



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management und Versorgung in Gesundheit und
Pflege

**Stellenwert der Palliativ Care für geriatrische
Patienten:innen -
Sichtweisen von beruflichen
Akteur:innen im Stadtgebiet
Neubrandenburg**

Eine qualitative Befragung mittels Expert:inneninterviews im Bereich Palliativ Care und
Geriatrie

B a c h e l o r a r b e i t
zur
Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Manuela Voß*

Michael Jeschke

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0226-2

Erstbetreuer : Prof. Dr. Stefan Schmidt

Zweitbetreuer : Prof. Dr. med. Jens - Peter Keil

Tag der Einreichung: 23.11.2022

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT DEUTSCH	4
ABSTRACT ENGLISCH	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	6
TABELLENVERZEICHNIS	7
1 VORWORT	8
2 EINLEITUNG	9
3 ZIEL- UND FRAGESTELLUNG	12
4 THEORETISCHER HINTERGRUND	12
4.1 PALLIATIV CARE	12
4.2 GERIATRIE	13
4.3 STELLENWERT	13
4.4 STADTGEBIET NEUBRANDENBURG.....	14
5 MATERIAL UND METHODIK	14
5.1 QUALITATIVE FORSCHUNG	19
5.2 DATENERHEBUNGSMETHODE	20
5.3 SAMPLE UND ZUGANG ZUM FELD	21
5.4 DATENAUSWERTUNGSMETHODE	23
5.5 ETHISCHE ASPEKTE, DATENSCHUTZ UND FINANZIELLE ENTSCHÄDIGUNG	24
6 AUSGEWÄHLTE EINRICHTUNGEN.....	25
6.1 DIETRICH BONHOEFFER KLINIKUM NEUBRANDENBURG.....	26
6.1.1PALLIATIVSTATION	27
6.1.2AKUTGERIATRIE.....	27
6.1.3SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)	29
6.1.4GERIATRISCHE TAGESKLINIK	30
6.2 DREIKÖNIGSVEREIN NEUBRANDENBURG.....	30
6.2.1DREIKÖNIGSHOSPIZ	31
6.2.2AMBULANTER HOSPIZDIENST NEUBRANDENBURG	31
6.3 ALTENPFLEGEHEIM SCHWESTER ELISABETH RIVET NEUBRANDENBURG.....	32

7	ERGEBNISSE.....	32
7.1	AUSWAHL DER TEILNEHMER:INNEN	32
7.2	AUSWERTUNG DER INTERVIEWS.....	33
7.2.1	MERKMALE DES SAMPLES	34
7.2.2	ZUSAMMENFASSENDE INHALTSANALYSE	36
8	DISKUSSION.....	57
8.1	METHODENDISKUSSION	57
8.2	ERGEBNISDISKUSSION.....	61
8.3	STÄRKEN UND LIMITATIONEN	66
9	SCHLUSSFOLGERUNGEN	67
	LITERATURVERZEICHNIS	69
	ANHANGSVERZEICHNIS	76
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNGEN.....	210

Abstract Deutsch

Hintergrund

Eine alternde Gesellschaft ist in unserer heutigen Zeit eine Errungenschaft und gesellschaftliche Herausforderung zugleich. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen in Deutschland hat sich im letzten Jahrhundert fast verdoppelt (vgl. Periodensterbetafeln für Deutschland¹²). So nimmt auch die Versorgungssituation der alternden und somit vermehrt pflegebedürftigen Bevölkerung eine neue Dimension an, auf welche die Gesellschaft reagieren muss. Die Etablierung neuer multiprofessioneller Versorgungsstrukturen, wie das Angebot einer speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV), sind bereits integrativer Bestandteil und ermöglichen bei fortschreitender unheilbarer Erkrankung eine qualifizierte Versorgung im häuslichen Umfeld. Um den Bedarf einer multiprofessionellen palliativen Mitbetreuung der geriatrischen Menschen zu hinterfragen, thematisiert diese Arbeit erstens den Stellenwert von Palliativ Care für geriatrische Patient:innen aus der Sichtweise der beruflichen Akteur:innen und erfragt zweitens neue spezielle Versorgungsangebote für diese vulnerable Patient:innengruppe.

Ziel- und Fragestellung

Die beschriebene Aktualität der Palliativversorgung im Bereich der geriatrischen Pflege ist Thema dieser Arbeit. Dazu wird die größte Stadt im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, Neubrandenburg, näher beleuchtet. Es wird sich mit der Fragestellung auseinandergesetzt, welchen Stellenwert die palliative Versorgungsstruktur im Stadtgebiet hinsichtlich der Betreuung und Behandlung von geriatrischen Menschen für berufliche Akteur:innen hat, um den palliativen Versorgungsbedarf in der Geriatrie genauer identifizieren und anpassen zu können.

Methoden

Im Fokus dieser Arbeit steht das subjektive Erleben der beruflichen Akteur:innen bezogen auf das Tätigkeitsfeld von Palliativ Care und der Versorgung geriatrischer Patient:innen. Als Datenerhebungsmethode für diesen qualitativen Forschungsansatz wurden leitfadengestützte Expert:inneninterviews durchgeführt. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring wurde eingesetzt, um das erworbene Datenmaterial zu analysieren.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 14 Teilnehmer:innen interviewt. Alle Befragten sind Akteur:innen im Bereich von Palliativ Care und/oder in der Versorgung geriatrischer Patient:innen. Sie sind in diesem Arbeitsfeld interdisziplinär tätig und verfügen somit über ein ausgewiesenes Expert:innenwissen.

Konklusion

Die Betreuung von palliativen und geriatrischen Patient:innen ist ein wichtiger Versorgungsauftrag innerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Die Bereiche Palliativ Care und die Geriatrie können voneinander lernen. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Behandlungsansätzen stellen einen Mehrwert in der Versorgung dieser vulnerablen Patient:innengruppe dar. Die beruflichen Akteur:innen nehmen die Bedürfnisse von palliativen und/oder geriatrischen Patient:innen wahr und untermauern mit den erhobenen Daten die Notwendigkeit einer speziellen ambulanten Versorgung auch für geriatrische Patient:innen.

Abstract English

Background

An aging society is an achievement as well as a social challenge. The average life expectancy in Germany has almost doubled over the last century. Thus, the care situation of the aging population, which increases in need of care, is taking on a new dimension to which society must respond. The establishment of new multiprofessional care structures such as special outpatient palliative care (SAPV) are already an integral part and enable qualified care in the home environment in case of a progressive incurable disease. To discuss the need for multiprofessional palliative care for geriatric patients, this study firstly addresses the significance of palliative care for geriatric patients from the perspective of the professional actors and secondly inquiries about new special care offers for this vulnerable patient group.

Aim

The importance of palliative care in the field of geriatric care is the subject of this paper. Therefore, Neubrandenburg as the largest city in County Mecklenburgische Seenplatte was examined in detail. In order to identify and adapt palliative care needs in geriatrics more precisely, this thesis discusses the significance of palliative care structure within the urban area and the care and treatment of geriatric people from the perspectives of professionals.

Methods

This study focusses on the personal experience of the professionals in the field of palliative care and the care of geriatric patients. For this qualitative research approach, Guided expert interviews were conducted to collect data. The summarizing content analysis according to Mayring was used to analyse the data material obtained in this way.

Results

A total of 14 participants were interviewed. All participants are professionals in the field of palliative care and/or in the care of geriatric patients. They were all active in an interdisciplinary manner and thus have proven to have expert knowledge.

Conclusion

The care of palliative and geriatric patients is an important mandate within the health care system. Palliative care workers and geriatrics can learn from each other. The similarities and differences in their respective approaches to treat patients represent further value in the care of this vulnerable patient group. The professionals perceive the needs of palliative and geriatric patients and support the necessity of special outpatient care for geriatric patients by the collected data.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Entwicklung Durchschnittsalter	11
Abbildung 2 Flussdiagramm Literaturrecherche.....	16
Abbildung 3 Induktive Kategorienbildung nach Mayring	23
Abbildung 4 Verteilung ausgewählter Einrichtungen.....	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kontaktaufnahme und Rückmeldungen der Teilnehmer:innen.....	22
Tabelle 2 Demographie der Interviewteilnehmer:innen.....	35

1 Vorwort

[von Manuela Voß]

Das Altwerden und das Altsein sind Errungenschaften unserer modernen Gesellschaft. Das Altern ist als unumgänglicher Prozess Teil des Lebens und eine linear fortlaufende Entwicklung jedes Einzelnen. Niemand ist ausgeschlossen, keiner kann diesem Prozess entfliehen. Es ist eine Tatsache, dass sich das Altern nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand weder negieren noch merklich aufhalten lässt. Altern ist real und allgegenwärtig. Im Alterssurvey der Deutschen Bundesregierung wird das Altern und das Altsein als eine Lebensphase des gesellschaftlichen und sozialen Wandels beschrieben (vgl. Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2010, S. 8). Das Altsein wird durch die Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte geprägt, die sich aus unterschiedlichen Aspekten der Lebensbereiche zusammensetzt. Die Einbettung in familiäre Strukturen, materielle Absicherungen, kulturelle Hintergründe, gesellschaftliche Partizipation und die Gesundheit sind Facetten, die in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung sind (vgl. Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2010, S. 10). Häufig wird diesem Zeitraum die Zunahme von Alterskrankheiten zugesprochen und somit das Alter als indirekter Risikofaktor für Krankheitshäufigkeit, Krankheitsdauer und Länge der Rekonvaleszenzperiode beschrieben. Jedoch stellt das Altern an sich keine Krankheit dar, sondern einen rein physiologischen Vorgang (vgl. Frühwald 2007, S. 146). Die Ambivalenz von Alter und Krankheit ist jedoch gering, da es im gesellschaftlichen Kontext miteinander korreliert. Die Akzeptanz, dass Altern mit einer Zunahme der gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zum Lebensende einhergeht, ist in unserem Verständnis verwurzelt. Der Tod als unausweichliches Ende des menschlichen Lebens ist dann trotz der Gewissheit, dass er eintreffen wird, eine Situation, die nur bedingt im Vorfeld unserer Gedankenwelt konstruierbar ist. Sinnhaft erscheint an dieser Stelle ein Zitat von Husebö:

„Unser Leben und unsere Gesundheit sind nur eine Leihgabe. Jedem von uns wird Gesundheit und Leben früher oder später genommen werden.“ (Husebö 2002, S. 9)

2 Einleitung

[von Michael Jeschke]

Von besagtem Leben gut und würdig zu gehen, diesem Anspruch hat sich schon Cicely Saunders, Begründerin der modernen Hospizbewegung, verpflichtet.

Der Palliativ Care-Gedanke von Cicely Saunders (*1918 +2005) ist mittlerweile vielen beruflichen Akteur:innen in Gesundheitsberufen bekannt.

Cicely Saunders sagt:

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ (Saunders 2018, S. 11)

Er stellt eine Grundeinstellung ihres Handelns in der täglichen Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen, mit ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen, dar (vgl. Saunders 2018, S. 25).

Laut Statistischem Bundesamt starben 985 996 Menschen im Jahr 2020 in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2021). An weiteren Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes wurde festgestellt, dass in deutschen stationären Pflegeeinrichtungen 900 Bewohner:innen pro Tag versterben (Pflegeethik Initiative Deutschland e.V. 2020). Das bedeutet, dass hochgerechnet etwa 328 500 Klient:innen im Jahr in stationären Pflegeeinrichtungen sterben. Dieser unvermeidbare, emotionale und letzte Weg der Pflegebedürftigen bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit. Schon immer wurden in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern Menschen mit schweren Krankheitsverläufen und während des Sterbeprozesses betreut, gepflegt und versorgt. Heller/ Böhme und Müller/ Pfister stellen fest, dass 30% der Bewohner:innen in stationären Einrichtungen Deutschlands noch im ersten Vierteljahr ihres Aufenthaltes versterben (vgl. Heller/ Böhme 2008, 110ff.; Müller/ Pfister 2013, S. 11). Diese Zahlen zeigen den Bedarf und die damit verbundenen Herausforderungen im Umgang mit dieser vulnerablen Patient:innengruppe auf. In Löser (2016) wird beschrieben, dass die Betreuung geriatrischer und sterbender Menschen, die sogenannte Palliativkultur, nicht nur in Hospizen und auf Palliativstationen elementar ist, sondern auch in stationären

Pflegeeinrichtungen ein wesentlicher Bestandteil des Versorgungsangebotes darstellt. Eine palliative Konzeption und Leitlinie im Umgang mit dieser Bewohner:innengruppe trägt dazu bei, dass eine palliative Kultur auch in stationären Pflegeeinrichtungen entstehen kann und sollte (vgl. Löser 2016, S. 14–15).

76% der Deutschen wünschen sich, zu Hause sterben zu können (vgl. Grote-Westrick /Volbracht 2015, S. 5). Erhebungen zeigen jedoch, dass nur ca. 20% tatsächlich bis zum Lebensende in der eigenen Häuslichkeit verbleiben. Gleichwohl rücken palliative Begleitung und Betreuung von geriatrischen Menschen mit beispielsweise einer diagnostizierten Demenz¹ immer mehr in den Fokus der Palliative Care. Diese Bedarfe werden derzeit jedoch nur unzureichend erkannt, berücksichtigt und finanziert. Zugleich führt die unterschiedlich ausgeprägte Belastbarkeit der Zu-² und Angehörigen³ häufig zu Notfalleinweisungen in die Krankenhäuser. Die Betreuung von geriatrischen Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase im ambulanten Sektor ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Dieser Aufgabe muss sich Palliative Care mehr als bisher stellen (vgl. Dibelius et al. 2016, 93 ff.).

Die Entwicklung von Palliative Care erfolgte ausgehend von Menschen mit einer unheilbaren Krebserkrankung. Seit 2004 gibt es international systematische Bemühungen diesen Fokus aufzubrechen. Insbesondere Menschen mit Demenz⁴ stehen hier im Mittelpunkt des Interesses. In der Demenzversorgung der sog. Dementia Care gibt es ihrerseits eine Entwicklung, die bei näherer Betrachtung erstaunliche Parallelen zur Hospizbewegung und Palliative Care aufweist (vgl. Pleschberger S. 2014, S. 197).

¹ Demenz= Chronisch- progrediente Störung der kognitiven, sozialen und emotionalen Gehirnfunktionen, die über mindestens sechs Monate besteht. Leitsymptome sind Gedächtnisverlust und chronische Verwirrtheit (vgl. Pschyrembel, 2022)

² Zugehörige= nicht verwandte Personen (vgl. Bauernschmidt/ Dorschner, 2018)

³ Angehörige= verwandte Personen (vgl. Bauernschmidt/ Dorschner, 2018)

Laut Pflegesozialplanung für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (2020) ist der zunehmende demographische Wandel im Landkreis mit großen Herausforderungen verbunden. Ein möglichst langer Verbleib im vertrauten Wohnraum, sozialen Umfeld und die Erreichbarkeit von geeigneten Unterstützungsangeboten stellen für geriatrische Menschen eine wesentliche Bedeutung dar (vgl. Pflegesozialplanung für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 2020, S. 2). Auch im ersten Demografiebericht der Vier Tore Stadt Neubrandenburg 2021 wird dieser demographische Wandel beschrieben. Im Jahr 2020 lebten in Neubrandenburg 5800 Hochbetagte, also Menschen die älter als 80 Jahre sind. Im Jahr 1990 lag das Durchschnittsalter der Stadt Neubrandenburg bei 31,9 Jahren. Seither steigt dieses kontinuierlich an und liegt 2020 bei 46,8 Jahren. Dies ist in der Abbildung 1 auf Seite 11 grafisch dargestellt (vgl. 1. Demografiebericht der Vier Tore Stadt Neubrandenburg 2021). Laut dem Landesamt für innere Verwaltung- Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern lebten im Jahr 2020 im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 258 057 Menschen, davon 63 372 in der Stadt Neubrandenburg. Damit ist Neubrandenburg die einwohnerreichste Stadt im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (vgl. Landesamt für innere Verwaltung Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern 2021) .

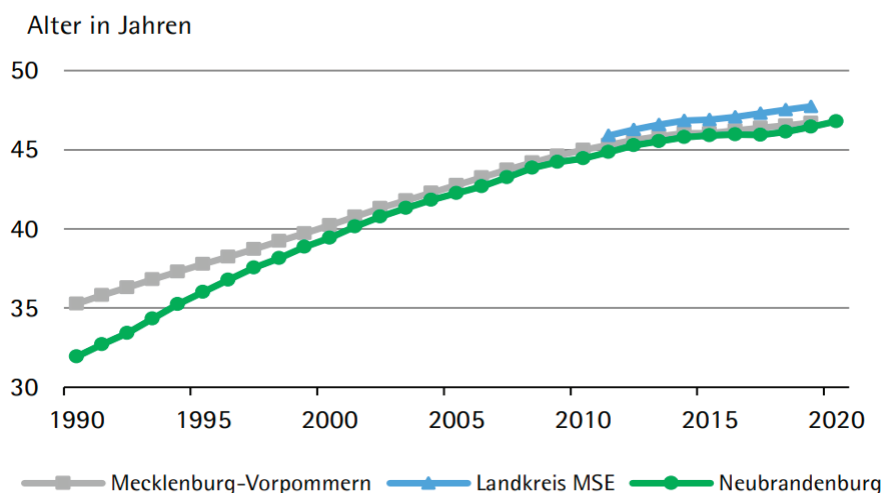


Abbildung 1 Entwicklung Durchschnittsalter (vgl. 1. Demografiebericht der Vier Tore Stadt Neubrandenburg 2021)

3 Ziel- und Fragestellung

[von Manuela Voß und Michael Jeschke]

Die beschriebene Aktualität der Palliativversorgung im Bereich der Geriatrie soll Thema dieser Bachelorarbeit sein. Dazu wird die größte Stadt im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte näher beleuchtet.

Die Autor:innen setzen sich mit der Fragestellung auseinander, welchen Stellenwert die palliative Versorgungsstruktur im Stadtgebiet von Neubrandenburg in der Betreuung und Behandlung von geriatrischen Menschen für berufliche Akteur:innen hat, um den Palliative Care-Bedarf in der Geriatrie genauer identifizieren und anpassen zu können. Diese Arbeit setzt sich zum Ziel zu erforschen, welche Präferenzen bei den beruflichen Akteur:innen vorliegen und wie diese ihre tägliche Arbeit beeinflussen. Des Weiteren soll herausgefunden werden, ob zukünftig eine Etablierung für eine spezialisierte ambulante Geriatrieversorgung ausschließlich für diese vulnerable Patient:innengruppe als sinnvoll erachtet wird. Die Ergebnisse können für die weitere Pflegesozialplanung im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte und im Stadtgebiet von Neubrandenburg von Bedeutung sein.

4 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden vier Begriffe, die sich aus der Fragestellung ergeben, entnommen und definiert.

4.1 Palliativ Care

[von Michael Jeschke]

Laut WHO⁵ in Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2002 ist Palliative Care:

⁵WHO=Weltgesundheitsorganisation

(Originaltexthttp://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf)

„Ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

(WHO zitiert in Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2002, S. 1)

4.2 Geriatrie

[von Manuela Voß]

Die WHO definiert Geriatrie als den

„Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt.“

(Bundesverband Geriatrie e.V. 2010, S. 12)

Auch Haffner/Meier (2005) heben die Geriatrie als das Teilgebiet der Medizin hervor, dass sich mit vorbeugenden, krankheitsorientierten und wiederherstellenden Maßnahmen auseinandersetzt, wobei der eigentliche Begriffsursprung aus dem Griechischen stammt und wörtlich übersetzt „Heilen und Helfen“ bedeutet (vgl. Hafner/Meier 2005, S.5).

4.3 Stellenwert

[von Manuela Voß]

Der Begriff Stellenwert wird hier nicht als mathematische Größe herangezogen, sondern im Kontext des Themas dieser Arbeit als Bedeutsamkeit innerhalb eines Bezugssystems verstanden. Die ausschlaggebende Wichtigkeit der Versorgung von palliativen und geriatrischen Patient:innen soll hier durch die Aussagen der beruflichen Akteur:innen mittels Expert:inneninterviews identifiziert und anschließend ausgewertet werden.

4.4 Stadtgebiet Neubrandenburg

[von Michael Jeschke]

Neubrandenburg ist die Kreisstadt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte und hat eine Größe von 86 km². Die Stadt befindet sich etwa 150 Kilometer nördlich von Berlin. Hier lebten im Jahr 2020 63 372 Menschen. Laut dem Statistisches Jahrbuch der Vier Tore Stadt Neubrandenburg ist der Ort in zehn Stadtgebiete eingeteilt, die im Anhang1 auf Seite 77 dargestellt sind (vgl. Statistisches Jahrbuch Der Vier Tore Stadt Neubrandenburg 2021).

5 Material und Methodik

[von Michael Jeschke]

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, welcher unter Punkt 5.1 näher erläutert wird. Zu Beginn haben sich die Autor:innen einen Überblick zum Stand der Forschung anhand der Fragestellung gemacht. Literatur ist in der qualitativen Sozialforschung als Kontextwissen relevant, um die Aussagen und Beobachtungen im Feld besser einzuordnen und um einschätzen zu können, was das Neue in der aktuellen Arbeit im Gegensatz zum Stand der Forschung ist (vgl. Flick 2021, S. 74) .

Es wurde ein Scoping Review durchgeführt. Dadurch ist es möglich, sich einen Überblick über die vorhandene Evidenz zur Forschungsfrage zu schaffen - unabhängig von der Qualität der Studien. Es kann publizierte und nicht publizierte, die sogenannte graue Literatur⁶, berücksichtigt werden. Der Wert von Scoping Reviews für die evidenzbasierte Praxis liegt in der Untersuchung eines breiteren Bereichs, um Lücken im Wissensbestand zu identifizieren (vgl. Elm et al. 2019, S. 1–7).

⁶ Die graue Literatur — ein Begriff, der der Bibliothekswissenschaft zugeordnet werden kann. Denn alles, was nicht anhand eines kommerziellen Verlages herausgegeben wurde, darf sich darunter einreihen. (Originalquelle: <https://studi-kompass.com/richtig-zitieren/grau-literatur>)

An der Suchstrategie wird mit Hilfe des Patient-Context-Outcome (PCO) Schemata und der Vorgabe von Butler et al.(2016) gearbeitet. Die Gliederung der Forschungsfrage innerhalb des PCO-Schemas ermöglicht eine systematische Faktensuche nach Keywords, die für das Scoping Review relevant sind (vgl. Butler et al. 2016, S. 241). Das PCO-Schema kann zu einer unvollständigen Darlegung relevanter Literatur und Studien führen. Daher wird parallel eine Freihandsuche durchgeführt (vgl. Butler et al. 2016, S. 241–249).

Einen Überblick der Suchstrategie der Literaturrecherche bietet das Flussdiagramm, welches in Abbildung 2 auf Seite 16 dargestellt ist. In den Datenbanken MEDILINE via Pubmed, CareLit, GeroLit und LIVIVO wurde, soweit die Struktur dieser es erlaubte, die gleiche Suchstrategie angewendet. Es wurden ausschließlich peer-reviewed Studien eingeschlossen. Die Literaturrecherche erstreckte sich über den Zeitraum vom 27. September 2022 bis 10. Oktober 2022. Die Suche beschränkte sich auf Studien, die ab 2012 bis 2022 veröffentlicht wurden. Begründet wird dieses mit der Aktualität der Studienergebnisse. Folgende Keywords wurden verwendet: Palliativ (Care), Geriatrie, End of Life und Symptome/ Symptomlast. Diese Keywords wurden unter Verwendung der Booleschen Operatoren mit 'OR' und 'AND' unterschieden oder miteinander kombiniert. Zusätzlich wurde eine Freihandsuche in Google/ Google Solar sowie den Fachbibliotheken der Hochschule Neubrandenburg und des Dietrich Bonhoeffer Klinikums Neubrandenburg durchgeführt.

Durch die Literaturrecherche und Handsuche wurden sieben Publikationen aus fünf unterschiedlichen Ländern (Deutschland, Schweiz, Kanada, China, Neuseeland) identifiziert. Das Forschungsdesign war in drei Studien ein quantitativer Ansatz. Diese wurden in Neuseeland, der Schweiz und China durchgeführt.

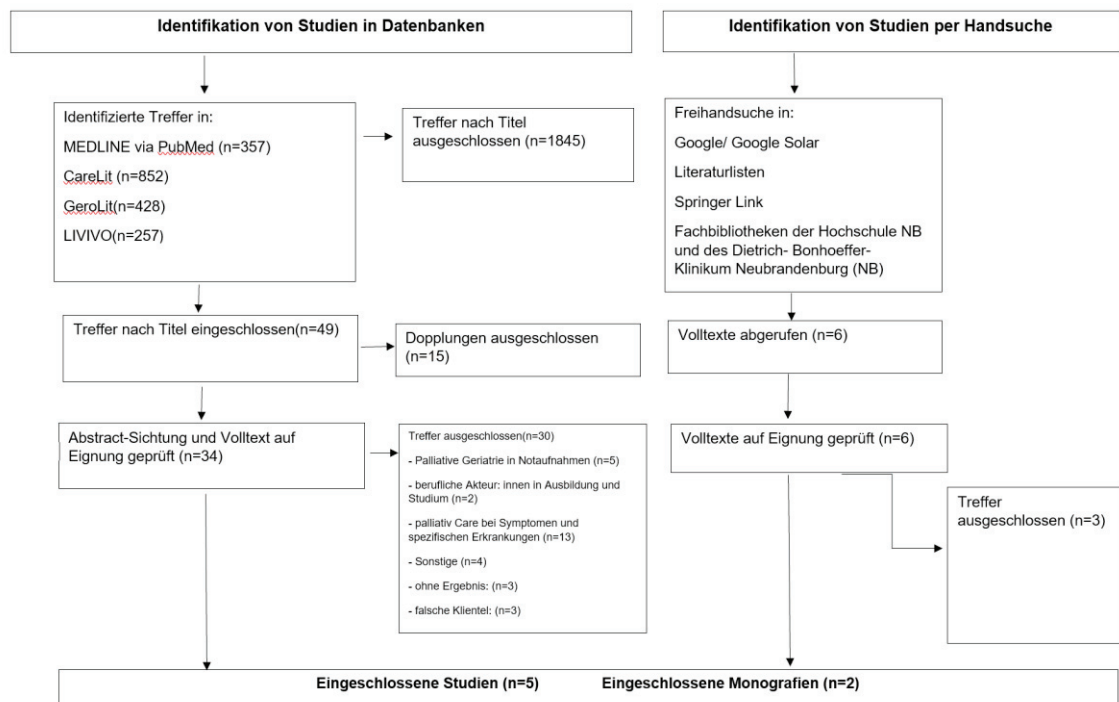


Abbildung 2 Flussdiagramm Literaturrecherche

Boyd et al. (2019) aus Neuseeland kamen zu dem Ergebnis, dass in Langzeitpflegeeinrichtungen Menschen mit Demenz und chronischen Krankheiten in den letzten Wochen und Monaten des Lebens mehr körperliche Belastung erfahren als diejenigen mit Tumorerkrankungen. Boyd et al.(2019) unterstreicht damit die Komplexität der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen am Lebensende, die einen Palliativ Care Ansatz in der Geriatrie erforderlich macht (vgl.Boyd et al. 2019).

Koppitz et al. (2015) analysierten 65 Pflegedokumentationen von verstorbenen geriatrischen Bewohner:innen mit Demenz in vier Pflegeheimen im Kanton Zürich mittels einer retrospektiven⁷ Studie. Es zeigte sich eine Zunahme der Symptomlast bei Schmerzen, Ernährungsproblemen, Atemanomalien, Apathie

⁷ In einer **retrospektiven Studie** werden Daten analysiert, die sich auf in der Vergangenheit eingetretene Ereignisse beziehen. Es handelt sich also um eine rückblickende Untersuchung. Die retrospektiv erfassten Daten können aus Krankenakten stammen oder auch mithilfe von Fragebögen ermittelt werden.

(Originaltext: <https://www.medistat.de/glossar/klinische-studien/retrospektive-Studie>)

und Angst. Koppitz et al. (2015) kamen zu dem Ergebnis, dass die dokumentierte Prävalenz eines hohen und zunehmenden Schmerzniveaus gegen Lebensende, kombiniert mit dem Fehlen dokumentierter Schmerzverläufe, ein deutliches Verbesserungspotenzial für Patient:innen mit Demenz in der Betreuung am Ende des Lebens darstellt. Die Zunahme und Intensivität der Angehörigenarbeit werden in dieser Studie im Ergebnis hervorgehoben. Dies wird an der steigenden Anzahl von Besuchen der Zu- und Angehörigen und der immer intensiveren Kontakte zwischen Pflegefachkräften und Zu- und Angehörigen in den letzten sieben Tagen vor dem Versterben festgemacht. Den verantwortlichen Pflegefachkräft:innen wird eine gute Vorhersage der finalen Lebensphase und eine entsprechend richtige Reaktion darauf bescheinigt (vgl. Koppitz et al. 2015).

Die chinesischen Wissenschaftler:innen Liu et al. (2022) untersuchten 166 geriatrische Patient:innen mit Tumorerkrankungen im Endstadium. Diese Patient:innen wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe wurde durch ein multiprofessionelles Palliativ-Team betreut, eine Art SAPV-Team. Die zweite Gruppe wurde mit einem maximalen Therapieansatz behandelt. Im Ergebnis zeigte sich, dass eine Verbesserung der emotionalen Funktion, der allgemeinen Zufriedenheit und der Symptome in der SAPV-Gruppe statistisch höher waren als in der Gruppe, die einen maximalen Therapieansatz erfuhr. Die Arzneimittelkosten zeigten in der SAPV-Gruppe statistisch niedrigere Werte als in der Vergleichsgruppe. Multiprofessionelle Palliativ Care-Teams können somit eine koordinierte, komfortable, qualitativ hochwertige und humane Sterbebegleitung bieten (vgl. Liu et al. 2022).

Die Studie aus Kanada und der Schweiz von Nooijer et al. (2020) stellt ein Review mittels einer systematischen Literaturrecherche dar. Ziel war es, die Kriterien für die Überweisung an Palliativ Care-Dienste zu identifizieren, wer spezialisierte Palliativpflege anbietet und welche Verbesserungsvorschläge gemacht werden. Es wurden zehn in Frage kommende Artikel – drei qualitative, drei quantitative, drei Mixed-Method-Reviews und ein narrativer Review – erkannt. Die Überweiskriterien basierten hauptsächlich auf Patient:innenmerkmalen wie beispielsweise der Diagnose. Die Palliativ Care-Dienste umfassten eine Vielzahl

von Aktivitäten, jedoch fehlten Ergebnissen und Beschreibungen. Die Palliativ Care-Leistungen könnten in Bezug auf den Informationsfluss zwischen medizinischem Fachpersonal, vertieftes Palliativversorgungswissen für Fallmanager:innen und Sozialarbeiter:innen und die Unterstützung pflegender Angehöriger, verbessert werden. Im Ergebnis zeigte sich eine begrenzt verfügbare Evidenz und damit ein hoher Forschungsbedarf im Bereich der Palliativ Care für geriatrische Patient:innen. Die Verbesserung der Qualität der Sterbebegleitung und des Zugangs zu spezialisierten Palliativ Care-Diensten besonders für ältere Menschen und die Unterstützung für Pflegende, Zu- und Angehörigen ist ein weiteres Ergebnis dieser systemischen Literaturrecherche (vgl. Nooijer et al. 2020).

Die Studie von Dibelius et al.(2016) stellt einen regionalen Bezug zu der in der Forschungsfrage benannten Region dar. Es handelt sich um eine Triangulationsstudie, welche im Raum Berlin durch das Forschungsnetzwerk Berlin und die Evangelische Hochschule Berlin durchgeführt wurde. Im Ergebnis zeigte sich, dass es vor allem individuell angepasste Angebote der Sterbebegleitung gab, die sich an der Lebenswelt und Biografie der geriatrischen Menschen orientiert. Unbefriedigend sind die Ergebnisse in der Sterbebegleitung von demenziell erkrankten Menschen. Eine Sterbebegleitung dieser vulnerablen Gruppe fand ungenügend Berücksichtigung. Auch die Rahmenbedingungen der Sterbebegleitung differieren erheblich zwischen Hospiz, klassischer stationärer Pflegeeinrichtung und Wohnbereiche mit Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen. In stationären Pflegeeinrichtungen tauchen die meisten Probleme mit den personellen und zeitlichen Ressourcen auf. Diese ungenügenden Rahmenbedingungen führten dazu, dass professionelle Standards unterlaufen wurden. Der ökonomische Druck verhinderte zum Beispiel, sterbende Menschen in Einzelzimmer verlegen zu können. Die Folge war, dass die Sterbebegleitung nicht selten in Mehrbettzimmern stattfand. Auch die Betreuung der Angehörigen entfiel in vielen Fällen oder war nur sehr unzureichend. Zwischen der Sterbebegleitung von Menschen mit oder ohne demenzielle Erkrankung wird weder in der stationären Pflege noch in der Geriatrie eine Unterscheidung vorgenommen (vgl. Dibelius et al. 2016).

Alle Studien zeigen einen hohen Stellenwert der Palliativ Care in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität für geriatrische Patient:innen auf. Speziell im Zusammenhang mit einer Demenz wird eine hohe Wirksamkeit der Palliativ Care erkannt und stellt somit eine klare Evidenz dar. Zugleich wird eine begrenzt verfügbare Evidenz und damit ein hoher Forschungsbedarf im Bereich der Palliativ Care für geriatrische Patient:innen von Nooijer et al. (2020) hervorgehoben und der weitere Bedarf an wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Palliativ Care und Geriatrie verdeutlicht. Klare Kritikpunkte in der Versorgung und Betreuung von geriatrischen Patient:innen in der Akutgeriatrie und in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen werden in der regional erhobenen Triangulationsarbeit von Dibelius et al. (2016) benannt.

5.1 Qualitative Forschung

[von Michael Jeschke]

Angesichts der fehlenden kommunalen Forschungsergebnisse im Stadtgebiet Neubrandenburg wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt und in Form von Expert:inneninterviews umgesetzt. Das Ziel besteht in der Gewinnung von Erkenntnissen, die über eine Analyse der vorhandenen internationalen und nationalen Studienlage zum Thema ergänzt werden kann und für das Forschungsfeld, welches das Stadtgebiet Neubrandenburg darstellt, neue Erkenntnisse schafft. Der qualitative Forschungsansatz bietet die Möglichkeit, subjektive Perspektiven zu berücksichtigen. Anders als in der quantitativen Forschung werden die zu untersuchenden Personen/ Expert:innen nicht in Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit untersucht. Ziel hierbei ist es, durch die Offenheit und den kommunikativen Charakter, soziale Wirklichkeit und Lebenswelten zu beschreiben (vgl. Flick et al. 2012, S. 14–21). Dabei soll sich das Forscherteam von der Objektivität der quantitativen Forschung abgrenzen und die Kommunikation mit dem zu untersuchenden Forschungsobjekt zum Bestandteil der Erkenntnis machen. Die Forschenden sind ein Teil des Forschungsobjektes (vgl. Flick et al. 2012, S. 22).

Flick definiert vier theoretische Grundannahmen der qualitativen Forschung:

1. Soziale Wirklichkeit als gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutung,
 2. Prozesscharakter und Reflexivität sozialer Wirklichkeit,
 3. „objektive“ Lebensbedingungen werden durch subjektive Bedeutungen für die Lebenswelt relevant und
 4. der kommunikative Charakter sozialer Wirklichkeit lässt die Rekonstruktion von Konstruktionen sozialer Wirklichkeit zum Ansatzpunkt der Forschung werden.
- (vgl. Flick et al. 2012, S. 22)

5.2 Datenerhebungsmethode

[von Michael Jeschke]

Das leitfadengestützte Interview mit den beruflichen Akteur:innen aus dem Stadtgebiet Neubrandenburg wird als Datenerhebungsmethode in dieser Arbeit gewählt.

In Helfferich (2011) werden Experten:inneninterviews, die das Faktenwissen eruieren sollen, als robuster zu führen bezeichnet. Sie vertragen mehr Steuerung und Eingriffe durch einen Leitfaden, aber auch konkret zugespitzte Fragestellungen (vgl. Helfferich 2011, 162 ff.).

Die Fragen setzen sich aus Leitfragen, Aufrechterhaltungsfragen sowie dem konkreten Nachfragen zusammen. Sie legen den Fokus auf die spezifischen Forschungsfragen, die in Kapitel 3 formuliert sind. Die Leitfragen sollen zum Erzählen auffordern und sehr offen formuliert werden, sodass die Teilnehmer:innen möglichst ausführlich antworten können. Die Aufrechterhaltungsfragen zielen auf kein neues Thema ab. Sie dienen dazu, den Redefluss aufrecht zu erhalten und Impulse zu setzen. Um auf konkrete Antworten abzu zielen, können Nachfragen eingesetzt werden (vgl. Helfferich 2011, 176ff.).

Der Leitfaden dieser Arbeit wurde nach dem SPSS-Prinzip erstellt. Dies bedeutet eine Abfolge von „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsumieren“. Der

Interviewleitfaden verfolgt das Ziel, die Gesprächssituation zu strukturieren, indem die Anzahl und die Reihenfolge der Fragen definiert werden. Es handelt sich somit um ein standardisiertes Ablaufschema (vgl. Helfferich 2011, S. 176–180).

