

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim - ZiB



STUDIEN
BERICHT



Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim - ZiB

Studie zu Bedarf, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
des Modells „Zeitintensive Betreuung im
Pflegeheim – ZiB“

Dr. Grit Braeseke
Freja Engelmann
Lukas Wentz
Lennart Topalov
Isabelle Oehse
Nina Lingott

Endbericht

für die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung

Berlin, März 2023

gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Autoren

Dr. Grit Braeseke
Freja Engelmann
Nina Lingott
Isabelle Oehse
Lennart Topalov
Lukas Wentz

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	13
1. Hintergrund und Ziel der Studie	15
2. Methodik	17
2.1 Literaturrecherche	18
2.2 Retrospektive Falldokumentation der Versorgung Sterbender vor Beginn des ZiB-Projekts	21
2.3 Tätigkeitserfassung der ZiB-Kräfte	21
2.4 Befragung von Angehörigen und Interviews mit ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfängern	23
2.4.1 Befragung von Angehörigen	23
2.4.2 Qualitative Interviews von pflegebedürftigen Personen (ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger)	25
2.5 Befragung der ZiB-Kräfte	27
2.6 Abschlussbefragung der beteiligten Einrichtungen	29
2.7 Ethik, Datenschutz, Datenanalyse und -übermittlung	32
3. Rechtlicher Rahmen der Palliativversorgung	34
3.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)	35
3.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V)	37
3.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V	40
4. Empirische Erkenntnisse zum Stand der Palliativversorgung in Bayern	41
4.1 Ärztliche Palliativleistungen	42
4.2 Palliativversorgung im Pflegeheim	45
4.2.1 Erkenntnisse aus GKV-Routinedaten	46
4.2.2 Ergebnisse aus aktuellen Studien	47
4.2.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V	49
4.3 Hospiz- und Palliativnetzwerke	49
5. Konzept ZiB und teilnehmende Pflegeeinrichtungen	54
5.1 Konzept ZiB	54
5.2 Abgrenzung ZiB und „Regelversorgung“	56
5.3 Teilnehmende Heime im ZiB-Projekt	58
6. Evaluationsergebnisse	68
6.1 Dokumentenanalyse	69
6.2 Ergebnisse der retrospektiven Falldokumentation der Versorgung Sterbender vor Beginn des ZiB-Projektes	70
6.2.1 Charakteristika der retrospektiven Fälle	71
6.2.2 Arztkontakte, Notarzteinsätze und Notfalleinweisungen	73

6.2.3	Spezifische pflegerische Konzepte und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gem. § 132g SGB V)	75
6.2.4	Inanspruchnahme von Hospizbegleitung und SAPV	76
6.2.5	Notfallplan und Medikation	76
6.2.6	Charakteristika retrospektiv erfasster Fälle nach Sterbeort	78
6.3	Ergebnisse der Versorgung mit Zeitintensiver Betreuung	80
6.3.1	Charakteristika der durch ZiB-Kräfte versorgten Bewohnerinnen und Bewohner	80
6.3.2	Darstellung des Tätigkeitsspektrums der ZiB-Kräfte	85
6.3.3	Arztkontakte, Notarzteinsätze und Notfalleinweisungen	92
6.3.4	Notfallplan und Medikation	94
6.3.5	Veränderung spezifischer Indikatoren durch den Einsatz der ZiB-Kräfte	95
6.3.6	Ergebnisse der Interviews mit pflegebedürftigen Personen in einer palliativen Situation	105
6.3.7	Ergebnisse Angehörigenbefragung	108
6.4	Ergebnisse der Abschlussbefragungen	117
6.4.1	Ergebnisse der Befragung der ZiB-Kräfte	118
6.4.2	Ergebnisse der Befragung Leitungen	129
6.4.3	Ergebnisse der Befragung Kolleginnen und Kollegen der ZiB-Kräfte	137
7.	Schlussfolgerungen zum Projekt ZiB	144
8.	Anhang	146
A1	Retrospektive Falldokumentation	147
A2	Fallunabhängige Tätigkeitserfassung	148
A3	Fallabhängige Tätigkeitserfassung	149
A4	Nacherfassung zu Krankenhauseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätzen der versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner	153
A5	Informations- und Einwilligungsschreiben für die Angehörigenbefragung	155
A6	Angehörigenfragebogen	157
A7	Informations- und Einwilligungsschreiben für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger	163
A8	Interviewleitfaden für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger	165
A9	ZiB-Kräfte Befragung	170
A10	Einrichtungsbefragung: Leitungen	182
A11	Einrichtungsbefragung: Kolleginnen und Kollegen	192
	Literaturverzeichnis	201

Abbildungen	6
Tabellen	8
Abkürzungsverzeichnis	11

Abbildungen

Abbildung 1:	Datenerhebungen im ZiB-Projekt im Zeitverlauf	17
Abbildung 2:	Anpassung Tätigkeitserfassung	22
Abbildung 3:	Versicherte mit AAPV-Leistungen (2015/16)	43
Abbildung 4:	Versicherte mit SAPV-Leistungen (2015/16)	44
Abbildung 5:	Versicherte mit Leistungen stationärer Palliativversorgung (2015/16)	44
Abbildung 6:	Versicherte mit stationären Hospizleistungen (2015/16)	45
Abbildung 7:	Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben	46
Abbildung 8:	Standardisierte Hospitalisierungsrate und Versterben-im-Krankenhausrate für die einzelnen Bundesländer	47
Abbildung 9:	Übersicht zu den 25 stationären Hospizen im Freistaat Bayern im Jahr 2023	52
Abbildung 10:	Hospizvereine als regionale Projektkoordinatoren	55
Abbildung 11:	Abgrenzung ZiB und Regelversorgung	57
Abbildung 12:	Übersicht der Pflegeheime im ZiB-Projekt 2021-2022 in Bayern	59
Abbildung 13:	Motivation der Einrichtungen für die Teilnahme am ZiB-Projekt	66
Abbildung 14:	Retrospektive Falldokumentation - Zunahme der Arztkontakte (n = 325)	74
Abbildung 15:	Retrospektive - Häufigkeit der Notarzteinsätze (n = 325)	74
Abbildung 16:	Retrospektive - Häufigkeit der Notfalleinweisungen (n = 325)	75
Abbildung 17:	Medikation zur Symptomlinderung - Verteilung der Substanzgruppen (Mehrfachnennung; n = 127)	77
Abbildung 18:	Medikation zur Symptomlinderung - Verteilung nach Anwendungsart (Mehrfachnennung; (n = 127)	78
Abbildung 19:	Altersverteilung der ZiB-Fälle (n = 340)	82
Abbildung 20:	Versorgungsdauer der ZiB-Fälle (n = 340)	85
Abbildung 35:	Erbrachte durchschnittliche ZiB-Zeit in Minuten (fallabhängige und fallunabhängige Tätigkeiten) nach Einrichtungsgruppen	87
Abbildung 36:	Verteilung der erfassten fallabhängigen ZiB-Tätigkeiten nach ihrer Dauer (Dezember 2021 – Oktober 2022)	88
Abbildung 37:	Verteilung der erfassten fallabhängigen ZiB-Tätigkeiten (nach Anzahl der Nennungen) (Dezember 2021 – Oktober 2022)	89

Abbildung 38:	Verteilung der erfassten fallunabhängigen ZiB-Tätigkeiten nach ihrer Dauer* (Dezember 2021 – Oktober 2022)	91
Abbildung 39:	Verteilung der erfassten fallunabhängigen ZiB-Tätigkeiten nach Anzahl der Nennungen* (Dezember 2021 – Oktober 2022)	92
Abbildung 21:	Versorgung mit ZiB- Zunahme der Arztkontakte (n = 163)	93
Abbildung 22:	Versorgung mit ZiB - Häufigkeit der Notarzteinsätze (n = 163)	93
Abbildung 23:	Versorgung mit ZiB - Häufigkeit der Notfalleinweisungen (n = 163)	94
Abbildung 24:	Medikation zur Symptomlinderung - Verteilung nach Anwendungsart (n = 103, Mehrfachauswahl)	95
Abbildung 25:	Vergleich retrospektiv erfasster Fälle (n = 127) und ZiB-Fälle (n = 103): zusätzlich verabreichte Medikamente bei entsprechenden Symptomen* (Mehrfachauswahl)	102
Abbildung 26:	Angehörigenbefragung - Lebensqualität im Kontext des Sterbeprozesses (n = 74)	109
Abbildung 27:	Angehörigenbefragung - Einfluss auf Gestaltung des Alltags (n = 74)	110
Abbildung 28:	Angehörigenbefragung – Pflegezustand (n = 74)	111
Abbildung 29:	Angehörigenbefragung - Physische Gesundheit (n = 74)	112
Abbildung 30:	Angehörigenbefragung – ZiB-Kraft als verlässliche Ansprechperson (n = 74)	113
Abbildung 31:	Angehörigenbefragung – Nachkommen von Wünschen n = 74	114
Abbildung 32:	Angehörigenbefragung – Information und Partizipation (n = 74)	115
Abbildung 33:	Angehörigenbefragung - Zufriedenheit mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte (n = 74)	116
Abbildung 34:	Angehörigenbefragung - Vorteile und Weiterempfehlung von ZiB (n = 74)	117
Abbildung 40:	Wie lange arbeiten Sie in der Einrichtung? (ZiB-Kräfte, n = 59)	118
Abbildung 41:	Was genau woll(t)en Sie mit der Weiterbildung Palliativ Care erreichen? (ZiB-Kräfte, n = 51)	120
Abbildung 42:	Anerkennung und Wertschätzung für ZiB-Tätigkeit (ZiB-Kräfte, n = 44)	123
Abbildung 43:	ZiB-Tätigkeit und Arbeitsabläufe (n = 44)	124
Abbildung 44:	Häufigkeit von Standards/Verfahren - Veränderung seit ZiB (Anteil „Häufiger“, n = 43)*	125

Abbildung 45:	Häufigkeit von genutzten Unterstützungsmöglichkeiten/Angeboten - Veränderung seit ZiB (Anteil „Häufiger“, n = 42-43)	125
Abbildung 46:	Aussagen zur Versorgungsqualität (Anteil „Trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 42)	126
Abbildung 47:	Arbeitszufriedenheit in der Pflege (ZiB-Kräfte, n = 42)	127
Abbildung 48:	Aussagen zur palliativen Versorgungssituation (Anteil „Trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)	130
Abbildung 49:	Aussagen zum Einfluss des ZiB-Projektes (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)	131
Abbildung 50:	Aussagen zu Standards/Verfahren Veränderungen seit ZiB (Anteil „Häufiger“, n = 28)	132
Abbildung 51:	Arbeitsabläufe und -organisation – Veränderungen seit ZiB (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)	133
Abbildung 52:	Fachliche Rolle der ZiB-Kräfte (Anteil „trifft eher bis voll zu“, n = 28)	134
Abbildung 53:	Auswirkungen auf die Zufriedenheit und Außenwirkung von ZiB (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)	136
Abbildung 54:	Aussagen zur palliativen Versorgungssituation (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)	138
Abbildung 55:	Arbeitsabläufe (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)	139
Abbildung 56:	Veränderung Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten seit ZiB (Anteil „häufiger“, n = 34)	140
Abbildung 57:	Veränderung von Arbeitsabläufen seit ZiB- aus der Sicht der Kolleginnen und Kollegen (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)	141
Abbildung 58:	Aussagen zur Versorgungsqualität aus der Sicht von Kolleginnen und Kollegen (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)	142
Abbildung 59:	Auswirkungen durch die Umsetzung von ZiB in den Pflegeeinrichtungen	144
Tabellen		
Tabelle 1:	Aktueller Stand der Datenerhebungen im Projekt ZiB	18
Tabelle 2:	Identifizierte Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Qualität palliativer Versorgung	19
Tabelle 3:	Aufbau des Angehörigenfragebogens	24

Tabelle 4:	Kategoriensystem zu den Interviews mit den pflegebedürftigen Personen	27
Tabelle 5:	Hypothesen für die ZiB-Kraft Befragung	28
Tabelle 6:	Hypothesen Einrichtungen: Leitungen	30
Tabelle 7:	Hypothesen: Kolleginnen und Kollegen	32
Tabelle 8:	Übersicht Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke in Bayern	50
Tabelle 9:	Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen gem. SGB V und Aufnahmekriterien ZiB	57
Tabelle 10:	Aufbau der Einrichtungskonzepte	59
Tabelle 11:	Platzzahlen und Angaben zu den Verstorbenen 2019 und 2020 (Basis: Einrichtungskonzepte)	61
Tabelle 12:	Anzahl der Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung (in Vollzeitäquivalenten, Basis: Einrichtungskonzepte)	62
Tabelle 13:	Anzahl der ZiB-Kräfte mit Palliative Care Weiterbildung und Beschäftigungsumfang im Projektverlauf	63
Tabelle 14:	Auswertung des ZiB-Vorläuferprojekts	70
Tabelle 15:	Charakteristika der retrospektiven Fälle (n = 325)	71
Tabelle 16:	Klassifikation der ICD-10-GM- Kapitel	72
Tabelle 17:	Inanspruchnahme von Hospizbegleitung und SAPV	76
Tabelle 18:	Auswertung der retrospektiv erfassten Fälle nach Sterbeort	79
Tabelle 19:	Charakteristika der ZiB Fälle	81
Tabelle 20:	Diagnosen nach Klassifikation der ICD-10-GM-Kapitel der verstorbenen Fälle mit ZiB	83
Tabelle 29:	Tätigkeitserfassung (fallabhängig) - Kategorie „sonstiges“	89
Tabelle 30:	Tätigkeitserfassung (fallabhängig) - Kategorie Grundpflege	90
Tabelle 31:	Tätigkeitserfassung (fallabhängig) - Kategorie Gespräch mit Bewohnerin/Bewohner	90
Tabelle 32:	Tätigkeitserfassung (fallunabhängig) - Kategorie „sonstiges“	91
Tabelle 21:	Retrospektiv erfasste und ZiB-Fälle - Sterbeort	95
Tabelle 22:	Retrospektive und ZiB-Tätigkeitserfassung – Häufigkeit erfasster Diagnosen	96
Tabelle 23:	Klassifikation der ICD-10-GM- Kapitel der Fälle ohne und mit ZiB bezogen auf Fallzahl	97

Tabelle 24:	Auswirkungen von ZiB auf die Indikatoren Arztkontakte, Notarzteinsätze und Krankenseinweisungen	99
Tabelle 25:	Überprüfung einzelner Indikatoren auf Signifikanz	101
Tabelle 26:	Auswirkungen von ZiB auf die Indikatoren Medikation und Bedarfsmedikation	101
Tabelle 27:	Kosten für ZiB je Pflegeheim (pro Monat, bei zwei ZiB-Kräften)	103
Tabelle 28:	Kostenvergleichs für Krankenhausaufenthalte in den letzten vier Wochen vor dem Versterben, Fälle ohne und mit ZiB	104
Tabelle 33:	Beweggründe für ZiB-Kräfte (n = 51)	119
Tabelle 34:	Aussagen zur Koordination der Hospizvereine (n = 47)	120
Tabelle 35:	Neue fachliche Rolle im Arbeitsalltag (Kolleginnen und Kollegen)	122
Tabelle 36:	Neue fachliche Rolle im Arbeitsalltag (Bewohnende und Angehörige)	122
Tabelle 37:	Zeitbedarf pro Monat für ZiB für ein „ZiB-Team“ aus Sicht der Leitungskräfte (n = 9, 17 fehlende Angaben)	135

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AT	Arbeitstage
BA	Betreuungsassistenten/innen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BQKPMV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
CODE	Care of the Dying Evaluation
EBM	Einheitliche Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
HPN	Hospiz- und Palliativnetzwerk
HSAL	Hamburger Schmerz-Adjektiv Liste
ICD10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblem – German Modification
MA	Mitarbeiter/in
MD	Medizinischer Dienst
MDS	Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NetHPV	Netzwerk Hospiz – und Palliativ-versorgung Erlangen und Erlangen-Höchstadt
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PSK	Patientenverfügung bei schwerer Krankheit
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung

Abkürzung	Erläuterung
SGB	Sozialgesetzbuch
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
SWC-EOLD	Satisfaction With Care at the End of Life in Dementia
QMPR	Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (Studie des WIdO)
QODD-D-Ang	Quality of Dying and Death, Angehörigenversion
QOD-LTC	Quality of Dying in Long-Term Care
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZiB	Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim
ZK	ZiB-Kraft
Z. n.	Zustand nach

Zusammenfassung

Der Versorgung von schwerstkranken Menschen am Lebensende (Palliativversorgung) wurde in Deutschland in den letzten Jahren leistungsrechtlich im Rahmen der Krankenversicherung (SGB V) deutlich ausgebaut. Der entsprechende Aufbau der Versorgungsstrukturen scheint allerdings noch nicht in ausreichendem Maße erfolgt zu sein. Aus Studien geht hervor, dass nur ein Drittel der verstorbenen Personen hierzulande in den letzten sechs Lebensmonaten mindestens eine Palliativleistung erhalten hat – international wird der Bedarf an Palliativleistungen am Lebensende auf 56 – 83 % der betroffenen Personen geschätzt (1). Auch Ergebnisse zur Palliativversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern weisen auf eine Unterversorgung am Lebensende sowohl im palliativmedizinischen als auch -pflegerischen Bereich hin (u. a. ein hoher Anteil von Personen, die ungewollt im Krankenhaus versterben und eine hohe Anzahl von Krankenhauseinweisungen in den letzten vier Wochen vor dem Versterben). Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass spezifische palliativpflegerische Leistungsansprüche, die u. a. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für ambulant versorgte Personen bestehen, im Pflegeheim nicht zum Tragen kommen.

Angesicht dieser Situation und der wachsenden Bedeutung von Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde 2015 vom Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e. V. das Modellprojekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim“ (ZiB) umgesetzt und nach erfolgreicher Pilotierung mit Unterstützung der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung auf weitere Landkreise in Bayern ausgeweitet.

Grundidee des Modells ZiB ist auf der einen Seite die gezielte Förderung der fachlichen Qualifizierung von Pflegefachkräften im Bereich Palliative Care und auf der anderen Seite die Bereitstellung von zusätzlichen Zeitkontingenten für die Umsetzung der Palliativversorgung. Erreicht wird letzteres durch eine zusätzliche Anstellung von Pflegefachkräften mit Weiterbildung in Palliative Care bei einem Hospizverein, um den Pflegefachkräften in ihrer eigenen Pflegeeinrichtung monatlich explizit zusätzliche Arbeitszeit für die Palliativpflege zu ermöglichen. Gesteuert und fachlich begleitet wird der Einsatz der sogenannten ZiB-Kräfte von einer lokalen Koordinationskraft im Hospizverein.

Ziel der Evaluation des ZiB-Projekts war es, die Auswirkungen dieser zusätzlichen, zeitintensiven pflegerischen Betreuung von Heimbewohnern in der Sterbephase auf die Betroffenen selbst, deren Angehörige, die ZiB-Kräfte und die weiteren Pflegekräfte sowie auf die allgemeinen Arbeitsabläufe in den Pflegeeinrichtungen zu ermitteln.

Methodisch wurde im Rahmen der Evaluation ein Schwerpunkt auf quantitative Erhebungen gelegt (Falldokumentationen, Tätigkeitserfassungen und (Online-)Befragungen der verschiedenen Akteure). Vertiefend wurden qualitative Interviews mit Personen am Lebensende geführt (vgl. zur Methodik ausführlich Kapitel 2).

Eine umfassende Darstellung des rechtlichen Rahmens der Palliativversorgung (Kapitel 3) und der empirischen Erkenntnisse zum Stand der Palliativversorgung, mit besonderem Blick auf Daten für Bayern (siehe Kapitel 4) diente vor allem dazu, die

Hintergründe für die beobachteten Defizite transparent zu machen, sowie Benchmarks als Vergleich für die Studienergebnisse zu identifizieren.

Kapitel 5 enthält eine ausführliche Beschreibung des ZiB-Konzeptes und dessen Erprobungsphasen seit 2015. Weiterhin erfolgt eine Einordnung der ZiB-Leistungen in den bestehenden rechtlichen Rahmen (siehe dazu Abschnitt 5.2). Am Ende des Kapitels werden die an der Studie teilnehmenden Pflegeeinrichtungen vorgestellt.

Die Evaluationsergebnisse werden im Kapitel 6 vorgestellt. Es folgen zunächst die Ergebnisse zur Beschreibung des Leistungsgeschehens in den teilnehmenden Einrichtungen vor Beginn der Einführung von ZiB (Abschnitt 6.2, retrospektive Falldokumentation). Um die außergewöhnliche Zeit der Corona-Pandemie auszuklamern, wurde als Vergleichszeitraum das Jahr 2019 gewählt. Auf Basis der Pflegedokumentation haben die Pflegeeinrichtungen versorgungsrelevante Daten zu Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben, die 2019 verstorben sind. Diese Personengruppe diente als Vergleichsgruppe für die Personen, die am Lebensende eine ZiB-Versorgung erhalten hatten.

Die Ergebnisse der Versorgung mit zeitintensiver Betreuung für Menschen am Lebensende in Pflegeheimen sind in den Kapiteln 6.3 und Kapitel 6.4 enthalten. Dort finden sich Aussagen zur Charakteristik der insgesamt 340 dokumentierten ZiB-Fälle (Alter, Geschlecht, Diagnosen) sowie zu spezifischen Indikatoren des Versorgungsgeschehens (u. a. Notarzteinsätze und Notfalleinweisungen ins Krankenhaus am Lebensende, Notfallplan und Medikation etc.). Weiterhin wird das Spektrum der im Rahmen von ZiB erbrachten fallbezogenen und fallübergreifenden Leistungen beschrieben. Ebenso werden die Ergebnisse der Befragungen der Personen am Lebensende und ihrer Angehörigen, der ZiB-Kräfte, deren Kolleginnen und Kollegen sowie von Leitungskräften in den Pflegeeinrichtungen berichtet.

Insgesamt lässt sich anhand der Studienergebnisse schlussfolgern (siehe Kapitel 7), dass ZiB nachweislich zur Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeheimen beiträgt. Es konnten einerseits signifikante Verbesserung bei den Indikatoren Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze in den letzten vier Wochen vor dem Versterben ermittelt (vgl. dazu Kapitel 6.3.5) und andererseits eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung bei den Personen am Lebensende und ihren Angehörigen nachgewiesen werden. Der Anteil der im Pflegeheim verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner konnte deutlich von 66,2 % (2019, vor ZiB) auf 93,5 % (mit ZiB) erhöht werden.

Nicht zuletzt trägt ZiB auch nachweislich zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Pflege(fach)kräften bei – dies bestätigten sowohl die ZiB-Kräfte selbst als auch deren Kolleginnen und Kollegen. Aus Sicht der Leistungskräfte erhöht sich auch die Arbeitgeberattraktivität der an ZiB teilnehmenden Pflegeheime – ein weiterer positiver Effekt, der zur Sicherung der Fachkräftebasis beiträgt.

Abschließend ist festzuhalten, dass die dauerhafte Etablierung von ZiB einer regelhaften Finanzierung bedarf – die Potentiale dieses Ansatzes für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wurden in einem Exkurs am Ende des Abschnitts 6.3.5 herausgearbeitet.

1. Hintergrund und Ziel der Studie

Der Versorgung von schwerstkranken Menschen am Lebensende (Palliativversorgung) wurde in den zurückliegenden Jahren seitens des Gesetzgebers größere Aufmerksamkeit gewidmet. Neben den Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), die vor allem von Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten (insb. Onkologen) durchgeführt werden (1), besteht für Versicherte der GKV seit 2007 ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V), die auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung sowohl im Haushalt der schwerstkranken Menschen bzw. ihrer Familien, als auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erbracht werden kann. Ferner wurde mit dem 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) in § 132g SGB V die Möglichkeit für stationäre Pflegeeinrichtungen geschaffen, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ anzubieten. Der GKV-Spitzenverband hat 2017 die gesetzlich geforderte Vereinbarung mit den Wohlfahrts- und Trägerverbänden über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung getroffen.

Fachleute sind sich einig, dass die „Notwendigkeit für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Palliativversorgung in Deutschland“ besteht und dass dieser Anspruch bisher noch nicht erfüllt wird (2). So ist zu konstatieren, dass der Zugang zu palliativen Einrichtungen, wie z. B. Hospizen, bisher nicht für alle Betroffenen möglich ist, weil die Wartelisten oft lang sind. Auf Basis internationaler Erfahrungswerte wurde bei 56 % bis 83 % der Menschen in den letzten sechs Lebensmonaten ein Bedarf an Palliativversorgung festgestellt. Ditscheid et al. (2020) ermittelten anhand von Daten der BARMER GEK für im Jahr 2016 verstorbene Personen einen Anteil von 32,7 % mit mindestens einer Palliativleistung in den letzten sechs Monaten vor dem Sterbedatum (1).

Als Ausdruck einer suboptimalen Versorgung und Begleitung am Lebensende dürften auch die Entwicklungen bei Sterbefällen im Krankenhaus zu werten sein: So stieg in der Altersgruppe ab 65 Jahre im Zeitraum 2007 bis 2015 die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen, die eine Intensivtherapie erhielten, dreimal so schnell wie die der Krankenhaustodesfälle insgesamt (3). Die Autoren der Studie halten es für fraglich, dass die Intensität der Versorgung (Intensivtherapie im Krankenhaus) in allen Fällen angemessen und den Patientenwünschen entsprechend sei (ebd.). Auf bestehende Versorgungsmängel deuten auch die starken regionalen Unterschiede in der Häufigkeit des Versterbens im Krankenhaus hin (4).

In einer aktuellen Befragung, in der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen nach dem gewünschten Sterbeort befragt wurden, gaben nur ca. 15 % das Krankenhaus an. 63 % wünschten sich, in ihrer vertrauten Umgebung, also dem Pflegeheim, zu versterben. Personen mit einer vertrauten Pflegeperson in den Einrichtungen gaben dabei häufiger an, im Pflegeheim versterben zu wollen. Nach den Ergebnissen einer kürzlich publizierten Stu-

die auf Grundlage der Daten einer großen Krankenkasse versterben jedoch tatsächlich etwa 30 % der Pflegeheimbewohner im Krankenhaus, ein auch im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoher Anteil (5).

Dies zeigt, wie wichtig eine Verbesserung der palliativen Versorgung und Begleitung von Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen ist. In der Realität ist dies aber, aufgrund des hohen Zeitbedarfs für eine angemessene Begleitung sowie bedingt durch Personalknappheit und teilweise fehlende fachliche Qualifikation des Personals, oft nicht fachgerecht umsetzbar, so dass die Wünsche und Vorstellungen von Sterbenden vielfach in den Hintergrund geraten. Dies wirkt sich negativ auf die Betroffenen, deren Angehörige und auch auf die beruflich Pflegenden aus.

Die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung hat es sich zur Aufgabe gemacht, diesem Missstand entgegenzuwirken und möglichst vielen Heimbewohnern ein Sterben in der vertrauten Umgebung und mit fachkundiger palliativer Begleitung zu ermöglichen. Das Projekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB“ erprobt eine spezielle Versorgung am Lebensende, die von qualifizierten Pflegefachkräften (ZiB-Kräfte) für Bewohner von Pflegeheimen geleistet wird, die für die Inanspruchnahme der SAPV (noch) nicht in Frage kommen.

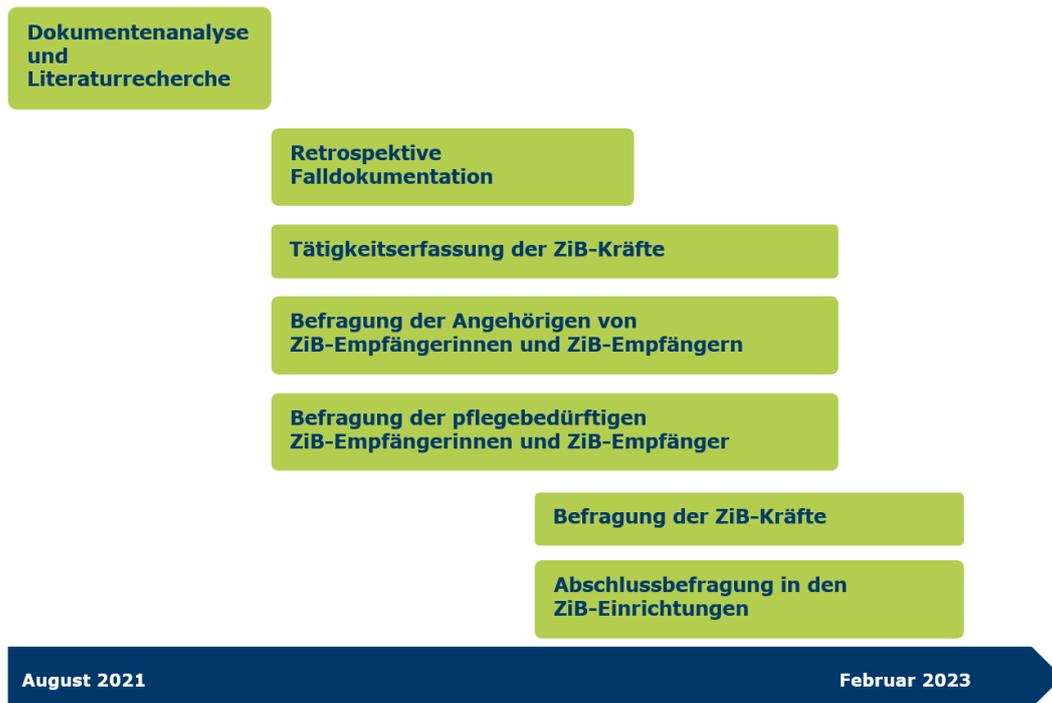
Grundidee des Modells ZiB ist die zusätzliche Anstellung von Pflegefachkräften mit Weiterbildung in Palliative Care bei einem Hospizverein, um den Pflegefachkräften in ihrer eigenen Einrichtung ein zusätzliches Zeitkontingent für die Palliativpflege zu ermöglichen. Gesteuert und fachlich begleitet wird der Einsatz der sogenannten ZiB-Kräfte von einer lokalen Koordinationskraft im Hospizverein. Diese regionalen Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren betreuen die ZiB-Kräfte in den Pflegeeinrichtungen.

Ziel der Evaluation war es, die unmittelbaren Auswirkungen des ZiB-Projekts auf die Betroffenen und ihre Angehörigen, auf die „ZiB-Kräfte“ sowie auf die anderen Pflegekräfte und die Arbeitsabläufe in den Pflegeeinrichtungen zu ermitteln. Ergänzend sollten auch resultierende Effekte auf die Inanspruchnahme der akutstationären Versorgung sowie der SAPV untersucht werden. Im Rahmen der Evaluation wurden standardisierte (quantitative) Befragungen der Beteiligten (Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Pflege- bzw. „ZiB-Kräfte“, Einrichtungs-/Stations-/Wohnbereichsleitungen), vertiefende qualitative Erhebungen bei ausgewählten Zielpersonen sowie eine retrospektive Auswertung der routinemäßigen Pflegedokumentationen der beteiligten Einrichtungen zur Beschreibung relevanter Sachverhalte in der Zeit vor dem ZiB-Projekt durchgeführt.

2. Methodik

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Evaluation näher beschrieben. Nachfolgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die durchgeführten Datenerhebungen im Projekt ZiB im Zeitraum August 2021 bis Februar 2023.

Abbildung 1: Datenerhebungen im ZiB-Projekt im Zeitverlauf



Quelle: IGES

Folgende quantitative Erhebungen wurden vorgenommen:

- ◆ Retrospektive Falldokumentation verstorbener Personen in den teilnehmenden Pflegeheimen vor Beginn des ZiB-Projektes
- ◆ Tätigkeitserfassung (fallabhängig und fallunabhängig) der ZiB-Kräfte
- ◆ Befragung der Angehörigen von ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger
- ◆ Befragung der ZiB-Kräfte
- ◆ Abschlussbefragung in den ZiB-Einrichtungen (Leitungskräfte und Kolleginnen und Kollegen der ZiB-Kräfte)

Vertiefend dazu erfolgte eine qualitative Erhebung in Form von Interviews mit ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfängern. Bei der gewählten Form des Methodenmix ist es möglich, im Rahmen der hauptsächlich quantitativ durchgeführten Studie, eine qualitative Datenerhebungen zu integrieren (6).

IGES erarbeitete gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren des Projektes die jeweiligen Erhebungsinstrumente (siehe im Detail dazu die folgenden Unterabschnitte) und führte Pre-Tests durch.

Nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die erfolgten Datenerhebungen in Verbindung mit der Zielgruppe und dem entsprechenden Erhebungsinstrument.

Tabelle 1: Aktueller Stand der Datenerhebungen im Projekt ZiB

Was	Zielgruppe	Erhebungsinstrument
Retrospektive Auswertung der Pflegedokumentationen	Pflegeeinrichtungen (jeweils zuständige Personen)	Dokumentationsbogen zur Datenextraktion (Papier)
Fallabhängige und fallunabhängige Tätigkeitserfassung	ZiB-Kräfte	Tätigkeitserfassung (Online und Papier)
Zufriedenheit mit palliativer Versorgung	Angehörige	Nutzerfragebogen (Papier)
Zufriedenheit mit palliativer Versorgung	Pflegebedürftige Personen	Leitfadengestützte Interviews
Arbeitszufriedenheit	ZiB-Kräfte	Online-Fragebogen
Arbeitsabläufe und Pflegequalität allgemein sowie auf Vernetzung und Wertschätzung	Pflegeeinrichtungen (Leitungskräfte, QM, Pflegefachkräfte)	Online-Fragebogen

Quelle: IGES

2.1 Literaturrecherche

Ziel der Recherche war es einerseits, die (leistungs)rechtlichen Rahmenbedingungen der Palliativversorgung in Deutschland allgemein sowie für Menschen in Pflegeheimen im Besonderen zu eruieren und aktuelle Vergleichsdaten zum Stand der Versorgung zu identifizieren. Andererseits sollten bereits validierte Messinstrumente für die Bewertung der Qualität der palliativen Versorgung recherchiert werden, um diese für die Erstellung der Fragebögen nutzen zu können.

Die Literaturrecherche wurde in zwei aufeinander aufbauenden Schritten durchgeführt. Um die bereits bekannten Schlüsselbegriffe wie „end-of-life care“ und „quality of dying“ zu ergänzen, wurde in einem ersten Schritt eine explorierende Internetrecherche durchgeführt.

Folgende Schlüsselbegriffe konnten aus der ersten Recherche als relevant identifiziert werden:

- ◆ „end-of-life care“,
- ◆ „quality of dying“,
- ◆ „Palliative Care Outcome Scale“,

- ◆ „memorial symptom“,
- ◆ „Care of Dying Adults in the Last Days of Life“ sowie
- ◆ „End-of-life issues“.

Darauf aufbauend wurde eine strukturierte Internetrecherche mit den identifizierten Schlüsselbegriffen in den Datenbanken Embase und Medline durchgeführt sowie eine schlagwortbezogene Handrecherche zur Identifizierung grauer Literatur über gängige Suchmaschinen.

Zusätzlich zur Validität wurde bei der Auswahl der Messinstrumente die Übertragbarkeit auf die pflegerische Versorgung in Deutschland besonders berücksichtigt. Bevorzugt wurden dabei bereits in Deutschland eingesetzte Fragebögen und Skalen. Übersichtsartikel (Reviews), welche ins Deutsche übersetzte Fragebögen beinhalten und hierzulande bereits eingesetzt wurden, wurden ebenfalls bevorzugt.

Identifizierte Erhebungsinstrumente

Neben internationalen Erhebungsinstrumenten konnten auch einige nationale Messinstrumente identifiziert werden. Auf Grundlage der durchgeführten Recherche konnten insgesamt vier valide Messinstrumente identifiziert werden. Eine Darstellung dieser Instrumente findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Identifizierte Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Qualität palliativer Versorgung

Instrument	Zielgruppe	Schwerpunkt	Erhebungsforn
Quality of dying and death (QoDD)	Angehörige und Mitarbeitende	Lebensqualität in der Sterbephase	Interview, 31 Items
Care of the Dying Evaluation (CODE)	Angehörige von verstorbenen Patientinnen und Patienten	Betreuungs- und Versorgungsqualität in der Sterbephase	Fragebogen, 30 Items
Satisfaction With Care at the End of Life in Dementia (SWC-EOLD)	Angehörige von demenziell erkrankten Menschen	Zufriedenheit mit dem Personal und der medizinischen/pflegerischen Versorgung in der Sterbephase	Fragebogen, 10 Items
Quality Of Dying in Long-Term Care (QOD-LTC)	Pflegende Angehörige und Fachkräfte im Gesundheitswesen (QOD-LTC-C für kognitiv beeinträchtigte	Versorgungsqualität und Qualität des Strebeprozesses	Fragebogen QOD-LTC 11 Items;
Quality Of Dying in Long-Term Care of Cognitively intact decedents (QOD-LTC-C)	Bewohnerinnen und Bewohner)		Fragebogen QOD-LTC-C 23 Items

Quelle: IGES

Der ursprüngliche validierte angloamerikanische Fragebogen Quality of dying and death (**QoDD**) erfasst neben Erfahrungen aus der Sterbephase auch die Umstände des Todes aus der Sicht von Angehörigen und des medizinischen Fachpersonals. Als Kooperationsstudie (2012 - 2014) der Universitätskliniken Erlangen und Mainz übersetzten Heckel et al. den ursprünglichen Fragebogen und passten ihn an die deutsche Versorgungssituation an (7, 8).

Das Instrument **CODE** richtet sich an die Hinterbliebenen und deren Erfahrungen in den letzten Tagen vor dem Sterbedatum. Der Fragebogen umfasst, neben der Abfrage von Patienteninformationen, folgende sechs Bereiche:

- ◆ Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen,
- ◆ Emotionale und spirituelle Unterstützung durch das Behandlungsteam,
- ◆ Betreuung durch Pflegende und Ärzte,
- ◆ Kommunikation mit dem Behandlungsteam,
- ◆ Begleitumstände des Todes sowie
- ◆ Gesamteindruck der Behandlung.

Vogt et al. haben den englischsprachigen Fragebogen 2020 ins Deutsche übersetzt (9).

SWC-EOLD erfasst die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Entscheidungsfindung, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie das Verständnis für den gesundheitlichen Zustand der demenziell erkrankten Person. Betrachtet werden dabei die letzten 90 Lebenstage.

Über den **QOD-LTC** soll die Wahrnehmung der psychosozialen Qualität des Sterbens von Bewohnerinnen und Bewohnern durch Angehörige und Mitarbeitende bewertet werden. Dies erfolgt durch Betrachtung der Bereiche Abschied, Persönlichkeit und vorbereitende Aufgaben. Entwickelt wurde die Skala für Pflegeheime und betreute Wohnformen. Der QOD-LTC-C stellt eine Weiterentwicklung des QOD-LTC dar und wurde spezifisch für kognitiv beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner angepasst (10). Puente-Fernández et al. (2021) nutzten den QoD-LTC um die Qualität des Strebeprozesses zu bewerten. Festgestellt wurde, dass sich dieser insbesondere bei psychosozialen Fragestellungen gut eignet (11).

Für die Erstellung der Erhebungsinstrumente im Projekt ZiB wurde insbesondere der QoDD herangezogen, da dieser neben der guten Validität auch auf die pflegerische Versorgungssituation in Deutschland ausgerichtet ist.

Neben der Recherche nach Messinstrumenten erfolgte auch eine Internetrecherche zu den (Leistungs-)rechtlichen Rahmenbedingungen der Palliativversorgung und zu empirischen Erkenntnissen der Versorgungssituation in Deutschland allgemein sowie im Freistaat Bayern im Besonderen (siehe Kapitel 3 und 4).

2.2 Retrospektive Falldokumentation der Versorgung Sterbender vor Beginn des ZiB-Projekts

Im Rahmen des ZiB-Pilotprojektes 2018/2019 hatte sich gezeigt, dass ein „Vorher-Nachher-Vergleich“ der Versorgung Sterbender in einer Einrichtung wünschenswert wäre, um die erzielten Verbesserungen konkreter messen und benennen zu können. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes wurde die retrospektive Erfassung des Leistungsgeschehens in der Versorgung Sterbender bei den Pflegeeinrichtungen folgendermaßen umgesetzt:

Die relevanten Informationen zur Versorgung und Leistungsanspruchnahme in der Sterbephase, welche sich anhand der Pflegedokumentation rückwirkend erfassen lassen, wurden zusammen mit den Experten in einem Fokusgruppenworkshop erarbeitet. IGES hatte hierfür auf Basis der Literaturrecherche und Dokumentenanalyse einen Entwurf eines Erhebungsbogens erstellt. Dieser wurde anhand der Diskussionsergebnisse des Workshops ergänzt und vor der Finalisierung von Teilnehmenden des Fokusgruppenworkshops getestet. In Anhang A1 findet sich der final abgestimmte Erhebungsbogen.

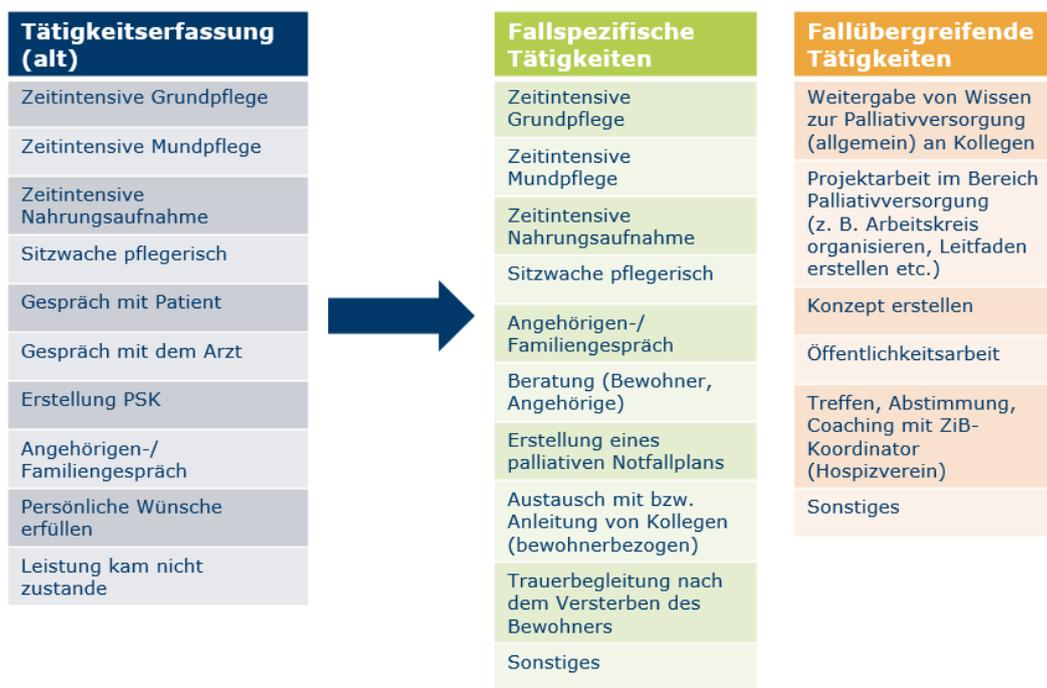
Der Zeitraum, für den die retrospektive Falldokumentation vorgenommen werden sollte, wurde auf „Januar bis Dezember 2019“ festgelegt, um die „nicht typische“ Situation der Corona-Pandemie auszublenden. Jede Einrichtung sollte anhand der eigenen Unterlagen (u. a. Pflegedokumentation, Abrechnungsdaten, etc.), beginnend mit dem/r zuletzt verstorbenen Bewohner/in im Dezember 2019, chronologisch zurückgehend den Erhebungsbogen für 15 verstorbene Personen ausfüllen. Zusätzlich sollten die Einrichtungen eine Kontaktperson angeben, um etwaige Rückfragen seitens IGES zu klären.

Die Angaben zu Arztkontakten, Notfalleinweisungen, Notarzteinsätzen, Umsetzung spezifischer Konzepte im Sterbeprozess, Durchführung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung (gem. § 132g SGB) sowie der Inanspruchnahme von Hospizbegleitung und SAPV sollten je Fall für den Zeitraum von vier Wochen vor dem Sterbedatum erfasst werden.

2.3 Tätigkeitserfassung der ZiB-Kräfte

Die einzelnen Tätigkeiten der ZiB-Kräfte wurden im Rahmen des ZiB-Pilotprojektes 2018/2019 das erste Mal teilstrukturiert erfasst. Aufbauend auf den vorhandenen Dokumenten sowie durch Feedback der Expertinnen und Experten im Rahmen des Fokusgruppenworkshops hat IGES die 2018/2019 abgefragten Leistungsinhalte erweitert und in zwei Kategorien unterteilt: Fallübergreifende Tätigkeiten und fall-spezifische Tätigkeiten (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Anpassung Tätigkeitserfassung



Quelle: IGES

Die Tätigkeitserfassung erfolgte digital oder (auf Wunsch der Einrichtungen) papierbasiert. Die finale Fassung der fallunabhängigen Tätigkeitserfassung befindet sich in Anhang A2, die fallabhängige Tätigkeitserfassung in Anhang A3. Nach einem vierwöchigen Probelauf (November 2021 bzw. vereinzelt im Januar 2022 bei späterem Start) sollten die ZiB-Kräfte die im Rahmen ihres monatlichen ZiB-Stundenkontingents erbrachten Leistungen für zehn zeitlich aufeinanderfolgende ZiB-Fälle dokumentieren. Die ZiB-Kräfte ordneten dazu die tägliche Arbeit im Rahmen des ZiB-Projektes den in Abbildung 2 aufgeführten Tätigkeiten zu und gaben die jeweils benötigte Zeit (anhand vorgegebener Kategorien) an. Hierfür wurde ein Ankreuzverfahren genutzt, um den Dokumentationsaufwand zu minimieren. Sollte sich eine Tätigkeit nicht den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen, konnten die ZiB-Kräfte diese unter „Sonstiges“ stichpunktartig kurz beschreiben.

Ein ZiB-Fall startete mit der Aufnahme in das Projekt und endete mit dem Versterben der Person bzw. dem Auszug oder der Verlegung in eine andere Einrichtung (oder mit dem Ende des Erhebungszeitraumes im Oktober 2022). Falls ein ZiB-Fall sich wieder stabilisierte, sodass eine zeitintensive Betreuung nicht mehr gewünscht oder benötigt wurde, konnte die Erfassung auch unterbrochen und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt wiederaufgenommen werden. Jedem Fall wurden folgende Daten zugeordnet:

- ◆ **Patientendaten** (Geschlecht m/w/d; Alter; Pflegeheim; Aufnahmegrund; Fall-ID; Beginn/Ende der Projektteilnahme)
- ◆ **Diagnosen** (Palliativ relevante Diagnosen; onkologisch/nichtonkologisch)

- ◆ **Anfrage und Versorgung** (Durch welche Person(en) wurde die Aufnahme in das ZiB-Projekt angefragt?)
- ◆ **Sterbeort** (in der Einrichtung; in der Klinik; sonstige Orte; nicht verstorben (vor Projektablauf))
- ◆ **Externe Notfallmaßnahmen während der ZiB-Phase** (Anzahl Noteinweisungen ins Krankenhaus; Anzahl Notarzteinsätze)
- ◆ **Weitere beteiligte Dienste** (Wurden SAPV, Hospizberatung/-begleitung oder sonstige in die Versorgung am Lebensende eingebunden?)

Fallunabhängige Tätigkeiten der ZiB-Kräfte wurden über den gesamten Projektverlauf (November/Dezember 2021 bis Oktober 2022) erfasst. Die Testphase der Tätigkeitserfassung auf der Kollaborationsplattform startete am 01.11.2021. Aufgrund einiger, durch die Pandemie entstandener Einschränkungen starteten einige Heime mit einer Verzögerung von ein paar Wochen in die einmonatige Testphase.

Mit Blick auf die gelieferten Daten der Tätigkeitserfassung wurde im Projektverlauf nach Absprache mit der Auftraggeberin ein ergänzender kurzer Fragebogen als PDF-Datei zum Ausdrucken für die Einrichtungen entworfen. Insbesondere sollten die Aspekte der Krankenseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätze der versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner (ZiB-Fälle) im Nachgang noch einmal systematisch erfasst werden, da die Daten aus der Tätigkeitserfassung teilweise lückenhaft waren. Analog zur retrospektiven Falldokumentation wurden die Einrichtungen gebeten, die erhobenen Daten aus der Pflegedokumentation zu nutzen, wobei ausschließlich bereits verstorbene ZiB-Fälle einbezogen werden sollten. Betrachtet werden sollten auch nur die letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum. Thematisch wurden neben der Anzahl an Krankenseinweisungen und Notarzteinsätzen auch die Zunahme der Besuche des behandelnden Arztes, die Erstellung eines palliativen Notfallplans sowie die Bedarfsmedikation und zusätzliche Medikamente zur Symptomlinderung in der Sterbephase abgefragt (siehe Anhang A4).

2.4 Befragung von Angehörigen und Interviews mit ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfängern

In diesem Abschnitt wird die methodische Vorgehensweise hinsichtlich der Interviews der ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger sowie der quantitativen Befragung der Angehörigen zur Versorgungsqualität und Zufriedenheit vorgestellt.

2.4.1 Befragung von Angehörigen

Für die Befragung der Angehörigen wurde ein kurzer sechsseitiger Fragebogen entwickelt, welcher über die Einrichtungen verteilt wurde. Die Befragung der Angehörigen konzentrierte sich inhaltlich insbesondere auf folgende Schwerpunkte:

- ◆ die Erwartungen und Wünsche an die Versorgung am Lebensende sowie
- ◆ die Zufriedenheit mit der Versorgung durch ZiB-Kräfte (Nutzerzufriedenheit).

Die ZiB-Kräfte der teilnehmenden Einrichtungen erhielten jeweils 25 einzeln verpackte Angehörigen-Fragebögen inklusive Rücksendeumschlägen. Ein A4-Umschlag enthielt neben einem Informations- und Datenschutzblatt den Fragebogen sowie einen an das IGES Institut adressierten Rückumschlag (Porto zahlt Empfänger) für den ausgefüllten Fragebogen, den die Angehörigen selbst in die Post geben sollten. Die ZiB-Kräfte sollten die Fragebögen an Angehörige austeilten, wobei vorher abgeklärt werden sollte, ob der Angehörige an der Befragung teilnehmen möchte. So sollte verhindert werden, dass die Angehörigen unnötig in einer ggf. sehr emotionalen und schwierigen Situation belastet werden. Die Fragebögen wurden einrichtungsspezifisch codiert, um gezielt nachfassen zu können, ein Rückschluss auf die betroffenen Personen bzw. den Angehörigen war jedoch für IGES zu keinem Zeitpunkt möglich.

Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen wurde in drei Themenblöcke gegliedert und in Anlehnung an die in der Literatur identifizierten Fragebögen konzipiert. Wie Tabelle 3 veranschaulicht, wurden für die Entwicklung des Fragebogens mehrere validierte Erhebungsinstrumente einbezogen. Der finale Fragebogen findet sich in Anhang A6, das Informations- und Einwilligungsschreiben in Anhang A5.

Tabelle 3: Aufbau des Angehörigenfragebogens

Themenbereich	Inhalt	Anzahl der Items	In Anlehnung an folgende Instrumente
A	Allgemeine Angaben	3	-
B	Lebensqualität im palliativen Kontext: psychisch	7	QODD-D-Ang, QOD-LTC
B	Lebensqualität im palliativen Kontext: physisch	5	QODD-D-Ang, QOD-LTC
B	Lebensqualität im palliativen Kontext: sozial	3	QODD-D-Ang, QOD-LTC
B	Lebensqualität im palliativen Kontext: alltagsbezogen	4	QODD-D-Ang, QOD-LTC
C	Projekt ZiB	10	SWC-EOLD

Quelle: IGES

Der Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der Lebensqualität stellt das übergeordnete Ziel der palliativen Versorgung dar, um ein würdiges Leben bis zum Tode zu ermöglichen (12). Da insbesondere das Konstrukt der Lebensqualität im palliativen Kontext sehr schwer messbar und über verschiedene Bereiche nur über eine Annäherung beschreibbar ist (13), wurde der Themenbereich B, Lebensqualität im palliativen Kontext, in die Kategorien psychisch, physisch, sozial und alltagsbezogen eingeteilt. Insbesondere die Kategorien psychische und physische Lebensqualität nehmen bei den Betroffenen einen großen Stellenwert ein.

2.4.2 Qualitative Interviews von pflegebedürftigen Personen (ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger)

Zur Ermittlung der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Personen wurden halbstandardisierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Erfasst werden sollte die individuelle Wahrnehmung und die Zufriedenheit der von ZiB-Kräften versorgten Bewohnerinnen und Bewohner. Das qualitative Vorgehen wurde gewählt, um auch die Perspektive der sterbenden Personen einbeziehen zu können. Da diese besonders vulnerable Zielgruppe nur sehr schwer zu befragen ist, eignet sich an dieser Stelle am ehesten ein qualitatives Vorgehen. Auch lässt sich die individuelle Sichtweise der betroffenen Person über eine „Fragebogen-Batterie“ (14) u. U. sonst kaum erfassen.

Die im Vorfeld recherchierten Instrumente und der Entwurf des Leitfadens wurde mit der Auftraggeberin abgestimmt. Der Interviewleitfaden wurde zudem mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren¹ besprochen. Das Feedback wurde in den finalen Leitfaden integriert (siehe Anhang A8).

Der Interviewleitfaden enthält formale wie auch funktionale Fragen. Neben offenen Fragen, welche als Erzählaufforderung dienen, enthält der Leitfaden auch geschlossene Fragen, z. B. die Erfassung der Zufriedenheit auf einer Skala von 1 - 10. Die verwendeten funktionalen Fragen, welche zur Steuerung des Gesprächs dienen, werden im Leitfaden in Form von Einleitungs- und Überleitungsfragen (14) eingesetzt. An den Übergängen der Themenbereiche wird mittels Erläuterungen zum darauffolgenden Themenbereich übergeleitet. Insbesondere wurde darauf geachtet, die Interviewleitfäden „sensitiv zu gestalten“ (15) und die Interviews auf Augenhöhe zu führen. Der Interviewleitfaden für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger ist im Anhang A8 und das Informations- und Einwilligungsschreiben im Anhang A7 eingefügt.

Stichprobenbildung und Datenerhebung

Zum Schutz der pflegebedürftigen Personen hat sich das Forschungsteam im Vorfeld der Interviews intensiv mit den Besonderheiten und Bedürfnissen der Zielgruppe auseinandergesetzt. Hinsichtlich der Stichprobe wurde auch die Vorüberlegung getroffen, dass die interviewte Person kognitiv in der Lage sein muss, in die Teilnahme einzuwilligen, sowie körperlich und psychisch zum Zeitpunkt des Interviews stabil sein muss.

Das Sampling erfolgte über das Gatekeeper-Prinzip. In enger Abstimmung mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren des ZiB-Projektes sowie den Einrichtungsleitungen und den ZiB-Kräften vor Ort konnten passende Interviewpartnerinnen und Interviewpartner identifiziert werden. Über die ZiB-Kräfte als Gatekeeper, welche einen guten Überblick über die aktuelle Situation der Bewohnerinnen und Bewohner in der jeweiligen Einrichtung hatten, wurde zunächst die Bereitschaft, an dem

¹ Eine genaue Beschreibung der Rolle und Aufgaben der Koordinatorinnen und Koordinatoren findet sich in Kapitel 5.1.

Interview teilzunehmen, erfragt und anschließend konnten IGES potentielle Interviewpartnerinnen bzw. -partner benannt werden (6).

Ethik und Datenschutz bei ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfängern

ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Für die sterbende Person gilt ein besonderes Schutzbedürfnis, da durch die Befragung u. U. starke Emotionen bzw. starker psychischer Stress ausgelöst werden kann. Auch muss tagesformabhängig mit einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit der Person gerechnet werden, demzufolge das Interview dann ggf. abgebrochen werden muss. Vor diesem Hintergrund wurde ganz besonders auf in der Literatur genannte Empfehlungen für qualitative Forschungsprojekte mit vulnerablen Gruppen geachtet und die ethische Verantwortung für die pflegebedürftige Person in den Mittelpunkt gestellt (16).

Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Interview wurde im Vorfeld eine mündliche Teilnahmebereitschaft erfragt und Informationen zum Interview und Ablauf gegeben. Das gewählte Vorgehen trägt zur Sicherung des ethischen Grundsatzes der informierten Einwilligung bei, welches eine transparente Darstellung der Ziele und Methodik verlangt (17, 18). Neben dem Umgang mit den erhobenen Daten soll verdeutlicht werden, dass die vereinbarten Regeln zur Datensicherung und Datenvernichtung eingehalten werden. Im Hinblick auf die Vulnerabilität und die besondere Situation der Betroffenen sollen mögliche Folgen, wie der psychische Stress im Zusammenhang mit der Interviewteilnahme, im Vorfeld klar thematisiert werden um die Person zu schützen.

Während der Datenerhebungs- und Auswertungsphase hatte nur das Projektteam Zugriff auf die Audiodateien. Alle personenbezogenen Daten, Audiodateien und nicht pseudonymisierte Inhalte wurden in einem Ordner gespeichert, der nach Abschluss des Projekts vollständig gelöscht wird.

Vor Beginn des Interviews wurde den teilnehmenden Personen Zeit eingeräumt, um offen gebliebene Fragen zu stellen. Die teilnehmende Person wurde ausführlich darüber informiert, dass jederzeit die Möglichkeit besteht, das Interview ohne Angabe von Gründen zu unterbrechen oder es ganz abubrechen.

Inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring

Für die Ergebnisdarstellung und Interpretation der Interviews steht vor allem der Inhalt des Gesprochenem im Vordergrund (19). Da für die Auswertung der Interviews die inhaltlichen Aspekte vordergründig waren, erfolgte die Transkription lediglich „so detailliert wie nötig“ (19).

Die Auswertung fand in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring statt. Theoriegeleitet wurden inhaltliche Hauptkategorien anhand des Interviewleitfadens festgelegt und Subkategorien anhand des Interviewleitfadens und der Forschungsfragen entwickelt. Im Anschluss folgte eine Aufbereitung der zentralen Ergebnisse und deren Verschriftlichung.

