

Betroffenen eine Stimme geben (Teil 2)

Die Perspektive der Sorgenden

Ergebnisbericht zur Befragung
im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

Autor*innen:

Sandra Kurkowski, Dirk Müller und Thomas Palavinskas

Projektleitung:

Dirk Müller (Palliative Care)

Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gem. GmbH

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie

Richard-Sorge-Straße 21A

D 10249 Berlin

dirk.mueller@unionhilfswerk.de

Tel: +49 30 42265833

Berlin, den 05.04.2022



Inhalt

1	Einleitung und Fragestellung	3
2	Methodik	4
2.1	Erhebungsmethode	4
2.2	Auswertungsmethode	4
3	Ergebnisse	5
3.1.	Stichprobenbeschreibung	5
3.2	Impulsfrage	5
3.3	Frage 1	5
3.4	Frage 2	6
3.5	Frage 3	6
3.6	Frage 4	6
4	Ergebnisse Vertiefung	7
4.1.	Stichprobenbeschreibung	7
4.2	Frage 1a_Vertiefung	7
4.3	Frage 1b_Vertiefung	8
4.4	Frage 2a_Vertiefung	8
4.5	Frage 2b_Vertiefung	9
4.6	Frage 3_Vertiefung	10
4.7	Frage 4_Vertiefung	11
5	Fünf Kernziele aus dem Ergebnisbericht zur Befragung im NPG Berlin	12
6	Ergebniseinbettung und Diskussion	13
7	Stärken und Limitationen	15
8	Kontakt	15

1. Einleitung und Fragestellung

2011 gründete sich in Berlin das Netzwerk Palliative Geriatrie (NPG Berlin) mit dem Ziel, in Einrichtungen der Altenhilfe den Alltag von Menschen am Lebensende so normal und selbstbestimmt wie möglich zu gestalten. Die Auseinandersetzung mit Aspekten der Palliativen Geriatrie erfordert die Bereitschaft, auf dem Feld der Altenpflege neu zu denken und zu handeln, besonders in etablierten Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Es gilt, mit Mut und Empathie eine bewusste Sorgeskultur zu gestalten und somit die Haltung für ein Miteinander zu stärken. Ein Netzwerk bietet ideale Möglichkeiten, sich im Kontext der palliativgeriatrischen Entwicklung anzuregen und auszutauschen¹.

Das NPG Berlin umfasst aktuell etwa 70 Einrichtungen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe. Das vom Kompetenzzentrum für Palliative Geriatrie (KPG) entwickelte und koordinierte NPG Berlin repräsentiert ca. 6.000 Bewohner*innen und ca. 5.000 Mitarbeiter*innen, die unterschiedlichen Trägern und Trägerverbänden angehören².

Im berlinweiten Netzwerk befassen sich die Mitglieder von Anfang an mit Aspekten rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer und damit, wie sie die Versorgung, Begleitung und Unterstützung von Bewohner*innen und ihren Zugehörigen in den Einrichtungen verbessern können.

Die Corona-Pandemie hat u. a. zu Einschränkungen und auch zu starken Kontaktbeschränkungen sowie zu hohen Belastungen auf Seiten der Bewohner*innen, Angehörigen und Nahestehenden und beim Pflege- und Betreuungspersonal geführt. In den Netzwerktreffen klangen jeweils Diskussionen darüber an, was dennoch in den im NPG-Berlin-netzten Einrichtungen möglich war, was dort getan und gelebt wurde.

Um dieses Wissen zusammenzuführen und strukturiert aufzuarbeiten, hat sich das KPG die Frage gestellt, ob und wie das im Rahmen der Netzwerkarbeit gewonnene Wissen, die damit verbundene Reflexion und die Auseinandersetzung mit anderen Mitgliedern, über die Zeit der weiterhin bestehenden Pandemie hinweggeholfen hat und in ähnlichen Krisensituationen weiterhelfen kann.

Im Vorfeld der hier vorliegenden Befragung von Vertreter*innen der im NPG Berlin organisierten Netzwerkpartner*innen (Teil 2) fand Ende 2020 eine der Befragung von Heimbewohner*innen unter dem Titel „Betroffenen eine Stimme geben. Befragung Berliner Heimbewohner*innen zu Besuchswünschen in der Covid-19-Pandemie“ (Teil 1) statt. Die Berliner Fach- und Spezialberatungsstelle Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)³ und das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG)⁴ richteten sich unter fachlicher Expertise der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie⁵ an alle im Zeitraum von 2018 bis 2020 über KPG Bildung⁶ geschulten Berater*innen in der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (GVP)⁷. Diese Berater*innen befragten Pflegeheimbewohner*innen, die sich in einem laufenden oder abgeschlossenen GVP-Prozess befanden, nach ihrer Auffassung/Entscheidung zu Besuchen von Angehörigen/Nahestehenden und/oder zu unterstützenden Besuchsangeboten sowie zur Akzeptanz einer ggf. infrage kommenden Krankenhausversorgung. Der Abschlussbericht⁸ dieses Befragungsteils 1 wurde Anfang 2021 vorgelegt und im Land Berlin, im NPG Berlin sowie auf der 16. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin⁹ diskutiert.

¹ Kompetenzzentrum für Palliative Geriatrie (o. J.). Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin. Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke/npg-berlin.html>

² Kompetenzzentrum für Palliative Geriatrie (2019). Palliative Geriatrie: Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege. Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin. Download: https://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/NPG_Berlin/20190603_Flyer_NPG_Berlin_EndV.pdf

³ www.hospiz-aktuell.de

⁴ www.palliative-geriatrie.de

⁵ www.fgpg.eu

⁶ www.palliative-geriatrie.de/bildung

⁷ www.palliative-geriatrie.de/gvp

⁸ Vgl. Abschlussbericht vom 27.01.2021. https://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Forschung/20210203_Bericht_Betroffenen_eine_Stimme_geben_Teil_1_KPG_EndV.pdf

⁹ www.palliative-geriatrie.de/fachtagung

2. Methodik

2.1. Erhebungsmethode

In einer ersten Phase fand eine Fokusgruppe mit 37 Teilnehmer*innen im NPG Berlin statt; durchgeführt im Rahmen des 41. „großen“ Netzwerktreffen¹⁰ am 16.09.2021 mittels Moderation und analoger Ergebniserfassung und nachgeordnet erfassten Vertiefungen in zwei weiteren „kleinen“ Netzwerktreffen¹¹ am 05.10.2021 und 19.10.2021. Dabei gestaltete sich die Fokusgruppe im 41. Netzwerktreffen abweichend der klassischen Methodik, da es an dieser Stelle zuerst explorativ zur Erfassung von den die Teilnehmer*innen beschäftigenden Aspekten sowie Priorisierungen kam.

