (H6-M3)

Soziale Teilhabe. Das Heim wird sowohl von professioneller Seite als auch von den Nutzer*innen als relativ offene, in der Region relativ fest verankerte Institution beschrieben. Großer Wert wird darauf gelegt, Bewohner*innen in das gemeinschaftliche Leben im Heim einzubinden. („*Grundsätzlich versuchen wir natürlich, die Menschen alle in die Gemeinschaft reinzukriegen.*“ H6-E2). Dem dienen die gemeinsamen Mahlzeiten im Kreis der Bewohner*innen und das Angebot an Gruppenaktivitäten durch den Betreuungsdienst, einschließlich von Gesellschaftsspielen im Zimmer bettlägeriger Bewohner*innen (H6-M1).

Neben den regelmäßigen Andachten und Gottesdiensten, werden jahreszeitliche und kirchliche Feste und für die Region typische saisonale Festessen, wie „*Grünkohl essen oder Spargel essen*“ (H6-M1) ausgerichtet, zu denen auch Angehörige eingeladen sind:

„Es gibt natürlich diese festlichen Veranstaltungen, die so stattfinden, so wie jetzt Donnerstag haben wir auch hier so ein kleines Maifest, so mit Maibowle und bisschen Musik. [...] in der Regel haben wir halt Singen, ist klar, Puzzeln, Gedächtnistraining, Sport, Andacht, kleine Kaffeerunden oder ... so einen Sekt-empfang, wenn da so neue Bewohner sind, dass man mal so einen Empfang macht.“ (H6-M1)

Wie es auch ein*e Bewohner*in berichtet, finden diverse Veranstaltungen, wie Konzerte statt, für die „*Pianisten oder so von außerhalb*“ oder auch „*Chöre*“ in das Heim kommen (H6-B2).

Die Verankerung im Ort findet ihre Entsprechung in dem ehrenamtlichen Engagement unterschiedlicher Gruppen und Vereine im Heim. Exemplarisch hierfür steht, die Begleitung (sterbender) Bewohner*innen durch Ehrenamtliche der örtlichen Kirchengemeinde

und den örtlichen Hospizverein. Als eines der Highlights im Heimaltag wird die wöchentliche „Kaffeestube“ hervorgehoben, die eine Gruppe ehrenamtlich engagierter Landfrauen mit selbstgebackenen Torten für die Bewohner*innen und ihre Gäste ausrichtet:

„Jeden Mittwoch ist hier Kaffeestube. Da gibt es selbstgebackene Torten von so Landfrauen, die das echt gut können. [...] Und das ist, wie wenn ich früher ins Café gegangen bin, [...] kann dann da halt so ein bisschen nett sitzen mit den Angehörigen und Kaffee trinken, ne?“ (H6-M1)

„Wir haben einen sehr schönen, großen Raum, [...] am Mittwochnachmittag wird dann immer schon alles eingedeckt. Und ehrenamtliche Damen backen dafür allwöchentlich mehrere Torten. [...] an diesem Mittwoch (kann man) sich auch Gäste einladen.“ (H6-B2)

„Einmal in der Woche gab es für alle Mann zusätzlich Torte, [...] die die Ehrenamtlichen da gebacken und verkauft haben. Das war immer eine ganz, ganz angenehme Zeit, wo man dann auch mit den anderen Bewohnern wirklichen Kontakt hatte [...]. Da hat man dann mit den eigenen Angehörigen am Tisch gesessen.“ (H6-A1)

Verankerung von Palliativkompetenz und Hospizkultur in der Einrichtung

Für die Verankerung von Palliativkompetenz und einer Hospizkultur war aus Leitungssicht in Heim H6 die Beteiligung an dem Vorläuferprojekt des Trägerverbands zur Förderung und Begleitung von hierauf bezogenen Projektwerkstätten wesentlich:

„[...] hätten wir uns nicht dran beteiligt, an dieser Projektwerkstatt [...], diesem Coaching über diese anderthalb Jahre, dann hätten wir es nicht so hingekriegt. [...] mit diesem Coaching, diesem immer wieder: ‚Habt ihr was gemacht? Was habt ihr gemacht? Wo steht ihr? Wo steht ihr nicht? Wo wollt ihr hin?‘ Diesen ganzen Prozess zu begleiten, das hätten wir alleine nicht hingekriegt. Wir hätten guten Willen gehabt, wir hätten ganz viel geschrieben, aber wir hätten es nicht rundgekriegt, so.“ (H6-E1)

Betont wird, dass auf Leitungsebene auch eine entsprechende Fachkompetenz erforderlich ist, um die Mitarbeitenden bei der Konzeptumsetzung adäquat zu unterstützen:

„Ich muss immer als Leitungsperson sowohl die Ausbildung (haben), mit dabei sein, [...], um es gut mit umsetzen zu können. [...] Hätte ich nur Mitarbeiter da hingeschickt und ich hätte nicht gewusst, um was es geht, oder nur so oberflächlich am Rand: „Na ja, dann macht mal“, dann, glaube ich, wäre es nicht so rund gelaufen.“ (H6-E1)