Tabelle 4: Kategoriensystem zu den Interviews mit den pflegebedürftigen Personen

Hauptkategorien	Subkategorien
Versorgungsbedürfnisse und Bedarfe	Pflegebedürftigkeit
	Unterstützung durch An- und Zugehörige
	Pflegeheim als Zuhause
Persönliche Wünsche	Patientenverfügung bei schwerer Krankheit
	Letzte Wünsche
Versorgung im Rahmen von ZiB	Einstieg in das Projekt
	Versorgung durch die ZiB-Kraft
	Umgang mit persönlichen Wünschen und Bedürfnissen
	Umgang mit Ängsten und Sorgen
	Information und Beratung
	Zufriedenheit
	Empfehlung

Quelle: IGES

2.5 Befragung der ZiB-Kräfte

Die Online-Befragung der ZiB-Kräfte fand im letzten Monat der Tätigkeitserfassung (Oktober 2022) statt. Ziel war es vor allem, die Arbeitssituation und die Arbeitszufriedenheit zu erheben. Die Erhebung erfolgte mittels Online-Fragebogen, bei Bedarf konnte die Befragung in papierbasierter Form an die ZiB-Kräfte verteilt werden. Neben allgemeinen Angaben (Einrichtungszugehörigkeit, Beschäftigungsumfang, Anstellungsart und Weiterbildungsstatus) umfasste die Befragung folgende Themenbereiche:

- ◆ Gründe für die persönliche Entscheidung für ZiB,
- ◆ Weiterbildung Palliativ Care,
- ◆ fachliche Begleitung durch die Regionalen Hospizvereine,
- ◆ Übernahme der neuen fachlichen Rolle,
- ◆ Auswirkungen auf Arbeitsabläufe sowie Arbeitsorganisation und
- ◆ die Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept und der Arbeit.

Zu den Themenbereichen wurden von IGES zunächst Hypothesen entwickelt, welche gemeinsam mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Hospizvereine

sowie der Auftraggeberin diskutiert wurden. Die 20 finalen Hypothesen sind in Tabelle 5 aufgelistet.

Tabelle 5: Hypothesen für die ZiB-Kraft Befragung

Nummer	Hypothese
Gründe für die persönliche Entscheidung für ZiB	
H 1	Die Entscheidung, ZiB-Kraft zu werden, hat sowohl fachliche als auch arbeitsorganisatorische Gründe.
H 2	Die Rolle einer ZiB-Kraft ermöglicht es den Pflegekräften, perspektivisch mehr Zeit für eine fachlich gute Pflege und zugewandte Unterstützung zu haben.
H 3	Die Rolle einer ZiB-Kraft stellt eine Möglichkeit dar, den eigenen Stellenumfang außerhalb der hoch verdichteten „normalen“ Pflege zu erweitern.
H 4	Die Rolle einer ZiB-Kraft stellt eine Möglichkeit dar, nach längerer Pause wieder in den Pflegeberuf einzusteigen.
H 5	Die Rolle als ZiB-Kraft bringt im beruflichen Alltag persönliche Erfüllung mit sich.
Absolvieren der Weiterbildung zur Palliative Care Kraft und fachliche Begleitung durch die regionalen Koordinatoren der Hospizvereine	
H 6	Der Erwerb einer erweiterten fachlichen Qualifikation – Palliative Care Weiterbildung – fördert die eigene Sicherheit bei fachlichen Entscheidungen im Pflegealltag.
H 7	Der Erwerb einer erweiterten fachlichen Qualifikation – Palliative Care Weiterbildung – ist für die weitere berufliche Entwicklung förderlich.
H 8	Die fachliche Begleitung durch die regionalen Koordinatoren der Hospizvereine stärkt den ZiB-Kräften den Rücken.
Übernahme einer neuen fachlichen Rolle	
H 9	Mit der Position einer ZiB-Kraft geht eine Aufwertung der beruflichen Rolle einher.
H 10	Die ZiB-Kraft wird im Team und bei Vorgesetzten als Expertin/Experte für Palliative Care anerkannt.
H 11	Die ZiB-Kraft wird bei der Kommunikation mit Ärzten mehr anerkannt als die „normale“ Pflegefachkraft.
H 12	Die ZiB-Kraft wird von den palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen als Hauptansprechpartner/in wahrgenommen.
Auswirkungen von ZiB auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation in den Pflegeheimen	
H 13	Das ZiB-Konzept beeinflusst die Arbeitsabläufe in der Einrichtung.
H 14	Die Tätigkeit der ZiB-Kräfte entlastet Kolleginnen und Kollegen punktuell.
H 15	Die ZiB-Empfängerinnen bzw. -Empfänger (palliative Bewohnerinnen und Bewohner) nehmen die ZiB-Zeit als etwas Besonderes wahr (im Unterschied zur „normalen“ Versorgung).

Nummer	Hypothese
Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, Arbeitszufriedenheit	
H 16	Das ZiB-Konzept findet große Zustimmung bei den ZiB-Pflegekräften.
H 17	ZiB ermöglicht eine Pflege ohne Zeitdruck.
H 18	Im Rahmen von ZiB kann die Pflege so erbracht werden, wie es dem beruflichen Selbstverständnis entspricht.
H 19	Die Tätigkeit als ZiB-Kraft erhöht die allgemeine Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte.
H 20	Um ZiB langfristig fortzuführen, bedarf es struktureller Veränderungen in den Pflegeeinrichtungen.

Quelle: IGES

Basierend auf den Hypothesen wurden die finalen Items (siehe Anhang A9) für die Befragung erstellt.

2.6 Abschlussbefragung der beteiligten Einrichtungen

Die Abschlussbefragung der beteiligten Einrichtungen erfolgte ebenfalls im letzten Monat der Tätigkeitserfassung. Ziel der Befragung war es, den Einfluss von ZiB auf die Kolleginnen und Kollegen sowie auf die Einrichtungsabläufe und -organisation zu erfassen. Die Leitungspersonen (Einrichtungsleitung, Qualitätsmanagement-Beauftragte/r, Leitung Sozialdienst, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) wurden dazu separat von den Kolleginnen und Kollegen (Mitarbeiter aus der Pflege und Betreuung, welche in der Projektlaufzeit mit den ZiB-Kräften zusammengearbeitet haben) befragt. Die Befragung fand online statt, bei Bedarf konnte der Fragebogen in Papierform verteilt werden.

Leitungsbefragung

Die Leitungsbefragung diente der Untersuchung folgender Themenbereiche:

- ◆ Entwicklung der palliativen Versorgung in der Einrichtung, Organisationsentwicklungsprozess,
- ◆ Einfluss ZiB auf Arbeitsabläufe (ggf. Entlastung/Belastung) und Versorgungsqualität,
- ◆ ZiB-Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen,
- ◆ allgemeine Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, Arbeitszufriedenheit und
- ◆ langfristige Implementierung/Verstetigung von ZiB in der Einrichtung.

Zu den Themenbereichen wurden ebenfalls zunächst Hypothesen entwickelt, welche gemeinsam mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Hospizvereine, sowie der Auftraggeberin besprochen und abgestimmt wurden. Die 25 finalen Hypothesen sind in der Tabelle 6 aufgelistet.

Tabelle 6: Hypothesen Einrichtungen: Leitungen

Nummer	Hypothese
Entwicklung der palliativen Versorgung in der Einrichtung, Organisationsentwicklungsprozess	
H 1	Im Zuge der demografischen Entwicklung und der Ausdifferenzierung pflegerischer Versorgungsformen (u. a. Pflege-Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen etc.), nimmt die Bedeutung der palliativen Versorgung am Lebensende in Pflegeheimen zu.
H 2	Die fach- und bedarfsgerechte Versorgung am Lebensende ist zeitaufwändig und mit den aktuellen Personalschlüsseln kaum leistbar.
H 3	ZiB stößt in der Einrichtung Entwicklungsprozesse zum Ausbau des eigenen Konzeptes von Hospizkultur und Palliativversorgung an.
H 4	Die fachliche Begleitung durch den Hospizverein/das SAPV-Team erweitert die palliative Kompetenz in der Einrichtung.
H 5	Die Implementierung des ZiB-Konzeptes erfordert die Anpassung der betrieblichen Prozesse.
H 6	Die Implementierung des ZiB-Konzeptes fördert die regionale Zusammenarbeit/Vernetzung mit anderen Akteuren der Palliativversorgung.
Einfluss ZiB auf Arbeitsabläufe (ggf. Entlastung/Belastung) und Versorgungsqualität	
H 7	Die Tätigkeit der ZiB-Kräfte entlastet Kolleginnen und Kollegen punktuell.
H 8	Die fachliche Qualifikation der ZiB-Kraft erhöht allgemein die palliative Kompetenz in der Einrichtung und die Handlungssicherheit (bezogen auf den Umgang mit palliativen Bewohnern) aller Pflegekräfte und Betreuungskräfte.
H 9	Durch den Einsatz von ZiB-Kräften lassen sich Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen verringern.
H 10	ZiB ermöglicht es palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern, in vertrauter Umgebung zu versterben.
H 11	Durch ZiB erhöht sich die Qualität der palliativen Versorgung.
H 12	Mit ZiB-Kräften wird sichergestellt, dass behandlungsbedürftige Symptome oder Probleme bei Bewohnern am Lebensende schnell erkannt werden und eine Palliativversorgung eingeleitet wird.
H 13	Die ZiB-Kraft als Palliative Care-Fachkraft vermittelt Kolleginnen und Kollegen im Team Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich Palliativversorgung.
H 14	Die ZiB-Kraft wird bei der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten eher anerkannt.
ZiB-Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen	
H 15	Nicht alle Leistungen in der Versorgung und Begleitung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner erfordern eine Pflegefachkraft.
H 16	Je Einrichtung sollte mindestens eine Palliative Care-Fachkraft (160-Stunden-Weiterbildung) beschäftigt sein (Stellenumfang je nach Einrichtunggröße; mit

Nummer	Hypothese
	Hauptaufgaben Anleitung und Supervision).
H 17	Weitere Palliative Care-Kräfte (mit Weiterbildung PC mind. 40 Stunden) können Pflegefachkräfte, Pflegehelfer, Betreuungsassistenten etc. sein (Skill-Mix).
H 18	Es wäre wünschenswert, wenn künftig für alle Mitarbeitenden, insbes. Pflege- und Betreuungskräfte im Heim eine Grundweiterbildung Palliative Care (z. B. Fortbildung „Palliative Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit 40 Unterrichtseinheiten) oder ein Letzte Hilfe Kurs verpflichtend zu absolvieren wäre.
Allgemeine Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, Arbeitszufriedenheit	
H 19	Das ZiB-Konzept findet Zustimmung bei allen Beschäftigten im Pflegeheim.
H 20	ZiB trägt zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sowohl bei ZiB-Kräften als auch bei den anderen Beschäftigten bei.
H 21	ZiB trägt zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs bei.
H 22	ZiB trägt zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität bei.
H 23	Die Umsetzung von ZiB erhöht die Nachfrage nach Plätzen in der Einrichtung.
Langfristige Implementierung/Verstetigung von ZiB in der Einrichtung	
H 24	Um ZiB langfristig fortzuführen, bedarf es struktureller Veränderungen in den Pflegeeinrichtungen.
H 25	Um ZiB langfristig fortzuführen, muss die Refinanzierung sichergestellt werden.

Quelle: IGES

Basierend auf den Hypothesen wurden die finalen Items (siehe Anhang A10) für die Befragung erstellt.

Kolleginnen und Kollegen

Die Befragung der Kolleginnen und Kollegen von ZiB-Kräften hatte folgende Themenbereiche im Fokus:

- ◆ Entwicklung der palliativen Versorgung in der Einrichtung, Organisationsentwicklungsprozesse, Qualifikation der ZiB-Kräfte,
- ◆ Auswirkungen von ZiB auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation in den Pflegeheimen,
- ◆ Allgemeine Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept und Arbeitszufriedenheit.

Die zu den Themenbereichen entwickelten Hypothesen sind in der Tabelle 7 aufgelistet.

Tabelle 7: Hypothesen: Kolleginnen und Kollegen

Nummer	Hypothese
Entwicklung der palliativen Versorgung in der Einrichtung, Organisationsentwicklungsprozess, Qualifikation	
H 1	Im Zuge der demografischen Entwicklung und der Ausdifferenzierung pflegerischer Versorgungsformen (u. a. Pflege-Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen etc.), nimmt die Bedeutung der palliativen Versorgung am Lebensende in Pflegeheimen zu.
H 2	Zur nachhaltigen Verbesserung der palliativen Versorgung im Heim werden Pflegefachkräfte mit Weiterbildung im Bereich Palliativ Care (Basis-kurs 160 Unterrichtseinheiten) benötigt.
H 3	Es wäre wünschenswert, wenn künftig für alle Pflege- und Betreuungskräfte im Heim eine Grundweiterbildung Palliative Care/Letzte Hilfe (z. B. Fortbildung „Palliative Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativ-medizin mit 40 Unterrichtseinheiten oder ein Letzte-Hilfe-Kurs für alle nichtpflegerischen Mitarbeitenden) verpflichtend zu absolvieren wäre.
H 4	Die fach- und bedarfsgerechte Versorgung am Lebensende ist zeitaufwändig.
Auswirkungen von ZiB auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation in den Pflegeheimen	
H 5	Das ZiB-Konzept beeinflusst die Arbeitsabläufe in der Einrichtung.
H 6	Die Tätigkeit der ZiB-Kräfte entlastet Kolleginnen und Kollegen punktuell.
H 7	Die ZiB-Empfängerinnen bzw. -Empfänger (palliative Bewohnerinnen und Bewohner) nehmen die ZiB-Zeit als etwas Besonderes wahr (im Unterschied zur „normalen“ Versorgung).
Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, Arbeitszufriedenheit	
H 8	Das ZiB-Konzept findet große Zustimmung bei den Pflegekräften.
H 9	ZiB ermöglicht eine Pflege ohne Zeitdruck.
H 10	Im Rahmen von ZiB kann die Pflege so erbracht werden, wie es dem beruflichen Selbstverständnis entspricht.
H 11	Die Tätigkeit als ZiB-Kraft erhöht die allgemeine Arbeitszufriedenheit aller Pflegekräfte.

Quelle: IGES

Basierend auf den Hypothesen wurden die finalen Items (siehe Anhang A11) für die Befragung erstellt.

2.7 Ethik, Datenschutz, Datenanalyse und -übermittlung

Im Vorfeld der Datenanalyse und Auswertung erfolgte durch IGES bei jeder der durchgeführten Erhebungen eine Plausibilitätsprüfung und Qualitätssicherung der

erfassten Daten. Zum einen wurden die Daten auf Vollständigkeit und auf Konsistenz technisch und inhaltlich geprüft. Ungültige Antworten wurden nicht in die Analyse einbezogen.

Das IGES Institut befolgt die Grundsätze ordnungsgemäßer Datenverarbeitung, insbesondere nach § 9 und Anlage zu § 9 Satz 1 BDSG. IGES stellt die Infrastrukturen (Datenbanken usw.) für die Datenübermittlung und das Datenmanagement entsprechend den Richtlinien des Datenschutzes zur Verfügung. Alle Daten für dieses Projekt wurden bei IGES in einer Datenbank gespeichert.

Die Datenauswertung im Bericht erfolgte anonymisiert, d. h. es ist kein Rückschluss auf einzelne Bewohnerinnen und Bewohner, ZiB-Kräfte oder Einrichtungen möglich.

Die von den Einrichtungen übermittelten Daten wurden mittels eines Einrichtungscodes so erfasst, dass die Leistungsempfänger/innen und ZiB-Kräfte in der Auswertung durch IGES einem Pflegeheim und die Pflegeheime einem koordinierenden Hospizverein zugeordnet werden konnten. In der Ergebnisdarstellung wurden jedoch keine entsprechenden Zuordnungen der Ergebnisse vorgenommen, sondern ausschließlich anonymisierte Angaben über alle Einrichtungen hinweg (bzw. geclustert nach Einrichtungsgröße) gemacht.

Die Auswertung der quantitativen Befragung erfolgte mit einschlägigen Auswertungsprogrammen (Excel, SPSS®, SAS®). Hinsichtlich der Auswertungsmethoden wurden insbesondere Methoden der deskriptiven Statistik angewendet (z. B. Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte, Korrelationen). Das Signifikanzniveau wurde für alle angewandten Testverfahren auf 5 % festgelegt. Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte nach der Transkription mit dem Programm MAXQDA. Es ist geplant die Interviews anschließend über die strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring (20) auszuwerten.

Wurden personenbezogene Kontaktdaten und sonstige nicht pseudonymisierte Inhalte, z. B. von Seiten der Auftraggeberin oder von Projektpartnern übermittelt, so wurden diese in einem separaten Ordner auf dem IGES-Server gespeichert, auf den ausschließlich das beteiligte Projektteam Zugriff hat. Nach Abschluss des Projektes wird dieser Ordner vollständig gelöscht.

3. Rechtlicher Rahmen der Palliativversorgung

Die Palliativversorgung soll es schwerkranken und sterbenden Menschen ermöglichen, umfassend und individuell medizinisch und pflegerisch betreut zu werden. Regelungen zur Sicherstellung dieses Versorgungszieles wurden insb. 2015 mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) erlassen. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen **Krankenversicherung** umfasst dabei:

- ◆ die palliative Primärversorgung als Bestandteil der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V),
- ◆ die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) gem. § 87 Abs. 1b SGB V),
- ◆ die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Versicherte, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen (§ 37b SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung (§ 39b Abs. 1 SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf allgemeine Information über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (§ 39b Abs. 2 SGB V),²
- ◆ einen Anspruch für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner auf eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf behandlungspflegerische Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 3 Abs. 2b SGB V),
- ◆ einen Anspruch auf einen Zuschuss zur Versorgung in stationären oder teilstationären Hospizen (§ 39a Abs. 1 SGB V).

Darüber hinaus besteht eine Verpflichtung der Krankenkassen, die Leistungen ambulanter Hospizdienste finanziell zu fördern (§ 39a Abs. 2 SGB V). Diese erbringen (ambulante) Leistungen der Sterbebegleitung für Personen und deren Familien in ihrer Häuslichkeit, aber auch für Sterbende in Einrichtungen (Pflegeheime, Krankenhäuser, Einrichtungen der Eingliederungs-, Kinder- und Jugendhilfe). Die ambulante Hospizarbeit beinhaltet schwerpunktmäßig die psychosoziale Begleitung der Sterbenden und deren Angehörigen durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, aber keine palliativpflegerischen Leistungen.

Weiterhin wurde mit dem HPG der Anspruch auf Sterbebegleitung auch im Rahmen der sozialen **Pflegeversicherung** für Personen mit Pflegebedürftigkeit explizit

² Eine (haus)ärztliche Beratung zur Patientenverfügung ist keine Kassenleistung; sie wird vom Arzt individuell angeboten und privat liquidiert.

betont (§ 28 Abs. 4 sowie § 75 Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI). Zur Erfüllung dieser Verpflichtung sieht der Gesetzgeber für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz eine wichtige Voraussetzung (§ 114 Abs. 1 Ziffer 3 SGB XI). Die Pflegeheime sind somit verpflichtet, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten zu schließen sowie mit ambulanten Hospizdiensten zusammenzuarbeiten. Die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten ist „transparent zu machen“.

Um den besonderen ärztlichen Aufwand bei der Versorgung von Palliativpatientinnen bzw. Palliativpatienten in Pflegeheimen zu vergüten, wurde 2016 das Kapitel 37 in den EBM aufgenommen. Es enthält mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Kooperation und Koordinierung der Heimbetreuung.

Da die Versicherten, die dauerhaft in Pflegeheimen untergebracht sind, keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V haben, erhalten die Pflegeeinrichtungen auch keine gesonderte Vergütung für die Palliativpflege, wie sie z. B. mit der Leistungsziffer 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses für ambulant versorgte Palliativpatientinnen und -patienten in der Sterbephase möglich sind, sofern noch keine SAPV zum Einsatz kommt (letztere kann auch für Heimbewohner verordnet werden und umfasst die Versorgung durch ein multiprofessionelles Team, vgl. unten Kapitel 3.2). Die Leistungsziffer 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses umfasst die palliative Symptomkontrolle, Krisenintervention etc. (weiteres dazu im folgenden Kapitel 3.1).

3.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) bezieht sich auf die ambulante Regelversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Sie soll eine qualifizierte und koordinierte ambulante palliativmedizinische Versorgung sicherstellen. Gesetzlich verankert ist die AAPV sowohl im SGB V wie auch im SGB XI und umfasst verschiedene Leistungsansprüche. Die gesetzlichen Verankerungen der AAPV finden sich u. a. an folgenden Stellen im SGB V wieder:

- ◆ § 39b SGBV Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
- ◆ § 27 SGB V Krankenbehandlung, u. a. Leistungsregelung EBM
- ◆ § 87 Abs. 1b SGB V „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)“
- ◆ § 37 SGBV „Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege“

Des Weiteren bestehen in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt „Selektivverträge, z. B. Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V“ (21).

Ziel der AAPV ist es, ein „Sterben in der selbst gewählten Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität [zu] ermöglichen.“ (22). Anspruchsberechtigt sind Personen, deren Lebenserwartung auf Tage bis Monate gesunken ist und bei

denen eine kurative Behandlung der Grunderkrankungen nicht mehr indiziert, beziehungsweise von Patientenseite nicht mehr erwünscht ist (22). Die AAPV beinhaltet folgende Leistungen:

- ◆ Bedarfsermittlung als palliativmedizinische Ersterhebung (z. B. für eine Schmerztherapie),
- ◆ Koordination der palliativen Versorgung und der entsprechenden Akteure,
- ◆ Erreichbarkeit auch außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie Hausbesuche sowie
- ◆ Patientenorientierte Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren (u. a. Fachärztinnen und Fachärzte, Pflegedienste und engen Vertrauten).

Es besteht die Möglichkeit, dass Leistungen der AAPV auch in einer pflegerischen Einrichtung oder einem stationären Hospiz erbracht werden können. Geleistet wird die AAPV vor allem von Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten, insbesondere Onkologen und ambulanten Pflegediensten. Dazu unterstützen auch ambulant tätige Hospizdienste die Versorgung vor Ort (23).

Wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende der Verbleib in der Häuslichkeit nur durch die Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen, kann zusätzlich die Leistungsziffer 24a der HKP-Richtlinie zur Anwendung kommen. Bei der Nr. 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ handelt es sich um eine Komplexleistung, die flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich – die Symptomkontrolle ermöglicht und in der alle erforderlichen behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie beinhaltet sind. Diese Komplexleistung darf nicht verordnet werden, wenn bereits eine SAPV-Versorgung erfolgt. Bei der Durchführung der Maßnahmen sind Ärzte und Pflegefachkräfte zur engen Abstimmung verpflichtet. Die Koordinationsverantwortung liegt bei der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt (HKP-RL).

Nach § 132a Abs. 4 SGB V schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Auf Grundlage des Beschlusses der Komplexleistung 24a werden auf der Landesebene die Verträge zur häuslichen Krankenpflege sowie die Vergütungsvereinbarungen entsprechend angepasst. Gem. SAPV-Bericht des GKV-SV 2020 war Bayern neben NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein die fünf Bundesländer, die Ende 2019 die vertragliche Umsetzung realisiert hatten (24).

Die AAPV bildet die Grundlage für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) und soll die Lücke zwischen der Primärversorgung und spezialisierten Angeboten schließen. Wird durch die AAPV „keine befriedigende Symptomkontrolle oder Leidensminderung erreicht“ (23), kommt die SAPV infrage.

3.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zum 1. April 2007 ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt. Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen enthält die im März 2008 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (25).

SAPV-Richtlinie

SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen.

Anspruch auf SAPV haben Versicherte, wenn

- ◆ sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und
- ◆ sie unter Berücksichtigung der oben genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder an den in § 1 Abs. 2 und 3 SAPV-RL genannten Orten erbracht werden kann.

„Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.“ (SAPV-RL § 3 Absatz 3).

„Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 SAPV-RL zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/ oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ◆ ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ◆ ausgeprägte neurologische/psychiatrische/ psychische Symptomatik

- ◆ ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
- ◆ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ◆ ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore
- ◆ ausgeprägte urogenitale Symptomatik.“ (SAPV-RL § 4).

Im Auftrag der Krankenkassen ist es die Aufgabe des Medizinischen Dienstes (MD) zu prüfen, ob die „medizinischen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen im Einzelfall vorliegen“ (26). Geregelt wird dies über die Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V - SAPV und stationäre Hospizversorgung (2019). Die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten werden in Bezug auf die SAPV strukturiert und von anderen Leistungen der Palliativversorgung abgegrenzt. Benannt werden sollen Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten, um damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicherzustellen (26). Sowohl für die Krankenkassen wie auch den MD ist die Begutachtungsanleitung verbindlich.

Bezogen auf die SAPV beinhaltet die Begutachtungsanleitung unter anderem folgende Aspekte:

- ◆ Rechtliche Grundlagen
- ◆ Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass
- ◆ Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung
 - Anspruchsvoraussetzungen
 - Leistungsinhalte und Leistungsumfang der SAPV
 - Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
 - Dauer der verordneten SAPV-Leistungen
 - Alternative Versorgungsmöglichkeiten
- ◆ SAPV bei Kindern
- ◆ Algorithmus zur SAPV
- ◆ Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK

Bezugnehmend auf den Umfang und Inhalt der SAPV-Leistungen gem. § 5 SAPV-RL werden diese nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit insbesondere die AAPV nicht ausreicht. Unter der Überschrift „alternative Versorgungsmöglichkeiten“ heißt es: „Nur die Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Zugehörigen allein stellt keine Indikation für eine SAPV-Verordnung dar“ (26). In diesem Fall sollen u. a. Leistungen der vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI), der stationären Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V) oder auch der akutstationären Krankenhausbehandlung auf einer Palliativstation (§ 39 SGB V) zum Tragen kommen.

Gem. § 132d Absatz 1 SGB V sollte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b vereinbaren. Dieser Rahmenvertrag wurde schließlich am 26. Oktober 2022 vorgelegt (in zwei Versionen – eine für Kinder und Jugendliche und eine für Erwachsene nach Vollendung des 18. Lebensjahres). Im Rahmenvertrag werden die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festgelegt (27).

Bezüglich der Zielgruppe für SAPV-Leistungen wird auf die §§ 2 – 4 der SAPV-RL verwiesen und ergänzt, dass weitere Voraussetzung für die SAPV das Vorliegen eines Bedarfs an besonders aufwändiger Versorgung ist, welches durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet ist (§ 2 Abs. 2 Rahmenempfehlung SAPV). Weiter heißt es in § 9 Abs. 2 der Rahmenempfehlung, dass SAPV nicht erbracht werden darf, wenn die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist und dass die alleinige Notwendigkeit einer 24-Stunden-Rufbereitschaft keinen Anspruch auf Leistungen der SAPV begründet.

Die Leistungen der SAPV sind grundsätzlich ergänzende Leistungen, d. h. Leistungen anderer Versorgungsformen (insb. nach § 37 SGB V und nach dem SGB XI) bleiben davon unberührt und werden „im Sinne einer Netzwerkkoooperation mit dem SAPV-Team fortgesetzt“ (§ 9 Abs. 4 Rahmenempfehlung SAPV). Das SAPV-Team erstellt in Absprache mit den Versicherten und den Angehörigen einen bedarfsgerechten Behandlungsplan und stimmt diesen mit den anderen Leistungserbringern ab (§ 9 Abs. 5 Rahmenempfehlung SAPV).

Die SAPV kann je nach Bedarf als

- ◆ Beratungsleistung
- ◆ Koordinationsleistung
- ◆ additiv unterstützende Teilversorgung oder
- ◆ Vollständige Versorgung

erbracht werden (§ 9 Abs. 6 Rahmenempfehlung SAPV). Im Falle von (ausschließlich) beratenden Leistungen für Versicherte und andere an der Versorgung Beteiligter (Zugehörige und andere involvierte Leistungserbringer) ist zu beachten, dass diese empfehlenden Charakter hat. „Die Behandlungsverantwortung bleibt vollumfänglich bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung.“ (§ 9 Abs. 5 Ziffer a) Rahmenempfehlung SAPV). Bei der alleinigen Koordinationsleistung ist die ärztliche Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht Bestandteil der SAPV-Leistung, sondern verbleibt bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung (§ 9 Abs. 5 Ziffer b) Rahmenempfehlung SAPV).

3.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V

Nach § 132g Abs. 1 S. 1 SGB V können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

Eingeführt wurde § 132g SGB V durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) vom 1.12.2015. Ziel der Regelung ist es, durch Beratung und Information die Angst schwerstkranker Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftiger vor dem Sterben und schwerem Leiden in der Sterbephase zu mindern. Darüber hinaus soll durch das angestrebte Fallmanagement die Selbstbestimmung der Patienten gestärkt und dem Wunsch nach Vermeidung ungewollter Behandlungen Rechnung getragen werden (28).

Nach § 132g Abs. 1 S. 2 SGB V umfasst die Versorgungsplanung die Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Es sollen Informationen über den Verlauf der letzten Lebensphase und über Möglichkeiten der Sterbebegleitung gegeben werden. Die Patienten sollen aufgeklärt und zu eigener Entscheidung befähigt werden, bevor ggf. Nichteinwilligungsfähigkeit eintritt (28). Das Angebot umfasst nach § 132g Abs. 1 S. 3 SGB V auch Fallbesprechungen, in der nach Beratung und Feststellung der individuellen Bedürfnisse des/der Versicherten ein Versorgungsplan aufgestellt wird, der einzelne palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen genauso umfasst wie die psychosoziale Versorgung. Angehörige und weitere Vertrauenspersonen können auf Wunsch der Versicherten nach § 132g Abs. 2 Satz 2 SGB V hinzugezogen werden. Bei sich änderndem Versorgungs- und Pflegebedarf ist gemäß § 132g Abs. 1 Satz 4 SGB V ein mehrfaches Angebot zulässig.

Der GKV-Spitzenverband und die Trägerverbände haben knapp zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung eine Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über nähere Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geschlossen (Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017). Darin werden als Leistungsinhalt die Beratung sowie die interne und die externe Vernetzung definiert. Der Beratungsprozess umfasst nach § 5 der Vereinbarung Beratungsgespräche, Fallbesprechungen und die Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen. Zur internen Vernetzung heißt es in § 10 der Vereinbarung, dass innerhalb der Einrichtung dafür Sorge getragen werden muss, dass alle Beschäftigten Sinn und Zweck der Versorgungsplanung kennen und im Rahmen ihres Aufgabenbereiches beachten und einhalten. Darüber hinaus sind nach § 11 der Vereinbarung im Sinne einer externen Vernetzung die an der Versorgung Beteiligten über das Angebot der Versorgungsplanung zu informieren. Durch die (auch institutionalisierte) Kommunikation zwischen Beraterinnen und Beratern und Beteiligten soll die Beachtung und Einhaltung des Patientenwillens sichergestellt werden.

An die Beraterinnen und Berater werden in § 12 der Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der Trägerverbände bestimmte Anforderungen hinsichtlich ihrer Qualifikation gestellt. An fachlichen Kompetenzen werden medizinisch-pflegerische, einschließlich palliative, Kenntnisse sowie Kenntnisse im Sozial- und Betreuungsrecht und psychische, soziale, ethische und kulturelle Kenntnisse im Kontext von Alter und Sterben erwartet. Die personale Kompetenz zeichnet sich danach insbesondere durch eine Gesprächsführungskompetenz und Beratungshaltung aus, die kooperativ, kommunikativ, selbstreflektierend, verantwortungsbewusst, respektvoll und empathisch ist.

Als Grundqualifikation wird eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Pflege (Gesundheits- und Kranken-, Alten- oder Kinderkrankenpflege), als staatlich anerkannte/r Heilerziehungspflegerin/-pfleger, Heilpädagogin/-pädagoge oder Erzieherin/Erzieher verlangt. Eine andere vergleichbare Berufsausbildung wird ebenfalls akzeptiert. Daneben kann auch ein Studienabschluss im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften oder Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften als Grundqualifikation vorgelegt werden. Zusätzlich wird eine dreijährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung gefordert. Mit einer solchen Erfahrung wird auch Ärztinnen und Ärzten die notwendige Grundqualifikation zugesprochen.

Alle dem Grunde nach qualifizierten Personen müssen eine nach der Vereinbarung genauer definierte Weiterbildung zum/zur Berater/Beraterin der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abschließen.

Leistungs- bzw. Kostenträger sind nach § 132g Abs. 4 SGB V die Krankenkassen. Die Vergütung ist in den § 15 ff. der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden geregelt.

Zur Flankierung der Regelungen nach § 132g SGB V hat der Bewertungsausschuss für die vertragsärztliche Vergütung ab Januar 2019 für die ärztliche Mitbetreuung einen neuen Abschnitt 37.4 in den EBM aufgenommen. Die Pauschale mit der Gebührenordnungsposition 37400 ist mit 100 Punkten (10,99 €) bewertet. Sie kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Inhalt sind die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch des betreuenden Arztes mit dem verantwortlichen Berater über die gesundheitliche Versorgungsplanung sowie Notfalldokumente. Ein Thema ist dabei eine schriftliche Patientenverfügung, die vom Berater erstellt und vom Arzt unterschrieben werden soll. Ferner kann der Arzt an einem Beratungsgespräch und/oder einer Fallbesprechung des Beraters mit dem Patienten teilnehmen – auch im Rahmen einer Videofallkonferenz (29).

4. Empirische Erkenntnisse zum Stand der Palliativversorgung in Bayern

Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über den aktuellen Stand der Palliativversorgung in Bayern. Kapitel 4.1 beschäftigt sich mit ärztlichen Palliativleistungen, Kapitel 4.2 mit der Palliativversorgung im Pflegeheim, wobei unter anderem Erkenntnisse aus den GKV-Routinedaten betrachtet werden. Kapitel 4.3 befasst

sich mit der Struktur und dem Aufbau der derzeitigen Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern.

4.1 Ärztliche Palliativleistungen

Im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes (SAVOIR) führten Ditscheid et al. eine retrospektive Kohortenstudie für im Jahr 2016 verstorbene Versicherte mit GKV-Abrechnungsdaten durch, um erstmals versichertenbezogene Daten zur Inanspruchnahme von Palliativleistungen in Deutschland zu ermitteln (1). Versicherte mit einer mindestens einmaligen Abrechnung einer palliativ-spezifischen Ziffer innerhalb der letzten 6 Lebensmonate wurden folgenden Gruppen zugeordnet:

- ◆ AAPV: Versicherte mit EBM-Ziffern für palliativmedizinische Versorgung und zusätzlich über KV-spezifische und selektivvertragliche Sonderziffern
- ◆ SAPV: Versicherte mit EBM-Ziffern der SAPV-Erst- und Folgeverordnung und andererseits über KV-spezifische und selektivvertragliche Sonderziffern sowie SAPV-Leistungsabrechnungen
- ◆ Stationäre Palliativversorgung: wurde über die entsprechenden Codes für palliativmedizinische Prozeduren des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) identifiziert
- ◆ Stationäre Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V): wurden anhand von Hospizleistungsabrechnungen erfasst.

Im Ergebnis zeigte sich, dass 32,7% der Versicherten in den letzten 6 Lebensmonaten mindestens eine palliative Leistung erhielten. Ohne Sonderziffern und SAPV-sowie Hospizleistungsabrechnungen, d. h. unter ausschließlicher Berücksichtigung von EBM-Ziffern für AAPV-Leistungen und SAPV-Verordnungen, betrug dieser Anteil 27,1%.

AAPV wurde bei 24,4% der Versicherten abgerechnet, SAPV-Leistungen nahmen 13,1 % der Versicherten in Anspruch. 5,2% der Versicherten erhielten nur SAPV (ohne AAPV).

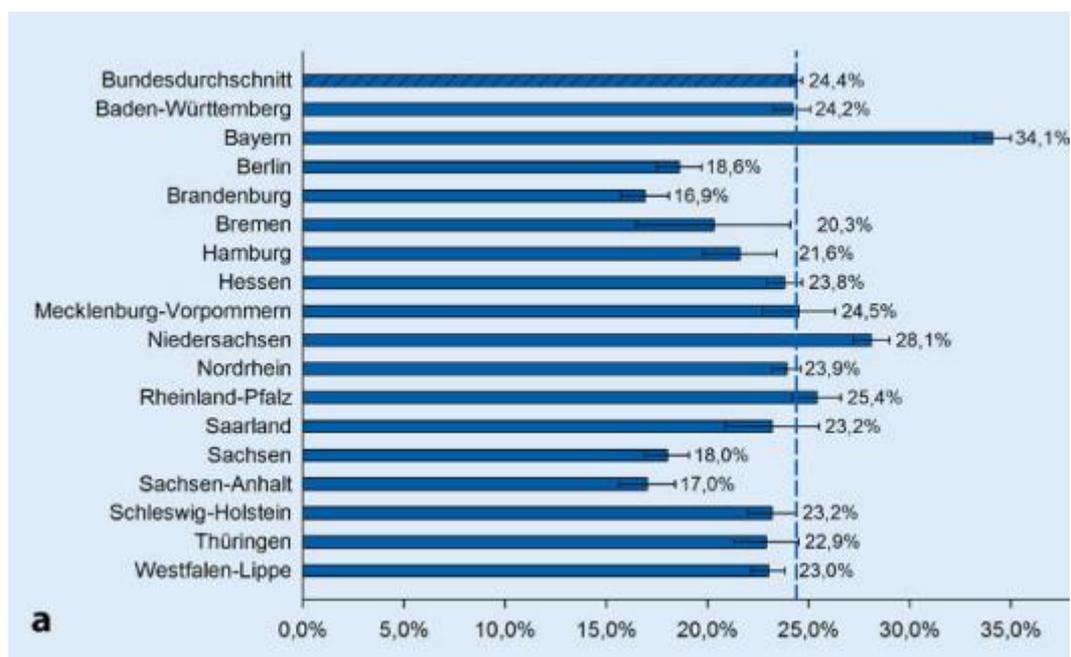
International wird der Bedarf an PV am Lebensende auf 56 – 83 % geschätzt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der für Deutschland ermittelte Wert von knapp 33 % mit mindestens einer Palliativleistung in den letzten sechs Lebensmonaten den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung im Bereich der Palliativversorgung nicht deckt (1). Bretschneider et al. stellten im Rahmen ihrer Untersuchung in Sachsen-Anhalt 2012 fest, dass Patienten mit nicht-onkologischen Diagnosen es schwerer hatten, eine SAPV verordnet zu bekommen. Eine weitere Erkenntnis war, dass wider Erwarten nicht die Schmerzen für die Patienten im Vordergrund stehen. Was sie am meisten belastet, sind Schwäche sowie Appetitlosigkeit und Übelkeit (30).

Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich für Bayern folgendes Bild:

In Bayern erhielten 2015/16 mit Abstand die meisten Versicherten Leistungen der AAPV (34,1 %, Bundesdurchschnitt: 24,2 %, siehe Abbildung 3). Die Autorinnen und Autoren der Studie verweisen darauf, dass es in Bayern bereits sehr früh eine

starke ambulante Hospizkultur sowie damit einhergehende Netzwerke in der Hospiz- und Palliativversorgung gab. „Hinzu kommt, dass die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) in Bayern gut etabliert ist und eigene Vergütungsziffern für AAPV-Leistungen vorsieht.“ (1).

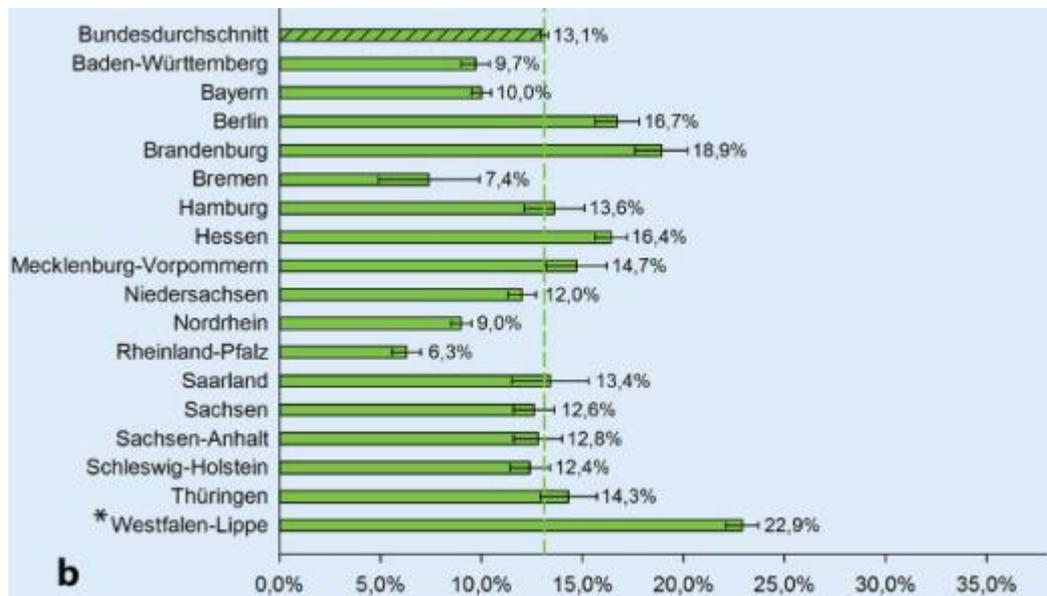
Abbildung 3: Versicherte mit AAPV-Leistungen (2015/16)



Quelle: (1)

Dagegen fiel die Inanspruchnahme von SAPV-Leistungen in Bayern mit 10 % der Versicherten etwas unterdurchschnittlich aus (Bundesdurchschnitt 13,1 %, vgl. Abbildung 4). Die Studienautoren führen das u. a. auf die im Bundesvergleich geringere Anzahl an Ärzten mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ in Bayern zurück. 2016 gab es lediglich 313 ambulant tätige Palliativmediziner im Freistaat. Bezogen auf 100.000 Einwohner gab es 2016 in Bayern 6,5 Palliativmediziner (mit ärztlicher Tätigkeit) – der niedrigste Wert aller Bundesländer. Im Bundesdurchschnitt gab es 12,4 Palliativmediziner je 100.000 Einwohner – Spitzenreiter war Hessen mit 17,3 (1).

Abbildung 4: Versicherte mit SAPV-Leistungen (2015/16)



Quelle: (1)

3,6 bzw. 55,4 % der Palliativmediziner je 100.000 Einwohner waren 2016 stationär tätig. Im Bundesvergleich rangierte Bayern mit 9,7 % der Versicherten mit Leistungen stationärer Palliativversorgung leicht überdurchschnittlich, wie aus Abbildung 5 hervorgeht.

Abbildung 5: Versicherte mit Leistungen stationärer Palliativversorgung (2015/16)



Quelle: (1)

Hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Hospizleistungen rangierte Bayern 2016 erneut auf den hinteren Rängen: nur 2 % der 2016 Verstorbenen erhielt demnach diese Palliativleistungen in den letzten sechs Lebensmonaten, im Bundesdurchschnitt waren es 3,3 % (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Versicherte mit stationären Hospizleistungen (2015/16)



Quelle: (1)

Ditscheid et al. kommen zu dem Fazit, dass in Bayern offenbar die gut ausgebauten ambulanten Strukturen der AAPV „in Kombination mit einer eher geringfügig ausgebauten SAPV die Inanspruchnahme stationärer Strukturen [d. h. Palliativversorgung im Krankenhaus] nicht verhindern“ (1).

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich schlussfolgern, dass eine Stärkung der Palliativversorgung außerhalb des Krankenhauses, und somit auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, dazu beitragen kann, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ des Bayerischen Rahmenkonzeptes zur Hospiz- und Palliativversorgung künftig in höherem Maße gerecht zu werden.

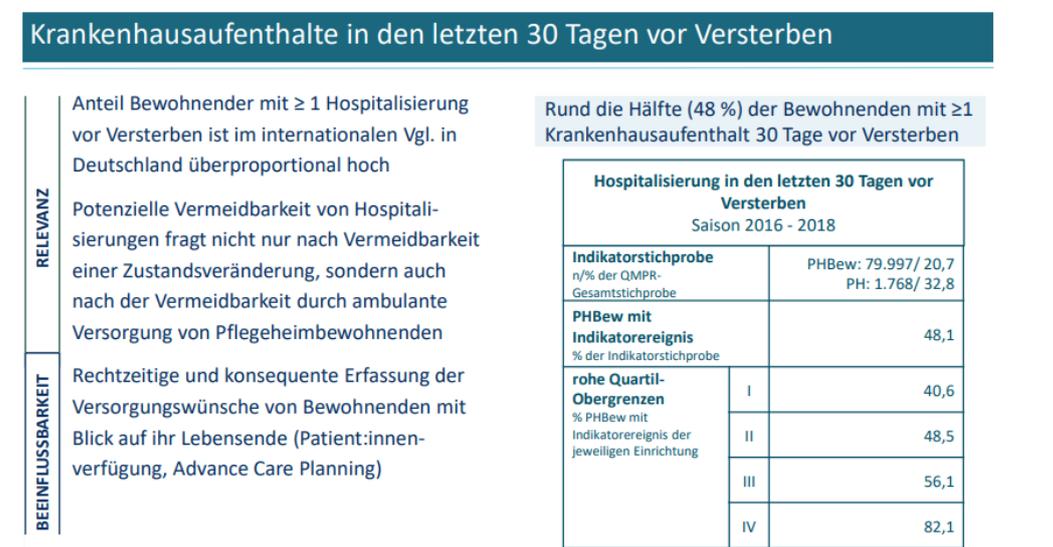
4.2 Palliativversorgung im Pflegeheim

In diesem Abschnitt werden empirische Erkenntnisse zur Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen, die in absehbarer Zeit versterben, vorgestellt. Diese basieren z. T. auf Routinedaten der Krankenversicherungen (Kapitel 4.2.1), auf aktuellen deutschen Studien (Kapitel 4.2.2) sowie auf Erhebungen der Kassen im Rahmen gesetzlicher Berichtspflichten (Kapitel 4.2.3).

4.2.1 Erkenntnisse aus GKV-Routinedaten

Im Rahmen einer Studie zur Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR) ermittelte das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) unter anderem die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben (Berendt & Schwinger 2022). Wie aus der folgenden Übersicht (Abbildung 7) ersichtlich, hatte knapp die Hälfte (48 %) der im Zeitraum 2016 bis 2018 verstorbenen Heimbewohner mindestens einen Krankenhausaufenthalt in diesem Zeitraum – ein, nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren, im internationalen Vergleich hoher Wert.

Abbildung 7: Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten von Heimbewohnern in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben



Quelle: (31, 32)

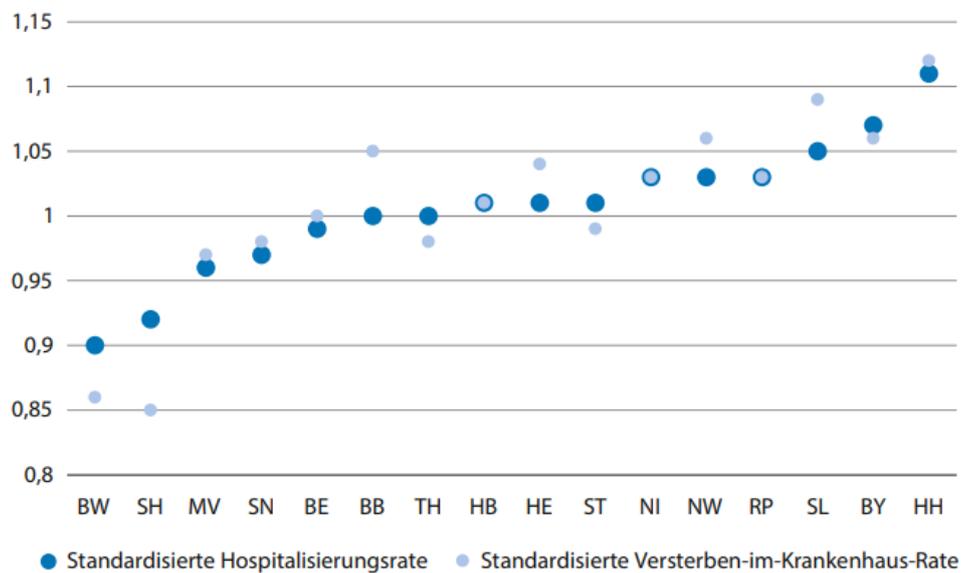
Betrachtet man allerdings die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Pflegeeinrichtungen, so wird deutlich, dass 50 % der Pflegeheime höhere Werte als 48,5 % aufweisen. In einem Viertel der Einrichtungen sind es zwischen 56,1 % und 82,1 % der Bewohnerinnen und Bewohner, die in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben mindestens einen Krankenhausaufenthalt haben.

Schwinger et al. ermittelten auf Basis anhand einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse auf Basis von bundesweiten AOK-Abrechnungsdaten aus den Jahren 2018 und 2019 bundeslandspezifische standardisierte Hospitalisierungsraten für Heimbewohner in den letzten 12 Wochen vor dem Versterben sowie standardisierte Versterben-im-Krankenhaus-Raten.³ Die standardisierten Raten geben das Verhältnis zwischen der beobachteten Anzahl der Ereignisse (Krankenhausaufenthalt in

³ Zur Standardisierung wurden Angaben zu Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Demenz herangezogen.

den letzten zwölf Lebenswochen bzw. Versterben im Krankenhaus) zu der erwarteten Anzahl dieser Ereignisse basierend auf der gesamten Studienpopulation an. Bei einem Wert < 1 werden weniger Ereignisse beobachtet, als zu erwarten gewesen wäre, bei einem Wert von > 1 mehr. Wie aus der folgenden Abbildung 8 ersichtlich ist, haben Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein deutlich unterproportionale Raten auf, während Bayern und das Saarland überproportional abschneiden.

Abbildung 8: Standardisierte Hospitalisierungsrate und Versterben-im-Krankenhausrate für die einzelnen Bundesländer



Quelle: (32).

4.2.2 Ergebnisse aus aktuellen Studien

Im Zeitraum März bis Mai 2022 befragten Behrendt et al. Pflegefach- und -hilfspersonen in deutschen Pflegeheimen zur Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern am Lebensende mit dem Ziel, den Zustand und die Qualität der Versorgung am Lebensende zu beleuchten. Es konnten 552 ausgefüllte Fragebögen in die Analyse eingehen – darunter waren 16 % Pflegehilfspersonen, 42,6 % Pflegefachpersonen und weitere 40 % Pflegefachpersonen in Leistungsfunktionen (Management, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung). Insgesamt 78 Personen waren in Bayern tätig (33).

Die Antworten der beruflich Pflegenden zeigten zum einen, dass die Versorgung von Menschen, die in absehbarer Zeit versterben, in Pflegeheimen kein seltenes Ereignis ist: Durchschnittlich wenden die Pflegenden ein Drittel ihrer Arbeitszeit dafür auf (Median: 20 %), ein Viertel bezifferte diesen Anteil sogar auf mindestens 50 %. Am höchsten lagen die Werte bei den Pflegehilfspersonen (Median: 40 %) (33).

Die Kenntnis der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Dokumentation und kontinuierliche Aktualisierung stellen ein zentrales Qualitätsmerkmal dar. Nur zwei Drittel der befragten Pflegenden (67,4 %) gaben an, dass bei Aufnahme ins Pflegeheim immer auch die Patientenverfügung abgefragt wird (33).

Da insbesondere die Palliativversorgung eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert, wurde auch eruiert, wie diese mit verschiedenen Akteuren eingeschätzt wird. Die Studienautorinnen bzw. -autoren kamen anhand der Antworten zu dem Schluss, dass die Kooperationsstrukturen der Pflegeheime in der Versorgung am Lebensende ausbaufähig seien: Ein Viertel der Pflegenden arbeitet nie mit Schmerztherapeutinnen/-therapeuten zusammen, je ein Drittel nie mit psychologischen/psychotherapeutischen Fachpersonen und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern. Sehr häufig wird von 65 % der Pflegenden die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten angegeben, mit Fachärzten dagegen nur 22 % (33).

Palliativmedizinische Fachleute (SAPV-/Palliative Care Teams, Ärztinnen und Ärzte mit Palliativschwerpunkt) sind im Pflegeheim eher rar (weniger als ein Drittel der Pflegenden arbeiten sehr häufig mit ihnen zusammen) – aber wenn sie bei der Versorgung am Lebensende eingebunden sind, werden sie von über 60 % der beruflich Pflegenden als „sehr unterstützend“ wahrgenommen. Und: Je häufiger die Pflegenden mit Palliativfachleuten zusammenarbeiten, desto positiver wird die Zusammenarbeit bewertet (33).

Gefragt nach kritischen Situationen in der Versorgung am Lebensende beobachteten 21 % der beruflich Pflegenden monatlich oder häufiger eine Krankenhauseinweisung von Personen in der Sterbephase, die nach ihrer Einschätzung „nicht in deren besten Interesse“ sei. Knapp 16 % beobachtete monatlich oder häufiger, dass auf Druck von Angehörigen belastende bzw. lebensverlängernde Behandlungen erfolgen, obwohl die Patientenverfügung dies untersagt. Die Hälfte der Pflegenden, die solche Situationen erleben, sagen aus, dass sie sich dadurch sehr belastet fühlen (33).

Ebenfalls belastend ist, neben dem allgegenwärtigen Zeit- und (Fach-)Personal-mangel, für zwei Drittel der Befragten die fehlende Erreichbarkeit der ärztlichen Leistungserbringer und für 38 % deren mangelnde Bereitschaft zur palliativen Verordnung (33). Auch aufgrund betrieblicher Zwänge (zeitlicher, finanzieller Druck) könnten die Hälfte der Pflegenden mindestens monatlich, ein Drittel wöchentlich oder häufiger nicht jene Pflege am Lebensende leisten, die ihren eigenen Ansprüchen gerecht wird (33).

Hinsichtlich der fachlichen Qualifikation wünschen sich zwei Drittel der Befragten mehr Weiter- und Fortbildungen zur Versorgung am Lebensende und Palliativpflege. Allerdings gibt jede fünfte Person an, dass vorhandene Angebote aus Zeitmangel nicht genutzt werden könnten. Während der Pandemie habe sich das Angebot an Fortbildungen verringert. Sehr häufig (81 %) wird der innerbetriebliche fachliche Austausch (in Form von Teamsitzungen, Fallbesprechungen) für die eigene fachliche Weiterentwicklung genutzt (33).

Das Autorenteam resümiert abschließend, dass „die Versorgung, Begleitung und Pflege von Menschen mit absehbarem Lebensende ... keine Nebentätigkeit der Pflegenden in deutschen Pflegeeinrichtungen, sondern immanenter Bestandteil ihres Alltags [ist].“ (33). Dem Vorhalten von Vorausverfügungen und deren kontinuierliche Überprüfung komme insb. angesichts steigender Zahlen von Demenz in Pflegeheimen eine zentrale Rolle zu. Darüber hinaus ist die berufsgruppenübergreifende Kooperation und Kommunikation für die Versorgung am Lebensende essentiell – neben der Einbindung palliativmedizinischer Fachexpertise ist auch die Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten zu forcieren. Die Personalressourcen in Pflegeheimen sind zur Umsetzung einer guten Palliativversorgung mengenmäßig und fachlich auszubauen: In einer in der Studie zitierten Befragung von Diehl et al. (2021) äußerte jede vierte Pflegekraft in der allgemeinen Palliativversorgung den Wunsch nach einer Weiterbildung, der jedoch seitens des Arbeitgebers nicht unterstützt wurde (33).

4.2.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V

Ob eine Pflegeeinrichtung ein Angebot zur Versorgungsplanung macht, was nach der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden dann auch zu einem Anspruch ihrer Leistungsberechtigten (schwerstkranker Bewohnerinnen und Bewohner) führen würde, ist ihr selbst überlassen. Zum Stichtag 31.12.2019 hatten in Bayern 200 stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI (knapp 10 % aller Einrichtungen) und 87 Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach § 75 SGB XII eine Vergütungsvereinbarung zur Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geschlossen. Bundesweit waren es 941 stationäre Pflegeeinrichtungen und damit nur etwas mehr als 6 % aller Einrichtungen. Einen höheren Anteil als Bayern verzeichnete mit 10,6 % nur Mecklenburg-Vorpommern (24). Allerdings verwies der GKV-SV auf die zum Zeitpunkt der Erhebung erst „kurze Zeit“ geltende Vereinbarung (seit 01.01.2018), so dass sich die Strukturen noch im Aufbau befänden.

Aus den Angaben zur Anzahl der Vergütungsvereinbarungen lassen sich allerdings keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ziehen, die tatsächlich eine Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase erhalten haben.

4.3 Hospiz- und Palliativnetzwerke

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) fördert derzeit 13 Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern (vgl. Tabelle 8). Innerhalb der Netzwerke sind über 236 Mitglieder (bspw. Einzelpersonen, (Hospiz-)Vereine, ambulante und stationäre Einrichtungen, SAPV- und auf die Versorgung von Kindern spezialisierte SAPPV-Teams, Seniorenbeiräte, Pflegestützpunkte, Kliniken, Praxen) organisiert. Die einzelnen Netzwerke decken verschiedene Aufgabengebiete ab: u. a. Informationsbereitstellung, Organisation von Ehrenamtlichen und Spenden, Vernetzung der einzelnen Akteure, Koordination von Fort und Weiterbildungen,

fachlicher Austausch, Beratung und die Vermittlung von Anlaufstellen für Betroffene (34). Neben der Vernetzung der Leistungserbringer untereinander, stellt die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsangebote sowie die Förderung der Kommunikation von Angeboten in der Öffentlichkeit die grundlegenden Ziele der Hospiz- und Palliativnetzwerke dar. Die einzelnen Netzwerke operieren regional begrenzt. Bundesweit übergreifend hingegen fördert die aktuelle Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes vom 31.03.2022 die Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkordinatorin oder einen Netzwerkkordinator nach § 39d Absatz 3 SGB V.

Aus einem Projekt heraus ist in der Region Augsburg beispielsweise der Palliativkompass⁴ als ein Angebot für Betroffene entstanden, welcher die Hospiz- und Palliativversorgung in der Region thematisiert.