Die beiden vertiefenden Erfassungen (05.10.2021 und 19.10.2021) gestalteten sich gemäß einer klassischen Fokusgruppe im Sinne einer Gruppendiskussion, in der die Teilnehmer*innen sich gegenseitig in ihren Antworten hören, darauf Bezug nehmen, eigene Antworten reflektieren sowie mit eigenen Beispielen ergänzen und miteinander in Interaktion und Diskussion treten konnten. Es wurden den Teilnehmer*innen keine Antworten und Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Bezüglich der konkreten Methodendurchführung gestaltete sich diese beim 41. Netzwerktreffen am 16.09.2021 so, dass die Teilnehmer*innen in das Thema eingeführt wurden sowie daraufhin eine im KPG entwickelte Impulsfrage präsentiert bekamen. Diese Impulsfrage beantwortete jede*r Teilnehmer*in für sich mittels eines Moderationskärtchens. Auf die Impulsfrage folgten vier entwickelte inhaltlich tiefergehende Fragen, welche im Vorfeld multiprofessionell im KPG ausgearbeitet worden sind. Bei den inhaltlichen Fragen folgte das Vorgehen analog zu der Impulsfrage und die Teilnehmer*innen konnten an dieser Stelle pro Frage eine bis maximal drei Antworten geben. Alle Moderationskärtchen wurden abgezählt an die Teilnehmer*innen ausgegeben und waren farblich für die Auswertung den jeweiligen Fragen zugeordnet. Abschließend wurden die jeweiligen Antworten von den teilnehmenden Personen pro Frage priorisiert und entsprechend Priorisierung sortiert.

Die Methodendurchführung an den beiden vertiefenden Erfassungen in den „kleinen“ Netzwerktreffen am 05.10.2021 und 19.10.2021 gestaltete sich gemäß einer klassischen Fokusgruppe. Analog zur explorativen Befragung am vorangegangenen „großen“ Netzwerktreffen erhielten die Teilnehmer*innen eine Einführung in das Thema sowie daraufhin sechs tiefergehende inhaltliche Fragen gestellt. Die vertiefenden Fragen wurden aus den Auswertungen der vorangegangenen explorativen Befragung abgeleitet. Nach Vorlesen der Frage im Plenum/in der Gruppe wurden Antworten einzelner Netzwerkpartner*innen gegeben, von den anderen ergänzt, diskutiert, mit eigenen Beispielen hinterlegt, reflektiert und dabei weiterführende Aspekte benannt. Diese Antworten und Gedanken wurden dann im Prozess gebündelt, kommunikativ validiert, an die Teilnehmer*innen zur Validation zurückgegeben und anschließend auf Moderationskärtchen vermerkt.

2.2. Auswertungsmethode

Die Auswertung gestaltete sich im Groben angelehnt an eine zusammenfassende Inhaltsanalyse¹², jedoch ohne klassische Gütekriterien und Abstimmungsprozesse.

Im Anschluss an das „große“ 41. Netzwerktreffen wurden die Kärtchen sowohl nach farblicher Zuordnung als auch Priorisierung eingesammelt sowie anschließend mittels Microsoft Excel erfasst, Kategorien gebildet, die Antworten subsumiert, geclustert und dadurch zusammengefasst.

Analog wurde bei den beiden vertiefenden Befragungen vorgegangen und dabei eine neue Auswertungstabelle angelegt. Beide Auswertungstabellen befinden sich nach Fragen sortiert im gleichen Dokument, so dass vergleichend über verschiedene Tabellenblätter hinweg gearbeitet werden konnte.

Die aus den Befragungen zusammengefassten Ergebnisse sind nachfolgend dargestellt.

¹⁰ Es handelt sich um ein Veranstaltungsformat, an dem je ein/e verantwortliche Ansprechpartner*in jedes Netzwerkpartners Zugang hat.

¹¹ Es handelt sich um ein Veranstaltungsformat, zu dem je ein/e verantwortliche Ansprechpartner*in jedes Netzwerkpartners der Regionalgruppen Zugang hat. Die Themen in den je kleineren Netzwerkgruppen unterscheiden sich grundsätzlich nicht.

¹² Vgl. nach Mayring

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobenbeschreibung

- An der Fokusgruppe nahmen insgesamt 37 Teilnehmer*innen aus 32 Mitgliedseinrichtungen teil; davon fünf Personen aus fünf Einrichtungen der Eingliederungshilfe.
- Von den Teilnehmer*innen liegen sozio-demografische Daten vor.
 - Dabei ergab sich eine Geschlechterverteilung von 83,78% weiblichen sowie 16,22% männlichen Personen.
 - Die Altersverteilung wies eine Spannbreite von 37-62 Jahren auf und lag im Durchschnitt bei gerundet 52 Jahren.
 - Der überwiegende Anteil der Teilnehmer*innen stammte aus dem Arbeitsfeld der stationären Altenhilfe (81%) sowie dem Berufsfeld der Pflege (59%).
 - Weiter kamen die Teilnehmer*innen aus den Berufsgruppen (Sozialarbeit 8% und Psychologie 3%). Eine Lücke der Prozentzahlen ergibt sich u. a. aus unklaren Zuordnungen durch Mehrfachnennungen.
 - Die Berufserfahrung der Teilnehmer*innen lag bei durchschnittlich 26 Jahren (Range: 8-42 Jahre).
 - Bei den Fragen handelt es sich um offene Fragestellungen, d. h. es wurden keine Auswahlantworten vorgegeben. Im Nachhinein wurden die Fragen dann zu Gruppen zusammengefasst.

3.2. Impulsfrage

Hat Ihnen das im Rahmen der NPG Berlin-Arbeit gewonnene Wissen, die damit verbundene Reflektion und die Auseinandersetzung damit über die Zeit und die Beschränkungen der Pandemie hinweggeholfen?

Ergebnisse:

- Insgesamt beantworteten diese Frage 36 von 37 Teilnehmer*innen. Dies entspricht einem Rücklauf von 97%.
 - Hiervon beantworteten 83% der antwortenden Teilnehmer*innen die Frage mit „Ja“ und erleben bzw. erlebten die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer durch die Netzwerkarbeit im NPG Berlin als unterstützend für den Umgang und die Bewältigung der Pandemie.