Von den Mitarbeitenden wird das partizipative Vorgehen hervorgehoben, wobei von ihnen zugleich betont wird, dass der Prozess maßgeblich von der Pflegedienstleitung angestoßen und mitgetragen wurde. Deutlich wird in den Aussagen zugleich ein von den Mitarbeitenden der Wohnbereiche lange gehegter Wunsch, sich von verstorbenen Bewohner*innen auch verabschieden zu können:

„Früher war das wirklich so, die sind gestorben, die haben ein Nachthemd angehabt und dann der Bestatter, die wurden abgeholt und das war es. Irgendwann haben, wir unter uns auch immer gesagt: ‚Wir kommen da gar nicht so gut mit klar, [...] wir hätten das ja schon gerne, dass man da irgendwie noch so ein bisschen Abschied nehmen kann.‘ [...] und da wurden dann immer mehr Sachen so ins Leben gerufen. [...] also da kamen bestimmt schon Vorschläge so von den Mitarbeitern. Aber letztendlich auch, denke ich schon, hat unsere Pflegedienstleitung da auch viel zu beigetragen. Weil ihr war das auch immer wichtig, dass, ja, dass die (Bewohner) einfach, ja, doch würdevoll sterben und würdevoll versorgt sind.“ (H6-M1)

Elemente der Sterbebegleitung und Abschiedskultur wurden mit Mitarbeiter*innen in den Projektwerkstätten von einer Projektgruppe und in Workshops auf Wohnbereichsebene entwickelt und eingeführt. Hierzu zählen ein Abschiedskoffer mit unterstützender Materialien für die Gestaltung der Sterbesituation und ein jeweils auf Wohnbereichsebene individuell gestaltetes Abschiedstuch. Die Möglichkeit, in schwierigen Entscheidungs-

tuationen auf eine Ethikberatung zurückzugreifen, besteht bisher nicht. Bei Bedarf werden Fallbesprechungen unter Einbeziehung der betreffenden Hausärzt*innen und Angehörigen anberaumt („*Ethikberatung haben wir tatsächlich hier noch gar nicht. Fallbesprechung zwischenzeitig immer mal wieder.*“ H6-E5).

Die eingeführten Abschiedsrituale umfassen Aussegnungen, Trauertische auf den Wohnbereichen, das Gedenken der Verstorbenen in Andachten und auf der „*Abschiedsseite*“ der vierteljährlich erscheinenden Heimzeitung sowie ein jährlicher Gedenkgottesdienst. Von Leitungsseite wird angemerkt, dass für Bewohner*innen der Abschiedstisch im Wohnbereich zunächst „*befremdlich*“ war, inzwischen auch in dem Sinne, das sie wissen, dass auch ihrer gedacht wird, wenn sie sterben, angenommen wird:

„[...] das (der Trauertisch ist) immer mit einem Bild und einem Spruch, wer verstorben ist. War zu Anfang für einige Bewohner, die schon lange hier waren, *befremdlich*. Aber mittlerweile ist es gut. Es gehen vielen an diesen Trauertischen vorbei, [...] dann bleiben die da stehen und finden das auch gut und wissen auch: „Wenn ich hier mal versterbe, dann geht das auch so.““ (H6-E1)

Parallel wurde die Weiterbildung von Pflegefachkräften eingeleitet, um auf den Wohnbereichen eine entsprechende Fachexpertise für die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen zu verankern („*Und dann haben wir hier Mitarbeiter schon in Palliative Care ausgebildet, weil wir immer die Idee hatten, [...] wir wollen eigentlich auch das leisten.*“ H6-E1). Ergänzend haben in jüngerer Zeit einzelne Mitarbeiter*innen an dem vom Trägerverband angebotenen Basis-Kurs „Palliative Praxis“ teilgenommen. Betont wird das Interesse, das Fortbildungsangebot zur Vermittlung von Basiskompetenzen gezielt für Mitarbeiter*innen der unterschiedlichen Bereiche künftig stärker zu nutzen, auch wenn die Fortbildungsinitiative nicht in Form von Inhouse-Schulungen genutzt wurde:

„Da habe ich aber keine Angebote jetzt weiter gesehen, wo wir nochmal Mitarbeiter hätten weiter hinschicken können. Weil das hätte ich dann nochmal genutzt. Da gibt es noch mehr Interesse. Ohne die große Palliative-Care-Ausbildung zu machen. [...], das ist sicherlich auch Corona geschuldet.“ (H6-E1)

Von einer zur GVP-Gesprächsbegleiterin geschulten Pflegefachkraft wird seit Anfang des Jahres die Vernetzung mit dem Hospizverein und dem SAPV-Stützpunkt ausgebaut und im Rahmen der GVP-Prozesse der Austausch mit den Hausärzt*innen vertieft.