Tabelle 8: Übersicht Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke in Bayern

Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern (unsortiert)	
1	Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
2	Hospiz- und Palliativnetzwerk Bayreuth – Kulmbach
3	Hospiz- und Palliativnetzwerk des Hospizvereins Coburg e.V. – HPN Coburg
4	Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Erlangen und Erlangen-Höchstadt (NetHPV)
5	Loses Netzwerk im Landkreis Freyung-Grafenau
6	Das Onkologische und Palliativmedizinische Netzwerk in Landshut
7	Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerk
8	Hospiz- und Palliativnetzwerk Nürnberg
9	Palliativ- u. Hospiz-Netz Niederbayern e.V. mit Teilprojekt Palliative u. hospizliche Vernetzung Stadt- u. Landkreis Passau
10	Hospiz- und Palliativ-Netzwerk Regensburg Stadt und Landkreis
11	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Schwabach
12	Netzwerk Hospiz – Verein Palliativarbeit und Palliativbetreuung Südostbayern e.V.
13	Palliativnetzwerk Region Würzburg
14	Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Fürstenfeldbruck
15	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Landkreis Landsberg am Lech
16	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Landshut
17	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Rachel-Rusel
18	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Region Fürth

⁴ <http://www.palliativkompass.de/startseite>

Hospiz- und Palliativnetzwerke in Bayern (unsortiert)	
19	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Schweinfurt – Bad Kissingen
20	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Südfranken
21	Hospiz-Palliativ-Versorgungsnetz Isar-Inn
22	Hospiz- und Palliativnetzwerk im Landkreis München
23	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Cham
24	Palliative Care Netzwerk der Ilse Kubaschewski Stiftung
25	Netzwerk Hospiz e. V. und gGmbH Traunstein
26	Hospiz- und Palliativ-Netzwerk Rosenheim
27	Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Region Bamberg

Quelle: (35); Stand Mai 2022

Anmerkung: Alle vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerke (HPVN) sind grau hinterlegt.

Weiterhin gibt es die 1999 gegründete und seitdem vom Freistaat Bayern verwaltete Bayerische Stiftung Hospiz. Diese förderte in den ersten Jahren einzelne Projekte, die Gründung neuer Hospizvereine, sammelt Spenden und trägt zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen bei, um die Palliativ- und Hospizbewegung in Bayern voranzutreiben.

Insgesamt gibt es in Bayern, Stand April 2022, mehr als 200 verschiedene Anlaufstellen für betroffene Menschen und deren Angehörigen, welche sich unterscheiden lassen in stationäre (Hospize, Palliativstationen in Kliniken) und ambulante Anlaufstellen (eigenständige SAPV-Teams und ambulante Dienste mit SAPV/SAPPV), Hospizakademien (primär Aus- Fort- und Weiterbildungsstätten) und Hospizdienste. Nach Angaben des Bayerischen Hospiz- und Palliativverbands e. V. wird die Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern sichergestellt durch rund

- ◆ 141 ambulante Hospizdienste,
- ◆ 48 SAPV-Teams, 6 Kinder-SAPV-Teams,
- ◆ 486 Palliativbetten an 51 Krankenhäusern und weiteren 72 palliativmedizinischen Diensten und
- ◆ rund 25 stationäre Hospize (36–38)

Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die 25 stationären Hospize im Freistaat Bayern. Deutlich erkennbar ist, dass die Verteilung über das Bundesland ungleichmäßig ist und sich eher im südlichen Bayern eine Häufung findet. In sehr vielen Landkreisen und kreisfreien Städten ist eine stationäre Versorgung im Hospiz nicht vorhanden.

Abbildung 9: Übersicht zu den 25 stationären Hospizen im Freistaat Bayern im Jahr 2023



Quelle: IGES

Die ambulanten Hospizdienste sind in ihrer jeweiligen Region vernetzt und arbeiten mit Pflegediensten, Ärzten und Seelsorgern zusammen. Finanziert werden sie über die Förderung nach § 39a SGBV und Spenden (39).

Bayernweit gibt es vier aus Landesmitteln geförderte Hospizakademien, welche primär Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten sind. Neben den vier Hospizakademien gibt es auch bei anderen Bildungsträgern Weiterbildungsangebote im Bereich der Palliativversorgung.

In der Praxis finden sich SAPV-Teams, z. B. angebunden an Hospizvereine, als eigenständige Unternehmen. Für die palliative Versorgung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen sind die SAPPV-Teams spezialisiert. Ambulante Versorger, welche SAPV/SAPPV anbieten, können bspw. über den Landesverband SAPV Bayern mithilfe einer Suchmaschine⁵ gefunden werden. Aktuell sind die SAPV-Teams oftmals für 1 - 2 Landkreise Ansprechpartner. Ausnahmen stellen große Einzugsgebiete wie Bamberg dar (40).

⁵ https://sapv-bayern.de/?s=&post_type=team

Auskunft über weitere Angebote gibt der „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“, eine Datenbank, in der sich Anbieter registrieren und die Informationen bundesweit zugänglich gemacht werden (41) sowie der AOK-Palliativwegweiser, mit regionalen Suchfunktionen sowie grundlegenden Informationen über unterschiedliche Leistungen und Angebote im Bereich Palliative Care (42).

5. Konzept ZiB und teilnehmende Pflegeeinrichtungen

In diesem Abschnitt wird das ZiB-Konzept ausführlich vorgestellt (Kapitel 5.1 und 5.2) und anschließend werden die an der Evaluation teilnehmenden Pflegeeinrichtungen vorgestellt (Kapitel 5.3).

5.1 Konzept ZiB

Ausgangspunkt für das Engagement der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung im ZiB-Projekt war die Erkenntnis, dass die (spezialisierten) Versorgungsstrukturen im Palliativ- und Hospizbereich zwar mittlerweile recht gut ausgebaut sind, aber gleichzeitig viele Menschen in Pflegeheimen am Lebensende davon nicht oder zu wenig profitieren.

Das Projekt ZiB Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim hat folgende Ziele:

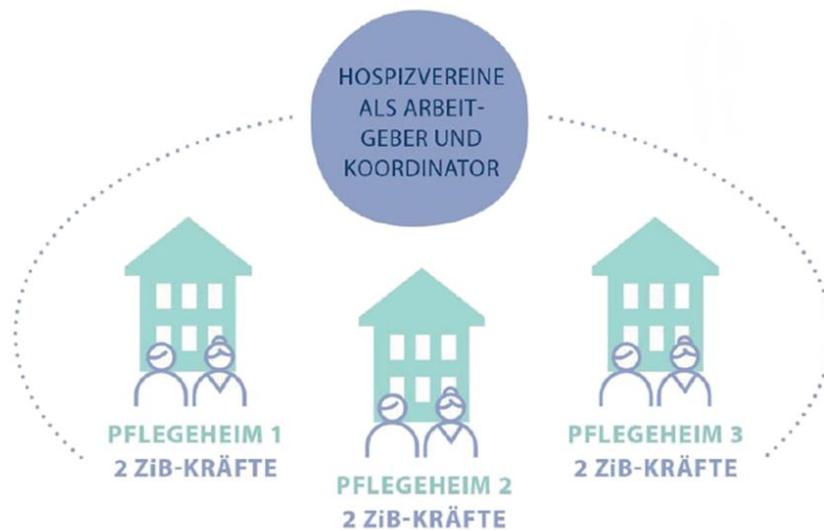
- ◆ Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Pflegeheim,
- ◆ Ausbau der Vernetzung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen mit weiteren Versorgungsstrukturen,
- ◆ Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen sowie
- ◆ Steigerung der Wertschätzung des Engagements der Pflegekräfte (43).

Im Rahmen des Modellprojekts „Zeitintensive Betreuung“ des Anna Hospizvereins im Landkreis Mühldorf e. V. 2015 bis 2016 konnte gezeigt werden, „dass sich die Betreuung am Lebensende durch mehr frei verfügbare Zeit für die Pflegenden deutlich verbessern lässt“ (43). Grundidee des Modells war die zusätzliche Anstellung von Pflegefachkräften mit Weiterbildung in Palliative Care beim Hospizverein, um den Kräften in ihrer eigenen Einrichtung ein zusätzliches Zeitkontingent für die Palliativpflege zur Verfügung zu stellen. Aufbauend auf diesem Modellprojekt wurde das Konzept mit Fördermitteln und unter Koordination der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung auf weitere Landkreise in Bayern ausgeweitet. In den Jahren 2018/19 wurde bereits ein einjähriges Pilotprojekt in sechs Regionen unterstützt. Daran anknüpfend starteten ab November 2021 weitere Hospizvereine und Pflegeheime mit der Erprobung des ZiB-Konzeptes mit wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation durch das IGES Institut.

Durch die Fördermittel des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (ab dem Projektjahr 2021-2022), der PKV-Stiftung und weiterer kooperierenden Stiftungen, werden u. a. die folgenden Kosten abgedeckt: Personalkosten der Pflegekräfte, Workshops, Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit und die Evaluation des Projekts. Über die jeweiligen Hospizvereine findet neben der Projektkoordination vor Ort auch die Organisation und Durchführung von Coachings und eine regelmäßige Beratung für die ZiB-Kräfte statt.

Die am Projekt teilnehmenden Hospizvereine kooperieren eng mit den Pflegeheimen aus der jeweiligen Region. Über den Hospizverein wird vor Ort eine fachliche Begleitung über lokale Koordinationskräfte bereitgestellt.

Abbildung 10: Hospizvereine als regionale Projektkoordinatoren



Quelle: (43)

In einem Pflegeheim werden nach Möglichkeit mindestens zwei Pflegefachkräfte als ZiB-Kraft eingesetzt. Hinsichtlich der Qualifikation muss eine ZiB-Kraft entweder eine abgeschlossene oder begonnene Weiterbildung zur Palliativfachkraft vorweisen. Zusätzlich zur regulären Beschäftigung im Heim wird die ZiB-Kraft auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung beim Hospizverein angestellt. Insgesamt haben die teilnehmenden Pflegeheime 50 Stunden „Zeitintensive Betreuung“ im Monat zusätzlich für die palliative Versorgung zur Verfügung. Die 50 Stunden pro Pflegeheim setzen sich wie folgt zusammen:

- 40 Stunden im Monat über die Anstellung der ZiB-Kräfte im Hospizverein
- 10 Stunden im Monat über die Freistellung durch das Pflegeheim

Folgende, von den ZiB-Kräften erbrachte Leistungen wurden bereits im Pilotprojekt als bedeutend für die Versorgung am Lebensende identifiziert:

- ◆ Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern und Angehörigen
- ◆ Zeitintensive Grundpflege
- ◆ Gespräche mit Ärzten
- ◆ Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- ◆ Zeitintensive Mundpflege
- ◆ Erfüllung persönlicher Wünsche
- ◆ Pflegerische Sitzwache

Die verschiedenen Leistungsarten wurden im Rahmen des vorangegangenen Pilotprojekts zwar erfasst, allerdings nicht der jeweilige zeitliche Aufwand.

Für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger besteht neben den bereits aufgezählten Leistungsarten die Möglichkeit, mit der zuständigen ZiB-Kraft und der/m Ärztin/Arzt eine Patientenverfügung bei schwerer Krankheit (PSK) zu erstellen. Das Vorliegen einer PSK ist im Rahmen der palliativen Versorgung von großer Bedeutung und vermindert Unsicherheiten sowohl für alle an der Versorgung Beteiligten, wie auch für die Angehörigen (siehe dazu auch die Ergebnisse von (33) im Kapitel 4.2.2). Eine PSK ist notwendig, wenn aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine akute Krisensituation zu erwarten ist, da eine allgemeine Patientenverfügung in diesem Fall nicht mehr greifen würde. Kernstück der PSK stellt der Notfallplan dar. Bezogen auf möglicherweise auftretenden Komplikationen wie akute Schmerzen, Atemnot und Angst, werden in der PSK Maßnahmen und die entsprechende Medikation festgehalten, welche bei Bedarf eingesetzt werden können.

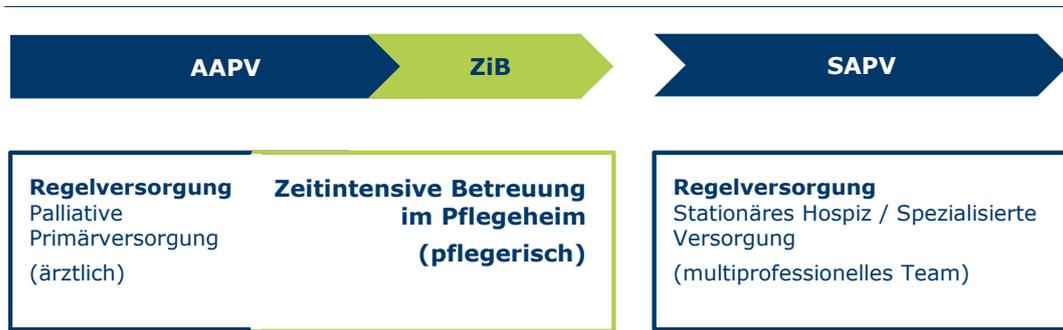
5.2 Abgrenzung ZiB und „Regelversorgung“

Die ambulante palliative Regelversorgung in Deutschland beinhaltet, wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, auf der einen Seite die Versorgung über AAPV und auf der anderen Seite, allerdings erst bei hohen Anforderungsvoraussetzungen, die SAPV. Zur Deckung des palliativ-pflegerischen Bedarfs im Rahmen der AAPV kann die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt häusliche Krankenpflege verordnen – bis hin zur Komplexleistung 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ (im Detail dazu siehe Kapitel 3.1). Da für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen keine Leistungen gem. § 37 SGB V (HKP) verordnet werden können, ist die palliativ-pflegerische Versorgung im Rahmen der AAPV ohne zusätzliche Vergütung vom Pflegeheim zu leisten. Wenn bei sich weiter erhöhendem palliativen Versorgungsbedarf der Anspruch auf SAPV erfüllt wird, umfasst diese grundsätzlich nur „ergänzende Leistungen“, d. h. Leistungen anderer Versorgungsformen (insb. nach § 37 SGB V und nach dem SGB XI) bleiben davon unberührt und werden „im Sinne einer Netzwerkkooperation mit dem SAPV-Team fortgesetzt“ (§ 9 Abs. 4 Rahmenempfehlung SAPV). D. h., auch wenn ein multiprofessionelles Team bei Pflegeheimbewohnerinnen bzw. -bewohnern SAPV erbringt, sind palliativ-pflegerische Leistungen der AAPV weiterhin vom Personal des Pflegeheims (in Vernetzung mit den SAP-Leistungen) zu übernehmen.

Die empirischen Befunde zum Stand der Palliativversorgung (siehe Kapitel 4) zeigen, dass in Deutschland allgemein, aber insbesondere in Pflegeheimen aufgrund der personellen Situation (Anzahl und Fachlichkeit von Pflegefachkräften) eine Unterversorgung von Personen am Lebensende zu verzeichnen ist und auch die Zusammenarbeit mit Palliativfachkräften nur von einem Drittel der Pflegekräfte als „häufig“ bestätigt wird.

ZiB greift diese Problematik auf, indem es die palliativ-pflegerische Komponente der AAPV (und letztlich auch der SAPV) personell und finanziell stärkt (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Abgrenzung ZiB und Regelversorgung



Quelle: IGES

Betrachtet man die im ZiB-Projekt definierten Voraussetzungen für die ZiB-Versorgung im Vergleich zu denen der SAPV (vgl. Tabelle 9) so wird deutlich, dass ZiB eindeutig vor der SAPV greift. Ein komplexes Symptomgeschehen ist, anders als bei der SAPV, für die ZiB-Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Individuelle Bedarfe auf der Seite der pflegebedürftigen Person, wie erforderliche pflegerische Sitzwachen, hohe Gesprächsbedarfe auch der Angehörigen und zeitaufwändige Grundpflege, werden dagegen berücksichtigt.

Tabelle 9: Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen gem. SGB V und Aufnahmekriterien ZiB

SAPV	ZiB
Nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist	Personen am Lebensende, wobei die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder wenige Monate begrenzt ist.
Eine besonders aufwändige Versorgung wird benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant bzw. in besonderen Einrichtungen erbracht werden kann ⁶	Kräfteabbau, Appetitlosigkeit, zunehmende Pflegebedürftigkeit, pflegerische Versorgung beansprucht mehr als die durchschnittliche tägliche Pflegezeit
Die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes würden nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen, die Ziele der SAPV zu erreichen	„Regelversorgung“ im Pflegeheim (pflegerisch) ist nicht ausreichend
Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/ oder palliativpflegerische	-Keine komplexen Symptome, die SAPV erfordern würden - Erhöhter Gesprächs und Informationsbedarf

⁶ In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs nicht ausreicht.

SAPV	ZiB
<p>Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt mindestens eines der nachstehenden Kriterien ist erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausgeprägte Schmerzsymptomatik - ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik - ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik - ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore - ausgeprägte urogenitale Symptomatik 	<p>von Seiten des Bewohners bzw. des Angehörigen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit einer medizinisch-pflegerischen Sitzwache - Notwendigkeit der Erstellung einer Patientenverfügung bei schwerer Krankheit (PSK)

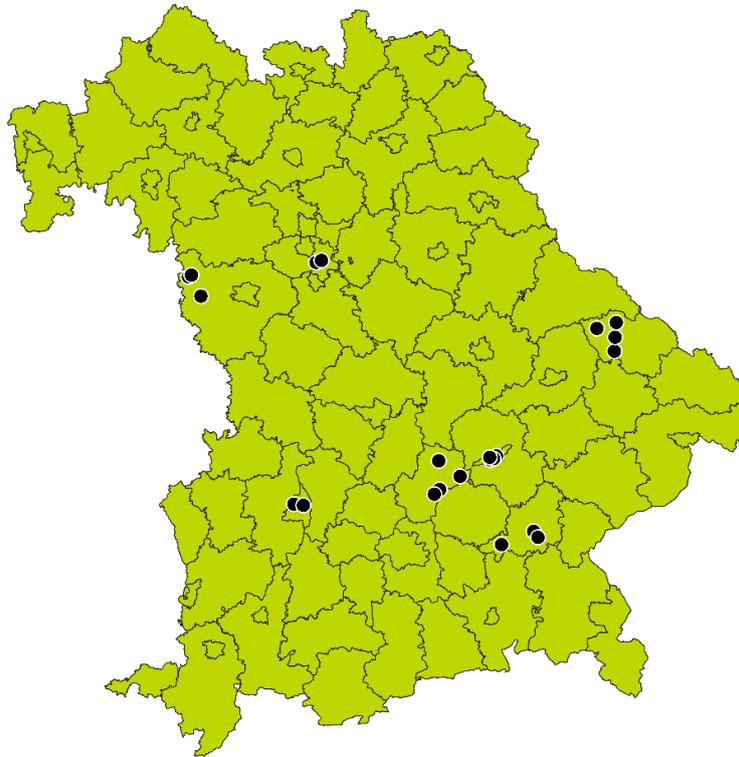
Quelle: (25) und Konzept ZiB, Zusammenstellung IGES

Die ZiB-Versorgung kann bei Stabilisierung des Zustands der pflegebedürftigen Person ZiB unterbrochen/pausiert und bei einer Verschlechterung des Zustands wiederaufgenommen werden.

5.3 Teilnehmende Heime im ZiB-Projekt

Für das Projekt ZiB 2021/2022 konnten insgesamt 22 Pflegeeinrichtungen und acht Hospizvereine gewonnen werden. Die nachfolgende Abbildung 12 zeigt die regionale Verteilung der teilnehmenden Pflegeheime im Projekt ZiB in Bayern.

Abbildung 12: Übersicht der Pflegeheime im ZiB-Projekt 2021-2022 in Bayern



Quelle: IGES

Einrichtungskonzepte der teilnehmenden Pflegeheime

Zu Beginn des ZiB-Projekts wurde von jeder teilnehmenden Einrichtung ein Einrichtungskonzept erstellt. Anhand der Informationen aus diesen Konzepten können die Einrichtungen nach strukturellen Angaben charakterisiert und die Ausgangssituation im Bereich der Sterbebegleitung kurz dargestellt werden. Die nachfolgende Tabelle 10 zeigt den grundlegenden Aufbau der Einrichtungskonzepte.

Tabelle 10: Aufbau der Einrichtungskonzepte

Themenbereich	Inhalt
Allgemeine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Bewohner/ Anzahl der Plätze - Verweildauer in der Einrichtung - Einrichtungskonzept zur Begleitung Sterbender - Neuaufnahme von Bewohnern zur Sterbebegleitung
Verstorbene 2019 und 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Bewohner/innen / Anzahl der Plätze - Anzahl der Verstorbenen - Anteil der jeweils in der Einrichtung verstorbenen Bewohner
Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Pflegefachkräfte in Vollzeitäquivalentstellen (VZÄ)

Themenbereich	Inhalt
	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Pflegehilfskräfte (VZÄ) - Anzahl der Betreuungskräfte (VZÄ) - Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care
Motivation für die Projektteilnahme	Projektziel in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> - allgemeine Aspekte / die Einrichtung - die Mitarbeitenden - die Bewohner
ZiB-Kräfte	<ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Beschäftigungsumfang - Erfahrungen der ZiB-Kraft im Rahmen der palliativen Versorgung
Dienstplangestaltung	Organisation und Planung des ZiB-Einsatzes
Fortführung nach der Projektphase	Möglichkeiten der Weiterführung des Projekts / Aspekte des Projekts nach Beendigung der Projektphase

Quelle: IGES

Die nächsten Tabellen enthalten Informationen zu ausgewählten Themenbereichen der Einrichtungskonzepte der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen. Tabelle 11 listet neben der Platz- und Bewohnerzahl die Anzahl der 2019 und 2020 in der Einrichtung verstorbenen Bewohner auf.

Es beteiligen sich sowohl große Einrichtungen mit 300 vollstationären Plätzen als auch kleine Einrichtungen mit nur 40 Plätzen am ZiB-Projekt. Die durchschnittliche Platzzahl liegt bei 108 Plätzen.

Die Anzahl der Verstorbenen 2020 reicht von sieben Verstorbenen in einer eher kleineren Einrichtung mit 56 Plätzen bis zu 171 in der größten am ZiB-Projekt teilnehmenden Einrichtung. 17 Einrichtungen machten Angaben zu ihren verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern. In den genannten Einrichtungen sind 2019 673 Bewohnerinnen und Bewohner verstorben (im Durchschnitt 40 pro Einrichtung), 2020 waren es 728 Personen (im Durchschnitt 43 pro Einrichtung).

Die Angaben zum Sterbeort aus den zur Verfügung gestellten Dokumenten war sehr lückenhaft, deshalb wird für die vergleichende Betrachtung des Sterbeortes „vor ZiB“ und „mit ZiB“ auf die Daten der im Rahmen der Evaluation retrospektiv erfassten Fälle zurückgegriffen (siehe Kapitel 6.2.6).

Tabelle 11: Platzzahlen und Angaben zu den Verstorbenen 2019 und 2020 (Basis: Einrichtungskonzepte)

Einrichtung	Anzahl vollstationärer Plätze (Stand 2021)	Anzahl der Verstorbenen 2019 (prozentualer Anteil der in der Einrichtung Verstorbenen)	Anzahl der Verstorbenen 2020 (prozentualer Anteil der in der Einrichtung Verstorbenen)
1	121	54 (k. A.)	39 (36 %)
2	124	35 (71 %)	30 (63 %)
3	94	29 (k. A.)	38 (100 %)
4	80	75 (k. A.)	
5	100	31 (k. A.)	38 (k. A.)
6	196	47 (72 %)	39 (82 %)
7	122	45 (64 %)	36 (61 %)
8	56	10 (90 %)	7 (57 %)
9	52	25 (60 %)	21 (86 %)
10	46	27 (44 %) ¹	32 (44 %) ¹
11	40		
12	300	122 (k. A.)	171 (k. A.)
13	120	54 (75 %)	59 (71 %)
14	90	52 (95 %)	58 (95%)
15	133	51 (65 %)	45 (73 %)
17	100	26 (k. A.)	46 (k. A.)
18	96	27 (74 %)	23 (87 %)
19	115	38 (k. A.)	46 (k. A.)
20	98	k. A.	k. A.
21	75	k. A.	k. A.
22	85	k. A.	k. A.
23	136	k. A.	k. A.

Quelle: IGES

Anmerkungen: ¹Für die Einrichtungen 10 und 11 liegen gemeinsame Angaben in einem Einrichtungskonzept vor

Eine Übersicht über die Beschäftigtenzahlen in den teilnehmenden Heimen findet sich in der nachfolgenden Tabelle 12.

Tabelle 12: Anzahl der Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung (in Vollzeit-
äquivalenten, Basis: Einrichtungskonzepte)

Einrichtung	Pflege- und Betreuung insgesamt in VZÄ	Anzahl der Pflegefachkräfte in VZÄ	Anzahl der Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in VZÄ
1	38,75	20,95	17,8
2	34,49	16,6	18,4
3	50,03	19,03	31
4	34,5	17,0	17,5
5	43,3	20,08	22,5
6	75,0	32,6	42,4
7	56,11	k. A.	k. A.
8	29,04	10,55	18,5
9	26,65	13,82	11,8
10	20,71	9,13	11,6
11	19,93	8,51	11,4
12	98,21	50,18	48,0
13	51,91	23,34	28,6
14	44,0	17,5	26,5
15	86,43	52,29	34,1
16	k. A.	k. A.	k. A.
17	42,65	19,0	23,7
18	42,08	21,4	20,7
19	51,0	23,0	28,0
20	49,11	20,26	28,85
21	k. A.	k. A.	k. A.
22	24,0	12,0	12,0
23	59,0	24,0	35,0

Quelle: IGES

Anmerkung: VZÄ = Vollzeitäquivalentstellen

Die Anzahl der Pflegefachkräfte mit einer Palliative-Care-Weiterbildung sowie der Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte sind in Tabelle 13 an zwei Zeitpunkten dargestellt. Es wird deutlich, dass es bei der Besetzung der ZiB-Kräfte zwischen dem

Beginn des Projekts Ende 2021 und April 2022 zu vielen Neubesetzungen gekommen ist. Erkennbar ist außerdem, dass die einzelnen Heime in unterschiedlicher Zahl Pflegekräfte in Palliative Care weitergebildet haben bzw. die Weiterbildung, auch aufgrund der Neubesetzungen, bis April 2022 noch nicht beendet war. Im Projektverlauf gab es insbesondere aufgrund von COVID-19-bedingten Einschränkungen in einigen Einrichtungen Schwierigkeiten bei der Besetzung der ZiB-Stellen. Jedoch konnten diese aufgrund der hohen Motivation innerhalb der Einrichtungen, weiter am Projekt teilzunehmen, meist überwunden werden.

Auch zum Ende des Projektes im Oktober 2022 zeigte sich, dass die schwierige personelle Situation sich kaum entspannt hat. Die hohe Personalfuktuation erschwerte die Planung erheblich. Einige Einrichtungen haben ganz konkret angegeben, um welche Berufsbezeichnung es sich bei den ZiB-Kräften handelt, diese sind in der Tabelle des Beschäftigungsumfangs gekennzeichnet (unterhalb der Tabelle befinden sich unter Anmerkungen Erläuterungen zu den Abkürzungen).

Tabelle 13: Anzahl der ZiB-Kräfte mit Palliative Care Weiterbildung und Beschäftigungsumfang im Projektverlauf

Einrichtung	Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care Stand 2021	Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care Stand April 2022	Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte Stand 2021	Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte Stand April 2022
1			ZK1: 77 %, ZK2: 100 %	AP1: 65%, AP2: 100 %
2			ZK1: 100 % ZK2: 75 %	KP1: 100 %, AP2: 75 %
3			k. A.	AP1: 65 %, AP2: 91 % ZK3: k. A. ⁷
4			ZK1: 100 %, ZK2: 75 %, ZK3 75 %	PK1: 100 %, PK2: 75 %, PK3: 50 %
5			ZK1: 75 %, ZK2: 100 %, BA3: 75 %	KP1: 75 %, KP2: 100 %, BA3: 75 %
6			ZK1: 50 %, ZK2: 100 %, ZK3: 50 % BA4: 75 %	KP2: 100 %, KP3: 50 %; ET/APH: 50 %, BA4: 75 %

⁷ Person ist im Beschäftigungsverbot

Einrichtung	Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care Stand 2021	Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care Stand April 2022	Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte Stand 2021	Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte Stand April 2022
7			ZK1: 50 %, ZK2: k. A. , ZK3: 100 %	KP1: 50 %, AP3: 100 %
8			ZK1: 78 %, ZK2: 100 %	ZK1: 65 %, BA2: 100 %
9			ZK1: 52 %, ZK2: 91 %, ZK3: 65 %	ZK1: 52 %, ZK2: 91 %, ZK3: 65 %
10			ZK1: 75 %, ZK2: 100 %	ZK1: 75 %
11			BA3: 50 %, BA4: 75 %	BA4: 75 %
12				k. A.
13			ZK1: 100 %, ZK2: 100 %, ZK3: 100 %	ZK1: 100 %, ZK2: 100 %
14			ZK1: 92,5 % ZK2: 92,5 %	ZK1: 92,5 %
15			ZK1: 50 %, ZK2: 97,5 % ZK3: 75 %,	ZK1: 50 %, ZK2: 97,5 %
16	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
17			ZK1: 78 %, ZK2: 75 %, ZK3: 100 %, ZK4: 100 %	ZK1: 78 %, ZK2: 75 %, ZK3: 100 %, ZK4: 100 %
18			ZK1: 65 %, ZK2: 78 %	ZK1: 78 %, ZK2: 78 %
19			ZK1: 96 %, ZK2: 75 %, ZK3: 96 %	ZK1: 63 %, ZK2: 75 %, ZK3: 96 %
20			ZK1: 97,5 %, ZK2: 75 %	ZK1: 97,5 %
21			ZK1: 75 %, ZK2: 100 %	ZK1: 75 %, ZK2: 100 %
22			ZK1: 100 %	k. A.

Einrichtung	Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care Stand 2021	Anzahl Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care Stand April 2022	Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte Stand 2021	Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte Stand April 2022
23			ET: 100 % ZK1: 75 % ZK2: 100 % ZK3: k. A.	ZK1: 75 % ZK2: 100 %

Quelle: IGES

Anmerkung: VZÄ = Vollzeitäquivalentstellen; ● = abgeschlossener Palliative Care Kurs (160 h); ● = begonnener Palliative Care Kurs (160 h); ZK = ZiB-Kraft; BA = Betreuungsassistenten/innen; APH = Altenpflegehilfskraft; AP = Altenpflegefachkraft; ET = Ergotherapeut/in ¹Für die Einrichtungen 10 und 11 liegen gemeinsame Angaben in einem Einrichtungskonzept vor

Motivation zur Teilnahme am ZiB-Projekt

Betrachtet man den Themenbereich der Motivation der Einrichtungen bezüglich der Teilnahme am ZiB-Projekt, so sind die Angaben relativ homogen. Über die Gesamtheit der Einrichtungen hinweg wurden insbesondere folgende, in Abbildung 13 dargestellte Aussagen gemacht:

Abbildung 13: Motivation der Einrichtungen für die Teilnahme am ZiB-Projekt

Motivation für die Projektteilnahme in Bezug auf...**... die Einrichtung**

- Verbesserung der Versorgungsqualität
- Bessere Vernetzung mit dem zuständigen Hospizverein
- Weiterentwicklung des palliativen Verständnisses
- Feste Ansprechperson für z. B. Hausärzte im Rahmen der palliativen Versorgung

...die Mitarbeitenden

- Entlastung
- Sensibilisierung des gesamten Personals der Einrichtung
- Steigerung der Wertschätzung für die Arbeit der Pflegekräfte
- Im Bereich der palliativen Versorgung sollen Fachkenntnisse verbessert werden

... die Bewohnerinnen und Bewohner

- Palliative Bewohner/innen und Angehörige haben einen festen Ansprechpartner
- Mehr Zeit für die palliativen Bewohner/innen
- Verbesserung der Lebensqualität und Selbstbestimmung

Quelle: IGES

Das nachfolgende Zitat wurde von einer Einrichtung auf die Frage „Warum wollen Sie am ZiB-Projekt teilnehmen?“ gegeben:

„Die Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende erfordert eine hohe Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen. Diese umfassende Betrachtungsweise erfordert allerdings einen erhöhten zeitlichen Personalaufwand, der leider durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht annähernd abgedeckt ist. Die Teilnahme am ZiB-Projekt und die daraus resultierenden zeitlichen Ressourcen ermöglichen uns, eine Verbesserung der Versorgung von schwerkranken sterbenden Bewohnern zu realisieren.“ (Einrichtung 19)

Es wird demnach zum einen ein Bedarf an intensiver Betreuung im Rahmen der Versorgung am Lebensende erkannt und zum anderen über eine Teilnahme am ZiB-Projekt die Möglichkeit gesehen, diese Versorgung zu verbessern.

Geplant ist in den meisten Einrichtungen, den Grundgedanken des Projekts auch langfristig fortzuführen. In Abhängigkeit von personellen Ressourcen und Fördermöglichkeiten möchten viele Einrichtungen auch weiterhin die palliative Versorgung in den Pflegealltag integrieren und das gewonnene Wissen verstetigen.

Insgesamt muss bei der Betrachtung der Einrichtungskonzepte limitierend festgestellt werden, dass die Datenqualität sehr unterschiedlich ist, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Die Ergebnisse aus der Analyse der Einrichtungskonzepte konnten jedoch als Hinweise für die Konzeption der weiteren Datenerhebung herangezogen werden.

Neuaufnahme von Bewohnern zur Sterbebegleitung

Bezogen auf die Neuaufnahme von Bewohnern zur Sterbebegleitung stellen sich die Angaben der Pflegeheime als sehr unterschiedlich dar. Über die Hälfte der Einrichtungen (13 von 22 Heimen) gaben an, dass immer wieder Personen zur Sterbebegleitung neu aufgenommen werden. Fünf Einrichtungen berichteten, dass der Bedarf an diesen Plätzen so schwankend sei, dass keine direkten Plätze vorgehalten werden. Allerdings komme es immer mal wieder zur Neuaufnahme von Personen zur Sterbebegleitung. Einige Einrichtungen halten auch direkt Kurzzeitplätze vor, da regelmäßig Patienten zur Sterbebegleitung kommen.

Dienstplangestaltung der ZiB-Einsätze

Mit Blick auf die Dienstplangestaltung finden sich unterschiedliche Herangehensweisen in den Einrichtungen und zwei Tendenzen. Es lässt sich feststellen, dass der ZiB-Dienst entweder eher flexibel bei Bedarf eingesetzt werden oder aber eher fest eingeplant im Anschluss an den regulären Dienst erfolgen soll. Meist wird versucht, dass an allen Werktagen nach Möglichkeit eine ZiB-Kraft als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner bereitsteht.

6. Evaluationsergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt. Dabei zeigt Abschnitt 6.1 die Auswertung der Kurz-Befragung der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung im Rahmen des ZiB Vorläuferprojekts. Im Abschnitt 6.2 werden die Ergebnisse der retrospektiven Falldokumentation für verstorbene Heimbewohnerinnen und -bewohner 2019, und somit vor Beginn des ZiB-Projektes, aber auch vor der Pandemiesituation, vorgestellt. Abschnitt 6.3 wirft einen Blick auf die palliativen Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige im Zusammenhang mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte. Abschließend finden sich in Abschnitt 6.4 die Ergebnisse der Befragung der ZiB-Kräfte, der Kolleginnen und Kollegen und der Leitungskräfte mit Fokus auf die Auswirkungen von ZiB u. a. auf Arbeitsabläufe, das Personal und dessen Arbeitszufriedenheit und die regionale Vernetzung.

Projektverlauf

Die Evaluation startete mit einem Fokusgruppenworkshop am 15. September 2021 in München, in dessen Vorbereitung von IGES eine Dokumenten und Literaturrecherche durchgeführt wurde. Teilnehmende waren neben einigen Koordinatorinnen und Koordinatoren ZiB-Kräfte aus dem Vorgängerprojekt, Vertreter der Stiftung/Auftraggeberin und zwei Projektmitarbeiter von IGES. Neben dem Kennenlernen der Projektteilnehmenden, der Präsentation des Ziels und des geplanten Vorgehens der Evaluation, lag der Fokus vor allem auf dem fachlichen Austausch. Verschiedene Aspekte rund um das Projekt wurden von den Teilnehmenden diskutiert und Fragen geklärt. Bezogen auf die Tätigkeitserfassung sollten z. B. die Fragen „Wie läuft ein typischer ZiB-Fall ab?“ und „Welche Tätigkeiten sind im Rahmen von ZiB zu berücksichtigen?“ mit einem Blick aus der Praxis betrachtet werden. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse konnten anschließend geeignete Instrumente für die Datenerhebung erarbeitet werden.

Im November 2021 startete die Datenerhebungsphase im Projekt ZiB mit acht Hospizvereinen und 22 Pflegeheimen. Neben den drei übergeordneten Regionalkoordinatoren/innen gab es im gesamten Projekt 17 Koordinatoren/innen aus den Hospizvereinen.

Regelmäßige Treffen der einzelnen Akteure zum Austausch wurden von der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung bereits im Vorfeld eingeplant. Folgende Treffen zur Abstimmung im ZiB-Projekt wurden festgelegt:

- ◆ Monatliche Coachings der ZiB-Kräfte mit der Koordinationskraft des Hospizvereins
- ◆ Quartalscoaching der ZiB-Kräfte mit der Koordinationskraft des Hospizvereins inkl. der Regionalkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren
- ◆ Monatlicher Jour fixe mit der Auftraggeberin, den Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie dem IGES Team

Zum Start des Projekts in den Pflegeheimen wurden Auftaktveranstaltungen vom Hospizverein als lokalem Projektträger durchgeführt. Im ersten Teil der Veranstaltung wurden neben den Leitungskräften aus den Pflegeheimen auch Vertretende aus Politik und Presse allgemein über das ZiB-Konzept informiert. Im Anschluss daran fand das erste Coaching der ZiB-Kräfte mit der jeweiligen Koordinationskraft des Hospizvereins und dem Regionalkoordinator statt. Die Umsetzung der geplanten Veranstaltungen war allerdings aufgrund der zunehmenden Beschränkungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie nicht für alle Einrichtungen möglich. Alternativ wurde z. B. in Videokonferenzen über das Projekt berichtet und wichtige Informationen übermittelt. Aufgrund der engen Zusammenarbeit der Koordinatorinnen und Koordinatoren mit den Einrichtungen konnten an das jeweilige Heim entsprechende angepasste Informationen weitergegeben und bei Bedarf Fragen geklärt werden.

6.1 Dokumentenanalyse

Die zu Beginn des Projekts zur Verfügung stehenden Dokumente aus der vorangegangenen Pilotphase von ZiB wurden in einem ersten Arbeitsschritt aufbereitet und analysiert. Dabei wurden insbesondere die Kurz-Befragung aus dem Pilotprojekt sowie die für das aktuelle ZiB-Projekt erstellten Einrichtungskonzepte ausgewertet. Ziel war es, neben grundlegenden Informationen zu den teilnehmenden Einrichtungen auch die Erkenntnisse, Herausforderungen und Lösungsansätze des Pilotprojekts zu erfassen und in die geplanten Datenerhebungen einfließen zu lassen.

Kurz-Befragung der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung im Rahmen des ZiB-Vorläuferprojekts

Im Rahmen des Vorläuferprojekts wurde eine kurze Befragung der teilnehmenden Einrichtungen durch die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung durchgeführt. Ausgefüllt wurden die Fragebögen von Pflegedienstleitungen, Einrichtungsleitungen und ZiB Kräften.

Folgende Aspekte wurden über den Fragebogen erfasst:

- ◆ Wie beurteilen Sie das Projekt Zeitintensive Pflege ZiB? Bitte nennen Sie wichtige positive und negative Aspekte.
- ◆ Hat sich durch das Projekt Zeitintensive Pflege in Ihrer Einrichtung/in Ihrem Hospizverein etwas verändert? Falls ja, was?
- ◆ Hat sich durch das Projekt Zeitintensive Pflege für Sie etwas verändert? Falls ja, was?
- ◆ Das Projekt ZiB endet. Wie geht es weiter? In Ihrer Einrichtung/Ihrem Hospizverein und für Sie persönlich?

Insgesamt konnten neun ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden. Nachfolgende Tabelle 14 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Befragungsergebnisse.

Tabelle 14: Auswertung des ZiB-Vorläuferprojekts

Positives Feedback	Verbesserungspotentiale
Pflegepersonal gewinnt an Sicherheit im Umgang mit palliativen Situationen, z. B. Medikation, Gesprächsführung.	Zeitlicher Umfang der ZiB-Kräfte sollte unbedingt an die Bewohnerzahl des Heimes adaptiert werden.
Mitarbeitende sowie Hausärzte und Hausärztinnen haben eine direkte Ansprechperson vor Ort.	Aufnahme von Sterbenden in das Projekt sollte schon vor dem Eintritt in die finale Phase möglich sein.
Angehörige konnten verstärkt einbezogen werden.	Bürokratischer Aufwand sollte minimiert werden.
Anstoß zur Weiterentwicklung von bereits existierenden palliativen Konzepten	Zusätzliche Dokumentation sollte möglichst gering gehalten werden.
Bereitschaft der Mitarbeitenden zur Weiterbildung wurde gesteigert.	
Neue Versorgungsmöglichkeiten konnten aufgezeigt werden.	
Begleitung von Sterbenden konnte individuell gestaltet werden.	
Dem Sterbeprozess wurde der Raum gegeben, den es benötigt.	

Quelle: IGES

Anmerkung: **Hervorgehobene** Aussagen wurden mehrfach genannt

Insbesondere bei der Bemessung des zeitlichen Kontingents der ZiB-Kräfte wurde ein Verbesserungspotential gesehen. Es wurde angeregt, dass die Bewohnerzahl des Heims für die Kalkulation des zeitlichen Umfangs der ZiB-Kräfte herangezogen werden sollte.

Besonders positiv hervorgehoben wurde die Tatsache, dass über die reguläre Versorgung hinaus Ressourcen für längere Gespräche mit den Sterbenden und deren Angehörigen verfügbar waren. Als sehr positiv wahrgenommen wurde neben der Sensibilisierung des Personals im Umgang mit palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern, die Tatsache, dass immer eine direkte Ansprechperson vor Ort verfügbar war. Insgesamt zeigt sich über alle Fragebögen hinweg eine positive Wahrnehmung des ZiB-Vorläuferprojekts.

6.2 Ergebnisse der retrospektiven Falldokumentation der Versorgung Sterbender vor Beginn des ZiB-Projektes

Die retrospektive Falldokumentation diente der datengestützten Bewertung der „Regelversorgung Sterbender“ in Pflegeheimen vor Beginn der ZiB-Intervention. Um auch die außergewöhnliche Situation der COVID-19-Pandemie außen vor zu lassen, wurden die Daten für das Jahr 2019 erhoben.

21 der 22 teilnehmenden Einrichtungen lieferten die angeforderten Daten. Aufgrund einer Vielzahl von COVID-19 Fällen beim Personal einer Einrichtung, wie auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, wurde in Abstimmung mit der Regional Koordinatorin auf die retrospektive Datenerhebung verzichtet, um die Einrichtung trotzdem weiter im Projekt zu halten.

Im November 2021 startete die Erhebung und der Erhebungsbogen wurde den 22 Einrichtungen digital übermittelt. Bis Ende März 2022 haben 21 Einrichtungen den Erhebungsbogen an IGES zurückgesendet. Insgesamt ergab sich eine Fallzahl von 295 verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern über alle Einrichtungen hinweg. Die Mehrheit der Einrichtungen gaben, wie vorgesehen, 15 Fälle in dem Zeitraum von Januar bis Dezember 2019 an. Lediglich drei Einrichtungen dokumentierten in dem festgelegten Zeitraum weniger Fälle (7, 8 und 10).

6.2.1 Charakteristika der retrospektiven Fälle

Nachfolgende Tabelle 15 stellt die Grundcharakteristika der erfassten Personen aus der retrospektiven Falldokumentation dar. Es wurden neben dem Alter die vier häufigsten Diagnosen sowie der Sterbeort erfasst.

Tabelle 15: Charakteristika der retrospektiven Fälle (n = 325)

Charakteristika	Gesamtzahl der retrospektiven Fälle
Alter [Jahre, Mean± SD (Interquartilsabstände)]	86,1 ± 8,6 (92-82)
Gestellte Diagnosen (%; n)	
davon onkologische Fälle	17,5 %; n = 57
Demenzielle Erkrankungen	45,8 %; n = 149
Hypertonie	19,1 %; n = 62
Diabetes mellitus	16,6 %; n = 54
Herzinsuffizienz	19,1 %; n = 62
Sterbeort	
Pflegeheim	66,2 %; n = 215
Krankenhaus	33,5 %; n = 109
Anderer Sterbeort ¹	0,3 %; n = 1

Quelle: IGES

Anmerkungen: ¹ im Freitext wurde „zu Hause“ angegeben

Bei der Betrachtung der dokumentierten Diagnosen der retrospektiven Fälle wird eine große Bandbreite deutlich. Prinzipiell wäre die Angabe der auf dem Totenschein angegebenen Erkrankung, die den Tod zur Folge hatte, ausreichend gewesen. Diese liegt in den Heimen aber nicht immer vor, so dass nach den in der Pflegedokumentation erfassten Diagnosen gefragt wurde. Neben der Tatsache, dass

teils bis zu sieben Diagnosen aufgeführt wurden, unterschieden sich die Diagnosen insbesondere hinsichtlich ihrer Genauigkeit. Neben Angaben wie die eher unpräzise Diagnose „Tumor“ wurden auch sehr genaue Angaben, wie ein „Hepatozelluläres Karzinom (30 mm)“, gemacht.

Zur Auswertung wurden die einzelnen Diagnosen mittels ICD-10-GM kategorisiert. Dabei konnten fast alle Diagnosen einem Kapitel im ICD-10-GM zugeordnet werden. Die einzelnen Kapitel der ICD-10-GM Klassifikation sind nachfolgend in Tabelle 16 aufgelistet. Es wurden zum einen die Häufigkeit der Kapitel über alle genannten Diagnosen sowie die Häufigkeit der Nennung über alle Fälle hinweg ermittelt. Diese Darstellung ermöglicht eine differenzierte Betrachtung, da es retrospektive Fälle gibt, denen mehrfach dasselbe Kapitel zugeordnet wurde. So wird beispielsweise einem Patienten mit den Diagnosen Vorhofflimmern und Arteriosklerose zweimal das Kapitel 9 Krankheiten des Kreislaufsystems zugeordnet. Nicht aufgeführt sind die Kapitel 15, 16, 17, 20 und 22, da diesen Kapiteln keine Diagnose zugeordnet werden konnte.

Tabelle 16: Klassifikation der ICD-10-GM- Kapitel

ICD-10-GM-Kapitel	Häufigkeit bezogen auf Gesamtnennungen (n = 920)	Häufigkeit bezogen auf die Fallzahl (n = 325)
1 - Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1 %	2 %
2 – Neubildungen	7 %	21 %
3 - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1 %	3 %
4 - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8 %	23 %
5 - Psychische und Verhaltensstörungen	21 %	61 %
6 - Krankheiten des Nervensystems	6 %	16 %
7 - Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	1 %	2 %
8 - Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,4 %	1 %
9 - Krankheiten des Kreislaufsystems	28 %	79 %
10 - Krankheiten des Atmungssystems	5 %	15 %
11 - Krankheiten des Verdauungssystems	2 %	6 %
12 - Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,4 %	1 %
13 - Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5 %	14 %
14 - Krankheiten des Urogenitalsystems	6 %	18 %

ICD-10-GM-Kapitel	Häufigkeit bezogen auf Gesamtnennungen (n = 920)	Häufigkeit bezogen auf die Fallzahl (n = 325)
18 - Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4 %	10 %
19 - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2 %	5 %
21 - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0,2 %	1 %
Keine Zuordnung möglich	3%	7 %

Quelle: IGES auf Grundlage (44)

Anmerkung: Hervorgehoben sind jeweils die vier höchsten Prozentangaben

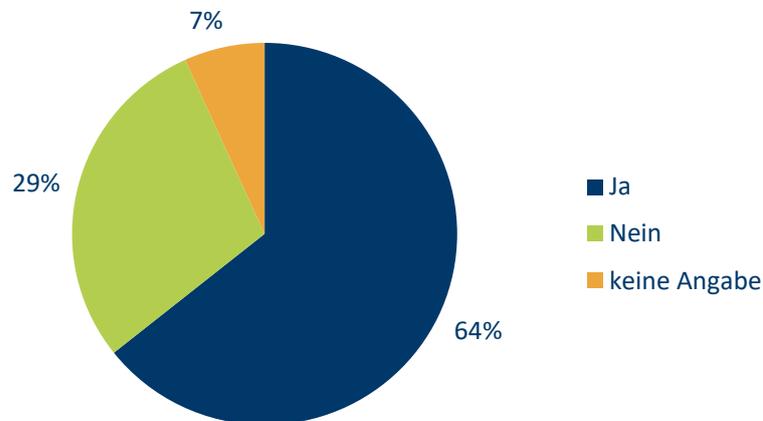
Bei der Betrachtung der vier jeweils am häufigsten genannten Kapitel (fett hervorgehoben) wird deutlich, dass in beiden Spalten die Erkrankungen des Kreislaufsystems, zu welchen Hypertonie und Herzinsuffizienz zählen, und Psychische und Verhaltensstörungen, worunter die meisten demenziellen Erkrankungen fallen, am häufigsten genannt wurden. Allerdings entfallen auf Kreislauferkrankungen nur 28 % der aufgeführten Diagnosen, während fallbezogen sogar 79 % der Verstorbenen (auch) eine Krankheit aus diesem Kapitel hatten. Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich bei den psychischen Erkrankungen. Deutlich weniger häufig waren mit 21 % der Fälle Neubildungen und mit 23 % Stoffwechselerkrankungen.

Die Todesursachenstatistik 2019 des Statistischen Bundesamtes weist für Bayern und die Altersgruppen 80 Jahre und älter die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 44 % als häufigste Todesursachen aus, gefolgt von den Neubildungen mit 16 %. Mit großem Abstand folgten Psychische und Verhaltensstörungen (9 %) und Krankheiten des Atmungssystems (7 %) (45). Dies verdeutlicht, dass insb. Psychische und Verhaltensstörungen im hohen Alter häufig auftreten, aber eher selten ursächlich für das Versterben sind.

6.2.2 Arztkontakte, Notarzteinsätze und Notfalleinweisungen

Wie Abbildung 14 veranschaulicht, kam es bei 64 % (n = 209) der retrospektiv erfassten Sterbefälle vier Wochen vor dem Sterbedatum zu einer deutlichen Zunahme der Kontakte zum behandelnden Arzt. Nur bei 29 % (n = 94) kam es nicht zu einer Zunahme der Arztkontakte.

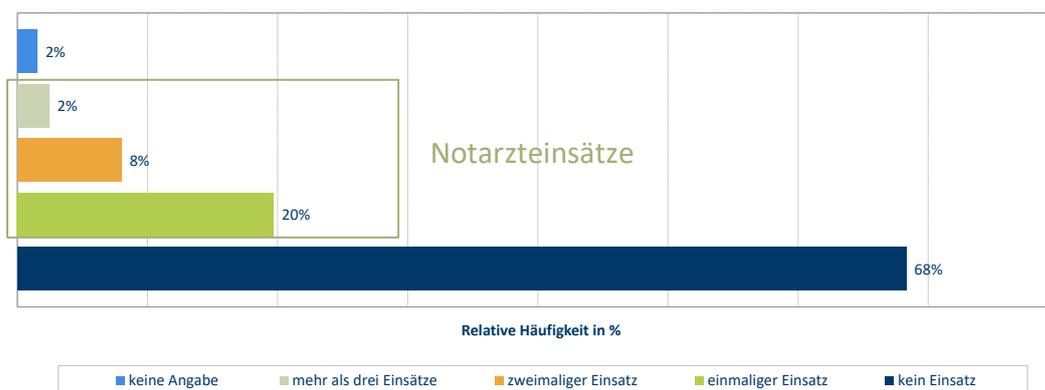
Abbildung 14: Retrospektive Falldokumentation - Zunahme der Arztkontakte (n = 325)



Quelle: IGES

Die angegebene Anzahl der Notarzteinsätze reicht von keinem bis zu viermaligen Einsätzen pro Sterbefall. Dabei nimmt die Häufigkeit mit steigender Einsatzzahl ab (siehe Abbildung 15). Bei den meisten retrospektiv erfassten Fällen kam es innerhalb der vier Wochen vor dem Sterbedatum zu keinem Notarzteinsatz (68 %; n = 222). Fälle mit Notarzteinsatz, hervorgehoben in Abbildung 15, verzeichneten am häufigsten einen einmaligen Einsatz (20 %; n = 64) gefolgt von zweimaligen Einsätzen (8,0 %; n = 26).

Abbildung 15: Retrospektive - Häufigkeit der Notarzteinsätze (n = 325)

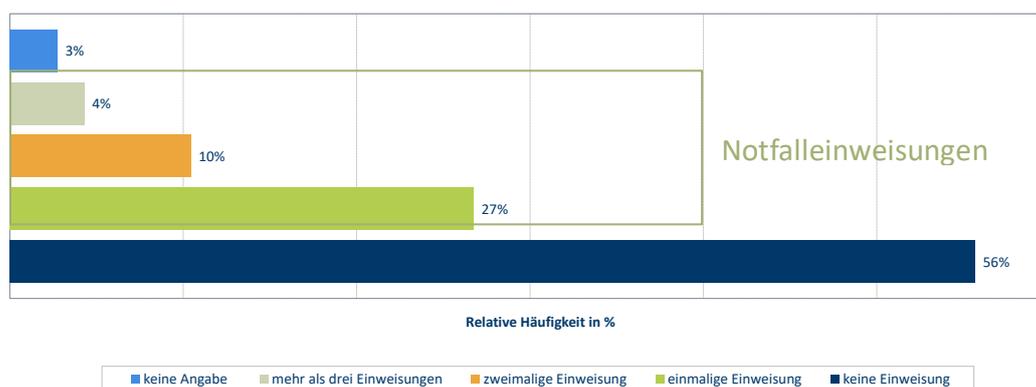


Quelle: IGES

Ein ähnliches Bild wie bei den Notarzteinsätzen zeigt sich auch bei den Notfalleinweisungen ins Krankenhaus. 56 % (n = 181) der retrospektiv erfassten Fälle hatten in den letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum keinen Krankenhausaufenthalt.

Kam es jedoch zu einer Einweisung, so blieb es mehrheitlich ein einmaliges Ereignis. In Abbildung 16 wird ersichtlich, dass auch hier die Häufigkeit mit steigender Anzahl der Einweisungen abnimmt.

Abbildung 16: Retrospektive - Häufigkeit der Notfalleinweisungen (n = 325)



Quelle: IGES

Die angegebenen Gründe für eine Einweisung waren je nach Fall unterschiedlich. Die sechs am häufigsten genannten ursächlichen Gründe waren neben Problemen mit der Atmung (24 %; n = 32) ein verschlechterter Allgemeinzustand (20 %; n = 27), ein Sturzereignis (19 %; n = 25), Schmerzen (10 %; n = 14), Ödeme (4 %; n = 6) und eine Blutzuckerentgleisung (4 %; n = 6).

6.2.3 Spezifische pflegerische Konzepte und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gem. § 132g SGB V)

Spezifische pflegerische Konzepte im Kontext des Sterbeprozesses wurden bei 39 % (n = 128) der retrospektiv erfassten Fälle umgesetzt. Neben „zusätzlicher Betreuung“ und dem „Eingehen auf persönliche Bedürfnisse“ wurde auch das „Erfüllen letzter Wünsche“ genannt. Ausgerichtet auf die Bewohnerin und den Bewohner fand beispielsweise ein Vorlesen aus der Bibel, Tierbesuch oder auch eine Begleitung zum Rauchen statt. Von drei Einrichtungen wurde auf interne Regelungen zur Abschiedskultur verwiesen. Gründe dafür, wenn fallbezogen in den vier Wochen vor dem Sterbedatum kein besonderes pflegerisches Konzept umgesetzt worden ist, waren neben dem plötzlichen Versterben in der Einrichtung ein Versterben im Krankenhaus.

Im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gem. § 132g SGB V) zeigen die erfassten Daten, dass in sechs der 21 teilnehmenden Einrichtungen die Planung gem. § 132g SGB V angeboten wird und diese in zehn der Einrichtungen nicht verfügbar ist. Die restlichen fünf Einrichtungen machten dazu keine (eindeutige) Angabe. Über alle erfassten retrospektiven Fälle hinweg wurde bei 19 % (n = 63) eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die

letzte Lebensphase erstellt. Bei 40 % (n = 132) der retrospektiv erfassten Fälle wurde angegeben, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung nicht verfügbar ist. 15 % (n = 50) machten dazu keine Angabe.

6.2.4 Inanspruchnahme von Hospizbegleitung und SAPV

Wie aus Tabelle 17 hervorgeht, nahm ein Großteil der retrospektiv betrachteten Fälle die Hospizbegleitung und SAPV nicht in Anspruch. Es zeigen sich sowohl bei der Hospizbegleitung als auch bei der SAPV ähnliche Verteilungen: 80 % (n = 259) der Fälle nahmen keine Hospizbegleitung und 85 % (n = 276) der Fälle keine SAPV in Anspruch.

Tabelle 17: Inanspruchnahme von Hospizbegleitung und SAPV

Inanspruchnahme	Gesamtzahl der retrospektiven Fälle (n=325)
Hospizbegleitung	
Nein	79,7 %; n = 259
Ja	18,2 %; n = 59
Keine Angabe	2,2 %; n = 7
SAPV	
Nein	84,9 %; n = 276
Ja	13,2 %; n = 43
Keine Angabe	1,8 %; n = 6

Quelle: IGES

6.2.5 Notfallplan und Medikation

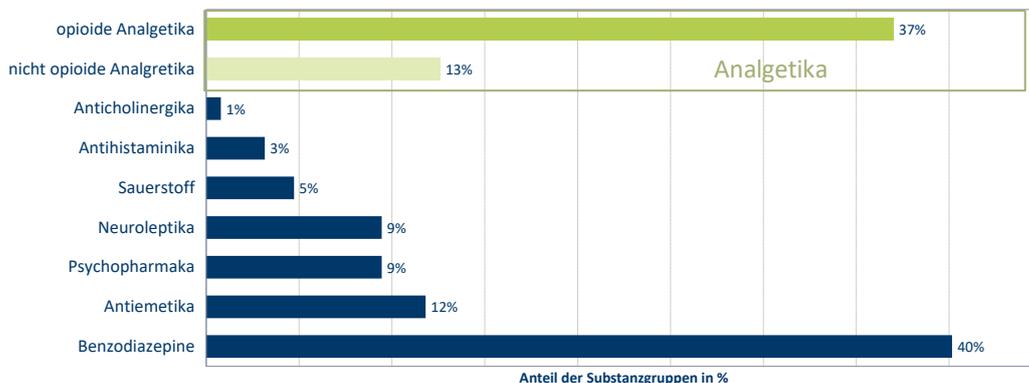
Ein Notfallplan wurde bei weniger als der Hälfte der erfassten Fälle (39 %; n = 128) erstellt. Bei 58 % (n = 189) wurde kein Notfallplan erstellt und zu acht Personen wurde keine Angabe gemacht.