3.3. Frage 1

Was hat Ihnen im Umgang mit den Herausforderungen der Pandemie geholfen? (Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)

Ergebnisse:

- Diese Frage beantworteten 37 Teilnehmer*innen mit mindestens einem Aspekt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 100%.
- Die als persönlich priorisiert gewerteten Antworten lagen dabei vor allem im Bereich
 - erlebte Unterstützung durch Kolleg*innen, andere Mitarbeiter*innen und Führungskräfte (n=18, entspricht: 49%)
 - persönliche Einstellungen und Werte (wie bspw. positiv zu denken und Hoffnung zu haben; n=8, entspricht: 22%)
 - erlebte Unterstützung durch Kooperationspartner*innen und Netzwerkpartner*innen (n=4, entspricht: 11%)
 - Unterstützung durch Familie und Freunde (n=3, entspricht: 8%)
 - Unterstützung durch erlebte Dankbarkeit (n=2, entspricht 5%)
 - Wissen und Information(en) zu haben bzw. zu erhalten (n=2, entspricht: 5%)



3.4. Frage 2

Was hat es Ihnen besonders schwer gemacht/was war besonders schwer? (Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)

Ergebnisse:

- Diese Frage beantworteten 37 Teilnehmer*innen mit mindestens einem Aspekt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 100%.
- Die als persönlich priorisiert gewerteten Antworten lagen dabei vor allem im Bereich der/des
 - Kontaktbeschränkungen und damit verbundener Beschränkungen der Nähe sowie einer räumlichen Begrenztheit (n=11, entspricht: 30%)
 - Personalmangel und -not (n=9, entspricht: 24%)
 - Unzufriedenheit mit politischen Entscheidungen und Vorgaben (z. B. zu kurze zeitliche Frist zur Umsetzung angeordneter Maßnahmen sowie zu häufige und zu schnelle Änderungen), (n=6, entspricht: 15%)
 - Kommunikationsbarrieren und -herausforderungen, z. B. mit Behörden und Gesundheitsämtern (n=5, entspricht: 14%)
 - Psychische Belastungen, wie bspw. Ungewissheiten oder die Sorge um Bewohner*innen oder Mitarbeiter*innen (n=5, entspricht: 14%)
 - Instabilität des Alltags (n=1, entspricht: 3%)

3.5. Frage 3

Was hätten Sie sich gewünscht? (Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)

Ergebnisse:

- Diese Frage beantworteten 37 Teilnehmer*innen mit mindestens einem Aspekt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 100%.
- Die als persönlich priorisiert gewerteten Antworten lagen dabei vor allem im Bereich der
 - verschiedenen Ressourcen, wie bspw. mehr Personal oder mehr Zeit zur Verfügung zu haben (n=16, entspricht 44%)
 - Unterstützung durch Politik und Entscheidungsträger*innen, wie bspw. weniger bürokratische Vorgaben, stattdessen eine klare Nachvollziehbarkeit und Transparenz sowie Einheitlichkeit (n=10, entspricht 28%)
 - Sichtbarkeit, Anerkennung und des Vertrauens (nachhaltig, keine Schuldzuweisungen, größere Lobby) (n=6, entspricht 15%)
 - Dem Wunsch nach mehr Austausch und Zusammenhalt (n=3, entspricht 8%)
 - Möglichkeit individueller Anpassungen und Freiräume, wie bspw. flexiblen Arbeitszeiten oder einer palliativen Begleitung ohne komplette persönliche Schutzausrüstung (n=2, entspricht: 5%)

3.6. Frage 4

*Konnten Sie sich in der Zeit der Pandemie auf Ihre Kooperationspartner*innen verlassen?*

Ergebnisse:

- Diese Frage beantworteten 33 von 37 Teilnehmer*innen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 89%.
- Von diesen beantworteten 29 Teilnehmer*innen die Frage mit „Ja“, wonach sich 88% der Teilnehmer*innen auf ihre Kooperationspartner*innen verlassen konnten.
- Als häufigste Kooperationspartner*innen wurden in diesem Kontext aufgezählt:
 - Ärztinnen und Ärzte: n=20
 - NPG-Netzwerkpartner*innen: n=6
 - Kolleg*innen / Team: n=5
 - Hospizdienste: n=4
 - Leitungen/Träger/GF: n=4
- Darüber hinaus wurden auch die Zusammenarbeit und Unterstützung durch Mitarbeiter*innen und Strukturen der IT, des QM und der Heimaufsicht oder des Heimbeirates lobend erwähnt.

4. Ergebnisse Vertiefung

4.1. Stichprobenbeschreibung

- An den vertiefenden Fokusgruppen nahmen insgesamt 19 Teilnehmer*innen teil. Der Fokus lag dabei auf der Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen während der Pandemie.
- Von 17 Teilnehmer*innen liegen sozio-demografische Daten vor.
 - Dabei ergab sich eine Geschlechterverteilung von 14 weiblichen und 3 männlichen Personen.
 - Die Altersverteilung wies einen Rang von 42-62 Jahren auf und lag im Durchschnitt bei rund 55 Jahren.
 - Der überwiegende Anteil der Teilnehmer*innen kam aus dem Arbeitsfeld der stationären Altenhilfe (74%) sowie dem Berufsfeld der Pflege (32%).
 - Weiter kamen die Teilnehmer*innen aus den Berufsgruppen (Sozialarbeit 21% und Psychologie 11%, Sonstige 26%).
 - Die Berufserfahrung der Teilnehmer*innen lag bei durchschnittlich 24 Jahren (Range: 9-44 Jahre).

4.2. Frage 1a_Vertiefung

*Was haben Sie an Unterstützung durch Kolleg*innen als besonders hilfreich erlebt?*

Ergebnisse:

- Pragmatik in der Umsetzung von Vorschriften
- Kreativität und Flexibilität
- Rückhalt und Einheit der Mitarbeiter*innen untereinander sowie auch der Einrichtungsleitung
- Starke Unterstützungs- und Einsatzbereitschaft
- Geduld und Verständnis miteinander
- Starker Zusammenhalt
- Kommunikation/Entlastung
- Haltungsveränderung
- Verlässlichkeit, dass andere sich an private Einschränkungen halten

Als Beispiele werden u. a. als besonders prägnant für die Versorgungspraxis hervorgehoben, dass

- Kolleg*innen in der Lösungsfindung unterstützt haben,
- die Last gemeinsam getragen wurde,
- sich gemeinsam in Diskussionen mit uneinsichtigen Besucher*innen und Zugehörigen gestützt wurde und
- das starke Gemeinschaftsgefühl in besonders herausfordernden Zeiten getragen wurde und Umgangs-/Lösungsmöglichkeiten bewirkt und aufgezeigt hat.