5.3 Sample und Zugang zum Feld

[von Manuela Voß]

Bei der Samplingstrategie geht es um die Auswahl der Interviewpartner:innen. Diese wurden nach festgelegten Kriterien im Vorfeld bestimmt (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 118). Dazu zählen in dieser Arbeit: eine Profession, die innerhalb palliativer und/oder geriatrischer Strukturen tätig ist, eine Berufserfahrung von mindestens drei Jahren. Weiterhin sollte die Tätigkeit auch zum Zeitpunkt des Interviews im Palliativ Care-Bereich und/oder einer geriatrischen Einrichtung aktuell ausgeübt werden. Die Verfasser:innen dieser Arbeit sind selbst Expert:innen innerhalb von geriatrischen und palliativen Behandlungsstrukturen. Durch deren Qualifikationen als Pflegefachkraft mit der Zusatzausbildung im Bereich Palliativ Care sowie als Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation in der geriatrischen curricularen Ausbildung (ZERCUR) stehen sie selbst als Netzwerkpartner:innen innerhalb der geriatrischen und palliativen Behandlungs- und Versorgungsstrukturen zur Verfügung. Für die Rekrutierung der Interviewteilnehmer:innen wurden ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen ausgewählt, in denen berufliche Akteur:innen mit den genannten Einschlusskriterien tätig sind. Die identifizierten Einrichtungen werden in Kapitel 6 vorgestellt. Die Interviewteilnehmer:innen konnten durch persönliche Kontakte per Mail und per Telefon erreicht werden. Das allgemeine Informationsschreiben befindet sich im Anhang 3 auf Seite 79. Die Forschenden gaben hier die Thematik bekannt und die kontaktierten Teilnehmer:innen erhielten jeweils zwei mögliche Interviewtermine. Dieses Vorgehen wurde durch die Forschenden als zielführend angesehen, da eventuelle Absagen durch unvorhergesehene Ereignisse im Tätigkeitsfeld der beruflichen Akteur:innen, Berücksichtigung finden sollten. Damit wurde sichergestellt, dass die angestrebte Stichprobengröße von

mindestens zwölf Interviews eingehalten wird. Durch diese Methode konnten insgesamt sechzehn Interviewteilnehmer:innen gewonnen werden. Von diesen sechzehn haben innerhalb von einer Woche zehn Teilnehmer:innen zugesagt. In der Folgewoche konnten dann sechs weitere Interviewteilnehmer:innen gewonnen werden, die den Samplekriterien entsprachen. Auf ein persönliches Anschreiben auf dem postalischen Weg haben die Verfasser:innen dieser Arbeit verzichtet, um innerhalb des vorgegebenen zeitlichen Rahmens zu bleiben und zeitnahe Rückmeldungen vieler beruflicher Akteur:innen erhalten zu können. Somit konnte gewährleistet werden, dass die Interviews, als Grundlage der Datenerhebung, zur Beantwortung der Forschungsfrage ab dem 10.10.2022 beginnen konnten. In der nachfolgenden Tabelle1 auf Seite 22 wird die Anzahl der kontaktierten Interviewteilnehmer:innen veranschaulicht. In der Darstellung finden sich die Anzahl der Rückmeldungen, sowie der Zu - und Absagen wieder.

Tabelle 1 Kontaktaufnahme und Rückmeldungen der Teilnehmer:innen

	Telefon	E-Mail	Rückmeldung	Zusagen	Absagen
Krankenhaus	3	3	6	6	0
SAPV	3	0	3	3	0
Hospiz	2	0	2	2	0
Pflegeheim	2	1	1	1	2
Teilstationärer Bereich	3	1	4	4	0
Gesamt	13	5	16	16	2

5.4 Datenauswertungsmethode

[von Manuela Voß]

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Auswertungsmethode der empirischen Sozialforschung dar. Sie dient dazu, die erhobenen Daten zu sammeln, zu analysieren, zu kategorisieren, zu interpretieren und sie nachvollziehbar zu machen. Inhaltliche Informationen werden hierbei dem auszuwertenden Text entnommen. Somit wird eine Informationsbasis geschaffen, die nur noch Informationen enthält, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 199). Nach Mayring (2010) ist der zentrale Punkt bei der qualitativen Inhaltsanalyse die Entwicklung eines Kategoriensystems, welches aus den theoretischen Vorüberlegungen konzipiert wird. Hierbei werden die deduktive und die induktive Kategorienbildung unterschieden (vgl. Mayring 2010, S. 67). Bei der deduktiven Kategorienbildung wird auf bereits vorhandene Theorien und Studien verwiesen. Sie sind die Grundlage für die Interviewfragen. Im Gegensatz dazu wird bei der induktiven Kategorienbildung nicht auf bereits bestehende Theorien und Studien zurückgegriffen, sondern diese aus dem gesammelten Material selbst entwickelt (vgl. ebd.).

Für diese Arbeit wurde die induktive Kategorienbildung nach Mayring angewendet. Das Vorgehen ist in Abbildung 3 auf Seite 23 dargestellt.

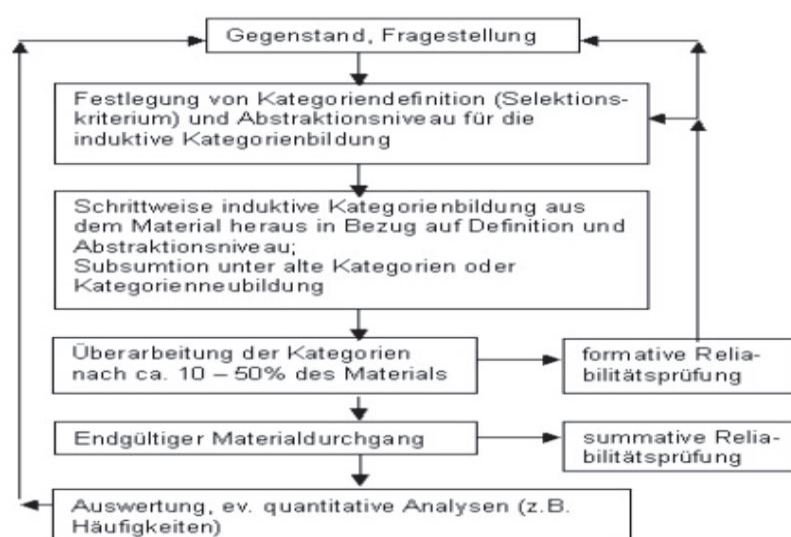


Abbildung 3 Induktive Kategorienbildung nach Mayring (Mayring 2010)

Bei der induktiven Kategorienbildung wird das zur Verfügung stehende Material so auf das Wesentliche reduziert, dass diese Eingrenzung zu einer besseren Übersichtlichkeit führt (vgl. ebd.). Bei der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse werden Transkripte der Interviews in Schriftform gebracht.

5.5 Ethische Aspekte, Datenschutz und finanzielle Entschädigung

[von Manuela Voß und Michael Jeschke]

Alle Teilnehmenden haben vor der Befragung ein Informationsgespräch über Inhalt und Zweck des Interviews erhalten. Eine finanzielle Entschädigung erfolgte nicht. Eine informed consent⁸ wurde vor dem Interview eingeholt und schriftlich festgehalten (vgl. Flick 2021, S. 59). Im Anhang 4 auf Seite 80 ist diese hinterlegt.

Die Durchführung der Interviews erfolgte mit einem Aufnahmegerät und orientierte sich an den aktuell geltenden Datenschutzrichtlinien (vgl. §9, Datenschutzgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern- DSG M-V 25.05.2018).

Für die Namen der Interviewteilnehmer:innen wurden Pseudonyme im Sinne von Buchstaben in Kombination mit Ziffern vergeben, so dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Personen gezogen werden können. Ein ethisches Clearing⁹ erfolgte nicht, da davon ausgegangen wurde, dass es zwischen den interviewten Professionen keine Interessenkonflikte gibt. Weiterhin wurden im Vorfeld Abhängigkeiten zu den thematisierten Patient:innengruppen ausgeschlossen. Somit gibt es hier kein vulnerables Sample.

⁸ Informed consent= informierte Einwilligung (vgl. Flick 2021, S.59)

⁹ Ethisches Clearing= Ethische Reflexion im Vorfeld

(Originaltext: vgl. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-58685-3_70-1)

6 Ausgewählte Einrichtungen

[von Manuela Voß]

Zunächst soll dargestellt werden, welche geriatrischen Einrichtungen und Palliativ Care Angebote im Stadtgebiet von Neubrandenburg identifiziert werden können. Es erfolgt in den angrenzenden Kapiteln deren Vorstellung unter Einbeziehung der geschichtlichen Hintergründe. Dadurch werden Zusammenhänge zwischen der Geschichte der einzelnen Institutionen und ihres Versorgungsanspruches erläutert und verständlich gemacht. Als Ausgangssetting wird das Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg benannt, da die hohen Fallzahlen auch auf eine repräsentative Gruppe von geriatrischen und palliativen Patient:innen schließen lässt. Begründet hat sich diese Annahme aus der Recherche zu geriatrischen und palliativmedizinischen Angeboten des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums Neubrandenburg. Eine genaue zahlenbasierte Aussage der genannten Patient:innengruppen liegt den Autor:innen nicht vor, da diese dort statistisch nicht differenziert erfasst werden. In Abbildung 4 auf Seite 25 ist die Verteilung der ausgewählten Einrichtungen im Stadtgebiet Neubrandenburg dargestellt.



Abbildung 4 Verteilung ausgewählter Einrichtungen (vgl. 1. Demografiebericht der Vier Tore Stadt Neubrandenburg 2021)

6.1 Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg

[von Manuela Voß]

Den Namen Dietrich Bonhoeffer trägt das Krankenhaus seit dem 9. April 2002. Es wird an den Theologen und Pastor Dietrich Bonhoeffer (*1906 +1945) erinnert, der sich aus seiner christlichen Überzeugung heraus gegen das nationalsozialistische (NS) Regime wandte. Der 9. April 1945 ist der Todestag dieses lutherischen Theologen. Er starb im Konzentrationslager-Flossenbürg, nachdem er bereits 1943 verhaftet wurde. Dietrich Bonhoeffer lebte stets nach den Prinzipien der Unvoreingenommenheit, Höflichkeit, dem Respekt sowie der Nächstenliebe. Damit schließt sich der Kreis zur Namensgebung (vgl. Patienteninformation Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH 2014).

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Greifswald mit Standorten in Neubrandenburg, Altentreptow, Malchin und Neustrelitz bietet es für die medizinische Versorgung über 1000 Betten an und ist somit eine der größten medizinischen Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Es werden jährlich über 40 000 Patient:innen stationär und weitere 47 000 Patient:innen ambulant versorgt. Das integrierte Tumorzentrum bietet krebserkrankten Patient:innen eine umfassende hochqualifizierte Versorgungsstruktur, welche stationäre, tagesklinische und palliative Therapien umfasst. Heilung und Linderung von Beschwerden stehen im Vordergrund. Weiterhin vermitteln menschliche Zuwendung und die hohe Fachkompetenz der Mitarbeitenden allen Patient:innen und deren An- und Zugehörigen Sicherheit und Vertrauen (vgl. Klinikradar 2022).

Als diakonische Einrichtung verpflichten sich alle in diesem Haus Tätigen dem Leitbild:

„Alles, was ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch.“
(Matthäus 7.12)

Nachfolgend werden die Palliativstation, die Akutgeriatrie, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie die geriatrische Tagesklinik als Bereiche vorgestellt, welche im Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg die Versorgung der geriatrischen und palliativen Patient:innen vorrangig leisten.

6.1.1 Palliativstation

[von Michael Jeschke]

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2022) beschreibt Palliativstationen als Einheiten eines multiprofessionellen Teams, welches sich um die Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung kümmern. Ziele sind die weitestgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität. In Deutschland gibt es ca. 300 Palliativstationen, die an ein Krankenhaus angegliedert sind. Die erste Palliativstation wurde in Köln im Jahr 1983 eröffnet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. 2022). 13 Palliativstationen befinden sich in Mecklenburg-Vorpommern. Die größten von ihnen sind an den Universitätskliniken in Rostock und Greifswald, am Südstadt Klinikum in Rostock, an der Heliosklinik in Schwerin und am Dietrich Bonhoeffer Klinikum in Neubrandenburg (vgl. Klinikradar 2022). Diese war die erste Palliativstation in Mecklenburg-Vorpommern und wurde im Jahr 1993 gegründet. In einem ganzheitlichen Behandlungskonzept werden durch Palliativmedizin und Palliativpflege, aber auch durch psychosoziale Betreuung, Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen betreut und behandelt. Wichtige Werte sind Fachlichkeit, Individualität und Ganzheitlichkeit. In zehn Einzelzimmern mit eigenem Badezimmer und eigener Terrasse werden die Patient:innen betreut (vgl. Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH 2014).

6.1.2 Akutgeriatrie

[von Manuela Voß]

Nach der einleitenden Vorstellung der Handlungsethik der Geriatrie am Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg soll speziell die Station F01 als

Akutgeriatrie vorgestellt werden. Es wird auf das spezielle Patient:innenklientel eingegangen sowie auf die beruflichen Akteur:innen als Teil eines multiprofessionellen Teams. Hierbei stellt sich heraus, welche Bedeutung die Interaktion der Akteur:innen innerhalb dieses Netzwerkes haben und wie diese Zusammenarbeit darauf zielt, im Sinne der Patient:innen zu agieren. Das Dietrich Bonhoeffer Klinikum als onkologisches Schwerpunktkrankenhaus der Maximalversorgung bietet mit der Akutgeriatrie Behandlungsstrukturen, die sich auf die Versorgung der älteren Bevölkerungsgruppe des Einzugsgebietes von Neubrandenburg spezialisiert hat. Akutgeriatrie bedeutet in diesem Zusammenhang die Behandlung von multimorbiden alten Menschen mit einem akut reduzierten Allgemeinzustand. Wie auch Heller et al. (2007) darlegen, werden alle therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen eingesetzt, welche mit den Patient:innen und deren Zu- und Angehörigen kommuniziert werden, bevor diese durchgeführt werden. Angepasst an die körperliche und seelische Verfassung werden zunächst die physischen und psychischen Voraussetzungen geprüft. Weiterhin werden der Patient:innenwille, die Zumutbarkeit und die Erfolgsaussichten eingeschätzt. Es wird nach dem Prinzip gehandelt, ständig zu prüfen oder zu überdenken, nach welcher Seite sich die „*Waagschale des Lebens*“ neigt (vgl. Heller et al. 2007, S. 76). Auch in Kojer (2009) wird von einer ganzheitlichen Behandlung, von Betreuung und Begleitung, von der Linderung quälender körperlicher Symptome, vom Selbstbestimmungsrecht, von Alltagsentscheidungen bis hin zu ethischen Fragen am Lebensende gesprochen (vgl. Kojer 2009, S. 34). Diesen Prinzipien folgend hat sich die Station (F01) zur Aufgabe gemacht, eine individualisierte Medizin unter Einbeziehung der aktuellen Lebenssituation der geriatrischen Patient:innen zu ermöglichen. Die Intakekriterien¹⁰ zur Einweisung oder Übernahme für die geriatrische Behandlung sind im Anhang 8 auf Seite 206 beigelegt (vgl. Aufnahme- & Übernahmekriterien

¹⁰ Intakekriterien: Werden im Care and Case- Management in der Klärungsphase angewendet, um die Angemessenheit und ggf. eine Vereinbarung zur Einleitung einer Leistung zu begründen. (vgl. Wendt und Löcherbach 2020, S. 7–8)

- Akutgeriatrie F01, Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg, ST-01311, QMB 2018, Anhang 8, S. 206).

6.1.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

[von Michael Jeschke]

Am 01.04.2007 wurde, im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, der § 37 b SGB¹¹ V eingeführt, wodurch sich die SAPV in Deutschland etablieren konnte.

Föllmer (2014) gibt an:

„Nach § 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“

(Föllmer 2014, S. 145).

Der Verband der Ersatzkrankenkassen (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern (2014) berichtet in einer Pressemitteilung über den zeitlichen Beginn der SAPV-Leistung in Mecklenburg-Vorpommern. Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Neubrandenburg gehört zu den ersten beiden SAPV-Teams in Mecklenburg- Vorpommern. Das Neubrandenburger Team erbringt seine Leistungen seit dem 01.08.2009 (vgl. vdek Landesvertretung Mecklenburg Vorpommern 2012). Laut Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg (2020) setzt sich das Team der SAPV Neubrandenburg aus einem Oberarzt, fünf weiteren Fachärzt:innen welche die Rufbereitschaftsdienste übernehmen, dem Koordinator der SAPV und zwei Palliativ Care Pflegefachkräften zusammen. Das Team wird durch eine Sozialarbeiterin und eine Psychologin unterstützt (vgl. Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg 2020).

¹¹ SGB= Sozialgesetzbuch

6.1.4 Geriatrische Tagesklinik

[von Manuela Voß]

Eine weitere Versorgungsstruktur für geriatrische Patient:innen bietet die geriatrische Tagesklinik des Dietrich Bonhoeffer Klinikums Neubrandenburg. Hier erfolgt die Behandlung mit allen erforderlichen Diagnostik- und Therapieverfahren. Dies bietet den Vorteil, dass die Patient:innen nachts und an den Wochenenden in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld verbleiben können. Ebenso wie auf der akutgeriatrischen Station wird eine hohe Therapiedichte durch Physio- und Ergotherapie angeboten. Auch wird die strukturierte Behandlung zusätzlich durch speziell geschultes ärztliches und pflegerisches Personal angeboten. Logopäd:innen, Psycholog:innen und Ernährungsberater:innen komplettieren das Behandlungsangebot. Wöchentliche Teamsitzungen gehören ebenfalls zum Versorgungsstandard. Die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit haben in der geriatrischen Tagesklinik wie auch in der Akutgeriatrie oberste Priorität (vgl. Information für Einweiser und Patienten zur Geriatrischen Tagesklinik, Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg, St-00318, QMB 2019, Anhang 9, Seite 207- 209). Durch den Kontakt mit den Hausärzt:innen der Stadt Neubrandenburg wird für dieses Patient:innenklientel ein zusätzliches Behandlungskonzept, welches speziell auf geriatrische Patient:innen ausgerichtet ist, angeboten.

6.2 Dreikönigsverein Neubrandenburg

[von Michael Jeschke]

Im Stadtgebiet von Neubrandenburg hat der Dreikönigsverein seinen Sitz. Er unterhält das Dreikönigshospiz mit dem dazugehörigen ambulanten Hospizdienst.

Im November 1991 gründete sich der Dreikönigsverein (vgl. Dreikönigsverein 2003, S. 7). Ziel des Vereins ist es, sich über konfessionelle Grenzen hinweg und unabhängig von politischen Ansichten und im Geist von Demokratie und Toleranz soziale und christliche Initiativen zu unterstützen und zu fördern. Der Verein engagiert sich in vielen sozialen Bereichen. (vgl. Dreikönigsverein Neubrandenburg e.V. 2022).

6.2.1 Dreikönigshospiz

[von Michael Jeschke]

Im Januar 2003 wurde das Dreikönigshospiz in Neubrandenburg eröffnet. Es ist das einzige Hospiz in der Stadt und befindet sich in der Lindenstraße in unmittelbarer Nähe des Tollensesees. Eine historische Villa dient als Wirtschafts- und Verwaltungsgebäude. Der Neubau/ Anbau beherbergt die Bewohner:innenzimmer (Dreikönigsverein 2003, S. 87–88). Das Hospiz verfügt über zehn Einzelzimmer mit eigenem Badezimmer und dazugehöriger Terrasse. In das Gebäude integriert sind mehrere Gemeinschaftsräume, die Dreikönigskapelle, ein Wintergarten und eine Küche sowie Gästezimmer für An- und Zugehörige. Zudem gehört eine weitläufige Außenanlage zum Anwesen. Die Symptomkontrolle der Bewohner:innen erfolgt durch Pflegefachkräfte, Hausärzt:innen und spezialisierte Palliativmediziner:innen unter anderem der SAPV. Ziel ist es, Menschen auf ihrem letzten Lebensweg beziehungsweise Sterbenden in ihren letzten Tagen und Stunden liebevoll beiseite zu stehen und ihre An- und Zugehörigen zu unterstützen (vgl. Dreikönigsverein Neubrandenburg e.V. 2022).

6.2.2 Ambulanter Hospizdienst Neubrandenburg

[von Michael Jeschke]

Eine weitere Säule des Dreikönigsvereins ist der ambulante Hospizdienst. Dieser hat sich 1996 gegründet und gehört zu den rund 20 ambulanten Hospizdiensten in Mecklenburg-Vorpommern. Er ist Teil eines sozialen Netzwerkes, welches aus anderen sozialen Einrichtungen, wie beispielsweise Alten- und Pflegeheimen, dem Dietrich Bonhoeffer Klinikum und anderen ambulanten Diensten besteht. Schwerkranke Menschen aus Neubrandenburg und Umgebung können in ihren eigenen vier Wänden, im Pflegeheim oder im Krankenhaus zusammen mit ihren Familien, Bekannten und Nachbarn begleitet werden (vgl. Dreikönigsverein Neubrandenburg e.V. 2022).

6.3 Altenpflegeheim Schwester Elisabeth Rivet Neubrandenburg

[von Michael Jeschke]

In Gedenken an Schwester Elisabeth Rivet (*1890 +1945) und in Anlehnung an die Nächstenliebe und Selbstlosigkeit ihrerseits wurde das Katholische Altenpflegeheim der Caritas im Oktober 1991 auf den Namen der französischen Ordensfrau eingeweiht (vgl. Prachtel 1991, S. 26). Träger der Einrichtung ist der Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V.

Das Haus befindet sich in der Heidmühlenstraße und umfasst auf drei Wohnebenen insgesamt 68 Einzelzimmer, mehrere Gemeinschaftsräume und eine integrierte Kapelle für die pflegebedürftigen Menschen. Eine Parkanlage lädt zum Verweilen ein (vgl. Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V. 2022).

7 Ergebnisse

Zunächst wird die Auswahl der Teilnehmer:innen beschrieben, sowie die Auswertung der Interviews. Nachfolgend werden die Merkmale des Samples genannt. Abschließend erfolgt die zusammenfassende Inhaltsanalyse.

7.1 Auswahl der Teilnehmer:innen

[von Manuela Voß]

Die Auswahl sowie die Identifizierung der Teilnehmer:innen erfolgte durch die Autor:innen auf der Grundlage der Feststellung, welche beruflichen Akteur:innen sowohl die geriatrischen als auch die palliativen Patient:innengruppen versorgen. Dabei sind die Verfasser:innen dieser Arbeit selbst Expert:innen innerhalb der geriatrischen und palliativen Behandlungsstrukturen. Durch deren Qualifikationen als Pflegefachkraft mit der Zusatzausbildung in Palliativ Care und als Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation in der geriatrischen curricularen Ausbildung (ZERCUR) stehen sie selbst als Netzwerkpartner innerhalb der geriatrischen und palliativen Behandlungs- und Versorgungsstrukturen zur

Verfügung. Weiterhin wurde sich an Professionen gerichtet, welche in den ausgewählten Einrichtungen des 6. Kapitels, tätig sind. Dazu wurden die möglichen Interviewpartner:innen per Telefon oder E-Mail kontaktiert. Auf ein persönliches Anschreiben auf dem postalischen Weg haben die Verfasser:innen dieser Arbeit verzichtet, um innerhalb des vorgegebenen zeitlichen Rahmens, zeitnahe Rückmeldungen vieler beruflicher Akteur:innen erhalten zu können. Damit wurde gewährleistet, dass die Interviews als Grundlage der Datenerhebung zur Beantwortung der Forschungsfrage ab dem 10.10.2022 beginnen konnten.

7.2 Auswertung der Interviews

[von Michael Jeschke]

Die Fragen des in dieser Arbeit verwendeten Interviewleitfadens sind teilstandardisiert. Somit konnte die Interviewzeit, von vorab vereinbarten maximal 30 Minuten beeinflusst werden. In den ersten beiden Schritten wurden verschiedene Fragen zum Thema von den Autor:innen gesammelt und diese auf Doppelung sowie zur Forschungsfrage hin passend geprüft. Dieser Fragenkatalog wurde sortiert. Im Anschluss wurde der Leitfaden mit dem Erstbetreuer und diversen Kommilitonen:innen aus Bachelor- und Masterstudiengängen besprochen. Es erfolgten vier Pretests (in der Praxis) hinsichtlich der Praktikabilität, dem Zeitfaktor und der Verständlichkeit. Zum Abschluss wurde der Interviewleitfaden nochmals subsumiert¹² und es erfolgte ein finaler Pretest, welcher auf Grund der guten Eignung in das Forschungsergebnis mit eingeflossen ist. Der entstandene Interviewleitfaden ist dem Anhang 2 aus Seite 78 beigelegt.

¹² Subsumiert= untergeordnet „In diesem letzten Schritt erhält der Leitfaden seine besondere Form. Es gilt nun eine einzige, möglichst einfache Erzählaufforderung zu finden, unter die die Einzelaspekt werden können“ (Helfferich 2011, S. 185)

Die Expert:inneninterviews erfolgten als teilstrukturierte leitfadengestützte Interviews. Sie wurden persönlich vom Verfasser bzw. der Verfasserin der Arbeit durchgeführt und mit Zustimmung der Teilnehmenden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 15 und 35 Minuten. Die Audioaufnahmen wurden nach Dresing und Pehl (2011) und mit Hilfe des Dienstleisters ‚abtipper.de‘ transkribiert. In den Transkripten steht das B für Befragte und das I steht für Interviewer (vgl. Dresing und Pehl 2011). Es erfolgte eine Glättung und Verzicht der zeitlichen Angaben, da diese für das Forschungsergebnis nicht relevant sind. Die Datenerhebung fand in der Zeit vom 10.10.2022 bis zum 24.10.2022 statt. Die Transkripte befinden sich im Anhang 5, auf Seite 81ff.

7.2.1 Merkmale des Samples

[von Manuela Voß]

Dieser Arbeit liegt ein Sample von 14 Interviews zu Grunde. Um Rückschlüsse auf die Identität der Befragten ausschließen zu können, wurden die Interviews nach der Abfolge der Befragungen in nachfolgender Tabelle 2, auf Seite 35 dokumentiert. In den Interviews wurde nach der Qualifikation und eventueller Zusatzqualifikationen gefragt. Eine befragte Person gab keine Zusatzqualifikation an, eine weitere gab eine an, fünf Befragte haben eine Palliativ Care-Ausbildung und zwei Befragte eine ZERCUR Ausbildung abgeschlossen oder befinden sich noch in Ausbildung. Wiederum fünf Befragte geben einen Hochschulabschluss an, wobei auf die genaue Bezeichnung des akademischen Abschlusses verzichtet wurde, da dieser Rückschlüsse auf bestimmte Personen zulassen würde.

Die Tabelle beginnt mit dem Interview I05, da die Interviews I01 bis I04 als Pretests nicht in die Darstellung einfließen. Die Interviews/ Dateien I11, I12, I15 und I17 sind ebenfalls nicht verzeichnet, da sie wegen eines fehlerhaften Aufnahmegerätes nicht verwertet werden konnten.

Tabelle 2 Demographie der Interviewteilnehmer:innen

Interview	m/w/d	Berufserfahrung	Tätigkeitsfeld	Zusatzqualifikation
I05	w	17 Jahre	stationär	Fallmanager, akademischer Abschluss
I06	w	5 Jahre	stationär und ambulant	Für neurologische Erkrankungen
I07	w	5 Jahre	stationär	Zercur in Ausbildung
I08	w	9 Jahre	stationär	Zercur
I09	m	17 Jahre	ambulant	Mentor, Palliativ Care
I10	w	10 Jahre	stationär	Palliativ Care, Qualifikation zur Pflegedienstleitung
I13	w	15 Jahre	ambulant	Palliativ Care
I14	w	21 Jahre	stationär und ambulant	Palliativ Care
I16	w	10 Jahre	stationär und ambulant	akademischer Abschluss
I18	w	18 Jahre	stationär und ambulant	akademischer Abschluss
I19	W	30 Jahre	ambulant	Palliativ Care
I20	w	20 Jahre	stationär	akademischer Abschluss
I21	w	38 Jahre	stationär und ambulant	Keine Zusatzqualifikation
I22	w	13 Jahre	stationär	akademischer Abschluss

7.2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

[von Manuela Voß und Michael Jeschke]

Als Datenauswertungsmethode wurde die induktive Kategorienbildung gewählt. Die grobe Kategoriendefinition erfolgte im ersten Schritt anhand der Fragestellung. Anschließend wurde das Material gesichtet und der Kategoriendefinition zugeordnet und neue Kategorien gebildet. Es entstand aus dem Material heraus ein Kategoriensystem (vgl. Mayring 2010). Nach der Auswertung von fünf transkribierten Interviews wurde eine Überarbeitung der Kategorien in Form einer formativen Reliabilitätsprüfung vorgenommen (vgl. Mayring 2010 und Abbildung 3 Seite 23). Die endgültig entstandenen Kategorien sind im Kategorienkatalog im Anhang 7, Seite 204-205 dargestellt. Die Vorgehensweise, wie vom Originaltext über die Paraphrasierung¹³ zur Reduktion und zur Kategorie gelangt werden konnte, ist im Anhang 6, Seite 128ff. hinterlegt. Dieser Gesamtvorgang wurde an allen 14 Interviews gemeinsam durchgeführt. Das Material wurde danach endgültig analysiert und es erfolgte die Auswertung, die im Folgenden gezeigt wird:

Versorgungssituation in der palliativen Geriatrie K1

[von Manuela Voß]

Die Interviewten differenzieren die Versorgungssituation bezüglich palliativer Geriatrie in Merkmale der Versorgung Kategorie K1. Dazu gehören die Unterkategorien *Unterversorgung K1.1*, *Wiedereinweisung K1.2*, *Nachsorge K1.3*, *Netzwerkarbeit K1.4* und *Fehlversorgung K1.5*. Um die Differenzierung der Versorgungsproblematik zu verdeutlichen, haben sich die Autor:innen entschieden, diese nach der Reihenfolge des Kategorienkataloges zu gestalten.

¹³ Paraphrasierung = Streichen aller nicht inhaltsrelevanter Textbestandteile (vgl. Flick 2021, S 412).

Unterversorgung K1.1

Es wird eine Unterversorgung durch die Interviewten in der nicht erbrachten Gesundheitsleistung gesehen. Fehlende Qualifikationen im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie die Nichterreichbarkeit von Hausärzt:innen werden als solche Probleme identifiziert. Zusätzlich erfolgt eine Abstufung zur aktuellen Situation in der Coronapandemie, welches als Verschärfung der Problematik angesehen wird (vgl. I09). Ein Bezug zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich wird ebenfalls genannt (vgl. I05).

B: *„[...] die wirklich alle dieselben Probleme auch beklagen, unter anderem auch, dass die Hausärzte schwer erreichbar sind. In Coronazeiten war das nochmal schwieriger.“* (Interview I09)

„[...] dass da auch einfach, ja Fachpersonal da ist, Fachärzte, Fachpfleger, die die einfach wissen, was die da tun, [...]“ (Interview I09)

Die Leistungsgrenzen der Hausärzt:innen, Pflegedienste und der SAPV werden thematisiert und als Indiz der Unterversorgung angesehen. Hierbei differenzieren die Befragten nicht zwischen palliativen und geriatrischen Patient:innen (vgl. I20, I05). Es finden im Wortlaut Verallgemeinerungen statt, die die Gesamtsituation der Versorgungsproblematik beschreiben:

B: *„[...] dass da viele Ärzte an ihre Grenzen kommen. [...], also dass die einfach nicht versorgt sind zu Hause und dann [...].“* (Interview I20)

B: *„[...] eine deutliche Unterversorgung selbst mit ambulanten Pflegediensten wahrnehmen. Und ich denke, dass ist für eine SAPV dann auch schwierig zu handeln.“* (Interview I05)

Wiedereinweisungen K1.2

Das Phänomen von Wiedereinweisungen dieser Patient:innengruppen wird durch die folgenden Ankerbeispiele¹⁴ bestätigt. Es zeigt sich bei den interviewten Professionen die eindeutige Tendenz zur Vermeidung von Wiedereinweisungen durch geriatrische Palliativ Care- Angebote. Sieben der 14 Interviewten berichteten von Erfahrungen bezüglich Wiedereinweisungen und äußerten sich zu deren Vermeidung. Sie vertreten die Auffassung, dass durch spezielle Palliativ Care- Angebote Wiedereinweisungen ins Krankenhaus vermieden werden können (I06, I08, Mehrfachnennung in I13, Mehrfachnennung in I06, I18, I20). Es wird hierbei ebenso deutlich, dass die beruflichen Akteur:innen in diesem Tätigkeitsfeld den Benefit für palliative Patient:innen sehen und wahrnehmen (vgl. I13).

B: *„[...] man sieht es ja im Verlauf, kommen die Patienten wieder. Also werden entlassen, sind eine Zeit zuhause und kommen dann wieder.“* (Interview I06)

Der Wunsch der beruflichen Akteur:innen, eine Versorgung im gewohnten Umfeld zu ermöglichen, deckt sich hier mit der Erwartungshaltung von Patient:innen und An- und Zugehörigen.

B: *„[...] und ich sage mal, eine Woche später oder zwei, drei Tage später sind die wieder in der Rettungsstelle, werden aufgenommen. Das könnte man damit vielleicht umgehen. Dass sie dann zu Hause ambulant betreut werden.“* (Interview I08)

B: *„Um eben wiederum die Krankenhauseinweisung zu vermeiden.“* (Interview I13)

¹⁴ Ankerbeispiele= typische Aussagen / Zitate aus dem Material (vgl. Ramsenthaler, 2013)

B: *„Wiederholte Krankenhauseinweisung. So wie das ja bei all unseren Patienten ist, die ja ohne diese spezialisierte ambulante Versorgung sicher bei allen möglichen Zwischenfällen ins Krankenhaus kommen würden.“*

(Interview I13)

Unsicherheiten im Pflegeheim beim Umgang mit diesen Patient:innen und in der Abwägung von Situationen werden im Interview I 18 thematisiert. Es wird die Auffassung vertreten, dass nicht jede Situation, eine Krankenhauseinweisung nach sich ziehen müsste, wenn Expert:innen auch dorthin zu Rate gezogen werden könnten. Dies wird jedoch auf der Palliativstation so beobachtet (vgl. I18).

B: *„[...] , dass manchmal die Unsicherheit auch in den Pflegeheimen und das ist ja das, was wir ja häufig in der Palliativstation haben, dass hier Pflegeheimpatienten stationär kommen, die eigentlich in Pflegeheimen, auch wenn sie palliativ versorgt würden, einfach im Pflegeheim bleiben könnten, wo es also aus unserer Sicht, wir sind ja immerhin die Experten und sagen, das braucht eigentlich keine stationäre Einweisung, das kann man doch zu Hause machen. Das ist nicht selten.“* (Interview I18)

Auch die weitere Beobachtung des reduzierten Allgemeinzustandes¹⁵ der Patient:innen bei erneuter Wiedereinweisung wird als Thema aufgegriffen. Hier wird der Wunsch nach dem Erhalt von Fortschritten durch eine spezialisierte ambulante Versorgung thematisiert (vgl. I06).

B: *„[...] sieht es ja am Verlauf, kommen die Patienten wieder. Also, werden entlassen, sind eine Zeit zuhause und kommen dann wieder. Sieht man, dass die Fortschritte, die man vielleicht erreicht hat, wieder rückläufig geworden sind. Also*

¹⁵Allgemeinzustand= Körperliche Verfassung eines Menschen unabhängig von eventuellen Krankheitssymptomen erfasst werden Selbstpflegeaspekte, Schlafverhalten und soziale Integration (vgl. Pschyrembel, 2022)

es sollte, wäre schon schön, wenn man einfach weitermachen würde. Auch für zuhause. Genau. Ja.“ (Interview I06)

Ein weiterer Aspekt, der benannt wurde, ist die Einweisung ins Krankenhaus aus sozialer Indikation.

B: „Also ich denke, man könnte einige Krankenhausaufenthalte damit verhindern, weil das einfach auch oft soziale Diagnosen sind, die dahinterstehen, [...]“ (Interview I20)

Nachsorge K1.3

Ein weiterer sehr ausschlaggebender Punkt ist für die Interviewten die Nachsorgesituation. Dies wird durch die deutliche Mehrfachnennung der Thematik deutlich. Die Nachsorge stellt sich als breit gefächert dar. Sie bezieht sich auf die Hilfsmittelversorgung, die Überleitung zu Pflegediensten und auf die beratende Versorgung (vgl. I14).

B: „Bieten Unterstützung an im Bezug auf Pflegegradantrag, Hospizunterbringung, Hilfsmittel, Pflegedienst natürlich. Ja. Ganz spontan. Wir unterstützen natürlich auch in dem wir psychologische Beratung anbieten, [...] dann auch zu Hausbesuchen fährt.“ (Interview I14)

B: „[...] gut nachversorgt zu wissen.“ (Interview I05)

B: „[...] weil jeder Angehörige hat vielleicht nicht die Möglichkeit die Dependenzpflege zu übernehmen oder ja.“ (Interview I05)

Die Nachsorge, so berichten vier Befragte, wird unter anderem in Pflegeheimen erbracht. Dies ist eine Tendenz, die durch die Interviewten wahrgenommen wird

und laut ihrer Beobachtung weiter zunimmt (vgl. Mehrfachnennung in I09, I20, I21, I22).

B: „[...] Aktuell auch viel mit -, mit-, mit Pflegeheimen. [...], dass die Richtung schon in Richtung Heime geht [...].“ (Interview I09)

B: „[...] viel in Pflegeheimen war, [...].“ (Interview I09)

B: „Aber selbst die sagen, also, es könnte noch viel, viel mehr sein, definitiv. Also der Bedarf ist da.“ (Interview I09)

B: „Weil einfach da ein Riesenbedarf ist.“ (Interview I09)

B: „[...] dass immer mehr Heime anfragen. Das liegt unter anderem bestimmt daran, dass, dass auch Heimbewohner keinen Anspruch auf einen Hospizplatz haben, wenn ich das richtig verstanden habe auch.“ (Interview I09)

B: „Absolut. Also wenn man sich mal überlegt: Altersheime, altersgerechtes Wohnen und sowas. Das schießt ja alles aus dem Boden [...].“
(Interview I21)

Das Pflegeheim wird als „letztes Zuhause“ betitelt, grenzt sich vom Verständnis aber weitestgehend vom Begriff des häuslichen Umfeldes ab (vgl. I22).

B: „[...] Weil die Leute, die zu uns ins Heim ziehen, die sehen das als letzte Station, also sprich, das ist ihr letztes Zuhause [...].“ (Interview I22)

Der Begriff „Häuslichkeit“ bezeichnet den Ort, an denen die Patient:innen zurückkehren möchten (vgl. I20). Dies wird nicht mit dem „letzten Zuhause“ gleichgestellt.

B: „Die wollen meistens wieder zurück in die Häuslichkeit.“ (Interview I20)

B: „Das ist nochmal anders als zuhause, wo sie immer jemanden brauchen, der auch nicht 24 Stunden da ist.“ (Interview I20)

Was geriatrische Patient:innen als Zielsetzung sehen, beschreibt eine Interviewteilnehmerin als Unterschied zu anderen Patient:innengruppen. Hier

wird auf die Fähigkeiten eingegangen, die vor einem Krankenhausaufenthalt bestanden und möglichst wieder erreicht werden sollen. Dabei spielt die Alltagskompetenz eine große Rolle (vgl. I21).

B: *„Die haben eine ganz andere Zielsetzung. Also für mich hat ein älterer Mensch immer die Priorität, ihn wieder im normalen Alltag, also so, wie es vorher war natürlich, dass man ihn dahinbringt, dass er sich normal bewegen kann und an seinem normalen vorherigen Alltag wieder anknüpfen kann.“* (Interview I21)

Das Erreichen dieser Kompetenzen wird den Therapien zugesprochen und als relevant angesehen (vgl. I13).