Auf die Frage, inwieweit es eine Bedarfsmedikation aufgrund akuter Schmerzsituationen gab, wurde bei 70 % (n = 228) der Fälle angegeben, dass eine Bedarfsmedikation vorlag. Bei 27 % (n = 88) gab es keine Bedarfsmedikamente und bei neun Personen wurde dazu keine Angabe gemacht.

Bei 40 % (n = 129) wurden zusätzlich Medikamente zur Symptomlinderung verabreicht. Knapp über die Hälfte der Verstorbenen (54 %, n = 176) bekamen keine zusätzlichen Medikamente. Die angegebenen Medikamente werden nachfolgend in „Empfohlene Anwendung in der Palliativmedizin“ der WHO (46, 47) und nach ihren Substanzgruppen eingeteilt.

Die Abbildung 17 zeigt, welche Substanzgruppen verabreicht wurden. Von den 129 Bewohnerinnen und Bewohnern die ein zusätzliches Medikament zur Symptomlinderung bekommen haben, wurde bei zwei Personen kein konkretes Medikament angegeben. Die Gruppe der Analgetika (grün hervorgehoben) nimmt den größten Anteil ein. Dabei entfallen 37,0 % (n = 47) auf die opioiden Analgetika, welche sowohl die niederpotenten Opioidanalgetika (2. Stufe WHO-Stufenschema) als auch die hochpotenten Opioidanalgetika (3. WHO-Stufenschema) beinhalten. Nicht opioide Analgetika der Stufe 1 wurden bei 12,6 % (n = 16) der retrospektiv erfassten Fälle verabreicht. Benzodiazepine stellen mit 40,2 % (n = 51) die zweitgrößte Gruppe dar. Benzodiazepine sind eine in der palliativen Medizin häufig eingesetzte Substanzgruppe, insbesondere um Angstzustände zu minimieren (48).

Abbildung 17: Medikation zur Symptomlinderung - Verteilung der Substanzgruppen (Mehrfachnennung; n = 127)

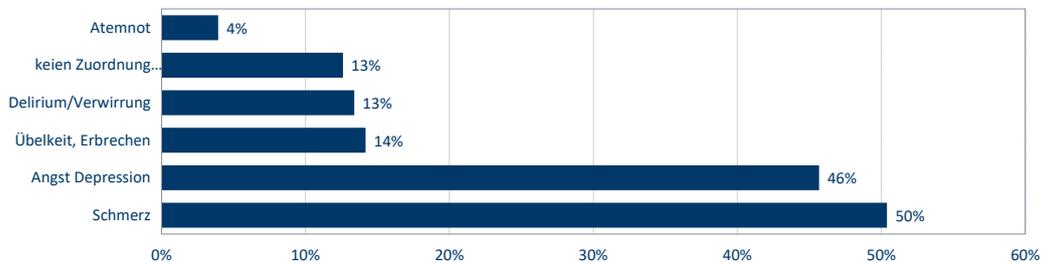


Quelle: IGES

Anmerkung: 15 Medikamente konnten keiner Substanzgruppe zugeordnet werden

Am häufigsten wurden Medikamente bei den Symptomen Schmerz (50 %; n = 64) und Angst/Depression (45 %; n = 58) eingesetzt.

Abbildung 18: Medikation zur Symptomlinderung - Verteilung nach Anwendungsart (Mehrfachnennung; (n = 127))



Quelle: IGES

Anmerkung: n = 127, 16 Medikamente konnten keiner konkreten Anwendungsart zugeordnet werden

6.2.6 Charakteristika retrospektiv erfasster Fälle nach Sterbeort

Betrachtet man die retrospektiv erfassten Fälle nach dem jeweiligen Sterbeort (Krankenhaus und Pflegeheim), so lassen sich einige deutliche Unterschiede feststellen (siehe Tabelle 18). Das Durchschnittsalter liegt mit 83,7 Jahren bei den im Krankenhaus verstorbenen Personen etwas niedriger als bei den im Pflegeheim verstorbenen Personen (87,4 Jahre). Die durchschnittliche Anzahl angegebener Diagnosen liegt in beiden Gruppen bei drei pro Fall. Demnach unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Multimorbidität nicht signifikant.

In Bezug auf die Aspekte Krankenhauseinweisung und Notarzteinsatz ist erkennbar, dass diese deutlich häufiger bei der Gruppe der im Krankenhaus Verstorbenen vorgekommen sind. So kam es bei 51 % ($n_K = 56$) der im Krankenhaus verstorbenen Personen zu mindestens einem Notarzteinsatz, bei den im Pflegeheim Verstorbenen nur zu 19 % ($n_P = 41$). Betrachtet man die Krankenhauseinweisungen, so sind in beiden Gruppen die vier am häufigsten genannten Gründe für die Einweisung Probleme mit der Atmung, ein reduzierter Allgemeinzustand, ein Sturzereignis und Schmerzen gewesen. Bei den im Krankenhaus verstorbenen Personen wurden insgesamt 19 verschiedene Gründe erfasst, bei den im Pflegeheim Verstorbenen nur 13.

Eine deutliche Zunahme von Arztkontakten gab es in den letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum bei 69 % ($n_P = 149$) der im Pflegeheim Verstorbenen. Bei den im Krankenhaus Verstorbenen war die Anzahl etwas geringer und lag bei 55 %; ($n_K = 60$).

Wie Tabelle 18 verdeutlicht, ist die Inanspruchnahme von SAPV wie auch von Hospizbegleitung in der Gruppe der im Pflegeheim Verstorbenen erheblich höher. Betrachtet man die Erstellung eines Notfallplans in beiden Gruppen, so wurde lediglich bei 12 % ($n_K = 13$) der im Krankenhaus Verstorbenen ein Notfallplan erstellt, wohingegen bei 54 % ($n_P = 115$) der im Pflegeheim Verstorbenen ein solcher Plan erstellt wurde.

Tabelle 18: Auswertung der retrospektiv erfassten Fälle nach Sterbeort

	Sterbeort	
	Krankenhaus $n_K = 109$	Pflegeheim $n_P = 215$
Alter [Jahre, Mean± SD (Interquartilsabstände)]	83,7± 9,3 (91-80)	87,4± 7,6 (93-83)
Durchschnittliche Anzahl an gestellten Diagnosen	2,91	2,8
Zunahme der Arztkontakte (%; n)		
Ja	55,0 %; ($n_K = 60$)	69,3 %; ($n_P = 149$)
Nein	37,6 %; ($n_K = 41$)	24,2 %; ($n_P = 52$)
Notarzteinsätze		
Durchschnittliche Anzahl an Notarzteinsätzen	0,73	0,31
Ein- bis Mehrmaliger Einsatz (%; n)	51,4 %; ($n_K = 56$)	21,4 %; ($n_P = 40$)
Kein Einsatz (%; n)	46,8%; ($n_K = 51$)	78,1 %; ($n_P = 146$)
Krankenhauseinweisungen		
Durchschnittliche Anzahl an Krankenhauseinweisungen	1,09	0,4
Ein- bis mehrmalige Einweisung (%; n)	76,1 %; ($n_K = 83$)	23,7 %; ($n_P = 51$)
Keine Einweisung (%; n)	21,1 %; ($n_K = 23$)	73,5 %; ($n_P = 158$)
Inanspruchnahme von Hospizbegleitung (%; n)		
Ja	5,5 %; ($n_K = 6$)	23,3 %; ($n_P = 45$)
Nein	91,7 %; ($n_K = 100$)	70,1 %; ($n_P = 136$)
Inanspruchnahme SAPV (%; n)		
Ja	4,6 %; ($n_K = 5$)	17,7 %; ($n_P = 38$)
Nein	94,5 %; ($n_K = 103$)	80,0 %; ($n_P = 172$)
Erstellung eines palliativen Notfallplans (%; n)		
Ja	11,9 %; ($n_K = 13$)	53,5 %; ($n_P = 115$)
Nein	83,5 %; ($n_K = 91$)	44,4 %; ($n_P = 97$)

Quelle:	IGES
Anmerkung:	Hinsichtlich einer deutlicheren Darstellung wurde jeweils die Antwortkategorie keine Angabe in dieser Tabelle weggelassen; Eine Person ist zu Hause verstorben und wurde in dieser Übersicht nicht berücksichtigt

Die erhobenen Daten lassen vermuten, dass sich Angebote der Hospizbegleitung, SAPV und insbesondere die Erstellung eines Notfallplans positiv dahingehend auswirken, Krankenhauseinweisungen in der Sterbephase zu reduzieren. Umgekehrt scheint der Sterbeort Krankenhaus wahrscheinlicher bei einer hohen Zahl an Notarzteinsätzen und Krankenhauseinweisungen in den letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum.

6.3 Ergebnisse der Versorgung mit Zeitintensiver Betreuung

Der Erhebungszeitraum der nachfolgenden Daten startete im Dezember 2021 und endete im Oktober 2022. Begonnen wurde die Datenerhebung in 23 Einrichtungen, wobei eine Einrichtung im Projektverlauf die Teilnahme beendet hat und zwei weitere für die Datenauswertung nicht herangezogen werden konnten. Ursache dafür war, u. a. durch schwierige personelle Gegebenheiten vor Ort, eine unzureichende Qualität der Daten. Somit werden in den nachfolgenden Ergebnissen 20 Pflegeeinrichtungen betrachtet. Beginnend mit der Beschreibung der Ausgangscharakteristika der erfassten ZiB-Fälle werden in den folgenden Abschnitten verschiedene Aspekte der Versorgung betrachtet. In Abschnitt 6.3.5 wird die Veränderung spezifischer Indikatoren mit und ohne einer zeitintensiven Betreuung untersucht. In den anschließenden Abschnitten werden zum einen die Ergebnisse der Tätigkeitserfassung sowie die Ergebnisse der Interviews mit palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern und die Ergebnisse der Angehörigenbefragung präsentiert.

6.3.1 Charakteristika der durch ZiB-Kräfte versorgten Bewohnerinnen und Bewohner

Insgesamt wurden über den Erhebungszeitraum hinweg in den 20 Einrichtungen 340 ZiB-Fälle erfasst. Davon sind in dem Erhebungszeitraum 199 der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner verstorben. Die nachfolgende Tabelle 19 gibt einen Überblick über die Charakteristika der durch ZiB-Kräfte versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner. Insgesamt wurden deutlich mehr Frauen (72 %) als Männer durch ZiB-Kräfte versorgt. Mit Blick auf die deutschlandweite Statistik der Pflegebedürftigen in vollstationären Heimen zeigt sich, dass auch dort der Anteil der Frauen mit 69 % über dem der Männer liegt.

18 % der Bewohnerinnen und Bewohner hatten eine onkologische Diagnose, bei 37 % der Personen wurde eine demenzielle Erkrankung angegeben.

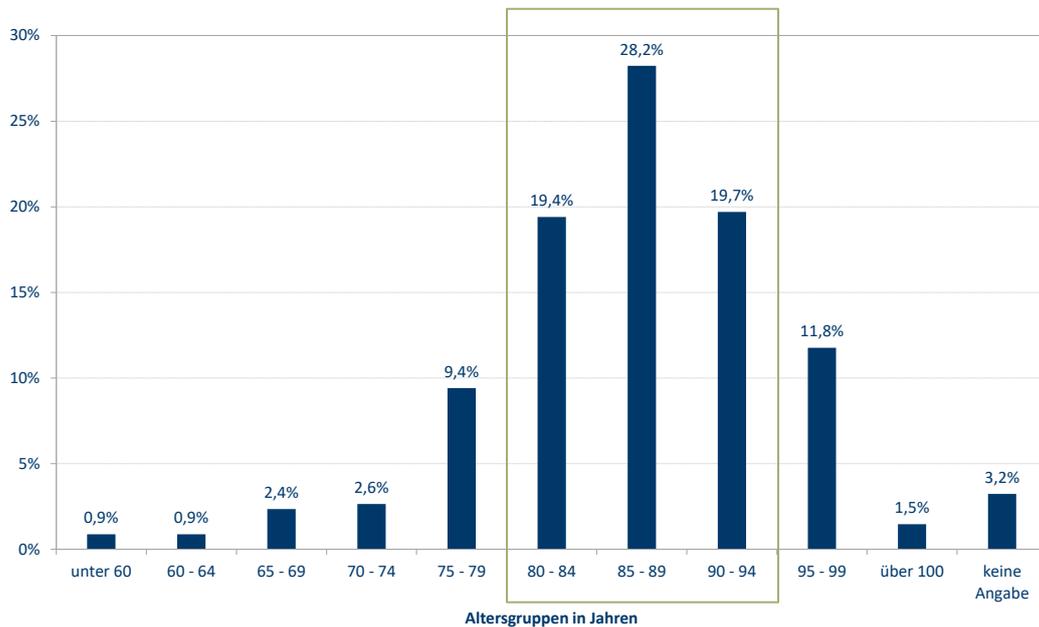
Tabelle 19: Charakteristika der ZiB Fälle

Charakteristika	Gesamtzahl der ZiB Fälle (n = 340)
Alter [Jahre, Mean± SD (Interquartilsabstände)]	86,2± 8,0 (92-82)
männlich	27,4 %; n = 93
weiblich	72,4 %; n = 246
Gestellte Diagnosen (%; n)	
davon onkologische Fälle	18,2 %; n = 62
Demenzielle Erkrankungen	36,8 %; n = 125
Abschluss der Fälle	
Nicht verstorbene Fälle	23,2 %; n = 79
Verstorbene Fälle	58,5 %; n = 199
davon im Krankenhaus (n = 199)	6,5 %; n = 13
davon in der Einrichtung (n = 199)	93,5 %; n = 186
Keine Angabe	18,2 %; n = 62

Quelle: IGES

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der durch ZiB-Kräfte versorgten Bewohnerinnen und Bewohner im Detail. Die meisten ZiB-Fälle waren in einem Alter zwischen 85 - 89 Jahren (28 %; n = 96). Der jüngste versorgte ZiB-Fall war 54 Jahre und der Älteste 102 Jahre alt.

Abbildung 19: Altersverteilung der ZiB-Fälle (n = 340)



Quelle: IGES

Diagnosen nach ICD-10

Die nachfolgende Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Charakteristika der 199 verstorbenen ZiB-Fälle anhand der gestellten Diagnosen. Die Darstellung erfolgt über 183 Fälle, da in 16 Fällen keine Diagnosen angegeben wurden. Es wurden teils bis zu sechs Diagnosen aufgeführt, die sich hinsichtlich ihrer Genauigkeit unterschieden. Es wurden sowohl eher unpräzise Angaben gemacht, wie „Leberprobleme“ als auch sehr genau diagnostiziert, wie „Z. n. Apoplex mit Hemiparese rechts“ gemacht.

Zur Auswertung wurden die einzelnen Diagnosen mittels ICD-10-GM kategorisiert. Dabei konnten fast alle Diagnosen einem Kapitel im ICD-10-GM zugeordnet werden. Die einzelnen Kapitel der ICD-10-GM Klassifikation sind in Tabelle 20 ebenfalls aufgelistet. Dargestellt ist die Häufigkeit der Kapitel über alle genannten Diagnosen sowie die Häufigkeit der Nennung über alle Fälle hinweg. Dies ermöglicht eine differenzierte Betrachtung, da es verstorbene Fälle gibt, denen mehrfach dasselbe Kapitel zugeordnet werden konnte (vgl. analoge Darstellung der retrospektiven Fälle im Kapitel 6.2.1). Einige Diagnosen konnten keinem Kapitel zugeordnet werden, wie beispielsweise „Multimorbidität“ (n = 4) oder „Stenosen“ (n = 1). Diese sind ebenfalls in der Tabelle zusammengefasst (keine Zuordnung möglich) dargestellt. Nicht aufgeführt sind die Kapitel 12, 15, 16 und 17, da diesen Kapiteln keine Diagnose zugeordnet werden konnte.

Tabelle 20: Diagnosen nach Klassifikation der ICD-10-GM-Kapitel der verstorbenen Fälle mit ZiB

ICD-10-GM-Kapitel	Häufigkeit bezogen auf Gesamtnennungen (n = 502)	Häufigkeit bezogen auf die Fallzahl (n = 183)
1 - Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,4 %	1 %
2 – Neubildungen	7 %	20 %
3 - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	2 %	4 %
4 - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	5 %	13 %
5 - Psychische und Verhaltensstörungen	22 %	60 %
6 - Krankheiten des Nervensystems	7 %	19 %
7 - Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	0,4 %	1 %
8 - Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,2 %	1 %
9 - Krankheiten des Kreislaufsystems	24 %	65 %
10 - Krankheiten des Atmungssystems	3 %	8 %
11 - Krankheiten des Verdauungssystems	3 %	9 %
13 - Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 %	4 %
14 - Krankheiten des Urogenitalsystems	9 %	24 %
18 - Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	11 %	30 %
19 - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 %	4 %
20 - Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,2 %	1 %
21 - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1 %	4 %
22 - Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,4 %	1 %
Keine Zuordnung möglich	2 %	7 %

Quelle: IGES

Anmerkung: Hervorgehoben sind jeweils die vier höchsten Prozentangaben

Die am häufigsten genannten Diagnosen lassen sich zu den Kapiteln „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „Psychische und Verhaltensstörungen“, „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ und

Krankheiten des Urogenitalsystems“ (fett hervorgehoben) zählen. Bezogen auf die Häufigkeit der Diagnosen nach der Fallzahl, zeigt sich, dass die verstorbenen Personen die meisten Erkrankungen in den Kapiteln Krankheiten des Kreislaufsystems (65 %) und Psychische und Verhaltensstörungen (60 %) aufwiesen. 30 % der verstorbenen Fälle wiesen zudem eine Erkrankung mit Zuordnung zum Kapitel 18 auf. In diesem Kapitel werden (subjektive und objektive) Symptome, abnorme Ergebnisse von klinischen oder sonstigen Untersuchungen sowie ungenau bezeichnete Zustände, für die an anderer Stelle keine klassifizierbare Diagnose vorliegt, abgebildet. Darunter sind u. a. besonders pflegerelevante Diagnosen zu finden, wie Verschlechterung des Allgemeinzustands, Dysphagie, Altersschwäche, Aphasie, Sturz oder Synkope. Der hohe Anteil dieser Diagnosen bei den ZiB-Fällen ist ein Hinweis auf die sachgerechte Aufnahme der Bewohnerinnen und Bewohner in die ZiB-Versorgung.

Zu den Erkrankungen des Kreislaufsystems (Kapitel 9) gehören neben typischen Herzerkrankungen, wie Herzinsuffizienz oder Vorhofflimmern auch die Gefäßerkrankungen das Gehirn betreffend, wie der apoplektische Insult oder cerebrale Ischämien. Zu den Psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel 5) gehören demenzielle Erkrankungen, aber auch Altersdepressionen oder das Schmerzsyndrom.

Der Anteil über die Gesamtnennungen von Diagnosen in beiden Kapiteln „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (24 %) und „Psychische und Verhaltensstörungen“ (21,9 %) fällt hingegen relativ gering aus. Deutlich seltener traten mit 11 % der Fälle Diagnosen des Kapitels 18 und des Urogenitalsystems (9 %) auf.

Versorgungsanfrage

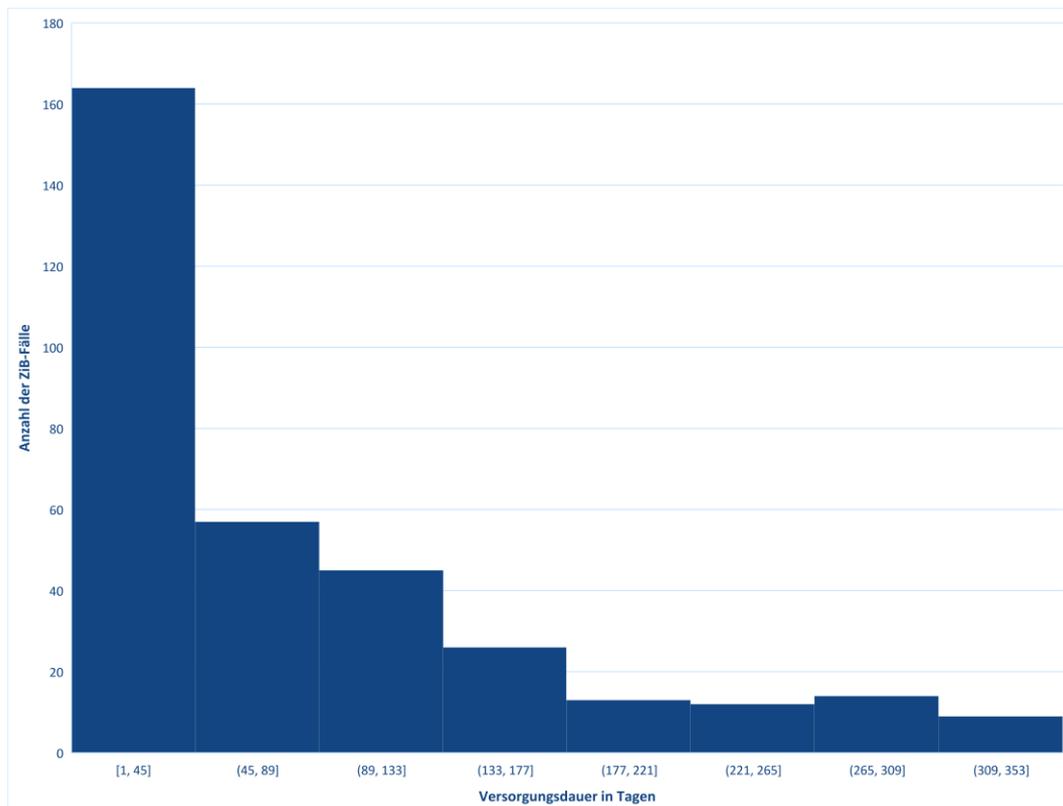
In Bezug auf die Versorgungsanfrage zur Aufnahme in die ZiB-Versorgung war eine Mehrfachauswahl möglich. Die Versorgungsanfrage bzw. der Vorschlag erfolgte in den meisten Fällen durch die zuständige ZiB-Kraft selbst. In Bezug auf die Gesamtzahl der 340 Fälle wurden 76 % (n = 259) der Fälle durch eine ZiB-Kraft vorgeschlagen. Auch über Pflege- oder Betreuungskräfte in der Einrichtung erfolgte oft eine Anfrage (29 %; n = 98). Über Angehörige wurde erwartungsgemäß eher seltener eine Anfrage gestellt (8 %; n = 27). Die weiteren Möglichkeiten der Versorgungsanfrage über das SAPV-Team, das Hospizteam, den Hausarzt oder den Patienten selbst, wurden nur sehr selten angegeben.

Versorgungsdauer

Die Verweildauer in der ZiB-Versorgung weist eine große Varianz auf. Die Spanne reicht von einem Tag bis zu 352 Tagen. Der Median der Verweildauer liegt bei 48 Tagen, fast 7 Wochen, und der Mittelwert bei 81 Tagen. Aufgrund dieser sehr breiten Verteilung und mit Blick auf die Ausreißer, ist der Median der aussagekräftigere Wert. Die nachfolgende Abbildung 20 gibt einen Überblick über die Verteilung der ZiB-Fälle nach Dauer der ZiB-Versorgung. Deutlich wird, dass es zwar einige längere Fälle gibt, die Mehrheit der Fälle jedoch eher eine kürzere Versorgungsdauer von

1 – 49 Tagen hat. Nur wenige Fälle wurden über einen längeren Zeitraum als „pausiert“ gekennzeichnet (2 %). Grund für das Pausieren war eine (vorübergehende) deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes.

Abbildung 20: Versorgungsdauer der ZiB-Fälle (n = 340)



Quelle: IGES

Anmerkung: Die zum Ende des Erfassungszeitraumes nicht beendeten ZiB-Fälle wurden in dieser Abbildung zum Projektende Oktober 2023 als abgeschlossen erfasst

Bei der Betrachtung der Verweildauer auf Einrichtungsebene ist festzustellen, dass sich diese ebenfalls sehr heterogen darstellt. Das lässt vermuten, dass die Verweildauer auch von der individuellen Vorgehensweise der ZiB-Kräfte bei der Aufnahme von ZiB-Fällen beeinflusst wird. Ein Zusammenhang zwischen der ZiB-Verweildauer und der Einrichtungsgröße konnte nicht nachgewiesen werden.

6.3.2 Darstellung des Tätigkeitsspektrums der ZiB-Kräfte

Insgesamt erfassten alle ZiB-Kräfte über den Erfassungszeitraum von Dezember 2021 – Oktober 2022 in den 20 Einrichtungen gemeinsam 9.856 Tätigkeiten mit einer Dauer von insgesamt 4.935 Stunden im Rahmen ihrer ZiB-Stundenkontingente.

Neben der Angabe des Datums, der Art der Tätigkeit und der Dauer, bestand die Möglichkeit, Anmerkungen zu hinterlassen. Das Feld Anmerkungen wurde im Rahmen der Tätigkeitserfassung hauptsächlich genutzt, um detailliertere Angaben zu den Tätigkeiten zu machen, wobei auch Aussagen zum Zustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin getroffen wurden: „*Bew. [Bewohnerin/Bewohner] wird ruhi- ger im Rahmen vom ZiB*“ und „*[Bewohnerin/Bewohner] friedlich eingeschlafen*“.

Limitierend muss bei der Interpretation der vorliegenden Daten beachtet werden, dass es teilweise zu Datenlücken gekommen ist. Ursache hierfür war unter anderem eine erschwerte Kommunikation mit den ZiB-Kräften aufgrund der Neubesetzung und der hohen allgemeinen Personalfuktuation in einigen Pflegeheimen.

Einrichtungsbezogene Ergebnisse

Nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der erfassten Tätigkeiten (fallabhän- gig sowie fallunabhängig) der einzelnen Pflegeeinrichtungen. Alle Einrichtung wur- den entsprechend ihrer Größe (anhand der vollstationären Platzzahl) einer von drei Gruppen zugeordnet (≤ 80 Plätze, >80 und ≤ 120 Plätze und >120 Plätze).

Mit Blick auf die Verteilung der am häufigsten angegeben Tätigkeiten (siehe Abbil- dung 21), bezogen auf ihren durchschnittlichen monatlichen Zeitanteil, weisen kleinere (≤ 80 vollstationäre Plätze, 22 %) und mittelgroße (>80 und ≤ 120 , Plätze, 24 %) Einrichtungen den größten Anteil für zeitintensive Grundpflege aus. Bei den bei großen (>120 vollstationäre Plätze) Einrichtungen dagegen nahmen Gespräche mit den zu versorgenden Bewohnerinnen und Bewohner mit ZiB den höchsten Zei- tanteil in Anspruch (27 %). Diese sind mit 16 % bei den mittelgroßen Einrichtungen an zweiter Stelle, dicht gefolgt von der zeitintensiven Nahrungsaufnahme (14 %). Letztere liegt auch bei den kleinen (12 %) und großen (14 %) Einrichtungen an drit- ter Stelle. Die pflegerische Sitzwache wurde mit 16 % am zweithäufigsten in den kleineren Einrichtungen dokumentiert, bei den großen Einrichtungen war die zeit- intensive Grundpflege mit 19 % des durchschnittlichen monatlichen Zeitumfangs an zweiter Stelle.

Aus der Abbildung 21 gehen auch die in den drei Gruppen nach Einrichtungsgröße durchschnittlich je Einrichtung im Rahmen des ZiB-Kontingents erbrachten Stun- den bzw. Arbeitstage hervor (hellgrau hinterlegte Zeilen am Ende der Tabelle). Be- zogen auf die jeweils oben je Spalte genannte ZiB-Fallzahl lagen diese Werte zwi- schen 20,4 Stunden pro Monat (große Einrichtungen) und 25,5 Stunden pro Monat (kleine Einrichtungen). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden diese Werte auf je 20 ZiB-Fälle je Einrichtung in der Gruppe standardisiert (dunkelgrau hinterlegte Zei- len am Ende der Tabelle). Daraus ergeben sich monatlich 22,9 Stunden in den gro- ßen Einrichtungen und 31,7 Stunden in der Gruppe der kleineren Pflegeheime. Die Differenz zum ZiB-Kontingent von 50 Stunden pro Monat dürfte aufgrund von Da- tenlücken und nicht durchgehend verfügbaren ZiB-Kräften infolge der Fluktuation entstanden sein.

Abbildung 21: Erbrachte durchschnittliche ZiB-Zeit in Minuten (fallabhängige und fallunabhängige Tätigkeiten) nach Einrichtungsgruppen

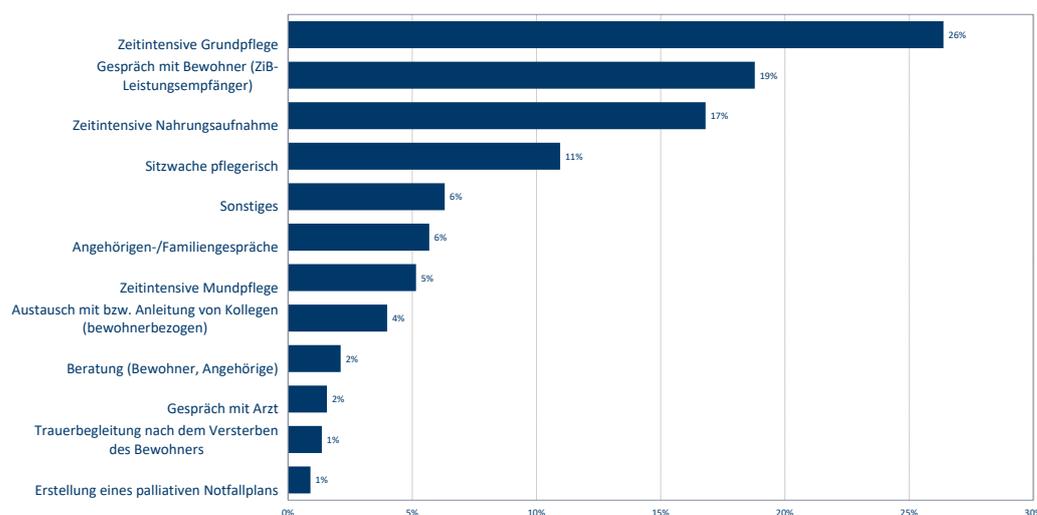
ZiB-Zeit im Projektzeitraum; Berechnung pro Monat (MW) und pro Einrichtung (MW)	Einrichtungsgröße ≤ 80 vollstationäre Plätze		Einrichtungsgröße > 80, ≤ 120 vollstationäre Plätze		Einrichtungsgröße: > 120 vollstationäre Plätze	
	Einrichtungen n = 6 (MW) ZiB-Fälle n = 96		Einrichtungen n = 8 (MW) ZiB-Fälle n = 136		Einrichtungen n = 6 (MW) ZiB-Fälle n = 108	
Zeitintensive Grundpflege	332,0	22%	353,6	24%	227,1	19%
Zeitintensive Mundpflege	49,2	3%	76,6	5%	49,5	4%
Zeitintensive Nahrungsaufnahme	190,0	12%	212,4	14%	176,0	14%
Sitzwache pflegerisch	244,9	16%	68,4	5%	78,2	6%
Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger)	93,9	6%	241,8	16%	328,0	27%
Gespräch mit Arzt	20,7	1%	21,8	1%	11,9	1%
Angehörigen-/Familiengespräche	65,7	4%	67,8	5%	65,3	5%
Beratung (Bewohner, Angehörige)	25,9	2%	33,6	2%	12,4	1%
Erstellung eines palliativen Notfallplans	12,5	1%	9,2	1%	10,1	1%
Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen)	53,6	3%	34,6	2%	53,6	4%
Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners	19,0	1%	16,5	1%	11,5	1%
Sonstiges	102,4	7%	79,7	5%	39,2	3%
Weitergabe von Wissen zur Palliativversorgung (allgemein) an Kollegen	31,8	2%	30,1	2%	26,5	2%
Projektarbeit im Bereich Palliativversorgung (z. B. Arbeitskreis organisieren, Leitfaden erstellen etc.)	32,9	2%	35,2	2%	12,3	1%
Konzept erstellen	0,0	0%	18,2	1%	0,9	0%
Öffentlichkeitsarbeit	22,2	1%	9,0	1%	0,4	0%
Treffen, Abstimmung, Coaching mit ZiB-Koordinator (Hospizverein)	169,1	11%	89,0	6%	85,7	7%
Sonstiges	67,0	4%	90,3	6%	36,7	3%
Gesamtzeit (Min)	1532,9	100%	1487,8	100%	1225,3	100%
Gesamtzeit (Std)	25,5		24,8		20,4	
AT pro Monat	3,2		3,1		2,6	
Gesamtzeit (Min)	1900,8		1844,9		1372,4	
Gesamtzeit (Std)	31,7		30,7		22,9	
AT pro Monat	4,0		3,8		2,9	

Quelle: IGES

Fallabhängige Tätigkeitserfassung

Im Durchschnitt wurden ca. 12,6 Stunden von den jeweiligen ZiB-Kräften pro Fall aufgewendet. Allerdings ist die Versorgungsdauer der einzelnen Fälle sehr heterogen, sodass der Durchschnittswert nur mit Vorsicht interpretiert werden kann. Einige Fälle wurden trotz vorübergehender Verbesserung des Zustandes auch nicht als „pausiert“ gekennzeichnet, sondern wurden in geringerer Tätigkeitsfrequenz weitergeführt. Im Zusammenhang mit dem verbesserten Allgemeinzustand der palliativen Bewohnerin oder des palliativen Bewohners wurde von den ZiB-Kräften die Notwendigkeit gesehen, die ZiB-Tätigkeit nicht abrupt zu beenden, sondern in gewissen Abständen, z. B. über Gespräche, die palliative Person weiter zu betreuen. Über alle Einrichtungen hinweg zeigt sich, dass bei den fallabhängigen Tätigkeiten besonders die zeitintensive Grundpflege (26 %), gefolgt von Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern (19 %), der zeitintensive Nahrungsaufnahme (17 %) und der Sitzwache (11 %), die Tätigkeiten mit dem größten Stundenumfang darstellen (Abbildung 22).

Abbildung 22: Verteilung der erfassten fallabhängigen ZiB-Tätigkeiten nach ihrer Dauer (Dezember 2021 – Oktober 2022)



Quelle: IGES

Anmerkung: Insgesamt erfassten alle ZiB-Kräfte insgesamt 4.287,17 Stunden fallabhängige Tätigkeiten

Auch die Kategorie „sonstiges“ nimmt mit 6 % einen relativ großen Stundenumfang ein. Dies ist z. T. dadurch zu erklären, dass viele der dort genannten Tätigkeiten besonders zeitaufwändig waren. Nachfolgende Tabelle 21 zeigt exemplarisch einige Tätigkeiten die von den ZiB-Kräften als „sonstiges“ angegeben wurden.

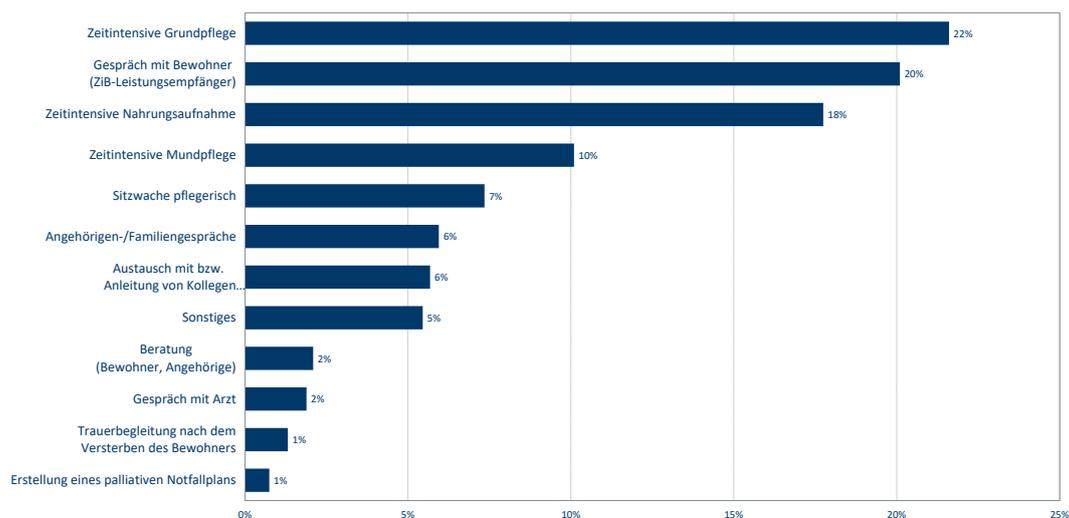
Tabelle 21: Tätigkeitserfassung (fallabhängig) - Kategorie „sonstiges“

Angegebene Tätigkeit	Durchschnittliche Dauer
Wunscherfüllung, letzter Ausflug	180 min.
Besonderer Wunsch erfüllt (alte Heimat besucht)	90 min.
Planung der Beerdigung und Trauerinstitut	90 min.
Winterkleidung einkaufen	90 min.
Sterbebegleitung	60 min.
Spazierfahrt im Garten mit Rollstuhl	60 min.
Geburtstagskaffee	60 min.
Traumreise mit Musik	30 min.
Blumenpflege zusammen	10 min.

Quelle: IGES

Betrachtet man die Anzahl der Nennungen, ist zu erkennen, dass die sonstigen Tätigkeiten mit 2,1 % erst an neunter Stelle stehen (siehe Abbildung 23). Dieses Ergebnis unterstützt die Aussage, dass sonstige Tätigkeiten wie Spaziergänge zwar viel Zeit brauchen, allerdings nicht so oft stattfinden, wie z. B. eine zeitintensive Grundpflege.

Abbildung 23: Verteilung der erfassten fallabhängigen ZiB-Tätigkeiten (nach Anzahl der Nennungen) (Dezember 2021 – Oktober 2022)



Quelle: IGES

Anmerkung: Insgesamt erfassten alle ZiB-Kräfte insgesamt 9.281 fallabhängige Tätigkeiten

Zeitintensive Grundpflege wurde nicht nur am häufigsten erfasst, sondern stellt auch bei der Betrachtung des Zeitanteils die Tätigkeit mit dem größten Stundenumfang dar. Nachfolgende Tabelle 22 zeigt exemplarisch einige Tätigkeiten, die von den ZiB-Kräften in der Kategorie „Grundpflege“ mit ergänzenden Anmerkungen angegeben wurden.

Tabelle 22: Tätigkeitserfassung (fallabhängig) - Kategorie Grundpflege

Anmerkungen zur Tätigkeit	Dauer
Basale Stimulation	60 min.
Wohlfühl- und Entspannungsbad	60 min.
Atemstimulierende Einreibung, Handmassage	20 min.
Fußmassage	30 min.
Handpflege mit Handbad	15 min.
Durchbewegen der Gelenke	45 min.

Quelle: IGES

Direkt nach der zeitintensiven Grundpflege führten die ZiB-Kräfte am häufigsten Gespräche mit palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern. Die folgende Tabelle 23 zeigt exemplarisch einige Erläuterungen, die von den ZiB-Kräften in der Kategorie „Gespräch mit Bewohnerin/Bewohner“ angegeben wurden. Dabei wird deutlich, dass „Gespräche“ auch für betreuende Aktivitäten genutzt wurden.

Tabelle 23: Tätigkeitserfassung (fallabhängig) - Kategorie Gespräch mit Bewohnerin/Bewohner

Anmerkungen zur Tätigkeit	Dauer
Vorlesen	15 min.
Gespräch über Familie, Fotos angeschaut	15 min.
Singen	10 min.
Sprichwörter raten, Kreuzworträtsel	10 min.

Quelle: IGES

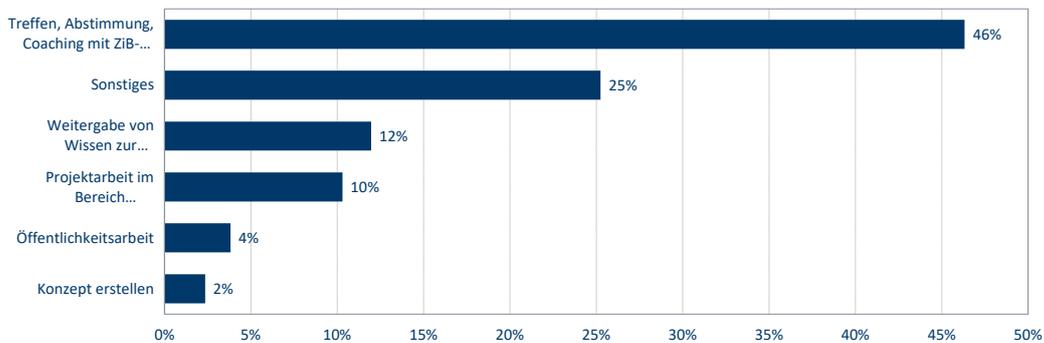
Am dritthäufigsten wurde die zeitintensive Mundpflege von den ZiB-Kräften durchgeführt. Hierbei wurden z. B. Geschmacksanregung (mit Honig) durchgeführt oder intensiv Zähne geputzt.

Fallunabhängige Tätigkeitserfassung

Insgesamt wurden 647,83 Stunden fallunabhängige Tätigkeiten von den ZiB-Kräften erfasst. Fünf Einrichtungen haben keine fallunabhängige Zeit dokumentiert. Über alle 15 Einrichtungen hinweg zeigt sich erwartungsgemäß, dass in Bezug auf

die fallunabhängigen Tätigkeiten besonders die projektbezogenen Treffen und Abstimmungen (46 %) den größten Stundenumfang darstellen (Abbildung 22).

Abbildung 24: Verteilung der erfassten fallunabhängigen ZiB-Tätigkeiten nach ihrer Dauer* (Dezember 2021 – Oktober 2022)



Quelle: IGES

Anmerkung: * Insgesamt erfassten alle ZiB-Kräfte insgesamt 647,83 Stunden fallunabhängige Tätigkeiten.

Die Kategorie „sonstiges“ wurde sehr oft angegeben. Die nachfolgende Tabelle listet einiger der unter sonstiges angegebenen Tätigkeiten auf. Besonders oft wurden Tätigkeiten aus dem Bereich Abstimmung/Besprechung im Team (Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen) oder Organisation und Dokumentation angegeben

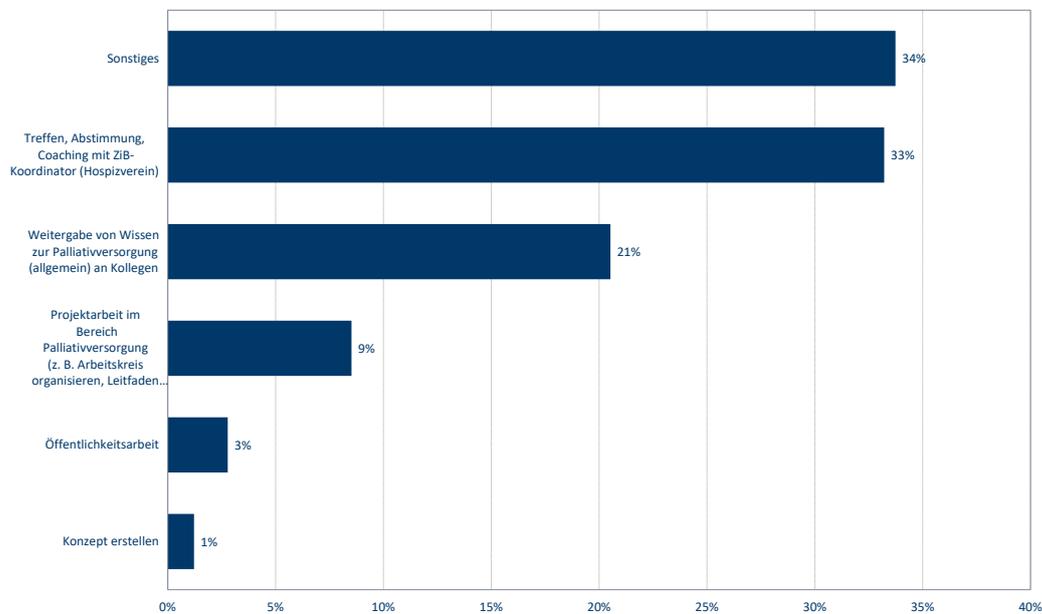
Tabelle 24: Tätigkeitserfassung (fallunabhängig) - Kategorie „sonstiges“

Angegebene Tätigkeit	Dauer
Besprechung PDL	30 min.
Informationen an Heimleitung	15 min.
Hausinternes Treffen Pall.-Kräfte, PDL	30 min.
Dokumentation, Studieneingabe	60 min.
Unterlagen SAPV	30 min.
Organisation/Unterlagen sortieren und kopieren	30 min.

Quelle: IGES

Die nachfolgende Tabelle listet die fallunabhängigen Tätigkeiten nach ihrer Häufigkeit bezgl. der Anzahl der Nennungen auf. Mit Ausnahme der Kategorie sonstiges ist die Reihenfolge ähnlich wie bei der Dauer der fallunabhängigen Tätigkeiten.

Abbildung 25: Verteilung der erfassten fallunabhängigen ZiB-Tätigkeiten nach Anzahl der Nennungen* (Dezember 2021 – Oktober 2022)



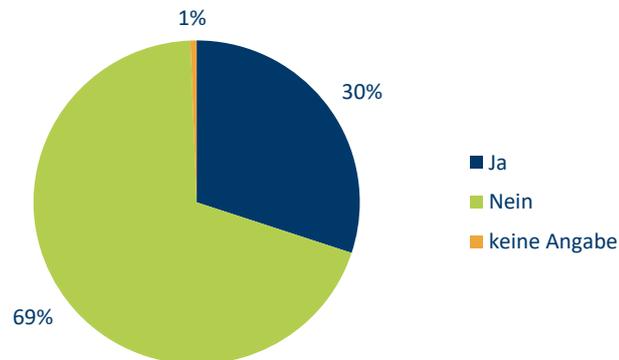
Quelle: IGES

Anmerkung: * Insgesamt erfassten alle ZiB-Kräfte insgesamt 575 fallunabhängige Tätigkeiten

6.3.3 Arztkontakte, Notarzteinsätze und Notfalleinweisungen

Bei 30 % (n = 49) der ZiB-Fälle kam es in den vier Wochen vor dem Sterbedatum zu einer deutlichen Zunahme der Kontakte zum behandelnden Arzt. Bei der Mehrheit der ZiB-Fälle 69 % (n = 113) war dies nicht der Fall (siehe Abbildung 26).

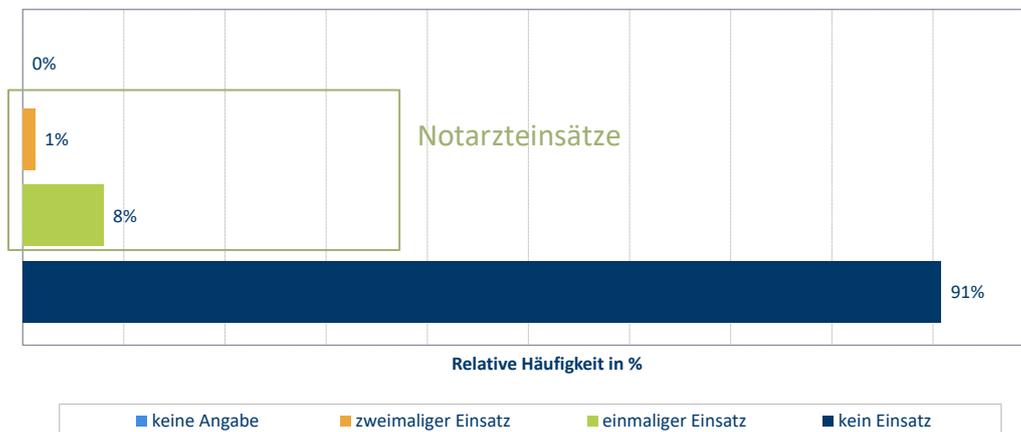
Abbildung 26: Versorgung mit ZiB- Zunahme der Arztkontakte (n = 163)



Quelle: IGES

Die angegebene Anzahl der Notarzteinsätze reicht von keinem bis zu zwei Einsätzen pro Sterbefall (siehe Abbildung 21). Bei der großen Mehrheit der ZiB-Fälle kam es innerhalb der vier Wochen vor dem Sterbedatum zu keinem Notarzteinsatz (91 %; n = 148). Bei 8 % der verstorbenen ZiB-Fälle war ein Notarzteinsatz zu verzeichnen (n = 13). (Abbildung 27).

Abbildung 27: Versorgung mit ZiB - Häufigkeit der Notarzteinsätze (n = 163)



Quelle: IGES

Ein ähnliches Bild wie bei den Notarzteinsätzen zeigt sich auch bei den Notfalleinweisungen ins Krankenhaus. 83 % (n = 136) der ZiB-Fälle hatten in den letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum keinen Krankenhausaufenthalt. Kam es jedoch zu einer Einweisung, so blieb es mehrheitlich ein einmaliges Ereignis. In Abbildung 28 wird ersichtlich, dass auch hier die Häufigkeit mit steigender Anzahl der Einweisungen stark abnimmt.

Abbildung 28: Versorgung mit ZiB - Häufigkeit der Notfalleinweisungen (n = 163)



Quelle: IGES

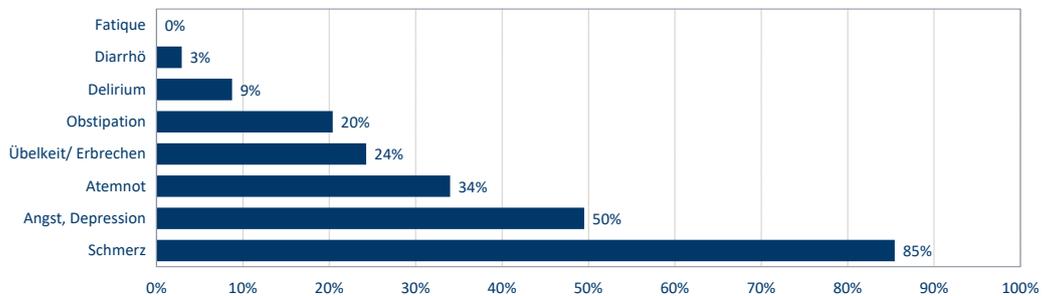
6.3.4 Notfallplan und Medikation

Ein Notfallplan war bei 30 % (n = 49) der verstorbenen ZiB-Fälle bereits vorhanden und wurde bei 45 % (n = 74) der ZiB-Fälle im Rahmen der ZiB-Versorgung erstellt. Bei 22 % (n = 35) wurde kein Notfallplan erstellt und zu fünf Personen wurde keine Angabe gemacht.

Auf die Frage, inwieweit es eine Bedarfsmedikation aufgrund akuter Schmerzsituationen gab, wurde bei 74 % (n = 120) der Fälle angegeben, dass eine Bedarfsmedikation vorlag. Bei 23 % (n = 38) gab es keine Bedarfsmedikamente und bei fünf Personen wurde dazu keine Angabe gemacht.

In 63 % (n = 103) der Fälle wurden zusätzlich Medikamente zur Symptomlinderung verabreicht. Ungefähr ein Drittel (33 %; n = 55) der Personen bekam keine zusätzlichen Medikamente. Die angegebenen Medikamente werden nachfolgend in Bezug auf ihre Anwendungsart eingeteilt. Über 80 % der ZiB-Fälle, welche eine Medikation bekommen haben, erhielten diese aufgrund von Schmerzen. Am zweithäufigsten wurden Medikamente aufgrund von Angst/Depression verabreicht.

Abbildung 29: Medikation zur Symptomlinderung - Verteilung nach Anwendungsart (n = 103, Mehrfachauswahl)



Quelle: IGES

6.3.5 Veränderung spezifischer Indikatoren durch den Einsatz der ZiB-Kräfte

Die Häufigkeiten von Krankenhauseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätzen bei den durch ZiB-Kräfte versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner wurde jeweils für die letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum der Personen, zum Ende des Erhebungszeitraums im Oktober 2022, erhoben (vgl. Abschnitt 2.3). Dadurch wird eine bessere Vergleichbarkeit mit den retrospektiv erfassten Sterbefällen vor ZiB ermöglicht.

Ausgangscharakteristika der Fälle ohne und mit zeitintensiver Betreuung

Der folgenden Tabelle 25 kann entnommen werden, dass sich die retrospektiv erfassten und die ZiB-Fälle bezüglich ihrer Alterszusammensetzung weitgehend ähneln. Beim Vergleich des Sterbeorts wird deutlich, dass nur sehr wenige Fälle mit zeitintensiver Betreuung im Krankenhaus verstorben sind (7 %), während Fälle ohne zeitintensive Betreuung zu einem Drittel dort verstorben sind (33 %).

Tabelle 25: Retrospektiv erfasste und ZiB-Fälle - Sterbeort

Charakteristika	Retrospektiv erfasste Fälle (ohne ZiB) (n _{vz} = 325)	ZiB-Fälle (n _{ZiB} = 199)
Alter [Jahre, Mean± SD (Interquartilsabstände)]	86,1 ± 8,6 (92-82)	87,0± 7,9 (93-82)
Sterbeort (%; n)		
Pflegeheim	66,2 %; n = 215	93,5 %; (n = 186)
Krankenhaus	33,5 %; n = 109	6,5 %; (n = 13)
Anderer Sterbeort ¹	0,3 %; n = 1	0,0 %; n = 0

Quelle: IGES

In der folgenden Übersicht sind die Diagnosen der Fälle ohne und mit zeitintensiver Betreuung einander gegenübergestellt. Die Anzahl der durchschnittlich je Fall dokumentierten Diagnosen unterscheidet sich nicht (2,8 bei den retrospektiv erhobenen Fällen und 2,7 bei ZiB-Fällen).

Demenzielle Erkrankungen gehören bei beiden Populationen zu den häufigsten dokumentierten Diagnosen (ohne ZiB: 46 %, mit ZiB: 42 %.) Bei den Fällen ohne ZiB folgen mit großem Abstand als zweithäufigste zwei Diagnosen, die den Krankheiten des Kreislaufsystems zugeordnet werden, Hypertonie (19%) und die Herzinsuffizienz (19 %), während bei den Fällen mit ZiB die onkologischen Diagnosen am zweithäufigsten (20 %) vorkommen. Nierenerkrankungen sind bei den Fällen mit ZiB häufiger zu finden (19 %) als bei denen ohne ZiB (13 %). Diabetes mellitus hingegen ist bei den Fällen ohne ZiB (17 %) häufiger als bei denen mit ZiB (10 %) vertreten.

Tabelle 26: Retrospektive und ZiB-Tätigkeitserfassung – Häufigkeit erfasster Diagnosen

Charakteristika	Retrospektiv erfasste Fälle (Ohne ZiB) (n_{vz} = 325)	ZiB-Fälle (n_{ZiB} = 183*)
Diagnosen (%; n)		
Durchschnittliche Diagnoseanzahl	2,83	2,74
davon onkologische Fälle	17,5 %; n = 57	20,2 %; n = 37
Demenzielle Erkrankungen	45,8 %; n = 149	41,5 %; n = 76
Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz, Nierenversagen)	13,2 %; n = 43	18,6 %; n = 34
Hypertonie	19,1 %; n = 62	11,5 %; n = 21
Herzinsuffizienz	19,1 %; n = 62	7,1 %; n = 13
Apoplex, Hirninfarkt	10,5 %; n = 34	10,2 %; n = 18
Diabetes mellitus	16,6 %; n = 54	10,4 %; n = 19
Verschlechterung des Allgemeinzustands	0 %, n = 0	10,4 %; n = 19

Quelle: IGES

Anmerkung: *in 16 Fällen lagen keine Angaben zu den Diagnosen vor (n_{ZiB} gesamt = 199)

Die Verteilung der Häufigkeit der Diagnosen (ICD-10-GM-Kapitel) bezogen auf die Fälle ist aus der folgenden Tabelle 27 ersichtlich. Am deutlichsten unterscheiden sich beiden Gruppen bezüglich der Diagnosen aus Kapitel 18 (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind): Dort finden sich 30 % der Fälle mit ZiB Fälle, während es bei den retrospektiv erfassten Fällen nur 10 % waren. In diesem Kapitel werden Symptome gelistet, die u. a. eine

besondere Pflegerelevanz aufweisen und damit auch die Palliativsituation symptomatisch widerspiegeln. Beispielsweise kann die Diagnose Verschlechterung des Allgemeinzustands diesem Kapitel zugeordnet werden (siehe auch Tabelle 26).

Am häufigsten sind in beiden Populationen Fälle mit Diagnosen aus den Kapiteln 5 und 9. Dem Kapitel 5 können die demenziellen Diagnosen zugeordnet werden, dem Kapitel 9 die Diagnosen Hypertonie und Herzinsuffizienz. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, darunter auch die Diagnose Diabetes mellitus (siehe Tabelle 26) sind häufiger bei Fällen ohne ZiB (ohne ZiB: 23 %; mit ZiB: 13 %) zu finden, Krankheiten des Urogenitalsystems, wie auch die Nierenerkrankungen (siehe Tabelle 26) häufiger bei den Fällen mit ZiB (ohne ZiB: 18%; mit ZiB: 24 %).