Gestaltung der Versorgung am Lebensende

Das Konzept der Sterbebegleitung hat sich in der Versorgungspraxis weitgehend etabliert und wird von den an der Entwicklung beteiligten Mitarbeiter*innen engagiert getragen:

„Das hat sich gut etabliert. Das geben die Mitarbeiter auch gut weiter. Und es gibt aktuell noch [...] eine gute Basis an langjährigen Mitarbeitern, die ein großes Interesse haben, dass das auch so umgesetzt wird. Bei permanent wechselndem Personal und jungem Personal haben Sie ein Problem, die wachsen noch nicht so in diese Kultur rein. [...], die die Entwicklung mitgemacht haben und die ihre eigenen Vorstellungen da auch gut wiederfinden, die tragen das System auch mit.“ (H6-E1)

Das Zimmer im Sterben liegender Bewohner*innen wird durch das Anbringen des Abschiedstuchs an dem Türblatt für alle sichtbar gekennzeichnet („*Dann wissen eben die anderen Bewohner auch, also hinter dieser Tür, passiert etwas.*“ H6-E4). Für die Gestal-

tung des Zimmers wird der Abschiedskoffer und inzwischen auch ein über Spenden finanziertes Snoozle-Wagen genutzt. Die Materialien und Hilfsmitteln, wie z.B. Diffusor, audiovisuelle Technik für Lichteffekte und Hintergrundmusik werden je nach Präferenz der Bewohner*innen und ihrer Angehörigen eingesetzt, so dass *„jeder den Raum betreten kann und hat einfach schon das Gefühl, es ist eine schöne Atmosphäre, ne? Hier kann ich das als Angehöriger, als Gast gut aushalten.“* (H6-E1)

Die Betreuung der Bewohner*innen am Lebensende erfolgt in enger Abstimmung mit den behandelnden Hausärzt*innen und Angehörigen (z.B. Therapiezieländerungen, Schmerz- bzw. Symptomkontrolle). Betont wird, dass das Vorgehen in der Regel bereits im Vorfeld abgestimmt wurde, da Wünsche und Vorstellungen für die Versorgung am Lebensende der Bewohner*innen möglichst frühzeitig ermittelt werden.

„Wenn man wirklich sieht, dass der Bewohner in der Sterbephase ist, dann ist es grundsätzlich eigentlich so, dass, [...] zu 95 Prozent das mit den Angehörigen schon besprochen worden ist und auch mit den Ärzten, dass dann wirklich auch keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchgeführt werden.“ (H6-E5)

Dabei werden die Pflegefachkräfte der Wohnbereiche seit Anfang des Jahres durch die GVP-Fachkraft unterstützt. Sie führt auch in sich anbahnenden palliativen Situationen sofern möglich Gespräche mit den Bewohner*innen, Angehörigen und Hausärzt*innen in schwierigen Entscheidungssituationen und nimmt bei Bedarf den Kontakt zu den Akteur*innen des SAPV-Stützpunktes auf:

„Wenn die halt palliativ laufen, dann haben wir bei uns im Haus jetzt seit kurzem eine GVP-Kraft, die macht diese Gesprächsführung da, alles in dem Bereich mit Vollmachten, was soll gemacht werden, was soll nicht gemacht werden und, und, und. Die nimmt uns ganz viel ab und die nimmt auch Kontakt auf mit dem palliativen Stützpunkt, was Besuchsdienst oder Hospizdienst oder was auch immer angeht.“ (H6-M3)

Ziel der Begleitung sterbender Bewohner*innen ist, belastende Symptome hinreichend zu lindern, ihnen letzte Wünsche zu erfüllen und den Bewohner*innen ein Sterben in ihrem vertrauten Umfeld im Heim zu ermöglichen:

„Dann ist es so, dass natürlich im Vordergrund definitiv die Wünsche des Bewohners stehen. Also wir versuchen, alles Mögliche dem Bewohner noch, ja, zu ermöglichen. Sei es ein Essenswunsch, [...] nochmal in den Garten fahren, oder wie auch immer. Es ist wirklich halt, der Bewohner steht im Vordergrund. Und was hier wirklich ganz, ganz wichtig ist, dass wir immer versuchen natürlich, dass der Bewohner wirklich schmerzfrei ist. [...] wenn man halt merkt, dass er wirklich Schmerzen erleidet oder auch Unruhe erleidet, dass wir dann direkt halt auch mit dem Hausarzt dann nochmal Kontakt aufnehmen. Dass wir schauen, dass wir das wirklich gelindert bekommen.“ (H6-M5)

„[...] keine Schmerzen, keine Angst und keine Unruhe. Das sind die drei Faktoren, [...] wo wir drauf achten, mit dem Arzt sprechen und auch mit den Angehörigen. Und natürlich dann mit Medikamenten, da auch unterstützen. [...] wenn die so in einer Sterbephase sind, wird auch die Grundpflege meist immer ganz in Ruhe gemacht, nicht so unter Druck, [...]. Das Zimmer immer ordentlich aufgeräumt, immer wieder zwischendurch gelüftet. Immer zwischendurch kommt man ja immer wieder rein und befeuchtet den Mund, macht die Mundpflege. So ist praktisch der Ablauf.“ (H6-M2).