B: *„Das kommt vielleicht auch darauf an, wie sie aus dem Krankenhaus entlassen wurden, wenn sie dann aus dem Krankenhaus entlassen wurden, was sie da für Therapien hatten oder wie sie auch vorbereitet wurden.“* (Interview I13)

Netzwerkarbeit K1.4

Die Netzwerkarbeit wird ebenfalls als ein Werkzeug der gesicherten Versorgung angesehen. Die beruflichen Akteur:innen berichten in diesem Zusammenhang von Benefits für palliative Patient:innen und würden diese Aspekte auch für die geriatrischen Patient:innen nutzen wollen. Dabei wird die SAPV als beispielhaft bei der Versorgung palliativer Patient:innen angeführt (vgl. I09).

B: *„[...] Wir arbeiten viel mit SAPV zusammen. [...]“* (Interview I09)

B: *„[...] da ist die SAPV auch mit drinnen.“* (Interview I09)

Die letzte Lebensphase der Patient:innen wird ebenfalls als Aufgabe innerhalb der Netzwerkarbeit gesehen. Dabei werden Hilfen aus mehreren Versorgungskonzepten genutzt. Die Kombination aus Palliativ Care-Personal,

der SAPV und dem ambulanten Hospizdienst ermöglicht die Realisierung dieser Aufgabe (vgl. I 22).

B: *„Wir haben bei uns direkt geschultes Personal, also Palliativ-Care-Fachkräfte, aber auch arbeiten wir gut mit der ambulanten palliativen Versorgung zusammen aus dem Klinikum hier bei uns. Haben [...] aber auch um die Betreuung, gerade in der letzten Sterbephase, zu kompensieren auch Hilfe vom ambulanten Hospizdienst. Und diese Kombination aus diesen drei Versorgungseinrichtungen macht es möglich eine gute Sterbephase zu realisieren [...].“* (Interview I22)

Auch die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen, Hausärzt:innen und pflegenden Angehörigen wird als Ressource genutzt (vgl. I22, I20).

B: *„Aber wir im Pflegeheim haben gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten.“* (Interview I22)

B: *„[...] Kooperation zwischen Ärzten, Pflegern und Angehörigen, [...].“* (Interview I20)

Dabei wird reflektiert, dass der Zeitaufwand bei der Versorgung geriatrischer Patient:innen hoch ist (vgl. I07).

B: *„Naja, geriatrische Patienten brauchen ja schon mehr Aufwand [...] im häuslichen SAPV-Bereich [...].“* (Interview I07)

Fehlversorgung K1.5

Als einen weiteren Aspekt wird auf die möglichen Fehleinweisungen aufmerksam gemacht, die trotz vorhandener ambulanter Beratungsstrukturen auf eine Krankenhauseinweisung hinzielen. In diesem Zusammenhang wird durch die Interviewten beschrieben, dass die Patient:innen, deren Zu- und Angehörigen

und auch die Hausärzt:innen die Strukturen des Krankenhauses nutzen, um eine möglichst schnelle Lösung für bestehende problembelastete Situationen herbeizuführen. Eine Befragte schildert hierbei, dass ambulante Beratungsstrukturen, die eventuell eine Krankenhauseinweisung vermieden hätten, nicht in Anspruch genommen werden. Als möglichen Grund gab er/sie an, dass die Angehörigen selbst schon „älter“ sind und dass für sie „so fern“ ist (vgl.20). Dies deckt sich mit dem Erleben der demographischen Tendenz, wie sie in der Einleitung beschrieben wurde.

B: *„Kann er nicht ins Krankenhaus, um da einfach bestimmte Dinge zu regeln oder zu gucken, was kann man weiter versorgen? Wo ist es noch besser? Also oftmals treten ja dann Angehörige an uns heran und möchten gerne: Ach können wir nicht eine Pflegegraderhöhung auf (? eilt) machen. Können wir nicht-. Eigentlich suchen wir einen Heimplatz. Also Dinge, die eigentlich im Vorfeld gelöst werden können, werden dann hier geregelt. [...] Und eben die Erkrankung, die oft ja eigentlich im Hintergrund ist, da nochmal vorgeholt wird und gesagt wird: Geht ja nicht mehr. Guck mal. Wir müssen. Und so. Also ich denke schon, dass Vieles damit aufgehoben werden könnte. Und es gibt ja Beratungsstellen und so weiter, aber das ist wirklich-. Also da gehen die Leute nicht hin. Gerade wenn die älter sind, können die da nicht mehr hingehen. Und die Angehörigen gehen da nicht hin, auch zur Pflegeberatung und was weiß ich. Also sie machen es einfach nicht [...].“* (Interview I20)

B: *„[...] Also wir sagen das immer wieder, auch weil wir ja nur in dem Kliniksetting zuständig sind, dass wir dann sagen: „Da gibt es Möglichkeiten der Beratung“. Oder: „Wenn sie , angelehnt an der Sozialisation, sich da Beratung holen“. Aber das-. Wenn die noch nirgendwo sind, gehen die nicht zum Pflegestützpunkt, weil das ist für sie so fern. Also habe ich jedenfalls noch nicht erlebt, dass die-. Die rufen eher dann nochmal hier an: „Und können wir nicht nochmal irgendwie“- So.“* (Interview I20)

Dabei stehen der Zeitfaktor und die Verfügbarkeit von Expert:innen für die Angehörigen im Vordergrund. Das stellt wiederum für die beruflichen Akteur:innen eine Herausforderung dar (vgl. I20).

B: *„Ja können wir nicht noch das und können wir nicht noch jenes?“ Natürlich kriegen wir manche Sachen hier schneller hin, aber nicht immer ist das ja so gegeben.“* (Interview I20)

Im Folgenden wird eher auf die Fehlversorgung durch geforderte Hausbesuche hingewiesen. Die Ressource Hausärzt:innen wird als beruhigende Komponente und als Vertrauensperson empfunden (vgl. I20).

B: *„Also ich hatte vor zwei Wochen auch einen Anruf von einer Hausärztin. [...]. Sie fährt da drei Mal raus. Aber eigentlich ist da hausärztlich gar nichts zu versorgen. Ist einfach nur, bestimmte Sachen zu klären, sie zu beruhigen. Ja. So.“* (Interview 20)

Hierbei wird zudem deutlich, dass Hausärzt:innen den kollegialen Austausch suchen und auf interdisziplinäre Beratungen zurückgreifen im Sinne einer optimalen Patient:innenversorgung.

Erkrankungen und Symptomlast K2

[von Manuela Voß]

Während der Interviews wurden durch die Befragten Erkrankungen und Symptome benannt, die als Kriterien herangezogen wurden. Diese werden als Bedarf für eine spezialisierte ambulante palliative Versorgungsstruktur gesehen. Es wurden Tumorerkrankungen, sowie Herz- und Niereninsuffizienzen genannt.

Kognitive Beeinträchtigungen wie Demenz und auch Delir¹⁶ werden von den Befragten als Teil ihres Versorgungsauftrages wahrgenommen und ebenfalls als relevant angesehen.

Neben den direkt genannten Erkrankungen und Symptomen werden die Begriffe „schwerstkrank“ und „spezielle Erkrankung“ angeführt. Diese Begrifflichkeiten werden im Verlauf der Interviews als Synonyme für die Versorgung von palliativen Patient:innen verwendet (Mehrfachnennung in I08, Mehrfachnennung in I16, I13, I14).

B: *„Das Besondere ist, dass wir uns um Patienten kümmern, die schwerstkrank sind. Unabhängig von der Erkrankungsintensität. Ob das jetzt geriatrische, neurologische, Tumorkrankheiten sind. Also, wir kümmern uns um alle Patienten, die Hilfe benötigen, in ihrer besonderen Situation.“* (Interview I16)

Es wird reflektiert, dass die genannten Erkrankungen mit Symptomen einhergehen, die es zu lindern gilt (vgl. I16).

B: *„Genau. Ausgeschöpfte Therapiemöglichkeiten für die spezielle Erkrankung. Wo es um die Symptomkontrolle im Rahmen der Erkrankung selber geht.“* (Interview I16)

Diese Symptome werden auch im häuslichen Umfeld erlebt. In diesem Kontext bietet die SAPV bereits Unterstützungsleistung an (vgl. I13).

B: *„Also ich betreue schwerstkranke, sterbende Patienten in der Häuslichkeit. Genau. Beschäftige mich mit denen, was haben sie für Symptome und wie kann ich diese Symptome lindern? [...]“* (Interview I13)

Dazu zählt auch die Betreuung in der letzten Lebensphase (vgl. I14, I08).

¹⁶ Delir= Akute organisch bedingte Psychose mit qualitativer Bewusstseinsstörung in Form von Bewusstseins- und Aufmerksamkeits-, Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen sowie affektiven und vegetativen Symptomen (vgl. Pschyrembel, 2022)

B: „[...] Wir betreuen [...] sterbende und schwerstkranke Patienten. ja.“

(Interview I14)

B: „[...] Viele schwerstkranke Patienten, viele Palliativ-Begleitungen, die wir auch mit ableisten [...].“ (Interview I08)

Palliative Betreuung wird hier mit dem nahenden Tod assoziiert. Dieses bevorstehende Ende des Lebens wird als Voraussetzung genannt, um eine palliative Versorgung rechtfertigen und auch bei den Krankenkassen abrechnen zu können (vgl. I20).

B: „[...], weil die palliative Versorgung bis jetzt ja so angelegt ist, dass eigentlich ein Ende absehbar sein muss [...].“

(Interview I20)

Unter der Bezeichnung „Multimorbidität“, so wird es im Verlauf der Interviews deutlich, wird von den Befragten eher die Komplexität von Alterserkrankungen zusammengefasst, die Tumorerkrankungen eher ausschließen (vgl. I09). Bei den genannten Symptomen werden von den Interviewten keine Unterschiede zu den Erkrankungsbildern gemacht. Den Grundanspruch ihrer Tätigkeit sehen die beruflichen Akteur:innen in der Linderung der Beschwerden, wie Luftnot und Schmerzen und in der Verbesserung der Gesamtsituation (Mehrfachnennung in I07, I09, I13, Mehrfachnennung in I16, Mehrfachnennung in I07, I20).

B: „[...] zunehmend auch -, auch multimorbide. Als-, also sprich, man hat eigentlich nicht mehr die klassischen, ich sage mal, Tumorerkrankungen [...].“

(Interview I09)

Unabhängig von der Art der Erkrankung findet die Patient:innenversorgung statt.

B: „[...] und Multimorbidität, dann eben, was-, was alles mit drinnen ist. Also Herzinsuffizienz, einfach altersbedingt haben wir viel, Niereninsuffizienz. [...] Also sprich, bei-, bei-, bei einer Tumorerkrankung kann man es eher absehen. Bei Multimorbidität kann ich-, wann steigt das Organ aus? Ich weiß es nicht. [...] Also wenn es ein Tumor damit drinnen ist, wächst der langsamer beim-, beim alten Menschen. Also auch da ist es schwerer abzuschätzen. Kognitive Störungen kommen dazu, Kommunikationsstörungen [...].“ (Interview I09)

Kognitive Beeinträchtigungen, wie Demenz, werden von den Befragten als Teil ihres Versorgungsauftrages wahrgenommen und ebenfalls als relevant angesehen (vgl. I22, I21).

B: „[...] die bei uns in der Einrichtung eine demenzielle Erkrankung haben, aber auch oftmals weitere Komorbiditäten haben [...].“ (Interview I22)

Diese Beeinträchtigungen können durch die beruflichen Akteur:innen aufgrund ihrer Professionalität in die Versorgung der Patient:innen integriert werden. Die Demenz ist hierbei nur eine Diagnose unter vielen, denen die Expert:innen professionell begegnen (vgl. I21).

B: „[...], weil unterschiedliche Krankheitsbilder vorliegen, unter anderem Demenz und so weiter [...].“ (Interview I21)

Als prioritärer Bedarf in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patient:innen wird die Verringerung der Symptomlast gesehen. Erleichternde Maßnahmen in der Therapie unterstreichen den palliativen Ansatz (vgl. I21).

B: „[...] Und wenn irgendwie Bedarf noch ist, Atemtherapien, Lymphdrainagen, was man so braucht.“ (Interview I21)

Den beruflichen Akteur:innen ist es zudem wichtig, entlastende Situationen herbeizuführen, die den Patient:innen Entspannung bieten (vgl. I16).

B: „[...] Also viele Patienten, die palliativ betreut werden, kriegen [...] Entspannungstherapie und Atemtherapie. Einfach nur damit die ein bisschen den Tag entspannter überstehen, angehen können.“ (Interview I06)

Dabei spielen auftretende Schmerzen eine große Rolle, die durch eine medikamentöse Therapie eingedämmt werden können (vgl. I07).

B: „[...] Multimorbide und die eigentlich, genau, also chronisch krank und mit Medikamenteneinstellungen und auf ihren Schmerzen wird da so eingegangen.“ (Interview I07)

Die Linderung dieser Symptomatik wird durch Medikamenteneinstellung beschrieben und als Therapieansatz betrachtet (vgl. I07).

Als ein weiteres Symptom wird die Luftnot genannt und als quälend bezeichnet. In diesem Fall sind zusätzliche Sauerstoff- und Medikamentengaben hilfreich. Dies wird im Interview 07 an zwei Ankerbeispielen deutlich (vgl. I07).

B: „[...] dass er sich nicht so quälen muss. Dass man Sauerstoff ranmacht, wenn er doll Luft nötig ist und ihm mit Medikamenten alles geholfen wird.“ (Interview I07)

B: „Naja , weil beim palliativen Patienten guckt man ja, dass er ruhig liegt, dass er keine Schmerzen hat, dass er Sauerstoff kriegt, regelmäßig positioniert wird, Mundpflege gegebenenfalls durchführt.“ (Interview I07)

Unterschiede in der Betreuung von geriatrischen Patient:innen im Vergleich zu nicht geriatrischen Patient: innen K5

[von Michael Jeschke]

Der häufigste Unterschied in der Betreuung von geriatrischen zu nicht geriatrischen Patient:innen wird in der Angehörigenarbeit gesehen. Sieben der 14 Interviewten sehen einen wesentlichen Unterschied. Im Interview I19 wurde der hohe Stellenwert der Betreuung geriatrischer Patient: innen benannt. Keine wesentlichen Unterschiede in der Betreuung von geriatrischen Patient:innen zu jüngeren Patient:innen formulierten zwei Interviewpartner:innen In der Folge des Gespräches wurden jedoch die Unterschiede benannt: Diese waren die höhere Arbeitsbelastung bei geriatrischen Patient:innen und das Ziehen der Lebensbilanz bzw. der Umgang mit der Lebensbilanz (vgl. Interview I18 und I07).

In den beiden folgenden Ankerzitaten wird die wahrgenommene Angehörigenarbeit beschrieben. Diese stellt sich zum Teil in einer einfacheren Kommunikation dar:

B „[...] Bei den Älteren sind ja die Angehörigen häufig lange Zeit in diesen Prozess mit eingebunden. [...] Und es ist dann doch manchmal einfacher mit den Angehörigen darüber zu reden. [...] häufiger ist es einfach, gerade bei den Älteren, das zu kommunizieren.“ (Interview I16)

B „Wobei, so bei den älteren Bewohnern, da wissen die Angehörigen schon, dass es [...] die letzte Station ist.“ (Interview I10)

Die nun folgenden Ankerzitate beschreiben das bei geriatrischen Patient:innen weniger Angehörigen vorhanden sind:

B: „Natürlich gibt es da einen Unterschied. Weil gerade die jüngeren Patienten haben definitiv noch mehr Angehörige. Die Älteren dagegen sind doch oftmals allein.“ (Interview I14)

B: „Ja, also bei den Hochaltrigen ist es [...] ja überwiegend [...] das Problem, dass dort häufig [...] keine pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen,

sodass diese Nachsorge vielleicht nicht in der Häuslichkeit erfolgen kann, ja. Was bei jüngeren Patienten [...] realisiert wird durch die Familie oder durch die Angehörigen. [...]" (Interview I05)

Weitere Unterschiede mit Mehrfachnennung bestehen aus Sicht der beruflichen Akteur:innen:

- im Krankheitsverlauf:

B: „[...] Also, es ist [...] beim Altersbedingten ist mir immer aufgefallen, wir haben auch noch ein geringes Zellwachstum, das darf man auch mal nicht vergessen. Also selbst wenn ein Tumor damit drinnen ist, wächst der langsamer beim-, beim alten Menschen. Also auch da ist es einfach schwerer abzuschätzen. Kognitive Störungen kommen dazu, Kommunikationsstörungen, einfach altersbedingt.“ (Interview I09)

- der Erwartungshaltung:

B: „[...] Wenn wir dann aber von den Älteren sprechen, also 70 aufwärts, ist es das Klientel, was sich Einrichtung wirklich gezielt aussucht. Also die sind auch daran interessiert ihren Interessen so zu begegnen, dass sie das mit ihrem zu Hause vergleichen können. [...]“ (Interview I22)

- bei kognitiven Eigenschaften:

B: „[...] Der Unterschied ist [...], das Kopfmäßige, das Kognitive, dass die geriatrischen Patienten oft mit zunehmendem Alter auch kognitiv eingeschränkt sind und die Wahrnehmung eine andere wird.“ (Interview I20)

- in der Betreuungszeit:

B: „[...] Na, ein Unterschied schon, [...] oft benötigen ja die Älteren viel mehr Zeit und viel mehr Aufmerksamkeit. In allen ATLs [...].“ (Interview I08)

Weitere Unterschiede der Interviewten wurden nur einmalig genannt. Dazu gehörten Mobilitätsgrad, Resilienz¹⁷, Behandlungsoptionen und Lebenserfahrung.

Zwei Interviewpartner:innen erkannten anfänglich keinen wesentlichen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Patient:innen. Im Verlauf des Interviews wurden Unterschiede benannt:

B: *„In meiner Arbeit taucht da gar nicht so groß ein Unterschied auf. Ältere Menschen haben natürlich eine längere Lebensgeschichte, sind vielleicht auch schon ein bisschen bereiter zu reflektieren, über das, was vergangen ist, und empfinden das vielleicht auch schon eher als einen Schatz. [...] Vielleicht liegt darin so ein erkennbarer Unterschied, also die, die Erfahrung mit Bilanzieren, Lebensbilanz. Das ist sehr verschieden. Zwischen den Jungen und den Alten. B: [...] Die haben da schon eher einen Zugang. Wahrscheinlich ist es so im Leben, dass man, je älter man wird, auch mehr ins Bilanzieren, ins Erzählen kommt, über gelebte Geschichten.“* (Interview I18)

B: *„Also eigentlich wird – egal ob jung oder alt – generell immer geguckt, dass es den Patienten gut geht und je nachdem auch dann geholfen wird. Ich würde nicht sagen, dass es da einen Unterschied gibt. [...] Naja, [...] geriatrische Patienten brauchen ja schon mehr Aufwand als jüngere Patienten“* (Interview I07)

Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen der Beruflichen Akteur:innen K7

[von Michael Jeschke]

Die Arbeitsaufgaben sind auf Grund der unterschiedlich befragten Professionen sehr weit gefächert.

¹⁷Resilienz = Ausmaß der Widerstandsfähigkeit einer Person (vgl. Pschyrembel, 2022)

Die interviewten beruflichen Akteur:innen haben folgende Professionen:

- Mediziner:innen
- Pflegewissenschaftler:innen
- Pflegefachfrau und Pflegefachmann
- Physiotherapeut:innen
- Psychologe:innen
- Sozialarbeiter:innen

Acht der 14 Interviewten geben an, die Lebensqualität der Menschen, speziell der geriatrischen Patient:innen, in ihrem beruflichen Alltag zu verbessern. Sei es durch das Setzen von Mobilitäts- und Pflegezielen, die Verringerung der Symptomlast und/oder den Umgang mit der Erkrankung:

B: *„[...] Und deswegen gehen wir schon sehr speziell und gezielt auf die Individualität der Patienten ein und auch auf die Wünsche natürlich der Angehörigen [...]“* (Interview I05)

B: *„Na so schön ist es ja zu sehen, wenn Schmerzeinstellungen und Medikamenteneinstellungen helfen und Patienten dadurch mobiler sind und die Lebensqualität erhalten bleibt dadurch.“* (Interview I07)

B: *„[...] Wo es um die Symptomkontrolle im Rahmen der Erkrankung selber geht. [...]“* (Interview I16)

Weitere Aufgaben sind die Mitarbeiter:innenplanung, Mitarbeiter:innenschulung, und das Qualitätsmanagement:

B: „Schwerpunkt meiner Arbeit sind hauptsächlich zwei Dinge: Einmal die Mitarbeiterführung und die Qualität der Versorgung der Bewohner, also die zufriedenstellende Qualität.“ (Interview I22)

Die Arbeitsbedingungen werden kaum beschrieben, es wird aber an vier Aussagen deutlich, dass der zeitliche Rahmen durch den zunehmenden Personalmangel im Gesundheitswesen, besonders im Pflegebereich, zunehmend immer enger ist und als belastend empfunden wird:

B: „[...] Das liegt unter anderem bestimmt daran, [...] dass einfach die, ja, die Personalie einfach so schlecht ist, [...] Der Bedarf da ist, der Personalschlüssel es einfach nicht decken kann.“ (Interview I09)

B: „[...] Und die haben auch ganz viel Redebedarf und gerade in der ambulanten Pflege hat man ja nicht so viel Zeit. Da fährt man hin, hat sein Zeitfenster, fährt wieder los und so. Ich denke schon, dass das wichtig ist. [...]“ (Interview I10)

Spezialisierte ambulante Geriatrieversorgung (SAGV) K8

[von Michael Jeschke]

Das Konzept der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist allen befragten Expert:innen bekannt. Weiterhin gaben alle Teilnehmer:innen an, bereits in ihrem beruflichem Alltag Kontakt mit der SAPV-Leistung bzw. dem SAPV-Team gehabt zu haben. Es gab eine deutliche Zustimmung von neun Interviewten, dieses Konzept auch für ausschließlich geriatrische Menschen weiterzuentwickeln. Einen Hauptgrund sahen die Zustimmenden in der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, Aufnahmen in stationären Pflegeheimen und die Möglichkeit des Verbleibens in der Häuslichkeit. Dies sagten sechs der neun Zustimmenden:

B: „Ja, würde ich schon begrüßen. Weil eben auch oft Patienten also entlassen werden und ich sage mal, eine Woche später oder zwei, drei Tage später sind die wieder in der Rettungsstelle, werden aufgenommen. Das könnte man damit dann vielleicht umgehen. Dass sie dann zu Hause ambulant betreut werden.“
(Interview I08)

Ein weiterer Punkt der Zustimmung lag in der Entlastung anderer beruflicher Akteur:innen des Gesundheitssystems beziehungsweise der Zu- und Angehörigen:

B: „[...] dass manchmal die Unsicherheit auch in den Pflegeheimen und das ist ja das, was wir ja häufig in der Palliativstation haben, dass hier Pflegeheimpatienten stationär kommen, die eigentlich in Pflegeheimen, auch wenn sie palliativ versorgt würden, einfach im Pflegeheim bleiben könnten, wo es also aus unserer Sicht, wir sind ja immerhin die Experten und sagen, das braucht eigentlich keine stationäre Einweisung, das kann man doch zu Hause machen. Das ist nicht selten.“ (Interview I18)

Drei der Befragten sahen zum Teil keinen erkennbaren Nutzen der SAGV, da das Konzept der SAPV als ausreichend angesehen wurde, um diesen Patientenklientel zu betreuen. Ein Grund für die Ablehnung zeigte sich im deutlich wahrgenommenen Fachkräftemangel in stationären Pflegeeinrichtungen, der sich durch weitere interessante und durchaus nützliche neue Angebote, wie die SAGV, weiter zu verschärfen droht. Ein Ankerbeispiel macht deutlich, dass die SAPV-Leistung auch für geriatrische Patient:innen genutzt werden kann und es kein zusätzliches Leistungsangebot benötigt. Die stationäre Aufnahme in ein Hospiz wird von einer Person als bessere Alternative angesehen (vgl. I07, I16, I22).

B: „Naja, geri-, geriatrische Patienten brauchen ja schon mehr Aufwand als jüngere Patienten im häuslichen SAPV-Bereich und ich glaube, da ist im Hospiz

die Leistung mehr gesichert. Durch die ständigen Kontrollen und wenn keine Angehörigen da sind, die Lagerungswechsel, wenn die Patienten nicht können. Also es kommt je nach dem Status des Patienten auch darauf an.

I: Wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, sind, also haben Sie geschildert, dass eine Hospizversorgung dann eher das Mittel der Wahl (B: Ja. Genau.) wäre.

B: Bei Geriatrischen ja.“ (Interview I07)

B: „Also, ich glaube tatsächlich, dass eine SAPV für alle Patienten zugänglich ist. [...] Also, wir haben ja irgendwann alle vielleicht Gebrechen und wünschen uns, dass wir dortbleiben können, wo wir uns wohlfühlen. Häufig ist das ja die Häuslichkeit. [...]. Und ich glaube, das ist unabhängig vom Alter oder auch von der Erkrankung. [...] Und insofern glaube ich nicht, dass es unbedingt eine Trennung da geben muss. SAPV nur für geriatrische Patienten oder nur für Tumorkranken. Das, glaube ich, das ist nicht sinnvoll.“ (Interview I16)

B: „[...] [...] das wäre ja ein zusätzliches Bonbon. Und ich denke, dass wir in einem Pflegeheim weniger den Bedarf haben. Aber ich kann mir gut vorstellen, dass Leute, die zu Hause noch betreut werden, [...], dass für die das ein großer Vorteil wäre. Aber wir im Pflegeheim haben gute Zusammenarbeiten mit den Hausärzten, [...] [...] das Personal sehe. Und bei uns arbeiten ja viele geriatrische Fachkräfte in der Hinsicht, dass sie Altenpflegefachkräfte sind, sodass ich dann natürlich wieder die Angst hätte, dass vielleicht sogar dieser neue Berufszweig eher für Abwanderung im Personal führt. [...]

[...] Ja. Es sind halt wieder diese zusätzlichen Bereiche, die natürlich mit tollen Arbeitszeiten glänzen und wahrscheinlich auch mit hohen Entgelten glänzen und von daher haben wir da als normale kleine stationäre Einrichtung wahrscheinlich das Nachsehen.“ (Interview I22)

8 Diskussion

Anschließend werden die genutzten Methoden und erzielten Ergebnisse diskutiert und reflektiert. Das Kapitel schließt mit der Nennung der Stärken und Limitationen ab.

8.1 Methodendiskussion

[von Manuela Voß]

In dieser Arbeit wurde mittels Expert:inneninterviews mit beruflichen Akteur:innen der Stellenwert von Palliativ Care für geriatrische Patient:innen im Stadtgebiet Neubrandenburg erforscht. Ziel der Interviews war es, durch diese Methode der qualitativen Forschung aussagekräftige Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer speziellen ambulanten geriatrischen Versorgungsstruktur aus Sicht der beruflichen Akteur:innen in Anlehnung an eine SAPV in Neubrandenburg zu erhalten. Das leitfadengestützte Interview erwies sich in diesem Fall als zielführend, um die eingangs gestellte Forschungsfrage aus Kapitel 3 beantworten zu können. Der entwickelte Interviewleitfaden diente zur thematischen und inhaltlichen Orientierung und zur Strukturierung der Interviews. Die induktive Kategorienbildung nach Mayring erlaubt den Forschenden aus dem gewonnenen Material ein Kategoriensystem zu schaffen, welche als Vorteil und Kern der Analyse angesehen wird. Dieses Material zwingt die Forschenden zu einer systematischen Vorgehensweise, bei dem das gesamte Material gleichbehandelt wird und explizit entschieden werden muss, ob es themenbezogen und relevant ist. Zudem wurde mittels eines Scoping Reviews ein Überblick zum Stand der aktuellen Evidenz erarbeitet. In dieser Arbeit wurde mit Hilfe von Expert:inneninterviews, mit beruflichen Akteur:innen, der Stellenwert von Palliativ Care für geriatrischer Patient:innen im Stadtgebiet Neubrandenburg erforscht. Ziel der Interviews war es, durch diese Methode der qualitativen Forschung, aussagekräftige Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer speziellen ambulanten geriatrischen Versorgungsstruktur aus Sicht der beruflichen Akteur:innen in Anlehnung einer SAPV im genannten Stadtgebiet zu erhalten.

Alle Expert:innen wiesen durch ihre Qualifikationen, sowie ihrer Berufserfahrung ein hohes Maß an Fachwissen in den Gebieten von Palliativ Care und/ oder geriatrischer Versorgung auf. Im Rahmen der Expert: inneninterviews konnten somit detailliertes und spezialisiertes Fachwissen einfließen (vgl. Schütz 1972, S. 85). Bei Gläser/ Laudel (2010) werden diese Expert:innen als Informanten im untersuchten Forschungsfeld befragt (vgl. Gläser/ Laudel 2010, S. 14). Somit wurde sichergestellt, dass die Befragten durch ihr spezielles Fachwissen als Expert:innen identifiziert wurden.

Bei der Wahl der Expert:inneninterviews fand im Vorfeld eine kritische Betrachtungsweise bezüglich der Risiken und Potenziale statt (vgl. Schirmer et al. 2009, S. 196). Als Potenzial wurden die Flexibilität im Gesprächsverlauf gesehen, sowie die Möglichkeit der Interviewer unmittelbar im Gespräch Angaben zu hinterfragen. Da der Leitfaden lediglich als Orientierungshilfe gilt, können Aussagen somit unmittelbar vertieft werden. Durch die Forschenden wurde der hohe Anspruch an die soziale Kompetenz der Interviewer gesehen. Als Risiko wurde der hohe Zeit- und Arbeitsaufwand der Autor:innen dieser Arbeit identifiziert. Nach Abwägung der Risiken und Potenziale erwies sich das leitfadengestützte Expert:inneninterview als zielführend, um die eingangs gestellte Forschungsfrage aus Kapitel 3 beantworten zu können.

Weiterhin wurde durch die Autor:innen dieser Arbeit überprüft, ob es mit diesem Erhebungsinstrument bereits Erfahrungen mit ähnlichen Problemstellungen gab (vgl. Kaiser 2014, S. 128).

Die Identifizierung der beruflichen Akteur:innen als mögliche Interviewteilnehmer:innen wurde anhand der Tätigkeit innerhalb von Palliative Care und/oder geriatrischer Versorgungsstrukturen vorgenommen. Der Zugang erfolgte unkompliziert über persönliche Kontakte per Telefon oder per E-Mail, da die Forschenden selbst Teil der genannten Versorgungsstrukturen sind. Es wurde im Vorfeld davon ausgegangen, dass in diesem Bereich ein großes

Interesse besteht, da es sich um die beruflichen Akteur:innen in diesem Setting handelt. Diese Annahme fand Bestätigung, wie es bereits in Gläser/Laudel (2010) beschrieben wurde (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.56).

Vor den Interviews wurde die informierte Einwilligung der Befragten eingeholt. Dieser „informed consent“ stellt einen ethischen Anspruch dar, der den Teilnehmenden der Interviews zusichert, dass ihnen durch ihr Antwortverhalten keine Nachteile entstehen (vgl. Flick 2021, S. 58). Die potenziellen Interviewteilnehmer:innen wurden somit über Ziel und Inhalt des Forschungsgegenstandes informiert. Dies stellte einen wichtigen forschungsethischen Anspruch dar, barg aber gleichzeitig die Gefahr, dass das Antwortverhalten bereits im Vorfeld beeinflusst wird (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.159).

Durch eine Vorstudie im Sinne von Pretests, wie sie auch in Gläser/Laudel (2010) beschrieben werden, konnte der Interviewleitfaden überarbeitet und angepasst werden (vgl. Gläser/ Laudel 2010, S.107). Die Notwendigkeit der Anpassung im Erhebungsprozess wurde durch die Forschenden als sinnhaft erachtet und floss somit in die Forschung mit ein, da nach der Empfehlung von Gläser/Laudel (2010) die ersten Interviews nicht vollumfänglich ihre Aufgaben erfüllen (vgl. ebd). Auch Weichbold (2014) beschreibt die Durchführung von Pretests als qualitätssichernde Maßnahme, die dazu dient, Fragestellungen ex ante, d.h. vor dem eigentlichen Beginn zu optimieren (vgl. Weichbold 2014 in Bauer/ Blasius 2014, S. 299).

Die Pretest– Interviews wurden auch in Hinsicht auf die Anzahl der Fragenden überprüft. Auch hier lieferten Gläser/Laudel (2010) Ansätze, die die Forschenden als er achtenswert identifizierten (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 154). Diese werden im Kapitel 8.3 unter Stärken und Limitationen nochmals explizit benannt.

Der finale Pretest, das Interview I05, wurde durch die Forschenden als erstes Interview gewertet, welches in die Auswertungen mit einfloss. Gläser/Laudel

(2010) raten jedoch davon ab, eine Vorstudie mit einem Fall durchzuführen, der in die Hauptuntersuchung mit einfließt und begründen es damit, dass ein bereits untersuchter Fall anders ist als die folgenden zu untersuchenden Fälle (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.108). Dies wurde durch die Autor:innen dieser Arbeit ebenfalls diskutiert. Als Ergebnis erfolgte die Umbenennung des Pretests als erstes finales Interview I05, da durch die sehr gute Eignung eine nochmalige Befragung ausgeschlossen wurde und es keiner weiteren Anpassung bedurfte.

Der entwickelte Interviewleitfaden diente der thematischen und inhaltlichen Orientierung sowie zur Strukturierung der Interviews. Er stellt das Erhebungsinstrument dar und ist anders als bei entwickelten Fragebögen eher als ein Gerüst zu deuten. Der Leitfaden lässt der/m Interviewer:in Entscheidungsfreiheiten darüber, welche Frage wann und in welcher Form gestellt wird. Eine Gemeinsamkeit von Fragebögen und Interviews ist das Ergebnis der Operationalisierung (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.142). Die Entscheidungsfreiheit durch die Interviewer: innen war ebenfalls ein ausschlaggebendes Argument zur Anwendung des Leitfadens in dieser Forschungsarbeit. Der schriftlich ausgearbeitete Leitfaden diente als Anleitung und stellte sicher, dass in jedem Interview alle Informationen erhoben werden, die für die Auswertung relevant sind (vgl. ebd.). Der entwickelte Leitfaden ist im Anhang 2, Seite 78 beigelegt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Dabei wurden den Ursprungstexten Informationen entnommen, die Gegenstand der Auswertung sind (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.199). Hier finden Gläser/Laudel (2010) einen Konsens zu Mayring (2010). Jedoch merken Gläser/Laudel (2010) kritisch an, dass nach Mayring (2010) das Ergebnis als ein nicht veränderbares geschlossenes Kategoriensystem steht. Wiederum sieht Mayring (2010) dies als wichtigstes Ergebnis seines Verfahrens an (vgl. Mayring 2010, S. 69). Auch die Autor:innen dieser Arbeit sehen dies als Vorteil und Kern der Analyse. Es stellt zudem die Grundlage für eine systematische und themenbezogene Arbeitsweise der Forschenden dar.

Die Auswertung der Interviews durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring diente in diesem Fall der Beantwortung der Forschungsfrage, welche im Kapitel 3 gestellt wurde.

Die induktiven Kategorienbildungen dieser Arbeit sind dem Anhang zu entnehmen. Induktiv bedeutet, dass die Kategorien aus dem Interviewmaterial entnommen wurden. Anschließend wurden die Informationen und Aussagen in diese Kategorien eingeordnet. Dabei wird sich anfangs an den Ursprungstext gehalten und im Verlauf weiter abstrahiert (vgl. Flick 2021, S 388). Vorab wurden die Kategorienbildungen durch die Autor:innen im ersten Schritt einzeln erstellt und im zweiten Schritt vergleichend analysiert. Somit wurden die Daten qualitativ aufbereitet. Verstreute Daten konnten zusammengefasst und Redundanzen sowie Fehler beseitigt werden (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.229).

Den Abschluss bildete die Auswertung der gewonnenen Erkenntnisse, sowie deren Bewertung und Interpretation. Dabei wurde sprachlich klar zwischen den Aussagen der Interviewteilnehmer:innen und den Schlussfolgerungen unterschieden. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass auch Dritte ähnliche Interpretationen und Schlussfolgerungen ziehen könnten. Es wurde darauf geachtet, dass der Sinngehalt der Aussagen der Expert:innen dabei nicht verfälscht wurde (vgl. Mayring 2015, S.25). Zudem wurde mittels eines Scoping Reviews ein Überblick zum Stand der aktuellen Evidenz erarbeitet.

Die gewonnenen Erkenntnisse der theoretischen Methodendiskussion aus dem Kapitel 8.1 bilden die Grundlage für die anschließende Ergebnisdiskussion im Kapitel 8.2.

8.2 Ergebnisdiskussion

[von Michael Jeschke]

Der Stand der Forschung ergab keine Evidenz im Stadtgebiet von Neubrandenburg zum Thema des Stellenwerts der Palliativ Care für geriatrische

Patient:innen. Einrichtungen, die palliativ erkrankte geriatrische Menschen betreuen, gibt es in Neubrandenburg. Diese wurden von den Autor:innen identifiziert und in Kapitel 6 beschrieben. International und national gab es zu dem Thema *Palliativ Care für geriatrische Patient:innen* einen geringen Forschungsstand (vgl. Nooijer et al. 2020). Beachtung findet die Arbeit von Dibelius et al. (2016), welche einen regionalen Zusammenhang mit dieser Arbeit darstellt. Das Forschungsprojekt wurde in Berlin durchgeführt. Neubrandenburg liegt etwa 150 km nördlich von Berlin. In der Triangulationsstudie von Dibelius et al. (2016) wird die mangelhafte Sterbebegleitung von geriatrischen Menschen mit Demenz kritisch beurteilt. Die Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitpflege müssen verbessert werden, um dem zu erkennenden hohen Stellenwert der Palliativ Care bei der Begleitung dieser vulnerablen Patient:innengruppe gerecht zu werden. Dieser hohe Stellenwert zeigt sich in zweierlei Hinsicht: erstens in der hohen Bereitschaft und dem hohen Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen der beruflichen Akteur:innen zum Thema Sterbebegleitung in der Geriatrie, speziell bei demenziell erkrankten Menschen (vgl. Dibelius et al. 2016, S. 75–80); zweitens haben die Interviews, welche für diese Bachelorarbeit geführt wurden, eine Vielzahl von vertiefenden Einsichten zu verschiedenen Fragen der Besonderheiten in Betreuung und Begleitung der palliativ erkrankten geriatrischen Menschen im Stadtgebiet von Neubrandenburg hervorgebracht. Dies zeigt sich in der Einschätzung der Versorgungssituation der geriatrischen Menschen, welche gekennzeichnet ist durch Unterversorgung, immer wiederkehrende Krankenhauseinweisungen und einer Fehlversorgung. Dem entgegen stehen die Wichtigkeit der Nachsorge und die Netzwerkarbeit. Diese Aussagen fanden sich bei allen befragten beruflichen Akteur:innen zwar in unterschiedlicher Häufigkeit, jedoch im Kontext sehr homogener Beschreibungen.