Tabelle 27: Klassifikation der ICD-10-GM- Kapitel der Fälle ohne und mit ZiB bezogen auf Fallzahl

ICD-10-GM-Kapitel	Häufigkeit bezogen auf die retrospektiv erfassten Fälle (ohne ZiB) (n _{vz} = 325)	Häufigkeit bezogen auf ZiB-Fälle (n _{nz} = 183*)
1 - Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,2 %	1,1 %
2 – Neubildungen	20,9 %	20,2 %
3 - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	3,4 %	4,4 %
4 - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	23,4 %	13,1 %
5 - Psychische und Verhaltensstörungen	60,6 %	60,1 %
6 - Krankheiten des Nervensystems	16,0 %	18,6 %
7 - Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	1,5 %	1,1 %
8 - Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,2 %	0,5 %
9 - Krankheiten des Kreislaufsystems	78,5 %	64,5 %
10 - Krankheiten des Atmungssystems	15,1 %	8,2 %
11 - Krankheiten des Verdauungssystems	5,5 %	9,3 %
12 - Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2 %	0 %*
13 - Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,5 %	3,8 %
14 - Krankheiten des Urogenitalsystems	17,5 %	23,5 %
18 - Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	10,2 %	30,1 %

ICD-10-GM-Kapitel	Häufigkeit bezogen auf die retrospektiv erfassten Fälle (ohne ZiB) (n _{vz} = 325)	Häufigkeit bezogen auf ZiB-Fälle (n _{nz} = 183*)
19 - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	4,6 %	3,8 %
20 - Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0 %*	0,5 %
21 - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0,6 %	3,8 %
22 - Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0 %*	1,1 %
Keine Zuordnung möglich	7,1 %	6,6 %

Quelle: IGES auf Grundlage (44)

Anmerkung: Hervorgehoben sind jeweils die vier höchsten Prozentangaben

*keine Zuordnung der Diagnosen möglich

In der nachfolgenden Tabelle 28 werden die folgenden Indikatoren jeweils für die retrospektiv erfassten Fälle und die ZiB-Fälle gegenübergestellt:

- ◆ Zunahme der Arztkontakte
- ◆ Anzahl der Notarzteinsätze
- ◆ Anzahl der Krankenhauseinweisungen
- ◆ Erstellung eines palliativen Notfallplans
- ◆ Bedarfsmedikation
- ◆ Zusätzliche Medikamente zur Symptomlinderung

Mit Blick auf die Anzahl der Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen kann festgestellt werden, dass bei palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern mit ZiB die Anzahl der Notarzteinsätze sowie Krankenhausweinweisungen deutlich geringer war. Ohne ZiB lag der Anteil der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner, die vier Wochen vor dem Sterbedatum keinen Notarzteinsatz hatten bei 68 %; (n_{vz} = 222), mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte stieg der Anteil auf 91 %; (n_{ZiB} = 148) an.

Ähnlich verhält es sich bei den Krankenhauseinweisungen: Ohne ZiB lag der Anteil der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner, die in den vier Wochen vor dem Versterben keine Krankenhauseinweisung hatten bei 56 %; (n_{vz} = 181), in Fällen mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte stieg der Anteil auf 84 %; (n_{ZiB} = 136).

Auch im Hinblick auf die Zunahme der Arztkontakte kurz vor dem Versterben konnte bei den ZiB-Fällen eine positive Entwicklung festgestellt werden. Bezüglich eines palliativen Notfallplans zeigte sich, dass dieser bei den ZiB-Fällen häufiger

vorhanden war (bzw. im Rahmen von ZiB erstellt wurde), als bei den retrospektiv erfassten Fällen (76 %⁸ zu 39 %).

Tabelle 28: Auswirkungen von ZiB auf die Indikatoren Arztkontakte, Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen

Vier Wochen vor Sterbedatum...	Retrospektive Falldokumentation (Ohne ZiB)	ZiB-Falldokumentation (Mit ZiB)
	n _{vz} = 325	n _{ZiB} = 163
Zunahme der Arztkontakte		
Ja	64,3 %; (n _{vz} = 209)	30,1 %; (n _{ZiB} = 49)
Nein	28,9 %; (n _{vz} = 94)	69,3 %; (n _{ZiB} = 113)
Keine Angabe	6,8 %, (n _{vz} = 22)	0,6 %, (n _{ZiB} = 1)
Notarzteinsätze		
Durchschnittliche Anzahl an Notarzteinsätzen pro Fall	0,45	0,10
Maximale Anzahl an Notarzteinsätzen (pro Fall)	5	2
Anteil der Fälle mit mindestens einem Notarzteinsatz	30,2 %; (n _{vz} = 98)	9,2 %; (n _{ZiB} = 15)
Anteil der Fälle ohne Notarzteinsatz	68,3%; (n _{vz} = 222)	90,8 %; (n _{ZiB} = 148)
Keine Angabe	1,5 %; (n _{vz} = 5)	0 %; (n _{ZiB} = 0)
Krankenhauseinweisungen (Notfall)		
Durchschnittliche Anzahl an Krankenhauseinweisungen	0,63	0,17
Maximale Anzahl an Krankenhauseinweisungen (pro Fall)	5	2
Anteil der Fälle mit mindestens einer Krankenhauseinweisung	41,5 %; (n _{vz} = 135)	16,6 %; (n _{ZiB} = 27)
Anteil der Fälle ohne Krankenhauseinweisung	55,7 %; (n _{vz} = 181)	83,4 %; (n _{ZiB} = 136)
Keine Angabe	2,8 %; (n _{vz} = 9)	0 %; (n _{ZiB} = 0)
Palliativer Notfallplan		
Ja	39,4 %; (n _{vz} = 128)	75,5 %; (n _{ZiB} = 123)
<i>darunter bereits vorhanden (nur ZiB)</i>	<i>k. A.</i>	30,1 %; (n _{ZiB} = 49)
Nein	58,2 %; (n _{vz} = 189)	21,5 %; (n _{ZiB} = 35)

⁸ Die Ergebnisse der Antwortkategorien „Ja“ (im Rahmen von ZiB erstellt) (45,4 %) und „Bereits vorhanden“ (30,1 %) aus der ZiB-Erhebung wurden addiert und gerundet.

Vier Wochen vor Sterbedatum...	Retrospektive Falldokumentation (Ohne ZiB)	ZiB-Falldokumentation (Mit ZiB)
Keine Angabe	2,5 %; ($n_{vz} = 8$)	3,1 %; ($n_{ziB} = 5$)

Quelle: IGES

Anmerkung: n_{vz} = Zahl der Fälle aus der retrospektiven Falldokumentation; n_{ziB} = Zahl der ZiB-Fälle

Die Werte der retrospektiv erfassten Fälle stellen den Erwartungswert ohne die Versorgung durch ZiB-Kräfte dar. Die Prüfung auf Signifikanz der Veränderungen durch die ZiB-Versorgung überprüft, inwieweit sich der erwartete Wert durch die ZiB-Versorgung gleich verhält, oder ob der Wert über- oder unterschritten wurde (also inwieweit die Intervention die zu erwartenden Häufigkeiten verändert).

Bezogen auf die vorangegangenen Indikatoren wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben angewendet, um die Anzahl der Notarzteinsätze und Anzahl Krankenhauseinweisungen (Notfall) in ZiB-Fällen und den retrospektiv erfassten Fällen zu vergleichen. Für beide Merkmale zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen ZiB-Fällen und retrospektiv erhobenen Fällen.⁹

Weiterhin wurde ein Chi-Quadrat Test angewendet, um zu prüfen, ob der Sterbeort Pflegeheim, Zunahme der Arztkontakte, die Fälle ohne Notarzteinsatz sowie Fälle mit mindestens einer Krankenhauseinweisung zwischen ZiB-Fälle und retrospektiv erhobenen Fällen gleich ist. Für alle vier Merkmale zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen ZiB-Fällen und retrospektiv erhobenen Fällen.¹⁰

⁹ Ergebnisse t-Test: Anzahl der Notarzteinsätze: ZiB-Fälle $M = 0,10$, $SD = 0,34$, retrospektiv erhobene Fälle $M = 0,45$, $SD = 0,79$, ($t_{472.08} = -6,62$; $p < 0,001$); Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Notfall): ZiB-Fälle $M = 0,17$, $SD = 0,39$, retrospektiv erhobene Fälle $M = 0,63$, $SD = 0,88$, ($t_{465.30} = -7,74$; $p < 0,001$).

¹⁰ Ergebnisse Chi-Quadrat-Test: Sterbeort Pflegeheim $X^2(1, N = 524) = 51,26$; $p < ,001$; Zunahme der Arztkontakte, $X^2(1, N = 465) = 64,11$; $p < 0,001$; Fälle ohne Notarzteinsatz $X^2(1, N = 483) = 7,65$; $p < ,001$; Krankenhauseinweisung (Notfall) $X^2(1, N = 479) = 32,87$; $p < 0,001$.

Tabelle 29: Überprüfung einzelner Indikatoren auf Signifikanz

Charakteristika	Retrospektive Falldokumentation (Ohne ZiB)	Tätigkeitserfassung (Mit ZiB)	p-Wert
Sterbeort Pflegeheim	66,2 %; (n _{vz} = 215)	93,5 %; (n = 186)	p < 0,001*
Zunahme der Arztkontakte	64,3 %; (n _{vz} = 209)	30,1 %; (n _{ZiB} = 49)	p < 0,001*
Durchschnittliche Anzahl Notarzteinsätze pro Fall	0,45	0,10*	p < 0,001*
Anteil Fälle ohne Notarzteinsatz	68,3%; (n _{vz} = 222)	90,8 %; (n _{ZiB} = 148)	p < 0,001*
Durchschnittliche Anzahl KH-Einweisungen pro Fall	0,63	0,17*	p < 0,001*
Anteil der Fälle mit mindestens einer Krankenhauseinweisung	41,5 %; (n _{vz} = 135)	16,6 %; (n _{ZiB} = 27)	p < 0,001*

Quelle: IGES

Anmerkung * p-Wert < 0.05; p-Wert: kontinuierliche Merkmale/Fragen = T-Test für unabhängige Stichproben, kategoriale Merkmale/Fragen = Chi-Quadrat-Test

Palliative Bewohnerinnen und Bewohner hatten bereits 2019 zu einem großen Teil Schmerzmittel als Bedarfsmedikation (70 %; n_{vz} = 228). Mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte stieg der Anteil palliativer Bewohnerinnen und Bewohner, welche Schmerzmittel als Bedarfsmedikation hatten auf 73 %; (n_{ZiB} = 120). Im Rahmen der Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner durch ZiB-Kräfte nahm zudem auch die Anzahl an Personen zu, welche zusätzliche Medikamente zur Symptomlinderung verabreicht bekamen, von 40 %; (n_{vz} = 129) auf 63 %; (n_{ZiB} = 103).

Tabelle 30: Auswirkungen von ZiB auf die Indikatoren Medikation und Bedarfsmedikation

Vier Wochen vor Sterbedatum...	Retrospektive Falldokumentation (Ohne ZiB)	ZiB-Falldokumentation (Mit ZiB)
	n _{vz} = 325	n _{ZiB} = 163
Bedarfsmedikation aufgrund akuter Schmerzsituation		
Ja	70,2 %; (n _{vz} = 228)	73,6 %; (n _{ZiB} = 120)
Nein	27,1 %; (n _{vz} = 88)	23,3 %; (n _{ZiB} = 38)
Keine Angabe	2,8 %; (n _{vz} = 9)	3,1 %; (n _{vz} = 5)

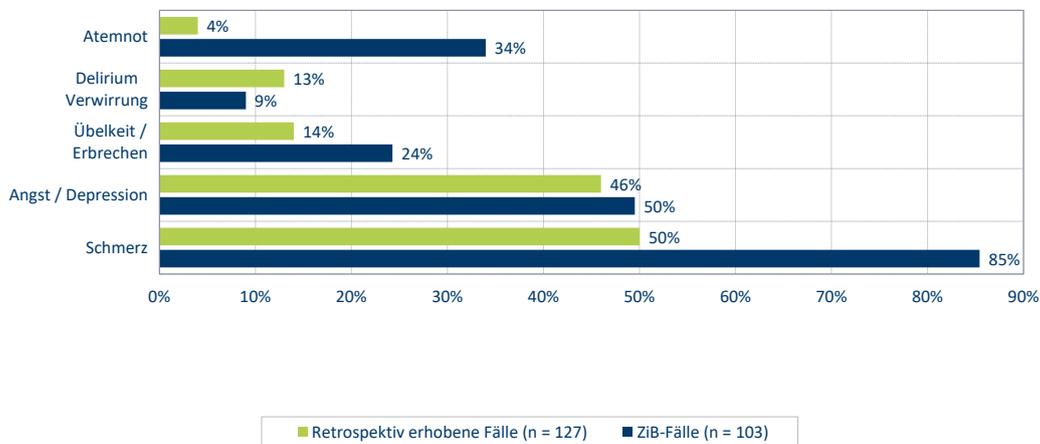
Vier Wochen vor Sterbedatum...	Retrospektive Falldokumentation (Ohne ZiB)	ZiB-Falldokumentation (Mit ZiB)
Zusätzliche Medikamente zur Symptomlinderung		
Ja	39,7 %; (n _{vz} = 129)	63,2 %; (n _{ZiB} = 103)
Nein	54,2 %; (n _{vz} = 176)	33,7 %; (n _{ZiB} = 56)
Keine Angabe	6,2 %; (n _{vz} = 20)	3,1 %; (n _{vz} = 5)

Quelle: IGES

Anmerkung: n_{vz} = Zahl der Fälle aus der retrospektiven Falldokumentation; n_{ZiB} = Zahl der ZiB-Fälle

Die nachfolgende Grafik zeigt, dass die durch ZiB versorgten Bewohnerinnen und Bewohner über alle Symptome hinweg mehr Medikation erhalten haben als die retrospektiv erfassten Vergleichsfälle – insbesondere mit Blick auf die Symptome Schmerz und Atemnot.

Abbildung 30: Vergleich retrospektiv erfasster Fälle (n = 127) und ZiB-Fälle (n = 103): zusätzlich verabreichte Medikamente bei entsprechenden Symptomen* (Mehrfachauswahl)



Quelle: IGES

Anmerkung: * Es konnten 16 genannte Medikamente in der Befragung der retrospektiven Falldokumentation keinem Symptom zugeordnet werden.

Exkurs: Wirtschaftlichkeitsbetrachtung der ZiB-Versorgung

Vor dem Hintergrund des sog. Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V¹¹ stellt sich die Frage, ob und inwieweit anhand der hier erhobenen Daten die Wirtschaftlichkeit der ZiB-Versorgung abgeschätzt werden kann. Den Kosten für die zusätzlichen ZiB-Zeitkontingente können, wie in diesem Abschnitt gezeigt werden konnte, Einsparungen aus Sicht der Krankenversicherung für vermiedene Notarzteinsätze, Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte gegenübergestellt werden.

Eine vollständige Betrachtung der Aufwendungen für die Versorgung ohne und mit ZiB war nicht Gegenstand der Evaluation und ist daher an dieser Stelle nicht möglich. Aber anhand der folgenden Beispielrechnung lässt sich zumindest

Die monatlichen Kosten für 50 Stunden „ZiB-Zeit“ bei zwei ZiB-Pflegefachkräften lassen sich anhand der Daten des ZiB-Projektes wie folgt beziffern:

Tabelle 31: Kosten für ZiB je Pflegeheim (pro Monat, bei zwei ZiB-Kräften)

Position	Kosten in Euro	Kosten pro Monat und Einrichtung in Euro (zwei ZiB-Kräfte)
Kosten je ZiB-Kraft pro Monat für 20 Stunden ZiB-Zeit (inkl. AG-Anteil), Zeitraum 2023/2024	683,28 €	1.366,56 €
Kosten für 10 Stunden ZiB-Zeit pro Monat und Heim (angenommen: 50 % von Zeile 1)	341,64 €	341,64 €
Kosten für Weiterbildung Palliative Care (160 UE), pro Pflegefachkraft, einmalig (Kosten auf 12 Monate aufgeteilt)	1.700,00 €	283,33 €
Kosten für Hospizvereine für fachliche Anleitung und Begleitung der Pflegeeinrichtungen (je ein Minijob (702 € inkl. AG-Beitrag) über 12 Monate), zuständig für drei Pflegeheime	702,00 €	234,00 €
Summe		2.225,53 €

Quelle: IGES

Grob geschätzt würden damit 50 Stunden ZiB-Zeit bei zwei ZiB-Pflegefachkräften 2.500 Euro pro Monat kosten.

Bezüglich der möglichen Einsparungen werden im Folgenden nur die vermiedenen Krankenhausaufenthalte in den letzten vier Wochen vor dem Versterben, einschließlich der Krankentransportkosten betrachtet.

Zugrunde gelegt werden hierfür die Daten je Behandlungsfall aus der Statistik „Kostennachweis der Krankenhäuser 2021“ des Statistischen Bundesamtes (Fach-

¹¹ „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

serie 12, Reihe 6.3, (49)). Diese Statistik weist länderbezogen die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser je Behandlungsfall (einschl. Stundenfälle) aus. Diese betragen im Jahr 2021 in Bayern 6.710,00 Euro.

In der folgenden Tabelle 32 werden die Kosten eines Behandlungsfalls ohne und mit ZiB in den letzten vier Wochen vor dem Versterben anhand der Ergebnisse der Evaluation auf Basis der landesweiten Durchschnittskosten in Bayern 2021 berechnet, unter Berücksichtigung von 300 Euro pro Fall für den Krankentransport. Im Sinne einer Sensitivitätsberechnung werden zusätzlich zwei Varianten ausgewiesen – einmal für 75 % und einmal für 50 % der landesweiten Durchschnittskosten je Krankenhaus-Behandlungsfall.

Im Ergebnis zeigt sich, dass infolge der verringerten Krankenhaushäufigkeit der ZiB-Fälle gegenüber den retrospektiv erfassten Sterbefällen eine Kostendifferenz von 3.358 Euro pro Monat entsteht, wenn der landesweite Durchschnittskostensatz zugrunde gelegt wird. Dieser Kostenvorteil verringert sich entsprechend bei der Annahme, dass die Kosten je Behandlungsfall für Pflegeheimbewohner unterhalb des landesweiten Durchschnittskostensatzes liegen: bei 75 % ergibt sich ein Kostenvorteil von 2.438 Euro je Fall und in der Variante 50 % sind es noch 1.288 Euro je Fall und Monat.

Tabelle 32: Kostenvergleichs für Krankenhausaufenthalte in den letzten vier Wochen vor dem Versterben, Fälle ohne und mit ZiB

Position	Fall ohne ZiB (0,63 KH-Einweisungen)	Fall mit ZiB (0,17 KH-Einweisungen)	Differenz pro Monat	Differenz pro Monat (zwei Fälle)
Kosten KH-Behandlung gem. Landesdurchschnitt 2021 und Transport (7.300 Euro pro Fall)	4.599,00 €	1.241,00 €	3.358,00 €	6.716,00 €
Kosten KH-Behandlung 75 % des Landesdurchschnitts und Transport (5.300 Euro pro Fall)	3.339,00 €	901,00 €	2.438,00 €	4.876,00 €
Kosten KH-Behandlung 50% des Landesdurchschnitts und Transport (2.800 Euro pro Fall)	1.764,00 €	476,00 €	1.288,00 €	2.576,00 €

Quelle: IGES

In der rechten Spalte werden jeweils die Beträge für zwei Fälle ausgewiesen, da zwei ZiB-Kräfte je Pflegeheim mehr als einen ZiB-Fall versorgen.

Beim Vergleich des Wertes, der auf Basis von nur 50 % der landesdurchschnittlichen Behandlungskosten für zwei Fälle errechnet wurde (Einsparung in Höhe von 2.576 Euro pro Monat), mit den oben ermittelten monatlichen Kosten für ZiB von rund 2.500 Euro wird deutlich, dass sich die ZiB-Versorgung bereits im Schnitt bei monatlich zwei ZiB-Fällen amortisiert, allein aufgrund der verringerten Inanspruch-

nahme von Krankenhausleistungen. Da die ZiB-Versorgung auch mit einer verringerten Anzahl von Notarzteinsätzen einhergeht, dürfte der Kostenvorteil der ZiB-Versorgung noch deutlicher ausfallen – auch wenn für die Vergleichsrechnung ab dem 2. Jahr keine Kosten für die Weiterbildung Palliative Care mehr anfallen.

Nicht berücksichtigt werden konnten hier ggf. erhöhte Kosten für Medikamente oder Heil- und Hilfsmittel für die ZiB-Fälle. Die hier beispielhaft dargestellte Kostensituation kann auch nur einen ersten Hinweis auf mögliche Kostenvorteile liefern. Für belastbare Daten zur Wirtschaftlichkeit der ZiB-Versorgung aus Sicht der Krankenkasse bedarf es einer vertiefenden Studie.

6.3.6 Ergebnisse der Interviews mit pflegebedürftigen Personen in einer palliativen Situation

Trotz intensiver Bemühungen der Partner in den Pflegeeinrichtungen konnten nur sechs der ursprünglich geplanten zehn Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt werden. Das lag zum Teil an der pandemiebedingt zeitweise besonders prekären Personalsituation in den Einrichtungen und teilweise am deutlich reduzierten Allgemeinzustand der durch ZiB-Kräfte versorgten Personen. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, wurde von IGES neben Terminen vor Ort auch die Möglichkeit von Telefon- bzw. Videointerviews angeboten, aber diese Möglichkeit wurde nicht in Anspruch genommen.

Alle interviewten Personen wurden im Rahmen des Projektes durch ZiB-Kräfte versorgt. Es wurden fünf männliche und eine weibliche Person im Alter zwischen 77 und 95 Jahren befragt. Die Interviews fanden in den Einrichtungen vor Ort statt. Bei zwei Terminen wurden die Interviews jeweils zusammen mit einer ZiB-Kraft geführt.

Insgesamt kann der Allgemeinzustand der interviewten Personen grundsätzlich als geschwächt bezeichnet werden, wobei dies laut den ZiB-Kräften oft tagesformabhängig stark variiert. Bei zwei Personen war es daher auch fraglich, ob ein Interview zu dem geplanten Zeitpunkt stattfinden kann. Im Vorgespräch mit den betroffenen Personen wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Interviews bei Bedarf auch abgebrochen werden können, sofern sich die interviewte Person nicht mehr dazu imstande fühlt, das Interview weiterzuführen oder in irgendeiner Weise Unbehagen verspürt. Dies ist allerdings im Verlauf der Interviews nicht vorgekommen.

Die Interviews wurden anhand des folgenden Kategorienschemas (im Detail siehe Tabelle 4 im Kapitel 2) ausgewertet:

- ◆ Versorgungsbedürfnisse und Bedarfe
- ◆ Persönliche Wünsche
- ◆ Versorgung im Rahmen von ZiB

Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich bei den interviewten Personen und reicht von mäßigen Bewegungseinschränkungen bis hin zu starken

Bewegungseinschränkungen und Bettlägerigkeit. Angewiesen auf eine intensive pflegerische Versorgung waren alle Betroffenen. Der Umstand, dass eine intensive pflegerische Versorgung notwendig wurde, war für die Betroffenen ein eher „neuer“ Zustand, der erst vor kurzem, zu Beginn der letzten Lebensphase eingetreten ist. *„Ich komme alleine hoch, aber wie. Das ist grausam, morgens vorm Waschbecken stehen, das geht einfach nicht [...] da fehlt mir die Kraft. Seit drei Wochen geht das nicht mehr. Ich kann nicht mehr mit dem [Rollator] [...] gehen“* (Interview 6).

Alle berichteten, dass **Versorgungswünsche und -bedarfe** insgesamt viel Zeit in Anspruch nahmen. Der körperliche Zustand in der letzten Phase nimmt deutlich ab, sodass vorher eigenständig durchgeführte Aktivitäten immer mehr Zeit und Unterstützung brauchen. Neben den körperlichen Einschränkungen wurde auch festgestellt, dass Denk- und Sprachprozesse deutlich verlangsamt stattfinden. *„Ich brauche etwas länger, ich muss mir die Antworten schon überlegen und bis ich die sprachlich formulieren kann, dauert es schon ein bisschen“* (Interview 4). Dies sorgt nicht nur dafür, dass z. B. Gespräche länger dauern, sondern auch die Beschäftigung oder Informationsweitergabe schwieriger werden ohne (zeitintensivere) Unterstützung. *„Ich kann auch beispielsweise [...] wir haben ja so die Speisekarte [...] ich muss jeden Tag fragen [...] weil ich es absolut nicht lesen kann. Leider.“* (Interview 6).

Die meisten Personen werden von ihren Angehörigen, Freunden und/oder Verwandten besucht. Jedoch sind bei den Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeiten der eigenständigen Kontaktaufnahme oftmals limitiert: *„Es ist nur schwierig, weil ich [krankheitsbedingt] nicht zurückrufen kann. [...] nur, wenn [Personal] [...] da ist, dann macht Sie Ihr [Telefon] auf, dann kann ich telefonieren“* (Interview 3).

Alle interviewten Personen haben ihre Versorgungswünsche entweder in einer Patientenverfügung oder einer „Patientenverfügung bei schwerer Krankheit“ (PSK) schriftlich hinterlegt. Jedoch herrscht bei einigen betroffenen Personen eine Ungewissheit darüber, ob das gesamte Pflegepersonal in der Pflegeeinrichtung über diese ausreichend informiert ist: *„Jein, weil die sind so viele und wechseln so viel, dass man manchmal das Gefühl hat, sie wissen nicht genau Bescheid“* (Interview 2).

Was die eigenen **persönlichen Wünsche** betrifft, so beziehen sich diese z. B. auf die eigene körperliche Verfassung: *„Das zum Beispiel könnte Zukunftsmusik sein, da habe ich die Hoffnung nicht aufgegeben, dass ich eines Tages mit dem Rollstuhl raus kann und da brauche ich jemanden der einfach mitgeht, der die Zeit hat“* (Interview 2).

Die **Versorgung im Rahmen von ZiB** startete bei allen interviewten Personen nachdem eine ZiB-Kraft einen zeitintensiven Versorgungsbedarf im Zusammenhang mit einer palliativen Situation erkannt hatte. Die Aufnahme in das Projekt erfolgte über kurze, unkomplizierte Absprachen: *„Die [ZiB-Kraft] ist aufgetaucht und hat gesagt ich gehöre dazu. Und da waren zufällig auch mein Sohn und meine Tochter da und*

da haben wir uns kurz abgesprochen und haben gesagt ja, das können wir machen - fertig aus“ (Interview 2).

Da die ZiB-Kräfte auch „normale“ Schichten arbeiten, ist es für die Bewohnerinnen und Bewohner nicht immer klar unterscheidbar, ob es sich gerade um ZiB-Zeit oder „normale“ Zeit handelt. Es konnten jedoch bestimmte Aktivitäten eindeutig zu den ZiB-Kräften bzw. der ZiB-Zeit zugeordnet werden, welche normalerweise (aus unterschiedlichen Gründen) nicht stattfinden können: *„Ich bade. Die spritzt da irgendwelche Öle oder so mit ins Badewasser und dann liege ich eigentlich mehr oder weniger nur in der Brühe [...] das ist eigentlich nicht das normale Baden, das ist wirklich nur, dass ich in dem Wasser dann ruhe. Sonst ist ja baden mit Seife usw. das ist mit diesem Baden dann nicht, da ist mehr dieses Wasser wichtig, weil das dann ätherische Öle [enthält]“ (Interview 6).*

Eine intensive Körperpflege ist in dem normalen Alltag in der Einrichtung insbesondere aufgrund des Zeitmangels oft nicht möglich: *„Früh in die Badewanne kann ich ja nicht oder mal duschen geht auch nicht. [...] die linke Seite ist total gelähmt. Da geht gar nichts, da besteht die Gefahr des Ausrutschens. Es gibt keine, von den Schwestern, die sich ins Bad traut“ (Interview 3).* Eine intensive Körperpflege, wozu auch das Baden oder Duschen gehört, kann jedoch von ZiB-Kräften aufgrund der zusätzlichen Zeit ermöglicht werden. *„Die [ZiB-Kraft] legt mich ganz in die Wanne. Die macht alles, ich mache gar nichts [...] Die [ZiB-Kraft] bewegt mich im Wasser. Einmal hin, einmal her [...] ist schön, ist auch immer schön warm“ (Interview 3).*

Im Umgang mit persönlichen Wünschen nimmt sich die ZiB-Kraft Zeit, um individuell und bedürfnisorientiert die Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende zu versorgen: *„Die [ZiB-Kraft] nimmt sich alle Zeit der Welt für ihren Beruf, wenn es sein muss würde ich gefüttert beim Frühstück oder Mittagessen, aber nur wenn es sein muss. Was ich nicht will, passiert nicht“ (Interview 4).* Eine interviewte Person sah einen großen Vorteil der Versorgung durch die ZiB-Kraft im Zusammenhang mit ihrer erlebten Atemnot. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Zufriedenheit mehrere Ursachen haben kann. Neben der zusätzlichen Zeit könnte es auch allgemein an der Person oder Qualifikation (unabhängig von der ZiB-Zeit) liegen. *„Das hat mir gutgetan [...] da ist dann wichtig, dass ich ruhig bleibe, nicht irgendwie [...] da sorgt sie [ZiB-Kraft], dass ich dann ruhig atme, durch das Atmen kann man da doch vieles machen, dann auch diese Unruhe, tief ein- und ausatmen, dann wird das auch ruhiger“ (Interview 6).*

Ein Vorteil von ZiB scheint, dass die ZiB-Kräfte aus dem Personalstamm kommen, da sie dadurch die Menschen, welche sich in der Sterbephase befinden, schon kennen und eventuell schon eine Beziehung aufgebaut haben: *„Mit der [ZiB-Kraft] ja, kommt auch mal eine andere Schwester, das geht dann nicht so gut, es geht schon, aber nicht ganz. Wie gesagt die [ZiB-Kraft] kennt mich hier halt seit dem ersten Tag [...] das ist einfach ein Unterschied.“ (Interview 3).*

Die durch ZiB versorgten Bewohnerinnen und Bewohner äußerten in den Interviews durchweg eine Zufriedenheit mit dem Projekt bzw. der zusätzlichen Zeit. Eine Person konnte die Teilnahme am ZiB-Projekt klarer differenzieren und fühlt

sich dadurch gut unterstützt: *„Doch, also ich bin der Meinung ja, dass es was nutzt“* (Interview 6).

Die Interviews deuten darauf hin, dass ZiB bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ankommt und die richtige Zielgruppe trifft, d. h. diejenigen, welche „einfach mehr Zeit“ für die Versorgung in der letzten Lebensphase brauchen. Durch die Vertrautheit der ZiB-Kraft, welche sonst auch normale Schichten arbeitet, können so Wünsche und zeitintensive pflegerische Tätigkeiten ermöglicht werden, welche sonst unter Zeitdruck oder oft wechselnden Personal eher untergehen würden. Telefonate ermöglichen, vorlesen und zuhören sind so vermehrt und (zeit)intensiver möglich. Zusammenfassend scheinen die Personen, welche von Pflegekräften mit Weiterbildung in Palliative Care und mit zusätzlichem Zeitkontingent betreut wurden, mit der pflegerischen Versorgung in ihrer letzten Lebensphase sehr zufrieden zu sein.

6.3.7 Ergebnisse Angehörigenbefragung

Um die Sichtweise der Angehörigen zur ZiB-Versorgung zu erfassen, wurde der entwickelte Papierfragebogen über die ZiB-Kräfte direkt an die Angehörigen ausgegeben. Angestrebt wurde ca. 15 Fragebögen pro Einrichtung als Rücklauf zu erhalten. Zum Start der Befragung wurde bereits von einigen Einrichtungen zurückgemeldet, dass sie die Ansprache der Angehörigen in dieser für sie besonders belastenden Situation, für schwierig halten.

Rücklauf

Von den 22 angeschriebenen Pflegeeinrichtungen lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung (Februar 2023) ausgefüllte Fragebögen aus 19 Einrichtungen vor. Insgesamt sind 79 Fragebögen eingegangen, sodass das Ziel von ca. 15 Fragebögen pro Einrichtung nicht erreicht werden konnte. Problematisch war nach Angaben der ZiB-Kräfte und Koordinatorinnen und Koordinatoren insbesondere „den richtigen Zeitpunkt“ zu treffen, um den Angehörigen den Fragebogen auszuhändigen. Die für die Angehörigen schwierige emotionale und psychisch belastende Situation am Lebensende stellte sich im Rahmen der Angehörigenbefragung als herausfordernde Situation für die ZiB-Kräfte dar.

Nach der Plausibilitätsprüfung wurden insgesamt fünf Fragebögen ausgeschlossen. Vier Fragebögen wurden ausgeschlossen, da die Teilnehmenden die erste Frage: „Haben Sie Ihre/n Angehörige/n in den letzten sieben Tagen eng begleitet und können Aussagen zur pflegerischen Versorgung treffen?“ mit „nein“ beantwortet haben. Ein weiterer Fragebogen wurde nicht in die Auswertung einbezogen, da der Eindruck entstanden ist, dass die Fragen nicht verstanden und mehrfach widersprüchliche Aussagen getätigt wurden. In die Auswertung konnten somit 74 Fragebögen eingeschlossen werden.

Allgemeine Angaben

Am häufigsten wurde die Befragung von den Kindern der pflegebedürftigen Personen mit ZiB-Versorgung (53 %, n = 39) ausgefüllt. Bei 12 % (n = 12) der Befragten

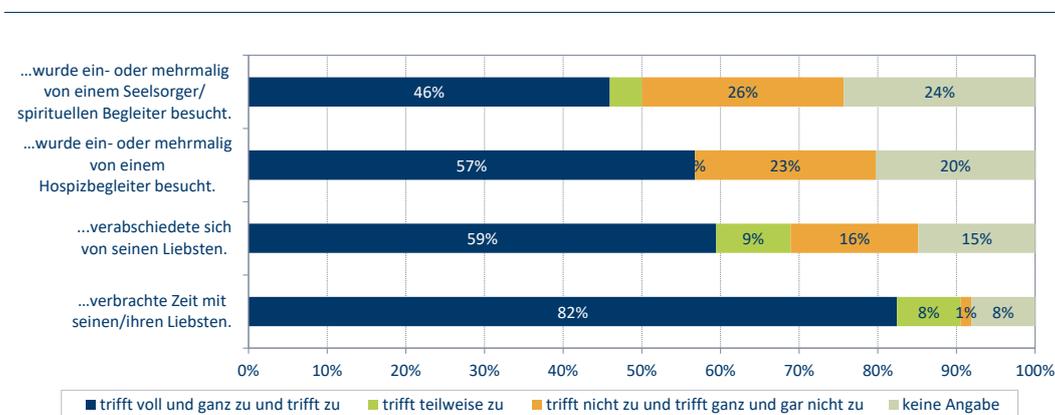
handelte es sich um Mütter und bei je 5 % (n = 4) um Schwiegertöchter und -söhne bzw. Enkelinnen und Enkel. Der Rest verteilt sich mit sehr geringen Prozentsätzen auf die Väter, Onkel, Geschwister, Freundinnen und Freunde, Nachbarn und Betreuerinnen bzw. Betreuer.

Die große Mehrheit der Befragten (87 % n = 64) gaben an, auch im Zusammenhang mit der aktuellen Pandemie-Situation und den vorherrschenden Besuchsbeschränkungen ihren, durch ZiB-Kräfte versorgten Angehörigen so oft besuchen zu können wie sie oder er wollte.

Lebensqualität im Kontext des Sterbeprozesses

Nach Ansicht der Angehörigen war es in Bezug auf die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe im Sterbeprozess der Mehrheit der palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern möglich, sowohl Zeit mit den Liebsten zu verbringen (82 %, n = 61) als auch sich zu verabschieden (60 %, n = 44) (siehe Abbildung 31). Eine Unterstützung und Begleitung für Betroffene in der letzten Lebensphase und deren Angehörige wurde neben Seelsorgerinnen/Seelsorgern auch durch Hospizbegleiterinnen/-begleiter geleistet: 57 % (n = 42) der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner wurden ein- oder mehrmalig von Hospizbegleiterinnen/-begleitern und 46 % (n = 34) der Bewohnerinnen und Bewohner von Seelsorgerinnen/Seelsorgern bzw. spirituellen Begleiterinnen/Begleitern besucht (siehe Abbildung 31).

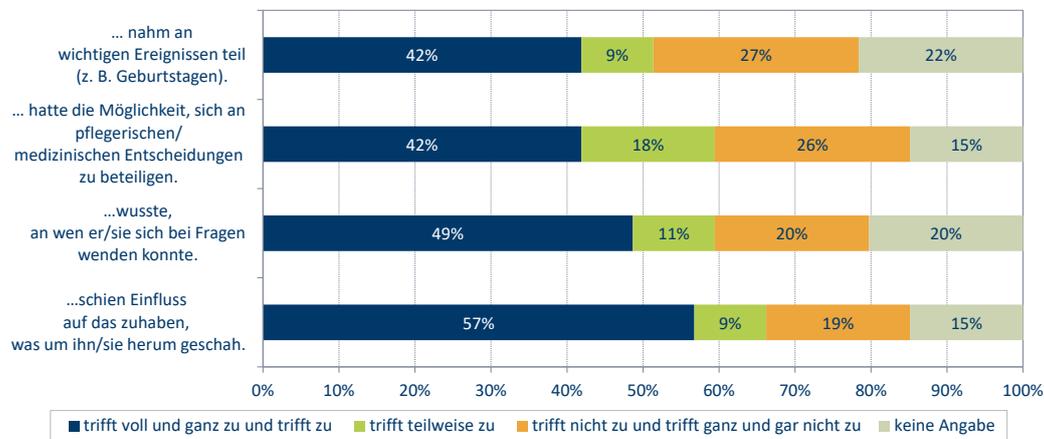
Abbildung 31: Angehörigenbefragung - Lebensqualität im Kontext des Sterbeprozesses (n = 74)



Quelle: IGES

Im Hinblick auf die Möglichkeiten der betroffenen Person, den Alltag selbst zu gestalten, hatten 57 % (n = 42) der Angehörigen den Eindruck, dass dies möglich sei. Auch die Frage, inwieweit sich Betroffene an pflegerischen oder medizinischen Entscheidungen beteiligen können, wurde von 60 % (n = 44) der Befragten als (weitgehend) möglich eingeschätzt. In ähnlichem Maße stimmten die Angehörigen auch der Aussage zu, dass die betroffene Person wüsste, wohin sie sich bei Fragen wenden könnte (siehe Abbildung 32).

Abbildung 32: Angehörigenbefragung - Einfluss auf Gestaltung des Alltags (n = 74)

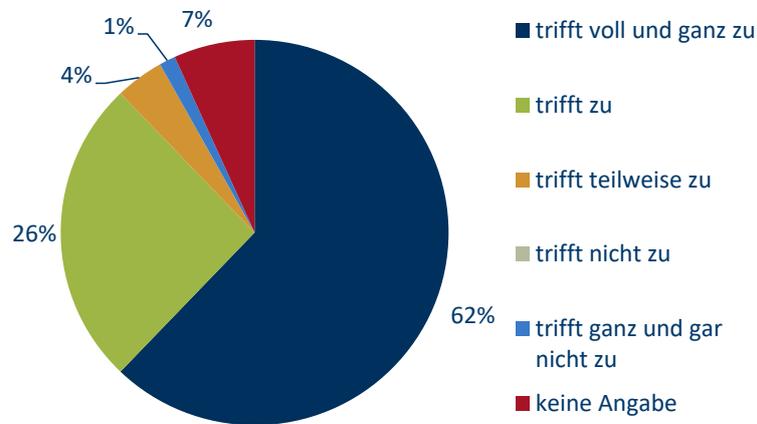


Quelle: IGES

Die Einschätzung verschiedener Aspekte der psychischen Gesundheit im Rahmen des Sterbeprozesses wurde von den Angehörigen unterschiedlich bewertet. Als recht positiv wurde von den Angehörigen die Aussage „... schien Frieden mit dem Tod geschlossen zu haben“ eingeschätzt. 30 % (n = 22) der Angehörigen hielten die Aussage für sehr zutreffend, 28 % (n = 21) für zutreffend und 14 % (n = 10) für teilweise zutreffend. Auch die Aussagen „... schien seine/ihre Würde und Selbstachtung zu bewahren“ (70 %, n = 52) und „...schien spirituellen Frieden gefunden zu haben“ (58 %, n = 43) wurden von den Angehörigen als sehr bis teilweise zutreffend angegeben. 53 % (n = 39) der befragten Angehörigen empfanden die Aussage „... schien Sinn und Bedeutung für sein/ihr Leben gefunden zu haben“ als sehr bis teilweise zutreffend. 35 % (n = 26) der Befragten schätzen die Aussage, dass ihr Angehöriger Angst vor dem Sterben hat, als sehr bis teilweise zutreffend ein, wohingegen 46 % (n = 34) dies als nicht bis ganz und gar nicht zutreffend einschätzten. 35 % (n = 26) der Angehörigen waren der Meinung, dass sich ihr sterbender Angehöriger Sorgen um ihre/seine Liebsten machte, wohingegen 38 % (n = 28) der Meinung waren, dass dies nicht bis ganz und gar nicht zutrifft. Knapp über die Hälfte der Befragten machte in Bezug auf die Aussage „... klärte für sich ungute Gefühle, die anderen gegenüber bestanden“ keine Angabe, was entweder zeigt, dass die Frage nicht verstanden wurde oder aber die Angehörigen die Aussage schlecht einschätzen konnten.

Die verschiedenen abgefragten physischen bzw. körperlichen Aspekte im Rahmen des Sterbeprozesses wurden insgesamt von den befragten Angehörigen eher positiv eingeschätzt. Besonders deutlich wird dies mit Blick auf die Aussage „... war in einem guten Pflegezustand“. 62 % (n = 46) schätzten die Aussage als sehr zutreffend, 26 % (n = 19) als zutreffend und 4 % (n = 3) als teilweise zutreffend ein (siehe Abbildung 33).

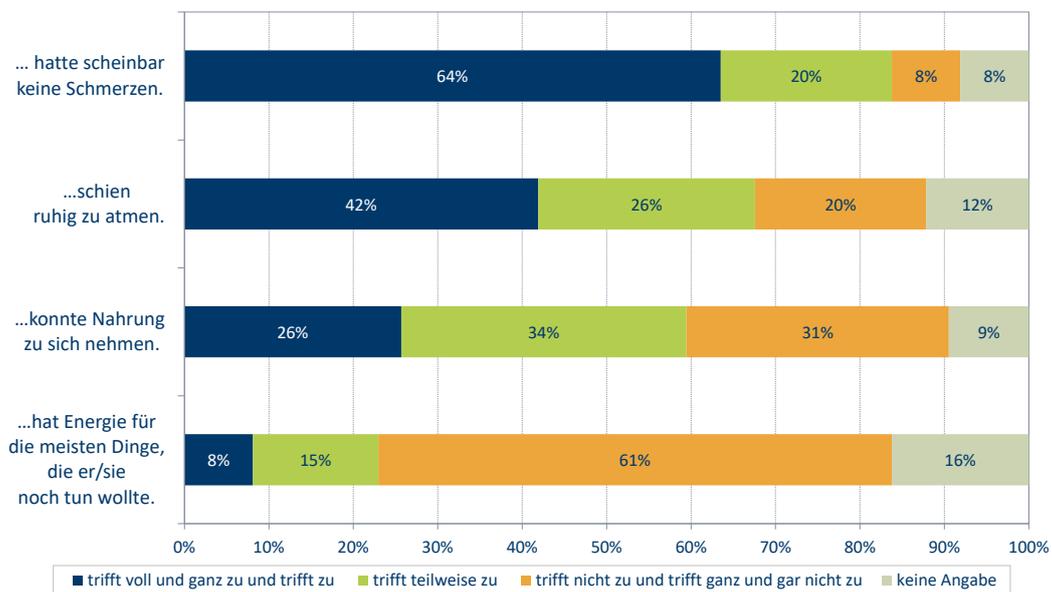
Abbildung 33: Angehörigenbefragung – Pflegezustand (n = 74)



Quelle: IGES

63 % (n = 47) der Befragten hatten das Gefühl, dass ihr/sein im Sterben liegender Angehöriger scheinbar keine Schmerzen hatte. Sechs Befragte hatten hingegen das Gefühl, dass ihr betroffener Angehöriger unter Schmerzen litt. Bezugnehmend auf die palliative Symptomatik, wie Appetitlosigkeit und Atemnot, schien nach Einschätzung der Angehörigen die Mehrheit der Betroffenen ruhig zu atmen und Nahrung zu sich nehmen zu können (siehe Abbildung 34). Im Hinblick auf die Energie der Betroffenen, Dinge zu tun, die er/sie noch wollte, waren 61 % (n = 45) der Befragten der Meinung, dass ihren palliativen Angehörigen diese Energie dazu fehlte (siehe Abbildung 34).

Abbildung 34: Angehörigenbefragung - Physische Gesundheit (n = 74)



Quelle: IGES

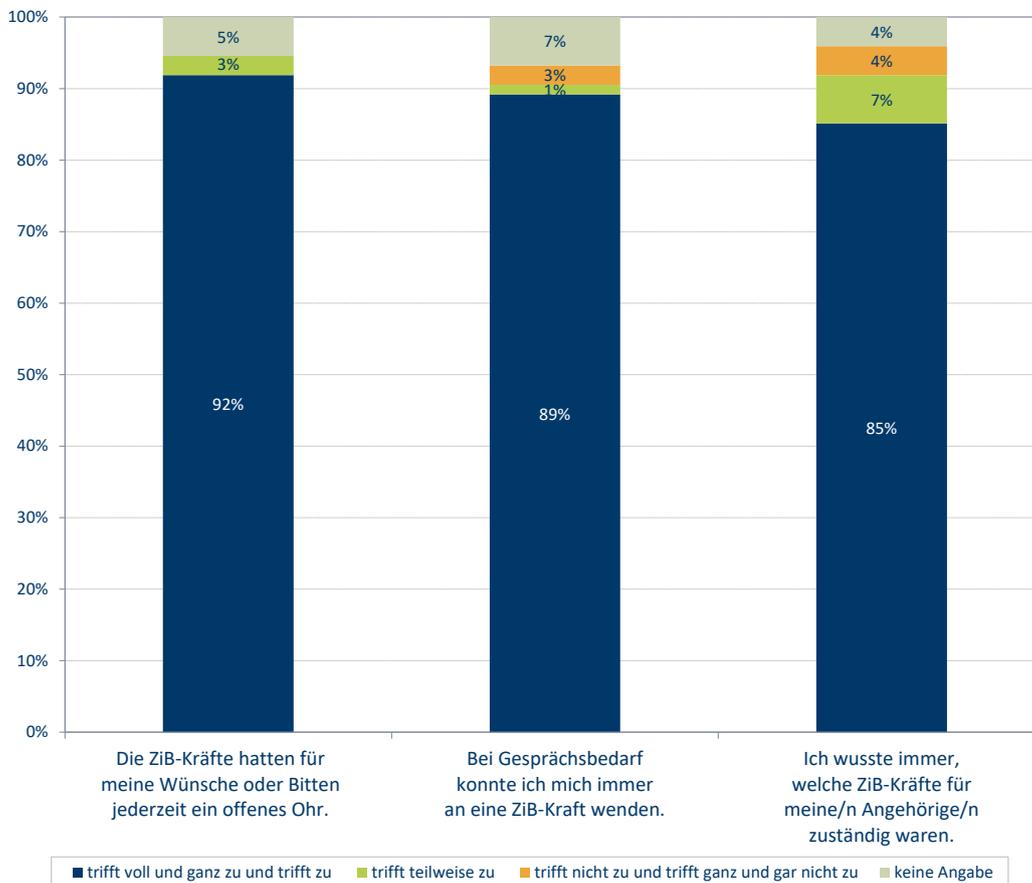
Projekt ZiB

Um aufmerksam auf das Projekt zu machen und einen **Zugang zum Projekt** zu schaffen, wurden verschiedene Herangehensweisen wie Infoveranstaltungen, Flyer etc. genutzt. Die große Mehrheit der Angehörigen (80 %, n = 59) wurde direkt von der zuständigen Pflegekraft bzw. der ZiB-Kraft auf das Projekt aufmerksam gemacht. 18 % (n = 13) der befragten Angehörigen wurde über Informationen des Pflegeheims oder des Hospizvereins auf ZiB aufmerksam, wobei ein Flyer (n = 10), gefolgt von Informationsveranstaltungen (n = 2) und der Website (n = 1) als Kommunikationskanal genannt wurden. Über Mail und Newsletter ist keiner der befragten Angehöriger auf das Projekt aufmerksam geworden.

Die Wahrnehmung der befragten Angehörigen im Zusammenhang mit der **Versorgung durch die ZiB-Kräfte** war über alle gestellten Fragen von der Thematik Information und Beratung bis hin zur Partizipation durchweg positiv.

Von einer großen Mehrheit der Befragten wurde die **ZiB-Kraft als verlässliche Ansprechperson** wahrgenommen. 85 % (n = 63) der befragten Angehörigen wussten immer, welche ZiB-Kraft für sie oder ihn zuständig war, konnten sich bei einem Gesprächsbedarf jederzeit an eine ZiB-Kraft wenden (89 % n = 66) und fanden für Wünsche und Bitten jederzeit ein offenes Ohr (92 % n = 68) (siehe Abbildung 35). Auch in Bezug auf die palliative Person selbst hatten 84 % (n = 62) der Befragten den Eindruck, dass die ZiB-Kraft für diese eine verlässliche Ansprechperson darstellt.

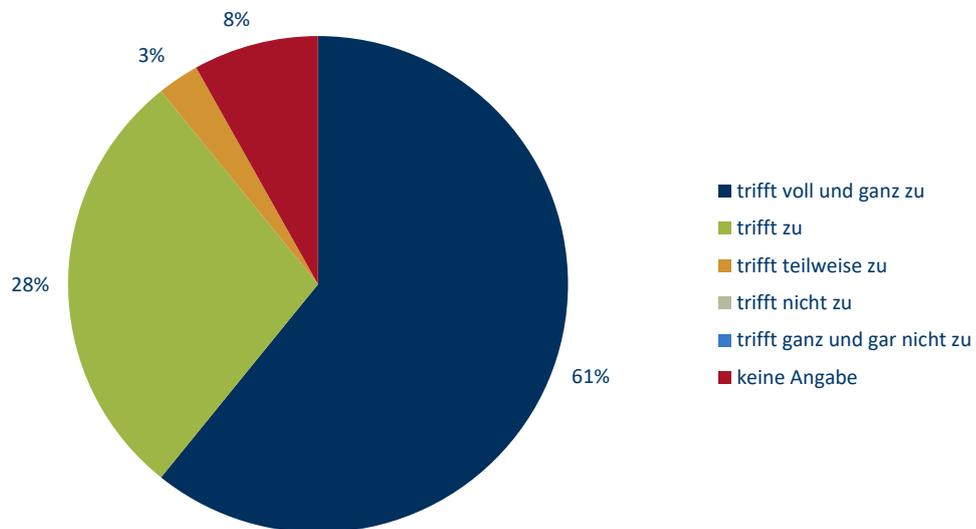
Abbildung 35: Angehörigenbefragung – ZiB-Kraft als verlässliche Ansprechperson (n = 74)



Quelle: IGES

89 % (n = 66) der Befragten hatten das Gefühl, dass die ZiB-Kräfte den Wünschen der sterbenden Person nachgekommen sind. Von keinem der Befragten wurde die Antwortoption „trifft nicht bzw. trifft ganz und gar nicht zu“ angegeben (siehe Abbildung 36).

Abbildung 36: Angehörigenbefragung – Nachkommen von Wünschen n = 74

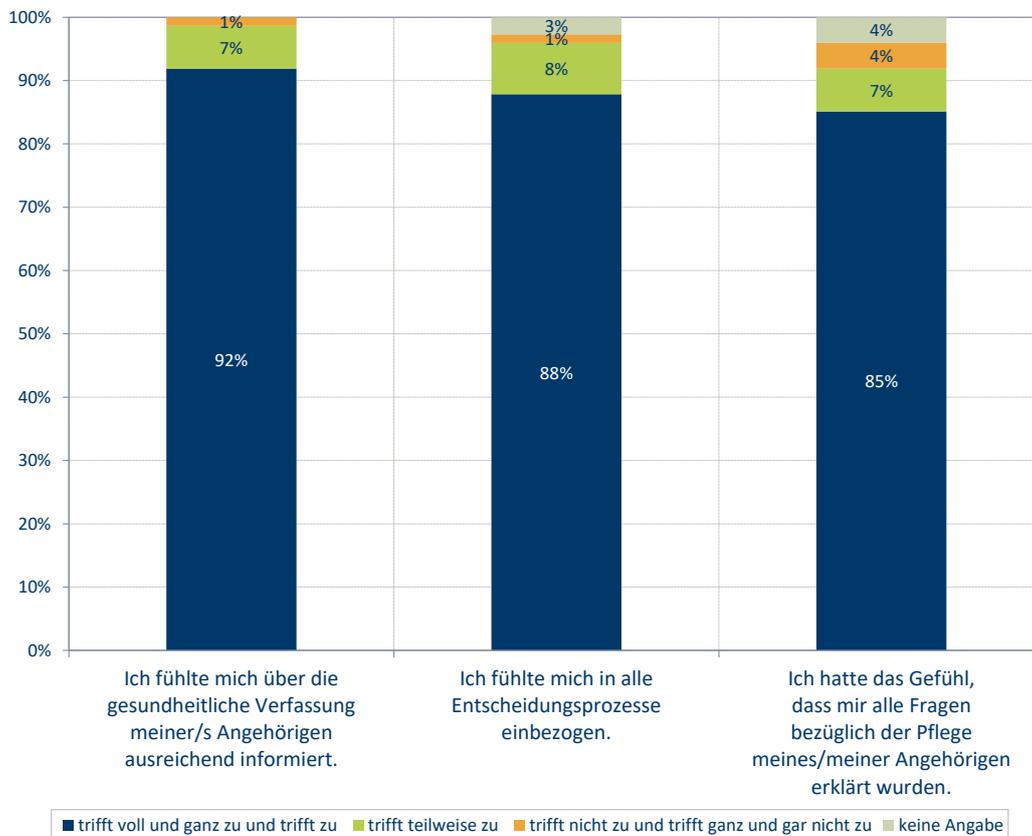


Quelle: IGES

Ein Großteil der Angehörigen hatte den Eindruck, dass sich die ZiB-Kräfte viel Zeit für pflegerische Maßnahmen nehmen (88 %, n = 65 zutreffend und voll und ganz zutreffend). Keiner der befragten Personen wählte die Antwortoption trifft nicht zu oder trifft ganz und gar nicht zu.

Mit Blick auf die Thematik **Information und Partizipation** fühlten sich 88 % (n = 65) der Angehörigen in Entscheidungsprozesse eingebunden und ausreichend über die gesundheitliche Verfassung des betroffenen Angehörigen informiert (92 %, n = 68). Eine ähnliche Verteilung der Antworten findet sich auch im Bereich Information und Beratung wieder. Die Mehrheit der Befragten bestätigte, dass alle Fragen bezüglich der Pflege des betroffenen Angehörigen geklärt wurden (85 %, n = 63) (siehe Abbildung 37).

Abbildung 37: Angehörigenbefragung – Information und Partizipation (n = 74)



Quelle: IGES

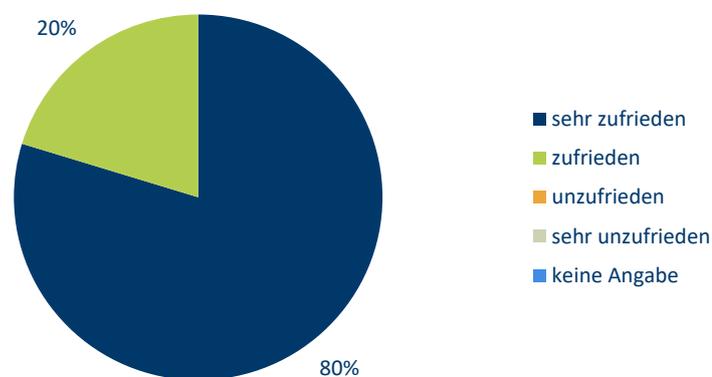
Das Lebensende stellt oft für die Betroffenen selbst und die Angehörigen eine herausfordernde Situation dar. Auf die Frage „Hat die Versorgung durch die ZiB-Kräfte Ihnen geholfen, mit Ihrer derzeitigen Situation umzugehen?“ antwortete die große Mehrheit der Befragten (87 %, n = 64) mit „ja“. Die Zahl der Personen, die ZiB nicht als Hilfe empfunden haben, war sehr gering (3 %, n = 2). Als Grund für diese Angabe wurde das Bedauern ausgedrückt, dass die ZiB-Kräfte nicht in allen Akutsituationen Ansprechpartner sein konnten, da sie nicht ständig vor Ort waren.

Die Bekanntheit der **Patientenverfügung bei schwerer Krankheit (PSK)** lag unter den befragten Angehörigen bei circa 75 %. Lediglich 10 % (n = 7) der befragten Angehörigen kannte die PSK nicht (restliche keine Angabe). Weniger klar war die Aussage zu der Frage, welche Personengruppe an der Erstellung der PSK mitgewirkt hatte. 51 % (n = 38) der befragten Angehörigen machten dazu keine Angabe. 20 % (n = 15) der Befragten waren bei der Erstellung der PSK beteiligt, wohingegen 23 % (n = 17) berichteten, dass die PSK ohne ihre Anwesenheit erstellt wurde. Unabhängig von der beteiligten Personengruppe berichteten 62 % (n = 46) der Befragten davon, dass ihrer Meinung nach der in der PSK festgehaltene Wille ihrer/s Angehörigen berücksichtigt wurde. 18 % (n = 13) der Befragten gaben an, dass es keine

Situation gab, in welcher die PSK zum Tragen gekommen wäre. Ebenso viele Angehörige machten zu der Frage keine Angabe. Zwei Personen gaben an, dass der Wille ihres Angehörigen nicht berücksichtigt worden sei. Als Grund wurde u. a. genannt, dass die betroffene Person die Erstellung einer PSK abgelehnt hat.

Anhand der Antworten zur **Zufriedenheit mit der ZiB-Betreuung** zeigt sich insgesamt, dass alle befragten Angehörigen den Einsatz der ZiB-Kräfte sehr positiv bewerten (siehe Abbildung 38).

Abbildung 38: Angehörigenbefragung - Zufriedenheit mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte (n = 74)



Quelle: IGES

Klare Vorteile des Einsatzes der ZiB-Kräfte für den Angehörigen selbst wie auch für die betroffene Person sahen 91 % (n = 67) der Angehörigen.