Dabei kommt Kommunikation eine zentrale Rolle zu. Sowohl in Form von transparenter Kommunikation zur Schaffung von Klarheit und Lösungsorientierung als auch in Form von kollegialer Beratung und Austausch zur (persönlichen) Entlastung.

Dies wird noch einmal besonders virulent vor dem Hintergrund, dass sich Mitarbeiter*innen zeitgleich persönlich und privat weiter eingeschränkt und Kontakte reduziert haben, um die Wahrscheinlichkeit der Übertragung und Ansteckung von Bewohner*innen reduzieren zu können.

Darüber hinaus zeigte sich teilweise eine Haltungsveränderung gegenüber bisher wenig(er) genutzten Kommunikationsformen, wie beispielsweise Videokonferenzen, die wiederum als Entlastung erlebt wurden.

4.3. Frage 1b_Vertiefung

*Was haben Sie an Unterstützung durch Kooperationspartner*innen als besonders hilfreich erlebt?*

Ergebnisse:

- Routine und Stabilität
- Freiheit
- Kollegialität nach außen
- Heimaufsicht
- Gesundheitsamt
- Unterstützung der Bundeswehr
- Krankenkassen
- Digitalisierung
- Austausch
- Unaufgeregtheit
- Verständnis
- (moralische) Unterstützung von außen

Im Spannungsfeld von Routine/Stabilität und Freiheit äußerten die Teilnehmer*innen, wie unterstützend die Freiheit beispielsweise in Hinblick auf Aspekte der Personalplanung empfunden wurde und wie hilfreich die Stabilität und Routine in Form von Zuverlässigkeit bereits eingespielter Strukturen und Kooperationspartner*innen war.

Kollegialität nach außen meint hierbei die hilfreiche Unterstützung durch die Möglichkeit der offenen Nachfrage bei Kooperationspartner*innen und anderen Einrichtung nach deren Auslegung und Umsetzung der verschiedenen Vorschriften und Anordnungen.

Auf institutioneller Ebene wurde die Unterstützung der Heimaufsicht sowie des Gesundheitsamts dahingehend als hilfreich erlebt, als dass feste Ansprechpartner*innen zur Verfügung standen, diese transparent kommuniziert und verlässlich agiert haben. Als besonders positiv wurde auch deren Nachfrage (eigeninitiativ) aufgenommen, ob die entsprechenden Einrichtungen etwas benötigen oder wie sich die Situation aktuell vor Ort gestalte.

Die Unterstützung der Bundeswehr wurde v. a. in Hinblick auf damit verfügbare zusätzliche Ressourcen (Testen und Impfen) sowie deren sehr guten, unkomplizierten und schnellen Arbeitsweise hervorgehoben.

Im Bereich der Krankenkassen wurde die vereinfachte Verordnungsführung sowie die Möglichkeit der Durchführung von Tele-Visiten mit Hausärztinnen und Hausärzten (Digitalisierung) als sehr entlastend und unterstützend erlebt.

Im Bereich der psychosozialen Unterstützungsfaktoren wurde erneut die (persönliche) Entlastung durch verschiedene Austauschformate hervorgehoben sowie das Erleben von Verständnis (z. B. bei Lieferant*innen - z. B. Apotheke – oder Wäscheservice – für veränderte Anfahrtswege) oder einer Unaufgeregtheit im Sinne der Zusammenarbeit (z. B. im Finden von schnellen und pragmatischen Lösungen bei fehlender Schutzausrüstung) sowie (moralische) Unterstützung von außen. Hier wurden beispielsweise Bürger*innen-Initiativen, Fensterkonzerte für Bewohner*innen oder Blumen- oder Pizzageschäfte benannt, welche kleine Aufmerksamkeiten in die Einrichtungen liefern ließen.

4.4. Frage 2a_Vertiefung

Was haben Sie an eigenen psychischen Belastungen erlebt? Welche (weiteren) Belastungen haben sich daraus ergeben? (Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)

Ergebnisse:

- Verantwortlichkeit
- Hilflosigkeit
- Ansteckungsgefahr
- Fehlende / unzureichende Schutzausrüstung
- Tragen des Belastungserleben anderer (zusätzlich)
- Tragen der Einschränkungen

- Instabilität
- Dauer
- Ruhelosigkeit

In Hinblick auf die Verantwortlichkeit wurde es als besonders belastend erlebt, dass beispielsweise Barrieren und Abgrenzungen errichtet werden mussten, Mitarbeiter*innen selbst der „permanente Zeigefinger“ sein und zurechtweisen mussten sowie sich mit Vorwürfen und Uneinsichtigkeiten (sowohl von Bewohner*innen und Angehörigen/Nahestehenden als auch anderer Mitarbeiter*innen) konfrontiert sahen und sich der Verantwortung gegenüber sahen, gegebenenfalls Fehlentscheidungen tragen zu müssen. Zeitgleich und die empfundene Belastung der Verantwortlichkeit potenzierend, bestand ein Gefühl der Hilflosigkeit.

Darüber hinaus ergaben sich Belastungen durch Sorgen der Ansteckungsgefahr (sowohl die Sorge um die Ansteckung von Bewohner*innen und Angehörigen/Nahestehenden als auch vorerkrankter Kolleg*innen) bei zeitgleichem Wissen um fehlende oder unzureichende Schutzausrüstung. Dieses ergänzend, führte fehlende Schutzausrüstung bspw. auch bei Rettungsdienstmitarbeiter*innen dazu, dass diese die Einrichtung nicht betreten und Bewohner*innen erst versorgen konnten, als die Einrichtung ihnen Schutzkleidung nach draußen bringen und ausleihen konnte. Das gegebene Beispiel bezieht sich auf einen Bewohner mit damaligen Verdacht und Alarmierung aufgrund eines Apoplex.

Neben dem Tragen eigener Belastungen wurde es seitens der Mitarbeiter*innen als zusätzlich belastend beschrieben, das Belastungserleben anderer mittragen zu müssen, so beispielsweise auch das völlig unverbundener externer Kolleg*innen von Krankentransportunternehmen.

Als besonders belastend wurde auch das Ertragen der Einschränkungen empfunden, also beispielsweise aushalten zu müssen, dass dementiell erkrankte Bewohner*innen nicht mehr in den Garten konnten, die Kommunikation über die Schutzkleidung zu sichtbar zusätzlicher Angst und Verwirrung bei kognitiv eingeschränkten Bewohner*innen geführt hat und die hinzukommende Bürokratie weiter Ressourcen für die patientennahe Versorgung gebunden hat.