Auch das Spektrum der Erkrankungen und deren Symptome konnte von allen Interviewpartner:innen benannt werden. Die Ergebnisse zeigen eine sehr homogene Struktur. Dies war auf Grund der Gemeinsamkeiten und ähnlicher

Patient:innenfälle der ausgewählten Einrichtungen im Stadtgebiet von Neubrandenburg zu erwarten.

Die quantitative Studie aus Neuseeland kam zu dem Ergebnis, dass in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen Menschen mit Demenz und chronischen Krankheiten in den letzten Wochen und Monaten des Lebens mehr körperliche Belastung erfahren, als diejenigen mit Tumorerkrankungen (vgl. Boyd et al. 2019). Dieses Ergebnis konnte für Neubrandenburg nicht mit Evidenz belegt werden, da sich nur eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung unter den Ausgewählten befand und es im Interview dazu keine gezielte Fragestellung gab. Den Grundanspruch ihrer Tätigkeit sehen die beruflichen Akteur:innen in der Linderung der Beschwerden von palliativen Erkrankungen wie beispielsweise Tumorerkrankungen und Herz- und Niereninsuffizienz, wie Luftnot und Schmerzen sowie in der Verbesserung der Gesamtsituation. Neun der 14 Interviewten geben an, die Lebensqualität der Menschen, besonders der geriatrischen Patient:innen, in ihrem beruflichen Alltag zu verbessern.

In der Kategorie K5 ist der Betreuungsunterschied von geriatrischen Patient:innen im Vergleich zu jüngeren Patient:innen thematisiert, aber auch in der Kategorie K7, den Arbeitsaufgaben, zeigte sich ein eher heterogenes Ergebnis. Dies liegt an den unterschiedlichen Professionen und Einsatzgebieten der beruflichen Akteur:innen. Der häufigste Unterschied in der Betreuung von geriatrischen zu nicht geriatrischen Patient:innen wird in der Angehörigenarbeit gesehen. Sieben der 14 Interviewten betreffend aller Professionen, sehen einen wesentlichen Unterschied. Dies wird auch in der Arbeit von Koppitz et al.(2015) als Ergebnis benannt. Die steigende Anzahl von Besuchen der Angehörigen und der immer intensiveren Kontakte zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen in den letzten sieben Tagen vor dem Versterben zeigt auch in diesem Fall die Wichtigkeit und den Stellenwert der Angehörigenarbeit sowie das Einbeziehen dieser in den Behandlungs- und Betreuungsprozess (vgl. Koppitz et al. 2015).

Den hohen Stellenwert der Palliativ Care in der Betreuung geriatrischer Patient:innen macht auch die Tatsache deutlich, dass von allen Befragten,

Unterschiede in der Betreuung zu nicht geriatrischen Patient:innen wahrgenommen werden. Zwar sagten anfänglich zwei berufliche Akteur:innen, dass es keine wesentlichen Unterschiede in der Betreuung von geriatrischen Patient:innen im Gegensatz zu jüngeren Patient:innen gibt, im Laufe des Gesprächs wurden jedoch die Unterschiede benannt. Diese waren die höhere Arbeitsbelastung bei geriatrischen Patient:innen und der Umgang mit der Lebensbilanz dieser Patient:innengruppe (vgl. Interview I07 und I18). Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Betreuung von Palliativpatient:innen und Menschen mit einer Demenzerkrankung stellt Pleschberger (2013) in einem Beitrag in der Zeitschrift *Pflege & Gesellschaft* 19. Jg. 2014 Heft 3 vor. Auch im Kontext eines personenzentrierten Umgangs mit Demenz steht das Schaffen von Lebensqualität im Vordergrund. Maßnahmen, die die Zufriedenheit der Personen unverhältnismäßig beeinträchtigen würden, werden abgelehnt. Nicht zuletzt auch deshalb, weil es aufgrund der kognitiven Veränderungen für diese Personen schwierig wird, dies zu verstehen und zu tolerieren. Die Lebensqualität der betroffenen Menschen steht im Vordergrund (vgl. Pleschberger S. 2014, S. 203).

In der vorliegenden Bachelorarbeit zeigt sich auch, dass die Lebensqualität für die beruflichen Akteur:innen einen hohen Stellenwert in ihrer Arbeit mit palliativ erkrankten geriatrischen Menschen einnimmt. Dies gaben acht der 14 interviewten Akteur:innen an. Die Lebensqualität der geriatrischen Patient:innen zu verbessern, wird als eine wesentliche Aufgabe angesehen - sei es durch das Setzen von Mobilitäts- und Pflegezielen, die Verringerung der Symptomlast und den allgemeinen Umgang mit der Erkrankung selbst (vgl. Interview I05, I09, I10, I16).

Die Arbeitsbedingungen wurden in den Interviews kaum thematisiert. Dennoch soll der Vollständigkeit halber erwähnt werden, dass in zwei Interviews die mangelnde Personalstruktur und die begrenzten Zeitressourcen zur Betreuung der Patient:innen erwähnt wurden (vgl. Interview I09 und I10). Diese Erkenntnis deckt sich mit denen der Forschungsarbeit aus Berlin. In der Triangulationsstudie von Dibelius et. al. werden die schlechten Rahmenbedingungen speziell in

stationären Langzeitpflegeeinrichtungen benannt. Es kommt dadurch zu einer defizitären Sterbebegleitung der vulnerablen Bewohner:innengruppe (vgl. Dibelius et al. 2016). Die angespannte Personalstruktur wird auch im Zusammenhang mit dem Bedarf einer spezialisierten ambulanten Geriatriischenversorgung (SAGV) gesehen. Im Interview I22 wird der Bedarf deutlich erkannt: *„Es könnte ein zusätzliches Bonbon sein“*, aber die Sorge dadurch noch mehr Fachpersonal an diesen neuen Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu verlieren, da diese Form der Betreuung mit besseren Arbeitszeiten und Entlohnung *„glänzen“* kann, ist sehr groß. Daher wird dieses neue Leistungsangebot im Interview I22 für die stationäre Langzeitpflege abgelehnt (vgl. Interview I22). Auch zwei weitere Teilnehmer:innen der Interviews lehnen eine SAGV ab. Im Interview I16 wird kein zusätzlicher Bedarf gesehen, da dieser bereits durch die SAPV-Leistung abgedeckt ist (vgl. Interview I16). Eine stationäre Hospizaufnahme wird im Interview I07 als mögliche Alternative angesehen (vgl. Interview I07). In der Studie von Liu et al. (2022) zeigte sich eine klare Evidenz in Bezug auf die SAPV-Leistung für geriatrische Tumorpatient:innen. Es wurde eine Verbesserung der emotionalen Funktion, der allgemeinen Zufriedenheit, der Compliance und der Symptome durch die SAPV-Leistung nachgewiesen. Multiprofessionelle Palliativ Care Teams können demzufolge eine koordinierte, komfortable, qualitativ hochwertige und humanistische Sterbebegleitung für geriatrische Patient:innen bieten. Somit wird in dieser Studie ein klares Votum für ein spezialisiertes multiprofessionelles Team abgegeben (vgl. Liu et al. 2022). Dies deckt sich auch mit den Aussagen von zehn der 14 Interviewteilnehmer:innen. In dieser Bachelorarbeit wird ein Bedarf an einer SAGV-Leistung, besonders für Langzeitpflegeeinrichtungen, benannt.

Pleschberger (2014) stellt fest, dass die Entwicklungen für eine bessere Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen erstaunliche Parallelen aufweist mit jenen für Menschen mit dementiellen Veränderungen. Obwohl sich diese beiden Stränge historisch unabhängig voneinander entwickelt haben, können die Palliativ Care und die Dementia Care viele Gemeinsamkeiten

aufweisen und in Zukunft voneinander profitieren (vgl. Pleschberger 2014 S.203ff.).

8.3 Stärken und Limitationen

[von Manuela Voß und Michael Jeschke]

Durch das Scoping Review bestehen Limitationen, da die methodische Qualität der Studien nicht bewertet wurde. Dies kann bei Scoping Reviews kritisch angemerkt werden. Der Grad an Evidenz wurde dennoch durch peer-reviewed Studien bei der Suchstrategie sichergestellt. Eine Stärke dieser Arbeit stellt die Stichprobengröße von 14 Interviews dar. Hierbei wurden durch die Forschenden eventuelle kurzfristige Absagen durch die pandemische Lage mit einkalkuliert. Damit konnte die vorher festgelegte Stichprobengröße von zwölf Interviews auf 14 erhöht werden. Mit dieser Stichprobengröße konnte die Forschungsfrage beantwortet werden. Die interviewten beruflichen Akteur:innen sind durch ihre Qualifikationen Expert:innen in den Fachgebieten von Palliativ Care und Geriatrie. Damit lieferten sie wertvolle Ansatzpunkte, die den benötigten Versorgungsbedarf dieser Patient:innengruppen abbilden. Eine Limitation beinhaltet die Festlegung der Samplekriterien. Diese schließt berufliche Akteur:innen in diesem Tätigkeitsfeld aus, die weniger als drei Jahre Zugang zu diesen Patient:innengruppen haben. Dadurch könnten weitere relevante Informationen verloren gegangen sein. Desweiteren könnte bei der Beantwortung der Interviewfragen die soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen, da durch die Professionen der Autor:innen dieser Arbeit persönliche Kontakte im Rahmen der Versorgung von palliativen und geriatrischen Patient:innengruppen bestehen und somit nicht ausgeschlossen werden konnten (vgl. Glässer/ Laudel 2010, S 118). Dies wurde bereits im Vorfeld dieser Arbeit durch die Autor:innen thematisiert, jedoch in den Hintergrund gestellt, da das Thema dieser Arbeit für die Versorgung von palliativen und geriatrischen Patient:innen als sehr relevant eingestuft wurde. Das Studium und die Qualifikation der Autor:innen und beruflichen Akteur:innen macht eine professionelle und objektive Bearbeitung möglich. Die Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage stellt ebenfalls eine Limitation

dar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die persönlich geführten Interviews Mimik und Gestik der Interviewer:innen die Befragten beeinflussen haben könnten, und auch die Frage nach der Anwesenheit eines zweiten Interviewers wurde durch die Autor:innen in Frage gestellt. In Gläser/ Laudel (2010) wird dazu ausgeführt, dass die Anwesenheit einer dritten Person die Gesprächssituation bereits verändert (vgl. Gläser/ Laudel 2010, S. 155). Da diese Beeinflussung durch die Forschenden vermieden werden sollte, fiel die Entscheidung auf eine/n Interviewer:in. Der mögliche Informationsverlust wurde zurückgestellt, da die Interviews durch ein Aufnahmegerät dokumentiert wurden. Der Zugriff auf das Material war somit zu jedem Zeitpunkt gegeben. Weiter sahen die Autor:innen den positiven Aspekt der Gemeinschaftsarbeit. Dies erhöhte die Qualität der Ergebnisse und ermöglichte vor allem bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse einen konstruktiven Austausch. Die Bearbeitung dieses Themenkomplexes konnte somit realisiert werden. Durch die Einhaltung der Gütekriterien qualitativer Forschung, die in Kapitel 5.1 beschrieben wurden, lassen sich trotz geringer Stichprobengröße repräsentative Meinungen beruflicher Akteur:innen einholen, die einen starken Praxisbezug in Hinsicht auf zukünftig benötigte Versorgungsstrukturen bieten.

9 Schlussfolgerungen

[von Michael Jeschke und Manuela Voß]

Basierend auf den Ergebnissen unserer qualitativen Befragung von Expert:innen lässt sich feststellen, dass im Stadtgebiet von Neubrandenburg eine Vielzahl von verschiedenen Einrichtungen vorhanden sind, welche geriatrische Patient:innen behandeln und betreuen. Der Palliativ Care-Gedanke hat bei allen Befragten einen hohen Stellenwert, der sich durch die Unterschiede in der Betreuung von nicht geriatrischen und geriatrischen Menschen einerseits und andererseits

durch die Erkrankungen, die genannt wurden, ableiten lässt. Die Arbeit mit An- und Zugehörigen und der Fokus auf die Verbesserung der Lebensqualität stellen Besonderheiten in der Betreuung dieser vulnerablen Patienten:innengruppe dar. Palliativ Care und die Geriatrie können voneinander lernen. Die beruflichen Akteur:innen nehmen die Bedürfnisse von palliativen und geriatrischen Patient:innen wahr. Demzufolge untermauern sie mit ihren Aussagen die Notwendigkeit einer speziellen ambulanten Geriatrieversorgung (SAGV). Diese Notwendigkeit lässt sich durch die genannten Versorgungsdefizite, wie Fehl- und Unterversorgung, welche durch Wiedereinweisungen gekennzeichnet sind, begründen. Das Leistungsangebot der SAPV gibt es in der Palliativ Care schon seit Jahren, eine SAGV könnte eine Möglichkeit bieten, das Gesundheitswesen durch die Vermeidung von Wiedereinweisungen in Akutkrankenhäuser und die Verbesserung der Behandlungsqualität der geriatrischen Patient:innen zu fördern. Dies gilt es weiter kritisch zu erforschen, um die Evidenz zu diesem Thema zu steigern. Eine Möglichkeit wäre die Etablierung eines Modellprojekts über einen längeren Zeitraum im Stadtgebiet von Neubrandenburg oder im gesamten Landkreis Mecklenburgischen Seenplatte, um so Daten im Feld zu sammeln. Der Fachkräftemangel und die dadurch entstehenden Defizite in der Betreuung und Behandlung der geriatrischen Patient:innen müssen bei der Schaffung neuer Leistungsangebote Berücksichtigung finden.

Literaturverzeichnis

1. Demografiebericht der Vier Tore Stadt Neubrandenburg (2021): Statistische Informationen der Vier-Tore-Stadt Neubrandenburg. Unter Mitarbeit von Rico Jonassen. Hg. v. Stadtverwaltung Neubrandenburg Kommunale Statistikstelle. Online verfügbar unter https://www.neubrandenburg.de/media/custom/3330_2035_1.PDF?1617198658, zuletzt aktualisiert am März 2021, zuletzt geprüft am 03.10.2022.
- Bauernschmidt, Dorothee; Dorschner, Stephan 2018 in *Pflege* 2018 Jg.31 S. 301-309/ <http://doi.org/10.1024/1012-5302/a000634> 2018Hogrefe AG, zuletzt geprüft: 17.11.2022
- Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hg.) (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS (Handbuch).
- Boyd, Michal; Frey, Rosemary; Balmer, Deborah; Robinson, Jackie; McLeod, Heather; Foster, Susan et al. (2019): End of life care for long-term care residents with dementia, chronic illness and cancer: prospective staff survey. In: *BMC geriatrics* 19 (1), S. 137. DOI: 10.1186/s12877-019-1159-2.
- Bundesverband Geriatrie e.V. (Hg.) (2010): *Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten; Struktur und Bedarf; Status Quo und Weiterentwicklung; eine Analyse durch die GERBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Gesellschaft für Geriatrie. 2., durchges. Aufl.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Butler, Ashleigh; Hall, Helen; Copnell, Beverley (2016): A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. In: *Worldviews on evidence-based nursing* 13 (3), S. 241–249. DOI: 10.1111/wvn.12134.
- Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V. (2022): *Alten- und Pflegeheim Sr. Elisabeth Rivet*. Unter Mitarbeit von Thomas Keitzel. Online verfügbar unter <https://www.caritas-mecklenburg.de/caritas-vor-ort/region->

neubrandenburg/altenhilfe/alten-und-pflegeheim/aph, zuletzt geprüft am 02.10.2022.

Datenschutzgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (25.05.2018): §9-Datenverarbeitung für wissenschaftliche oder historische Forschung. DSG M-V, vom 22.05.2018. Online verfügbar unter <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-DSGMV2018pP9>, zuletzt geprüft am 03.11.2022.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2022): Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo? Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html>, zuletzt geprüft am 03.10.2022.

Deutscher Alterssurvey (DEAS) (2010): Altern im Wandel. Zentrale ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. 1. Auflage, zuletzt geprüft am 27.10.2022.

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH (2014): Zentrum für Palliativmedizin. Klinik für Geriatrie, Rehabilitation und Palliativmedizin(Ernährungsmedizin), zuletzt geprüft am 03.10.2022.

Dibelius, Olivia; Offermanns, Peter; Schmidt, Stefan (Hg.) (2016): Palliative Care für Menschen mit Demenz. Unter Mitarbeit von Carmen Birkholz. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.

Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg (2020): SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Unter Mitarbeit von Klinik für Geriatrie, Rehabilitation und Palliativmedizin. Hg. v. Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH. Online verfügbar unter <https://dbknbn.de/grp/leistungen/spezialisierte-ambulante-palliativversorgung>, zuletzt aktualisiert am 2020, zuletzt geprüft am 03.10.2022.

Dreikönigsverein (2003): Könige unterwegs. Geschichte eines Neubeginns. Annweiler: Plöger.

Dreikönigsverein Neubrandenburg e.V. (2022): Der Verein. Hg. v. Vorsitzender: Rainer Prachtel. Online verfügbar unter <https://www.dreikoenigsverein.de/>, zuletzt geprüft am 30.09.2022.

- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 2. Aufl. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Elm, Erik von; Schreiber, Gerhard; Haupt, Claudia Cornelia (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 143, S. 1–7. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.05.004.
- Flick, Uwe (2021): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 10. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55694).
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.) (2012): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55628). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-499-55628-9>.
- Föllmer, Johanna (2014): Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Hospizversorgung nach § 39a SGB V und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V. Berlin [u.a.]: Springer (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, 42). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1592828>, zuletzt geprüft am 03.11.2022.
- Frühwald, T. (2007): Krankheiten im Alter. Einige Aspekte der Geriatrie. In: Gatterer, G. Multiprofessionelle Altersbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, S.146. Wien: Springer.
- Gläser, G., Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Aufl.: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Haffner, M., Meier, A. (2005): Geriatriische Krankheitslehre. Psychiatrische und neurologische Syndrome. 4. Auflage. Bd. Teil 1. Bern: Hans Huber.

- Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Heller, Andreas; Böhme, Julia (Hg.) (2008): Die Kunst des Sterbens. Die Kunst des Sterbens. Filmmuseum Düsseldorf. Düsseldorf: Filmmuseum Düsseldorf.
- Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Kojer, Marina, Metz, Christian, Husebo, Stein (2007): wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Band 2: Lambertus. Online verfügbar unter www.lambertus.de, zuletzt geprüft am 13.10.2022.
- Husebö, Stein (2002): Leben lohnt sich immer. Von aktiver Sterbehilfe zur Hilfe zum Leben-Ein Arzt erzählt. Freiburg-Basel-Wien: Herder spektrum.
- Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- Klinikradar (2022): Kliniken für Palliativmedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Hg. v. Innomeda GmbH. Online verfügbar unter <https://klinikradar.de/palliativmedizin/kliniken/mecklenburg-vorpommern/>, zuletzt geprüft am 03.10.2022.
- Kojer, Marina (Hg.) (2009): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der palliativen Geriatrie. Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung. 3., überarb. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl. (Palliative Care und OrganisationsEthik, 5).
- Koppitz, A.; Bosshard, G.; Schuster, D. H.; Hediger, H.; Imhof, L. (2015): Type and course of symptoms demonstrated in the terminal and dying phases by people with dementia in nursing homes. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (2), S. 176–183. DOI: 10.1007/s00391-014-0668-z.
- Landesamt für innere Verwaltung Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern: Statistisches Jahrbuch – Ausgabe 2021. Online verfügbar unter <https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Abt4.Statistisches%20Amt/Dateien/Publikationen/Statistische>

s%20Jahrbuch/Aktuell%20nach%20Kapiteln/1%20Bev%C3%B6lkerung.pdf,
zuletzt geprüft am 29.09.2022.

Liu, Yong; Shen, Yin; Pan, Qinghua; He, Huasheng; Zou, Houwen; Huang, Zuochao et al. (2022): Application of interdisciplinary collaborative hospice care for terminal geriatric cancer patients: a prospective randomized controlled study. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 30 (4), S. 3553–3561. DOI: 10.1007/s00520-022-06816-x.

Löser, Angela Paula (2016): Palliative Care in der stationären Altenpflege. Das passende Konzept erstellen und umsetzen. Hannover: Schlütersche (Pflege). Online verfügbar unter <http://d-nb.info/110055565X/04>, zuletzt geprüft am 03.10.2022.

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 11. überarb. Aufl.: Beltz.

Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (7. Auflage, erste Auflage 1983). Weinheim: Deutscher Studien Verlag. In: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383>; zuletzt geprüft am 17.11.2022

Marion Grote-Westrick; Eckhard Volbracht (2015): Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie. Fakten Check. Unter Mitarbeit von Uwe Schwenk. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf, zuletzt aktualisiert am 10/ 2015, zuletzt geprüft am 18.11.2022.

Müller, Monika; Pfister, David (Hg.) (2013): *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. Göttingen [u.a.]: Vandenhoeck & Ruprecht.

Nooijer, Kim de; Penders, Yolanda Wh; Pivodic, Lara; van den Noortgate, Nele J.; Pype, Peter; van den Block, Lieve (2020): Specialist palliative care services for

older people in primary care: A systematic review using narrative synthesis. In: *Palliative medicine* 34 (1), S. 32–48. DOI: 10.1177/0269216319874978.

Pflegeethik Initiative Deutschland e.V. (2020): Sterbezahlen in Pflegeheimen. Hg. v. Pflege Prisma Das Magazin. Online verfügbar unter <https://pflege-prisma.de/2020/03/31/sterbezahlen-in-pflegeheimen/>, zuletzt geprüft am 17.09.2022.

Pflegesozialplanung für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (2020): 1. Fortschreibung zum Bericht zur Integrierten Pflegesozialplanung für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Unter Mitarbeit von Mandy Rudolphi und Helen Büttner. Hg. v. Landkreis Mecklenburgische Seenplatte Der Landrat. Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH. Online verfügbar unter <https://www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de/Angebote/Soziales-Familie/Pflegesozialplanung>, zuletzt aktualisiert am August 2020, zuletzt geprüft am 21.10.2022.

Pleschberger S. (2014): Palliative Care und Dementia Care. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier innovativer Versorgungskonzepte im Lichte der Entwicklung in Deutschland. In: *Gesellschaft & Pflege* 19 (3), S. 197–208.

Prachtel, Rainer (1991): Erbarmen und Versöhnung. Mutter Elisabeth von der heiligen Eucharistie (1.Aufl.): Landesverlags- und Druckgesellschaft Mecklenburg & Co.KG.

Pschyrembel (2022): unter www.pschyrembel.de, Zuletzt geprüft: 17.11.2022

Ramsenthaler C (2013): Was ist qualitative Inhaltsanalyse? In M. Schnell, C. Schulz, H. Kolbe, & C. Dunger (Hrsg.), *Der Patient am Lebensende: Eine Qualitative Inhaltsanalyse* (S. 23 – 42). Wiesbaden: Springer VS

Annette & Sonja (2021) Ethik im Gesundheitswesen Online verfügbar unter (https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-58685-3_70-1); Zuletzt geprüft: 17.11.2022

Saunders, Cicely (2018): *Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care*. 2. aktualisierte Auflage. Zürich: TVZ Theologischer Verlag Zürich.

Schirmer, Dominique; Blinkert, Baldo; Buchen, Sylvia; Brüstle, Peter (2009):
Empirische Methoden der Sozialforschung. Grundlagen und Techniken.
Paderborn: Wilhelm Fink (Basiswissen Soziologie, 3175).

Schütz, Alfred (Hg.) (1972): Studien zur soziologischen Theorie. Den Haag: Nijhoff
(Gesammelte Aufsätze / Alfred Schütz. /Aus dem Amerikan. übers. und mit
einem 'Nachw. zur Übers.' von Benita Luckmann und Richard Grathoff ...], Bd.
2).

Statistisches Bundesamt (2021): Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in
Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060. Online
verfügbar unter
(<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt--in-deutschland-nach-geschlecht/>, zuletzt geprüft
am 20.10.2022.

Statistisches Bundesamt (2009): destasis in www.destasis.de, zuletzt geprüft
17.11.2022

Statistisches Jahrbuch Der Vier Tore Stadt Neubrandenburg (2021). Hg. v.
Stadtverwaltung Neubrandenburg Kommunale Statistikstelle. Online verfügbar
unter
https://www.neubrandenburg.de/media/custom/3330_3225_1.PDF?1640256304,
zuletzt geprüft am 29.09.2022.

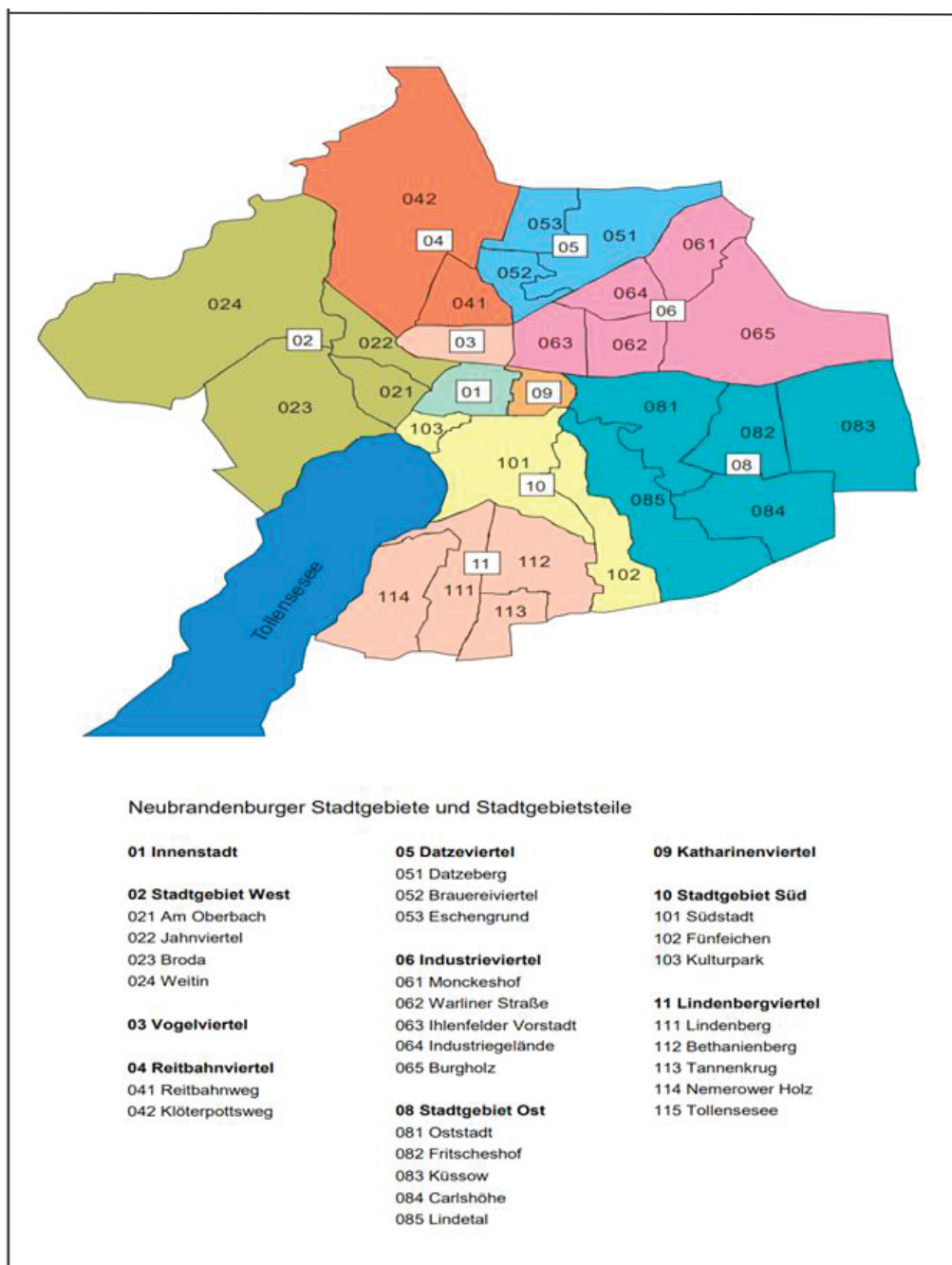
vdek Landesvertretung Mecklenburg Vorpommern (2012): Palliativmedizin: Zu Hause
sein bis zum Lebensende. Unter Mitarbeit von Dr. Bernd Grübler. Hg. v.
Kassenärztliche Vereinigung. Online verfügbar unter
<https://www.vdek.com/LVen/MVP/Presse/Pressemitteilungen/2012/121030-pm2012-SAPV-GemeinsPM.html>, zuletzt aktualisiert am 2012, zuletzt geprüft
am 04.10.2022.

WHO in Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2002): WHO Definition of
Palliative Care 2002. Deutsche Übersetzung. Online verfügbar unter
http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2022.

Anhangsverzeichnis

1 Anhang 1 Karte Stadtgebiet Neubrandenburg	77
2 Anhang 2 Leitfaden für Expert:inneninterview.....	78
3 Anhang 3 Informationsschreiben für Interviewteilnehmer:innen.....	79
4 Anhang 4 Informed consent, Einwilligungserklärung und Datenschutz.....	80
5 Anhang 5 Transkriptionen	81
6 Anhang 6 Beispiel Kategorienbildung	128
7 Anhang 7 Kategorienkatalog.....	204
8 Anhang 8 Aufnahme- & Übernahmekriterien – Akutgeriatrie F01	206
9 Anhang 9 Informationen für Einweiser und Patienten zur Geriatrischen Tagesklinik.....	207

1 Anhang 1 Karte Stadtgebiet Neubrandenburg



2 Anhang 2 Leitfaden für Expert:inneninterview

Interviewleitfaden



Leitfrage	Check- Wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen- auch an einer anderen Stelle mgl.	Aufrechterhaltung/ Steuerungsfragen
1. Als erstes würde uns interessieren, was für Sie das Charakteristische bzw. der Schwerpunkt Ihrer Arbeit ist?	Das Besondere, ggf. nochmal wiederholen	Was macht Situation bes. Unterschied.	Was schätzen Sie an ihrer Arbeit, Besonderheiten im Umgang mit den Patienten
2. Wie ist die Altersstruktur der Pat. in ihrem Bereich.	Altersstruktur klar benannt, Zahlenwerte		Können Sie uns ein Patientenbeispiel nennen? Haben Sie dazu ein konkretes Patientenbeispiel im Kopf? (letzte Tage/ Wochen)
3. Inwiefern spielt die palliative Versorgung von geriatrischen Patienten: innen in Ihrem Bereich eine Rolle?	Bereichsmerkmale!		
4. Welchen Unterschied in der Betreuung von geriatrischen Patienten: innen im Vergleich zu Jüngeren können Sie beschreiben und wie erfolgt aus ihrer Erfahrung eine Differenzierung der Betreuung?	Unterschied klar benannt		Wie reagieren Sie auf diese Unterschiede?
5. Uns würde noch interessieren, ob Sie einen Bedarf sehen an einer spezialisierten ambulanten Versorgung nur für geriatrische Patienten?	Ablehnung/ Zustimmung zur Idee der SAGV?	Modell der SAPV bekannt? Denken Sie das Erfahrungswerte der SAPV auch hierbei einfließen können.	Anlehnung an die SAPV für Palliativpatient
6. Als letztes würde uns noch interessieren wie lange sie bereits hier arbeiten, in welchem Bereich, welche Qualifikation sie haben.	Qualifikation, Bereich, Wie lange in diesem Bereich	Welche Ausbildung/ Studium/ Berufsabschluss haben Sie?	

3 Anhang 3 Informationsschreiben für Interviewteilnehmer:innen

Informationsschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir informieren Sie über das Forschungsprojekt, für das wir Sie gern interviewen möchten, und über unser Vorgehen. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, da wir das Interview speichern und auswerten.

Die verantwortliche Leitung des Projektes liegt bei Manuela Voß und Michael Jeschke. In dem Forschungsprojekt sollen die Sichtweisen der beruflichen Akteur:innen zum Thema Stellenwert der Palliativ Care für geriatrische Patienten:innen erforscht werden. Befragt werden dazu unterschiedliche Professionen aus verschiedenen Einrichtungen, die in die Behandlung und Betreuung von geriatrischen Patient:innen involviert sind.

Die Forschung findet im Rahmen der Anfertigung einer Bachelorarbeit statt. Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes M/V. Der Interviewer unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Gesagten um: Wir nehmen das Gespräch auf Band auf. Das Material wird transkribiert und anschließend gelöscht.
- Wir anonymisieren, d.h. wir schwärzen oder löschen alle Personennamen und Berufsbezeichnungen.
- Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass lediglich das anonymisierte Transkript existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Zur Terminabsprachen und bei Rückfragen können Sie sich gerne telefonisch unter 0151 269 28 010 oder 0163 42 87 656 melden.

Mit freundlichen Grüßen

Manuela Voß und Michael Jeschke

4 Anhang 4 Informed consent, Einwilligungserklärung und Datenschutz

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: Stellenwert der Palliativ Care in der Geriatrie
Durchführende Institution: Hochschule Neubrandenburg
Projektleitung: Manuela Voß und Michael Jeschke
Interviewerin/Interviewer: _____
Interviewdatum: _____

Beschreibung des Forschungsprojekts (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☒ mündliche Erläuterung
☐ schriftliche Erläuterung

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview/ an mehreren Interviews teilzunehmen.

☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige themenverwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

☐ ja ☐ nein

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift

5 Anhang 5 Transkriptionen

Interview 5 Name der Datei: 150105_0005

I: Interview eins, zweiter Versuch, erste Frage. Also als erstes würde uns interessieren, was für Sie das Charakteristische in Ihrem Arbeitsbereich ist. Ob Sie das kurz darstellen können.

B: Ja, also ein Hauptaugenmerk unserer Arbeit im [...] liegt eigentlich in der Nachsorge der Patienten. Wir haben-, dabei steht der Patient sehr doll im Mittelpunkt. Und wir beziehen auch stets die vorhandenen Angehörigen oder Zugehörigen mit ein, um eben unsere Patienten in Akutsituationen oder neuen Pflegesituationen gut nachversorgt zu wissen.

I: Also würden Sie das Besondere, die Arbeit mit den Zugehörigen und die Patientenüberleitung sozusagen so definieren?

B: Genau. Also es ist-, jeder Patient ist ja doch individuell, ja. Jede Versorgung ist bei-, also bei jeder Erkrankung ist die Versorgung ja nicht immer gleich. Und deswegen gehen wir schon sehr speziell und gezielt auf die Individualität der Patienten ein und auch auf die Wünsche natürlich der Angehörigen, weil jeder Angehörige hat vielleicht nicht die Möglichkeit die Dependenzpflege zu übernehmen oder ja.

I: Die-, wie ist die Altersstruktur der Patienten, mit denen Sie arbeiten in Ihrem Bereich?

B: In unserem Bereich sind mehrere Mitarbeiter ja tätig und da gibt es eben-, das ist wirklich von der Geburt an bis zum wirklich hoch geriatrischen Patienten. Also die Arbeit ist sehr spezifisch und ja nach Klinik natürlich, da wo man eingesetzt ist, sehr gemischt vom Altersdurchschnitt.

I: Und Ihrem Bereich? Also machen Sie jetzt von null bis hochbetagt? (B: Nein.) Oder wie wäre das in Ihrem Bereich?

B: Also in meinem Bereich sind die Patienten so ab 25 sage ich mal. Von 25 bis 95 Jahre alt.

I: Okay und inwieweit spielt in diesem-, bei diesem Patientenkontext die palliative Versorgung, gerade auch von den Älteren, über die Sie jetzt gesprochen haben,

hochbetagte, ältere geriatrische Patienten, eine Rolle? Also die palliative Betreuung von diesen Hochbetagten?

B: Dadurch, dass ich eben auch in Bereichen der Onkologie tätig bin, nimmt man schon eine Zunahme auch dieser Erkrankungen wahr und sowohl bei Jungen, aber auch den Großteil der Patienten, würde ich es jetzt sagen, sind doch hochaltrig.

I: Und wenn Sie jetzt sagen, Junge und Hochaltrige, können Sie den Unterschied da benennen? Also zu der Betreuung? Was würde der Unterschied vielleicht ausmachen? Wenn man jetzt jung und hochaltrig vergleicht?

B: Ja, also bei den Hochaltrigen ist es eben ja überwiegend eben auch das Problem, dass dort häufig vielleicht keine pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen, sodass diese Nachsorge vielleicht nicht in der Häuslichkeit erfolgen kann, ja. Was bei jüngeren Patienten dann natürlich mehr realisiert wird durch die Familie oder durch die Angehörigen. Aber das ist sehr unterschiedlich. Also pauschalisieren könnte ich das jetzt nicht.

I: Aber man könnte schon sagen, dass eine höhere Herausforderung ist, dann Hochaltrige, sage ich mal, in dem Bereich, mit zu betreuen. Also dass man, weil man zum Beispiel keine Angehörigen hat.

B: Ja. Auf jeden Fall, ja.

I: Gut. Dann kommen wir langsam zum Schluss. Uns würde noch so eine Zukunftsfrage interessieren. Sehen Sie einen Bedarf darin, vielleicht einer spezialisierten, ambulanten geriatrischen Betreuung, sage ich mal, für Ihre Patienten, ja? Also ganz in Anlehnung an die SAPV für palliative Patienten. Würden Sie da einen Bedarf sehen?

B: Auf jeden Fall. Geriatrische Palliativ-Patienten, denke ich, bringen ja viel, viel mehr Grunderkrankungen auch mit. Und viele, ja, Einschränkungen einfach auch. Und ich denke überwiegend gerade bei uns in Mecklenburg-Vorpommern ist es ja so, dass die ältere Generation ja doch auch mehr ländlich verteilt ist und wir dort auch in unserer täglichen Arbeit wirklich eine deutliche Unterversorgung selbst mit ambulanten Pflegediensten wahrnehmen. Und ich denke, das ist für eine SAPV dann auch schwierig zu händeln.

I: Wenn sie jetzt, weil sie ein ganzes Spektrum abgreift?

B: Genau.

I: Also würden Sie sagen, das macht schon durchaus Sinn, darüber nachzudenken? (B: Ja.) Dass man so etwas etablieren kann.

B: Ja.

I: Gut. So und als letztes würde uns noch interessieren, wie lange Sie in dem Bereich jetzt arbeiten, welche Qualifikationen Sie haben und welcher Bereich das überhaupt noch einmal ist. Dass wir den noch einfach noch einmal hören können.