Hausärzt*innen und Angehörige werden in den Prozess einbezogen und geklärt, ob und in wieweit die Angehörigen die Begleitung wollen und können, sie werden ermutigt die Bewohner*innen zu begleiten und ihnen wird Unterstützung durch die Hinzuziehung der ehrenamtlichen Sterbebegleitung angeboten:

„Wenn es zu erkennen ist, [...] dass sich ein Bewohner in der Sterbephase befindet, dann ist es natürlich so, dass wir definitiv den Hausarzt miteinbeziehen und natürlich die Angehörigen. Dann sprechen wir erstmal mit den Angehörigen und fragen, ob die halt Mutter, Vater, wie auch immer, mit begleiten möchten, ob die sich das zutrauen. Wenn die sich das nicht alleine zutrauen, dann ist es so, dass wir dann den, entweder den Hospizverein oder halt die ehrenamtlichen Sterbebegleitungen [...] gemeinsam mit den Angehörigen die Begleitung machen lassen“ (H6-M5)

Die Mitarbeitenden der Wohnbereiche sind bestrebt im Sterben liegende Bewohner*innen und deren Angehörige zu begleiten, wobei in der Einrichtung die psychosoziale Begleitung zu wesentlichen Teilen durch ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiter*innen des Besuchsdienstes der Kirchengemeinde und seit jüngerer Zeit auch durch Hospizhelfer*innen des Hospizvereins am Ort getragen wird. Sie entlasten die Mitarbeitenden auch von Gesprächen mit Angehörigen in schwierigen Betreuungssituationen. Von Leitungsseite wird betont, dass die die Sterbebegleitung vorrangig tragende ehrenamtliche Mitarbeiterin zu einer „*Vertrauensperson*“ geworden ist, die „*einen sehr guten Zugang*“ zu Angehörigen und den Mitarbeiter*innen hat. Auch wenn die Rolle der Pflegefachkräfte auf die körperbezogene Pflege reduziert ist, ist es für sie beruhigend, zu wissen, dass „*der Mensch nicht allein ist*“, da sie kaum die Zeit finden, sich an das Bett der Bewohner*innen zu setzen:

„Dann rufen sie eigentlich diese Kraft an. Die kommt, die setzt sich mit den Angehörigen in Verbindung, [...] die dann auch einfach viel Zeit mitbringt. [...] die hat immer nochmal so ein kleines Netzwerk von zwei, drei (ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen), [...], die sie anrufen kann, wenn sie selber nicht kann. Die haben hier die Begleitung sichergestellt. War auch sehr gut, weil das einfach eine Vertrauensperson ist. Die hat einen sehr guten Zugang zu den Mitarbeitern. Sie hat einen sehr guten Zugang zu den Angehörigen. [...] Die ist auch bekannt, [...] die haben eine gute Kommunikation mit den Mitarbeitern, so dass das da ein sehr guter Austausch ist. [...] sie entlastet die Mitarbeiter in schwierigen Situationen bei Gesprächen mit Angehörigen. [...] begleitet die Angehörigen, [...] diese Hürde (ist), wenn es ins Sterben geht, eigentlich jemand anders da ist und die Mitarbeiter begleitend sind, aber nicht die Hauptrolle dabei spielen, ne, so. [...] Die nimmt manchmal den Mitarbeitern vielleicht auch die Show [...]. Aber vorrangig ist einfach diese Entlastung.“ (H6-E1)

„Und ich merke einfach auch so, dass das für die Mitarbeiter ganz wichtig ist [...] die Pflege braucht viel Zeit. Und sich an ein Bett, oder an das Bett eines Sterbenden zu setzen, ist nicht drin für die Mitarbeiter. Aber auf der anderen Seite ist es für sie eine große Beruhigung zu wissen, dieser Mensch ist jetzt nicht allein da. Die versorgen ihn natürlich, pflegen ihn, aber was sonst, sonst noch dazugehört, wird ihnen abgenommen. Und für mich hat sich im Laufe der Zeit auch rauskristallisiert, [...] ein Miteinander auch, [...] dass das eine Atmosphäre ist für alle, hm, hm dass man das gut aushalten kann.“ (H6-E4)

Die Aussagen der Pflegefachkräfte unterstreichen, dass die Integration der Begleitung sterbender Bewohner*innen in den Arbeitsablauf „*schwierig*“ ist und ihnen einen „*Spagat*“ abverlangt (H6-M3). Wenn die Angehörigen und/oder die ehrenamtliche Sterbebegleitung nicht vor Ort sind, versuchen sie zumindest zeitweise für die Bewohner*innen da zu sein, was im Team auch mitgetragen wird. Neben einer ausreichenden Anzahl von Palliativfachkräften wäre es aus Sicht der Mitarbeiter*innen anzustreben, dass in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ein Palliativpflegebereich eingerichtet wird,

wenn vermehrt Bewohner*innen mit palliativem Versorgungsbedarf aufgenommen werden:

„[...] es ist schon schwierig natürlich. Man hat ja nicht Zeit, [...], man nimmt sich die Zeit, mal immer wieder da reinzugucken. [...] manchmal ist es ja auch so, da ist alles organisiert, die Begleitung ist da, aber [...] Angehörige wollen mal nach Hause oder die müssen ja auch mal (ausruhen). Das heißt ja nicht, dass die permanent 24 Stunden da sitzen. [...] dann, es gibt schon dann Situationen, wo jetzt gar keiner da drin ist [...] an der Reaktion merkt man schon, ob die jetzt jemand haben wollen oder nicht. [...] Natürlich habe ich auch nicht unendlich Zeit. Der Tagesablauf geht ja (weiter), da müssen die Medikamente verteilt werden, da muss gespritzt werden, [...], das heißt, ich kann mich nur eine gewisse Zeit zurückziehen. Aber das wird schon auch von den Mitarbeitern unterstützt, ne?“ (H6-M2)

„Es gibt ja nicht umsonst Hospizeinrichtungen [...]. Wenn man jetzt als Pflegeeinrichtung sagt, [...] man nimmt auch Bewohner palliativ auf, würde ich mir von der Einrichtung [...] wünschen, dass Personal dahingehend geschult wird, mehr. [...] es gibt ja auch Palliativfachkräfte, wenn man da guckt, dass auf jedem Wohnbereich, ich würde schon fast sagen, in jeder Schicht mindestens eine Person das hat, [...] Einrichtungen, die das anbieten wollen, müssten dafür einem separaten Bereich bilden, wo es wirklich nur um Palliativ geht. Damit man diesen Spagat, den wir jetzt machen müssen (nicht machen muss), [...] dann geht man mit einem blöden Gefühl so ein bisschen nach Hause, weil man weiß, [...], dass das nicht das war, wie es vielleicht hätte sein können.“ (H6-M03)

Das Bemühen schwer kranke und sterbende Bewohner*innen in ihrem vertrauten Umfeld im Heim zu begleiten, wird gleichermaßen von Bewohner*innen und Angehörigen berichtet. So berichten die interviewten Bewohner*innen, dass sie sich erkundigt haben, was geschieht, wenn sich ihr Zustand verschlechtert und vertrauen darauf, dass sie in ihrem Zimmer bleiben können und nicht alleine gelassen werden:

„[...] da hatte ich mich erkundigt, ich sage: ‚Ja wo komme ich denn hin, wenn es mal zu Ende geht?‘ Ja, wenn ich tüddelig werde, komme ich in das Nebenhaus, weil ich dann ja Aufsicht haben muss [...]. Aber wenn man einfach krank wird, dann bleibt man bis zum letzten Tag ein seinem Zimmer, wenn man will, [...] und man wird fast nicht allein gelassen, nach dem Motto die machen dann Schichtdienst, einmal eine Schwester, mal eine Bekannte und so weiter, irgendeiner ist immer da.“ (H6-B1)

„[...] wenn ich hier ein langes Krankenlager haben müsste, dann bleibe ich ja in meinem Zimmer. Das ist ja auch das Schöne bei uns. Man braucht bei den letzten Atemzügen das Haus nicht zu verlassen. Man bleibt in seinem Stübchen, [...] das ist ein wirklich gutes Gefühl. Und ich glaube auch, dass das eine meiner ersten Fragen war, [...] wie wäre es in dem und dem Falle. Und doch gleich erleichtert hörte, dass das also bei uns so und so gehandhabt wird.“ (H6-B2)

Von den professionellen Akteur*innen werden Situationen in der Begleitung am Lebensende als schwierig und besonders belastend beschrieben, wenn gehäuft neue Bewohner*innen in der Sterbephase aus dem Krankenhaus in das Heim verlegt werden (z.B. H6-E2, H6-M4), wenn sich Angehörige und insbesondere Betreuer*innen über Patientenverfügungen hinwegsetzen und auf lebenserhaltenden Maßnahmen beharren und Angehörige nicht „loslassen können“ (z.B. H6-E2, E6-M1, E4-M4, E6-M3), sich hinziehende quälende Sterbeverläufe (z.B. H6-E3, H6-M5), wenn ungelöste familiäre Verwerfungen aufbrechen und von den Angehörigen Konflikte in der Sterbesituation ausgetragen werden (z.B. H6-E3, H6-E4).