Weitere Belastungen ergaben sich aus einer zunehmenden Instabilität des Versorgungssystems, wie beispielsweise dem Absagen von Kooperationspartner*innen wie Hausärzt*innen, Logopäd*innen oder ambulanter Pflegedienste (in der Eingliederungshilfe) sowie der zeitlichen Unabsehbarkeit der Pandemie und deren Einschränkungen, aber auch der eigenen Ruhelosigkeit und fehlenden Möglichkeiten des Ausgleichs.

So schildern Mitarbeiter*innen, dass sie auch nach Feierabend nicht „abschalten“ konnten, da hier dann weitere Dinge geplant und initiiert werden mussten (Homeoffice, Homeschooling, Wechselunterricht) oder Sorgen um die eigenen Familienmitglieder und Freund*innen hinzukamen.

4.5. Frage 2b_Vertiefung

Was haben Sie durch unklare politische Regelungen und Beschränkungen an Belastung erlebt? Welche (weiteren) Belastungen haben sich daraus ergeben? (Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)

Ergebnisse:

- Kurzfristigkeit
- Unorganisiertheit
- Fehlende Kompetenz
- Zusätzlicher Druck
- Ungerechtigkeit
- Kumulation
- Von Politik/Entscheidern „nicht gesehen“ zu werden (betrifft Einrichtungen der Eingliederungshilfe)

In Hinblick auf sich ergebende Erschwernisse durch politische Regelungen und Belastungen wurde seitens der Mitarbeiter*innen vor allem deren Kurzfristigkeit angemahnt.

So führten schnell wechselnde landesweite Regelungen und bezirksuneinheitliche Verfahren mit sehr kurzen Umsetzungsfristen (Freitagabend bis Montagfrüh) zu zusätzlichem Druck und starker Belastung. Genannt wurden beispielsweise auch strukturelle Mängel in der Versorgung mit Schutzausrüstungen, einer fehlenden oder starr durchgeführten Strategie der Impfung in den Einrichtungen sowie das Erhalten von widersprüchlichen Informationen.

Darüber hinaus wurde eine fehlende fachliche Kompetenz (Pflegefachwissen) seitens der Gesundheitsämter und der Entscheidungsträger für die Verordnungen konstatiert. Gemäß dem Eindruck der Mitarbeiter*innen wurde durch das fehlende Fachwissen in den Gesundheitsämtern der Druck durch das Erstellen von Konzepten und Vorsichtsmaßnahmen auf die Einrichtungsebene abgewälzt und ließ eine klare Kommunikationsstrategie vermissen.

Ergänzend wurde ein fehlendes Verständnis für das Fachwissen gegenüber Mitarbeiter*innen der Einrichtungen und deren Arbeits- und Rahmenbedingungen konstatiert.

Eine **besondere Situation gab es hierbei in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe**, welche lange Zeit völlig aus dem Blick der politischen Entscheidungsträger schienen und auch in den Verordnungen nicht entsprechend oder dem Konzept der Eingliederungshilfe (Wohnformen) angemessen berücksichtigt wurden.

Beispielsweise starteten in den an der Befragung vertretenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe auch die Impfungen vergleichsweise spät, obwohl auch hier Bewohner*innen in einem höheren kalendrischen Lebensalter wohnten (= über 70 Jahre alt; Beginn Ende März 2021).

Zusätzlicher Druck lastete durch die Androhung von Sanktionen und Strafen bei Nichtbeachtung oder Umsetzung der Verordnungen oder dem Vorschlag der Arbeitsquarantäne (wie beispielsweise dem Schlafen in der Einrichtung) auf den Mitarbeiter*innen. So äußerte ein Mitarbeiter „*Da hatte ich das Gefühl ... die Menschenrechte gelten nicht mehr für Pflegekräfte.*“

Dieses kumulierend, wurde die ungleiche Gewichtung von beispielsweise Fußballspielen gegenüber den Einschränkungen in der Pflege („sollen in den Einrichtungen schlafen“) als sehr diskrepant und zusätzlich belastend wahrgenommen.

Darüber hinaus erschwerten allgemeine Einschränkungen das Belastungserleben zusätzlich. Als Beispiele nannten die Mitarbeiter*innen hier die nur noch eingeschränkt mögliche Nutzung der ÖPNV, um zur Arbeit zu gelangen oder die fehlende Sensibilität gegenüber Mitarbeiter*innen, die gerade erst ihre Ausbildung beendet hatten, selbst bereits zur Risikogruppe gehören oder sich mitten in der Familienplanung befinden und nun in bisher unbekanntem Ausmaß mit Tod und Sterben konfrontiert sind.

Hier wirkten Vorschläge der Politik (wie bspw. auch bereits berentete Mitarbeiter*innen oder Studierende für die unmittelbare Versorgung zu akquirieren) auf die befragten Mitarbeiter*innen als realitätsfern bis wenig sensibel und zynisch.

4.6 Frage 3_Vertiefung

Was hätten Sie sich konkret an Lösungsvorschlägen gewünscht? Wie hätten hilfreiche, praktikable Unterstützungsmöglichkeiten ausgesehen? (Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)

Ergebnisse:

- Mitspracherecht
- Fachlichkeit
- Pragmatisches Vorgehen
- Zeitfristen
- Transparenz
- Strukturelle Veränderung
- Gerechtigkeit
- Externe Unterstützung
- Anerkennung

Als starker Wunsch seitens der Mitarbeiter*innen wurde an politische Entscheidungsträger*innen ein **Mitspracherecht** formuliert. Gemeint ist damit das Recht an Entscheidungsprozessen und politischen Entscheidungen teilnehmen und mitwirken zu dürfen sowie mehr Handlungsspielraum und Entscheidungsbefugnisse auf Einrichtungsebene zu erhalten.

Darüber hinaus befürworten die befragten Mitarbeiter*innen eine starke Fachlichkeit der besetzten Positionen in den Gesundheitsämtern sowie seitens der Gesundheitsämter fachlich klare und evidenzbasiert erarbeitete Konzepte für die Einrichtungsebene.

In Verbindung mit dem Wunsch nach pragmatischerem Vorgehen verbindet sich dies in einer vorausschauenden Planung, einem weniger bürokratischen Vorgehen bezüglich den durchgeführten Impfungen bei Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, Transparenz in den Verordnungen und deren Kommunikation sowie verlängerten Zeitfristen zur Umsetzung von Vorschriften.