Wegen der Datenschutzbedingungen kann der Rest des Interviews nicht veröffentlicht werden.

I: Ja, dann herzlichen Dank für das Interview und für die Zeit.

Interview I06 Name der Datei: 1-150112_0006

I: Nächstes Interview. Ich hatte ja kurz erklärt, worum es in diesem Interview geht und dass ich Fragen stellen werde zu dem bekannten Thema. Und meine erste Frage würde sich darauf beziehen, dass Sie mir vielleicht sagen können, was das charik-, charakteristische an Ihrer Arbeit ist. Beziehungsweise an dem Schwerpunkt Ihrer Arbeit hier.

B: Ja. Also der Schwerpunkt meiner Arbeit bezieht sich darauf, die Mobilisierung der Patienten und dass man versucht, sie im Alltag wieder so weit mobil zu kriegen, dass sie alleine beziehungsweise so wie vorher wieder zurechtkommen.

I: Und was würden Sie, also Sie haben jetzt berichtet, was der Schwerpunkt Ihrer Arbeit ist und können Sie noch mal herausfiltern, was das Besondere an dieser Tätigkeit ist. Bezogen auf diesen Ort.

B: Auf die Geriatrie bezogen? (I: Zum Beispiel.) Ja.

I: Oder im Speziellen in diesem Fall.

B: Ja. Ja. Also das Besondere ist natürlich, dass man sich individuell auf die Patienten einstellen muss. Je nachdem, inwieweit sie von der Mobilität her oder von der Beweglichkeit den Standpunkt haben. Da muss man sie natürlich abholen. Und es ist ja... (Lässt etwas fallen.) Oh, Tschuldigung. Und es ist ja immer so, dass man versucht, es ein bisschen zu verbessern, beziehungsweise zu sichern. Je nachdem, mit Hilfsmittel, ohne Hilfsmittel. Mit bestimmten Voraussetzungen, wie es zuhause ist, in der Häuslichkeit. Genau.

I: Ok. Sie haben ja schon den Begriff geriatrisch oder Geriatrie fallen lassen. Können Sie mir sagen, wie empfinden Sie die Altersstruktur in diesem Bereich, in dem Sie tätig sind?

B: Es ist sehr unterschiedlich tatsächlich.

I: Oder anders gefragt, können Sie klar benennen, also welche Patienten welchen Alters hier betreut oder behandelt werden? Wenn Sie von geriatrischen Patienten sprechen.

B: Genau. Also es ist ja hauptsächlich Patienten, die über 65 sind, würde ich sagen. Nach oben hin sind da keine Grenzen gesetzt. Ich glaube so im Durchschnitt sind die Meisten aber so um die 80. Zwischen 80 und 90 Jahren wahrscheinlich, die ich behandle.

I: Ok. Die nächste Frage bezieht sich auf die palliative Versorgung von geriatrischen Patienten. Können Sie sagen, ob das in Ihrem Bereich eine Rolle spielt?

B: Also palliativ spielt bei mir nur eine Rolle im Sinne der Atemtherapie. Dass man versucht, die Patienten ein bisschen zu entspannen. Also viele Patienten, die palliativ betreut werden, kriegen von mir Entspannungstherapie und Atemtherapie. Einfach nur damit die ein bisschen den Tag entspannter überstehen, angehen können.

I: Ok. Sie haben es jetzt ja so allgemein geschildert, also von einem Symptom her, wenn ich das richtig verstanden habe. Haben Sie vielleicht ein spezielles Patientenbeispiel im Kopf? Von den letzten Tagen, Wochen.

B: Ja, also es gibt eine Patientin. Die kam hier auf Station und war die ersten Tage kaum in der Lage, an der Bettkante zu sitzen, zum Beispiel. Und dann habe ich mir ihr an der Bettkante ein paar Übungen gemacht, passiv und assistiv. Wir haben Atemtherapie zwischendurch gemacht. Die Patientin hatte Globalinsuffizienz und kam deswegen

hierher. Deswegen war sie auch wenig belastbar. Und dann durch Atemtherapie, durch Bewegungsübungen, da sind wir auch immer mit zwei Therapeuten zur Gangschule gekommen. Und mittlerweile ist es so, dass sie im Zimmer mobil ist – mit Unterstützung. Und dass sie tagsüber auch auf dem Stuhl sitzen kann, dass sie belastbarer ist. Genau.

I: Ok, danke. Und können Sie vielleicht den Unterschied benennen von geriatrisch-, von geriatrischen Patienten im Gegensatz zu jüngeren Patienten? Und wenn ja, können Sie mir sagen, wie dieser dieser Unterschied sich darstellt oder wie die Differenzierung erfolgt?

B: Also man muss immer unterscheiden, je nach Alter und je nachdem, wie es in der Häuslichkeit ist und wie es war. Dass man natürlich die Ansprüche an den Patienten anpassen muss. Also bei jüngeren Patienten hat man ja immer das Ziel, dass die wieder so mobil wie möglich werden. Und bei geriatrischen Patienten ist es häufig so, dass man sie so weit mobil kriegt, dass sie im Alltag zurechtkommen.

I: Ok. Und wenn Sie von jüngeren Patienten sprechen. Können Sie vielleicht da noch mal sagen, auf welches Alter Sie sich da beziehen, im Gegensatz zu älteren geriatrischen Patienten?

B: Also ich sage mal, jüngere Patienten sind für mich jetzt so Patienten ab 50 bis 70, würde ich sagen. Und da ist es natürlich so, da macht man auch andere Übungen. Da bezieht man sich mehr Ergometer Training, dass die wirklich viel belastbarer sind. Dann auch so Parcour Training. Mit verschiedenen Untergründen arbeiten. Dass die einfach, sag ich mal, fitter für das alltägliche Leben auch außerhalb der Wohnung. Und für normale-, oder auch mal für Reisen oder so wieder in Gang kommen. Und die älteren Patienten, die einfach kommen und sagen, sie sind zuhause nur noch in der Wohnung unterwegs oder gehen einkaufen und so. Da arbeitet man natürlich nur daran, dass sie so weit stabil sind, dass sie das auch weiterhin machen können.

I: Ok. Die nächste Frage bezieht sich darauf, ob Sie, also persönlich, aus Ihrer Erfahrung heraus, auch einen Bedarf für eine ambulante geriatr-, also spezialisierte, ambulante geriatrische Versorgung sehen. Also ähnlich einer SAPV.

B: Ja. Absolut. Sehe ich so. Sollte so sein. Wäre auf jeden Fall für die Patienten sehr wünschenswert. Weil doch, man sieht es ja am Verlauf, kommen die Patienten wieder. Also, werden entlassen, sind eine Zeit zuhause und kommen dann wieder. Sieht man,

dass die Fortschritte, die man vielleicht erreicht hat, wieder rückläufig geworden sind. Also es sollte, wäre schon schön, wenn man einfach weitermachen würde. Auch für zuhause. Genau. Ja.

I: Daraus schließe ich also jetzt, dass das Modell der SAPV Ihnen ja bekannt ist. (B: Ja.) Ok. Und denken Sie, dass so Erfahrungswerte, die von der SA-, bereits in der SAPV gesammelt wurden für eine spezielle geriatrische, ambulante Versorgung genutzt werden können?

B: Ich glaube, teilweise schon. Aber ich denke, da könnte vielleicht noch ein bisschen Zuarbeit geleistet werden. Im Sinne von, also physiotherapeutisch gesehen. Das ist einfach-. (Räuspern.) Physiotherapie ist ja bei der SAPV seltener mit drin. Also ich würde nicht schließen, dass es gar nicht-, ausschließen, dass es nicht mit drin ist. Aber auf jeden Fall seltener so. Die Erfahrung, die ich gemacht habe. Und von dem Standpunkt her, da sollte vielleicht noch ein bisschen mit angepasst werden. Ansonsten kann man das schon teilweise übernehmen.

I: Ok. Ich würde jetzt schon zum Ende des Interviews kommen und die letzte Frage würde sich auf die, Ihre Qualifikation beziehen. Und da interessiert mich, oder uns im Speziellen, wie lange Sie bereits hier tätig sind und noch mal vielleicht den speziellen Bereich benennen und welche Qualifikation Sie haben.

Wegen der Datenschutzbedingungen kann der Rest des Interviews nicht veröffentlicht werden.

Interview I07 Name der Datei: 1-150112_0007

I: Nächstes Interview. Uns würde als erstes interessieren, was das charik-, charakteristische an Ihrer Arbeit ist oder beziehungsweise, welcher Schwerpunkt hier in Ihrer Arbeit liegt.

B: Ja. [...] Bei uns liegen Patienten, die meistens über 70 sind. Multimorbide und die eigentlich, genau, also chronisch krank und mit Medikamenteneinstellungen und auf ihren Schmerzen wird da so eingegangen.

I: Und, Sie haben ja so ein paar Dinge genannt. Können Sie aber noch, vielleicht noch mal das Besondere, also was Sie als besonders empfinden würden. Also neben der Altersstruktur vielleicht.

B: Ja. Also das Besondere ist ja eigentlich, dass die Patienten eigentlich generell so aus der Häuslichkeit kommen und der Lebensstandard so eigentlich noch gesichert sein sollte. Dass sie das auch weiterhin noch tun könnten.

I: Ok. Und was schätzen Sie an Ihrer Arbeit am Umgang mit dieser Patientengruppe?

B: Na so schön ist es ja zu sehen, wenn Schmerzeinstellungen und Medikamenteneinstellungen helfen und Patienten dadurch mobiler sind und die Lebensqualität erhalten bleibt dadurch.

I: Ok. Sie haben ja jetzt schon davon gesprochen, dass Sie in der Geriatrie arbeiten. Können Sie uns vielleicht noch mal schildern, also wie die Altersstruktur hier ist. Vielleicht auch genau benennen.

B: Über 70.

I: Ok. Und haben Sie vielleicht so von Ihrer Tätigkeit von den letzten Tagen und auch Wochen ein Patientenbeispiel im Kopf, wo Sie vielleicht das Charakteristische Ihrer Arbeit noch mal darstellen können?

B: Ja. Also wenn zum Beispiel jemand zuhause gestürzt ist und durch die OP stark noch durch die Schmerzen und die Bewegung eingeschränkt ist, wird hier mit Physiotherapie und dem ganzen Team geholfen. Dass der Patient am Rollator oder ohne Hilfsmittel mobil ist und ohne Schmerzen gut klarkommt.

I: Sie haben ja jetzt zum Beispiel Symptome benannt. Deshalb würde ich als nächstes gerne fragen, inwieweit vielleicht auch die palliative Versorgung von geriatrischen Patienten hier in diesem, also in Ihrem Bereich eine Rolle spielt.

B: Ja, also spielt auch eine große Rolle. Da guckt man halt, dass der Patient sich nicht, naja, dass er nicht so quälen muss. Dass man Sauerstoff ranmacht, wenn er doll Luft nötig ist und ihm mit Medikamenten alles geholfen wird.

I: Und hätten Sie vielleicht auch dazu ein Patientenbeispiel im Kopf? Wenn es nicht speziell ist, kann auch allgemein sein.

B: Naja, weil beim palliativen Patienten guckt man ja, dass er ruhig liegt, dass er keine Schmerzen hat, dass er Sauerstoff kriegt, regelmäßig positioniert wird, Mundpflege gegebenenfalls durchgeführt.

I: Und wenn Sie jetzt von diesen Situationen gesprochen haben, können Sie vielleicht Unterschiede benennen von der Betreuung geriatrischer Patienten also, jüngeren Datums zu den Ältergeriatrischen würde ich das mal jetzt nennen. Und wenn es einen Unterschied gibt, also wie erfolgt dann so die Differenzierung aus Ihrer Erfahrung heraus? Also bei der Betreuung.

B: Also eigentlich wird – egal ob jung oder alt – generell immer geguckt, dass es den Patienten gut geht und je nachdem auch dann geholfen wird. Ich würde nicht sagen, dass es da einen Unterschied gibt.

I: Ok. Wenn Sie jetzt von geriat-, also wir haben von geriatrischen und palliativen Patienten gesprochen. Deshalb würde uns in der nächsten Frage interessieren, ob Sie so angelehnt an die SAPV auch einen Bedarf sehen für eine spezialisierte ambulante Versorgung für geriatrischen Patienten?

B: Naja, geri-, geriatrische Patienten brauchen ja schon mehr Aufwand als jüngere Patienten im häuslichen SAPV-Bereich und ich glaube, da ist im Hospiz die Leistung mehr gesichert. Durch die ständigen Kontrollen und wenn keine Angehörigen da sind, die Lagerungswechsel, wenn die Patienten nicht können. Also es kommt je nach dem Status des Patienten auch darauf an.

I: Wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, sind, also haben Sie geschildert, dass eine Hospizversorgung dann eher das Mittel der Wahl (B: Ja. Genau.) wäre.

B: Bei Geriatrischen ja.

I: Ok. Wir würden jetzt zum Ende des Interviews kommen. Und da würde uns als letztes noch interessieren, wie lange Sie bereits in diesem Bereich arbeiten und welche Qualifikation Sie haben. Wenn Sie vielleicht bei der Ausbildung anfangen würden.

Wegen der Datenschutzbedingungen kann der Rest des Interviews nicht veröffentlicht werden.

Interview I08 Name der Datei: 9-150133_0008

I: Nächstes Interview. Uns würde als Erstes interessieren, was das Charakteristische an Ihrer Arbeit hier ist beziehungsweise was der Schwerpunkt Ihrer Arbeit hier ist.

B: Auf der [...] werden überwiegend Patienten über 70 Jahre betreut. Viele schwerstkranke Patienten, viele Palliativ-Begleitungen, die wir auch mit ableisten. [...]

I: Und was schätzen Sie an Ihrer Arbeit oder im Umgang mit diesen Patienten? Oder was ist das Besondere daran?

B: Das Besondere an Menschen. Oh Gott. (? Blackout) total. Ich mache mal kurz aus.

I: Nächstes Interview. Als Erstes würde uns interessieren, was das Charakteristische an Ihrer Arbeit hier ist beziehungsweise was der Schwerpunkt Ihrer Arbeit hier ist.

B: Der Schwerpunkt an meiner Arbeit ist der Umgang mit den also hochaltrigen Menschen, der oft sehr schwerkrank ist. Wir haben oft bei uns auf Station alles, was über 70 Jahre ist, wird bei uns überwiegend aufgenommen. Viele palliative Patienten, in Zusammenarbeit mit unserer Palliativ-Station in Neubrandenburg. Oft-, also durch die Hochaltrigkeit der Patienten merkt man eben, dass die in unserer täglichen Arbeit viel mehr Zeit benötigen. Angefangen bei der Körperpflege, beim Essen vorbereiten, nachbereiten. Ja.

I: Und was schätzen Sie an Ihrer Arbeit oder was ist das Besondere, gerade im Umgang mit diesen Patienten? Sie haben ja jetzt von erhöhtem Zeitfaktor gesprochen, vom Alter.

B: Mein Kopf ist irgendwie leer. Weiß ich nicht.

I: Dann würde ich die nächste Frage stellen. Und zwar, Sie haben ja von Patienten gesprochen, die über 70 Jahre alt sind. Also, Sie haben ja jetzt das Alter in dem Sinne in der Geriatrie klar benannt. Haben Sie vielleicht ein Patientenbeispiel im Kopf? Wenn Sie von dieser Patientengruppe sprechen?

B: Ja, was vor Kurzem bei uns war, das war eine-, die Großmutter von einer ehemaligen Kollegin bei uns auf Station. Die ist in der Häuslichkeit gestürzt, hat dann etliche Stationen, bevor sie zu uns kam, etliche Stationen durchlaufen, wurde dann auch operiert und sollte dann entlassen werden bei uns. Und einen Tag vorher ist sie dann leider verstorben hier bei uns auf Station. Da-. Sag noch mal.

I: Also, wenn ich jetzt dazwischen fragen darf, Sie haben ja von einer älteren, also hochbetagten Patientin gesprochen, die vor diesem Aufenthalt hier noch viele andere Stationen durchlaufen hat. Hat dort auch die palliative Situation eine Rolle gespielt für diese geriatrische Patientin?

B: Ja, wir hatten-, also bei der Entlassung wäre unser SAPV-Team mit reingegangen. Also in die Häuslichkeit. Und das-, oder war so-, oder wurde angesprochen von der Enkeltochter, ob es möglich wäre, Oma eben zu Hause auch vom SAPV begleiten zu lassen. Ja, dazu kam es ja leider nicht. Also, ja.

I: Okay. Und sehen Sie einen Unterschied in der Betreuung von geriatrischen, jüngeren Patienten und im Vergleich zu älteren? Und wenn ja, also, wie erfolgt diese differenzierte Betreuung aus Ihrer Erfahrung?

B: Na, ein Unterschied schon, weil oft benötigen ja die Älteren viel mehr Zeit und viel mehr Aufmerksamkeit. In allen ATLS eigentlich. Oft sind aber auch Jüngere-, wir haben jetzt wieder eine zu liegen, Baujahr 1954-. Baujahr, Gott. Kannst du ja rausschneiden. (lacht) Geboren 1954. Die eben auch eine Vollpflegepatientin ist, wo man eben auch die Zeit benötigt. Und auch im Rahmen der Angehörigenarbeit. Dass eben die Älteren bei uns auf Station ja kaum noch Angehörige haben oder die ja auch schon dann hochaltrig sind. Und ja, dann auch schwer ist, die dann wieder in die Häuslichkeit zu entlassen, weil oft ja auch die Patientin selber schon 80 ist und die Tochter dann ja auch schon, weiß ich, 60 oder noch älter.

I: Okay. Also, ist die Altersstruktur, wenn ich das richtig verstanden habe, von den Angehörigen von älteren geriatrischen Patienten auch eher geriatrisch?

B: Genau.

I: Habe ich das so richtig verstanden?

B: Genau. Ist richtig.

I: Und das Beispiel, was Sie zu Anfang genannt haben. Das war ja eine Patientin, die laut der Definition nicht in die Alterstruktur der Geriatrie gehören würde, aber aufgrund der Multimorbidität schon. Habe ich das richtig verstanden?

B: Ja. Das ist richtig.

I: Okay. Die aber dann den gleichen Zeitaufwand bedarf, aufgrund der Multimorbidität.

B: Genau.

I: Okay. Das war nur noch einmal eine Verständnisfrage. Vorhin haben Sie ja von einem anderen Beispiel, von dieser hochbetagten Patientin, gesprochen. Und da bezieht sich jetzt die nächste Frage drauf. Und zwar würde uns interessieren, ob Sie für geriatrische Patienten auch den Bedarf einer spezialisierten ambulanten Versorgung sehen? Also ähnlich der SAPV angelehnt. Ich frage das deshalb, weil Sie die SAPV in dem Zusammenhang bereits erwähnt haben. Ich gehe jetzt davon aus, dass Sie den Inhalt der SAPV natürlich kennen.

B: Ja, würde ich schon begrüßen. Weil eben auch oft Patienten also entlassen werden und ich sage mal, eine Woche später oder zwei, drei Tage später sind die wieder in der Rettungsstelle, werden aufgenommen. Das könnte man damit dann vielleicht umgehen. Dass sie dann zu Hause ambulant betreut werden.

I: Mhm (bestätigend). Also, dass dieser Drehtüreffekt bei dieser Patientengruppe-, habe ich jetzt richtig verstanden?

B: Mhm (bestätigend).

I: Ja? Okay. Wir würden jetzt zum Ende des Interviews kommen. Und die letzte Frage bezieht sich auf Ihre Ausbildung beziehungsweise auf die Qualifikation. Und ich würde Sie bitten, noch mal zu benennen, welche Ausbildung Sie durchlaufen haben, welchen Berufsschulabschluss, wie lange Sie in diesem Bereich hier arbeiten und ob Sie spezielle Qualifikationen haben. Das war jetzt ein bisschen viel auf einmal. Vielleicht können Sie ja anfangen, was Sie für eine Berufsausbildung haben?

Wegen der Datenschutzbedingungen kann der Rest des Interviews nicht veröffentlicht werden.

I: Okay. Dann danke ich für das Interview.

B: Bitte.

Interview I09 Name der Datei: 3-150112_0009

I: Dann habe ich jetzt Start gedrückt und dann geht es los mit dem nächsten Interview. Ja, hallo Matthi-, hallo. Also als erstes würde-, würde uns mal interessieren, was das Charakteristische an Ihrer Arbeit hier ist und was der Schwerpunkt der Arbeit ist? Dass Sie die kurz mal vorstellen, was Sie machen.

B: Also, ich bin [...]Wir sorgen hauptsächlich für die Betreuung der Schwerst- und Sterbenskranken zuhause. Das machen wir über Ehrenamtliche, die wir hier ausbilden. Aktuell bilden wir in Anlehnung an das Celler Modell aus. Wir nehmen entsprechend Anfragen entgegen, sozusagen, machen viel Öffentlichkeitsarbeit. Und ich schaue einfach als Koordinator, dass ich sinnbringend einteile, sozusagen. Genau.

I: Celler Modell, was-, gibt es da was Besonderes? Was bedeutet das?

B: Das ist einfach so-, so eine Art Leitfaden sozusagen. Es gibt verschiedene Leitfäden für die-, für die ehrenamtliche Ausbildung. Wir lehnen es an das Celler Modell an. Das sind hundert Unterrichtsstunden ungefähr. Der neue Fokus ist gerade fertig geworden. Das hat dieses Jahr-, dieses Mal ein Jahr gedauert, aber das war coronabedingt wegen Verschiebungen. Sonst dauert es in der Regel ein halbes bis Dreivierteljahr, die Ausbildung.

I: Und wie sieht die dann aus? Also, wie-, was-, was macht ihr da mit den-?

B: Regelmäßige Schulungsabende. Teilweise machen wir die Schulungsabende selbst, also sprich, ich erzähle auch viel zu Pflegebasics, IT-Pflegebasics, Mundpflege, so eine Geschichten. Meine Kollegin Heike Albrecht hat eh viel Erfahrung als Dozentin einfach. Die erzählt viel zu Berufsethik, zu Gesprächsführung, Gruppenbildung,

Gruppendynamik. Wir haben externe Referenten nochmal zu-, für spezielle Themen. Wir hatten auch die SAPV da. ... #00:01:42# der Inneren, die uns erzählt haben, ja, was-, was ihr so macht, sozusagen. Wir arbeiten viel mit SAPV zusammen. Aktuell auch viel mit-, mit-, mit Pflegeheimen. Da bin ich gerade dran noch. Weil passt ja auch zum Thema, weil ich denke einfach, dass die Richtung schon Richtung Heime auch gehen wird einfach. Also-.

I: Genau, also Pflegeheime-.

B: Also unser-, unser Schwerpunkt sozusagen.

I: Wie ist denn die Altersstruktur von den Patienten, die ihr betreut?

B: Zunehmend älter und zunehmend auch-, auch multimorbide. Also-, also sprich, man hat eigentlich nicht mehr diese klassischen, ich sage mal, Tumorerkrankungen. Also in der Hospizarbeit-. Ich hatte neulich mal so ein Artikel gelesen. Es ist ja aktuell immer noch so, ich glaube, über 90 Prozent aller Bewohner im Palliativbereich sind in der Regel tumorerkrankt, sozusagen. Ich finde schon, dass der Trend jetzt eigentlich dahin geht, dass immer mehr Heime anfragen. Das liegt unter anderem bestimmt daran, dass-, dass auch Heimbewohner keinen Anspruch auf einen Hospizplatz haben, wenn ich das richtig verstanden habe, auch. Und dass einfach die, ja, die Personalie einfach so schlecht ist, der Personalschlüssel so hoch-, (I: Also der Bedarf da ist.) Der Bedarf da ist, der Personalschlüssel es einfach nicht decken kann.

I: Und wenn man jetzt Zahlen nennen würde? Also zunehmend ältere, morbide-, ältere, morbide Patienten. Wenn man jetzt mal Alterszahlen in die Hand nimmt, was-, was-, was kommt da vor bei euch? Oder bei Ihnen?

B: Also ab 75 aufwärts würde ich jetzt sagen. Weil wenn Sie das Alter meinen. Und Multimorbidität dann eben, was-, was alles mit drinnen ist. Also Herzinsuffizienz haben wir viel, Niereninsuffizienz. Ich finde, das macht es auch schwerer abzuschätzen, ganz böse gesagt, abzuschätzen, wie-, wie der prognostische Verlauf ist. Also sprich, bei-, bei-, bei einer Tumorerkrankung kann man es eher absehen. Bei Multimorbidität kann ich-, wann steigt das Organ aus? Ich weiß es nicht. Also, es ist so eine-. Beim-, beim Altersbedingen ist mir immer aufgefallen, wir haben auch noch ein geringes Zellwachstum, das darf man auch mal nicht vergessen. Also selbst wenn ein Tumor da mit drinnen ist, wächst der langsamer beim-, beim alten Menschen. Also auch da ist es

einfach schwerer abzuschätzen. Kognitive Störungen kommen dazu, Kommunikationsstörungen, einfach altersbedingt. Wertevorstellungen sowieso. Wir-, also gerade heutzutage Glaubensvorstellungen. Auch viele-, viele Ehepartner, auch Ehefrauen, die ihre Ehemänner pflegen oder umgekehrt und die da einfach nicht von ablassen können, weil das einfach ganz andere Werte noch sind.

I: Also wenn ich kurz zwischendurch-. (B: Wenn ich mal vorgreifen kann. Entschuldigung. (lacht)) Genau, ja. In Kurzen kommen wir gleich nochmal dazu. Jetzt ganz-, rein vom Alltag, sind es nur Menschen, die so ab 75-, also ihr habt-, Sie haben keine Jungen in der Betreuung. Also, dass jetzt Menschen mit-, mit-, mit 50, 40 auch betreut werden?

B: Das kommt auch vor. Aber-, aber die-, die Masse ist eindeutig (I: Ab 75.) Ab 75, älter.

I: Okay. Und klar, das spielt die Hauptrolle-, sind palliative Erkrankungen. Haben Sie ja schon gesagt. Multimorbide? (B: Genau.) Haben wir das-. Das spielt-, ist, spielt eine große Rolle? (B: Genau, genau.) Und jetzt kommen wir zu dem, was Sie-, wo Sie jetzt schon ausgeführt haben, der Unterschied. Jetzt gucken-, vielleicht können Sie sich so ein Fallbeispiel in Kopf rufen. Junger Mensch, unter 50 vielleicht, und jetzt einer ab 75, was ist der Unterschied?

B: Der Unterschied ist allein schon, dass-, dass-, dass der jüngere Menschen heutzutage-, also-, fangen wir beim Thema Tod an. Also-, also das wurde beim-, beim 80-jährigen Menschen ganz anders kommuniziert als beim 50-jährigen in der Kindheit oder-, oder im-, im Großwerden. Wir fangen an bei Wertevorstellungen wie Glauben, Ehe, Familie dabei. Überhaupt das Thema Tod, das Thema Abschied nehmen, Rollenverlust. Was ich finde, das-, das-, das Hauptthema ist tatsächlich der-, das Kommunikative und das Kognitive einfach. Also viele Demenzerkrankungen auch schlussendlich. Also es ist einfach schwer abzuschätzen, sozusagen. Wie kann ich am besten auf diesen Menschen eingehen. Also-, also einfach, weil auch ein Generationskonflikt ist. Ich bin selbst 34 Jahre alt, ich habe Glück, durch die Pflege konnte man viel-, viel kennenlernen, aber-, aber das werden nicht alle Kollegen gehabt haben, sage ich mal.

I: Die meisten Jüngeren ver-, nicht gegeben und die Älteren haben das dann doch eher von Krieg?

B: Genau so, genau so. Genau so ist es.

I: Und-, dann würde uns am Ende noch, wir kommen so langsam zum Schluss des Interviews, interessieren, wenn man so ein bisschen in die Zukunft blickt. Die SAPV ist ja etabliert für Palliativpatienten. Würde-, würde aus Ihrer Sicht das Sinn machen, so etwas auch für ger-, rein für geriatrische Patienten ins-, ins Leben zu rufen? Also so eine SAPV nur für geriatrische Patienten?

B: Also, aus meiner Sicht schon. Ich-, ich würde-, ich kann jetzt aber auch nur aus-, aus-, so reden, dass ich halt jetzt in letzter Zeit viel in Pflegeheimen war, mit vielen Leitungen da gesprochen habe und-, und-, und-. Die wirklich alle dieselben Probleme auch beklagen, unter anderem auch, dass die Hausärzte schwer erreichbar sind. In Coronazeiten war das nochmal schwieriger. Ich denke, das wird schon Sinn machen, dass da auch einfach-, ja, Fachpersonal da ist, Fachärzte, Fachpfleger, die-, die einfach wissen, was die da tun, weil auch-. Leider Gottes realistisch gesehen die wenigsten Hausärzte wissen leider, was da die besten Kniffe sind, was da die besten Mittel sind. Oder sind noch zu ängstlich. Es ist leider noch so. Man darf auch nicht vergessen, wir sind in Mecklenburg, das ist noch ein bisschen provinzieller, ist auch so. Also ich denke schon, das würde definitiv Sinn machen. Also ich-, ich habe-, ich habe jetzt-, bin-, bin wirklich am überlegen, ob ich auch mit den Ehrenamtlichen mehr Richtung Pflegeheim auch schaue. Weil einfach da ein Riesenbedarf ist. Also-, und ich denke schon, die SAPV, also-, also-, ich war jetzt gerade gestern im Heim, da ist die SAPV auch mit drinnen. Aber selbst die sagen, also, es könnte noch viel, viel mehr sein, definitiv. Also der Bedarf ist da.

I: Und als letztes würde uns jetzt noch interessieren, wie lange Sie jetzt hier [...] arbeiten in der ambulanten-, im ambulanten Bereich. Und wie-, welche Qualifikationen Sie haben? Also vielleicht kurz Ihren beruflichen Werdegang.

B: Genau, ich war 17 Jahre Krankenpfleger, war-, habe Mentorenausbildung gemacht, habe eine Palliative Care-Ausbilder gemacht-, die Palliative Care-Ausbildung gemacht.

B: Was mir noch aufgefallen ist, bei den-, bei den älteren Patienten, ist so dieses generationstypische Alter. Das ist nichts, was ich mit Zahlen widerlegen könnte, das ist nur eine reine Beobachtung. Ist, dass ich schon das Gefühl habe, dass wir noch in dieser Gener-, also jetzige alte Generation, die werden älter und-, und sind noch zäher, wenn ich das so beschreiben kann. Also-, also ich habe, habe mich in letzter Zeit auch viel mit beschäftigt, mit dem Thema Resilienz und Drum und Dran. Und ich finde das schon-,

also irgendwie wirkt diese Generation einfach zäher. Mag es an der Ernährung liegen, die in der Kindheit noch biologischer war oder was auch immer, aber die wirken zäher und widerstandsfähiger. Was es noch schwerer macht abzusehen, wann ist ein Ende, wie lange geht eine Begleitung? In welche Richtung geht das jetzt überhaupt? Auch bei unseren Hospizpatienten sehen wir es ja auch schlussendlich.

I: Aber es ist ja zeitlich auch nicht begrenzt? Die Betreuung vom Ambulanten Hospizdienst. Oder haben Sie da Grenzen, wo Sie sagen, also wir können jetzt nicht über Jahre hier-?

B: Über Jahre, ich-, also ich-, ich müsste schon vor den Kassen rechtfertigen, aber die Kassen sind da aktuell also einfach auch noch-, ja, die- die haben Nachsicht. Also-, also es darf offiziell laufen-, ich müsste es, glaube ich, ab einem gewissen Zeitraum müsste ich das schon irgendwo angeben, warum? Und wie läuft es jetzt weiter? Oder gegebenenfalls einfach pausieren, bis es wieder schlechter wird. Aber es-.

I: Was ja auch für so eine spezielle, ambulante, palliative-, geriatrische Betreuung sprechen würde, (B: Genau.) dass man das auf den Bedarf noch mal ganz speziell (B: Genau so.) macht. Ja, gibt es sonst noch etwas zu ergänzen aus Ihrer Sicht?

B: Nein.

I: Herzlichen Dank.

B: Gerne. (lacht)

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht der gesamte Inhalt des Interviews veröffentlicht werden.

Interview I10 Name der Datei: 4-150112_0010

I: Nächstes Interview. Ja, schön, dass Sie Zeit haben. Wir wollen ja heute zum Thema Palliative Care für geriatrische Patienten ein Interview durchführen. Und als Erstes würde mich mal interessieren, was das Besondere an der Arbeit ist und-, und wo Sie letztendlich arbeiten? Und was das Charakteristische an dieser Arbeit ist?

B: Jetzt hier im Hospiz sind wir-, also, wir sind jetzt hier im Hospiz in Neubrandenburg und wir haben hier zehn Bewohner, meistens. Das Schöne an der Arbeit ist, dass man Zeit hat. Weil gerade geriatrische Patienten, die nachher ja auch schon multimorbide sind, die haben ja viele Erkrankungen. Demenz kommt dazu, die brauchen ja ein bisschen mehr Zuwendung. Und die möchten auch alles mehrmals erklärt haben, weil sie manche Dinge nicht so gut verstehen. Und das Schöne hier ist ja, dass man palliativ den Patienten auch so schmerzarm wie möglich betreuen kann.

I: Also das Besondere wäre die-, der Zeitfaktor? Mehr Zeit als in anderen Einrichtungen? (B: Richtig.) Und letztendlich die gute Symptomkontrolle, die-, die durch diese Zeit entstehen kann.

B: Richtig. Und wir haben auch Zeit, mit dem Bewohner eben zu reden. Man kann im Zimmer auch eine Weile sitzen und wirklich auch sich die Sorgen anhören. Dass die sich auch gut aufgehoben fühlen.

I: Wie ist die Altersstruktur der Patienten hier im Hospiz? Was mit Zahlen belegen würde.

B: Also durchschnittsmäßig sind es eigentlich immer Ältere, also die wären im geriatrischen Alter ab 65. Wir haben auch mal jüngere Bewohner, 30, 35 Jahre alt. Oder im Moment haben wir jemand, der ist über 40, aber grundsätzlich sind es immer mehr (I: So ab 65?) ab 65.

I: Und wenn Sie jetzt sagen, Jüngere, so 40, ist jetzt jemand da und wenn man sich jetzt mal den Ältesten anschaut, der aktuell hier ist, gibt es da ganz prägnante Unterschiede, die einem sofort einfallen in der Betreuung? Was würde ein-?

B: Im Moment haben wir ja das Glück, dass wir eine Sozialdienstarbeiterin haben, die kann auch noch mit den Bewohnern rausgehen. Unser ältester Bewohner ist 105, der ist glücklich, wenn er seine Ruhe hat, alleine in seinem Zimmer ist. Rumwuselt, der kriegt Besuch von seinen Angehörigen. Aber so viel mit der Kommunikation, der ist sehr schnell müde und so. Unsere jüngste Bewohnerin, die möchte natürlich viel erzählen und Zuwendung und mal rausgehen, wenn es ihr gut geht. Gehen auch alle mal rauchen auf dem Balkon, aber unsere Sozialdienstarbeiterin nimmt sich auch die Zeit und geht mit denen raus im Rollstuhl, mal zum See fahren und-, oder einkaufen waren sie neulich schon. Es sind ja noch andere Wünsche und Bedürfnisse bei jüngeren Menschen als-.

I: Also die Alten wollen eher ihre Ruhe haben (B: Ein bisschen schon, ja.) und die Familie um sich haben. (5 Sekunden) Wie-, also, Sie-, vorhin haben Sie ja schon gesagt, es spielt eine große Rol-, also Sie haben hauptsächlich ab 65 das Klientel. Also würden Sie auch behaupten, dass das-, die eine große Rolle spielt in der Arbeit mit diesen Patienten?

B: Nein, eigentlich nicht. Jeder hat ja andere Bedürfnisse. (I: Immer unterschiedlich.) Ja, man kann jetzt nicht sagen, die Älteren haben andere Bedürfnisse wie die Jüngeren. Aber grundsätzlich, was ich so beobachte, ist es so-, bei den älteren Bewohnern so, dass die sich ganze freuen, wenn die Familie kommt und darauf warten die schon so ganzen Tag. Oder-, und-, ja, also in letzter Zeit haben wir eigentlich immer mehr ältere Bewohner.

I: Und jetzt nochmal zu den Angehörigen. Ist es, wenn man jetzt die von-, von den jungen Patienten die Angehörigen sieht, vielleicht auch noch Kinder, ja, das ist ja doch schon anders als-, als bei den Älteren? Denn die sind ja dann auch schon teilweise hochbetagt. (B: Richtig.) Das macht-, das-, macht das andere Arbeit? Will jetzt nicht sagen mehr Arbeit, aber macht das andere Arbeit in Bezug auf Zugehörigen- und Angehörigenarbeit?

B: Naja, bei den jüngeren Bewohnern, die Kinder, die sind eigentlich unbedarft, Kinder gehen sowieso damit besser um, wenn die jetzt herkommen. Ich weiß nicht, wie der Sohn ist von der Bewohnerin, aber so-, was ich so wahrnehme. Aber die Eltern von jüngeren Bewohnern, die machen sich schon noch mehr Sorgen, die haben mehr Redebedarf. Wenn irgendetwas ist, ein Problem, dann rufen die schon mehrmals an, ob alles gut ist, wie es ihm geht und möchten auch nochmal alles erklärt haben und so. Wobei, so bei den älteren Bewohnern, da wissen die Angehörigen schon, dass es so auch ein Stück die letzte Station ist. Ich habe so das Gefühl, bei den Jüngeren ist es so, dass die immer denken, es wird nochmal besser. (I: Verständlich, verständlich auch.) Also-, also was ja auch ist, was ich immer so beobachte so die letzten Jahre, dass die Angehörigen ja viel mehr mit diesen Sterbephasen zu tun haben als derjenige, der hier einzieht. Die meisten wissen ja schon, gerade so die Älteren, dass das so ihr letzter Weg ist. Und die haben eben das so für sich abgeschlossen. Die sind hier in unserer Obhut und hier ist ihr letzter Weg. Aber die Angehörigen, die switchen ja schon immer so Hin und Her mit dem nicht wahrhaben wollen und-. (I: Vielleicht geht noch etwas.) Und möchten nochmal, genau, alles besprechen. Wie ist das mit der Ernährung und wie

machen wir das und warum kann er nicht mehr? Die wollen wissen, die wollen das ganz genau erklärt haben.

I: Wir kommen langsam zum Schluss. Eine Zukunftsfrage noch, wenn man sich vorstellt, jetzt die geriatrischen Patienten, Häuslichkeit, aber auch hier im Heim. Würde es aus Ihrer Sicht Sinn machen, angelehnt an die SAPV-Leistung, nur eine Ambu-spezialisierte ambulante Leistung für nur geriatrische Patienten ins-, also, ja, zu-, zu schaffen, ins Leben zu rufen? Würde es Sinn machen und warum, wenn ja? Und warum, wenn nein?