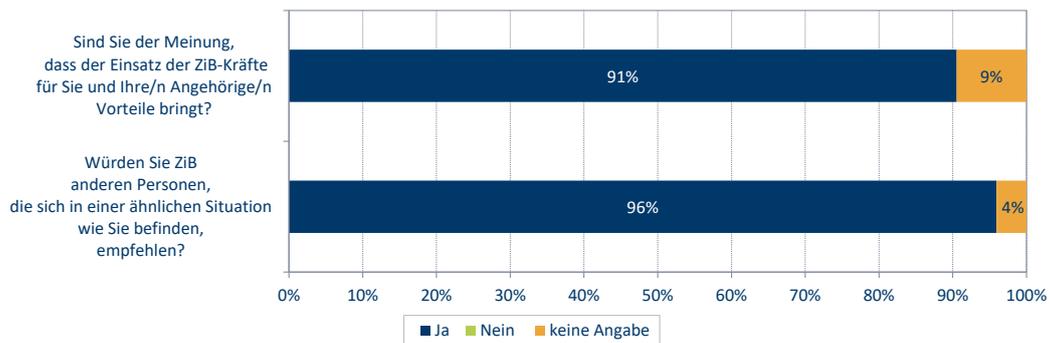
Die Mehrheit der Befragten machten dazu konkrete Angaben. Ein großer Vorteil wurde darin gesehen, zum einen nicht allein gelassen zu werden und in der schwierigen Situation am Lebensende eine Ansprechperson zu haben: *„Man selbst mit der Situation überfordert ist. Sie [ZiB-Kräfte] können aufklären und helfen Entscheidungen zu treffen. Sie sind immer und für alle Belange vor Ort. Der pflegerische Umgang ist bestens.“* und *„Es ungeheuer wichtig ist in solchen Ausnahmesituationen jemanden an seiner Seite zu haben“*.

Die ZiB-Kräfte als kompetente Ansprechpersonen stellt für Angehörige ebenfalls einen großen Vorteil dar: *„ZiB Kraft war extrem engagiert, hat immer alles telefonisch besprochen, auch per Videoanruf engen Kontakt gepflegt“*.

Auch wurde der Umstand, dass durch den Einsatz der ZiB-Kräfte die Versorgung individuell und auf die einzelne Person angepasst erfolgen konnte, sehr positiv hervorgehoben: *„meine Mutter fühlte sich jederzeit gut, geborgen; und gaben uns Angehörigen viel Kraft“* und *„.... sie genau hinschauen und zuhören, was der Sterbende braucht, sie unterstützen, sind sehr fürsorglich, sehr hilfsbereit für die letzten Stunden“*.

Eine beachtliche Mehrheit von 96 % (n = 71) der Befragten gab zudem an, ZiB auch anderen Personen in einer ähnlichen Lage weiterzuempfehlen (siehe Abbildung 39).

Abbildung 39: Angehörigenbefragung - Vorteile und Weiterempfehlung von ZiB (n = 74)



Quelle: IGES

Zusammenfassend zeigt sich bei der Betrachtung der vorliegenden Daten der Angehörigenbefragung, dass die Teilnehmenden den Einsatz der ZiB-Kräfte als sehr positiven Teil der pflegerischen Versorgung am Lebensende wahrnehmen und wertschätzen.

6.4 Ergebnisse der Abschlussbefragungen

In dem nachfolgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse der abschließenden Online-Befragung der ZiB-Kräfte vorgestellt, gefolgt von der Befragung der Leitungskräfte und Kolleginnen und Kollegen der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen. Der Zugang zur Befragung erfolgte über die Hospizkoordinatorinnen und -koordinatoren.

Rücklauf

An der Befragung der ZiB-Kräfte haben insgesamt 41 Teilnehmende alle Fragen beantwortet, weitere 18 weitere haben mindestens eine Frage beantwortet. Es hat aus allen teilnehmenden Einrichtungen mindestens eine ZiB-Kraft an der Befragung teilgenommen.

Insgesamt 34 Kolleginnen und Kollegen der ZiB-Kräfte aus 11 verschiedenen Einrichtungen haben den Fragebogen komplett ausgefüllt. Eine Person hat angegeben, in der Projektlaufzeit nicht mit den ZiB-Kräften zusammen gearbeitet zu haben, daher wurde der Datensatz in Bezug auf die Auswertung ausgeschlossen. 12 weitere Personen haben mindestens eine Frage beantwortet. Der Zugang zur Befragung erfolgte über die Leitungskräfte.

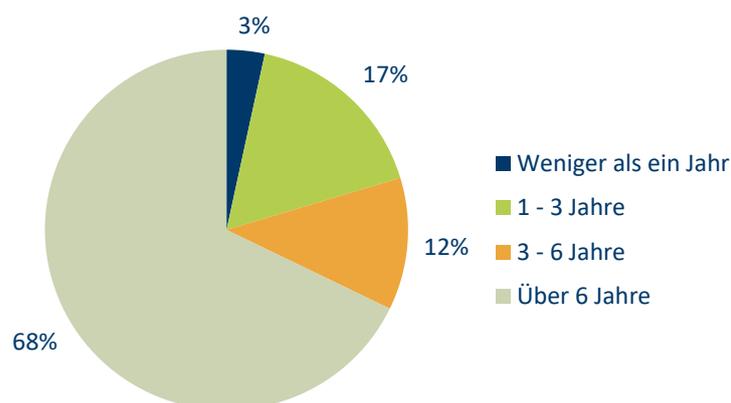
Die Beteiligung von Führungskräften lag bei 28 aus 18 verschiedenen Einrichtungen, die die Online-Befragung vollständig beantwortet haben, zwei weitere Führungskräfte haben mindestens eine Frage beantwortet. Ein Fragebogen wurde von einer Person aus einer anderen Zielgruppe ausgefüllt und musste ausgeschlossen werden.

6.4.1 Ergebnisse der Befragung der ZiB-Kräfte

Beruflicher Hintergrund

Von den befragten ZiB-Kräften ist ein großer Teil (68 %) seit über sechs Jahren in der jeweiligen Einrichtung, nur ein kleiner Teil (3 %) ist weniger als ein Jahr im jeweiligen Pflegeheim beschäftigt (Abbildung 40). Durchschnittlich beträgt der Beschäftigungsumfang der ZiB-Kräfte (ohne die Stunden im Rahmen von ZiB) 29 Stunden pro Woche. 16 ZiB-Kräfte gaben an, dass sie in Vollzeit (38,5 bis 40 Stunden pro Woche, ohne Stunden im Rahmen von ZiB) beschäftigt sind. Im Durchschnitt haben die ZiB-Kräfte ihre wöchentliche Arbeitszeit über ZiB um 9 Stunden aufgestockt (Minimum um eine Stunde pro Woche, maximal 25 Stunden pro Woche). 52 % der ZiB-Kräfte waren zum Zeitpunkt der Befragung bereits Palliative Care Fachkraft, 26 % haben die Weiterbildung begonnen und 6 % planen die Weiterbildung zu machen. 17 % geben an, dass sie die Weiterbildung nicht beginnen werden. Gründe dafür waren, dass der Kurs Palliative Pflege bereits absolviert wurde oder auch die Tätigkeit als Einrichtungsleitung, sechs Personen haben dazu keinen Grund genannt.

Abbildung 40: Wie lange arbeiten Sie in der Einrichtung? (ZiB-Kräfte, n = 59)



Quelle: IGES

Beweggründe für ZiB

Tabelle 33 zeigt die Beweggründe der Pflegekräfte eine ZiB-Kraft zu werden. 96 % haben der Aussage voll und ganz zugestimmt, dass Sie ZiB-Kraft geworden sind, um eine bessere Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer

Einrichtung zu ermöglichen, 92 % sehen durch ZiB perspektivisch mehr Zeit für eine fachlich gute Pflege und zugewandte Unterstützung der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen.

Tabelle 33: Beweggründe für ZiB-Kräfte (n = 51)

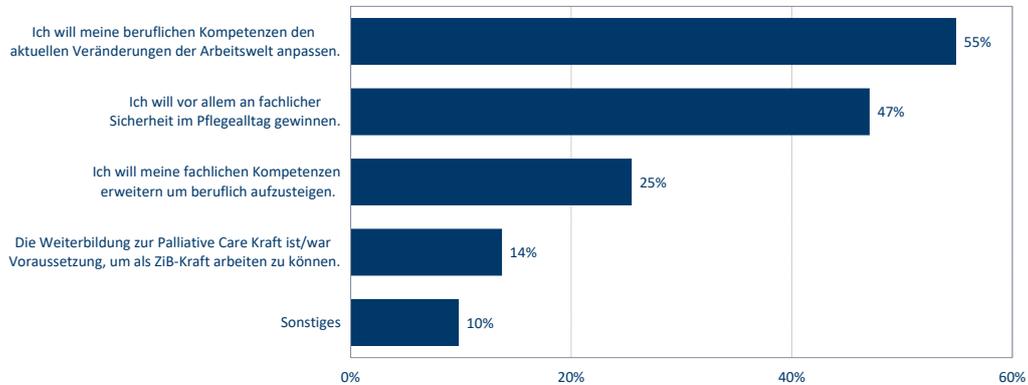
Ich habe mich dazu entschieden ZiB-Kraft zu werden um...	trifft voll und ganz bis eher zu		trifft eher bis gar nicht zu		Keine Angabe
... perspektivisch mehr Zeit für eine fachlich gute Pflege und zugewandte Unterstützung der palliativen Bewohner und Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen zu haben.	92 %	8 %	0 %	0 %	0 %
... meinem eigenen fachlichen Anspruch bei der Versorgung besser gerecht werden zu können.	75 %	22 %	0 %	0 %	4 %
... mich vor allem fachlich weiterzuentwickeln.	53 %	31 %	8 %	4 %	4 %
... die vorher als Überstunden geleistete Arbeit bezahlt zu bekommen.	20 %	14 %	20 %	39 %	8 %
... mehr Gestaltungsspielräume bei der Organisation und Durchführung der palliativen Versorgung zu haben.	59 %	29 %	8 %	2 %	2 %
... eine bessere Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen in meiner Einrichtung zu ermöglichen.	96 %	4 %	0 %	0 %	0 %
... meinen Stellenumfang zu erhöhen.	16 %	14 %	27 %	37 %	6 %

Quelle: IGES

Von den 15 Personen, welche u. a. ZiB-Kraft geworden sind, um ihren Stellenumfang zu erhöhen (30 % der befragten ZiB-Kräfte), hätten nur zwei Personen ihren Stellenumfang auch ohne ZiB erhöht. Zehn Personen hätten ohne ZiB ihren Stellenumfang nicht erhöht, drei Personen haben sich dazu nicht geäußert. 78 % der befragten ZiB-Kräfte könnten sich vorstellen, dass die Möglichkeit, eine ZiB-Kraft in der Einrichtung zu werden, ein Anreiz für Pflegekräfte wäre, z. B. nach längerer Pause wieder in den Beruf einzusteigen.

Abbildung 41 zeigt verschiedene Ziele, welche die ZiB-Kräfte mit der Weiterbildung Palliative Care erreichen woll(t)en. Beruflicher und fachlicher Kompetenzgewinn ist dabei ein wichtiger Faktor, wobei weniger ein beruflicher Aufstieg oder die Möglichkeit als ZiB-Kraft zu arbeiten als Ziel angegeben wurde. Weiterhin gaben die ZiB-Kräfte an, dass die Weiterbildung gewählt wurde, um wieder mehr mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu arbeiten (aus der Sicht einer Einrichtungsleitung) und eine bessere Versorgung (z. B. um sicherer im Umgang mit palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern zu werden und eine fachlich gute Begleitung am Lebensende anbieten zu können) zu gewährleisten.

Abbildung 41: Was genau woll(t)en Sie mit der Weiterbildung Palliativ Care erreichen? (ZiB-Kräfte, n = 51)



Quelle: IGES

Anmerkung: Keine Angabe (16 %) nicht in Abbildung aufgeführt

Begleitung durch Hospizvereine

Die Begleitung und Koordinierung des ZiB-Projekts durch die Hospizvereine wird von ZiB-Kräften sehr geschätzt, für 89 % (trifft voll und ganz bis eher zu) der Befragten hat die fachliche Begleitung der Hospizvereine die Entscheidung erleichtert, ZiB-Kraft zu werden. Auch werden die Hospizvereine als wertvolle Unterstützung für fachliche Rückfragen (83 % trifft voll und ganz zu) wahrgenommen und der fachliche Austausch gibt den ZiB-Kräften Sicherheit im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung (70 % trifft voll und ganz zu). 94 % der befragten ZiB-Kräfte (trifft voll und ganz bis eher zu) halten die Begleitung durch die Hospizvereine für zukünftige ZiB-Kräfte für erforderlich.

Tabelle 34: Aussagen zur Koordination der Hospizvereine (n = 47)

Aussagen	trifft voll und ganz bis eher zu	trifft eher bis gar nicht zu	Keine Angabe		
Das Angebot der fachlichen Begleitung hat mir die Entscheidung, ZiB-Kraft zu werden, erleichtert.	55 %	34 %	4 %	4 %	2 %
Ich habe jederzeit eine/n Ansprechpartner/in bei fachlichen Rückfragen.	83 %	13 %	4 %	0 %	0 %
Der fachliche Austausch mit der/dem Koordinatorin/Koordinator des Hospizverein gibt mir Sicherheit im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung.	70 %	23 %	4 %	0 %	2 %
Halten Sie die enge Begleitung durch den Hospizverein auch für künftige ZiB-Kräfte für erforderlich?	64 %	30 %	4 %	0 %	2 %

Quelle: IGES

Die ZiB-Kräfte, welche die zukünftige Begleitung durch die Hospizvereine als erforderlich ansehen, begründen dies vor allem mit folgenden Aspekten:

- ◆ Die Begleitung gibt den ZiB-Kräften **Sicherheit** in ihrer Arbeit, z. B. da der Hospizverein bei allen palliativen Fragen beratend zur Seite stand.
- ◆ Die Möglichkeiten der **Supervision** und des **Austauschs** mit dem Hospizverein und anderen palliativen Versorgern (z. B. ZiB-Kräfte aus anderen Pflegeeinrichtungen) wird als sehr wichtig eingeschätzt, u. a. um einen regelmäßigen Erfahrungs- und Fachaustausch zu haben.
- ◆ Die **Rücksprache** mit dem Hospizverein, um Möglichkeiten der Versorgung einzuschätzen und ggf. den Hospizverein (bzw. weitere Akteure) in die direkte Versorgung mit einzubeziehen, stärkt den ZiB-Kräften den Rücken.
- ◆ Bei der **Trauerbegleitung der Angehörigen** wurden die Hospizvereine mit einbezogen und konnten die ZiB-Kräfte unterstützen.
- ◆ Allgemein berichten einige ZiB-Kräfte, dass durch die Einbindung des Hospizvereins eine **höhere (palliative) Versorgungsqualität** entsteht.

Zwei ZiB-Kräfte empfinden die Begleitung durch die Hospizvereine als eher nicht relevant für die Zukunft und eine weitere ZiB-Kraft findet den Zeitaufwand zu hoch. Eine weitere ZiB-Kraft merkte an, dass die Beschäftigten der Einrichtung eher eine andere Person (Lehrkraft für Palliative Care) bei Fragen zur palliativen Versorgung ansprechen würden.

Neue fachliche Rolle als ZiB-Kraft

Eine Grundqualifizierung Palliative Care/Letzte Hilfe für alle Pflege- und Betreuungskräfte sehen 49 % der ZiB-Kräfte (n = 47) als unbedingt wünschenswert, 40 % stimmen diesem Wunsch eher zu, 11 % eher nicht. 30 % der ZiB-Kräfte wünschen sich, dass alle Beschäftigten (einschl. Verwaltung und Hauswirtschaft) eine solche Grundqualifizierung absolvieren (43 % eher ja, 27 % eher nein bis nein). Die ZiB-Kräfte, die sich dagegen ausgesprochen haben, begründen dies damit, dass sich nicht jeder für palliative Themen interessiert bzw. sich mit diesen auseinandersetzen möchte oder es nicht jeden betreffe (z. B. die Verwaltung).

Tabelle 35 und Tabelle 36 zeigen, wie die neue fachliche Rolle von den ZiB-Kräften wahrgenommen wird. Die große Mehrheit der ZiB-Kräfte gibt an, dass sich sowohl Kolleginnen und Kollegen bei ihnen fachliche Unterstützung holen (90 % trifft voll und ganz bis eher zu), sie zudem aber auch über ihre Abteilung hinweg anderen Bereichen in ihrer Pflegeeinrichtung bei palliativen Fragen zur Verfügung stehen (94 % trifft voll und ganz bis eher zu).

Vier der ZiB-Kräfte, die angegeben haben, dass sich Kolleginnen und Kollegen eher keine fachliche Unterstützung bei ihnen holen, nannten „mangelnde Kommunikation“, „ein fehlendes Interesse der Kollegen“ und „sehen den Sinn nicht“ als Gründe.

Eine Verbesserung wurde von der Mehrheit der ZiB-Kräfte im Zusammenhang mit der Kommunikation mit Ärzten gesehen (73 % trifft voll und ganz bis eher zu).

Tabelle 35: Neue fachliche Rolle im Arbeitsalltag (Kolleginnen und Kollegen)

Aussagen	trifft voll und ganz bis eher zu		trifft eher bis gar nicht zu		Keine Angabe
Kolleginnen und Kollegen holen sich bei mir fachliche Unterstützung bei Fragen zur palliativen Versorgung. (n = 47)	43 %	47 %	6 %	2 %	2 %
Auch über meine Abteilung hinweg stehe ich anderen Bereichen meiner Einrichtung bei Fragen zur palliativen Versorgung zur Verfügung. (n = 46)	61 %	33 %	4 %	0 %	2 %
Die Kommunikation mit den Ärzten und Ärztinnen hat sich durch ZiB verbessert und ist mehr „auf Augenhöhe“. (n = 46)	30 %	43 %	15 %	9 %	2 %

Quelle: IGES

Durch ihren Einsatz im Rahmen von ZiB bestätigen alle ZiB-Kräfte eine positive Veränderung in der Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Mehrheit der ZiB-Kräfte hat das Gefühl, von den Bewohnerinnen und Bewohnern (86 % trifft voll und ganz bis eher zu) und Angehörigen (94 % trifft voll und ganz bis eher zu) als Hauptansprechperson in palliativen Fragen wahrgenommen zu werden.

Tabelle 36: Neue fachliche Rolle im Arbeitsalltag (Bewohnende und Angehörige)

Aussagen	trifft voll und ganz bis eher zu		trifft eher bis gar nicht zu		Keine Angabe
Dadurch, dass ich mehr Zeit habe, hat sich die Beziehung zu den (palliativen) Bewohnerinnen und Bewohnern positiv verändert. (n = 45)	71 %	29 %	0 %	0 %	0 %
Die von mir betreuten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner nehmen mich als Hauptansprechperson in Fragen der palliativen Versorgung wahr. (n = 45)	33 %	53 %	11 %	2 %	0 %
Die Angehörigen der von mir betreuten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner nehmen mich als Hauptansprechperson in Fragen der palliativen Versorgung wahr. (n = 45)	56 %	38 %	2 %	4 %	0 %

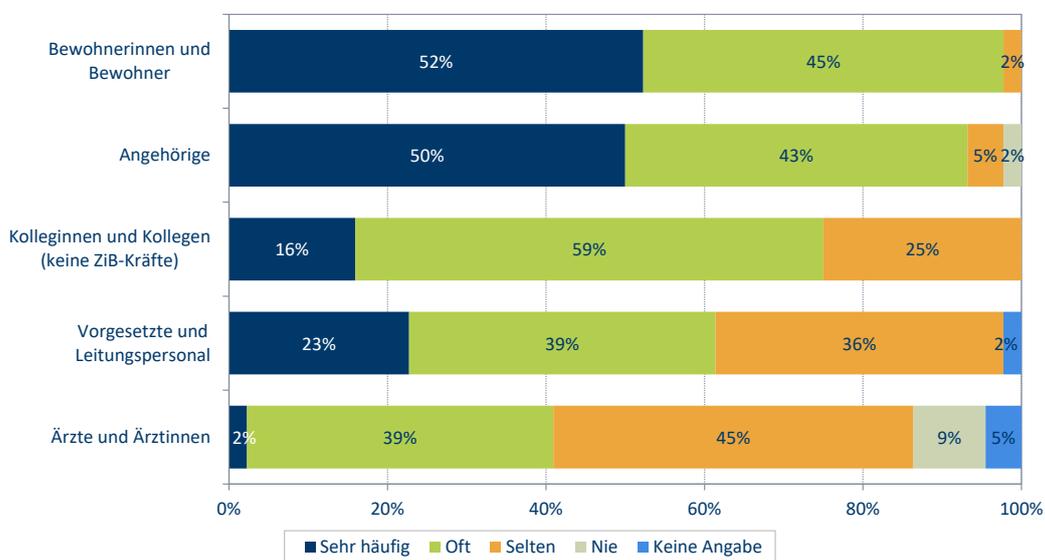
Quelle: IGES

Eine ZiB-Kraft gab an, sich nicht als Hauptansprechperson zu sehen, da sie in der Betreuung arbeitet: „Da ich ZiB in der Betreuung mache, kommen die Bewohner eher zur Palliativ Pflegefachkraft oder ich vermittele weiter.“ Ein weiterer Grund, nicht als Hauptansprechperson wahrgenommen zu werden, war, dass die palliativen Bewohnerinnen und Bewohner oftmals in einer zu schlechten Verfassung sind um Fragen zu stellen. Auch wurde genannt, dass „alle Fachkräfte [...] [wahrgenommen] [werden] [...], die kümmern sich natürlich um alles. Ich bin die, welche mehr Zeit hat.“

Anerkennung und Wertschätzung durch ZiB

Insbesondere von Bewohnerinnen und Bewohnern (97 %) und Angehörigen (93 %) erhalten die ZiB-Kräfte sehr häufig bis oft Anerkennung. 75 % der ZiB-Kräfte geben an, auch Wertschätzung und Anerkennung von Kolleginnen und Kollegen zu erhalten. In Bezug auf die Leitungskräfte sind 62 % der ZiB-Kräfte der Meinung, Anerkennung für die ZiB-Tätigkeit zu erhalten. Immerhin 41 % der Befragten geben an, sehr häufig bis oft Anerkennung durch Ärztinnen und Ärzte zu erfahren.

Abbildung 42: Anerkennung und Wertschätzung für ZiB-Tätigkeit (ZiB-Kräfte, n = 44)



Quelle: IGES

Anmerkung: Frage: Wie oft erhalten Sie Anerkennung und Wertschätzung von den folgenden Personengruppen für Ihre Arbeit als ZiB-Kraft bei der Versorgung und Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende?

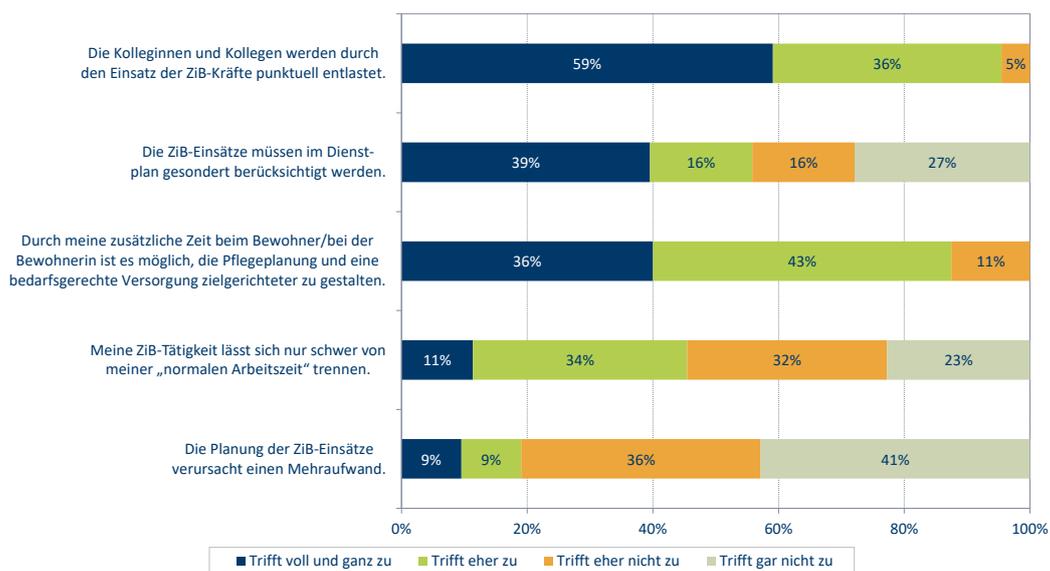
Auswirkung von ZiB auf Arbeitsabläufe

Von 44 ZiB-Kräften geben 55 % (n = 24) an, dass sich an den Arbeitsabläufen im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in ihrer Einrichtung aufgrund von ZiB etwas geändert hat, 27 % (n = 12) nehmen keine Veränderungen wahr und 18 % (n = 8) haben dazu keine Angabe gemacht.

Insbesondere bei den Aussagen „Die Kolleginnen und Kollegen werden durch den Einsatz der ZiB-Kräfte punktuell entlastet.“ und „Durch meine zusätzliche Zeit beim Bewohner/bei der Bewohnerin ist es möglich, die Pflegeplanung und eine bedarfsgerechte Versorgung zielgerichteter zu gestalten.“ stimmte die große Mehrheit der ZiB-Kräfte zu (siehe Abbildung 43).

Knapp über die Hälfte der ZiB-Kräfte ist der Meinung, dass die ZiB-Einsätze im Dienstplan gesondert berücksichtigt werden sollten (55 %). Dass die Planung einen Mehraufwand verursacht, empfanden eher wenige ZiB-Kräfte (18 % trifft voll und ganz bis eher zu). 45 % der ZiB-Kräfte empfanden es als schwer, die ZiB-Tätigkeit von der normalen Arbeitszeit zu trennen.

Abbildung 43: ZiB-Tätigkeit und Arbeitsabläufe (n = 44)



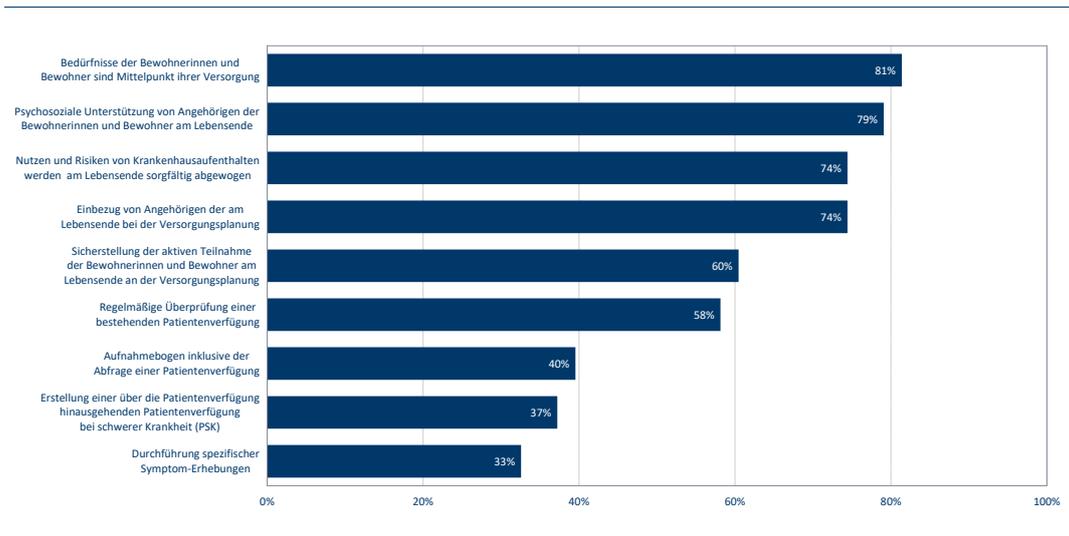
Quelle: IGES

Anmerkung: Keine Angabe (n = 7) nicht in Abbildung aufgeführt

Die nachfolgende Abbildung 44 zeigt die von den ZiB-Kräften wahrgenommene Veränderung seit dem Beginn von ZiB in Bezug auf die Häufigkeit von Standards/Verfahren. Ein Großteil der ZiB-Kräfte sieht neben den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner, welche häufiger in den Mittelpunkt gestellt werden, auch eine Zunahme der psychosozialen Unterstützung der Angehörigen.

Von den ZiB-Kräften wurde wahrgenommen, dass Nutzen und Risiken von Krankenhausaufenthalten am Lebensende seit der Einführung durch ZiB sorgfältiger abgewogen wurden. Dass eine PSK bei Bewohnerinnen und Bewohnern durch ZiB häufiger erstellt wurde, gaben circa ein Drittel der ZiB-Kräfte an.

Abbildung 44: Häufigkeit von Standards/Verfahren - Veränderung seit ZiB (Anteil „Häufiger“, n = 43)*

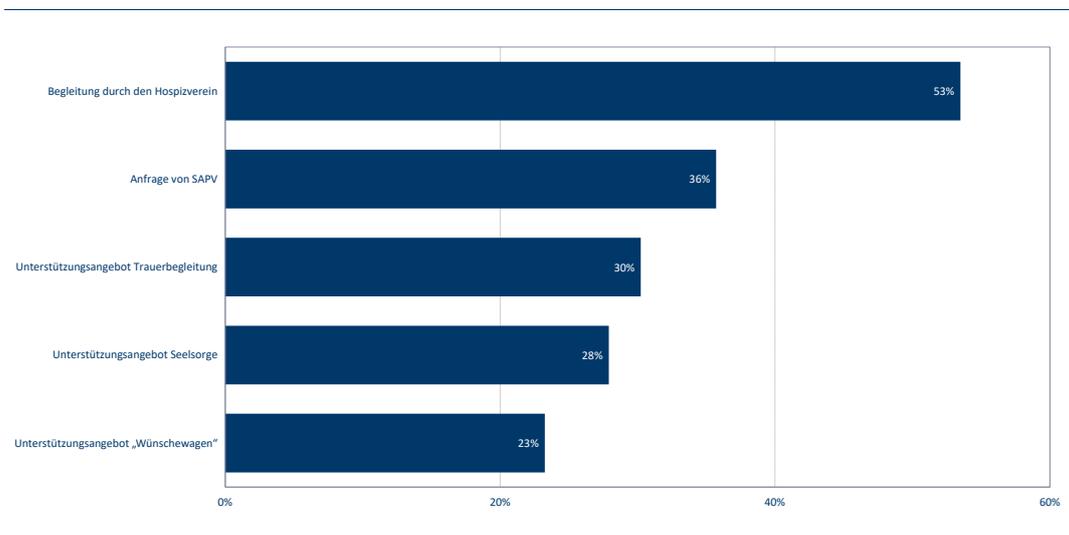


Quelle: IGES

Anmerkung: * Items angelehnt an (33)

Seit dem Beginn von ZiB empfanden die Hälfte der ZiB-Kräfte die Begleitung durch den Hospizverein (53 %) als deutlich häufiger. Auch erlebten über ein Drittel der ZiB-Kräfte die Anfrage von SAPV (36 %) als häufiger (Abbildung 45).

Abbildung 45: Häufigkeit von genutzten Unterstützungsmöglichkeiten/Angeboten - Veränderung seit ZiB (Anteil „Häufiger“, n = 42-43)



Quelle: IGES

Fünf ZiB-Kräfte gaben über den Freitext folgende weitere Unterstützungsmöglichkeiten, Angebote oder Dienste an:

- ◆ „Ärzte werden vermehrt zum Lebensende kontaktiert um z. B. Schmerzmedikation anzupassen, um auf Schluckstörungen hinzuweisen oder um Medikamente evtl. früher abzusetzen“
- ◆ „Basale Stimulation“
- ◆ „Besuch durch Pfarrer wird öfter genutzt“
- ◆ „Intensivere Gespräche“

ZiB und Versorgungsqualität

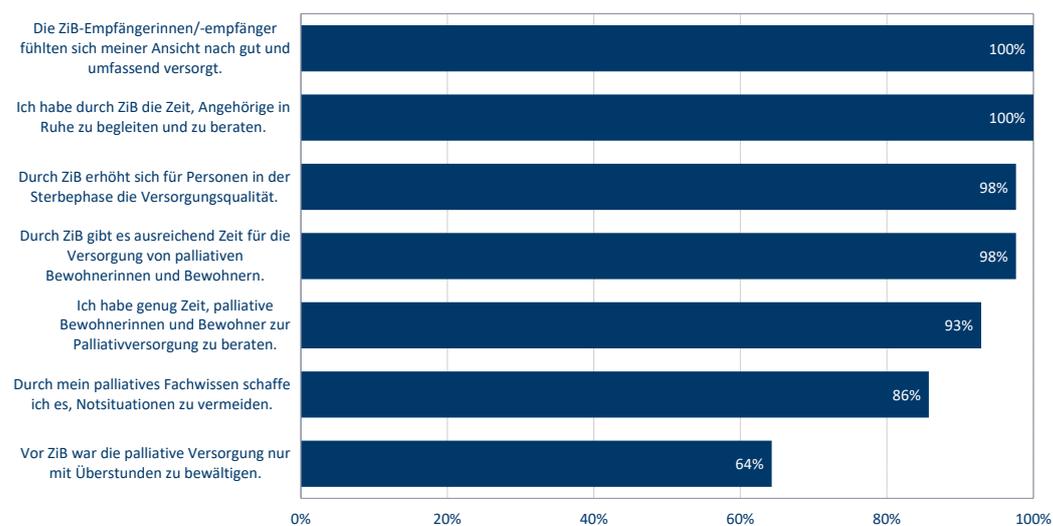
Die nachfolgende Grafik zeigt, dass alle ZiB-Kräfte den zwei folgenden Aussagen eher bis voll und ganz zustimmen:

- ◆ Die ZiB-Empfängerinnen/-empfänger fühlten sich meiner Ansicht nach gut und umfassend versorgt (mehr Sicherheit, Ruhe, Zufriedenheit ...).
- ◆ Ich habe durch ZiB die Zeit, Angehörige in Ruhe zu begleiten und zu beraten.

Die große Mehrheit der ZiB-Kräfte hat das Gefühl, dass sich durch ZiB die Versorgungsqualität erhöht (98 %) und es durch ZiB ausreichend Zeit für die Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern gibt (98 %).

64 % der ZiB-Kräfte haben das Gefühl, dass sich die palliative Versorgung vor ZiB nur mit Überstunden bewältigen ließ.

Abbildung 46: Aussagen zur Versorgungsqualität (Anteil „Trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 42)



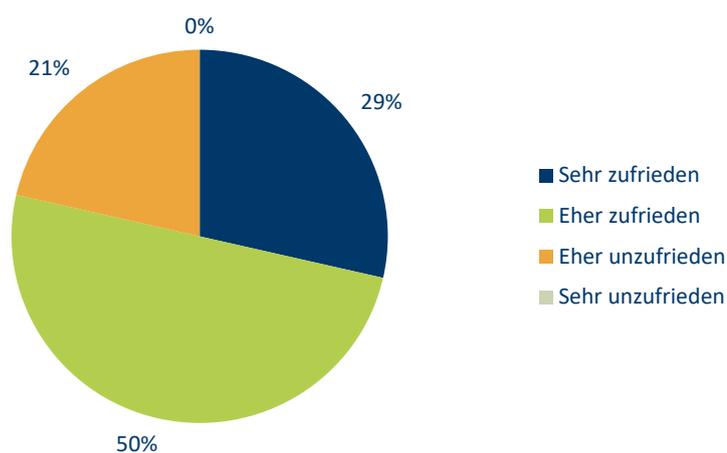
Bezogen auf die Aussage: „ZiB hat dazu beigetragen, dass ich mich in der Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner sicherer fühle.“ haben 88 % (n = 37) der ZiB-Kräfte angegeben, dass sie sich durch ZiB sicherer in der Versorgung von palliativen Personen fühlen. Als Grund für diese Angabe wurde in den Freitexten insbesondere die erhöhten Zeitkontingente in Rahmen von ZiB gesehen, sowie die durch ZiB erweiterten fachlichen Kompetenzen. Positiv hervorgehoben wurde auch die Zusammenarbeit mit dem Hospizverein und den Koordinatorinnen und Koordinatoren und die Möglichkeit, sich bei Unklarheiten austauschen zu können. Auch durch die gesammelte Erfahrung haben die ZiB-Kräfte an Sicherheit gewinnen können.

ZiB und Arbeitszufriedenheit

Für 74 % der ZiB-Kräfte hat das Zeitkontingent, welches sie für das Projekt (bzw. für die Versorgung von palliativen Personen) extra bekommen haben, ausgereicht. Die ZiB-Kräfte (n = 7), welche die Zeit als nicht ausreichend empfunden haben, gaben an, dass sie zwischen 10 - 40 Stunden pro Monat mehr Zeit gebraucht hätten.

Abbildung 47 zeigt die Arbeitszufriedenheit mit der Pflege der ZiB-Kräfte im Allgemeinen. Der größte Teil der ZiB-Kräften ist eher bis sehr zufrieden mit der Arbeit in der Pflege. 40 % der ZiB-Kräfte geben an, dass sich ihre Arbeitszufriedenheit durch die ZiB-Tätigkeit sehr verbessert hat, 52 % sagen, dass sie sich eher verbessert hat. Eine Person (2 %) berichtet, dass sich die Arbeitszufriedenheit eher verschlechtert hat, da man durch das Projekt sieht, welche Möglichkeiten die palliative Versorgung bietet, es aber immer schwieriger wird, ohne solche Projekte eine würdevolle Versorgung zu gewährleisten. Zwei Personen (5 %) haben sich dazu nicht geäußert.

Abbildung 47: Arbeitszufriedenheit in der Pflege (ZiB-Kräfte, n = 42)



Bewertung und Weiterentwicklung des ZiB-Konzeptes

Auf die Frage „**Was gefällt Ihnen am ZiB Konzept besonders gut?**“, äußerten sich 35 Personen im Freitextfeld. Sehr viele ZiB-Kräfte haben angegeben, dass ihnen die Arbeit ohne Zeitdruck, welche sie selbstbestimmt einteilen können sehr gut gefällt:

„Es ist schön und kommt bei den Bewohnern gut an, wenn ich sage "ich bringe Zeit mit". Ich kann auch frei entscheiden was ich bei dem Bewohner mache, sei es ein Gespräch, eine Massage, ein Wohlfühlbad, Einsatz von Duftöl,"

„... dass ich nicht unter Zeitdruck stehe und [den Bewohnerinnen und Bewohnern] die letzten Wünsche erfüllen kann, damit ihnen ein Sterben in Würde und Selbstbestimmung ermöglicht wird“

„Wenn ich selbst keine Zeit habe, dass ich Kollegen, welche auch im ZiB Konzept sind, hinzuziehen kann“.

Weitere Nennungen waren neben der Möglichkeit *„... das gelernte Fachwissen umsetzen zu können“* auch eine durch ZiB wahrgenommene Steigerung der Versorgungsqualität:

„Die Zeit für die Bewohner und dadurch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.“

„[Die] Möglichkeit, in Ruhe ein Netzwerk aufzubauen, Verminderung von "Notfällen“.“

28 der ZiB Kräfte äußerten sich zu **Verbesserungsmöglichkeiten** im Rahmen von ZiB. Mehrere Personen gaben an, nichts an dem Konzept ändern zu wollen. Von mehreren ZiB-Kräften wurde eine gesetzliche Verankerung des ZiB-Konzeptes thematisiert. In Bezug auf Information und Aufmerksamkeit wurde von einigen ZiB-Kräften gefordert, insbesondere hausintern mehr über ZiB zu informieren und auch den Leitungskräften in den Einrichtungen die Relevanz der Thematik der palliativen Versorgung nahezubringen. Eine ZiB Kraft äußerte sich in Bezug auf Verbesserungsmöglichkeiten wie folgt:

„Es ist wichtig, dass die ZiB-Zeit nicht im Alltag untergeht und von der Pflege "aufgefressen" wird. Weiterhin sollten Fortbildungsmöglichkeiten angeboten werden um seinen "Koffer" erweitern zu können und um auf aktuellem Fachwissensstand zu sein. Es wäre auch wünschenswert, dass bei Bedarf Supervision angeboten würde.“

„Was müsste sich in Ihrer Einrichtung ändern, damit sich ZiB langfristig etablieren kann?“ zu dieser Fragestellung äußerten sich 30 ZiB-Kräfte. Zu einem sehr großen Teil wurde der in den Pflegeeinrichtungen und in der Pflege generell der vorherrschende große Personalmangel thematisiert. Als Voraussetzung für die langfristige Etablierung wurde eine ausreichende Personaldecke gesehen. Eine weitere Voraussetzung für eine langfristige Etablierung sehen die ZiB-Kräfte in einer gesetzli-

chen Verankerung des ZiB Konzeptes bzw. der Berücksichtigung der Besonderheiten der palliativen Versorgung. Auch wurden Fortbildungen des Personals zum Thema Palliative Care als grundlegend benannt:

„Es müssten dringend Palliative-Care-Kräfte ausgebildet werden. - erst wenn eine Palliativ-Care-Kraft vom Gesetzgeber vorgeschrieben wird (wie auch die Gerontofachkraft), werden die Heimleitungen auf den Zug aufspringen. Als Serviceleistung wird es sich meiner Meinung nach nicht etablieren.“

Weiter wurde eine Berücksichtigung im Stellenplan genannt sowie von einer ZiB-Kraft der Wunsch, eine *„festangestellte Palliativ Care Kraft, welche nur für Palliativbewohner zuständig ist (Bedarf ist groß).“* in der Einrichtung zu beschäftigen.

Insgesamt 35 ZiB-Kräfte äußerten sich zu der Frage: *„Sollte ZiB nach Ende der Projektlaufzeit in meiner Einrichtung nicht fortgeführt werden, dann ...“*. Die meisten ZiB-Kräfte haben angegeben, dass sie es sehr schade und traurig fänden, sollte es ZiB nicht mehr geben - sowohl für die ZiB-Kraft selbst als auch für die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige. In Bezug auf die Kolleginnen und Kollegen würde die *„Entlastung wegfallen“*. Einige ZiB-Kräfte äußerten sich sehr konkret zu der Frage: *Sollte ZiB nach Ende der Projektlaufzeit in meiner Einrichtung nicht fortgeführt werden, dann... „bin ich raus“*.

Viele ZiB-Kräfte sehen eine große Notwendigkeit in einer guten palliativen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende und würden insbesondere aus eigener Kraft versuchen, die Thematik im Pflegeheim nicht in Vergessenheit geraten zu lassen: *„[Vor ZiB] wurde viel mit Überstunden gearbeitet, dann werde ich wohl die Tätigkeiten, welche ich nun über ZiB geleistet habe, in meiner Freizeit machen so wie zuvor auch.“*

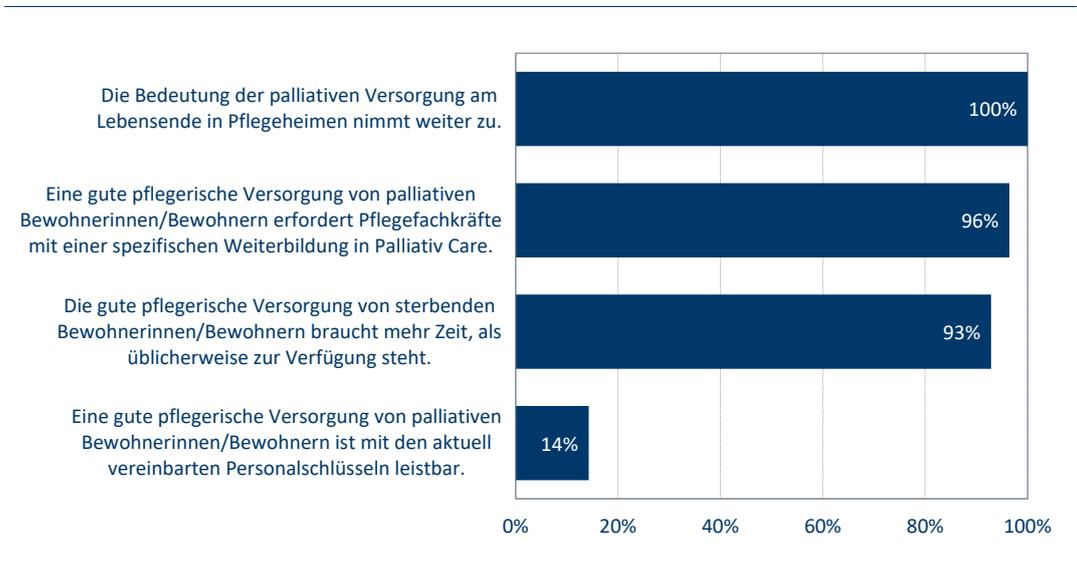
6.4.2 Ergebnisse der Befragung Leitungen

Beruflicher Hintergrund und aktueller Stand der palliativen Versorgung

Der größte Teil der befragten Leitungskräfte (75 %) arbeitet seit über sechs Jahren in der Pflegeeinrichtung. Die Leitungskräfte sind als Einrichtungsleitung (46 %), Pflegedienstleitung (36 %), Leitung des Sozialdienstes (7 %) oder als Wohnbereichsleitung angestellt. Eine Person gab eine leitende Position als Gerontologische Fachkraft an. Zwei Personen haben neben der Leitungstätigkeit als ZiB-Kraft in dem Projekt gearbeitet.

Abbildung 48 zeigt das Meinungsbild der Leitungskräfte über die palliative Versorgungssituation in Pflegeheimen allgemein. Alle Leitungskräfte sehen eine wachsende Bedeutung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen, wobei eine gute Versorgung Pflegefachkräfte mit Palliativ Care-Weiterbildung braucht (96 % „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28) und auch mehr Zeit für eine gute pflegerisch palliative Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern (93 % „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28).

Abbildung 48: Aussagen zur palliativen Versorgungssituation (Anteil „Trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)



Quelle: IGES

Auswirkungen von ZiB auf die palliative Versorgung

Die Teilnahme am ZiB-Projekt hat aus der Sicht der Leitungskräfte die palliative Versorgung positiv beeinflusst (vgl. Abbildung 49). Auch stimmten 71 % der Leitungskräfte der Aussage zu, dass die Teilnahme am Projekt die regionale Vernetzung mit weiteren Akteuren der Palliativversorgung gefördert hat. Die Leitungskräfte mit der Auffassung, dass es eher weniger oder gar nicht (21 %) zu einer Förderung der regionalen Zusammenarbeit und Vernetzung gekommen ist, begründen dies damit, dass die Vernetzung auf die ZiB-Kräfte begrenzt bleiben würde oder bereits vor ZiB eine gute Vernetzung (mit weiteren palliativen Akteuren) bestand. Zudem stellen der allgemeine Personalmangel und die daraus resultierenden knappen zeitlichen Ressourcen eine weitere Ursache für mangelnde Zusammenarbeit und Vernetzung dar. Ein weiterer als positiv hervorgehobener Aspekt stellt die seit ZiB vermehrte Aufnahme von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung dar. Auch hinsichtlich der regionalen Vernetzung ließen sich positive Beobachtungen ableiten. So geben Leitungskräfte an, dass bspw. der Austausch und die gegenseitige Unterstützung gestärkt worden seien.

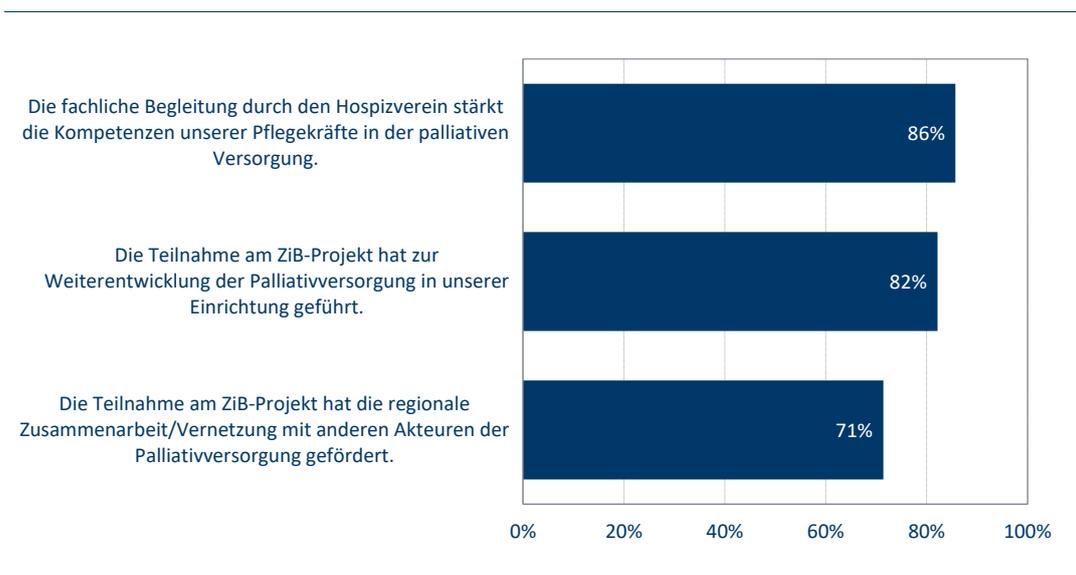
Aus der Sicht der meisten Leitungskräfte haben sich die Einrichtungen im Rahmen der palliativen Versorgung weiterentwickelt (82 % Zustimmung). Die interne Weiterentwicklung der Palliativversorgung durch das ZiB-Projekt erfolgte vor allem durch die Er- bzw. Überarbeitung von Palliativkonzepten, welche mehr in den Fokus der Pflegeeinrichtungen rückten, sowie durch Schulungen und Fortbildungen der Beschäftigten bezgl. der Versorgung von Menschen Lebensende. Durch ZiB konnten bei den Pflegekräften eine Sensibilisierung und ein besseres Verständnis für die Versorgung von Sterbenden erreicht werden. Einige Leitungskräfte berich-

teten in diesem Zusammenhang auch von Qualitätssteigerungen in der Versorgung. Aus den Freitexten ging weiter hervor, dass eine Einrichtung einen themenspezifischen Arbeitskreis („Sanftes Ankommen und Abschiednehmen“) seit ZiB fest etabliert hat. Andere Leitungskräfte berichteten, dass sie seit ZiB in der Versorgung von Sterbenden verstärkt darauf achten würden, Personal mit spezifischen Qualifikationen einzusetzen bzw. hinzuzuziehen und die Palliativversorgung eine höhere Gewichtung in der Versorgung bekommen habe.

Auch wurden die fachlich-palliativen Kompetenzen der Pflegekräfte durch die Begleitung der Hospizvereine gestärkt (86 % Zustimmung). Gaben die Leitungskräfte an, dass es eher nicht zu einer Kompetenzstärkung der Pflegekräfte gekommen sei (14 %), so hätte dies daran gelegen, dass es aus ihrer Sicht zu wenig Zeit für Schulungen und Fortbildungen gab. Positiv wurde vor allem hervorgehoben, dass:

- ◆ durch die fachliche Begleitung (der Hospizvereine) Wissen für die Pflegekräfte bereitgestellt wurde und
- ◆ immer ein Ansprechpartner im Hintergrund zur Verfügung stand.

Abbildung 49: Aussagen zum Einfluss des ZiB-Projektes (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)



Quelle: IGES

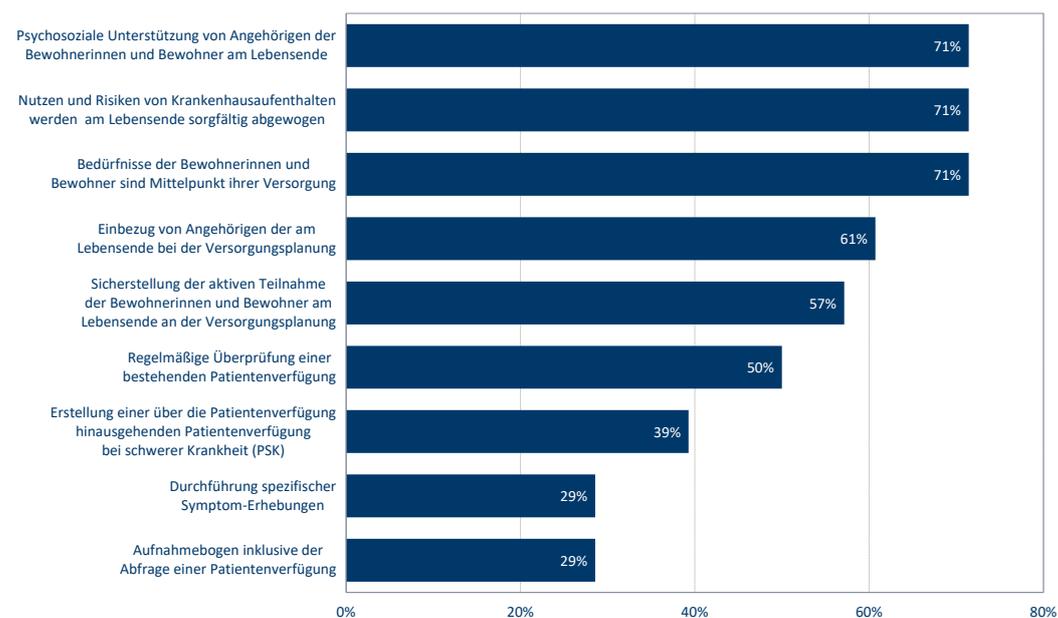
Anmerkung: Keine Angabe nicht abgebildet.

54 % der Leitungskräfte geben an, dass sich Arbeitsabläufe im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung aufgrund von ZiB verändert haben. Es wird berichtet, dass sich die Versorgung der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. zugehörige Versorgungsprozesse verbessert haben. Genannt wurde bspw., dass mehr Zeit für die Versorgung vorhanden war, Arbeitsabläufe (nicht näher definiert) sicherer und reibungsloser liefen sowie Bewohnerinnen und Bewohner nun früher und konsequenter einer qualifizierten und strukturierten Palliativversorgung zuge-

führt werden. Allerdings wurde z. T. auch angemerkt, dass dies nur einige ausgewählte Personen betraf. Hierbei ist unklar, ob andere Personen der betroffenen Einrichtung mit Palliativbedarf keine Betreuung durch ZiB-Kräfte bekommen haben. Weiterhin wurden der fachliche Austausch und die Zusammenarbeit gesteigert. Pflegekräfte konnten durch die ZiB-Kräfte entlastet werden. Eine Einrichtung berichtete, dass sie seit dem Projekt mehr Angehörigengespräche führen würden. Ein Pflegeheim implementierte feste Fallbesprechungen.

Abbildung 50 zeigt aus der Sicht der Leitungskräfte, welche Standards und Verfahren seit dem ZiB-Projekt häufiger in der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Über ein Drittel der Leitungskräfte gibt an, dass die psychosoziale Unterstützung am Lebensende von Bewohnerinnen und Bewohnern und Angehörige zugenommen hat, dass Krankenhausaufenthalte am Lebensende vermehrt auf Nutzen und Risiken abgewogen werden und dass die Bedürfnisse der Personen am Lebensende häufiger in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt werden.

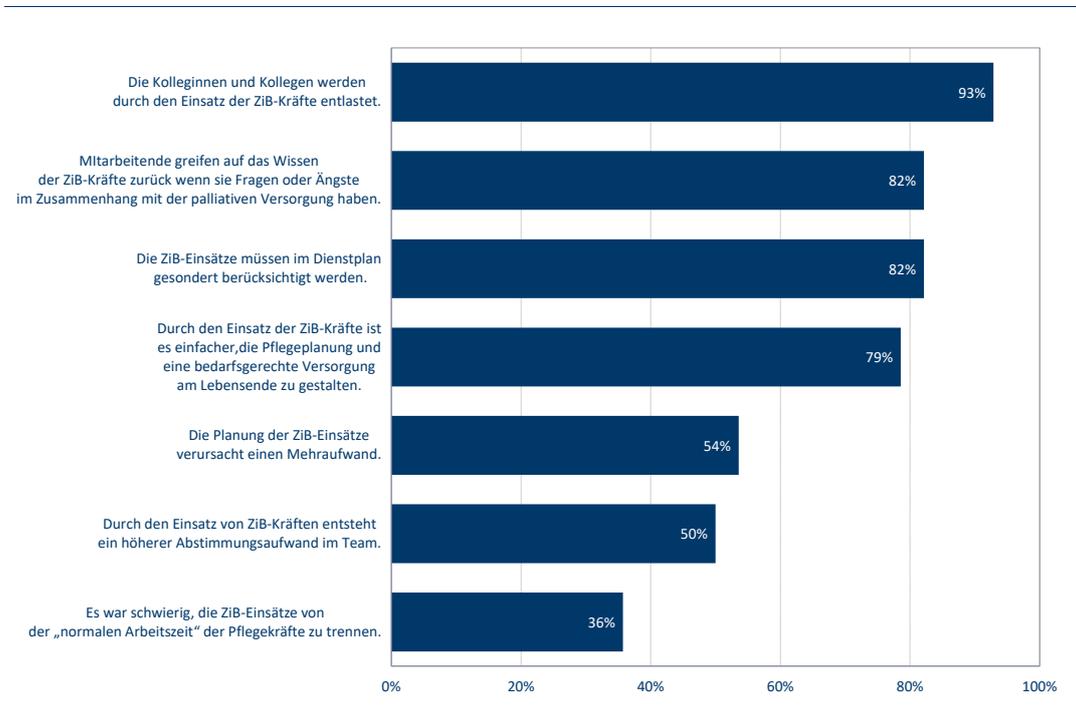
Abbildung 50: Aussagen zu Standards/Verfahren Veränderungen seit ZiB (Anteil „Häufiger“, n = 28)



Quelle: IGES

Abbildung 51 zeigt die Veränderungen aus der Sicht der Leitungskräfte durch das ZiB-Projekt in der palliativen Versorgung. Die Kolleginnen und Kollegen werden durch die ZiB-Kräfte in der Versorgung von Menschen am Lebensende entlastet (93 % Zustimmung), das (Fach-)Wissen der ZiB-Kräfte wird von den weiteren Mitarbeitenden genutzt (82 % Zustimmung).