Unter dem Begriff und damit dem Wunsch nach Transparenz subsumieren sich verschiedene Ebenen. So wünschten sich die befragten Mitarbeiter*innen Transparenz in Hinblick auf die Benennung für welche Einrichtungsarten und -formate die Verordnung gilt (Altenhilfe und/oder Eingliederungshilfe), eine klare Benennung was die Regelungen konkret für die Einrichtung bedeuten, aber auch klare Übersichten an Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten, eine klare Benennung von Rollen und Zuständigkeiten, von Ansprechpersonen und die Zuweisung von klaren Ansprechpartner*innen seitens der Ämter sowie bezirksübergreifende, einheitliche Strukturen.

Insgesamt wurde der Wunsch einer übergreifenden strukturellen Veränderung angeregt (Überdenken der generalisierten Ausbildung, Anerkennung, Gehalt, Schnittstellenmanagement und Kommunikation).

Mit Blick auf den Wunsch der Gerechtigkeit, umfasst dieser an der Stelle vor allem die gerechte Verteilung von Ressourcen seitens der Politik wie beispielsweise in Hinblick auf die Zuteilung von Bundeswehrsoldat*innen für Testungen und Impfungen.

Daran anknüpfend, verbindet sich der Wunsch nach stärkerer externer Unterstützung wie beispielsweise durch (mehr) Bundeswehrsoldat*innen sowie dann auch weniger alternierend und stattdessen stabilisierend mit immer gleichen Truppen vor Ort, so dass Ressourcen der Einarbeitung reduziert werden können.

Insgesamt wurde die Unterstützung der Soldat*innen als außerordentlich hilfreich und unterstützend gewertet.

Abschließend wurde der Wunsch nach mehr und vor allem nachhaltiger Anerkennung und damit als Entlastung über den Zugang zu mehr Ressourcen formuliert.

So bräuchte es mehr Anerkennung für die sozialen Berufe im Allgemeinen, eine bessere Bezahlung und mehr Personal, damit der Druck (wieder) auf mehr Schultern verteilt werden könnte.

Es wurde gewünscht, gesehen zu werden, gehört zu werden und ernst genommen zu werden.

4.7. Frage 4_Vertiefung

*Was haben Sie an Unterstützung durch das NPG-Netzwerk als besonders hilfreich erlebt?
(Fokus: Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen zu Zeiten einer Pandemie)*

Ergebnisse:

- Struktur
- Vorarbeit
- Handlungssicherheit
- Entlastung

Als unterstützend und tragend über das NPG Berlin wurden vor allem die Vorarbeiten im Sinne von „Projektwerkstätten Palliative Geriatrie“ bei KPG Bildung erwähnt, aber auch die Austauschformate untereinander, welche dann tragende Strukturen, Routinen und Handlungssicherheit gegeben haben.

Über diese bereits bestehenden Strukturen konnten Belastungen abgemildert und Verordnungen innerhalb relativ kurzer Zeit umgesetzt werden.

Dabei gaben Austausch und Vernetzung aber auch die Leitlinie „Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim“ (vom 22.03.2020) der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG)¹³ Handlungssicherheit.

¹³ Vgl. <https://www.fgpg.eu/grundsatzpapiere>

Entlastung ergab sich weiterhin über den Austausch von Unterstützungsmöglichkeiten, eine gesicherte telefonische Erreichbarkeit untereinander sowie einen offenen und ehrlichen fachlichen Diskurs auf Augenhöhe, welcher es dann auch ermöglichte, z. B. behördliche Verordnungen umzusetzen oder pragmatische Lösungen zu finden.

5. Fünf Kernziele ergeben sich aus dem Ergebnisbericht zur Befragung im NPG Berlin

1) **Angemessene Zeitvorgaben, Klarheit und Transparenz erforderlich**

Im Hinblick auf sich ergebende Erschwernisse durch politische Regelungen und Belastungen wurde seitens der Mitarbeiter*innen vor allem deren Kurzfristigkeit kritisiert. So führten schnell wechselnde und bezirksuneinheitliche Regelungen mit sehr kurzen Umsetzungsfristen (Freitagabend bis Montagfrüh) zu zusätzlichem Druck und starker Belastung. Weiterhin angesprochen wurden beispielsweise strukturelle Mängel in der Versorgung mit Schutzausrüstungen, eine fehlende oder starr durchgeführte Strategie der Impfung in den Einrichtungen sowie das Verbreiten von widersprüchlichen Informationen.

2) **Mitspracherecht sicherstellen**

Als starker Wunsch seitens der Mitarbeiter*innen wurde an politische Entscheidungsträger*innen ein Mitspracherecht formuliert. Das Recht an Entscheidungsprozessen und politischen Entscheidungen teilnehmen und mitwirken zu dürfen sowie mehr Handlungsspielraum und Entscheidungsbefugnisse auf Einrichtungsebene zu erhalten. Darüber hinaus befürworteten die befragten Mitarbeiter*innen eine starke Fachlichkeit der besetzten Positionen in den Gesundheitsämtern sowie seitens der Gesundheitsämter fachlich klare und evidenzbasiert erarbeitete Konzepte für die Einrichtungsebene. Gefordert wurden mehr fachlich begründete Entscheidungen und die Entwicklung von nachhaltigen und vorausschauenden Planungen und Konzepten.

3) **Situation in Einrichtungen der Eingliederungshilfe berücksichtigen**

Eine besondere Situation erlebten die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die lange Zeit völlig aus dem Blick der politischen Entscheidungsträger geraten schienen und in den Verordnungen und Konzepten nicht angemessen berücksichtigt worden sind. Beispielsweise starteten in den an der Befragung vertretenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe auch die Impfungen vergleichsweise spät, obwohl auch hier Bewohner*innen in einem höheren kalendarischen Lebensalter wohnten (= über 70 Jahre alt; Beginn Ende März 2021).

4) **Kommunikation und Vernetzung im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin hilft**

Als unterstützend und tragend über das NPG Berlin wurden die Austauschformate im NPG Berlin sowie untereinander erwähnt. Über diese bereits bestehenden Strukturen konnten Belastungen abgemildert und Handlungssicherheit bei der Umsetzung der Verordnungen innerhalb relativ kurzer Zeit gewonnen werden.

Entlastung ergab sich weiterhin über den Austausch von Unterstützungsmöglichkeiten, eine gesicherte telefonische Erreichbarkeit untereinander sowie einem offenen und ehrlichen fachlichen Diskurs auf Augenhöhe, welcher pragmatisches Handeln ermöglichte.