B: Jetzt für die ambulante Betreuung?

I: Ja für die ambu-, also, natürlich auch hier, die SAPV macht ja-, erbringt ja hier auch eine Leistung im Hospiz. Ja, aber vor allem draußen für die geriatrischen Patienten.

B: Doch, finde ich schon. Ist ja schon anders. Ich habe ja vorhin in der ambulanten Pflege gearbeitet und die sind sehr unsicher. Und die haben auch ganz viel Redebedarf und gerade in der ambulanten Pflege hat man ja nicht so viel Zeit. Da fährt man hin, hat sein Zeitfenster, fährt wieder los und so. Ich denke schon, dass das wichtig ist. Und ich hatte auch einen Patient, der wurde SAPV-betreut und der hat sich besser aufgehoben gefühlt. Da-, schon dieses ein Mal die Woche gucken und die Portnadel wechseln kommen. Auch wenn ich das machen konnte und durfte, aber trotzdem hat der sich, ja, dann besser aufgehoben gefühlt. Da konnte er noch mal mehr besprechen. Ich denke, dass das ganz wichtig ist, dass das immer so ein Stückchen auch zu kurz kommt.

I: Gerade bei den Alten. (B: Gerade bei den Alten.) Also klar, wir brauchen für alle Patienten Zeit, aber-.

B: Ja. Aber gerade-, weil die brauchen eine größeres Aufklärungsfeld, habe ich so das Gefühl. Ja, das-, bis Sie das verstehen, weil bei vielen kommt ja das auch dazu, dass die dementer werden und schon mal wieder was vergessen und so: „Wie war das nochmal?“ Genau.

I: Als letztes-, letzte Frage würde uns nochmal interessieren Ihre Qualifikation. Vielleicht so ein bisschen beruflichen Werdegang und dass Sie dazu nochmal was sagen?

I: Schön. Und der Palliative Care-Kurs, das waren ja diese 160 Stunden?

B: Genau. Also über ein Jahr. Jeder macht das ja anders, aber es waren vier Blockeinheiten.

I: Herzlichen Dank.

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

Interview I13 Name der Datel: 6-150113_0013

I: Nächste Interview. Guten Tag. Also, als Erstes würde uns interessieren, was das Charakteristische Ihrer Arbeit ist-, beziehungsweise der Schwerpunkt Ihrer Arbeit? Dass Sie das vielleicht kurz darstellen.

B: Ich muss mich vorstellen? (I: Nein.) Also ich betreue schwerstkranke, sterbende Patienten in der Häuslichkeit. Genau. Beschäftige mich mit denen, was haben Sie für Probleme, was haben Sie für Symptome und wie kann ich diese Symptome lindern? Und kann zum Beispiel den Angehörigen die Versorgung dieses Patienten in der Häuslichkeit erleichtern?

I: Ja, also die-, das Besondere ist die Betreuung in der Häuslichkeit und die Symptomkontrolle? (B: Genau.) In welchen-, wie ist die Altersstruktur in diesem Bereich? Also die Altersstruktur der Patienten, die Sie betreuen?

B: Also ich würde sagen, dass es schon überwiegend ältere Patienten sind, vielleicht ab 60 Jahre aufwärts. Auch jüngere Patienten, aber ich denke, die sind eigentlich in einer Minderheit.

I: Und wenn man jetzt die Alten, die jetzt der Großteil sind, ab 60, sagen Sie, betrachtet, da ist es ja hier in diesem Bereich-, spielt es sicherlich eine große Rolle diese palliative Betreuung. Wenn Sie dazu vielleicht noch mal ein paar Ausführungen machen können?

B: Genau. Also da ist ja vielleicht der Therapiewunsch des Patienten nicht mehr so extrem, wobei man das auch nicht so genau sagen kann. Also manchmal unterscheiden sich Therapiewünsche nicht am Alter. Also, es gibt manchmal auch sehr alte und alte

Patienten, die auch extrem Therapiewunsch haben. Aber letztendlich denke ich, kann man durch die palliative Versorgung das auch ein bisschen lenken, vor allem auch durch einen ärztlichen Besuch in der Häuslichkeit. Der dann mit der-, mit den Angehörigen besprechen kann, ob so ein extremer Therapiewunsch vielleicht angebracht ist oder aber, ob er das Leben nicht unbedingt verbessert.

I: Und bei den-, also, der Großteil der Alten, würden Sie aber schon sagen, der älteren Patienten, der geriatrischen Patienten, dass die gar nicht so einen großen Therapiewunsch haben oder ist es-, hält sich das die Waage?

B: Würde ich-, würde ich schwierig einschätzen. (I: Kann man nicht sagen?) Das kommt vielleicht auch darauf an, wie sie aus dem Krankenhaus entlassen wurden, wenn sie dann aus dem Krankenhaus entlassen wurden, was sie da für Therapien hatten oder wie sie auch vorbereitet wurden. Ob es ihnen schon klar ist, dass es keine Therapie mehr gibt für sie, sondern nur noch eine Begleitung und eine Symptomkontrolle.

I: Also die Aufklärung stets wichtig?

B: Die Aufklärung spielt sicher eine große Rolle, genau. Schon durch das Krankenhaus auch. Ansonsten erfolgt es ja auch in unserer Arbeit oftmals eine Aufklärung. Über mögliche Folgen eines Therapiewunsches oder ob vielleicht eine symptomatische Behandlung das Leben viel mehr verlängert als eine Therapie im Sinne von Chemotherapie oder wie auch immer.

I: Und wenn man sich jetzt mal ein Patientenbeispiel eines jungen Patienten vorstellt? Und dann eines älteren, was ja die Mehrzahl ist, was würde man so für signifikante Unterschiede dort beschreiben können? Oder gibt es keine?

B: Das hängt ein bisschen von der Einstellung des Patienten ab, würde ich denken.

I: Also bei den Jungen ist es ähnlich wie bei den Alten in der Betreuung oder gibt es irgendwo Dinge-?

B: Naja, das ist schon ein Unterschied, wenn jetzt ein junger Patient, mit noch Kindern vielleicht-, ja, schon anders. Wobei natürlich bei älteren Patienten, wenn es noch einen Partner gibt, der Wunsch des Partners ja auch oftmals ist, egal in welcher Qualität der Partner, aber am Leben bleibt. Also, manchmal hört man ja die Äußerung von

Angehörigen, da zählt jeder Tag, egal in welcher Qualität es für den Patienten ist. Also kommt auch auf die Einstellung der Angehörigen an.

I: Dann kommen wir langsam zum Schluss. Noch so eine Zukunftsfrage, Sie sind ja jetzt hier im-, im-, in der SAPV tätig. Können Sie sich vorstellen, dass es auch solch eine spezialisierte ambulante, geriatrische Betreuung-, ob das sinnvoll wäre, so etwas zu etablieren in Deutschland? Also eine SAPV nur für geriatrische Patienten?

B: Ja, warum eigentlich nicht? Weil es gibt ja auch so Station für geriatrische Patienten, zum Beispiel, wo die Schwestern eine besondere geriatrische Ausbildung haben. Wenn man das dann in der Häuslichkeit weiterführen würde, warum nicht? Oder aber eben die Palliative Care-Schwestern noch mit einer geriatrischen Ausbildung versehen, was ja vielleicht auch sinnvoll wäre.

I: Also würden Sie das schon gut finden? (B: Ja, ja.) Was könnte das verhindern? Also was-, was-, was wäre der Vorteil? Also, wenn man das jetzt so-?

B: Wiederholte Krankenhauseinweisung. So wie das ja bei all unseren Patienten ist, die ja ohne diese spezialisierte ambulante Versorgung sicher bei allen möglichen Zwischenfällen ins Krankenhaus kommen würden. Und vielleicht den Angehörigen die Pflege zu Hause erleichtern, dass vielleicht auch eine Pflegeheimaufnahme dann nicht stattfinden würde. Mit-, mit Stärkung durch so ein Team.

I: Oder halt im Pflegeheim tätig sein, dann als-.

B: Genau, oder das. Um eben wiederum die Krankenhauseinweisung zu vermeiden.

I: Und als letztes würde uns noch interessieren, wie lange Sie jetzt hier im SAPV-Bereich arbeiten und mit welcher Qualifikation?

B: [...]

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

I: Herzlichen Dank.

Interview I14 Name der Datei: 7-150113_0014

I: Nächstes Interview. Guten Tag. Schön, dass Sie sich Zeit genommen haben. Als Erstes würde uns interessieren, was das Charakteristische an Ihrer Arbeit ist und vielleicht der Schwerpunkt Ihrer Arbeit.

B: *Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.* Wir betreuen in der SAPV und natürlich auch auf der Palliativ-Station sterbende und schwerstkranke Patienten. Ja.

I: Mhm (bestätigend). Und wie ist die Altersstruktur, wenn Sie sich das mal anschauen? Also, in Zahlen von den Patienten, die Sie betreuen.

B: Natürlich ist das sehr unterschiedlich. Auf der Palliativ-Station betreuen wir auch zum Teil jüngere Patienten. In der SAPV, würde ich sagen, ist der überwiegende Teil doch schon älter.

I: Mhm (bestätigend). Und wenn Sie es in Zahlen sagen würden? Also was ist älter?

B: In Zahlen. Älter, na würde ich-. Ich bin ja noch relativ jung. Ich würde dann sagen ab 60. Zwischen 60 und 80 in der SAPV. Und auf Station ist es doch schon eher ein bisschen jünger.

I: Also, aber so Hochaltrige, ab 80 bis 100 betreuen Sie nicht in Ihrem Bereich?

B: Eher selten. Aber wir betreuen sie. Ja.

I: Mhm (bestätigend). Und wenn wir uns das Konzept der Palliativ-Versorgung noch mal anschauen. Welche Rolle spielt das? Gerade bei diesen älteren Patienten?

B: Na wir kümmern uns ja um verschiedene Dinge. Wir kümmern uns natürlich in erster Linie um die Symptome, aber natürlich beziehen wir auch die Angehörigen mit ein. Bieten Unterstützung an im Bezug auf Pflegegradantrag, Hospizunterbringung, Hilfsmittel, Pflegedienst natürlich. Ja. Ganz spontan. Wir unterstützen natürlich auch indem wir psychologische Beratung anbieten. Das macht unsere Frau Richter hier im Haus, die dann auch zu Hausbesuchen fährt.

I: Mhm (bestätigend). Ja. Sehr schön. Und wenn wir uns jetzt noch mal die Sachen anschauen. Die jungen Patienten. Also die unter 60-Jährigen. Oder noch jünger. Und die sehr alten, die Hochbetagten. So zwischen 60, aber auch 80-, 100-jährig. Gibt es da einen Unterschied in der Betreuung?

B: Natürlich gibt es da einen Unterschied. Weil gerade die jüngeren Patienten haben definitiv noch mehr Angehörige. Die Älteren dagegen sind doch oftmals allein.

I: Also der Unterschied liegt in der Angehörigenbetreuung? Ein wesentlicher Unterschied.

B: Ja.

I: Und wie könnte man den beschreiben? Ist das-, also, es gibt weniger Angehörige bei den Älteren?

B: Ja.

I: Und die Jüngeren machen dadurch-, man hat mehr Gesprächsbedarf?

B: Wenn zumindestens dann zum Teil auch schon ein Partner gestorben ist. Die Kinder wohnen weit weg. Und bei den Jüngeren ist es halt so, dass sie oftmals noch einen Partner mit zu Hause haben.

I: Mhm (bestätigend). Gut. Fällt Ihnen noch was ein? Dann kommen wir noch zu einer Zukunftsfrage, so langsam auch zu Ende des Interviews. Und zwar, Sie sind ja jetzt hier in der SAPV. Das Konzept der SAPV ist ja bekannt. Können Sie sich so was auch nur für geriatrische Patienten vorstellen? Also, so eine spezialisierte ambulante geriatrische Betreuung?

B: Ja, natürlich könnte ich mir das auch vorstellen. Ja. In jedem Bereich wahrscheinlich dann. Auch für die Geriatrischen, weil die sind ja doch sehr alt. Und die sind halt auch auf viel Unterstützung von außen angewiesen.

I: Was könnte denn der Vorteil sein?

B: Na, Hilfestellung. Was weiß ich. Zum Beispiel bei der Medikamentenrezeptierung. Bei den Hilfsmitteln vielleicht auch.

I: (Telefon klingelt) Bitte noch mal später anrufen. In fünf Minuten. Danke. Also, Hilfsmittelbestellung, Medikamentenbestellung.

B: Medikamentenbestellung. Genau.

I: Mhm (bestätigend). Und was könnte-, also wenn man jetzt sagt, das Konzept der SAPV hat ja auch zum-, die Patienten zu Hause zu betreuen. Dass sie nicht wieder, sage ich mal, eingewiesen werden. (B: Krankenhauseinweisung ... #00:04:36#) Und wäre das für geriatrische Patienten auch sinnvoll oder ist das-, spielt das keine Rolle?

B: Doch, natürlich spielt das eine Rolle dann auch. Dann durch die SAPV haben Sie halt die Möglichkeit, dass Sie einen Ansprechpartner haben rund um die Uhr. Tag und Nacht. An Wochenenden und Feiertagen.

I: Mhm (bestätigend). Also, man könnte Krankenhauseinweisungen vermeiden?

B: Definitiv.

I: Mhm (bestätigend). Und das erleben Sie auch so, dass häufig wieder es zu Reeeinweisungen kommt?

B: Natürlich.

I: So und als Letztes würde uns noch Ihre Qualifikation interessieren. Also, was haben Sie gelernt?

B: Mhm (bestätigend).

I: Und wie lange Sie in dem Bereich arbeiten.

B:

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

B: Nein. Habe ich nicht.

I: Nein. Okay. Gut. Herzlichen Dank.

Interview I16 Name der Datei: 8-150113_0016

I: Nächstes Interview. Schön, dass Sie Zeit haben. Als Erstes würde uns interessieren, was das Charakteristische dieser Abteilung und Ihrer Arbeit ist. Also, was ist das Besondere?

B: Das Besondere ist, dass wir uns um Patienten kümmern, die schwersterkrank sind. Unabhängig von der Erkrankungsentität. Ob das jetzt geriatrische, neurologische, Tumorpatienten sind. Also, wir kümmern uns um alle Patienten, die Hilfe benötigen, in ihrer besonderen Situation.

I: Mhm (bestätigend). Und die besondere Situation wäre sozusagen eine palliative Situation. Also, eine endliche Situation?

B: Genau. Ausgeschöpfte Therapiemöglichkeiten für die spezielle Erkrankung. Wo es um die Symptomkontrolle im Rahmen der Erkrankung selber geht.

I: Mhm (bestätigend). Wie ist die Altersstruktur in diesem Bereich? Also, wenn wir uns an Zahlen von den Patienten-, wenn man das an Zahlen belegen würde. Also, wie würde man das einschätzen? Von wann bis wann wird hier betreut?

B: Also, Alterstruktur, ich sage mal, ab 18 aufwärts bis 100.

I: Bis hochbetagt.

B: Genau. Bis hochbetagt.

I: Mhm (bestätigend). Okay. Und bei den Hochbetagten, spielt auch, wenn Sie hier sind, ja die palliative Versorgung eine große Rolle. Wenn man die so ein bisschen beschreibt, diese palliative Versorgung bei den Hochbetagten. Wie könnte man die so in Worte fassen?

B: Na ja, prinzipiell unterscheidet sich die, aus meiner Sicht, nicht unbedingt von denen der Jüngeren. Die Erwartungshaltung der jüngeren Patienten ist häufig höher, was vielleicht noch mal Diagnostiken oder spezielle Therapien betrifft. Bei den Älteren ist es vielleicht eher doch die Symptomkontrolle. Nicht so sehr der-, also die Richtung auf noch notwendige Diagnostik. Und was ich so beobachte, ist, dass Patienten erst erschrocken sind, wenn sie primär zu uns kommen, auf die Station, sich dann aber doch relativ schnell

in die Situation einfinden können und auch merken, dass ihnen diese Zuwendung, die tatsächlich ja mehr ist als auf anderen normalen, in Führungsstrichen, Stationen doch eher gut tut und dass sie das gerne annehmen auch. Und sich dann auch eher auf die Endlichkeit einlassen können.

I: Mhm (bestätigend). Und dieses Erschrockensein ist in der gesamten Patientenstruktur so? Oder sind die Älteren anders erschrocken, sage ich jetzt mal oder-?

B: Na ja, also wenn es um die Endlichkeit geht, glaube ich, ist es bei vielen Patienten so, dass es erst mal so einen Ruck gibt. Wo bin ich jetzt? An welcher Stufe befinde ich mich? Das heißt ja auch, ich muss mich selber noch mal mit meiner Situation auseinandersetzen, was ja schon schwer ist, wenn man viele Probleme hat, die mit der Erkrankung selber einhergehen. Aber bei den Älteren ist es eben so, die wissen ja, dass sie am Lebensende irgendwo angekommen sind schon. Und sind aber dann-, also finden sich häufig schneller in die Situation rein und konzentrieren sich dann auch eher auf das Wesentliche, dass Dinge schneller zu regeln sind.

I: Mhm (bestätigend). Okay. Und wenn man jetzt noch mal den Unterschied zu, gerade in Betracht auf Angehörigenarbeit sich anschaut, würde man da noch mal einen Unterschied definieren können zwischen älteren und jüngeren Menschen?

B: Na bei den Jüngeren geht das ja eher um die-, manchmal gerade wenn Kinder noch eine Rolle spielen, um die Versorgung. Wie werden die Kinder weiter versorgt? Wie vermittel ich auch meinen Kindern, meine eigene Endlichkeit? Wie-, dieser Umgang mit der Erkrankung. Bei den Älteren sind ja die Angehörigen häufig lange Zeit in diesen Prozess mit eingebunden. Wenn es jetzt nicht ganz akut dramatisch schlecht wird. Und es ist dann doch manchmal einfacher mit den Angehörigen darüber zu reden. Nicht immer, aber häufiger ist es einfach, gerade bei den Älteren, das zu kommunizieren.

I: Mhm (bestätigend). Wir kommen langsam zum Schluss. Noch eine Frage so für die Zukunft. Ob man sich das für-, ob man sich eine-. Also das Konzept der SAPV ist Ihnen ja bekannt?

B: Ja.

I: Und könnten Sie sich das vorstellen, ob das auch etwas für nur geriatrische Patienten wäre? Dass man sagen würde, also eine SAPV nur für geriatrische Patienten wäre in

Deutschland sinnvoll? Oder nicht sinnvoll?

B: Also, ich glaube tatsächlich, dass eine SAPV für alle Patienten zugänglich ist. Egal, warum sie die jetzt benötigen. Also, wir haben ja irgendwann alle vielleicht Gebrechen und wünschen uns, dass wir dort bleiben können, wo wir uns wohlfühlen. Häufig ist das ja die Häuslichkeit. Ohne, dass wir jetzt immer wieder aus dieser gewohnten Umgebung herausgerissen werden. Und ich glaube, das ist unabhängig vom Alter oder auch von der Erkrankung. Und ich glaube, das kann man gar nicht so unbedingt trennen. SAPV nur für Kranke oder nur für Alte. Weil Altwerden heißt ja häufig auch mit Erkrankungen alt werden irgendwann. Und insofern glaube ich nicht, dass es unbedingt eine Trennung da geben muss. SAPV nur für geriatrische Patienten oder nur für Tumorpatienten. Das, glaube ich, das ist nicht sinnvoll.

I: Mhm (bestätigend). Okay. Danke. Und als Letztes würde uns noch interessieren, wie lange Sie hier arbeiten, was Sie studiert haben und welche Zusatzbezeichnungen Sie vielleicht haben.

B: (lacht)

I: Also, noch mal. Wie lange sind Sie schon im Bereich? (lacht) Waren jetzt viele Fragen in einer.

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

I: Ja. Gut. Herzlichen Dank.

B: Vielen Bitt. (lacht)

I: Ja. (lacht) Okay.

Interview I18 Name der Datei: 150116_0018

I: Nächstes Interview. Schön, dass Sie Zeit haben. Als erstes würde uns interessieren, was das Charakteristische Ihrer Arbeit ist, beziehungsweise der Schwerpunkt Ihrer Arbeit.

B: Ich arbeite mit Palliativpatienten. [...] in all diesen Bereichen, das heißt also, ich habe mit Menschen zu tun, und mit Teams, die sich damit befassen, dass Krankheit so eine Art Lebensbegleiter ist. Und wenn Menschen sich darin zurechtfinden müssen, mit Krankheit, die nicht wieder weg geht. Irgendwie doch in guter Qualität, in erstrebenswerter Qualität, das ist ja auch was sehr Reelles, ja, im Leben zu finden.

I: Wie ist die Altersstruktur von Ihren Patienten, also wenn man das in Zahlen jetzt darlegen würde?

B: Ja, an dem, was ich vorhin schon einführend gesagt habe, erkennt man, dass es auch jüngere Patienten sind, also in den rheumatologischen Bereichen sind es ja auch Patienten, die auch 30 Jahre alt sind. Und vielleicht auch mal ein bisschen jünger. Und auch bei den onkologischen Patienten gibt es in Einzelfällen auch sehr junge Patienten, bis hin ins ganz hohe Alter.

I: Und ganz hohe Alter, das würde bedeuten, ab wann vielleicht, wenn man so sagt: Was wäre hohes Alter?

B: Das fühlt sich bei einzelnen Menschen ja unterschiedlich an, manchmal habe ich das Gefühl, ein 65-Jähriger befindet sich schon im hohen Alter. Und manchmal erstaunt es mich, dass 80-Jährige sich nicht sehr alt fühlen. Also hohes Alter ist relativ. Auf jeden Fall ist es ein Bereich, in dem für mich Menschen schon konfrontiert sind mit dem Lebensende, mit ihrem eigenen Lebensende, in jedem Fall kommen wir schon dazu, dass Menschen konfrontiert sind mit ihrem eigenen Lebensende aber darauf kommen wir ja im Folgenden noch zu sprechen.

I: Kommen wir, genau. Wenn man sich jetzt die Alten anschaut, also vielleicht ab 65 oder älter, im Vergleich zu den Jüngeren. Welchen Unterschied würden Sie so als signifikant beschreiben oder welche Unterschiede kann man da in der Betreuung in Ihrer Arbeit erkennen oder beschreiben?

B: In meiner Arbeit taucht da gar nicht so groß ein Unterschied auf. Ältere Menschen haben natürlich eine längere Lebensgeschichte, sind vielleicht auch schon ein bisschen

bereiter zu reflektieren, über das, was vergangen ist, und empfinden das vielleicht auch schon eher als einen Schatz. Das ist bei Jüngeren natürlich-, oder nicht natürlich, aber das beobachte ich, erstmal kein gewohnter Fokus. Wenn jüngere Menschen sich durch die Erkrankung, mit der wir überhaupt in Kontakt kommen, konfrontiert sehen mit so einer Art Lebensbilanz, dann ist es für sie häufig auch etwas Ungewohntes, Neues, was auch abgewehrt wird, erstmal, weil es auch gar nicht in die eigene Lebensplanung passt. Vielleicht liegt darin so ein erkennbarer Unterschied, also die, die Erfahrung mit Bilanzieren, Lebensbilanz. Das ist sehr verschieden. Zwischen den Jungen und den Alten.

I: Und das fällt den Älteren durchaus leichter?

B: Ja, das könnte man so sagen. Die haben da schon eher einen Zugang. Wahrscheinlich ist es so im Leben, dass man, je älter man wird, auch mehr ins Bilanzieren, ins Erzählen kommt, über gelebte Geschichten.

I: Und macht das die Betreuung dieser Patientengruppe dann, ja, leichter? Im Vergleich zu den? Also ist es leichter, die auf den Weg zu bringen? Oder leichter zu betreuen letztendlich?

B: Also das ist sehr individuell verschieden. Es gibt auch sehr alte Menschen, die irgendwo festhängen an Themen. Es gibt ja auch schwer depressive alte Menschen, mit denen das Um-, also Perspektivwechsel sehr kompliziert sind. Über leicht und schwer würde ich da jetzt gar nicht unterscheiden wollen.

I: Okay. Und wenn ich das jetzt richtig verstehe, spielt das schon aber eine sehr große Rolle, die Betreuung geriatrischer Patienten. Also das ist das große Klientel, was von Ihnen betreut wird.

B: Also, wenn geriatrisch ab 65 vielleicht losgeht oder ab 75. Wenn es ab 65 losgeht, sind es 75 Prozent. Und ja, ab 75 vielleicht 50 Prozent.

I: Also eine große Rolle, kann man schon sagen, eine große Gruppe-.

B: Ich melde mich später zurück, ich bin doch nochmal beschäftigt. Okay.

I: Kein Problem. Alles gut. So wir kommen auch langsam zum Schluss unseres Interviews. Ihnen ist ja die SAPV-Leistung bekannt. Also das Konzept der SAPV. Und

können sie sich vorstellen, dass es so etwas auch nur für geriatrische Patienten geben könnte? Und ob das überhaupt Sinn macht, so etwas ins Leben zu rufen. Vielleicht auch warum.

B: Ich kann mich noch erinnern, dass wir uns vor Jahren aus dem stationären Arbeiten mal gewünscht hatten, dass wir mit palliativen Patienten, dass man die doch so gut zu Hause betreuen kann. Und das ist ja jetzt Wirklichkeit geworden. Und ähnlich ist es mit den geriatrischen Patienten: Wir haben ja häufig die Situation, dass Menschen sich nicht nach Hause trauen, weil der Betreuungsaufwand groß ist, den er ja auch, den man meistens ja auch nicht vorgedacht hat. Naja, wie wird es sein, wenn ich hilfebedürftig werde. Das ist ja bei alten Menschen genauso, wie bei kranken Menschen. Das eigentlich nicht vorgedacht wird. Und dass dadurch die Unsicherheiten und Ängste sehr groß sind. Und die SAPV leistet ja sowas wie auch ein bisschen Bildung. Auch ein bisschen Angstreduktion. In den Familien. Und das ist natürlich bei alten Menschen, die hilfebedürftiger werden und wo sich die Familie mit dem Abschiedlichen befassen muss, genauso wichtig wie mit palliativen Patienten. Also ich sehe da schon, wenn ich so die Fälle in der Vergangenheit sehe, eine Versorgungslücke durchaus. Also in der Regel wird ja in solchen Fällen in Richtung Pflegeheim gedacht. Und die ein oder andere Familie oder auch vielleicht auch der ein oder andere Alleinlebende könnte mit einer SAPV-oder-SAGV-Versorgung oder, ja ermuntert werden, im häuslichen Umfeld zu bleiben.

I: Und im Pflege-, Also Sie sehen das auch im Pflegebedarf, wenn ich das richtig verstanden habe.

B: Dazu, also da ist mir, das kann ich dann nur aus den Berichten jetzt rekonstruieren, dass manchmal die Unsicherheit auch in den Pflegeheimen und das ist ja das, was wir ja häufig in der Palliativstation haben, dass hier Pflegeheimpatienten stationär kommen, die eigentlich in Pflegeheimen, auch wenn sie palliativ versorgt würden, einfach im Pflegeheim bleiben könnten, wo es also aus unserer Sicht, wir sind ja immerhin die Experten und sagen, das braucht eigentlich keine stationäre Einweisung, das kann man doch zu Hause machen. Das ist nicht selten.

I: Gut, ja, dann kommen wir zum Schluss von unserem Interview. Als letztes würde uns noch interessieren, also wie lange sie jetzt hier in diesem Bereich arbeiten und mit welcher Qualifikation.

B:

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

I: Okay. Herzlichen Dank für Ihre Zeit.

B: Ja, danke.

Interview I19 Name der Datei: 150116_0019

I: Nächstes Interview. Als erstes würde uns interessieren, was so das Charakteristische Ihrer Arbeit ist, also wo liegt der Schwerpunkt Ihrer Arbeit, dass Sie das vielleicht kurz mal darstellen können.

B: Ich würde sagen, na, die Patienten sind ja schon schwerkrank, die sind schon besonders die, muss man mal so sagen, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen, wie die Familie mit ihrer Krankheit umgeht, was sie sich überhaupt vorstellen, inwiefern wir helfen können, ja, das würde ich so sehen, charakteristisch was-.

I: Und Sie meinen jetzt diesen, den Umgang in der Häuslichkeit? Also die-.

B: Ja, ja, können sie sich überhaupt vorstellen zu Hause zu bleiben, inwieweit kann ich meinen Angehörigen zu Hause betreuen, schaffe ich das bis zum Ende zu Hause zu betreuen oder muss ich mir eine Möglichkeit suchen, wo sie dann versterben können letztendlich?

I: Wie würden Sie in Zahlen jetzt mal die Altersstruktur dieser Patientengruppe sage ich mal beziffern?

B: Also von wie-?

I: Von wann bis-.

B: Von wie bis alt? 30 bis ja, 100. Selten, aber kommt schon vor.

I: 30 bis 100. Also auch richtig Hochbetagte.

B: Ja.

I: Und wie, welche Rolle spielen dabei die geriatrischen Patienten, also die wirklich alten Patienten. Man sagt ja so ab 75, welche Rolle spielen die so in Ihrer Arbeit?

B: Na ich finde schon, dass es mehr wird. Dass die Leute durchaus älter werden, und dass schon einen hohen Stellenwert hat.

I: Also da ist ein Hauptfokus würden Sie sagen.

B: Würde ich sagen.

I: Und wenn Sie das jetzt vergleichen, 30 ist ja noch relativ jung. Und diese Hochbetagten: Was wären so die signifikanten Unterschiede in der Betreuung? Woran würde man das jetzt festmachen? Gerne auch mit Beispielen.

B: Helfen Sie mir.

I: Vielleicht fällt Ihnen, vielleicht haben Sie ein Patientenbeispiel von einer sehr Jungen, was ist da anders als bei den Alten, wenn man das jetzt so vergleicht.

B: Na das fängt in der Betreuung an, sage ich mal, wenn jemand jung ist, und vielleicht auch noch junge Kinder hat, alleinstehend, das Kind Mutti nicht alleine betreuen kann, muss ich ja schon anders rangehen, mir was überlegen, wie ich sie weiter betreuen kann, hat sie Eltern, können die Eltern sie betreuen als jemand Älteren, wo vielleicht die Kinder vor Ort sind und helfen können.

I: Also wo mehr Angehörige da sind?

B: -wo mehr Angehörige sind.

I: Das wäre so ein Unterschied, mehr Angehörige bei den Älteren, dadurch-.

B: Mehr Betreuungsmöglichkeiten, oder?

I: In der Häuslichkeit.

B: Würde ich denken. Muss nicht so sein.

I: Das Konzept der SAPV ist ihnen ja bekannt? Wenn Sie sich jetzt in der Zukunft sowas nur für geriatrische Patienten vorstellen würden, also so eine spezialisierte geriatrische ambulante Versorgung, würden Sie sowas für sinnvoll empfinden und wen ja warum?

B: Würde ich schon für sinnvoll empfinden. Der geriatrische Patient an sich kann man ja schon anders damit umgehen, und da denke ich mal schon, so ein palliativgeriatrischer Patient würde ich schon für sinnvoll empfinden.

I: Was könnte man damit vielleicht vermeiden?

B: Ja vielleicht durchaus auch, dass die Patienten in Pflegeheimen untergebracht werden, dass man die vielleicht doch zu Hause mit weiterbetreuen könnte, vielleicht.

I: Und in Pflegeheimen würden Sie da auch einen Bedarf sehen?

B: Ja.

I: Ja.

B: Ja, durchaus. Wenn da geschulte Mitarbeiter mehr wären. Palliativ-geriatrisch. Doch würde ich durchaus sehen.

I: Haben Sie ein aktuelles Beispiel im Kopf?

B: Gibt schon den ein oder anderen, doch, das denke ich schon mal. Sei es bei Medikamentengabe, bei besonderen Fällen, die unsere spezialisierten Patienten ja schon haben. Ohne dass ich sagen würde, dass normale Pflegekräfte das nicht können, aber es gibt ja doch spezialisierte Patienten, da muss man täglich reagieren. Was mache ich wie anders. Und da denke ich wäre das eine Antwort.

I: Und da könnte die Schulung des Pflegeheimpersonals durchaus sinnvoll sein?

B: Genau, durchaus.

I: Ja genau, dann kommen wir schon zum Schluss des Interviews. Können Sie kurz etwas zu Ihrer Profession sagen, also was haben Sie gelernt und welche Qualifikationen haben Sie? Vielleicht auch, wie lange Sie in diesem Bereich arbeiten.

B:

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

I:

B: Und habe auch den Palliativ-Care-Kurs gemacht, 1997 mit 160 Stunden.

I: Okay. Gut. Fällt Ihnen noch was ein zum Thema? Nein. Herzlichen Dank für Ihre Zeit.

B: Sehr gerne.

Interview I20 (erster Teil) Name der Datei: 150123_0020

I: Nächstes Interview. Als erstes würde uns interessieren, was das Charakteristische bei Ihrer Arbeit ist oder wo der Schwerpunkt Ihrer Arbeit hier liegt.

B: Der Schwerpunkt meiner Arbeit im [...] ist die Kooperation zwischen Ärzten, Pflegern und Angehörigen, vor allen Dingen geriatrischen Patienten hier [...], sozusagen. Das ist so das Hauptaugenmerk.

I: Und können Sie schildern, was diese Arbeit so besonders macht? Also Geriatrie haben Sie ja schon gesagt. Und was Sie auch an Ihrer Arbeit schätzen.

B: Ja. Also was das Besondere an der geriatrischen Station ist, dass man ja nicht nur mit dem Patienten alleine arbeitet, sondern natürlich auch mit den Angehörigen, weil unterschiedliche Krankheitsbilder vorliegen, unter anderem Demenz und so weiter, wo man auch nicht mehr so ganz mit den Angehörigen-, also mit den Patienten alleine arbeiten kann. Da nicht mehr alleine Entscheidungen mit ihm zu treffen sind, muss man halt die Angehörigen mit ins Boot holen, was manchmal das einfacher, manchmal aber auch schwieriger gestaltet, so das Ganze-, also um zum Ziel zu kommen, sozusagen.

I: Okay. Und könnten Sie kurz schildern, wie so die Altersstruktur der Patienten in diesem Bereich ist, in dem Sie tätig sind?

B: Ja. Ist eigentlich-. Also das, was ich bisher hatte, war eigentlich fast 70 plus, kann ich fast sagen, also sind Wenige unter 65, die jetzt hier auf Station sind. Also Orthopädie ist da nochmal anders, aber jetzt von der geriatrischen auszugehen. Ja.

I: Okay. Und können Sie für sich so schildern, was vielleicht-, also wie die palliative Versorgung- (Telefonklingeln).

Interview I20 (zweiter Teil) Name der Datei: 150123_0020

I: Das Interview wurde aufgrund eines Telefonats unterbrochen. Ich würde jetzt die nächste Frage stellen. Und zwar: Inwieweit spielt hier, in diesem Bereich, die palliative Versorgung von geriatrischen Patienten eine Rolle?

B: Also, -ist eigentlich eher im Hintergrund, weil die palliative Versorgung bis jetzt ja so angelegt ist, dass eigentlich ein Ende absehbar sein muss und das ist bei den Patienten-, bei den meisten Patienten, die hier sind, nicht der Fall, dass man jetzt sagen kann: „Okay. Da ist jetzt eine Vermittlung ins Hospiz möglich oder notwendig“. Also das ist eher selten. Andersherum sind natürlich die Plätze auch gar nicht, wenn das dann-. Also ich hatte bisher, wie gesagt, in der Zeit, wo ich jetzt hier bin, auch nur einen Fall und die Patientin ist dann auch hier verstorben, ohne dass da überhaupt eine palliative Versorgung stattfinden konnte. SAPV ist manchmal-, aber eben auch eher mit dem Aspekt, dass da auch das Ende in Sicht sein muss, bis das bewilligt wird von der Krankenkasse.

I: Okay. Ich hätte jetzt als Nächstes nach einem Patientenbeispiel gefragt, aber das haben Sie ja in dem Sinne genannt. Es sei denn, Ihnen fällt jetzt spontan noch irgendein anderes Beispiel ein. (B: Nein.) Okay. Die nächste Frage bezieht sich auf die Betreuung geriatrischer Patienten. Und zwar: Können Sie da einen Unterschied vermerken im Vergleich zu jüngeren? Und wenn ja, aus Ihrer Erfahrung, wie erfolgt dort die Differenzierung der Betreuung?

B: Naja jünger, also im Sinne auch, dass die Alterserkrankungen nicht so stark vertreten dann sind, wenn die Patienten jünger sind. Dann kann man ja durchaus noch viel mehr mit dem Patienten das besprechen und die verstehen das auch noch. Bei den geriatrischen Patienten ist es ja oft so, dass sie die Realität gar nicht wirklich mehr wahrnehmen, also sie haben ihre eigene Realität. Und das ist so ein bisschen die Schwierigkeit, wenn man jetzt nur sich auf die besinnt und sagt: „Oh ja. Die wollen meistens wieder zurück in die Häuslichkeit“. Und dann, wenn wir nur darauf hören würden und nicht weitergucken, was ist wirklich, dann würde das meistens schiefgehen, weil einfach der Hintergrund nicht klar ist. Weil hier im Krankenhaus ist ja nun mal eine besondere Situation, weil hier sie umsorgt. Das ist nochmal anders als zu Hause, wo sie immer jemanden brauchen, der auch nicht 24 Stunden da ist. Aber das ist eben der-. Der Unterschied ist wirklich dieses-, das Kopfmäßige, das Kognitive, dass die

geriatrischen Patienten oft mit zunehmendem Alter auch kognitiv eingeschränkt sind und die Wahrnehmung eine andere wird.

I: Okay. Dann würde uns noch interessieren, wir haben ja-, oder Sie haben ja schon mal SAPV angesprochen. Würden Sie einen Bedarf sehen, angelehnt an die SAPV für eine spezielle ambulante geriatrische Versorgung, also wenn Sie so daran denken, was so für Fragen auch aufkommen. Vielleicht auch, wenn sie nicht gerade im Krankenhaus liegen, also vielleicht davor oder danach auch von diesen Patienten oder Angehörigen?