Abbildung 51: Arbeitsabläufe und -organisation – Veränderungen seit ZiB (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)



Quelle: IGES

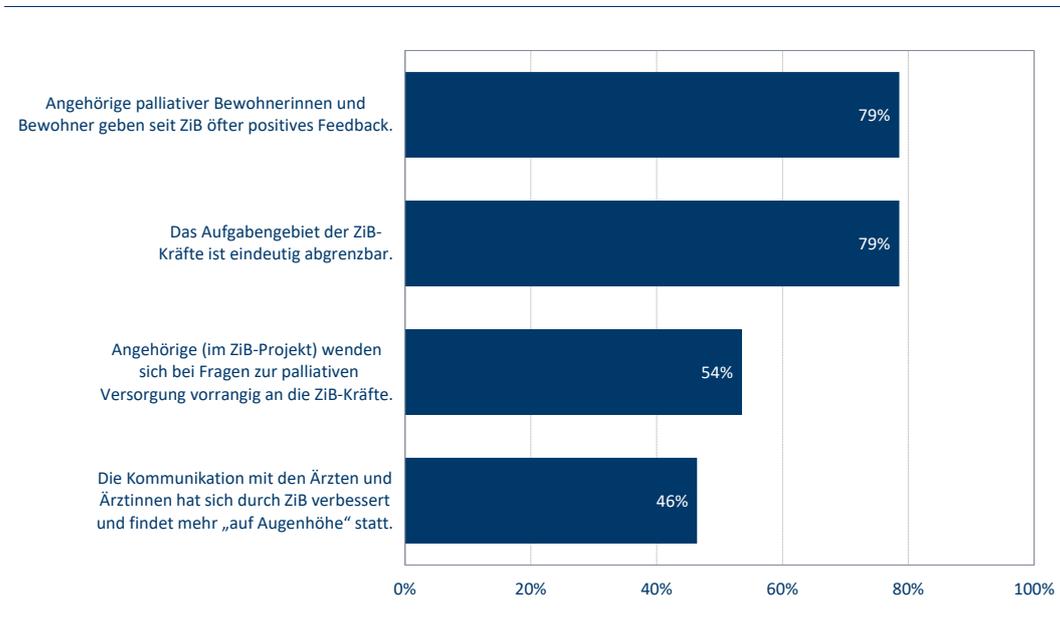
93 % der befragten Leitungskräfte geben an, dass sich die Qualität der Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende in ihrer Einrichtung seit Implementierung von ZiB etwas bis wesentlich verbessert hat. Zwei Einrichtungsleitungen haben angegeben, dass die Einrichtungen bereits vor ZiB ein Augenmerk auf die palliative Versorgung gelegt hatten und diese schon (aus der Sicht der Leitungskräfte) ausreichend gut war. Die Leitungskräfte geben an, dass seit Beginn von ZiB ...

- ◆ ... die Wünsche der palliativen Personen verstärkt berücksichtigt werden (93 % Zustimmung),
- ◆ ... es den palliativen Personen häufiger möglich ist, in der vertrauten Umgebung (Pflegeheim) zu versterben (82 %).

Neue fachliche Rolle als ZiB-Kraft

Abbildung 52 zeigt das Meinungsbild der Leitungskräfte über die fachliche Rolle der ZiB-Kräfte.

Abbildung 52: Fachliche Rolle der ZiB-Kräfte (Anteil „trifft eher bis voll zu“, n = 28)



Quelle: IGES

Die Leitungskräfte, welche der Meinung sind, dass das Aufgabenfeld der ZiB-Kräfte nicht eindeutig abgrenzbar ist, nannten als Gründe, dass die Aufgaben als eine Erweiterung bereits bestehender Aufgabenfelder zu betrachten sei. Auch sei der Stundenumfang der ZiB-Kräfte zu gering, um jederzeit eine Versorgung gewährleisten zu können. Da (palliative) Aufgaben auch durch andere Pflegefachkräfte der Einrichtungen übernommen werden, ist eine Abgrenzung daher nicht möglich. Auch falle es den Pflegekräften daher schwer zu differenzieren, für welche Aufgaben die ZiB-Kräfte zuständig sind und für welche nicht. Angehörige wenden sich bei Fragen zur palliativen Versorgung nicht immer vorrangig an die ZiB-Kräfte (46 % trifft eher nicht zu). Das kommt aus der Sicht der Leitungskräfte daher, dass Angehörige die für sie verfügbaren Pflegekräfte in den Einrichtungen ansprechen. Da ZiB-Kräfte nur einen geringen Stundenumfang haben, stehen sie für Angehörige teils einfach nicht zur Verfügung. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern hingegen konnte eine Leitungskraft beobachten, dass diese gezielter ZiB-Kräfte ansprechen.

Weiterbildung im Bereich Palliative Care

50 % der Leitungskräfte sind der Meinung, dass allen Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen eine Grundweiterbildung Palliative Care¹² angeboten werden sollte. Die anderen Leitungskräfte (50 %) sehen einen Nutzen der Grundweiterbildung

¹² z. B. Fortbildung „Palliative Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit 40 Unterrichtseinheiten oder kurze In-Haus-Schulungen

Palliative Care nicht bei allen Berufsgruppen, sondern primär bei den Pflegefachkräften (100 %) und Pflegehilfskräften (93 %) sowie bei dem Personal in der Betreuung (100 %).

43 % der Leitungskräfte sind der Meinung, dass jede Pflegefachkraft eine Weiterbildung Palliative Care mit 160 Unterrichtseinheiten (UE) angeboten werden sollte. Weitere 46 % betrachten es eher sinnvoll, nicht allen Pflegefachkräften eine Palliative Care-Weiterbildung anzubieten. Sie schlagen vor, stattdessen pro Wohnbereich bzw. Station eine bestimmte Anzahl an Fachkräften zu qualifizieren. Diese könnten dann als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren und interne Schulungen mit weiteren Pflegekräften durchführen. Vorgeschlagen wurde darüber hinaus eine verpflichtende Teilnahme an "Letzte Hilfe-Kursen" und eine Art Basis-Schulung für alle Pflegekräfte. Die Weiterbildung sollte dann für interessierte Pflegefachkräfte offenstehen. Zudem müsste berücksichtigt werden, dass nicht alle Pflegekräfte sich mit der Thematik im Rahmen einer Palliativ Care Weiterbildung auseinandersetzen wollen. 11 % der Leitungskräfte haben keine Meinung zu dem Thema geäußert.

Der Aussage „Es braucht für die pflegerische Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende ein Team von Pflegefach und -hilfskräften mit Grundweiterbildung Palliative Care (mit 40 Unterrichtseinheiten / kurze In-Haus-Schulungen), welches (an)geleitet wird von einer Pflegefachkraft mit 160 Stunden Weiterbildung Palliative Care als koordinierende Person mit Prozessverantwortung“ stimmen 82 % der befragten Leitungskräfte zu und finden solch eine Konstellation als fachlich sinnvoll für die stationäre Altenpflege. Tabelle 37 zeigt den Zeitbedarf, welchen die Leitungskräfte für solch ein (ZiB-)Team sehen in der Zukunft.

Tabelle 37: Zeitbedarf pro Monat für ZiB für ein „ZiB-Team“ aus Sicht der Leitungskräfte (n = 9, 17 fehlende Angaben)

... pro Monat	Min	Max	Median
ZiB-Stundenkontingent (Koordinierende Fachkraft)	20 Std.	170 Std.	32 Std.
ZiB-Stundenkontingent (Team*)	10 Std.	300 Std.	50 Std.

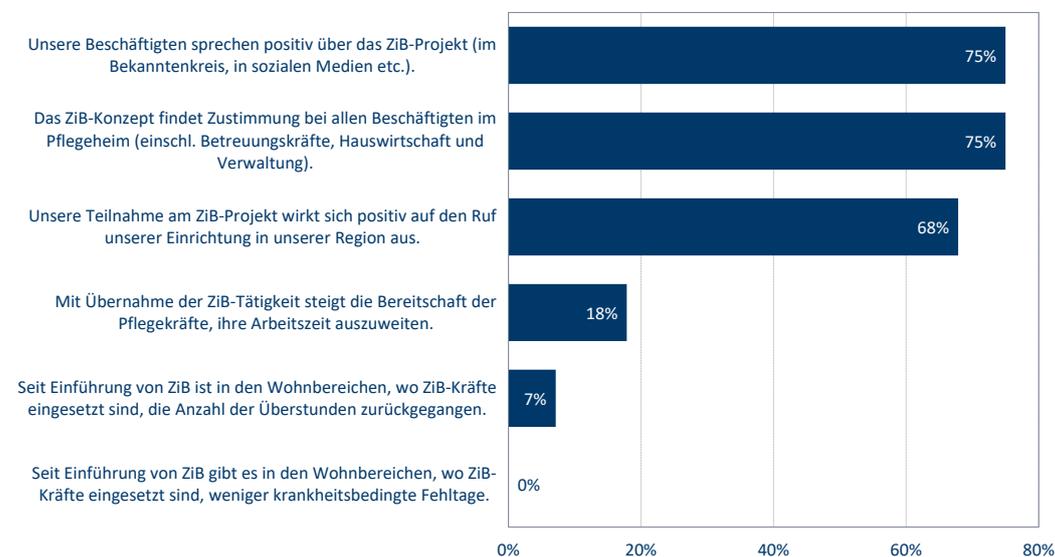
Quelle: IGES

Anmerkung: *Team aus Pflegefach- und Hilfskräften mit Grundweiterbildung

Auswirkungen von ZiB auf die Zufriedenheit

Das ZiB-Projekt zeigt nicht nur Auswirkungen auf die direkte (palliative) Versorgungsarbeit am Lebensende - die Leitungskräfte haben im Laufe des Projekts auch Auswirkungen auf allgemeine Zufriedenheit der Pflegekräfte und die Außenwirkungen der Pflegeeinrichtung beobachtet. Abbildung 53 zeigt die erlebten Auswirkungen.

Abbildung 53: Auswirkungen auf die Zufriedenheit und Außenwirkung von ZiB (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 28)



Quelle: IGES

In keiner der befragten Einrichtungen haben sich seit Einführung von ZiB mehr Pflege-/Betreuungskräfte in der jeweiligen Einrichtung beworben. Die Leitungskräfte gaben an, dass die Teilnahme an ZiB keine Auswirkungen auf die Personalgewinnung habe. Zum einen liege das an einem generellen Fachkräftemangel, zum anderen wurde ZiB bei den neu eingestellten Mitarbeitenden erst nach dem Bewerbungsverfahren bekannt.

Bewertung und Weiterentwicklung des ZiB-Konzeptes

Die Leitungskräfte sehen verschiedene Verbesserungspotenziale für das ZiB-Projekt. Vor allem wäre es aus ihrer Sicht künftig wünschenswert, wenn die Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige in den Einrichtungen noch mehr über das Projekt und seine Aufgaben informiert werden würden. In diesem Rahmen spiele die Öffentlichkeitsarbeit eine Rolle - teilnehmende Einrichtungen könnten im Zuge der Personalgewinnung davon profitieren.

Klar abgegrenzt werden müssten künftig Zeiten, in denen Tätigkeiten für ZiB erbracht werden. Eine Vermischung von Tätigkeiten müsse vermieden werden. Mitarbeitende müssten gezielt ausgewählt werden. Des Weiteren wünschte sich eine Person, dass "ZiB-Kräfte, wenn möglich unabhängig von der Pflege arbeiten können sollten (eigenes Team, mit Schnittstellen zur Pflege, Sozialdienst...)". Verhältnismäßig häufig wurden hier Nennungen gemacht, die sich nicht auf das ZiB-Projekt, sondern auf allgemeine Rahmenbedingungen der Pflegebranche beziehen (z. B. Fachkräftemangel, Grundbedingungen in der Altenpflege, Finanzierung palliativer Versorgung). Diese Antworten werden nicht aufgeführt.

Für Pflegeeinrichtungen, welche ZiB nach Projektende weiterführen wollen, ist die **Refinanzierung** zumeist noch nicht geklärt. Eine Einrichtung berichtet, dass aktuell überhaupt keine Refinanzierung gegeben sei. Andere Einrichtungen stellen die Refinanzierung eines reduzierten Stundenkontingents aus Eigenmitteln sicher. Eine Einrichtung gibt eine Mischfinanzierung über den Hospizverein (mit zeitlicher Begrenzung auf ein Jahr) und den Träger an. Die Leitungskräfte wünschen sich eine zukünftige Finanzierung für ZiB über Pflegekassen (82 %) und Krankenkassen (61 %). Es wurden weiterhin staatliche Förderungen bzw. Zuschüsse und Spenden als mögliche Finanzierungsquellen genannt.

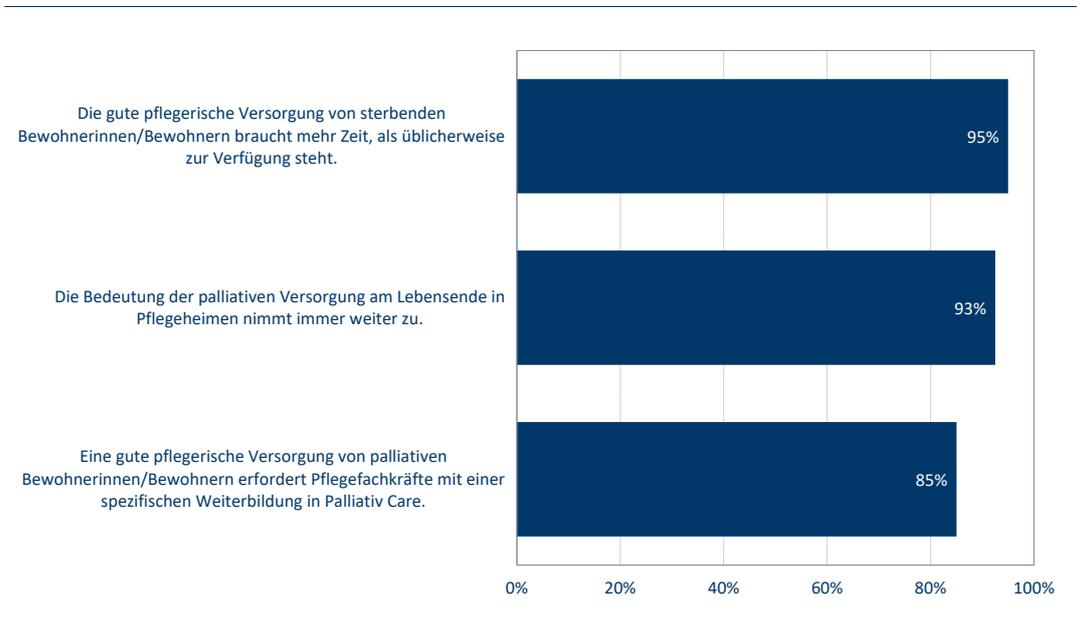
ZiB wurde von den Leitungskräften sehr positiv bewertet. Mit Blick auf die Zukunft wünschen sie sich eine gesicherte Finanzierung. Relevant sind weiterhin klare Regelungen zum Personaleinsatz (Stellenschlüssel). Für die Zukunft des Projektes wünschen sie sich zudem, dass ZiB-Kräfte von anderen Tätigkeiten freigestellt werden und sich so stärker der palliativen Versorgung zuwenden können. Bei Bedarf (Fachkräftemangel!) sollte es möglich sein, ZiB-Kräfte „von extern“ hinzuzurufen. Weiterhin wären ein Ausbau und eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit wünschenswert.

6.4.3 Ergebnisse der Befragung Kolleginnen und Kollegen der ZiB-Kräfte

Beruflicher Hintergrund und aktueller Stand der palliativen Versorgung

Von den befragten Kolleginnen und Kollegen sind der größte Teil (47 %) seit über sechs Jahren in der jeweiligen Einrichtung beschäftigt und arbeiteten der Rolle einer Fachkraft (68 %). Die Kolleginnen und Kollegen (vgl. Abbildung 54) sehen die palliative Versorgungssituation als eine Aufgabe, welche Palliative Care Pflegefachkräfte erfordert (85 % Zustimmung) und mehr Zeit, als üblicherweise zur Verfügung steht (95 % Zustimmung).

Abbildung 54: Aussagen zur palliativen Versorgungssituation (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)



Quelle: IGES

Weiterbildung im Bereich Palliative Care

43 % der Pflegefachkräfte sind der Meinung, dass jedem Beschäftigten in einer Pflegeeinrichtung eine Grundweiterbildung Palliative Care angeboten werden sollte. Die restlichen Fachkräfte sehen die Grundweiterbildung als sinnvoller an für Pflegefachkräfte (100 %), Pflegehilfskräfte (92 %), für Betreuungskräfte (62 %) und für Leitungskräfte (31 %). 65 % aller befragten Fachkräfte sind der Meinung, dass allen Pflegefachkräften eine Weiterbildung Palliative Care mit 160 Unterrichtseinheiten (UE) angeboten werden sollte. Eine Person (4 %) stimmte dem nicht zu und 30 % haben dazu keine Meinung geäußert.

Die Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte wurden gefragt, inwieweit eine Grundweiterbildung in Palliative Care¹³ eine Unterstützung für die alltäglichen Aufgaben wäre. 91 % gehen davon aus, dass die Grundweiterbildung den Arbeitsalltag erleichtern würde und würden dementsprechend auch gerne die Grundweiterbildung absolvieren (ebenfalls 91 %).

Auswirkungen von ZiB auf die palliative Versorgung

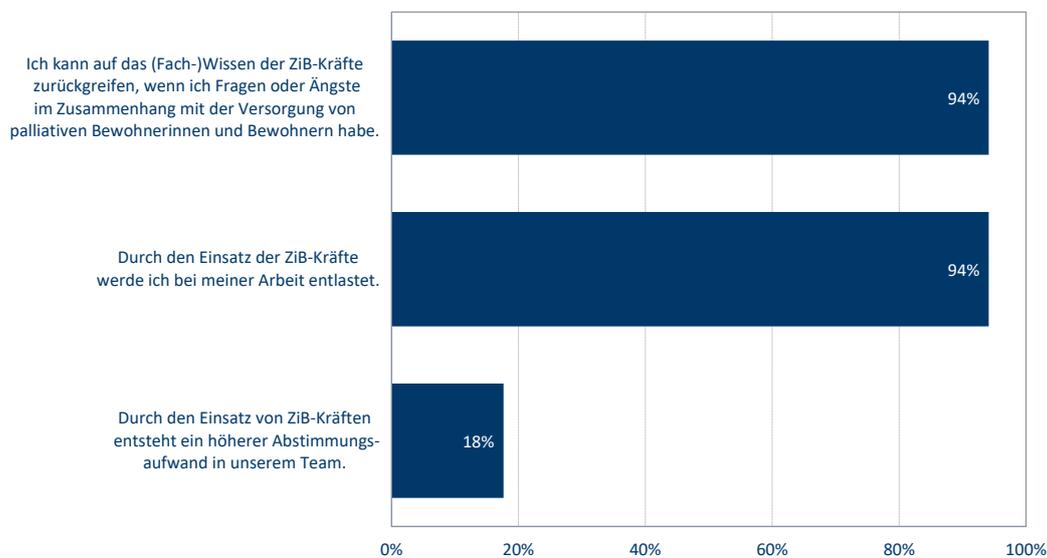
59 % der befragten Kolleginnen und Kollegen geben an, dass sich seit der Einführung von ZiB an den Arbeitsabläufen im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in ihrer Einrichtung etwas geändert hat. Veränderungen durch ZiB betreffen aus der Sicht der Kolleginnen und Kollegen vor allem das direkte Versorgungsgeschehen. Am häufigsten wurde dabei die Fokussierung auf eine (individuelle) Versorgung Sterbender gelegt, indem mehr zeitliche

¹³ Letzte-Hilfe-Kurs bzw. kurze In-Haus Schulungen (4 Unterrichtsmodule à 45 min)

Ressourcen zur Verfügung stehen und genutzt werden. Zudem gibt es einen fachlichen Austausch mit festen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern innerhalb der Einrichtung. Ferner haben sich in den Einrichtungen Richtlinien und Standards zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner verändert (nicht näher definiert). Des Weiteren wurde u. a. berichtet, dass Krankenhauseinweisungen reduziert werden konnten oder häufiger Sitzwachen stattfinden.

97 % der Kolleginnen und Kollegen geben an, dass sie sich bei palliativen Versorgungsfragen an die ZiB-Kräfte wenden und dass sich die palliative Versorgung etwas (38 %) bis wesentlich (56 %) seit ZiB verbessert hat. Abbildung 55 zeigt die Einflüsse von ZiB auf die Arbeitssituation der (Nicht-)ZiB-Kräfte. Die Kolleginnen und Kollegen fühlen sich durch den Einsatz der ZiB-Kraft entlastet (94 % Zustimmung) und sehen zum größten Teil keinen hohen Abstimmungsaufwand (lediglich 18 % sehen einen „hohen“ Abstimmungsaufwand).

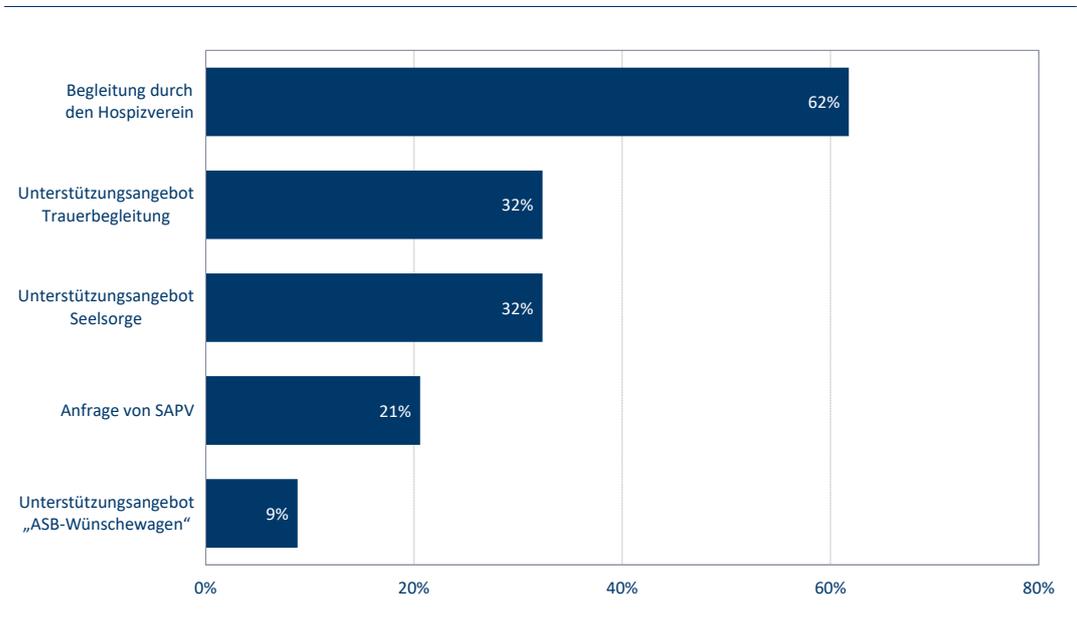
Abbildung 55: Arbeitsabläufe (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)



Quelle: IGES

Auch nehmen die Kolleginnen und Kollegen wahr, dass es häufiger zur Inanspruchnahme von palliativen Unterstützungsmöglichkeiten in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen kommt, bspw. kommt es häufiger (62 % Zustimmung) zur Begleitung durch den Hospizverein. Die Trauerbegleitung und Seelsorge (32 % Zustimmung) werden vermehrt einbezogen (Abbildung 56). Unter weiteren Unterstützungsmöglichkeiten/Angeboten nannten die Kolleginnen und Kollegen hauptsächlich die die pflegerische Versorgung betreffenden Veränderungen innerhalb der Einrichtung, wie bspw. gezieltere Absprachen mit Angehörigen und Ärzten, die Anwendung von basaler Stimulation, den Einbezug und die Weiterbildung von Betreuungskräften sowie die Nutzung von einzelnen Betreuungsangeboten.

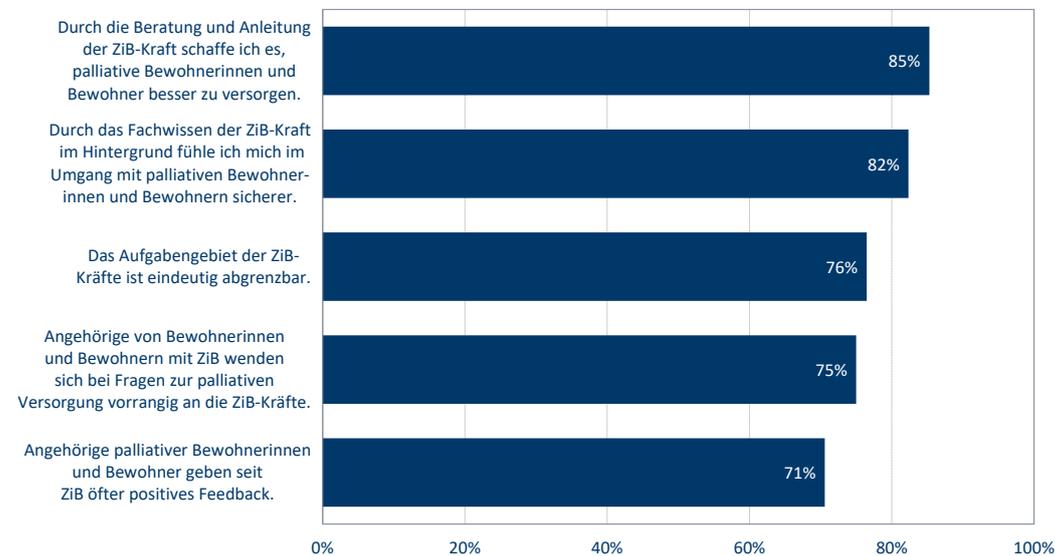
Abbildung 56: Veränderung Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten seit ZiB (Anteil „häufiger“, n = 34)



Quelle: IGES

Durch ZiB ist es in den Einrichtungen zur Veränderung von Arbeitsabläufen in der Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern gekommen. Abbildung 57 zeigt die Veränderungen aus der Sicht der Kolleginnen und Kollegen. Diese sind der Meinung, dass sich ihre eigene Kompetenz in der Versorgung am Lebensende verbessert hat (85 % Zustimmung) und dass eine größere Sicherheit um Umgang mit sterbenden herrscht, da die ZiB-Kraft im Hintergrund ist (82 %). Auch im Zusammenhang mit der Trauerbegleitung der Angehörigen sehen die Kolleginnen und Kollegen eine Verbesserung, so sind 78 % der Meinung, dass es seit ZiB vermehrt zu positiven Feedback der Angehörigen von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern gekommen ist. Geben die Kolleginnen und Kollegen an, dass sich Angehörige eher nicht an die ZiB-Kräfte wenden würden, liegt das aus ihrer Sicht daran, dass der Bezug zu den Pflegekräften auf dem Wohnbereich größer ist und diese eher als Ansprechpartner fungieren würden, oder sie ZiB und damit ZiB-Kräfte nicht kennen würden. Wenden sich die Angehörigen an die Pflegekräfte des Wohnbereichs, werden die ZiB-Kräfte informiert und kontaktieren anschließend ihrerseits die Angehörigen.

Abbildung 57: Veränderung von Arbeitsabläufen seit ZiB- aus der Sicht der Kolleginnen und Kollegen (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)

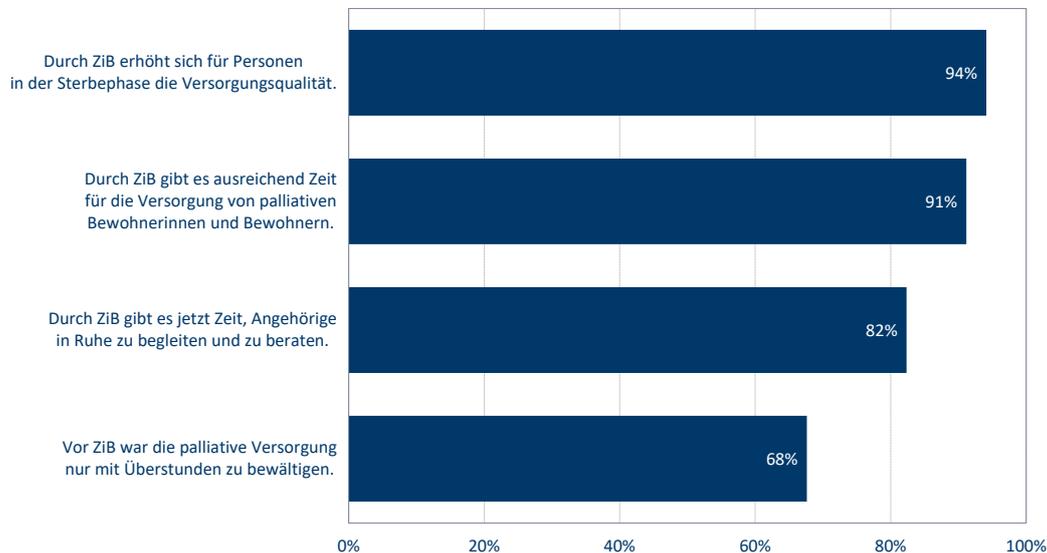


Quelle: IGES

Fünf Kolleginnen und Kollegen (15 %) sind der Meinung, dass das Aufgabengebiet der ZiB-Kräfte nicht eindeutig abgrenzbar zu der eigenen Arbeit sei - aufgrund der notwendigen Flexibilität bei der Aufgabenerfüllung. Das liege auch daran, dass die ZiB-Kräfte letztlich auch „alltägliche pflegerische Aufgaben“ übernehmen, dafür jedoch mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung hätten.

Abbildung 58 zeigt Aussagen zu der wahrgenommen palliativen Versorgungsqualität aus der Sicht der Kolleginnen und Kollegen. So sind 94 % der Meinung, dass sich für palliative Bewohnerinnen und Bewohner die Versorgungssituation verbessert hat und dass ZiB dafür sorgt, dass es ausreichend Zeit für die Versorgung am Lebensende in der Einrichtung gibt (91 % Zustimmung). Etwa zwei Drittel (68 %) der Kolleginnen und Kollegen sind der Meinung, dass vorher eine adäquate Versorgung von Menschen am Lebensende nur durch Überstunden zu leisten gewesen wäre.

Abbildung 58: Aussagen zur Versorgungsqualität aus der Sicht von Kolleginnen und Kollegen (Anteil „trifft eher bis voll und ganz zu“, n = 34)



Quelle: IGES

Mögliche Rolle der ZiB-Kraft

Die Kolleginnen und Kollegen sind insgesamt eher zufrieden (44 %) oder sehr zufrieden (32 %) mit der Arbeit in der Pflege. 62 % der befragten Kolleginnen und Kollegen können sich vorstellen, dass die Möglichkeit, die Rolle einer ZiB-Kraft zu übernehmen, ein Anreiz für Pflegekräfte sein könnte, wieder in den Beruf einzusteigen (z. B. nach längerer Pause). 44 % würden selbst gerne als ZiB-Kraft tätig sein und 91 % wünschen sich, dass nach Projektende weiterhin ZiB-Kräfte in der Einrichtung tätig bleiben. Zwei der befragten Kolleginnen und Kollegen könnten sich explizit nicht vorstellen, als ZiB-Kraft zu arbeiten. Sie geben an, dass die Weiterbildung nicht während der Arbeitszeit erfolgen könnte und dafür Freizeit aufgebracht werden müsste. Zudem würden dafür nötige Kraftreserven fehlen.

Bewertung und Weiterentwicklung des ZiB-Konzeptes

Ein Verbesserungspotenzial für das ZiB-Projekt wird von den Kolleginnen und Kollegen vor allem bei Anpassungen des Personalschlüssels und einer Erhöhung des Stundenumfanges der ZiB-Kräfte gesehen. Zudem könnte eine fachliche (online-gestützte) Austauschmöglichkeit für die ZiB-Kräfte eine zusätzliche Verbesserung darstellen. Die Implementierungszeit von einem Jahr wurde, v. a. vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie, als zu kurz angesehen. Die restlichen Nennungen sind unabhängig vom ZiB-Konzept selbst (mehr Unterstützung durch die Heimleitung, verpflichtende Einführung von ZiB für alle Einrichtungen). Mit Blick auf die Zukunft äußern die Befragten mehrheitlich, dass sie sich eine dauerhafte Weiterführung des Projektes bzw. Implementierung von ZiB wünschen würden. Erstrebenswert wäre dabei, dass ZiB und seine Aufgaben innerhalb des (Pflege-)Teams in den Einrichtungen vorgestellt und somit die Bekanntheit des Angebotes gesteigert wird.

Mitunter zeigte sich in der Befragung, dass bei Pflegekräften das Gefühl entstand, dass sie den Sterbeprozess der Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr intensiv begleiten dürften, da diese Aufgabe künftig den ZiB-Kräften vorbehalten sei.

7. Schlussfolgerungen zum Projekt ZiB

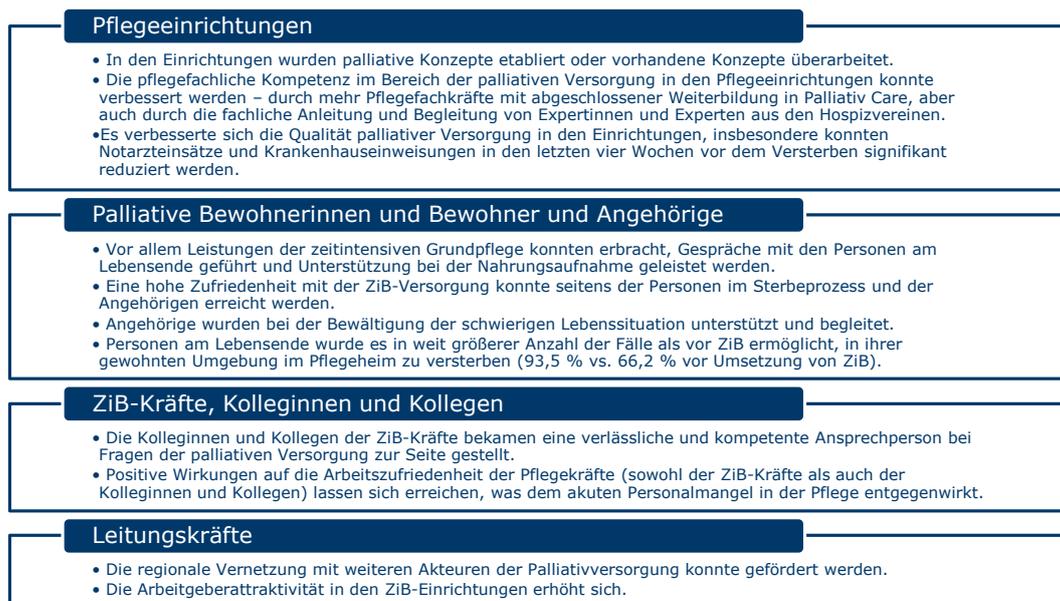
Aus den Ergebnissen der vorliegenden Evaluation lässt sich schlussfolgern, dass der mit dem ZiB-Konzept verfolgte Ansatz durch

- ◆ fachliche Weiterbildung von Pflegekräften im Bereich Palliative Care,
- ◆ zusätzlich begrenzte Zeitkontingente, die ausschließlich für die Versorgung von Personen am Lebensende eingesetzt werden, und
- ◆ die fachliche Anleitung durch und Vernetzung mit Hospizvereinen

nachweislich zur Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeheimen beiträgt.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Auswirkungen durch die Umsetzung von ZiB in den Pflegeeinrichtungen auf verschiedenen Ebenen.

Abbildung 59: Auswirkungen durch die Umsetzung von ZiB in den Pflegeeinrichtungen



Quelle: IGES

Mit Blick auf Anregungen zur Weiterentwicklung des ZiB-Konzeptes war die Mehrheit der Befragten sowohl mit dem ZiB-Konzept als auch mit dem zur Verfügung stehenden Zeitkontingent zufrieden. Es wird jedoch nachdrücklich gefordert, dass die ZiB-Zeit auch künftig klar von der „normalen“ Pflege unterschieden wird. Es wird befürchtet, dass die ZiB-Zeit sonst insbesondere infolge des Personalmangels „aufgeweicht“ wird und nicht mehr in vollem Umfang den palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern zugutekommt.

Die meisten Einrichtungen würden das Konzept ZiB gerne auch in Zukunft weiterführen. Allerdings stellen der derzeitige Personalmangel in der Pflege und auch die Refinanzierung große Herausforderungen für die Pflegeeinrichtungen dar. Einige Einrichtungen führen ZiB in einer ähnlichen, allerdings reduzierten Form fort, z. B. über die Etablierung eines themenspezifischen Arbeitskreises oder über einen regelmäßig festgelegten Austausch mit dem Hospizverein. Eine Möglichkeit, die pflegerische Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende gut zu gestalten, wird in der Etablierung eines palliativen Teams gesehen. Das Team besteht aus Pflegefach und -hilfskräften mit Grundweiterbildung Palliative Care (mit 40 Unterrichtseinheiten/kurze In-Haus-Schulungen), welche von einer Pflegefachkraft mit 160 Stunden Weiterbildung Palliative Care als koordinierende Person mit Prozessverantwortung (an)geleitet werden.

Entsprechend dem ersten Leitsatz der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland¹⁴ muss jeder Mensch darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis der Wünsche und Vorstellungen der sterbenden Personen – z. B. anhand von Patientenverfügungen oder gemeinsam erstellten palliativen Notfallplänen. Der Anteil letzterer konnte mit der ZiB-Versorgung von vorher knapp 40 % auf 75,5 % erhöht werden.

Wie eine inhaltliche Auswertung von 265 Patientenverfügungen in 13 Pflegeheimen des Würzburger Raums ergab, sprechen Bewohnerinnen und Bewohner sich primär für Maßnahmen der Symptomlinderung und Pflege (u. a. bei Schmerzen, Angst oder Luftnot) aus und gegen jene zur Lebensverlängerung und Lebenserhaltung (u. a. Reanimation und künstliche Beatmung) (Klemmt et al. 2022, zitiert in (33)).

Nicht nur vor diesem Hintergrund ist die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten kurz vor dem Versterben, wie sie im Ergebnis der ZiB-Versorgung erreicht werden konnte, ein klares Indiz für eine bedarfsgerechtere Versorgung. Auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung legt eine erste grobe Abschätzung der finanziellen Auswirkungen von ZiB aus Sicht der Krankenversicherung nahe, dass sich die Investition in eine verbesserte Palliativpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mehr als rentiert (vgl. dazu den Exkurs zur Wirtschaftlichkeit am Ende des Kapitels 6.3.5).

Insofern ist abschließend zu konstatieren, dass eine regelhafte Umsetzung der Palliativversorgung nach dem Vorbild von ZiB in Pflegeheimen für alle Seiten vorteilhaft wäre. Würde die derzeitige Ampel-Koalition das in ihrem Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben, „die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen“ (50) umsetzen, wären die leistungsrechtlichen Voraussetzungen dafür gegeben.

¹⁴ Siehe <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>

8. Anhang

- A1 Retrospektive Falldokumentation**
- A2 Fallunabhängige Tätigkeitserfassung**
- A3 Fallabhängige Tätigkeitserfassung**
- A4 Nacherfassung zu Krankenhauseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätzen der versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner**
- A5 Informations- und Einwilligungsschreiben für die Angehörigenbefragung**
- A6 Angehörigenfragebogen**
- A7 Informations- und Einwilligungsschreiben für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger**
- A8 Interviewleitfaden für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger**
- A9 ZiB-Kräfte Befragung**
- A10 Einrichtungsbefragung: Leitungen**
- A11 Einrichtungsbefragung: Kolleginnen und Kollegen**

A1 Retrospektive Falldokumentation


 ZEITINTENSIVE BETREUUNG
 IM PFLEGEHEIM

Retrospektive Falldokumentation Sterbebegleitung

Ziel dieser Erhebung ist die Betrachtung der Versorgung Sterbender vor Beginn des ZiB-Projektes. Um die nicht „typische“ Situation der Corona-Pandemie auszublenden, betrachten wir die Situation vor Januar 2020. Bitte entnehmen Sie für 15 Bewohner, die im Zeitraum Dezember 2019 bis Januar 2020 verstorben sind, aus Ihren Unterlagen (Pflegedokumentation, Abrechnungsdaten, etc.) die in der folgenden Tabelle aufgelisteten Angaben zur Versorgung. **Beginnen Sie dabei mit der/m zuletzt verstorbenen Bewohner/in im Dezember 2019** und führen Sie die Liste chronologisch zurückgehend bis Nr. 15 fort.

Pflegeheim: _____

Ausfüllende/r Pflegefachperson (Erreichbarkeit für etwaige Rückfragen von IGES):

Name: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Bei Fragen zum Ausfüllen oder zu den Inhalten steht Ihnen bei IGES Herr Lukas Wentz zur Verfügung:

Telefon: 030 / 230 809 742 E-Mail: lukas.wentz@iges.com

1


 ZEITINTENSIVE BETREUUNG
 IM PFLEGEHEIM

Fall-Nr.	Sterbeort, -alter, Diagnosen	... in den vier Wochen vor dem Sterbedatum	Notfallplan und Bedarfsmedikation
x	Sterbeort: <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> anderer Sterbeort und zwar: _____ Alter: _____ Diagnose(n): _____ _____ _____	<ul style="list-style-type: none"> • deutliche Zunahme der Kontakte zum behandelnden Arzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • Anzahl Notarzteinsätze: _____ • Anzahl Notfalleinweisungen ins Krankenhaus: _____ <i>Gründe waren (stichpunktartig):</i> _____ • Umsetzung spezifischer pflegerischer Konzepte im Kontext des Sterbeprozesses? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Wenn ja, welche?</i> _____ • Durchführung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gem. § 132g SGB V): <input type="checkbox"/> bei uns nicht verfügbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • Inanspruchnahme Hospizbegleitung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • Inanspruchnahme SAPV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 	Wurde ein palliativer Notfallplan erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gab es eine Bedarfsmedikation aufgrund akuter Schmerzsituationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurden in der Sterbephase zusätzliche Medikamente zur Symptomlinderung verabreicht (bei Übelkeit und Erbrechen, Luftnot, Angst)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Wenn ja, welche (Wirkstoffklasse)</i> _____

2

A2 Fallunabhängige Tätigkeitserfassung



ZiB
ZEITINTENSIVE BETREUUNG
IM PFLEGEHEIM

**STATISTIK FALLUNABHÄNGIG
ZEITINTENSIVE BETREUUNG (ZiB)**

Pflegeheim: _____

Datum der Leistungserbringung: _____

Name ZiB-Kraft: _____

Leistung	Leistungsinhalt Nr. 13 – 18 (nur eine Leistung pro Zeile ankreuzen und dazugehörigen Zeitbedarf auswählen)	Zeitbedarf
A	<input type="checkbox"/> 13. Weitergabe von Wissen zur Palliativversorgung (allgemein) an Kollegen <input type="checkbox"/> 14. Projektarbeit im Bereich Palliativversorgung (z. B. Arbeitskreis organisieren, Leitfaden erstellen etc.) <input type="checkbox"/> 15. Konzept erstellen <input type="checkbox"/> 16. Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> 17. Treffen, Abstimmung, Coaching mit ZiB-Koordinator (Hospizverein) <input type="checkbox"/> 18. Sonstiges (Leistung/Tätigkeit bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 45 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
B	<input type="checkbox"/> 13. Weitergabe von Wissen zur Palliativversorgung (allgemein) an Kollegen <input type="checkbox"/> 14. Projektarbeit im Bereich Palliativversorgung (z. B. Arbeitskreis organisieren, Leitfaden erstellen etc.) <input type="checkbox"/> 15. Konzept erstellen <input type="checkbox"/> 16. Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> 17. Treffen, Abstimmung, Coaching mit ZiB-Koordinator (Hospizverein) <input type="checkbox"/> 18. Sonstiges (Leistung/Tätigkeit bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 45 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
C	<input type="checkbox"/> 13. Weitergabe von Wissen zur Palliativversorgung (allgemein) an Kollegen <input type="checkbox"/> 14. Projektarbeit im Bereich Palliativversorgung (z. B. Arbeitskreis organisieren, Leitfaden erstellen etc.) <input type="checkbox"/> 15. Konzept erstellen <input type="checkbox"/> 16. Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> 17. Treffen, Abstimmung, Coaching mit ZiB-Koordinator (Hospizverein) <input type="checkbox"/> 18. Sonstiges (Leistung/Tätigkeit bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 45 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
D	<input type="checkbox"/> 13. Weitergabe von Wissen zur Palliativversorgung (allgemein) an Kollegen <input type="checkbox"/> 14. Projektarbeit im Bereich Palliativversorgung (z. B. Arbeitskreis organisieren, Leitfaden erstellen etc.) <input type="checkbox"/> 15. Konzept erstellen <input type="checkbox"/> 16. Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> 17. Treffen, Abstimmung, Coaching mit ZiB-Koordinator (Hospizverein) <input type="checkbox"/> 18. Sonstiges (Leistung/Tätigkeit bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 45 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
E	<input type="checkbox"/> 13. Weitergabe von Wissen zur Palliativversorgung (allgemein) an Kollegen <input type="checkbox"/> 14. Projektarbeit im Bereich Palliativversorgung (z. B. Arbeitskreis organisieren, Leitfaden erstellen etc.) <input type="checkbox"/> 15. Konzept erstellen <input type="checkbox"/> 16. Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> 17. Treffen, Abstimmung, Coaching mit ZiB-Koordinator (Hospizverein) <input type="checkbox"/> 18. Sonstiges (Leistung/Tätigkeit bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 45 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)

A3 Fallabhängige Tätigkeitserfassung

	
<u>ZEITINTENSIVE BETREUUNG (ZiB)</u>	
<u>ZEITINTENSIVE BETREUUNG IM PFLEGEHEIM</u>	
Patientendaten	
Name	
Geburtsdatum _____	
Wohnbereich/Zimmer	
Telefon-Nummer für Rückfragen/Stationsleitung:	

Deckblatt aus Datenschutzgründen:

- ⇒ Nur zur Verwendung im Pflegeheim
- ⇒ Nicht zur Evaluation weitergeben



ZEITINTENSIVE BETREUUNG
IM PFLEGEHEIM

STATISTIK ZEITINTENSIVE BETREUUNG (ZiB)

Patientendaten		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Alter:	Bewohner-ID (1-20):	
Pflegeheim:	Beginn _____	
Was führt zur Aufnahme in ZiB?	Ende _____	
Palliativ relevante Diagnose	Diagnosekategorie	
	<input type="checkbox"/> onkologisch	
	<input type="checkbox"/> nichtonkologisch	
Anfrage und Versorgung		
Anfrage durch		
<input type="checkbox"/> ZiB-Kraft in der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Neuaufnahme	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme
<input type="checkbox"/> Pflege- oder Betreuungskraft in der Einrichtung		
<input type="checkbox"/> SAPV		
<input type="checkbox"/> Beratung Hospizteam		
<input type="checkbox"/> Hausarzt		
<input type="checkbox"/> Angehörige		
<input type="checkbox"/> Patient		
Sterbeort		
<input type="checkbox"/> in der Einrichtung		
<input type="checkbox"/> in der Klinik		
<input type="checkbox"/> sonstige Orte		
<input type="checkbox"/> nicht verstorben		
Externe Notfallmaßnahmen während der ZiB-Phase		
Anzahl Noteinweisungen ins Krankenhaus:		
Anzahl Notarzteinsätze:		
Weitere Beteiligte Dienste		
<input type="checkbox"/> SAPV	<input type="checkbox"/> sonstige: _____	(bitte benennen)
<input type="checkbox"/> Beratung Hospizteam		
<input type="checkbox"/> Hospizbegleitung		



ZEITINTENSIVE BETREUUNG
IM PFLEGEHEIM

Bewohner-ID (1 - 20): _____

Datum der Leistungserbringung: _____

Name ZiB-Kraft: _____

Leistung	Leistungsinhalt Nr. 1 – 12 (nur eine Leistung pro Zeile ankreuzen und dazugehörigen Zeitbedarf auswählen)	Zeitbedarf
A	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
B	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
C	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
D	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)



ZEITINTENSIVE BETREUUNG
IM PFLEGEHEIM

Leistung	Leistungsinhalt Nr. 1 – 12 (nur eine Leistung pro Zeile ankreuzen und dazugehörigen Zeitbedarf auswählen)	Zeitbedarf
E	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
F	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
G	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)
H	<input type="checkbox"/> 1. Zeitintensive Grundpflege <input type="checkbox"/> 2. Zeitintensive Mundpflege <input type="checkbox"/> 3. Zeitintensive Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> 4. Sitzwache pflegerisch <input type="checkbox"/> 5. Gespräch mit Bewohner (ZiB-Leistungsempfänger) <input type="checkbox"/> 6. Gespräch mit Arzt <input type="checkbox"/> 7. Angehörigen-/Familiengespräche <input type="checkbox"/> 8. Beratung (Bewohner, Angehörige) <input type="checkbox"/> 9. Erstellung eines palliativen Notfallplans <input type="checkbox"/> 10. Austausch mit bzw. Anleitung von Kollegen (bewohnerbezogen) <input type="checkbox"/> 11. Trauerbegleitung nach dem Versterben des Bewohners <input type="checkbox"/> 12. Sonstiges (Leistung bitte kurz mit einem Stichwort benennen): _____	<input type="checkbox"/> ca. 5 min <input type="checkbox"/> ca. 10 min <input type="checkbox"/> ca. 15 min <input type="checkbox"/> ca. 20 min <input type="checkbox"/> ca. 30 min <input type="checkbox"/> ca. 40 min <input type="checkbox"/> ca. 50 min <input type="checkbox"/> ca. 60 min <input type="checkbox"/> ca. 75 min <input type="checkbox"/> ca. 90 min <input type="checkbox"/> mehr als 90 min: _____ (bitte Dauer in min angeben)

A4 Nacherfassung zu Krankenhauseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätzen der versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner

Nacherfassung zu Krankenhauseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätzen der versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner

Ziel dieser kurzen Erhebung ist die Betrachtung der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Notfall) und Notarzteinsätze der durch ZiB-Kräfte versorgten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner (der dokumentierten ZiB-Fälle, bitte ausschließlich jene einbeziehen, die bereits verstorben sind).

Pflegeheim: _____

Ausfüllende/r Pflegefachperson (Erreichbarkeit für etwaige Rückfragen von IGES):

Name: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Bitte senden Sie die Nacherfassung via Mail, Fax oder Post an die nachfolgende Adresse zurück.

Bei Fragen zum Ausfüllen oder zu den Inhalten steht Ihnen bei IGES Freja Engelmann zur Verfügung:

Telefon: 030 / 230 809 217

E-Mail: freja.engelmann@iges.com

Fax: 030 / 230 809 11

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Hinweise:

- Bitte tragen Sie für die jeweilige Bewohnerin/den jeweiligen Bewohner die von Ihnen verwendete Fall-ID ein und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.
- Analog zur retrospektiven Falldokumentation sollen die Daten aus der Pflegedokumentation erhoben werden.
- Bitte betrachten Sie ausschließlich die letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum.

Fall ID: <i>[bitte eintragen]</i> _____	
Im Verlauf der letzten vier Wochen vor dem Sterbedatum gab es...	Notfallplan und Bedarfsmedikation
...eine deutliche Zunahme der Besuche des behandelnden Arztes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde ein palliativer Notfallplan im Rahmen der ZiB-Versorgung erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein Notfallplan war bereits vorhanden
...folgende Anzahl an Notarzteinsätzen: _____	Gab es eine Bedarfsmedikation aufgrund akuter Schmerzsituationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...folgende Anzahl Notfalleinweisungen ins Krankenhaus: _____	Wurden in der Sterbephase zusätzliche Medikamente zur Symptomlinderung verabreicht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<i>Wenn ja, für welche Symptome?</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Angst, Depression <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Delirium, Verwirrung <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhö <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Atemnot

A5 Informations- und Einwilligungsschreiben für die Angehörigenbefragung

Evaluation zum Projekt
Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB



Sehr geehrte Damen und Herren,

eine gute Begleitung und pflegerische Versorgung am Lebensende sind sowohl für die betroffene Person als auch für Sie als Angehörige/n von besonderer Bedeutung. Leider existieren in diesem Bereich in Deutschland noch einige Versorgungslücken und es mangelt an Zeit für persönliche Zuwendung. Das Projekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB“ der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung (PKV-Stiftung) hat den Anspruch, die Versorgung am Lebensende zu verbessern, indem es ein Sterben in Würde, Ruhe und Sicherheit ermöglicht. Das Projekt wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (STMGP) gefördert. Mit der Evaluation des Projekts wurde das IGES Institut Berlin beauftragt.

Um die pflegerische Versorgung am Lebensende künftig auch über das ZiB-Projekt hinaus zu verbessern, möchten wir um Ihre Mithilfe bitten. Ihre Erfahrung als Angehöriger einer von ZiB-Pflegekräften versorgten Person ist gefragt. Daher möchten wir Sie bitten, an unserer Befragung teilzunehmen.

Die Beantwortung des beiliegenden Fragebogens wird **etwa 15 - 20 Minuten** in Anspruch nehmen. Gehen Sie bitte den ganzen Fragebogen bis zum Ende durch.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Es entstehen Ihnen **keine** Nachteile, wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen. Die Befragung findet **anonym** statt. Es ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich. Ihre Antworten werden **anonym** und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (den Datenschutzhinweis finden Sie auf der Rückseite dieses Blattes) ausgewertet.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post (mit dem beigefügten Rückumschlag **ohne Angabe Ihrer Absenderadresse**) **zeitnah** zurück.

Bei Fragen können Sie unser Projektteam telefonisch oder via Mail erreichen unter:

E-Mail: freja.engelmann@iges.com

Telefon: 030 230 809 217

[Mo-Fr 9 bis 14 Uhr]

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Grit Braeseke vom IGES Institut

[Projektleitung]

[Diese Seite ist nur für Ihre Unterlagen]

Datenschutzhinweis

Studie zu Bedarf, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Modells „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB“

Dieser Datenschutzhinweis gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise sie genutzt werden. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Hintergrund der Studie

Das Projekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB“ erprobt eine spezielle Versorgung am Lebensende, die von qualifizierten Fachkräften (ZiB-Kräfte) für Bewohner von Pflegeheimen geleistet wird. Um die unmittelbaren Auswirkungen der ZiB-Versorgung auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und andere beteiligte Pflegekräfte sowie die Arbeitsabläufe in den Pflegeeinrichtungen zu ermitteln, evaluiert das IGES Institut Berlin dieses Vorhaben. Die Studie wird im Zeitraum von August 2021 bis Februar 2023 durchgeführt. Das Forschungsdesign ist vielfältig und umfasst u. a. Befragungen und Interviews mit Betroffenen und deren Angehörigen sowie Mitarbeitenden.

Ziel ist es, anhand von umfassenden Analysen zur Verbesserung der palliativen Versorgung beizutragen und ZiB in die Regelversorgung zu überführen.

Der Schutz Ihrer Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an der Befragung ist uns ein wichtiges Anliegen. Eine Rückverfolgbarkeit Ihrer Person anhand Ihres ausgefüllten Fragebogens ist nicht möglich (anonyme Befragung).

Verantwortlicher

Für die Datenverarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

Die Teilnahme an den Datenerhebungen erfolgt freiwillig.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach postalischem Versand der Fragebögen durch Sie ohne Angabe Ihrer Absenderadresse an die IGES Institut GmbH (im frankierten Rückumschlag). Ihre Antworten werden weder an den Auftraggeber (PKV-Stiftung) noch an andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Anhand der erhobenen Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich. Die Antworten werden ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Befragung ausgewertet. Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Befragung verbunden.

Betroffenenrechte

Die Befragung ist anonym und enthält keine personenbezogenen Daten. Eine Berichtigung, Sperrung oder Löschung der Daten ist auf Anforderung bei der IGES Institut GmbH aufgrund der anonymen Speicherung und Verarbeitung nicht möglich.

Sollten Sie Fragen zu diesem Datenschutzhinweis haben, können Sie sich unter der E-Mailadresse datenschutz@iges.com an den Datenschutzbeauftragten der IGES Institut GmbH wenden.

A6 Angehörigenfragebogen

Evaluation zum Projekt

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB



Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen vom jetzigen Zeitpunkt für **ca. sieben Tage** rückblickend aus. Ist Ihr/e Angehörige/r bereits verstorben, so denken Sie bitte zurück an die letzten sieben Tage vor dem Todestag.

Allgemeine Angaben

A1 Haben Sie Ihre/n Angehörige/n in den letzten sieben Tagen eng begleitet und können Aussagen zur pflegerischen Versorgung treffen?

Ja (weiter mit Frage A2)

Nein (Bitte beenden Sie den Fragebogen an dieser Stelle. Kennen Sie eine andere Person, die bereit wäre an der Befragung teilzunehmen und Aussagen zur Versorgung ihres Angehörigen machen kann? Dann leiten Sie bitte den Fragebogen an die entsprechende Person weiter.)

A2 In welchem Verhältnis stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sind Sie:

Ehe oder
Lebenspartner/in

Mutter

Vater

Schwiegersohn oder
Schwiegertochter

Kind

Geschwister

Freund/in

keine Angabe

Anderes Verhältnis:

A3 Konnten Sie in der aktuellen Pandemie-Situation Ihre/n Angehörige/n im Pflegeheim in den letzten sieben Tagen (vor dem Sterbedatum) so oft besuchen wie Sie es gerne wollten?

Ja

Nein

keine Angabe

Evaluation zum Projekt

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB

IGES

Lebensqualität im Kontext des Sterbeprozesses

Schätzen Sie bitte bei den nachfolgenden Aussagen ein, inwieweit die genannten Aspekte auf Ihre/n Angehörige/n zutreffen. Hinweis: Ist es Ihnen, z. B. aufgrund der schlechten Verfassung Ihres Angehörigen, nicht möglich, eine Aussage zu den Fragen zu treffen, so kreuzen Sie bitte das Feld „keine Angabe“ an.

B1 Die folgenden Aussagen beziehen sich auf soziale Lebensbereiche bzw. die Möglichkeiten sozialer Teilhabe im Sterbeprozess.