Einbindung der ehrenamtlichen Hospizhilfe und Seelsorge. Von Leitungsseite wird betont, dass intendiert war, dass die Pflege die Begleitung am Lebensende trägt, es sich jedoch gezeigt hat, dass dies vom Pflegedienst auch mit Unterstützung durch den Betreuungsdienst in der Form nicht geleistet werden kann. Die Begleitung sterbender Bewohner*innen und ihrer Angehörigen wird daher maßgeblich durch eine ehrenamtliche

Mitarbeiterin koordiniert und getragen, die den Besuchsdienst der Kirchengemeinde aufgebaut hat und über eine Ausbildung zur Sterbe- und Trauerbegleiterin verfügt. Sie wird durch drei weitere ehrenamtliche Hospizhelfer*innen des Kirchenkreises unterstützt, die wie sie oft in der Einrichtung präsent und daher den Bewohner*innen auch bekannt sind. Sie ist zugleich Ansprechpartnerin und Vertrauensperson für die Mitarbeiter*innen und hat Aussegnungen einführt und Mitarbeiter*innen angeleitet, so dass sie sie durchführen können, falls die Pastorin oder sie verhindert ist (H6-E1).

Seit der Neustrukturierung des regionalen Palliativnetzes wurde in jüngerer Zeit die Kooperation mit dem dort angebundenen Hospizverein eingeleitet.

Auf Wunsch der Betroffenen und in besonderen Belastungssituationen steht die das Heim betreuende Pastorin der örtlichen Gemeinde für eine seelsorgerische Begleitung der Bewohner*innen, der Angehörigen und auch der Mitarbeiter*innen zur Verfügung.

Einbindung der SAPV. Nach den Aussagen der Führungskräfte und Mitarbeitenden ist die Einrichtung mit „fünf Palliativpflegekräften“ personell und fachlich gut aufgestellt, um eine qualifizierte palliativpflegerische Begleitung zu gewährleisten (H6-M5). Betont wird, dass ein Hausarzt, der zugleich Palliativmediziner ist, eine gute Versorgung der von ihm betreuten Bewohner*innen gewährleistet. Seit einer Umstrukturierung des SAPV-Palliativstützpunktes bestehen Bestrebungen einer stärkeren Vernetzung, die in der Einrichtung im Wesentlichen von der GVP-Fachkraft getragen werden.

Sofern von den jeweiligen Hausärzt*innen verordnet und von den Krankenkassen bewilligt, werden Bewohner*innen von dem Palliativstützpunkt in der Einrichtung mitbetreut. Die diesbezüglich auch von Leitungsseite eher seltenen Aussagen deuten darauf hin, dass vornehmlich eine Einbindung des Hospizdienstes und der Palliativmediziner*innen des SAPV-Teams in die Versorgung von Bewohner*innen in Palliativsituationen erfolgt:

„SAPV kommt auch ins Haus, aber das muss dann von der Kasse genehmigt werden, [...], das muss der Hausarzt dann halt bescheinigen, dass jetzt halt dieser Menschen an diesem SAPV teilnehmen soll. [...] Und die (der Palliativstützpunkt) haben dann ja ihren eigenen Hospizdienst und Palliativmediziner und die kommen dann zu uns und damit kooperieren wir dann auch.“ (H6-E2)

Abschieds- und Erinnerungsrituale

Nach dem Versterben von Bewohner*innen wird von den Mitarbeitenden des Wohnbereichs das Zimmer und der Leichnam der verstorbenen Bewohner*innen für die Aufbahrung zur Verabschiedung und Aussegnung „hergerichtet“. Die verstorbenen Bewohner*innen werden gewaschen, gebettet, „schick“ angekleidet mit Kleidungsstücken, die sie „gerne mochten“ (H6-M1). Das Zimmer ansprechend mit Trauersymbolen dekoriert und die Zimmertür mit dem Abschiedstuch gekennzeichnet, das von den Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche gestaltet wurde:

„Bei dem Bewohner, der verstorben ist, in dem Zimmer wird, wenn er verstorben ist, so ein, ein Abschiedstuch über das Türblatt gehängt. Das ist so ein großes, ein Meter mal zwei Meter, das auf beiden Seiten von den Mitarbeitern selber gestaltet wurde. und auch jeder Bereich für sich selber gestaltet hat. So dass jeder, der vorbeigeht, eben auch weiß, dass in dem Zimmer jemand ist, der verstorben ist.“ (H6-E1)

Aussegnungen sind in der Einrichtung zu einem festen Ritual geworden. Angehörige, Mitarbeitende und den Verstorbenen nahestehende Mitbewohner*innen werden eingeladen sich in dem Rahmen von verstorbenen Bewohner*innen zu verabschieden. Von Leitungsseite wird betont, dass die Aussegnung als Abschiedsritual für die Mitarbeitenden der Wohnbereiche fast eine größere Bedeutung hat als für die Angehörigen:

„Sie hat uns hier, gerade in der Anfangszeit, gut eingeführt mit den Aussegnungen. Wenn es möglich ist, macht sie das auch immer. Aber sie hat auch die Mitarbeiter eben auch schon dazu angeleitet und ermutigt, das auch zu machen, so dass das eigentlich auch schon so gang und gäbe ist. [...] Und da haben die Mitarbeiter für uns zurückgemeldet, das hatten wir so gar nicht im Blick, dass praktisch in solchen Verabschiedungsszenen diese Aussegnung sehr wichtig ist. Dass es denen fast mehr bedeutet wie den Angehörigen, weil sie sagen: "Das ist gut. Das ist für uns gut. Weil wir dann diesen Prozess auch abschließen können.“ (H6-E1)

Die Aussegnung als Abschiedsritual wird nach der Einschätzung einer Leitungsperson von rund 70 Prozent der hinterbliebenen Angehörigen angenommen:

„Und was ganz schön ist, die Verstorbenen werden wunderschön zurechtgemacht, es wird eine Kerze aufgestellt, es stehen Blumen da. Und der verstorbene Mensch ist noch einmal so im Mittelpunkt. [...] als Rückmeldung von den Angehörigen haben wir erfahren, dass dieser Moment für sie etwas ganz Wichtiges ist, weil die Begleitung kann ja unterschiedlich gewesen sein. Die Gesichtszüge des Menschen können in der Phase voll Schmerz gewesen sein, oder wie auch immer, man hat ja so Bilder im Kopf nach der Begleitung. Und wenn der Verstorbene dort liegt, ist ja alles ganz ruhig, entspannt. Und dieses Bild nehmen die Angehörigen mit. Und das, häufig wird gespiegelt, dass sie sagen, das ist manchmal nachhaltiger wie die Beerdigung.“ (H6-E04)

Inwieweit das Angebot unterstützender Gespräche der Trauerbewältigung durch die Pastorin für die Hinterbliebenen und Mitarbeitenden angenommen wird, lässt sich anhand der Interviewaussagen nicht ermessen. Deutlich wird, dass die Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche offenbar vor allem das Gespräch im Team suchen:

„Also wir versuchen wirklich schon ganz, ganz viel über solche Situationen zu sprechen. Wir hatten zeitweise mal Supervision. Das haben wir jetzt gerade aktuell nicht. Sind aber jetzt gerade wieder dabei, solche Runden wieder stattfinden zu lassen. Ansonsten, wie gesagt, die Besprechungen, die stattfinden, da versuchen wir dann natürlich auch schon, gerade solche schwierigen Fälle dann zu besprechen, ne?“ (H6-M5)

Auf dem jeweiligen Wohnbereich wird eine Trauerecke zum Gedenken an verstorbene Bewohner*innen eingerichtet. Bis zur Beerdigung wird dort ein Trauertisch mit dem Bild der Verstorbenen, einen Abschiedsspruch und einer Kerze aufgestellt (H6-E04):

„Die Bewohner sind, weil das hier so sehr weitläufig ist, eigentlich nur im Wohnbereich bekannt. Und bringt ja nichts, sowohl bei den Dementen als auch bei den anderen, die können sich keine Namen merken, aber die können sich Gesichter merken. Von daher ist das (der Trauertisch) immer mit einem Bild und einem Spruch, wer verstorben ist. War zu Anfang für einige Bewohner, die schon lange hier waren, befremdlich. Aber mittlerweile, mittlerweile ist es gut. Es gehen viele an diesen Trauertischen vorbei, [...]. Und dann bleiben die da stehen und finden das auch gut und wissen auch: „Wenn ich hier mal versterbe, dann geht das auch so.“ (H6-E1)

Den Verstorbenen wird in den wöchentlichen Andachten und der Heimzeitung auf der Abschiedsseite in Form eines Nachrufs gedacht. Der jährliche Gedenkgottesdienst, zu dem die hinterbliebenen Angehörigen eingeladen werden, findet in der Regel im Frühjahr nach Ostern statt. Für jeden Verstorbenen wird ein Stein mit dem Namen vorbereitet und eine Kerze angezündet. Der Gottesdienst wird durch ein Kaffeetrinken „zum Ankommen“ und ein anschließendes gemeinsames Essen mit Angehörigen und Mitarbeiter*innen gerahmt, um den Austausch von Erinnerungen zu ermöglichen:

„Und dann haben wir immer noch so als anderen Punkt, dass, wir im drauf folgenden Jahr rückwirkend ein

Kalenderjahr die Angehörigen zu einem Gedenkgottesdienst einladen. In der Regel ist das immer so eine Woche nach Ostern. Dass wir dann praktisch so mit einem gemeinsamen Kaffeetrinken anfangen, so ankommen, gemeinsam ankommen, dann eine gemeinsame Andacht, wo so eine Kerze entzündet wird und ein Stein dazugelegt wird mit dem Namen des Bewohners. Und dann hinterher nochmal ein gemeinsames Essen mit den Gästen ist und mit Mitarbeitern aus den Wohnbereichen. So dass die also auch immer Ansprechpartner haben, mit denen sie dann auch nochmal Erinnerungen austauschen können.“ (H6-E1)

Die Aussagen der interviewten Angehörigen und Bewohner*innen deuten darauf hin, dass sie die Begleitung der Bewohner*innen und auch die praktizierten Abschiedsrituale, soweit sie damit in Berührung gekommen sind, positiv erleben.