B: Also ich denke, man könnte einige Krankenhausaufenthalte damit verhindern, weil das einfach auch oft soziale Diagnosen sind, die dahinterstehen, also dass die einfach nicht versorgt sind zu Hause und dann vom Hausarzt oder von einem Angehörigen, also im Prinzip ins Krankenhaus geschickt werden oder der Hausarzt gefragt wird: „Kann er nicht ins Krankenhaus, um da einfach bestimmte Dinge zu regeln oder zu gucken, was kann man weiter versorgen? Wo ist es noch besser?“ Also oftmals treten ja dann Angehörige auch an uns heran und möchten gerne: „Ach. Können wir nicht eine Pflegegraderhöhung auf (?eilt) machen. Können wir nicht-. Eigentlich suchen wir einen Heimplatz“. Also so Dinge, die eigentlich im Vorfeld gelöst werden könnten, werden dann hier geregelt. Auch natürlich mit der Anbindung, dass wir das vielleicht auch mit ein Stück weit übernehmen und das nochmal erklären und so weiter. Und eben die Erkrankung, die oft ja eigentlich im Hintergrund ist, da nochmal vorgeholt wird und gesagt wird: „Geht ja nicht mehr. Guck mal. Wir müssen“. Und so. Also ich denke schon, dass Vieles damit aufgehoben werden könnte. Und es gibt ja Beratungsstellen und so weiter, aber das ist wirklich-. Also da gehen die Leute nicht hin. Die haben- (Telefongeräusch). Gerade wenn die älter sind, können die da nicht mehr hingehen. Und die Angehörigen gehen da nicht, auch zur Pflegeberatung und was weiß ich. Also sie machen es einfach nicht, weil-.

I: Sie haben ja gerade hier Pflegeberatung angesprochen, weil-. Also würde ich jetzt nochmal darauf eingehen. Hatten Sie schon den Fall oder vermehrt Fälle, dass Angehörige zu Pflegestützpunkten gegangen sind, um sich beraten zu lassen. (B: Nein.) Gar nicht. Weil das hier auch nicht so reflektiert wird, deshalb frage ich.

B: Genau. Nein. Also wir sagen das immer wieder, auch weil wir ja nur in dem Kliniksetting zuständig sind, dass wir dann sagen: „Da gibt es Möglichkeiten der Beratung“. Oder: „Wenn Sie, angelehnt an der Sozialstation, sich da Beratung holen“. Aber das-. Wenn die noch nirgendwo sind, gehen die nicht zum Pflegestützpunkt, weil

das ist für die so fern. Also habe ich jedenfalls noch nicht erlebt, dass die-. Die rufen eher dann nochmal hier an: „Und können wir nicht nochmal irgendwie“- So.

I: Also wenn ich das richtig verstanden habe: Es wird viel im Krankenhaus geklärt, auch mit einer Einweisung, was man hätte vielleicht auch über andere Wege ambulant machen können. Also wenn ich das richtig verstanden habe.

B: Ja. Genau. Also das ist vielfach so. Also gerade weil dann auch den Angehörigen das offenbar wird, was da wirklich los ist und dass sie dann versuchen auch: „Ja. Können wir nicht noch das und können wir nicht noch jenes?“ Natürlich kriegen wir manche Sachen hier schneller hin, aber nicht immer ist das ja so gegeben.

I: Ihr Fokus wird dann aus Ihrer Profession eher darauf-, also bei einer speziellen geriatrischen Versorgung, dass man auch im Vorfeld bessere Kommunikationsmöglichkeiten hat, um Einweisungen auszuschließen, wenn es nur um Organisation, sage ich mal, jetzt geht.

B: Genau. Also das denke ich schon, dass es da viele Ärzte auch an ihre Grenzen kommen. Also ich hatte vor zwei Wochen auch einen Anruf von einer Hausärztin, die gesagt hat: „Oh. Der Patient ist jetzt in der Klinik. Am besten geht der gleich woanders, weil sie kriegen ihn gar nicht mehr zu Hause versorgt. Und die Frau kriegt das selber nicht-, also hat selber Pflegegrad drei und er hatte auch Pflegegrad drei“. Und sie haben es nicht hingekriegt. Also-. Und die wollte gerne, dass die gut versorgt sind. Sie fährt da drei Mal raus. Aber eigentlich ist da hausärztlich gar nichts zu versorgen. Ist einfach nur, bestimmte Sachen zu klären, sie zu beruhigen. Ja. So.

I: Aha. Okay. Dann würde ich auch zum Ende kommen. Und als Letztes würde mich oder uns interessieren, dass Sie einfach nochmal Ihre Qualifikation schildern und nochmal speziell nennen, in welchem Bereich Sie tätig sind und vielleicht wie lange schon.

B:

Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

I: Okay. Dann würde ich mich für das Interview bedanken und beende es damit

Interview I21 Name der Datei: 150123_0021

I: Nächstes Interview. Als erstes würde und interessieren, was der Schwerpunkt Ihrer Arbeit ist oder was das Charakteristische an Ihrer Arbeit ist?

B2: Als [...]? Also allgemein oder mit Älteren hier im Krankenhaus?

I: Ja. Am besten dort, wo Sie gerade tätig sind. Wenn es verschiedene Bereiche sind, nenne Sie alle.

B: Ja. Überwiegend bin ich ja in der [...] tätig jetzt. Und da geht es ja darum, um das mal ganz salopp auszudrücken, die Patienten auf die Beine zu bringen. Wir machen also Krankgymnastik. Wir machen Gangschulen, klar, damit sie auf die Beine kommen. Und wenn irgendwie Bedarf noch ist, Atemtherapien, Lymphdrainagen, was man so braucht.

I: Mhm (bestätigend). Okay. Und was schätzen Sie an Ihrer Arbeit?

B: Abwechslung. Also sowohl von der Arbeit, als auch von Patienten. Man lernt ja so viele verschiedene Charaktere kennen. Dadurch ist auch die Behandlung nicht immer die gleiche. Also die Patienten arbeiten ja unterschiedlich mit und man hat unterschiedliche Erfolge auch. Aber das wäre auch ein Punkt, also die Erfolge, die man hat und die man sieht, eben dass die Patienten eben auf die Beine kommen und motivierter sind, je mehr das vorangeht und so.

I: Und wie schätzen Sie so die Altersstruktur-, ich gehe mal jetzt von der, weil Sie sagten, Orthopädie aus, also in diesem Bereich ein?

B: Na die sind meistens-, die Patienten sind meistens so zwischen-, also die meisten so zwischen 60 und 80 oder noch älter.

I: Mhm (bestätigend). [...]

B2: Ja. Genau. In der [...] Mhm (bestätigend).

I: Und es gibt ja hier noch die Geriatrie. Sind Sie dort auch tätig?

B: Vertretungsweise.

I: Und wie schätzen Sie dort die Altersstruktur ein?

B: Na das ist schon, alleine durch den Namen bedingt, dass die wirklich auch wesentlich älter sind, die Patienten.

I: Können Sie so eine Zahl nennen. Also was denken-, oder vielleicht auch gefühlt?

B: Also zwischen 75, 80 und ab 90 aufwärts, würde ich denken.

I: Mhm (bestätigend). Okay. Da Sie ja in unterschiedlichen Bereichen tätig sind, haben Sie vielleicht von der Geriatrie irgendwie ein Patientenbeispiel im Kopf, also von der Betreuung her von Ihrer Profession, was Ihnen so im Gedächtnis geblieben ist? Wenn es jetzt nicht konkret ist, vielleicht, weil es zu spontan ist, vielleicht auch so allgemein, also was so die geriatrischen Patienten dann hier ausmacht?

B: Mhm (nachdenklich). Was macht die-. Was macht-? Also, wie gesagt, ich mache das ja nur Vertretungsweise. Und an den letzten Patienten kann ich mich sehr gut erinnern. Der ist nämlich von der Orthopädie hier runtergekommen in die Geriatrie. Und die Patienten sind, egal, ob sie jetzt dement sind oder einfach nur so ein Durchgangssyndrom haben oder so, sind die eigentlich durchweg-, ich hätte bald gesagt begeistert, aber sehr-, also für mich relativ gut zu führen und leicht zufrieden zu stellen, wenn man sich mit ihnen beschäftigt, wenn man sich Zeit lässt und sich einfach auch, ich will jetzt nicht sagen, auf das Niveau herablässt, aber wenn man jetzt so demente Patienten hat, dann geht man ja nicht so um, wie mit normalen Patienten. Dann lässt man sich da halt auf diese Stufe auch ein bisschen herab, damit man mit denen kommunizieren kann. Und ich finde, die Patienten sind dankbar. Doch.

I: Und können Sie so von Orthopädie zu Geriatrie so vielleicht bisschen so schildern, was so der Unterschied so in Hinsicht von jüngeren zu älteren Patienten ist? Also Sie haben ja gesagt, sie sind kognitiv eingeschränkt, dement, vielleicht dementer als in der Orthopädie, aber was sowas ausmacht, wenn man in der Geriatrie arbeitet? Also haben die andere Zielsetzungen eventuell, was so die-?

B: Ja. Absolut. Die haben eine ganz andere Zielsetzung. Also für mich hat ein älterer Mensch immer die Priorität, ihn wieder im normalen Alltag-, also so, wie es vorher war natürlich, dass man ihn dahinbringt, dass er sich normal bewegen kann und an seinem normalen vorherigen Alltag wieder anknüpfen kann. Das wäre für mich auf jeden Fall das Ziel, während in der Orthopädie ist das ja, zwar auch, sie wieder auf die Beine zu bringen. Aber da spielen ja auch andere Dinge noch eine Rolle. Da muss man eben

wirklich, auch mit den sportlichen Aktivitäten-, dass sie wieder kräftiger werden zum Beispiel auch, richtig Muskeltraining machen und sowas. Also da sind die Prioritäten schon ein bisschen anders bei den Älteren. Auf jeden Fall. Mhm (bestätigend).

I: Und habe ich das richtig verstanden? Also das ist dann schon der Unterschied, den man so feststellt, dass die älteren Leute das Ziel haben so fit zu werden wie sie vorher waren?

B: Ja. Dass sie so ihre Dinge des alltäglichen-, Bedarfs hätte ich bald gesagt, -so Gebrauchs wiederhinkriegen. Ja. Sich alleine anziehen können, waschen und sowas alles und laufen können, bewegen können. Sowas. Mhm (bestätigend).

I: Und ich gehe jetzt nochmal auf die Geriatrie ein. Kennen Sie das Prinzip der SAPV? (B2: Mhm [bestätigend].) Ja. Da gibt es ja ganz viele gute Erfahrung in der Hinsicht, also in Hinsicht auf palliative Patienten. Können Sie sich vorstellen, dass es auch einen Bedarf gibt für eine spezielle geriatrische Versorgung im ambulanten Bereich.

B: Absolut. Also wenn man sich mal überlegt: Altersheime, altersgerechtes Wohnen und sowas. Das schießt ja alles aus dem Boden. Die Gesellschaft wird immer älter. Und absolut könnte ich mir das vorstellen, dass da ein Bedarf ist. Klar. Und die meisten wollen ja auch gar nicht weg von zu Hause. Und die sind ja froh, wenn sie zu Hause bleiben können und dann die Hilfe dahinkriegen. Absolut.

I: Mhm (bestätigend). Okay. Dann würde ich auch zum Ende des Interviews kommen. Und als Letztes wäre noch schön, wenn Sie uns sagen können wie lange Sie in diesem Bereich arbeiten und welche Ausbildung oder Qualifikation Sie haben, so als abschließende Bemerkung.

B: Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.

I: Okay. Dann danke ich für das Interview.

Interview I22 Name der Datei: Sprache 002

I: Guten Tag. Nächstes Interview. Also als erstes würde uns interessieren, was für Sie das Charakteristische Ihrer Arbeit ist, beziehungsweise, was Sie als Schwerpunkt Ihrer Arbeit bezeichnen würden?

B: Schwerpunkt meiner Arbeit sind hauptsächlich zwei Dinge: Einmal die Mitarbeiterführung und die Qualität der Versorgung der Bewohner, also die zufriedenstellende Qualität. [...] ist es mir sehr wichtig, dass vor allem die Bewohner in der Einrichtung-, dass es ihnen gut geht, dass ihre individuellen Bedürfnisse erfasst werden und möglichst gut kompensiert werden. Andererseits darf man auch nicht vergessen, dass auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen wirtschaftliche Unternehmen sind, sodass ich als [...] auch den Blick für die Wirtschaftlichkeit nicht außer Augen lassen darf. Also ich muss schauen auf die baulichen Gegebenheiten oder Instandhaltungen, Veränderungen, die initiiert werden müssen. Die Personalplanung ist natürlich auch sehr wichtig. Das hat auch alles mit einem Personalabgleich zu tun, der mit den Kassen verhandelt wird, dass man da immer im Blick behalten muss, dass es A, den Bewohnern geht und den Mitarbeitern natürlich auch.

I: Mhm (bestätigend). Also würden Sie das Besondere insofern kurz zusammenfassen in Mitarbeiterführung, Prüfung der Wirtschaftlichkeit, aber auch Betreuung der Bewohner, sage ich mal, die Qualität der Betreuung?

B: Die Qualität der Betreuung, genau.

I: Mhm (bestätigend). Diese drei Dinge? (B: Ja.) Mhm (bestätigend). Wie ist die Altersstruktur Ihrer Bewohner in Ihrem Bereich, wenn Sie das in Zahlen ausdrücken können?

B: Also unsere Altenpflegeeinrichtung umfasst 68 vollstationäre Pflegeheimplätze. Das heißt, dass wir, wenn wir vollausgelastet sind, dann haben wir 68 Bewohner. Das Ganze verteilt sich auf drei Etagen. Und bei uns haben alle Einzelzimmer. Die Altersstruktur, die befindet sich eigentlich gerade in so einer Art Wandel, weil die Leute versuchen wirklich möglichst lange zu Hause zu bleiben und ziehen dann wirklich möglichst spät auch in unsere Einrichtung. Natürlich hat der Stand der Forschung auch was damit zu tun. Wir sehen, dass die Leute, die bei uns einziehen oder der große Teil der Bewohner, die bei uns leben, immer älter wird. Aber es gibt auch das komplette Gegenteil. Da ist nämlich die defizitäre Versorgung in der landwirtschaftlich sehr spärlich besiedelten-. Ja.

Mecklenburg. (I: Flächenland.) Ja. Genau. Wir sind ein Flächenland. Ja. Das macht sich halt deutlich, dass gerade solche Sachen, junge Pflege, das einfach fehlt. Und demzufolge haben wir auch solche Klientel bei uns in den Einrichtungen, sodass wir von der Altersstruktur von unter 50, beziehungsweise 60, bis hoch über die 100 reden. Vielleicht einfach nochmal, um ganz genaue Zahlen zu nennen: Der jüngste Bewohner, den wir aktuell haben, ist 39 und die älteste Dame, die bei uns lebt, geht auf die 100 zu.

I: Mhm (bestätigend). Da würde ich nachher nochmal einsteigen. Das ist ja schon ein großer Unterschied, 39 und 100 Jahre. Zuvor würde mich nochmal interessieren, inwiefern die palliative Versorgung von diesen doch sehr hochaltrigen Menschen eine Rolle oder beziehungsweise in Ihrem Bereich umgesetzt wird, beziehungsweise eine Rolle einnimmt.

B: Also die palliative Versorgung spielt eine wesentliche Rolle, also nicht direkt beim Aufenthalt, aber in der letzten Lebensphase natürlich. Weil die Leute, die zu uns ins Heim ziehen, die sehen das als letzte Station, also sprich, das ist ihr letztes zu Hause. Und die meisten, das kennen sie ja auch von ihrer ambulanten palliativen Versorgung, möchten gerne zu Hause sterben in der-, wirklich in der Situation, in der sie immer gelebt haben, beziehungsweise die letzte Zeit gelebt haben, wo sie die Gegebenheiten kennen, die Strukturen kennen, die Leute kennen. Und das versuchen wir auch bestmöglich umzusetzen. Wir haben bei uns direktgeschultes Personal, also Palliativ-Care-Fachkräfte, aber auch arbeiten wir gut mit der ambulanten palliativen Versorgung zusammen aus dem Klinikum hier bei uns. Haben unterdes aber auch um die Betreuung, gerade in der letzten Sterbephase, zu kompensieren auch Hilfe vom ambulanten Hospizdienst. Und diese Kombination aus diesen drei Versorgungseinrichtungen macht es möglich eine gute Sterbephase zu realisieren, also an den individuellen Bedürfnissen natürlich gerichtet. Es gibt Leute, die möchten immer betreut sein, beziehungsweise immer begleitet sein. Andere äußern das auch schon vorher, dass es ihnen relativ egal ist, beziehungsweise ob jemand da ist oder keiner da ist. Aber viele sehen das auch gerade als Mehrwert in unserem Haus, weil wir haben ja den Bezug zur katholischen Kirche, beziehungsweise zur christlichen Kirche. Nebenan ist ja direkt die katholische Kirche, sodass wir den seelsorgerischen Beistand ziemlich schnell auch kompensieren können.

I: Mhm (bestätigend). Kommen wir nochmal zu den jungen Patienten, von denen Sie sprachen und zu den sehr alten Patienten. Also wir hatten ja vorhin in der Altersstruktur-

, hatten Sie ja gesagt, dass es zwischen 39 und über 100 Menschen gibt in Ihrer Einrichtung. Wie würden Sie im-, also wenn man diese beiden Patientengruppen mal vergleicht. Können Sie beschreiben, welchen Unterschied es da-, welche markanten Unterschiede es gibt? Und wie erfolgt aus Ihrer Erfahrung eine Differenzierung der Betreuung? Also dass wir erstmal über diesen Unterschied sprechen zwischen diesen beiden Gruppen.

B: Also wenn wir von den- ich bezeichne sie jetzt mal als Junge und Alte, sprechen, dann ist erstmal-. Also der ganze Aufenthalt ist ein ganz anderer. Die Jungen kommen nicht, weil sie wollen, zu uns, sondern weil sie aufgrund-, also bei uns ist es eine hundertprozentige Abususituation, sprich die sind Suchtkrank gewesen und haben daraus Folgeerkrankungen abgeleitet. Und die kommen nicht, weil sie wollen, ins Heim, beziehungsweise sie kommen, weil sie keine Angehörigen haben, die sich um sie kümmern können. Und demzufolge haben sie gesetzliche Betreuer und die suchen dann die Einrichtung für sie aus. Wenn wir dann aber von den Älteren sprechen, also 70 aufwärts, ist es das Klientel, was sich Einrichtung wirklich gezielt aussucht. Also die sind auch daran interessiert ihren Interessen so zu begegnen, dass sie das mit ihrem zu Hause vergleichen können. Also da spielt dann auch der christliche Gedanke wieder mit rein. Viele sehen das, diesen Bezug, dass wir halt ein christliches Haus sind, die Kapelle im Haus haben, das als Vorteil, dass sie gerne zu uns kommen wollen. Andere sehen die ruhige Lage. Aber gerade was jetzt den Einzug betrifft, ist zwischen Jüngeren und Älteren wirklich die Entscheidung alleine das-, der große Unterschied. Dann, wie gesagt, die Erkrankungen. Die Jüngeren haben Suchterkrankungen als Grundlage und bei den Älteren sind es wirklich zumeist-, also wir sprechen, glaube ich, von 70 bis 80 Prozent, die bei uns in der Einrichtung eine demenzielle Erkrankung haben, aber auch oftmals weitere Komorbiditäten haben. Genau. Aber nichtsdestotrotz gibt es natürlich auch den Betreuungshintergrund. Und alle werden bei uns auf ihre Weise betreut, also auf ihre individuelle Weise. Und die Alten, wie ich sie bezeichnen wollte, schätzen wirklich diese Betreuungsrunden. Also das sind wirklich die, die gezielt auch jeden Tag nachfragen: „Was ist heute Thema in der Beschäftigung? Backen wir heute oder singen wir alte Volkslieder? Basteln wir etwas oder machen ein bisschen Sport?“ Und die jüngere Generation, das sind eher unsere Einzelgänger. Also die-, es ist auch nicht, dass sie den Kontakt zueinander suchen, die Jüngeren, die wir haben. Sondern wirklich, dass sie ihr Ding durchziehen. Also wenn sie betreut werden auf dem professionellen Wege, dann sind es wirklich die Einzelbetreuungen. Dass mit ihnen Brettspiele gespielt werden oder

dass sie mit ihnen an die frische Luft-, also ein Spaziergang gemacht wird. Sowas in der Richtung. Aber diese wirklich Betreuungsangebote, diese Gruppenangebote werden gar nicht von ihnen genutzt.

I: Weil es ja wahrscheinlich auch eine geringere Anzahl ist von Jüngeren, die Sie in Ihrem Bereich betreuen.

B: Richtig. Aber wir versuchen ja die Betreuungsmitarbeiter-, also es ist ja ein eigener Mitarbeiterpool, die setzen sich ja auch immer wieder zusammen und analysieren das Klientel, was wir haben und versuchen auch diese Leute mit einzubeziehen. Aber das gestaltet sich halt wirklich schwierig. Also gerade, wenn jetzt über Themen gesprochen wird und es werden nur drei Leute angesprochen, dann kann man daraus jetzt keine weitestgehende Vormittagsgestaltung machen. Also man muss dann wirklich versuchen den Mittelweg zu finden. Sie werden immer wieder mitangesprochen, aber ja. Sie wollen dann halt auch nicht wirklich mit den Alten.

I: Das heißt, Sie reagieren dann mit Einzelangeboten auf die Jüngeren und würden schon auch sagen, dass die Älteren gerne eher so die geselligen Menschen sind dann in Ihrem Bereich? Oder da gibt es sicherlich auch Unterschiede?

B: Ja. Natürlich gibt es da Unterschiede. Gerade, wenn wir uns die Krankheitsbilder anschauen. Das hat wirklich viel mit dem Krankheitsbild zu tun. Wir haben Bewohner aus allen sozialen Schichten, also wirklich von sehr sozial Schwachen bis hin zu Professoren oder Sonstigem. Und gerade, wenn die dann keine psychische Erkrankung haben, also kognitiv noch voll bei Bewusstsein sind, dann wollen die sich nicht mit den älteren Herrschaften zusammensetzen und Kaffeeklatsch machen. Also wenn wir das jetzt mal wirklich als solches bezeichnen. Die sind dann wirklich daran interessiert Gespräche mit Niveau zu führen und da nehmen sie dann eher den Abstand zu den großen Runden, weil da halt zumeist dann auch die dementen Bewohner mit dabei sind und suchen eher das Gespräch mit dem Personal.

I: Mhm (bestätigend). Ja. Dann kommen wir so langsam zum Ende unseres Interviews. Ich habe noch so ein bisschen eine Zukunftsfrage. Ihnen ist ja die SAPV bekannt. Sie sagten das ja eingangs schon, dass auch SAPV-Leistung in Ihrem Haus stattfindet. Also das Konzept der SAPV-Leistung ist Ihnen bekannt? (B: Ja.) Und können Sie sich vorstellen, dass-, wenn wir mal so überlegen, dass ja SAPV auch eine sehr begrenzte

zeitliche Leistung ist. Können Sie sich vorstellen, dass es eine spezialisierte ambulante, nur geriatrische Versorgung geben könnte in Zukunft? Was hätte die für Vorteile?

B: Also das muss man, glaube ich, nochmal ein bisschen differenzieren. Wenn ich jetzt für unseren Bereich spreche, also die vollstationäre von Heimbewohnern, dann ist diese ambulante geriatrische Versorgung, von der Sie sprechen-, das wäre ja ein zusätzliches Bonbon. Und ich denke, dass wir in einem Pflegeheim weniger den Bedarf haben. Aber ich kann mir gut vorstellen, dass Leute, die zu Hause noch betreut werden, beziehungsweise zu Hause leben, dass für die das ein großer Vorteil wäre. Aber wir im Pflegeheim haben gute Zusammenarbeiten mit den Hausärzten, die ja immer noch selber gewählt werden können. Also demzufolge gibt es da auch bessere Zusammenarbeiten, schlechtere Zusammenarbeit. Aber grundsätzlich gibt es eine gute Zusammenarbeit, auch was jetzt die Erreichbarkeit betrifft und die regelmäßigen Hausbesuche. Und ansonsten, in den anderen Zeiten, also es sind ja immer Öffnungszeiten, gibt es ja auch den Bereitschaftsdienst, der auch immer ansprechbar ist. Aber für private Personen in der Häuslichkeit kann ich mir das vorstellen. Aber, wie gesagt, für den Pflegebereich weniger zielführend, weil ich ja auch wieder die Wirtschaftlichkeit sehe, beziehungsweise mein Personal sehe. Und bei uns arbeiten ja viele geriatrische Fachkräfte in der Hinsicht, dass sie Altenpflegefachkräfte sind, sodass ich dann natürlich wieder die Angst hätte, dass vielleicht sogar dieser neue Berufszweig eher für Abwanderung in meinem Personal-. Ja.

I: Also Sie sagen, auf der einen Seite könnte es ein Bonbon sein. Weil wir malen uns jetzt mal aus, es gibt solche und solche Hausärzte. Also wenn wir jetzt einen Hausarzt haben, der vielleicht nicht in der Zuverlässigkeit zu erreichen ist, da könnte es schon ein Bonbon sein.

B: beziehungsweise es gibt auch Hausärzte, die gehen heutzutage nicht in vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

I: Ja. Da könnte es ein Bonbon sein, aber Sie haben genauso die Angst, aufgrund der wenigen-, aufgrund der schlechten Personalsituation auf dem gesamten Gesundheitsmarkt, gerade in der Pflege, dass dort dann noch mehr Abwanderung stattfindet, wenn man so etwas einführt.

B: Ja. Es sind halt wieder diese zusätzlichen Bereiche, die natürlich mit tollen Arbeitszeiten glänzen und wahrscheinlich auch mit hohen Entgelten glänzen und von daher haben wir da als normale kleine stationäre Einrichtung wahrscheinlich das Nachsehen.

I: Ja. Verständlich. Kommen wir zur letzten Frage. Uns würde noch interessieren wie lange Sie bereits hier in diesem Haus arbeiten, was Sie gelernt oder studiert haben und ob es da besondere Qualifikationen gibt, wie zum Beispiel ein Palliativ-Care-Kurs.

B: *Wegen der Datenschutzbedingungen kann nicht das ganze Interview veröffentlicht werden.*

I: Mhm (bestätigend). Möchten Sie noch was sagen?

B: Danke.

I: Herzlichen Dank für Ihre Zeit.

6 Anhang 6 Beispiel Kategorienbildung

Originaltext I05	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
Ja, also ein Hauptaugenmerk unserer Arbeit [...] liegt eigentlich in der Nachsorge der Patienten. Wir haben-, dabei steht der Patient sehr doll im Mittelpunkt. Und wir beziehen auch stets die vorhandenen Angehörigen oder Zugehörigen mit ein, um eben unsere Patienten in Akutsituationen oder neuen Pflegesituationen gut nachversorgt zu wissen.	Ja, also ein Hauptaugenmerk unserer Arbeit [...] liegt eigentlich in der Nachsorge der Patienten. Und wir beziehen auch stets die vorhandenen Angehörigen oder Zugehörigen mit ein, [...]. [...] um eben unsere Patienten in Akutsituationen oder neuen Pflegesituationen gut nachversorgt zu wissen.	Nachsorge als Focus der Tätigkeit Angehörigenarbeit, Zugehörigenarbeit Akutsituationen und Pflegesituationen thematisiert	K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit
: Genau. Also es ist-, jeder Patient ist ja doch individuell, ja. Jede Versorgung ist bei-, also bei jeder Erkrankung	[...] also bei jeder Erkrankung ist die Versorgung ja nicht immer gleich.	Versorgung bei Erkrankung	K2 Erkrankungen und Symptome

<p>ist die Versorgung ja nicht immer gleich. Und deswegen gehen wir schon sehr speziell und gezielt auf die Individualität der Patienten ein und auch auf die Wünsche natürlich der Angehörigen, weil jeder Angehörige hat vielleicht nicht die Möglichkeit die Dependenzpflege zu übernehmen oder ja.</p> <p>In unserem Bereich sind mehrere Mitarbeiter ja tätig und da gibt es eben-, das ist wirklich von der Geburt an bis zum wirklich hoch geriatrischen Patienten. Also die Arbeit ist sehr spezifisch und ja</p>	<p>[...] auch auf die Wünsche natürlich der Angehörigen, weil jeder Angehörige hat vielleicht nicht die Möglichkeit die Dependenzpflege zu übernehmen oder ja.</p> <p>I...] und da gibt es eben-, das ist wirklich von der Geburt an bis zum wirklich hoch geriatrischen Patienten.</p> <p>[...] sehr gemischt vom Altersdurchschnitt</p>	<p>Wünsche der Angehörigen, Dependenzpflege kann nicht übernommen werden</p> <p>Sehr unterschiedliche Altersstruktur</p>	<p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K4 Altersstruktur</p> <p>K4.1 (18)-69 Jahre</p>
---	---	--	--

<p>nach Klinik natürlich, da wo man eingesetzt ist, sehr gemischt vom Altersdurchschnitt .</p> <p>Also in meinem Bereich sind die Patienten so ab 25 sage ich mal. Von 25 bis 95 Jahre alt.</p> <p>Dadurch, dass ich eben auch in Bereichen der Onkologie tätig bin, nimmt man schon eine Zunahme auch dieser Erkrankungen wahr und sowohl bei Jungen, aber auch den Großteil der Patienten, würde ich es jetzt sagen, sind doch hochaltrig.</p>	<p>[...] die Patienten so ab 25 sage ich mal. Von 25 bis 95 Jahre alt.</p> <p>[...] dass ich eben auch in Bereichen der Onkologie tätig bin, nimmt man schon eine Zunahme auch dieser Erkrankungen wahr und sowohl bei Jungen, aber auch den Großteil der Patienten, würde ich es jetzt sagen, sind doch hochaltrig.</p> <p>Ja, also bei den Hochaltrigen ist es eben ja überwiegend eben auch das Problem, dass dort häufig vielleicht keine pflegenden Angehörigen zur</p>	<p>Onkologische Erkrankungen nehmen bei Jungen und bei Älteren zu</p> <p>Nachsorge mit Angehörigen nicht möglich, da diese fehlen, deshalb Pflege in Häuslichkeit nicht gewährleistet</p>	<p>K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.4 Tumorerkrankungen</p> <p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge</p> <p>K3 Angehörige K3.2 Angehörige nicht vorhanden</p>
--	--	---	--

<p>Ja, also bei den Hochaltrigen ist es eben ja überwiegend eben auch das Problem, dass dort häufig vielleicht keine pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen, sodass diese Nachsorge vielleicht nicht in der Häuslichkeit erfolgen kann, ja. Was bei jüngeren Patienten dann natürlich mehr realisiert wird durch die Familie oder durch die Angehörigen. Aber das ist sehr unterschiedlich. Also pauschalisieren könnte ich das jetzt nicht.</p>	<p>Verfügung stehen, sodass diese Nachsorge vielleicht nicht in der Häuslichkeit erfolgen kann, ja.</p> <p>Was bei jüngeren Patienten dann natürlich mehr realisiert wird durch die Familie oder durch die Angehörigen. Aber das ist sehr unterschiedlich.</p> <p>Geriatrische Palliativ-Patienten, denke ich, bringen ja viel, viel mehr Grunderkrankungen auch mit. Und viele, ja, Einschränkungen einfach auch.</p>	<p>Bei Jüngeren Angehörige zur Pflege/Nachsorge meist vorhanden</p> <p>Mehr Grunderkrankungen bei geriatrischen Patienten</p>	<p>K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K5 Betreuungsunterschied K5.5 Angehörigenarbeit</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome</p> <p>K1 Versorgung K1.1 Unterversorgung</p>
---	--	---	--

<p>Auf jeden Fall. Geriatrische Palliativ-Patienten, denke ich, bringen ja viel, viel mehr Grunderkrankungen auch mit. Und viele, ja, Einschränkungen einfach auch. Und ich denke überwiegend gerade bei uns in Mecklenburg-Vorpommern ist es ja so, dass die ältere Generation ja doch auch mehr ländlich verteilt ist und wir dort auch in unserer täglichen Arbeit wirklich eine deutliche Unterversorgung selbst mit ambulanten Pflegediensten wahrnehmen. Und ich denke, das ist für eine SAPV dann auch</p>	<p>[...] bei uns in Mecklenburg-Vorpommern ist es ja so, dass die ältere Generation ja doch auch mehr ländlich verteilt ist und wir dort auch in unserer täglichen Arbeit wirklich eine deutliche Unterversorgung selbst mit ambulanten Pflegediensten wahrnehmen.</p> <p>[...] für eine SAPV dann auch schwierig zu handeln.</p> <p>Dass man so etwas etablieren kann.</p> <p>: Ja.</p>	<p>Unterversorgung für ältere Generation in Mecklenburg-Vorpommern wahrgenommen, Pflegedienste fehlen</p> <p>SAPV Arbeit wegen Fehlenden Pflegediensten auch eingeschränkt</p> <p>SAGV wird befürwortet, Notwendigkeit besteht</p>	<p>K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K8 SAGV K8.1 Zustimmung</p>
---	--	--	--

<p>schwierig zu handeln.</p> <p>I: Also würden Sie sagen, das macht schon durchaus Sinn, darüber nachzudenken?</p> <p>(B: Ja.) Dass man so etwas etablieren kann.</p> <p>Ja.</p>			
--	--	--	--

Originaltext I 06	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Ja. Ja. Also das Besondere ist natürlich, dass man sich individuell auf die Patienten einstellen muss. Je nachdem, inwieweit sie von der Mobilität her oder von der Beweglichkeit den Standpunkt haben. Da muss man sie natürlich abholen. Und es ist ja-. (Lässt etwas fallen.) Oh, Tschuldigung. Und es ist ja immer so,</p>	<p>[...] dass man sich individuell auf die Patienten einstellen muss. Je nachdem, inwieweit sie von der Mobilität her oder von der Beweglichkeit den Standpunkt haben. Da muss man sie natürlich abholen.</p>	<p>Mobilität erhalten/wieder herstellen</p> <p>Sicherung der häuslichen</p>	<p>K1 Versorgung</p> <p>K1.3 Nachsorge</p>

<p>dass man versucht, es ein bisschen zu verbessern, beziehungsweise zu sichern. Je nachdem, mit Hilfsmittel, ohne Hilfsmittel. Mit bestimmten Voraussetzungen, wie es zuhause ist, in der Häuslichkeit. Genau.</p> <p>Genau. Also es ist ja hauptsächlich Patienten, die über 65 sind, würde ich sagen. Nach oben hin sind da keine Grenzen gesetzt. Ich glaube so im Durchschnitt sind die Meisten aber so um die 80. Zwischen 80 und 90 Jahren wahrscheinlich, die ich behandle. : Also ich sage mal, jüngere Patienten sind für mich jetzt so Patienten ab 50 bis 70, würde ich sagen.</p>	<p>[...]Voraussetzung en, wie es zuhause ist, in der Häuslichkeit. Genau.</p> <p>Patienten, die über 65 sind, würde ich sagen. Nach oben hin sind da keine Grenzen gesetzt.</p> <p>[...]im Durchschnitt sind die Meisten aber so um die 80. Zwischen 80 und 90 Jahren</p> <p>Und da ist es natürlich so, da</p>	<p>Versorgung und Verbesserung</p> <p>Mobilität auf Vorniveau herstellen</p> <p>Ab 65 und älter</p> <p>Im Durchschnitt 80 Jahre</p>	<p>K4 Altersstruktur</p> <p>K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede</p> <p>und</p>
--	---	---	--

<p>Und da ist es natürlich so, da macht man auch andere Übungen</p> <p>Also ich sage mal, jüngere Patienten sind für mich jetzt so Patienten ab 50 bis 70, würde ich sagen.</p> <p>Und da ist es natürlich so, da macht man auch andere Übungen. Da bezieht man sich mehr Ergometer Training, dass die wirklich viel belastbarer sind. Dann auch so Parcour Training. Mit verschiedenen Untergründen arbeiten. Dass die einfach, sag ich mal, fitter für das alltägliche Leben auch außerhalb der Wohnung. Und für normale-, oder auch mal für Reisen oder so wieder in Gang kommen. Und die</p>	<p>macht man auch andere Übungen</p> <p>Also ich sage mal, jüngere Patienten sind für mich jetzt so Patienten ab 50 bis 70, würde ich sagen.</p> <p>Und die älteren Patienten, die einfach kommen und sagen, sie sind zuhause nur noch in der Wohnung unterwegs oder gehen einkaufen und so.</p>	<p>Jüngere Patient: innen 50 bis 70 Jahre</p> <p>Unterschied genannt im Anspruch an Teilhabe, Mobilität und Lebensqualität</p>	<p>K4 Altersstruktur K4.1 18-69 Jahre(70)</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.4 Teilhabe</p> <p>K5.3 Mobilitätsgrad</p> <p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben der</p>
--	--	--	--

<p>älteren Patienten, die einfach kommen und sagen, sie sind zuhause nur noch in der Wohnung unterwegs oder gehen einkaufen und so.</p> <p>Also man muss immer unterscheiden, je nach Alter und je nachdem, wie es in der Häuslichkeit ist und wie es war. Dass man natürlich die Ansprüche an den Patienten anpassen muss. Also bei jüngeren Patienten hat man ja immer das Ziel, dass die wieder so mobil wie möglich werden. Und bei geriatrischen Patienten ist es häufig so, dass man sie so weit mobil kriegt, dass sie im Alltag zurechtkommen.</p>	<p>Und bei geriatrischen Patienten ist es häufig so, dass man sie so weit mobil kriegt, dass sie im Alltag zurechtkommen.</p>	<p>Mobilität für Alltagstauglichkeit bei geriatrischen Patient: innen</p>	<p>beruflichen Akteur:innen K7.6 Lebensqualität</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.3 Mobilitätsgrad</p>
--	---	---	--

<p>Also palliativ spielt bei mir nur eine Rolle im Sinne der Atemtherapie. Dass man versucht, die Patienten ein bisschen zu entspannen. Also viele Patienten, die palliativ betreut werden, kriegen von mir Entspannungstherapie und Atemtherapie. Einfach nur damit die ein bisschen den Tag entspannter überstehen, angehen können.</p>	<p>Entspannungs- therapie und Atemtherapie. Einfach nur damit die ein bisschen den Tag entspannter überstehen, angehen können.</p>		<p>K2 Erkrankungen und Symptome</p> <p>K2.1 Luftnot</p>
---	--	--	--

Originaltext I 07	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Ja. Ich arbeite auf der Geriatrie. Bei uns liegen Patienten, die meistens über 70 sind. Multimorbide und die eigentlich, genau, also chronisch krank und mit Medikamenteneinstellungen und auf ihren</p>	<p>die meistens über 70 sind</p> <p>Multimorbide und die eigentlich, genau, also chronisch krank</p> <p>und mit Medikamenteneinstellungen und auf ihren</p>	<p>Altersstruktur benannt</p> <p>Multimorbidität, chronische Erkrankung</p> <p>Schmerzen als Symptom</p>	<p>K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome</p> <p>K2.2 Schmerzen</p>