5) Wissen um das, was Handlungssicherheit gibt, stärkt

Als wertvoll und unterstützend wurden insbesondere die Vorarbeiten in den Einrichtungen im Kontext der „Projektwerkstätten Palliative Geriatrie“¹⁴ erwähnt, welche tragende Strukturen, Routinen und Handlungssicherheit gegeben haben. Auch die gemeinsam besprochenen Grundsatzpapiere¹⁵ und Leitlinien der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG)¹⁶ gaben Handlungssicherheit.

6. Ergebniseinbettung und Diskussion

In der Gesamtschau und Einbettung der Ergebnisse zeigen diese große Übereinstimmungen mit der umfassenden „Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (LACOVID-BA-WÜ2020)“¹⁷. Diese groß angelegte und vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg geförderte Studie hatte zum Ziel, einerseits die Perspektive des Pflegepersonals zu fokussieren und andererseits die Gesamtperspektive der Einrichtung und ihrer Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen des Gesundheitswesens zu analysieren. Daraus abgeleitet sollen „den unterschiedlich handelnden Akteuren (...) konkrete Hinweise auf potentielle und wirksame Unterstützungsangebote und –systeme“¹⁷ gegeben werden.

Hervorgehoben zeigen sich besonders große Übereinstimmungen der Studie mit der vorliegenden durchgeführten Befragung in den Punkten der **Belastungssituation** der Mitarbeiter*innen der Langzeitpflege, den Wunsch nach Reduzierung der Bürokratie und einer Verbesserung der Kommunikation mit allen Beteiligten sowie Digitalisierungsprozessen und realistisch eingeschätzte und vorgegebene Zeiträume für organisationale Veränderungen wie die Bekanntgabe-Zeitpunkte von Verordnungen und Regelungen¹⁷. Dies setzt sich fort mit den geschilderten psychischen Belastungserleben der Mitarbeiter*innen, wie beispielsweise der Herausforderung, Bewohner*innen und sich selbst schützen zu wollen und sich im Alltag stets zwischen „Schutz geben – Gefahr sein“¹⁷ und „geschützt sein – gefährdet sein“¹⁷ balancieren zu müssen.

Weitere Übereinstimmungen gibt es mit der von der Evangelischen Arbeitsstelle für missionarische Kirchenentwicklung und diakonische Profilbildung (midi, 2020) durchgeführten Studie¹⁸ im Hinblick auf die Feststellung von fehlenden Schutzausrüstungen (v. a. im ersten Lockdown), unzureichenden Testmöglichkeiten sowie eingeschränkten Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten⁴. Dies untermauert die Studie der Universität Bremen „[z]ur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege“¹⁹.

Zu all diesen Problemen kommen weitere Erschwernisse wie viel zu kurze bis keine Erholungsphasen sowie private Belastungen wie Erkrankungen und Sorge um Angehörige, Home-Schooling oder finanzielle Probleme¹⁷. Starke Übereinstimmung zeigt sich auch zwischen den in der Studie befragten Führungskräfte und den vorliegend befragten Mitarbeiter*innen mit Blick auf die psychische Belastung des Verantwortungserlebens.

¹⁴ vgl. www.palliative-geriatrie.de/bildung

¹⁵ FGPG-Grundsatzpapier „Palliative Geriatrie“ (2019/2021); FGPG-Grundsatzpapier „Autonomie und Selbstbestimmung in der Palliativen Geriatrie“ (2020); FGPG-Grundsatzpapier „Total Pain in der Palliativen Geriatrie (2021) – vgl. <https://www.fgpg.eu/grundsatzpapiere>

¹⁶ FGPG-Leitlinie „Behandlungswege bei Covid-19. Entscheidungshilfe zur Behandlung bei einer Covid-19 Infektion für hochbetagte, kranke Menschen“ (2020); FGPG-Leitlinie „Handlungsempfehlungen für die stationäre Altenpflege bei Pandemien“ (2020); FGPG-Leitlinie „Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim“ (2020) – vgl. <https://www.fgpg.eu/grundsatzpapiere>

¹⁷ Elsbernd et al. (2021). Abschlussbericht. Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg. Gefördert vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg LA-COVID-BA-WÜ2020. Online: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitsschutz/Lacovid_Abschlussbericht_Elsbernd_29-07-2021.pdf (zuletzt abgerufen: 09.03.2022).

¹⁸ Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (2020): COVID-19-Pflegestudie der Diakonie. Eine Ad-hoc-Studie zu den Erfahrungen von Diakonie-Mitarbeitenden der Altenhilfe/-pflege während der Covid-19-Pandemie. Berlin: Midi.

¹⁹ Wolf-Ostermann et al. (2020). Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen.

So berichten die Führungskräfte, dass „sie sich bei der Umsetzung der Verordnungen und neuen Regelungen und den damit auch verbundenen Widersprüchlichkeiten und Unmöglichkeiten alleine gelassen gefühlt haben und die Verantwortung nicht mehr geteilt, sondern delegiert worden sei. Zudem hatten sie mitunter das Gefühl, alleinig verantwortlich zu sein“¹⁷. Dementgegen wird durchgängig ein besserer Teamzusammenhalt und eine stärkere Unterstützungs- und Einsatzbereitschaft untereinander beschrieben – sowohl in vorliegender Befragung als auch dem Ergebnisbericht der LACOVID-BA-WÜ2020-Studie¹⁷.

Die Zusammenarbeit mit (externen) Kooperationspartner*innen wird sowohl in der LACOVID-BA-WÜ2020-Studie¹⁷ als auch in der ZQP-Analyse²⁰ als wechselhaft und zum Teil erhebliche Lücken beinhaltend beschrieben. An dieser Stelle ergeben sich Abweichungen zu der vorliegenden Befragung, in der die Teilnehmer*innen dies explizit als eine unterstützende Stärke und Entlastung beschrieben. Vor allem konnten sie sich auf Ärztinnen und Ärzte verlassen sowie an zweiter Stelle auf Netzwerkpartner*innen des NPG. Darüber hinaus wurden auch die (interne) Zusammenarbeit und Unterstützung durch Mitarbeiter*innen und Strukturen der IT, des QM und der Heimaufsicht oder des Heimbeirates lobend erwähnt.