Mein(e) Angehörige(r)...	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
...verbrachte Zeit mit seinen/ihren Liebsten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...verabschiedete sich von seinen Liebsten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...wurde ein- oder mehrmalig von einem Seelsorger/ spirituellen Begleiter besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...wurde ein- oder mehrmalig von einem Hospizbegleiter besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

B2 Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Möglichkeiten Ihrer/s Angehörigen, den Alltag mit zu gestalten.

Mein(e) Angehörige(r)...	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
...schien Einfluss auf das zuhaben, was um ihn/sie herum geschah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
... nahm an wichtigen Ereignissen teil (z. B. Geburtstagen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
... hatte die Möglichkeit, sich an pflegerischen/medizinischen Entscheidungen zu beteiligen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...wusste, an wen er/sie sich bei Fragen wenden konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Seite 2 von 6

Evaluation zum Projekt
Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB



B3 Die folgenden Aussagen beziehen sich auf psychische Aspekte im Rahmen des Sterbeprozesses.

Mein(e) Angehörige(r)...	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
...schien Frieden mit dem Tod geschlossen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
... schien Angst vor dem Sterben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
... schien seine/ihre Würde und Selbstachtung zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...machte sich Sorgen um die Belastung seiner/ihrer Liebsten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...schien Sinn und Bedeutung für sein/ihr Leben gefunden zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...schien spirituellen Frieden gefunden zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...klärte für sich ungute Gefühle, die anderen gegenüber bestanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

B4 Die folgenden Aussagen beziehen sich auf physische bzw. körperliche Aspekte im Rahmen des Sterbeprozesses.

Mein(e) Angehörige(r)...	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
... hatte scheinbar keine Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...konnte Nahrung zu sich nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...schien ruhig zu atmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...hatte Energie für die meisten Dinge, die er/sie noch tun wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
...war in einem guten Pflegezustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Projekt ZiB

In diesem Bereich beziehen sich die Fragen auf die von Ihnen gemachten Erfahrungen im Rahmen des ZiB Projekts.

C1 Wie sind Sie auf das ZiB Projekt aufmerksam geworden?

- Eine Pflegekraft/ZiB-Kraft hat mich auf ZiB aufmerksam gemacht.
- Über das Pflegeheim /Hospizverein. Und zwar...
- ... gab es eine Informationsveranstaltung zu ZiB.
- ... wurde ich über Mail/Newsletter informiert.
- ... lagen Flyer/Informationsmaterialien im Pflegeheim aus
- ...über Informationen zu ZiB auf der Website des Pflegeheims.
- Ich habe davon gehört und selbst die Initiative ergriffen. Und zwar ...
- ... über die PKV-Stiftung.
- ... anders, und zwar: _____

C2 An dieser Stelle geht es um Ihre eigene Wahrnehmung im Zusammenhang mit der Versorgung durch die ZiB-Kräfte. Bitte prüfen Sie, ob folgende Aussagen zutreffen:

	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
Ich wusste immer, welche ZiB-Kräfte für meine/n Angehörige/n zuständig waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Gesprächsbedarf konnte ich mich immer an eine ZiB-Kraft wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich in alle Entscheidungsprozesse einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich über die gesundheitliche Verfassung meiner/s Angehörigen ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation zum Projekt
Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB



	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
Ich hatte das Gefühl, dass mir alle Fragen bezüglich der Pflege meines/meiner Angehörigen erklärt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Die ZiB-Kräfte hatten für meine Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

C3 Hat die Versorgung durch die ZiB-Kräfte Ihnen geholfen, mit Ihrer derzeitigen Situation umzugehen?

- Ja
- Nein, mir hat folgendes gefehlt: _____
- keine Angabe

C4 Bitte beurteilen Sie das Handeln der ZiB-Kräfte und schätzen Sie ein, inwieweit die nachfolgenden Aussagen in Bezug auf Ihre/n Angehörige/n zutreffen.

Die betreuenden ZiB-Kräfte...	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu	keine Angabe
... kamen den Wünschen meines/meiner Angehörigen soweit wie möglich nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
... standen meinem/meiner Angehörigen als verlässliche Ansprechperson zur Seite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
... nahmen sich für pflegerische Maßnahmen bei meiner/meinem Angehörigen viel Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Evaluation zum Projekt

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB



C5 Kennen Sie die „Patientenverfügung bei schwerer Krankheit“ für Ihren Angehörigen?

- Ja, ist mir bekannt [bitte weiter mit Frage C6]
 Nein, ist mir nicht bekannt [bitte weiter mit Frage C8]
 Ein solcher Versorgungsplan wurde nicht erstellt [bitte weiter mit Frage C8]
 keine Angabe

C6 Welcher Personenkreis wurde bei der Erstellung der „Patientenverfügung bei schwerer Krankheit“ durch die ZiB-Kraft beteiligt?

- nur mein/e Angehörige/r
 mein/e Angehörige/r zusammen mit mir oder einer/m anderen Angehörigen
 mit einer/m Betreuer/in bzw. bevollmächtigten Person
 keine Angabe

C7 Wurde der in der „Patientenverfügung bei schwerer Krankheit“ festgehaltene Wille Ihrer/s Angehörigen Ihrer Ansicht nach in der Versorgung berücksichtigt?

- Ja Nein, weil: _____
 Es gab keine Situation in welcher die Verfügung zum Tragen gekommen wäre.

C8 Sind Sie der Meinung, dass der Einsatz der ZiB-Kräfte für Sie und Ihre/n Angehörige/n Vorteile bringt?

- Ja, weil: _____

 Nein, weil: _____

 keine Angabe

C9 Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit der Betreuung Ihrer/s Angehörigen durch die ZiB-Kräfte?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden keine Angabe

C10 Würden Sie ZiB anderen Personen, die sich in einer ähnlichen Situation wie Sie befinden, empfehlen?

- Ja Nein keine Angabe

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie nun den Fragebogen im beiliegenden Umschlag ohne Angabe einer Absenderadresse an uns zurück.

Seite 6 von 6

A7 Informations- und Einwilligungsschreiben für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
Information und Einwilligung – Interviews

IGES

Sehr geehrte [*Name des Teilnehmenden*],

auf diesem Informationsblatt finden Sie Einzelheiten zu unserer Studie und dem dafür geplanten Interview. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch. Wenn Sie die Ausführungen gelesen haben und mit einer Teilnahme an dem Interview einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte auf der zweiten Seite.

Worum geht es in dem Projekt?

Das Projekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim – ZiB“ der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung (PKV-Stiftung) hat den Anspruch, die Versorgung am Lebensende zu verbessern, indem es ein Sterben in Würde, Ruhe und Sicherheit ermöglicht. Das Projekt wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (STMGP) gefördert. Mit der Evaluation des Projekts wurde das IGES Institut Berlin beauftragt.

Worum geht es in den Interviews?

Mit dem Interview erhoffen wir uns einen Einblick in Ihre pflegerische Versorgungssituation und wie zufrieden Sie mit der Betreuung hier in der [*Name der Einrichtung*] sind. Von Interesse ist Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen. Es sollen Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen erfasst werden, um die Versorgung künftig bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können.

Wann und wie sollen die Interviews stattfinden?

Die Interviews sollen zwischen dem [*Zeitraum angeben*] stattfinden. Sie dauern etwa 30 Minuten, werden persönlich bei Ihnen vor Ort durchgeführt und digital auf Tonband aufgezeichnet.

Datenschutzhinweis

Die Ergebnisse aus den Telefoninterviews werden **anonymisiert** ausgewertet, d. h. weder Ihr Name noch der Name des Pflegeheims werden im Zusammenhang mit Ihren Aussagen genannt. Ihre Teilnahme ist **freiwillig**.

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich. Wir nutzen grundsätzlich nur die personenbezogenen Daten, die zur Kontaktaufnahme und zur Durchführung eines telefonischen Interviews erforderlich sind. Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 lit a DSGVO, sofern Sie uns dazu die gesonderte Einwilligung erteilen, von uns kontaktiert zu werden. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein. Wir übermitteln Ihre Daten nicht an Dritte.

Sollten Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich direkt an den Datenschutzbeauftragten wenden. Die E-Mail-Adresse lautet: datenschutz@iges.com.

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
Information und Einwilligung – Interviews



Betroffenenrechte

Auf Anforderung teilen wir Ihnen gern mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben ferner das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Einwilligungserklärung

„Ich habe die Informationen zur Studie und zu den Interviews erhalten und verstanden. Ich bin einverstanden an dem Interview teilzunehmen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Alle personenbezogenen Daten werden, sobald der Forschungszweck es zulässt, spätestens aber nach Projektabschluss im März 2023 gelöscht.“

Name, Vorname: _____

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen zur Studie kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail (freja.engelmann@iges.com) oder rufen Sie uns an unter +49 30 230809217 (Freja Engelmann, Projektmitarbeiterin).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

A8 Interviewleitfaden für ZiB-Empfängerinnen und ZiB-Empfänger

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
Interviewleitfaden für ZiB Empfänger
[Name der Einrichtung]

IGES

Guten Tag Frau / Herr...,

erst einmal möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken für Ihre Bereitschaft, sich mit mir zu unterhalten.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie Zeit für einen Termin gefunden haben.

Das Forschungsinstitut IGES beschäftigt sich mit dem Projekt „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB“. Mit dem Interview erhoffen wir uns einen Einblick in Ihre Versorgungssituation und wie zufrieden Sie mit der Betreuung hier in der [Name der Einrichtung] sind.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen. Einzelne Teile des Interviews wollen wir später ggf. in einer anonymisierten Form berichten. Wenn Sie Namen von Angehörigen oder Mitarbeitenden im Gespräch nennen, werden diese später geändert/pseudonymisiert. Sie können also ganz freisprechen.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist und Sie das Recht haben, zu jeder Zeit abzubrechen.

Uns ist wichtig, dass Sie sich während des Interviews wohlfühlen. Sollten Sie sich also zu irgendeiner Zeit unwohl fühlen, geben Sie uns bitte Bescheid, dann können wir jederzeit das Interview pausieren oder auch ganz abbrechen.

Auch haben Sie die Möglichkeit, die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Das Interview wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person über die Stimme erfolgen kann. Mich interessiert Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen, lediglich Ihre Eindrücke, Empfindungen und Erfahrungen, die Sie mir schildern möchten, sind für mich von Interesse.

Wenn Sie im Vorfeld noch Fragen haben, können wir diese jetzt gerne klären.

Dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an...

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
 Interviewleitfaden für ZiB Empfänger
 [Name der Einrichtung]



Im Vorfeld des Interviews klären, welche ZiB-Kräfte für die Bewohnerin/den Bewohner zuständig sind und ob der Einsatz „ausschließlich“ als ZiB-Kraft erfolgt oder ob sie die Person auch außerhalb des Projekts pflegen.

Namen der ZiB-Kräfte notieren (Hinweis: Dies nur, damit im Gespräch mit den ZiB-Empfängern der korrekte Bezug hergestellt werden kann. Die Namen tauchen in der Auswertung nicht auf. Es geht nicht um eine personenbezogene Auswertung der Tätigkeit der ZiB-Kräfte. Gleiches gilt auch für den Namen der Einrichtung.):

1. Einstieg

Geschlecht notieren

1. Zu Beginn unseres Interviews würde ich Sie gern Fragen wie alt Sie sind?
2. Wie lange leben Sie schon in [Name der Einrichtung]?
3. Was war der Hauptgrund für Ihre Entscheidung zum Einzug ins Pflegeheim?

2. Themenbereich I Allgemeine Versorgung

Versorgungsbedürfnisse und Bedarfe: Angehörige, Verwandte und Freunde

Informationen aus 3. in die Fragestellung ggf. einbeziehen und nach weiteren Personen fragen.

4. Haben Sie Angehörige oder enge Freunde, die Sie regelmäßig besuchen und aktuell unterstützen?

Wenn 4. bejaht wird:

- 4.1 Wie unterstützt/unterstützen [genannte Person/en] Sie denn genau?
5. Wie regelmäßig haben Sie Kontakt zu [genannte/n Person/en]?

Hinweis Antwortskala: sehr häufig, häufig, selten oder nie

6. Kann/Können [genannte/n Person/en] so oft bei Ihnen im Pflegeheim sein wie Sie es gern möchten?

Wenn 6. verneint wird:

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
 Interviewleitfaden für ZiB Empfänger
 [Name der Einrichtung]



6.1 Woran liegt es, dass [genannte/n Person/en] nicht so oft bei Ihnen sein können?

Versorgungsbedürfnisse und Bedarfe: Pflegeheim als Zuhause

7. Welcher Person oder welchen Personen können Sie sich hier im Pflegeheim anvertrauen?

Versorgungswünsche

8. Wurde über Ihre Versorgungswünsche gesprochen bzw. gemeinsam mit Ihnen (und Ihren Angehörigen) eine Patientenverfügung bei schwerer Krankheit (PSK) erstellt?

Wenn 8. verneint:

9. Wer ist über Ihre Versorgungswünsche, also z. B. lebensverlängernde Maßnahmen oder letzte Wünsche informiert?

Hinweise geben, falls keine Nennung erfolgt: Angehörige, Freunde, [Name der ZiB-Kraft], Hausarzt, Pflegekräfte, Heimleitung

Wird nicht „Pflegekräfte“ oder „Heimleitung“ angegeben:

9.1 Sind Sie der Meinung, dass die Pflegekräfte hier im Heim über Ihre Versorgungswünsche z. B. lebensverlängernde Maßnahmen oder letzte Wünsche informiert werden sollten?

10. Wenn Sie selbst darüber entscheiden könnten, welchen Ort würden Sie sich zum Sterben aussuchen?

Hinweis geben falls keine Nennung erfolgt: das Pflegeheim, ein Hospiz, die Wohnung von jemand anderem (bei Kindern, Verwandten, Freunden), ein Krankenhaus

3. Themenbereich II Versorgung im ZiB Projekt

Im weiteren Verlauf des Interviews würde ich von Ihnen gern etwas über das Projekt zeitintensive Betreuung im Pflegeheim kurz ZiB genannt und die Betreuung durch [Name der ZiB-Kraft] erfahren. Sie nehmen ja aktuell an diesem Projekt teil und bekommen daher auch eine umfangreichere Betreuung, die über eine „normale“ Betreuung hinausgeht.

Einstieg in das Projekt ZiB

11. Wie kam es dazu, dass Sie in das ZiB-Projekt gekommen sind?

Versorgungsbedürfnisse und Bedarfe

12. Welche Symptome beeinträchtigen Sie derzeit am meisten?

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
 Interviewleitfaden für ZiB Empfänger
 [Name der Einrichtung]



Hinweis geben falls keine Nennung erfolgt: Schmerzen, Atemnot, Schwäche, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Mundtrockenheit, Schläfrigkeit, eingeschränkte Mobilität.

13. Können Sie einmal beschreiben wie [Name der ZiB-Kraft] Sie unterstützt?

Bei keiner Antwort weiter mit 13.1 ansonsten weiter mit 13.2:

13.1 Beschreiben Sie bitte das letzte Mal, als Sie von [Name der ZiB-Kraft] unterstützt wurden Schritt für Schritt.

13.2 Hilft Ihnen diese Unterstützung?

14. Würden Sie sich wünschen, dass im Zusammenhang mit Ihrer/n [genannte Symptome] weitere Maßnahmen ergriffen werden?

Versorgung durch die ZiB Kraft

15. Wie geben Sie [Name der ZiB-Kraft] Bescheid, wenn Sie ihre/seine Hilfe benötigen?

16. Wie geht [Name der ZiB-Kraft] mit Ihren Bedürfnissen und Wünschen um?

17. Kann [Name der ZiB-Kraft] Sie bei Ihren Ängsten und Sorgen unterstützen?

18. Fühlen Sie sich durch [Name der ZiB-Kraft] ausreichend informiert und beraten?

19. Wie wird/werden [genannte/r Angehörige/r] durch [Name der ZiB-Kraft] eingebunden?

Zufriedenheit

20. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuung durch [Name der ZiB-Kraft]? Bitte geben Sie einen Wert auf einer Skala von 1 bis 10 an, wobei 1 „gar nicht zufrieden“ und 10 „sehr zufrieden“ bedeutet.

21. Würden Sie anderen Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation wie Sie befinden, die Betreuung durch eine Pflegekraft wie [Name der ZiB-Kraft] empfehlen?

21.1 Warum?

Was wäre wenn...

22. Bitte versuchen Sie sich vorzustellen, es gäbe die Betreuung durch [Name der ZiB-Kraft] nicht. Wie wäre das für Sie?

Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim ZiB
Interviewleitfaden für ZiB Empfänger
[Name der Einrichtung]



4. Abschluss

23. Gibt es noch etwas, was Sie sich für Ihre Versorgung aktuell wünschen würden und Sie noch im Rahmen dieses Interviews mitteilen möchten?

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für Ihre Zeit und Offenheit bedanken.

A9 ZiB-Kräfte Befragung

Beruflicher Hintergrund	
Zunächst möchten wir Sie bitten, ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit zu machen.	
In welcher Einrichtung sind Sie derzeit beschäftigt?	
Wie lange arbeiten Sie in der Einrichtung?	
<input type="checkbox"/> Weniger als ein Jahr	<input type="checkbox"/> 1-3 Jahre
<input type="checkbox"/> 3-6 Jahre	<input type="checkbox"/> Über 6 Jahren
Sie sind derzeit beschäftigt als ...	
<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/> Pflegehilfskraft
<input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungsassistenten/in
<input type="checkbox"/> Wohnbereichsleitung	<input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar:
In welchem Beschäftigungsumfang arbeiten Sie derzeit (ohne die Stunden im Rahmen von ZiB)?	
	Stunden pro Woche: _____
Seit wann sind Sie im ZiB-Projekt als ZiB-Kraft tätig?	
	____. ____ [MM.JJ]
In welchem Beschäftigungsumfang arbeiten Sie derzeit für ZiB?	
	Stunden pro Woche: _____
Die Weiterbildung zur Palliative Care Fachkraft haben Sie ...	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> begonnen am ____ . ____ [MM.JJ]
	<input type="checkbox"/> geplant ab ____ . ____ [MM.JJ]
<input type="checkbox"/> Nicht begonnen und werden sie auch nicht beginnen, weil:	

Gründe eine ZiB-Kraft zu werden					
<p>Aus welchen Gründen haben Sie sich dazu entschieden, ZiB-Kraft zu werden?</p> <p><i>Bitte schätzen Sie die nachfolgenden Aussagen ein.</i></p> <p>Ich habe mich dazu entschieden ZiB-Kraft zu werden um...</p>					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	Keine Angabe
... perspektivisch mehr Zeit für eine fachlich gute Pflege und zugewandte Unterstützung der palliativen Bewohner und Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinem eigenen fachlichen Anspruch bei der Versorgung besser gerecht werden zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich vor allem fachlich weiterzuentwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die vorher als Überstunden geleistete Arbeit bezahlt zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mehr Gestaltungsspielräume bei der Organisation und Durchführung der palliativen Versorgung zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine bessere Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen in meiner Einrichtung zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinen Stellenumfang zu erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls ja: Hätten Sie Ihren Stellenumfang auch ohne ZiB erhöht?	Ja <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>				

<p>Könnten Sie sich vorstellen, dass die Möglichkeit, eine ZiB-Kraft in der Einrichtung zu werden ein Anreiz für Pflegekräfte wäre, z. B. nach längerer Pause wieder in den Beruf einzusteigen?</p>		
Ja	Nein	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiterbildung zur Palliative Care Kraft und fachliche Begleitung durch die regionalen Koordinatoren der Hospizvereine	
Was genau woll(t)en Sie mit der Weiterbildung Palliativ Care erreichen? <i>[Mehrfachantwort möglich: bitte kreuzen Sie die Motivationen an, die am meisten zutreffen]</i>	
Ich will meine beruflichen Kompetenzen den aktuellen Veränderungen der Arbeitswelt anpassen.	<input type="checkbox"/>
Ich will meine fachlichen Kompetenzen erweitern, um beruflich aufzusteigen.	<input type="checkbox"/>
Ich will vor allem an fachlicher Sicherheit im Pflegealltag gewinnen.	<input type="checkbox"/>
Die Weiterbildung zur Palliative Care Kraft ist/war Voraussetzung, um als ZiB-Kraft arbeiten zu können.	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <i>[bitte nennen]</i>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

	Treffen die folgenden Aussagen bezgl. der Begleitung durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren des Hospizvereins zu?				Keine Angabe
	trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	
Das Angebot der fachlichen Begleitung hat mir die Entscheidung, ZiB-Kraft zu werden, erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jederzeit eine/n Ansprechpartner/in bei fachlichen Rückfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der fachliche Austausch mit der/dem Koordinatorin/Koordinator des Hospizverein gibt mir Sicherheit im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Halten Sie die enge Begleitung durch den Hospizverein auch für künftige ZiB-Kräfte für erforderlich?					Keine An- gabe
Unbe- dingt ja	Eher ja	Eher nein	nein		
Halten Sie die enge Begleitung durch den Hospizverein auch für künftige ZiB-Kräfte für erforderlich?	<input type="checkbox"/>				
↳ Falls eher nein/nein: Begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.					<input type="checkbox"/>

Ist es Ihrer Ansicht nach wünschenswert, dass alle Beschäftigten Ihrer Einrichtungen eine Grundqualifizierung Palliativ Care/Letzte Hilfe absolvieren (ungeachtet der Finanzierung)?					Keine An- gabe
Unbe- dingt ja	Eher ja	Eher nein	nein		
Weiterbildung für alle <u>Beschäftigten</u> (einschl. Verwaltung, Hauswirtschaft)	<input type="checkbox"/>				
↳ Falls eher nein/nein: Begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.					<input type="checkbox"/>
Weiterbildung für alle <u>Pflege- und Betreuungskräfte</u>					
Weiterbildung für alle <u>Pflege- und Betreuungskräfte</u>	<input type="checkbox"/>				
↳ Falls eher nein/nein: Begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.					<input type="checkbox"/>

Übernahme einer neuen fachlichen Rolle					
Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie Ihre <u>ZiB-Tätigkeit und neue fachliche Rolle</u> im Arbeitsalltag erleben.					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
<u>Kolleginnen und Kollegen</u> holen sich bei mir fachliche Unterstützung bei Fragen zur palliativen Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu und trifft überhaupt nicht zu: Gibt es dafür einen Grund?					<input type="checkbox"/>
Auch über meine Abteilung hinweg stehe ich anderen Bereichen meiner Einrichtung bei Fragen zur palliativen Versorgung zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu und trifft überhaupt nicht zu: Gibt es dafür einen Grund?					<input type="checkbox"/>
Die Kommunikation mit den Ärzten und Ärztinnen hat sich durch ZiB verbessert und ist mehr „auf Augenhöhe“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dadurch, dass ich mehr Zeit habe, hat sich die Beziehung zu den (palliativen) Bewohnerinnen und Bewohnern positiv verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu und trifft überhaupt nicht zu: Gibt es dafür einen Grund?					<input type="checkbox"/>
Die von mir betreuten <u>palliativen Bewohnerinnen und Bewohner</u> nehmen mich als Hauptansprechperson in Fragen der palliativen Versorgung wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu und trifft überhaupt nicht zu: Gibt es dafür einen Grund?					<input type="checkbox"/>

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Die <u>Angehörigen</u> der von mir betreuten palliativen Bewohnerinnen und Bewohner nehmen mich als Hauptansprechperson in Fragen der palliativen Versorgung wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu und trifft überhaupt nicht zu: Gibt es dafür einen Grund?					<input type="checkbox"/>

Inwieweit erhalten Sie Anerkennung und Wertschätzung von den folgenden Personengruppen für Ihre Arbeit als ZiB-Kraft bei der Versorgung und Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende?					
	Sehr häufig	oft	selten	nie	Keine Angabe
Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/>				
Angehörige	<input type="checkbox"/>				
Kolleginnen und Kollegen (keine ZiB-Kräfte)	<input type="checkbox"/>				
Vorgesetzte und Leitungspersonal	<input type="checkbox"/>				
Ärzte und Ärztinnen	<input type="checkbox"/>				

Auswirkungen von ZiB auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation in den Pflegeheimen	
Hat sich an den Arbeitsabläufen im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Ihrer Einrichtung aufgrund von ZiB etwas geändert?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, es hat sich folgendes geändert... <i>(bitte in kurzen Sätzen antworten)</i>
<input type="checkbox"/> Keine Angabe	

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie Ihre ZiB-Tätigkeit in Bezug auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation erleben.					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Die Kolleginnen und Kollegen werden durch den Einsatz der ZiB-Kräfte punktuell entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ZiB-Einsätze müssen im Dienstplan gesondert berücksichtigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Planung der ZiB-Einsätze verursacht einen Mehraufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine ZiB-Tätigkeit lässt sich nur schwer von meiner „normalen Arbeitszeit“ trennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine zusätzliche Zeit beim Bewohner/bei der Bewohnerin ist es möglich, die Pflegeplanung und eine bedarfsgerechte Versorgung zielgerichteter zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bewerten Sie ob sich die Häufigkeit der nachfolgenden Standards/Verfahren seit Beginn von ZiB verändert haben.				
	häufiger	un- verändert	seltener	Weiß ich nicht / Kann ich nicht sa- gen
Aufnahmebogen inklusive der Abfrage einer Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Überprüfung einer bestehenden Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung spezifischer Symptom-Erhebungen (z. B. anhand von Schmerzskalen, Instrumenten zur Erfassung von Delir, Atemnot oder auch Mangelernährung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung einer über die Patientenverfügung hinausgehenden Patientenverfügung bei schwerer Krankheit (PSK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sind Mittelpunkt ihrer Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbezug von Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende bei der Versorgungsplanung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende an der Versorgungsplanung (sofern noch möglich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen und Risiken von Krankenhausaufenthalten werden bei Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende sorgfältig abgewogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bewerten Sie ob sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Diensten / Angeboten seit Beginn von ZiB verändert haben.				
	häufiger	un- verändert	seltener	Weiß ich nicht / Kann ich nicht sagen
Anfrage von SAPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung durch den Hospizverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsangebot „ASB-Wünschewagen“,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsangebot Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsangebot Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere seit ZiB verstärkt genutzte Unterstützungsmöglichkeiten / Angebote / Dienste: <i>[Antwort bitte in kurzen Sätzen oder Stichpunkten]</i>				<input type="checkbox"/>

Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, Arbeitszufriedenheit					
Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie Ihre <u>Tätigkeit als ZiB-Kraft</u> im Arbeitsalltag erleben.					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich habe genug Zeit, palliative Bewohnerinnen und Bewohner zur Palliativversorgung zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch ZiB gibt es ausreichend Zeit für die Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe durch ZiB die Zeit, Angehörige in Ruhe zu begleiten und zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch ZiB erhöht sich für Personen in der Sterbephase die Versorgungsqualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ZiB-Empfängerinnen/-empfänger fühlten sich meiner Ansicht nach gut und umfassend versorgt (mehr Sicherheit, Ruhe, Zufriedenheit ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor ZiB war die palliative Versorgung nur mit Überstunden zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch mein palliatives Fachwissen schaffe ich es, Notsituationen (z. B. häufige Notarzteinsätze, Krankenhauseinweisungen) durch geeignete Maßnahmen zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZiB hat dazu beigetragen, dass ich mich in der Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner sicherer fühle.		
<input type="checkbox"/> Ja, weil....	<input type="checkbox"/> Nein, weil...	<input type="checkbox"/> Keine Angabe

Hat die ZiB-Zeit im Großen und Ganzen für die Versorgung palliativer Personen ausgereicht?

Ja

Nein, weil...

Keine
Angabe

Alles in allem betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in der Pflege insgesamt?

sehr
zufrie-
den

Eher
zufrie-
den

eher
unzufrie-
den

Sehr unzu-
frieden

Keine
Angabe

Meine Arbeitszufriedenheit hat sich durch die Aufgabe als ZiB-Kraft ...

Sehr ver-
bessert

Eher
verbes-
sert

eher
verschlech-
tert

Sehr ver-
schlechtert

Keine
An-
gabe

↳ Wenn „eher verschlechtert“ woran liegt das?

Keine
An-
gabe

Was gefällt Ihnen am ZiB-Konzept besonders gut?

[Antwort bitte in kurzen Sätzen oder Stichpunkten]

Was könnte zukünftig am ZiB-Konzept verbessert werden?

[Antwort bitte in kurzen Sätzen oder Stichpunkten]

Was müsste sich in Ihrer Einrichtung ändern, damit sich ZiB langfristig etablieren kann?
[Antwort bitte in kurzen Sätzen oder Stichpunkten]

Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz – uns interessiert dabei, was es für Sie persönlich und Ihren Arbeitsalltag bedeuten würde (nicht aus Sicht der Bewohnerinnen oder Bewohner bzw. der Einrichtung):

Sollte ZiB nach Ende der Projektlaufzeit in meiner Einrichtung nicht fortgeführt werden, dann ...

[Antwort bitte in kurzen Sätzen oder Stichpunkten]

A10 Einrichtungsbefragung: Leitungen

Beruflicher Hintergrund			
Zunächst möchten wir Sie bitten, ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit zu machen.			
In welcher Einrichtung sind Sie derzeit beschäftigt?			
Wie lange arbeiten Sie in der Einrichtung?			
<input type="checkbox"/>	Weniger als ein Jahr	<input type="checkbox"/>	1-3 Jahre
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3-6 Jahre
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Über 6 Jahre
Sie sind derzeit beschäftigt als ...			
<input type="checkbox"/>	Einrichtungsleitung	<input type="checkbox"/>	Qualitätsmanagement-Beauftragte/r
<input type="checkbox"/>	Pflegdienstleitung	<input type="checkbox"/>	Leitung Sozialdienst
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Wohnbereichsleitung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges und zwar:		
In welchem Beschäftigungsumfang arbeiten Sie derzeit?			Stunden pro Woche: _____
Arbeiten Sie derzeit auch als ZiB-Kraft?		<input type="checkbox"/>	Ja
		<input type="checkbox"/>	Nein

Entwicklung der palliativen Versorgung in der Einrichtung, Organisationsentwicklungsprozess

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen:	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Die Bedeutung der palliativen Versorgung am Lebensende in Pflegeheimen nimmt weiter zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine gute pflegerische Versorgung von palliativen Bewohnerinnen/Bewohnern erfordert Pflegefachkräfte mit einer spezifischen Weiterbildung in Palliativ Care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine gute pflegerische Versorgung von palliativen Bewohnerinnen/Bewohnern ist mit den aktuell vereinbarten Personalschlüsseln leistbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gute pflegerische Versorgung von sterbenden Bewohnerinnen/Bewohnern braucht mehr Zeit, als üblicherweise zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme am ZiB-Projekt hat zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in unserer Einrichtung geführt (d. h. neben dem Einsatz von ZiB-Kräften wurde z. B. das Palliativkonzept fortgeschrieben /überarbeitet oder es wurden neue Verfahrensanweisungen entwickelt o. ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ (Alle Antwortoptionen) Bitte erläutern Sie kurz Ihre Antwort.	_____ Freitext				<input type="checkbox"/>
Die fachliche Begleitung durch den Hospizverein stärkt die Kompetenzen unserer Pflegekräfte in der palliativen Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu: Bitte begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.	_____ Freitext				<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme am ZiB-Projekt hat die regionale Zusammenarbeit/Vernetzung mit anderen Akteuren der Palliativversorgung gefördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu: Bitte begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.	_____ Freitext				<input type="checkbox"/>

Hat sich an den Arbeitsabläufen im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung von Bewohner/innen innerhalb Ihrer Einrichtung aufgrund von ZiB etwas geändert?

- Nein Ja, es hat sich folgendes geändert...
(bitte in kurzen Sätzen antworten)

_____ *Freitext*

- Keine Angabe

Bitte bewerten Sie, ob sich die Häufigkeit der nachfolgenden Standards/Verfahren seit Beginn von ZiB verändert haben.

	Häufiger	unverändert	seltener	Weiß ich nicht / Kann ich nicht sagen
Aufnahmebogen inklusive der Abfrage einer Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Überprüfung einer bestehenden Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung spezifischer Symptom-Erhebungsbögen (z. B. Schmerzskalen, Instrumente zur Erfassung von Delir, Atemnot oder auch Mangelernährung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen einer Patientenverfügung bei schwerer Krankheit /eines palliativen Notfallplans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sind Mittelpunkt ihrer Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbezug von Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende in die Versorgungsplanung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende an der Versorgungsplanung (sofern noch möglich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen und Risiken von Krankenhausaufenthalten werden bei Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende sorgfältig abgewogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einfluss auf Arbeitsabläufe und Versorgungsqualität

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie das ZiB-Projekt in Bezug auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation erleben.					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Die Kolleginnen und Kollegen werden durch den Einsatz der ZiB-Kräfte entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ZiB-Einsätze müssen im Dienstplan gesondert berücksichtigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Planung der ZiB-Einsätze verursacht einen Mehraufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war schwierig, die ZiB-Einsätze von der „normalen Arbeitszeit“ der Pflegekräfte zu trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Einsatz der ZiB-Kräfte ist es einfacher, die Pflegeplanung und eine bedarfsgerechte Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Einsatz von ZiB-Kräften entsteht ein höherer Abstimmungsaufwand im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleginnen und Kollegen greifen auf das (Fach-)Wissen der ZiB-Kräfte zurück wenn sie Fragen oder Ängste im Zusammenhang mit der Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie hat sich die Qualität der Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende in Ihrer Einrichtung seit Implementierung von ZiB verändert?									
<input type="checkbox"/>	wesentlich verbessert	<input type="checkbox"/>	etwas verbessert	<input type="checkbox"/>	Nicht verändert	<input type="checkbox"/>	Verschlechtert	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
↳ <i>Wenn nicht verändert oder gar verschlechtert:</i>									
Woran liegt das Ihrer Meinung nach?									
_____ (Freitext)									
<input type="checkbox"/> Keine Angabe									

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Veränderung der Versorgungsqualität:

Durch die Einführung des ZiB-Projekts ...

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	Keine Angabe
... finden die Wünsche der palliativen Bewohnerinnen und Bewohner verstärkt Berücksichtigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist es palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern häufiger möglich, in der vertrauten Umgebung des Pflegeheims zu versterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gibt es bei Qualitätsprüfungen bessere Ergebnisse (Medizinischer Dienst / Heimaufsicht).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie die neue fachliche Rolle der ZiB-Kraft und das Aufgabenverständnis von ZiB erleben.

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	Keine An- gabe
Das Aufgabengebiet der ZiB-Kräfte ist eindeutig abgrenzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu: Bitte begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.	_____ Freitext				<input type="checkbox"/>
Angehörige von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ZiB wenden sich bei Fragen zur palliativen Versorgung vorrangig an die ZiB-Kräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu: Bitte begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.	_____ Freitext				<input type="checkbox"/>
Angehörige palliativer Bewohnerinnen und Bewohner geben seit ZiB öfter positives Feedback.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kommunikation mit den Ärzten und Ärztinnen hat sich durch ZiB verbessert und findet mehr „auf Augenhöhe“ statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZiB-Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen

<p>Sollte Ihrer Ansicht nach künftig für <u>alle Mitarbeitenden</u> im Heim eine Grundweiterbildung Palliative Care (z. B. Fortbildung „Palliative Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit 40 Unterrichtseinheiten / kurze In-Haus-Schulungen) angeboten werden?</p>		
<input type="checkbox"/>	Ja	
<input type="checkbox"/>	Nein	
<input type="checkbox"/>	Nicht für alle, nur für folgende Berufsgruppen/Bereiche:	
	<input type="checkbox"/>	Pflegefachkräfte
	<input type="checkbox"/>	Pflegehilfskräfte
	<input type="checkbox"/>	Therapeut/innen (Ergotherapie/Physiotherapie)
	<input type="checkbox"/>	Sozialpädagog/innen Sozialarbeiter/innen
	<input type="checkbox"/>	Personal in der Verwaltung
	<input type="checkbox"/>	Leitung / Geschäftsführung
	<input type="checkbox"/>	Personal in der Betreuung
	<input type="checkbox"/>	Personal im Bereich Hauswirtschaft
	<input type="checkbox"/>	Personal im haustechnischen Bereich
	<input type="checkbox"/>	Weitere Berufsgruppen/Bereiche:

<p>Sollte Ihrer Ansicht nach künftig <u>für alle Pflegefachkräfte</u> im Heim eine Weiterbildung Palliative Care mit 160 Unterrichtseinheiten (UE) angeboten werden?</p>		
Ja	nein	Weiß ich nicht / Kann ich nicht sagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>↳ Falls nein, was würden Sie stattdessen vorschlagen?</p>		
<p>Wie hoch müsste Ihrer Meinung nach das ZiB-Stundenkontingent (zusätzliche Arbeitszeit) pro Monat insgesamt in Ihrer Einrichtung sein, um den palliativen Versorgungsbedarf in Ihrer Einrichtung gut abdecken zu können? (Hinweis: im Projekt hatten die meisten Einrichtungen zwei ZiB-Kräfte mit jeweils 20 Stunden pro Monat, d. h. zusammen mit den 10 Stunden der Einrichtung 50 Stunden pro Monat zur Verfügung.)</p>		
<p>_____ (numerisch) Stunden pro Monat</p>		

Bitte schätzen Sie die nachfolgende Aussage ein.

„Es braucht für die pflegerische Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende ein Team von Pflegefach und -hilfskräften mit Grundweiterbildung Palliative Care (mit 40 Unterrichtseinheiten / kurze In-Haus-Schulungen), welches (an)geleitet wird von einer Pflegefachkraft mit 160 Stunden Weiterbildung Palliative Care als koordinierende Person mit Prozessverantwortung.“

Ja, das wäre aus unserer Sicht fachlich geboten für stationäre Pflegeeinrichtungen

Nein, das wäre aus unserer Sicht fachlich nicht geboten für stationäre Pflegeeinrichtungen

Weiß ich nicht / Kann ich nicht sagen

↳ Falls ja, Wie hoch müsste Ihrer Meinung nach das ZiB-Stundenkontingent (zusätzliche Arbeitszeit) pro Monat insgesamt in Ihrer Einrichtung sein, um den palliativen Versorgungsbedarf in Ihrer Einrichtung gut abdecken zu können?

Für eine koordinierende Palliative Care Fachkraft mit 160-Stunden-Palliative-Care Weiterbildung:

_____ (numerisch) Stunden pro Monat

Für das Team aus Pflegefach- und Hilfskräften mit Grundweiterbildung

_____ (numerisch) Stunden pro Monat

Weiß ich nicht / Kann ich nicht sagen

↳ Falls nein: was würden Sie stattdessen vorschlagen? [Bitte geben Sie bei konkreten Vorschlägen das geschätzte Stundenkontingent an.]

_____ Freitext

Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, allgemeine Arbeitszufriedenheit

Wie hat sich die allgemeine Arbeitszufriedenheit in Ihrer Einrichtung seit Implementierung des ZiB verändert? Bitte geben Sie Ihre Einschätzung zu folgenden Aussagen ab:	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe/weiß nicht
Das ZiB-Konzept findet Zustimmung bei allen Beschäftigten im Pflegeheim (einschl. Betreuungskräfte, Hauswirtschaft und Verwaltung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu und trifft überhaupt nicht zu: Was ist Ihrer Ansicht nach der Grund dafür?	_____ <i>Freitext</i>				<input type="checkbox"/>
Seit Einführung von ZiB ist in den Wohnbereichen, wo ZiB-Kräfte eingesetzt sind, die Anzahl der Überstunden zurückgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit Einführung von ZiB gibt es in den Wohnbereichen, wo ZiB-Kräfte eingesetzt sind, weniger krankheitsbedingte Fehltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Übernahme der ZiB-Tätigkeit steigt die Bereitschaft der Pflegekräfte, ihre Arbeitszeit auszuweiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit Einführung von ZiB bewerben sich mehr Pflege-/Betreuungskräfte in unserer Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft überhaupt nicht zu: Was ist Ihrer Ansicht nach der Grund dafür?	_____ <i>Freitext</i>				<input type="checkbox"/>
Unsere Beschäftigten sprechen positiv über das ZiB-Projekt (im Bekanntenkreis, in sozialen Medien etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Teilnahme am ZiB-Projekt wirkt sich positiv auf den Ruf unserer Einrichtung in unserer Region aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Könnten Sie sich vorstellen, dass die Möglichkeit, eine ZiB-Kraft in der Einrichtung zu werden, ein Anreiz für Pflegekräfte sein könnte, wieder in den Beruf (z. B. nach längerer Pause) einzusteigen?		
Ja	Nein	Keine Angabe/weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was könnte zukünftig am ZiB-Konzept verbessert werden?
_____ <i>Freitext</i>

Langfristige Implementierung, Verstetigung von ZiB in der Einrichtung

Die nachfolgenden Fragen zur langfristigen Implementierung des ZiB Konzeptes beziehen sich auf die folgenden Grundelemente:

ein zusätzliches regelhaftes Zeitkontingent für die Versorgung palliativer Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende

den Einsatz von Pflegekräften mit Weiterbildung im Bereich Palliative Care

eine fachliche Kooperation mit einem Hospizverein

Die vertragsrechtliche Konstruktion der zusätzlichen Anstellung der ZiB Kraft beim Hospizverein im Modellprojekt ist dabei nicht gemeint.

Soll ZiB in Ihrer Einrichtung nach Projektende weitergeführt werden?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wurde noch nicht entschieden	<input type="checkbox"/> Weiß nicht / Keine Angabe
↳ Falls ja: Wie wird die Refinanzierung sichergestellt?			
<i>Bitte antworten Sie in kurzen Sätzen oder Stichpunkten</i>			
_____ <i>Freitext</i>			

↳ Falls Nein: Welchen Grund gibt es ZiB nicht weiterzuführen?	
<i>[Mehrere Antworten möglich]</i>	
<input type="checkbox"/>	Aufgrund des Personalmangels ist es zu schwierig, geeignete Pflegefachkräfte zu finden.
<input type="checkbox"/>	Aufgrund der Personalfluktuation ist der Aufwand zu hoch, immer wieder neue ZiB-Kräfte weiterzubilden.
<input type="checkbox"/>	Die Finanzierung des zusätzlichen Personalaufwandes ist nach Projektende nicht sichergestellt.
<input type="checkbox"/>	Das Konzept ZiB bringt in unserer Einrichtung nicht den gewünschten Nutzen.
<input type="checkbox"/>	Weitere Gründe, bitte nennen: _____ <i>Freitext</i>

Aus welchen Mitteln sollten Ihrer Meinung nach die ZiB-Leistungen künftig regelhaft finanziert werden?	
<i>[Mehrfachauswahl möglich]</i>	
<input type="checkbox"/>	Pflegekasse
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse (SGB V)
<input type="checkbox"/>	Spenden
<input type="checkbox"/>	Sonstige Mittel, bitte nennen: _____ <i>Freitext</i>

Was müsste neben der Refinanzierung in Ihrer Einrichtung noch gegeben sein, damit sich ZiB langfristig etablieren kann?
_____ <i>Freitext</i>

Haben Sie abschließend noch weitere Anmerkungen und Anregungen in Bezug auf das Projekt ZiB oder ggf. Wünsche mit Blick auf die Zukunft von ZiB?
_____ <i>Freitext</i>

A11 Einrichtungsbefragung: Kolleginnen und Kollegen

Eingangsfrage (Kriterium für die Teilnahme)
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mit ZiB-Kräften zusammengearbeitet?
<input type="checkbox"/> Ja (dann beginnen Sie bitte den Fragebogen)
<input type="checkbox"/> Nein (Bitte beenden Sie den Fragebogen an dieser Stelle. Kennen Sie andere Kolleginnen und Kollegen der ZiB-Kräfte, die bereit wären an der Befragung teilzunehmen? Dann leiten Sie bitte den Fragebogen an die entsprechende Person weiter.)

Allgemeine Angaben

Beruflicher Hintergrund
Zunächst möchten wir Sie bitten, ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit zu machen.
In welcher Einrichtung sind Sie derzeit beschäftigt?
Wie lange arbeiten Sie in der Einrichtung?
<input type="checkbox"/> Weniger als ein Jahr <input type="checkbox"/> 1-3 Jahre <input type="checkbox"/> 3-6 Jahre <input type="checkbox"/> Über 6 Jahren
Sie sind derzeit beschäftigt als ...
<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Pflegehilfskraft <input type="checkbox"/> Betreuungsassistentin / Betreuungsassistent
<input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar:

Entwicklung der palliativen Versorgung in der Einrichtung, Organisationsentwicklungsprozess, Qualifikation

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen:					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	Keine Angabe
Die Bedeutung der palliativen Versorgung am Lebensende in Pflegeheimen nimmt immer weiter zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine gute pflegerische Versorgung von palliativen Bewohnerinnen/Bewohnern erfordert Pflegefachkräfte mit einer spezifischen Weiterbildung in Palliativ Care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gute pflegerische Versorgung von sterbenden Bewohnerinnen/Bewohnern braucht mehr Zeit, als üblicherweise zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie eine Pflegefachkraft ? Dann bitte folgenden zwei Frage beantworten:		
Sollte Ihrer Ansicht nach künftig für <u>alle Mitarbeitenden</u> im Heim eine Grundweiterbildung Palliative Care (z. B. Fortbildung „Palliative Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit 40 Unterrichtseinheiten / kurze In-Haus-Schulungen / Letzte-Hilfe-Kurs) angeboten werden?		
<input type="checkbox"/>	Ja	
<input type="checkbox"/>	Nein	
<input type="checkbox"/>	Nicht für alle, nur für folgende Berufsgruppen/Bereiche:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegefachkräfte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegehilfskräfte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapeut/innen (Ergotherapie/Physiotherapie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialpädagog/innen Sozialarbeiter/innen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal in der Verwaltung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leitung / Geschäftsführung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal in der Betreuung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal im Bereich Hauswirtschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal im haustechnischen Bereich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitere Berufsgruppen/Bereiche:

Auswirkungen von ZiB auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation in den Pflegeheimen

Hat sich an den Arbeitsabläufen im Zusammenhang mit der palliativen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Ihrer Einrichtung aufgrund von ZiB etwas geändert?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, es hat sich folgendes geändert... <i>(bitte in kurzen Sätzen antworten)</i>
<input type="checkbox"/> Keine Angabe	

Können Sie sich bei Fragen zur palliativen Versorgung an eine ZiB-Kraft wenden?

Ja
 Nein
 Teils-teils
 Weiß ich nicht / keine Angabe

↳ Bei Nein und teils-teils: Woran hat das gelegen?

Bitte nennen Sie uns kurz das Problem:

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie die ZiB-Tätigkeit in Bezug auf Arbeitsabläufe bzw. die Arbeitsorganisation erleben.

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Durch den Einsatz der ZiB-Kräfte werde ich bei meiner Arbeit entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durch den Einsatz von ZiB-Kräften entsteht ein höherer Abstimmungsaufwand in unserem Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ich kann auf das (Fach-)Wissen der ZiB-Kräfte zurückgreifen, wenn ich Fragen oder Ängste im Zusammenhang mit der Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Wie hat sich die Qualität der Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende in Ihrer Einrichtung seit Implementierung von ZiB verändert?

<input type="checkbox"/> wesentlich verbessert	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> Nicht verändert	<input type="checkbox"/> Verschlechtert	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
--	---	--	---	---------------------------------------

↳ Wenn nicht verändert oder gar verschlechtert: Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

(Freitext)

Bitte bewerten Sie, ob sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Diensten/Angeboten seit Beginn von ZiB verändert haben.				
	häufiger	un- verändert	seltener	Weiß ich nicht / Kann ich nicht sa- gen
Anfrage von SAPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung durch den Hospiz- verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsangebot „ASB-Wünschewagen“,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsangebot Seel- sorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	häufiger	un- verändert	seltener	Weiß ich nicht / Kann ich nicht sa- gen
Unterstützungsangebot Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere seit ZiB verstärkt ge- nutzte Unterstützungsmög- lichkeiten/Angebote/Dienste				<input type="checkbox"/>
	_____ <i>Freitext</i>			

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie die neue fachliche Rolle der ZiB-Kraft und das Aufgabenverständnis von ZiB erleben.					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	Keine Angabe
Das Aufgabengebiet der ZiB-Kräfte ist eindeutig abgrenzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu : Bitte begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.	_____ <i>Freitext</i>				<input type="checkbox"/>
Durch das Fachwissen der ZiB-Kraft im Hintergrund fühle ich mich im Umgang mit palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern sicherer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Beratung und Anleitung der ZiB-Kraft schaffe ich es, palliative Bewohnerinnen und Bewohner besser zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ZiB wenden sich bei Fragen zur palliativen Versorgung vorrangig an die ZiB-Kräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Falls trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu : Bitte begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.	_____ <i>Freitext</i>				<input type="checkbox"/>
Angehörige palliativer Bewohnerinnen und Bewohner geben seit ZiB öfter positives Feedback.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zufriedenheit mit dem ZiB-Konzept, Arbeitszufriedenheit

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie die <u>Tätigkeit der ZiB-Kraft</u> im <u>Arbeitsalltag</u> erleben.					
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Durch ZiB gibt es ausreichend Zeit für die Versorgung von palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch ZiB gibt es jetzt Zeit, Angehörige in Ruhe zu begleiten und zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch ZiB erhöht sich für Personen in der Sterbephase die Versorgungsqualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor ZiB war die palliative Versorgung nur mit Überstunden zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in der Pflege insgesamt?					
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	
Könnten Sie sich vorstellen, dass die Möglichkeit, die Rolle einer ZiB-Kraft zu übernehmen, ein Anreiz für Pflegekräfte sein könnte, wieder in den Beruf einzusteigen (z. B. nach längerer Pause)?					
Ja	Nein		Weiß ich nicht		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Könnten Sie sich vorstellen, selbst ZiB-Kraft in der Einrichtung zu werden?					
Ja	Nein	Weiß ich nicht		Ist nicht möglich	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
↳ Bei nein: warum nicht? [Mehrfachantworten möglich]					
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Zeit für eine Weiterbildung.				
<input type="checkbox"/>	Fachlich interessiert es mich nicht.				
<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____ <i>Freitext</i>				

Haben Sie Ideen, wie das ZiB-Konzept noch verbessert werden könnte?

_____ *Freitext*

Würden Sie sich nach Projektende weiterhin eine ZiB-Kraft in Ihrer Einrichtung wünschen?

Ja

Nein

Weiß ich nicht

Haben Sie abschließend noch weitere Anmerkungen und Anregungen in Bezug auf das Projekt ZiB oder ggf. Wünsche mit Blick auf die Zukunft von ZiB?

_____ *Freitext*

Literaturverzeichnis

1. Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, Stichling K, Jansky M, Nauck F et al. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: Inanspruchnahme und regionale Verteilung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2020; 63(12):1502–10. doi: 10.1007/s00103-020-03240-6.
2. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, Hrsg. Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung. Halle (Saale); 2015.
3. Fleischmann-Struzek C, Mikolajetz A, Reinhart K, Curtis RJ, Haase U, Thomas-Rüddel D et al. Hospitalization and Intensive Therapy at the End of Life. Dtsch Arztebl Int 2019; 116(39):653–60. doi: 10.3238/arztebl.2019.0653.
4. Zich K, Sydow H. Sterbeort Krankenhaus: Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. Gütersloh; 2015. Faktencheck Gesundheit. Verfügbar unter: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf.
5. Hoffmann F, Allers K. Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase: eine Analyse von Krankenkassenroutinedaten. Z Gerontol Geriatr 2021; 54(3):247–54. doi: 10.1007/s00391-020-01716-3.
6. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016.
7. Heckel M, Bussmann S, Stiel S, Ostgathe C, Weber M. Validation of the German Version of the Quality of Dying and Death Questionnaire for Health Professionals. Am J Hosp Palliat Care 2016; 33(8):760–9. doi: 10.1177/1049909115606075.
8. Heckel M, Bussmann S, Stiel S, Weber M, Ostgathe C. Validation of the German Version of the Quality of Dying and Death Questionnaire for Informal Caregivers (QODD-D-Ang). J Pain Symptom Manage 2015; 50(3):402–13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.020.
9. Vogt A, Stiel S, Heckel M, Goebel S, Mai SS, Seifert A et al. Assessment of the quality of end-of-life care: translation and validation of the German version of the "Care of the Dying Evaluation" (CODE-GER) - a questionnaire for bereaved relatives. Health Qual Life Outcomes 2020; 18(1):311. doi: 10.1186/s12955-020-01473-2.
10. Munn JC, Zimmerman S, Hanson LC, Williams CS, Sloane PD, Clipp EC et al. Measuring the quality of dying in long-term care. J Am Geriatr Soc 2007; 55(9):1371–9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01293.x.
11. Puente-Fernández D, Jimeno-Ucles R, Mota-Romero E, Roldán C, Froggatt K, Montoya-Juárez R. Cultural Adaptation and Validation of the Quality of Dying in Long-Term Care Scale (QoD-LTC) for Spanish Nursing Homes. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(10). doi: 10.3390/ijerph18105287.

12. Ihme D, Kopitzsch F, Kränzle Susanne, Müller-Busch C, Voltz R, Weihrauch B. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie; 2016.
13. Peters J, Heckel M, Ostgathe C. Schlüsselbegriffe in der Palliativversorgung. Berlin; 2020.
14. Renner K-H, Jacob N-C. Das Interview. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020.
15. Götzenbrucker G, Griesbeck M, Preibisch K. Qualitative Interviewforschung mit vulnerablen Gruppen: methodologische Reflexionen zum Einsatz von Präsenz-, Telefon- und Videotelefonie-Interviews in einem Forschungsprojekt zu Angst und Mobilität [Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol. 23 No. 3 (2022)] 2022. doi: 10.17169/FQS-23.3.3934.
16. Köppen M von, Schmidt K, Tiefenthaler S. Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In: Partizipative Forschung: Springer VS, Wiesbaden; 2020. S. 21–62 Verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-30361-7_2.
17. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag; 2010. (Lehrbuch). Verfügbar unter: <http://d-nb.info/1002141753/04>.
18. Bock K, Miethe I, Hrsg. Handbuch qualitative Methoden in der sozialen Arbeit. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich; 2010. Verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-86649-255-4>.
19. Bogner A, Littig B, Menz W. Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. (Qualitative Sozialforschung. Praktiken - Methodologien - Anwendungsfelder).
20. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Neuausgabe. Weinheim: Beltz; 2010. (Beltz Pädagogik). Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1143991>.
21. Hach M, Goudinoudis K, Müller A. Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung. Berlin; 2018.
22. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. Palliativversorgung: Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, Praxisbeispiele und rechtliche Hinweise; 2020. PraxisWissen. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf.
23. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Hrsg. Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung: Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern. München; 2011.

24. GKV-Spitzenverband, Hrsg. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung: Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Berlin; 2020.
25. Gemeinsamer Bundesausschuss, Hrsg. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung: (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL); 2021.
26. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Hrsg. Begutachtungsanleitung, Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung. Essen; 2019.
27. GKV-Spitzenverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V., Berlin, Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin et al., Hrsg. Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V SAPV zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 26.10.2022. Berlin; 2022.
28. Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode. Drucksache 18/5170: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG). Berlin; 2015.
29. Arzt & Wirtschaft online, Hrsg. Abrechnung: Wann Ärzte die Beratung von Heimbewohnern in Rechnung stellen dürfen; 29.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.arzt-wirtschaft.de/abrechnung/abrechnung-wann-aerzte-die-beratung-von-heimbewohnern-in-rechnung-stellen-duerfen/>.
30. Bretschneider K, Kasprick L, Luderer C. „Elisabeth Mobil mbH“ – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Raum Halle (Saale) – eine wissenschaftliche Auswertung. Palliativmedizin 2012; 13(01):36–46. doi: 10.1055/s-0031-1292836.
31. Behrendt S, Schwinger A. Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Verfahren, Ergebnisse und Anwendungsoptionen. Berlin; 2023.
32. Schwinger A, Jürchott K, Behrendt S, Guerra FA, Stegbauer C, Willms G et al. Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende: Eine empirische Bestandsaufnahme. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, Hrsg. Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege; 2022. S. 53–74.
33. Behrendt S, Guerra FA, Räker M, Jürchott K, Klauber J, Schwinger A. Die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflege: Eine Befragung in deutschen Pflegeheimen. Berlin; 2022 [Stand: 29.09.2022].

Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produnkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_befragung_lebensende_07_2022.pdf.

34. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Übersicht der Netzwerke in Bayern [Stand: 22.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/netzwerke-in-der-hospiz-und-palliativversorgung/uebersicht-der-netzwerke-in-bayern/>.
35. Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e.V., Hrsg. Stationäre Hospize in Bayern. Landshut; 2022.
36. Der Landesverband; 2020 [Stand: 02.03.2023]. Verfügbar unter: <https://sapv-bayern.de/ueber-uns/>.
37. Palliativversorgung; o. J. [Stand: 02.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/palliativversorgung/>.
38. Wir über uns; 2022 [Stand: 02.03.2023]. Verfügbar unter: <https://hospize-bayern.de/>.
39. Bayerische Stiftung Hospiz. Hospiz- und Palliativbewegung in Bayern [Stand: 07.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/index.php>.
40. Landesverband SAPV Bayern. Willkommen auf der Homepage des Landesverbandes SAPV Bayern e.V. [Stand: 07.04.2022]. Verfügbar unter: <https://sapv-bayern.de/>.
41. Sabatowski R, Radbruch L, Loick G, Nauck F, Müller M. Palliativmedizin 2000: Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. s.l.; 1999.
42. Pleschberger S, Müller-Mund G. Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: S. 165–85.
43. Brantner S, Rademacher A. Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim: Pilotprojekt 2018-2019. München; 2019.
44. Krollner B, Krollner M. ICD-Code 2022; 2022 [Stand: 22.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM.html>.
45. Todesursachenstatistik; 2022 [Stand: 26.01.2023]. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gasts&p_aid=63447626&p_sprache=D&p_help=1&p_indnr=8&p_indsp=3196&p_ityp=H&p_fid=.
46. World Health Organization, Hrsg. Essential Medicines in Palliative Care; 2013.
47. World Health Organization, Hrsg. Model List of Essential Medicines: 22nd List (2021); 2021.

-
48. Henderson M, MacGregor E, Sykes N, Hotopf M. The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliative medicine* 2006; 20(4):407–12. doi: 10.1191/0269216306pm1151oa.
 49. Statistisches Bundesamt, Hrsg. Kostennachweis der Krankenhäuser 2021; 2022.
 50. SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