So wurde von dem Sohn einer Bewohnerin sowohl die Versorgung der Mutter als auch die „*als Angehörige*“ in der Sterbephase erhaltene Begleitung und das Abschiedsritual der Aussegnung nach dem Versterben der Mutter betont positiv beschrieben:

„[...] sie sollte keine Schmerzen haben. Dass man ihr dann mit Medikamenten dann die Schmerzen genommen hat. [...] Die Palliativbegleitung kam aus dem Heim [...] ganz lieb, ganz fürsorglich. Sie hat versucht, uns alle möglichen Sachen abzunehmen oder dabei zu sein. Ich würde mal sagen, Händchen halten bei uns, ne? [...] nachdem wir morgens dann weg gewesen sind, da war sie dann ja gerade eingeschlafen, dann hat das Heim gesagt: ‚Okay, wir handhaben es eigentlich so, dass wir sie dann aussegnen‘, [...]. Und dann hatte man unsere Mutter umgezogen, also man hat sie wirklich fein gemacht, [...] Man hat sie vernünftig gebettet, die Bettwäsche war neu. [...] Man hatte Kerzen dazu gestellt. Und dann haben sich alle Schwestern, die sie definitiv betreut haben, dann zu elf Uhr getroffen. Und sie ist dann ausgesegnet worden. [...] Und das war eigentlich eine ganz, ganz schöne Angelegenheit. Und man hat auch gesehen, dass die beteiligten Schwestern, dass es denen doch sehr, auch sehr, sehr nahe ging. [...] das ist meiner Meinung nach ein Anzeichen, dass die da nicht nur ihren Job gemacht haben, sondern dass sie auch mit dem Herzen dabei gewesen sind. [...] Zwei Schwestern sind extra gekommen zur Verabschiedung, die eigentlich gar keinen Dienst gehabt hätten. Also das fand ich schon beeindruckend. [...], es war aus unserer Blickrichtung die richtige Entscheidung, dass unsere Mutter dahin ist. Und auch die richtige Entscheidung, wie sie da behandelt worden ist.“ (H6-A1)

Ein/e Bewohner*in, die in dem Heim H6 eine befreundete Mitbewohnerin im Sterben mit begleiten „*durfte*“ betont, die „*würdige*“ Rahmung der Sterbebegleitung durch die Gestaltung des Zimmers und der Verabschiedung verstorbener Bewohner*innen durch die Aussegnung:

„Bei der einen Dame, mit der war ich jahrelang befreundet, da durfte ich stundenweise Sterbebegleitung mit machen. [...] was ich sehr, sehr würdevoll finde, man hat so ein Möbel, [...] dass man also bestimmte Musik, passende Musik abspielen konnte. [...] auf diesem Tisch, hat man eine große Schale mit einer rotierenden Kugel in einem Wasserbad, sodass da immer ein bisschen Feuchtigkeit im Raum verströmt. [...] Also das ist immer sehr, immer sehr, sehr angenehm. [...] Und wenn derjenige nun verstorben ist, dann fragt man die Bewohner, die unmittelbar an dem Zimmer Nachbarn sind und eben auch die Schwestern, [...] die werden dann gerufen. Und dann geht man in das Zimmer der Verstorbenen, [...] zu einer kleinen Aussegnung. Dann werden auch Bibeltexte gelesen, es wird ein bekanntes Lied dazu gesungen. Und es wird gebetet dazu. Und das ist eine Zeremonie, etwa vielleicht von zehn Minuten, Viertelstunde. Dann verabschiedet sich dieser kleine Kreis von dem Verstorbenen. [...] und natürlich, wenn derjenige verstorben ist, bemüht man sich ja auch noch, Verwandte, Angehörige anzusprechen, ob da noch eine Möglichkeit besteht, innerhalb kurzer, zwei, drei Stunden später oder so, zur Verabschiedung zu kommen.“ (H6-B2)

Ebenso positiv wird offenbar von Angehörigen das Gedenken verstorbener Bewohner*innen auf den Wohnbereichen erlebt:

„Und in allen diesen Trakten, [...] steht immer irgendwie ein Gedenktisch, Schränkchen, je nachdem. Wo dann das Bild des Verstorbenen aufgestellt wird, mit einer Kerze und einem Blumenkranz. Und an dem Tisch, wo derjenige seinen Platz hatte, am Esstisch, da wird dem auch in einer besonderen, sehr würdevollen Form gedacht. Das ist das dann, wenn jemand sein Leben gelassen hat. Das ist immer alles sehr, sehr würdevoll, ja. [...] das finde ich sehr gut [...] das passt auch zum Haus.“ (H6-B2)