In Hinblick auf **Verbesserungs- und Unterstützungsmöglichkeiten** seitens politischer Entscheidungsträger oder Institutionen zeigen sich die vorliegenden Ergebnisse übereinstimmend darin, die Rolle/Zuständigkeit des Gesundheitsamtes in Hinblick auf die Einrichtungen der Langzeitpflege und deren Rolle in der Bekämpfung des Infektionsgeschehens zu definieren, die Aufgaben der Mitarbeitenden der Gesundheitsämter festzulegen und transparent zu machen, die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern auf betrieblicher Ebene zu regeln, den Auf- und Ausbau der digitalen Kommunikation mit den Gesundheitsämtern voran zu bringen sowie Beratungsangebote und Kriseninterventionsteams einzurichten¹⁷. Ebenso finden sich in der Studie aus Baden-Württemberg weiterführende Deckungsgleichheiten im Wunsch der Mitarbeiter*innen, gehört zu werden und im politischen Diskurs eine Stimme zu erhalten, wie die „Beibehaltung des Gremiums 'Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe'“¹⁷, die „Beteiligung der Pflegenden an politischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen“¹⁷ sowie die „Beteiligung der Pflegenden an trägerspezifischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen“¹⁷. Stefan Görres (2022) berichtet dies übereinstimmend auch als einen wichtigen Teil einer neuen und notwendigen, angemessenen Entscheidungsstruktur im Sinne einer „Preparedness“²¹ für Einrichtungen der stationären Altenhilfe, um auf eine Pandemie reagieren zu können. Angelehnt an eine Studie verschiedener Universitäten aus Portugal (2021)²² berichtet Görres, dass „bei künftigen Maßnahmen zur Reaktion auf die Pandemie Pflegeheime in Entscheidungsprozesse einbezogen werden sollten. (...) Verbesserte Kommunikationskanäle sind auch innerhalb der Pflegeheime wichtig, um die Auswirkungen der Pandemie dort besser diskutieren und die Widerstandsfähigkeit des Personals stärken zu können. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass das Personal in die Entscheidungsfindung einbezogen, dass seine Bemühungen und Verdienste anerkannt, das kollektive Lernen und der Austausch gefördert, der Umgang mit einer plötzlichen Bedrohung geschult und der Pflegeheimsektor für die kommenden Herausforderungen besser gewappnet werden“^{8 zit. n. 7}.

In Hinblick auf weitere Entlastungsangebote berichten Mitarbeiter*innen stationärer Einrichtungen als besonders hilfreich: Gesprächsangebote, zusätzliche Angebote von Essen und Trinken während der Schicht, Home-Office-Möglichkeiten und Angebote der Seelsorge¹⁷. In vorliegender Befragung hingegen konzentriert sich der Wunsch nach Entlastung und Unterstützung eher in verschiedenen Ressourcen, wie beispielsweise mehr Personal oder mehr Zeit zur Verfügung zu haben, Unterstützung durch Politik und Entscheidungsträger*innen wie beispielsweise weniger bürokratische Vorgaben und stattdessen

Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Einheitlichkeit zu haben sowie eine stärkere Sichtbarkeit, Anerkennung und Vertrauen zu erhalten (nachhaltig, keine Schuldzuweisungen, größere Lobby). Ebenso

²⁰ Eggert, Simon und Teubner (2021). ZQP-Analyse. Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Online: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf> (zuletzt abgerufen: 09.03.2022).

²¹ Görres (2022). Vorbereitet im Katastrophenfall. Wissenschaft. Altenpflege-online. Online: https://www.vincentz-wissen.de/zeitschriften/vorbereitet_im_katastrophenfall--AP__a74bfd19b5d05eafb16543ae741b0b72e58e58bc (zuletzt abgerufen: 09.03.2022)

²² Fernandes et al. (2021). COVID-19 Preparedness and perceived safety in nursing Homes in southern portugal: A cross-sectional surey-based study in the initial phase of the pandemic. Online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34360296/> (zuletzt abgerufen: 09.03.2022)

wie die Möglichkeit individueller Anpassungen und Freiräume, wie beispielsweise flexiblen Arbeitszeiten oder einer palliativen Begleitung ohne komplette persönliche Schutzausrüstung.

Abschließend gehen die Ergebnisse der vorliegenden Befragung mit der Studie LACOVID-BA-WÜ2020 sowie im Speziellen der Studie midi der Evangelischen Arbeitsstelle für missionarische Kirchenentwicklung und diakonische Profilbildung¹⁸ und der Studie der Universität Bremen¹⁹ konform in dem Sinne, dass „[i]m gesellschaftlichen und politischen Diskurs (...) Themen wie Personalmangel, Arbeitsbedingungen oder das geringe Ansehen der Arbeit der Pflegekräfte mehr in den Mittelpunkt gerückt werden [müssen]. Durch die Pandemie (...) habe sich die Arbeitssituation und die personelle Lage in der Langzeitpflege sehr verschärft“¹⁷.

7. Stärken und Limitationen

Stärken der vorliegenden Befragung liegen in einem guten Überblick über Berliner Einrichtungen, die sich bereits im Vorfeld der SARS-CoV-2-Pandemie intensiv mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinandergesetzt sowie mit Fragen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in ihren Einrichtungen befasst haben. Darüber hinaus kommen in der vorliegenden Untersuchung zum ersten Mal in Berlin auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu den Herausforderungen und Bedarfen zu Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie zu Wort. Aufgrund des Befragungsdesigns und den verschiedenen Erhebungszeitpunkten kann keine klare Trennung und Auswertung zwischen den spezifischen „Wellen“ der Pandemie und den zu dem jeweiligen Zeitpunkt geltenden Schutz- und Isolationsmaßnahmen hergestellt werden. Darüber hinaus verfügt die vorliegende Befragung über kein stringentes qualitatives Studiendesign mit klar definierter Auswertungsmethode und Ko-Kodierung der Ergebnisse, sondern umfasst stattdessen eine explorative lose Befragung von Mitarbeiter*innen der stationären Alten- und Eingliederungshilfe in Berlin.

Insgesamt lässt sich mit dieser vergleichsweise und in der Repräsentativität eingeschränkten Befragung doch eine große Kongruenz und Deckungsgleichheit mit anderen Studien aus Deutschland finden^{17,18,19}.

Die Autor*innen sind sich bewusst, dass die vorliegende Befragung fortlaufend im Bereich der Ergebniseinbettung und der Diskussion an das aktuelle Zeitgeschehen und weiter aufkommende Studien und Publikationen reflektiert und angepasst werden muss.

8. Kontakt

Unionhilfswerk Senioren Einrichtungen gGmbH
Bereich Hospiz und Palliative Geriatrie
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG)
KPG Forschung
Dirk Müller MAS (Palliative Care)
Richard-Sorge-Straße 21A
D 10249 Berlin
Tel: +49 30 42265833
Mail: dirk.mueller@unionhilfswerk.de
Web: www.palliative-geriatrie.de/forschung