<p>Schmerzen wird da so eingegangen.</p> <p>Na so schön ist es ja zu sehen, wenn Schmerzeinstellungen und Medikamenteneinstellungen helfen und Patienten dadurch mobiler sind und die Lebensqualität erhalten bleibt dadurch.</p> <p>Ja. Also wenn zum Beispiel jemand zuhause gestürzt ist und durch die OP stark noch durch die Schmerzen und die Bewegung eingeschränkt ist, wird hier mit Physiotherapie und dem ganzen Team geholfen. Dass der Patient am Rollator oder ohne Hilfsmittel mobil ist und ohne Schmerzen gut klarkommt.</p> <p>Ja, also spielt auch eine große Rolle. Da guckt man halt, dass der Patient sich nicht, naja, dass er nicht so quälen muss. Dass man Sauerstoff ranmacht,</p>	<p>Schmerzen wird da so eingegangen.</p> <p>Na so schön ist es ja zu sehen, wenn Schmerzeinstellungen und Medikamenteneinstellungen helfen und Patienten dadurch mobiler sind und die Lebensqualität erhalten bleibt dadurch.</p> <p>durch die Schmerzen und die Bewegung eingeschränkt ist und ohne Schmerzen gut klarkommt.</p> <p>Da guckt man halt, dass der Patient sich nicht, naja, dass er nicht so quälen muss. Dass man Sauerstoff ranmacht, wenn er doll Luft nötig ist.</p>	<p>Luftnot als Symptom</p>	<p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.6 Lebensqualität</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.2</p> <p>K2.1 Luftnot</p>
---	---	----------------------------	--

<p>wenn er doll Luft nötig ist und ihm mit Medikamenten alles geholfen wird.</p> <p>Naja, weil beim palliativen Patienten guckt man ja, dass er ruhig liegt, dass er keine Schmerzen hat, dass er Sauerstoff kriegt, regelmäßig positioniert wird, Mundpflege gegebenenfalls durchgeführt.</p> <p>Naja, geri-, geriatrische Patienten brauchen ja schon mehr Aufwand als jüngere Patienten im häuslichen SAPV-Bereich und ich glaube, da ist im Hospiz die Leistung mehr gesichert. Durch die ständigen Kontrollen und wenn keine Angehörigen da sind, die Lagerungswechsel, wenn die Patienten nicht können. Also es kommt je nach dem Status des Patienten auch darauf an.</p>	<p>[...] dass er keine Schmerzen hat, dass er Sauerstoff kriegt,[...].</p> <p>[...] geriatrische Patienten brauchen ja schon mehr Aufwand als jüngere Patienten[...].</p> <p>[...] im häuslichen SAPV-Bereich und ich glaube, da ist im Hospiz die Leistung mehr gesichert.</p> <p>[...] wenn keine Angehörigen da sind, [...].</p>	<p>Schmerzen</p> <p>Zeitfaktor spielt eine Rolle, bei Älteren höher, Hospizbetreuung als Lösungsanatz bei fehlenden Angehörigen</p>	<p>K2.2 Schmerzen und K2.1 Luftnot</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede und K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.1 Zeit/K7.2 Personalstruktur K1.4 Netzwerkarbeit und K1.3 Nachsorge</p> <p>K3 Angehörige K3.2 keine Angehörigen vorhanden</p>
--	---	---	---

Originaltext I 08	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Auf der Akutgeriatrie werden überwiegend Patienten über 70 Jahre betreut. Viele schwerstkranke Patienten, viele Palliativ-Begleitungen, die wir auch mit ableisten. Neben unserer Palliativ-Station in Neubrandenburg.</p> <p>Der Schwerpunkt an meiner Arbeit ist der Umgang mit den also hochaltrigen Menschen, der oft sehr schwerkrank ist. Wir haben oft bei uns auf Station alles, was über 70 Jahre ist, wird bei uns überwiegend aufgenommen. Viele palliative</p>	<p>Auf der Akutgeriatrie werden überwiegend Patienten über 70 Jahre betreut.</p> <p>Viele schwerstkranke Patienten, Palliativ-Begleitungen, die wir auch mit ableisten.</p> <p>Der Schwerpunkt an meiner Arbeit ist der Umgang mit den also hochaltrigen Menschen, [...]. Wir haben oft bei uns auf Station alles, was über 70 Jahre ist, wird bei uns überwiegend aufgenommen.</p>	<p>Altersstruktur benannt</p> <p>Patient: innen schwerstkrank/palliativ</p> <p>Altersstruktur benannt</p>	<p>K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptomlast K2.4 Tumorerkrankungen</p> <p>K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre</p>

<p>Patienten, in Zusammenarbeit mit unserer Palliativ-Station in Neubrandenburg.</p> <p>Oft-, also durch die Hochaltrigkeit der Patienten merkt man eben, dass die in unserer täglichen Arbeit viel mehr Zeit benötigen.</p> <p>Ja, wir hatten-, also bei der Entlassung wäre unser SAPV-Team mit reingegangen.</p> <p>Also in die Häuslichkeit. Und das-, oder war so-, oder wurde angesprochen von der Enkeltochter, ob es möglich wäre, Oma eben zu Hause auch vom SAPV begleiten zu lassen. Ja, dazu kam es ja</p>	<p>Oft-, also durch die Hochaltrigkeit der Patienten merkt man eben, dass die in unserer täglichen Arbeit viel mehr Zeit benötigen.</p> <p>[...] bei der Entlassung wäre unser SAPV-Team mit reingegangen.</p> <p>[...] Oma eben zu Hause auch vom SAPV begleiten zu lassen.</p>	<p>Zeitfaktor höher bei älteren Patient:innen</p> <p>SAPV in häusliche Versorgung integriert</p> <p>Angehörige geriatrischer Patient:innen auch älter</p> <p>Fragliche Entlassung nach Hause bei geriatrischen</p>	<p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.1 Zeit</p> <p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit K9 Stellenwert von Palliativ Care</p> <p>K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K1 Versorgung K1.1 Nachsorge</p>
--	--	--	---

<p>leider nicht. Also, ja.</p> <p>Dass eben die Älteren bei uns auf Station ja kaum noch Angehörige haben oder die ja auch schon dann hochaltrig sind. Und ja, dann auch schwer ist, die dann wieder in die Häuslichkeit zu entlassen, weil oft ja auch die Patientin selber schon 80 ist und die Tochter dann ja auch schon, weiß ich, 60 oder noch älter.</p>	<p>Dass eben die Älteren bei uns auf Station ja kaum noch Angehörige haben oder die ja auch schon dann hochaltrig sind.</p> <p>Und ja, dann auch schwer ist, die dann wieder in die Häuslichkeit zu entlassen, weil oft ja auch die Patientin selber schon 80 [...]</p>	<p>Patient:innen wegen Alter der Angehörigen</p>	
---	---	--	--

Originaltext I 09	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Wir sorgen hauptsächlich für die Betreuung der Schwerst- und Sterbenskranken zuhause. Das machen wir über</p>	<p>Wir sorgen hauptsächlich für die Betreuung der Schwerst- und Sterbenskranken zuhause.</p>	<p>Palliative Patient:innen versorgen</p> <p>Betreuung zu Hause möglich machen</p>	<p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit</p>

<p>Ehrenamtliche, die wir hier ausbilden. Aktuell bilden wir in Anlehnung an das Celler Modell aus. Wir nehmen entsprechend Anfragen entgegen, sozusagen, machen viel Öffentlichkeitsarbeit.</p> <p>: Das ist einfach so-, so eine Art Leitfaden sozusagen. Es gibt verschiedene Leitfäden für die-, für die ehrenamtliche Ausbildung. Wir lehnen es an das Celler Modell an. Das sind hundert Unterrichtsstunden ungefähr. Der neue Fokus ist gerade fertig geworden. Das hat dieses Jahr-, dieses Mal ein Jahr gedauert, aber das war coronabedingt wegen Verschiebungen. Sonst dauert es in der Regel ein halbes bis Dreivierteljahr, die Ausbildung.</p> <p>Regelmäßige Schulungsabende.</p>	<p>Aktuell bilden wir in Anlehnung an das Celler Modell aus. Wir nehmen entsprechend Anfragen entgegen, sozusagen, machen viel Öffentlichkeitsarbeit.</p> <p>Es gibt verschiedene Leitfäden für die-, für die ehrenamtliche Ausbildung. Wir lehnen es an das Celler Modell an.</p>	<p>Zusatz- ausbildung, Qualifizierung,</p> <p>Öffentlichkeits- arbeit</p> <p>Umfassende Qualifizierung wichtig</p> <p>Schulungen eigenständig organisiert</p>	<p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K 7.4 Schulung</p>
--	--	---	---

<p>Teilweise machen wir die Schulungsabende selbst, also sprich, ich erzähle auch viel zu Pflegebasics, IT-Pflegebasics, Mundpflege, so eine Geschichten. Meine Kollegin [...] hat eh viel Erfahrung als Dozentin einfach. Die erzählt viel zu Berufsethik, zu Gesprächsführung, Gruppenbildung, Gruppendynamik. Wir haben externe Referenten nochmal zu-, für spezielle Themen. Wir arbeiten viel mit SAPV zusammen. Aktuell auch viel mit-, mit-, mit Pflegeheimen. Da bin ich gerade dran noch. Weil passt ja auch zum Thema, weil ich denke einfach, dass die Richtung schon Richtung Heime auch gehen wird einfach. Also-.</p> <p>Zunehmend älter und zunehmend auch-, auch multimorbide.</p>	<p>Wir arbeiten viel mit SAPV zusammen. Aktuell auch viel mit-, mit-, mit Pflegeheimen.</p> <p>Zunehmend älter und zunehmend auch-, auch multimorbide.</p> <p>Also-, also sprich, man hat eigentlich nicht mehr diese klassischen, ich sage mal, Tumorerkrankungen.</p>	<p>Akquirierung von Dozenten</p> <p>Schulungsinhalte</p> <p>Zusammenarbeit mit SAPV in Pflegeheimen</p> <p>Alter, Multimorbidität</p> <p>Tumorerkrankungen</p>	<p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.5 Qualitäts-Management</p> <p>K1 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K4 Altersstruktur</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.4 Tumorerkrankungen</p>
--	---	--	---

<p>Also-, also sprich, man hat eigentlich nicht mehr diese klassischen, ich sage mal, Tumorerkrankungen. Also in der Hospizarbeit-. Ich hatte neulich mal so ein Artikel gelesen. Es ist ja aktuell immer noch so, ich glaube, über 90 Prozent aller Bewohner im Palliativbereich sind in der Regel tumorerkrankt, sozusagen. Ich finde schon, dass der Trend jetzt eigentlich dahin geht, dass immer mehr Heime anfragen. Das liegt unter anderem bestimmt daran, dass-, dass auch Heimbewohner keinen Anspruch auf einen Hospizplatz haben, wenn ich das richtig verstanden habe, auch. Und dass einfach die, ja, die Personalie einfach so schlecht ist, der Personalschlüssel so hoch-, (I: Also der</p>	<p>Ich finde schon, dass der Trend jetzt eigentlich dahin geht, dass immer mehr Heime anfragen.</p> <p>Und dass einfach die, ja, die Personalie einfach so schlecht ist,[...]</p>	<p>Palliativ Care in Pflegeheimen zunehmend</p> <p>Personalschlüssel in Pflegeheimen unzureichend</p> <p>Personalschlüssel in Pflegeheimen unzureichend</p>	<p>K9 Stellenwert von Palliativ Care Und K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.2 Personalstruktur K7.5 Qualitätsmanagement</p>
--	---	---	--

<p>Bedarf da ist.) Der Bedarf da ist, der Personalschlüssel es einfach nicht decken kann.</p> <p>: Also ab 75 aufwärts würde ich jetzt sagen. Weil wenn Sie das Alter meinen. Und Multimorbidität dann eben, was-, was alles mit drinnen ist. Also Herzinsuffizienz haben wir viel, Niereninsuffizienz. Ich finde, das macht es auch schwerer abzuschätzen, ganz böse gesagt, abzuschätzen, wie-, wie der prognostische Verlauf ist. Also sprich, bei-, bei-, bei einer Tumorerkrankung kann man es eher absehen. Bei Multimorbidität kann ich-, wann steigt das Organ aus? Ich weiß es nicht. Also, es ist so eine-. Beim-, beim Altersbedingten ist mir immer aufgefallen, wir haben auch noch ein geringes</p>	<p>Also ab 75 aufwärts würde ich jetzt sagen.</p> <p>Und Multimorbidität dann eben, was-, was alles mit drinnen ist. Also Herzinsuffizienz haben wir viel, Niereninsuffizienz.</p> <p>Also sprich, bei-, bei-, bei einer Tumorerkrankung kann man es eher absehen.</p>	<p>Altersstruktur</p> <p>Multi-morbidität, Herz-insuffizienz, Nieren-insuffizienz</p> <p>Tumore</p>	<p>K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.5 Herz-und Niereninsuffizienzen</p> <p>K2.4 Tumorerkrankungen</p>
---	--	---	--

<p>Zellwachstum, das darf man auch mal nicht vergessen. Also selbst wenn ein Tumor da mit drinnen ist, wächst der langsamer beim-, beim alten Menschen. Also auch da ist es einfach schwerer abzuschätzen.</p> <p>Kognitive Störungen kommen dazu, Kommunikationsstörungen, einfach altersbedingt.</p> <p>Wertevorstellungen sowieso. Wir-, also gerade heutzutage Glaubensvorstellungen. Auch viele-, viele Ehepartner, auch Ehefrauen, die ihre Ehemänner pflegen oder umgekehrt und die da einfach nicht von ablassen können, weil das einfach ganz andere Werte noch sind.</p> <p>Das kommt auch vor. Aber-, aber die-, die</p>	<p>Kognitive Störungen kommen dazu, Kommunikationsstörungen, einfach altersbedingt. Wertevorstellungen sowieso.</p> <p>Auch viele-, viele Ehepartner, auch Ehefrauen, die ihre Ehemänner pflegen oder umgekehrt [...]</p> <p>Das kommt auch vor. Aber-, aber die-, die Masse ist eindeutig.</p> <p>Ab 75, älter.</p> <p>Der Unterschied ist allein schon, dass-, dass-, dass der jüngere Menschen heutzutage-</p>	<p>Störungen der Kognition und Kommunikation</p> <p>Pflege durch Angehörige</p> <p>Alter benannt</p>	<p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.6 Demenz</p> <p>K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.9 Lebensbilanz</p>
---	---	--	---

<p>Masse ist eindeutig (I: Ab 75.) Ab 75, älter.</p> <p>Der Unterschied ist allein schon, dass-, dass-, dass der jüngere Menschen heutzutage-, also-, fangen wir beim Thema Tod an. Also-, also das wurde beim-, beim 80-jährigen Menschen ganz anders kommuniziert als beim 50-jährigen in der Kindheit oder-, oder im-, im Großwerden. Wir fangen an bei Wertevorstellungen wie Glauben, Ehe, Familie dabei. Überhaupt das Thema Tod, das Thema Abschied nehmen, Rollenverlust. Was ich finde, das-, das-, das Hauptthema ist tatsächlich der-, das Kommunikative und das Kognitive einfach. Also viele Demenzerkrankungen auch schlussendlich. Also es ist einfach schwer abzuschätzen,</p>	<p>, also-, fangen wir beim Thema Tod an.</p> <p>Wir fangen an bei Wertevorstellungen wie Glauben, Ehe, Familie dabei. Überhaupt das Thema Tod, das Thema Abschied nehmen, Rollenverlust. Was ich finde, das-, das-, das Hauptthema ist tatsächlich der-, das Kommunikative und das Kognitive einfach. Also einfach viele Demenzerkrankungen auch schlussendlich.</p> <p>Also viele Demenzerkrankungen auch schlussendlich. Also es ist einfach schwer abzuschätzen, sozusagen.</p>	<p>Umgang mit Tod , Unterschiede bei Jüngeren zu Älteren</p> <p>Tod und Abschied-nahme</p> <p>Störungen der Kognition</p> <p>Demenz</p>	<p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.6 Demenz</p>
--	---	---	--

<p>sozusagen. Wie kann ich am besten auf diesen Menschen eingehen. Also-, also einfach, weil auch ein Generationskonflikt ist. Ich bin selbst 34 Jahre alt, ich habe Glück, durch die Pflege konnte man viel-, viel kennenlernen, aber-, aber das werden nicht alle Kollegen gehabt haben, sage ich mal.</p> <p>: Also, aus meiner Sicht schon. Ich-, ich würde-, ich kann jetzt aber auch nur aus-, aus-, so reden, dass ich halt jetzt in letzter Zeit viel in Pflegeheimen war, mit vielen Leitungen da gesprochen habe und-, und-, und-. Die wirklich alle dieselben Probleme auch beklagen, unter anderem auch, dass die Hausärzte schwer erreichbar sind. In Coronazeiten war das nochmal schwieriger. Ich denke, das wird schon Sinn machen,</p>	<p>[...] dass ich halt jetzt in letzter Zeit viel in Pflegeheimen war, mit vielen Leitungen da gesprochen habe und-, und-, und-. Die wirklich alle dieselben Probleme auch beklagen, unter anderem auch, dass die Hausärzte schwer erreichbar sind.</p> <p>In Coronazeiten war das nochmal schwieriger. Ich denke, das wird schon Sinn machen, dass da auch einfach-, ja, Fachpersonal da ist, Fachärzte, Fachpfleger, die-, die einfach wissen, was die da tun, weil auch-. Leider Gottes realistisch gesehen die wenigsten Hausärzte wissen leider, was da die besten Kniffe sind, was da die besten Mittel sind. Oder sind noch zu ängstlich. Es ist leider noch so.</p>	<p>Zunahme von Palliative Care in Pflegeheimen</p> <p>Haus-ärzt:innen schwer erreichbar</p> <p>Bezug Pandemie</p> <p>Fachpersonal fehlt</p>	<p>K9 Stellenwert von Palliative Care</p> <p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.2 Personalstruktur K7.5 Qualitätsmanagement</p>
---	---	---	--

<p>dass da auch einfach-, ja, Fachpersonal da ist, Fachärzte, Fachpfleger, die-, die einfach wissen, was die da tun, weil auch-. Leider Gottes realistisch gesehen die wenigsten Hausärzte wissen leider, was da die beste Kniffe sind, was da die besten Mittel sind. Oder sind noch zu ängstlich. Es ist leider noch so. Man darf auch nicht vergessen, wir sind in Mecklenburg, das ist noch ein bisschen provinzieller, ist auch so. Also ich denke schon, das würde definitiv Sinn machen. Also ich-, ich habe-, ich habe jetzt-, bin-, bin wirklich am überlegen, ob ich auch mit den Ehrenamtlichen mehr Richtung Pflegeheim auch schaue. Weil einfach da ein Riesenbedarf ist. Also-, und ich denke schon, die SAPV, also-, also-,</p>	<p>Wir sind in Mecklenburg, das ist noch ein bisschen provinzieller, ist auch so.</p> <p>[...] ob ich auch mit den Ehrenamtlichen mehr Richtung Pflegeheim auch schaue. Weil einfach da ein Riesenbedarf ist.</p> <p>Also-, und ich denke schon, die SAPV, also-, also-, ich war jetzt gerade gestern im Heim, da ist die SAPV auch mit drinnen. Aber selbst die sagen, also, es könnte noch viel, viel mehr sein, definitiv. Also der Bedarf ist da.</p>	<p>Regionaler Bezug</p> <p>Ausbildung Ehrenamtlicher Hospizhelfer</p> <p>Bedarf an SAPV in Pflegeheimen gesehen</p>	<p>K7.4 Schulung</p> <p>K9 Stellenwert von Palliativ Care</p> <p>K8 SAGV K8.1 Zustimmung</p> <p>K1 Versorgung K1.4 Netzwerkarbeit</p>
--	---	---	--

<p>ich war jetzt gerade gestern im Heim, da ist die SAPV auch mit drinnen. Aber selbst die sagen, also, es könnte noch viel, viel mehr sein, definitiv. Also der Bedarf ist da.</p> <p>: Genau so. Die habe ich damals in (?Wannsee) gemacht. Ich glaube so-, das waren anderthalb Jahre. Bin ich mir aber gar nicht ganz sicher. Was mir noch aufgefallen ist, bei den-, bei den älteren Patienten, ist so dieses generationstypische Alter. Das ist nichts, was ich mit Zahlen widerlegen könnte, das ist nur eine reine Beobachtung. Ist, dass ich schon das Gefühl habe, dass wir noch in dieser Gener-, also jetzige alte Generation, die werden älter und-, und sind noch zäher, wenn ich das so beschreiben kann. Also-, also ich habe,</p>	<p>[...] das ist nur eine reine Beobachtung. Ist, dass ich schon das Gefühl habe, dass wir noch in dieser Gener-, also jetzige alte Generation, die werden älter und-, und sind noch zäher, wenn ich das so beschreiben kann.</p> <p>[...] habe mich in letzter Zeit auch viel mit beschäftigt, mit dem Thema Resilienz und Drum und Dran. Und ich finde das schon-, also irgendwie wirkt diese Generation einfach zäher.</p>	<p>Gestiegener Alters-durchschnitt</p> <p>Resilienz</p>	<p>K4 Altersstruktur</p> <p>K5 Betreuungs-unterschiede K5.7 Resilienz</p>
--	---	---	---

<p>habe mich in letzter Zeit auch viel mit beschäftigt, mit dem Thema Resilienz und Drum und Dran. Und ich finde das schon-, also irgendwie wirkt diese Generation einfach zäher. Mag es an der Ernährung liegen, die in der Kindheit noch biologischer war oder was auch immer, aber die wirken zäher und widerstandsfähiger. Was es noch schwerer macht abzusehen, wann ist ein Ende, wie lange geht eine Begleitung? In welche Richtung geht das jetzt überhaupt? Auch bei unseren Hospizpatienten sehen wir es ja auch schlussendlich.</p>			
--	--	--	--

Originalzitat I 10	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
Das Schöne an der Arbeit ist, dass man Zeit hat. Weil gerade geriatrische	Das Schöne an der Arbeit ist, dass man Zeit hat. Weil gerade geriatrische Patienten, die	Zeitfaktor spielt bei geriatrischen Patient: innen eine Rolle	K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.1 Zeit

<p>Patienten, die nachher ja auch schon multimorbide sind, die haben ja viele Erkrankungen. Demenz kommt dazu, die brauchen ja ein bisschen mehr Zuwendung. Und die möchten auch alles mehrmals erklärt haben, weil sie manche Dinge nicht so gut verstehen. Und das Schöne hier ist ja, dass man palliativ den Patienten auch so schmerzarm wie möglich betreuen kann.</p>	<p>nachher ja auch schon multimorbide sind, die haben ja viele Erkrankungen. Demenz kommt dazu, die brauchen ja ein bisschen mehr Zuwendung. Demenz kommt dazu, die brauchen ja ein bisschen mehr Zuwendung.</p>	<p>Multimorbidität, viele Erkrankungen</p>	<p>K2 Erkrankungen und Symptome</p>
	<p>Und das Schöne hier ist ja, dass man palliativ den Patienten auch so schmerzarm wie möglich betreuen kann.</p>	<p>Demenz als Erkrankung genannt</p>	<p>K2.7 Demenz</p>
<p>Und wir haben auch Zeit, mit dem Bewohner eben zu reden. Man kann im Zimmer auch eine Weile sitzen und wirklich auch sich die Sorgen anhören. Dass die sich auch gut aufgehoben fühlen.</p>	<p>Und wir haben auch Zeit, mit dem Bewohner eben zu reden.</p>	<p>Schmerzlinderung als palliative Aufgabe wird als positiver Aspekt wahrgenommen</p>	<p>K2.2 Schmerzen</p>
		<p>Zuwendung</p>	<p>K5 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.1 Zeit</p>
	<p>Dass die sich auch gut aufgehoben fühlen.</p>	<p>Geborgenheit vermitteln</p>	<p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.6 Lebensqualität</p>

<p>Also durchschnittsmäßig sind es eigentlich immer Ältere, also die wären im geriatrischen Alter ab 65. Wir haben auch mal jüngere Bewohner, 30, 35 Jahre alt. Oder im Moment haben wir jemand, der ist über 40, aber grundsätzlich sind es immer mehr (!: So ab 65?) ab 65.</p> <p>Unsere jüngste Bewohnerin, die möchte natürlich viel erzählen und Zuwendung und mal rausgehen, wenn es ihr gut geht. Gehen auch alle mal rauchen auf dem Balkon, aber unsere Sozialdienstarbeiterin nimmt sich auch die Zeit und geht mit denen raus im</p>	<p>Also durchschnittsmäßig sind es eigentlich immer Ältere, also die wären im geriatrischen Alter ab 65.</p> <p>Wir haben auch mal jüngere Bewohner, 30, 35 Jahre alt. Oder im Moment haben wir jemand, der ist über 40,[...]</p> <p>Unsere jüngste Bewohnerin, die möchte natürlich viel erzählen und Zuwendung und mal rausgehen, wenn es ihr gut geht.</p> <p>Es sind ja noch andere Wünsche und Bedürfnisse bei jüngeren Menschen[...]</p>	<p>Zeitfaktor bei Zuwendung und Mobilität bei jüngeren Patient: innen, Teilhabe</p> <p>Wünsche und Bedürfnisse äußern, unterscheiden sich zu Älteren</p>	<p>K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K4.1 18-69 Jahre</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.1 zeitlicher Rahmen K5.3 Mobilität K5.4 Teilhabe K5.6 Erwartungshaltung</p> <p>K5.4 Teilhabe</p>
--	--	--	--

<p>Rollstuhl, mal zum See fahren und-, oder einkaufen waren sie neulich schon. Es sind ja noch andere Wünsche und Bedürfnisse bei jüngeren Menschen als-.</p> <p>Nein, eigentlich nicht. Jeder hat ja andere Bedürfnisse. (I: Immer unterschiedlich.) Ja, man kann jetzt nicht sagen, die Älteren haben andere Bedürfnisse wie die Jüngeren. Aber grundsätzlich, was ich so beobachte, ist es so-, bei den älteren Bewohnern so, dass die sich ganze freuen, wenn die Familie kommt und darauf warten die schon so ganzen Tag.</p> <p>Naja, bei den jüngeren Bewohnern, die Kinder, die sind eigentlich unbedarft, Kinder gehen sowieso damit besser um, wenn die jetzt herkommen. Ich weiß nicht, wie der Sohn</p>	<p>[...]bei den älteren Bewohnern so, dass die sich ganze freuen, wenn die Familie kommt und darauf warten die schon so ganzen Tag.</p> <p>Aber die Eltern von jüngeren Bewohnern, die machen sich schon noch mehr Sorgen, die haben mehr Redebedarf.</p> <p>[...] dass es so auch ein Stück die letzte Station ist.</p>	<p>Familiäre Strukturen</p> <p>Unterschied benannt (Sorgen,</p>	<p>K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.5 Angehörigenarbeit</p> <p>K5.9 Lebensbilanz</p>
---	--	---	---

<p>ist von der Bewohnerin, aber so, was ich so wahrnehme. Aber die Eltern von jüngeren Bewohnern, die machen sich schon noch mehr Sorgen, die haben mehr Redebedarf.</p> <p>Wobei, so bei den älteren Bewohnern, da wissen die Angehörigen schon, dass es so auch ein Stück die letzte Station ist.</p> <p>Die meisten wissen ja schon, gerade so die Älteren, dass das so ihr letzter Weg ist. Und die haben eben das so für sich abgeschlossen. Die sind hier in unserer Obhut und hier ist ihr letzter Weg.</p> <p>Aber die Angehörigen, die switchen ja schon immer so Hin und Her mit dem nicht wahrhaben wollen und-. (I: Vielleicht geht noch etwas.) Und möchten</p>	<p>[...]dass das so ihr letzter Weg ist. Und die haben eben das so für sich abgeschlossen. Die sind hier in unserer Obhut und hier ist ihr letzter Weg.</p> <p>Und möchten nochmal, genau, alles besprechen. Wie ist das mit der Ernährung und wie machen wir das und warum kann er nicht mehr? Die wollen wissen, die wollen das ganz</p>	<p>Redebedarf) in Angehörigenarbeit</p> <p>Gesprächsbedarf als Angehörigenarbeit</p>	<p>K 3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.1 zeitlicher Rahmen</p> <p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit K8 SAGV K8.1 Zustimmung K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.6</p>
--	--	--	---

<p>nochmal, genau, alles besprechen. Wie ist das mit der Ernährung und wie machen wir das und warum kann er nicht mehr? Die wollen wissen, die wollen das ganz genau erklärt haben.</p> <p>Ich denke schon, dass das wichtig ist. Und ich hatte auch einen Patient, der wurde SAPV-betreut und der hat sich besser aufgehoben gefühlt.</p>	<p>genau erklärt haben.</p> <p>[...] der wurde SAPV-betreut und der hat sich besser aufgehoben gefühlt.</p>	<p>Optimierte Versorgung mit SAPV</p> <p>Netzwerkarbeit mit SAPV als Verbesserung der Lebensqualität</p>	<p>K9 Stellenwert von Palliativ Care</p> <p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben K7.6 Lebensqualität</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome</p>
<p>Ja. Aber gerade-, weil die brauchen eine größeres Aufklärungsfeld, habe ich so das Gefühl. Ja, das-, bis Sie das verstehen, weil bei vielen kommt ja das auch dazu, dass die dementer werden und schon mal wieder was vergessen und so: „Wie war das nochmal?“ Genau.</p>	<p>[...] dass die dementer werden und schon mal wieder was vergessen und so: „Wie war das nochmal?“ Genau.</p>	<p>Demenz</p>	<p>K2.6 Demenz</p>

--	--	--	--

Originaltext I13	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Also ich betreue schwerstkranke, sterbende Patienten in der Häuslichkeit. Genau. Beschäftige mich mit denen, was haben Sie für Probleme, was haben Sie für Symptome und wie kann ich diese Symptome lindern? Und kann zum Beispiel den Angehörigen die Versorgung dieses Patienten in der Häuslichkeit erleichtern?</p> <p>Ob es ihnen schon klar ist, dass es keine Therapie mehr gibt für sie, sondern nur noch eine Begleitung und eine Symptomkontrolle.</p> <p>Über mögliche Folgen eines Therapiewunsches oder ob vielleicht eine symptomatische Behandlung das Leben viel mehr verlängert als</p>	<p>[...] was haben Sie für Probleme, was haben Sie für Symptome und wie kann ich diese Symptome lindern?</p> <p>Und kann zum Beispiel den Angehörigen die Versorgung dieses Patienten in der Häuslichkeit erleichtern?</p> <p>[...] dass es keine Therapie mehr gibt für sie, sondern nur noch eine Begleitung und eine Symptomkontrolle.</p> <p>[...] eine symptomatische Behandlung das Leben viel mehr verlängert als eine Therapie[...]</p>	<p>Linderung der Symptome</p> <p>Versorgung der Patient:innen zu Hause</p> <p>Begleitung und Symptomkontrolle</p> <p>Therapiewunsch</p>	<p>K2 Erkrankungen und Symptome</p> <p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge K1.4 Netzwerkarbeit K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden K5 Betreuungsunterschiede K5.5 Angehörigenarbeit</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.3 Tod</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.8 Behandlung</p>

<p>eine Therapie im Sinne von Chemotherapie oder wie auch immer.</p> <p>Naja, das ist schon ein Unterschied, wenn jetzt ein junger Patient, mit noch Kindern vielleicht, ja, schon anders. Wobei natürlich bei älteren Patienten, wenn es noch einen Partner gibt, der Wunsch des Partners ja auch oftmals ist, egal in welcher Qualität der Partner, aber am Leben bleibt. Ja, warum eigentlich nicht?</p> <p>Weil es gibt ja auch so Station für geriatrische Patienten, zum Beispiel, wo die Schwestern eine besondere geriatrische Ausbildung haben.</p> <p>Wenn man das dann in der Häuslichkeit weiterführen würde, warum nicht? Oder aber eben die Palliative Care-</p>	<p>Naja, das ist schon ein Unterschied, wenn jetzt ein junger Patient, mit noch Kindern vielleicht, ja, schon anders.</p> <p>[...] egal in welcher Qualität [...]</p> <p>Weil es gibt ja auch so Station für geriatrische Patienten, zum Beispiel, wo die Schwestern eine besondere geriatrische Ausbildung haben.</p> <p>Wenn man das dann in der Häuslichkeit weiterführen würde, warum nicht?</p>	<p>Arbeit mit Angehörigen von jüngeren Patient:innen</p> <p>Zusatzqualifikation wichtig</p> <p>Palliative Care auch zu Hause</p>	<p>K5 Betreuungsunterschiede K5.5 Angehörigenarbeit</p> <p>K7 Arbeitsbedingungen und Aufgaben</p> <p>K7.6 Lebensqualität</p> <p>K6 Berufliche Akteur: innen K6.3 Zusatzqualifikation</p> <p>K9 Stellenwert von Palliative Care</p>
--	--	--	--

<p>Schwestern noch mit einer geriatrischen Ausbildung versehen, was ja vielleicht auch sinnvoll wäre.</p>	<p>[...] geriatrischen Ausbildung versehen, was ja vielleicht auch sinnvoll wäre.</p>	<p>Qualifizierung wichtig</p>	<p>K6 Berufliche Akteur:innen K6.3 Zusatzqualifikation K8 SAGV K8.1 Zustimmung</p>
<p>Wiederholte Krankenhauseinweisung . So wie das ja bei all unseren Patienten ist, die ja ohne diese spezialisierte ambulante Versorgung sicher bei allen möglichen Zwischenfällen ins Krankenhaus kommen würden. Und vielleicht den Angehörigen die Pflege zu Hause erleichtern, dass vielleicht auch eine Pflegeheimaufnahme dann nicht stattfinden würde. Mit-, mit Stärkung durch so ein Team.</p>	<p>Wiederholte Krankenhauseinweisung . So wie das ja bei all unseren Patienten ist, die ja ohne diese spezialisierte ambulante Versorgung[...]</p> <p>Und vielleicht den Angehörigen die Pflege zu Hause erleichtern, dass vielleicht auch eine Pflegeheimaufnahme dann nicht stattfinden würde[...]</p> <p>Mit-, mit Stärkung durch so ein Team.</p>	<p>Wiedereinweisungen Verhindern durch SAPV</p> <p>Verhinderung von Pflegeheimaufnahmen durch Unterstützung mit SAPV</p>	<p>K1 Versorgung K1.2 Wiedereinweisung K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K1.3 Nachsorge</p> <p>K3 Angehörigenarbeit K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K1.4 Netzwerkarbeit K8 SAGV K8.1 Zustimmung K9 Stellenwert von Palliativ Care</p>

--	--	--	--

Originaltext I 14	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
Wir betreuen in der SAPV und natürlich auch auf der Palliativ-Station sterbende und schwerstkranke Patienten. Ja.	Wir betreuen [...] sterbende und schwerstkranke Patienten. Ja.	Krankheit , Sterben Netzwerkarbeit SAPV und Palliativstation Palliativ Care sehr wichtig in Sterbephase	K2 Erkrankungen und Symptomkontrolle K2.3 Tod K1 Versorgung K1.4 Netzwerkarbeit K9 Stellenwert der Palliativ Care
In Zahlen. Älter, na würde ich-. Ich bin ja noch relativ jung. Ich würde dann sagen ab 60. Zwischen 60 und 80 in der SAPV. Und auf Station ist es doch schon eher ein bisschen jünger.	Zwischen 60 und 80 in der SAPV.	Altersstruktur ab 60 bis 80 Jahre	K4 Altersstruktur K4.2 über 70 Jahre
Na wir kümmern uns ja um verschiedene	Wir kümmern uns natürlich in erster Linie um die Symptome, aber natürlich beziehen wir auch die	Symptome, Einbeziehung der Angehörigen	K2 Erkrankungen und Symptome K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden

<p>Dinge. Wir kümmern uns natürlich in erster Linie um die Symptome, aber natürlich beziehen wir auch die Angehörigen mit ein.</p> <p>Natürlich gibt es da einen Unterschied. Weil gerade die jüngeren Patienten haben definitiv noch mehr Angehörige. Die Älteren dagegen sind doch oftmals allein.</p> <p>Ja, natürlich könnte ich mir das auch vorstellen. Ja. In jedem Bereich wahrscheinlich dann. Auch für</p>	<p>Angehörigen mit ein.</p> <p>Natürlich gibt es da einen Unterschied. Weil gerade die jüngeren Patienten haben definitiv noch mehr Angehörige.</p> <p>Ja, natürlich könnte ich mir das auch vorstellen.[...] auch viel Unterstützung von außen angewiesen.</p>	<p>Betreuungsunterschied in Angehörigenarbeit, Differenzierung nach Alter der Patient: innen</p> <p>Bedarf an SAGV, da hoher Unterstützungsbedarf gesehen für geriatrische Patient: innen</p>	<p>K5 Betreuungsunterschied K5.5 Angehörigenarbeit</p> <p>K8 SAGV K8.1 Zustimmung</p>
--	---	---	---

<p>die Geriatrischen, weil die sind ja doch sehr alt. Und die sind halt auch auf viel Unterstützung von außen angewiesen.</p> <p>Doch, natürlich spielt das eine Rolle dann auch. Dann durch die SAPV haben Sie halt die Möglichkeit, dass Sie einen Ansprechpartne r haben rund um die Uhr. Tag und Nacht.</p>	<p>Dann durch die SAPV haben Sie halt die Möglichkeit, dass Sie einen Ansprechpartne r haben rund um die Uhr. Tag und Nacht.</p>	<p>Palliativ Care Fachkräfte als wichtige Ansprechpartner 24/7</p>	<p>K9 Stellenwert der Palliativ Care</p>
<p>um die Uhr. Tag und Nacht. An Wochenenden und Feiertagen.</p> <p>Wenn zu mindestens dann zum Teil auch schon ein Partner gestorben ist. Die Kinder wohnen weit weg. Und bei</p>	<p>[...] auch schon ein Partner gestorben ist.</p> <p>Und bei den Jüngeren ist es halt so, dass sie oftmals noch einen Partner mit zu Hause haben.</p>	<p>Fehlende Angehörige</p> <p>Angehörige da, leben aber nicht zusammen wegen derzeitiger Situation</p>	<p>K3 Angehörige K3.2 Angehörige nicht vorhanden</p> <p>K3.1 Angehörige vorhanden</p>

<p>im Rahmen der Erkrankung selber geht.</p> <p>Also, Altersstruktur, ich sage mal, ab 18 aufwärts bis 100.</p> <p>Na ja, prinzipiell unterscheidet sich die, aus meiner Sicht, nicht unbedingt von denen der Jüngeren. Die Erwartungshaltung der jüngeren Patienten ist häufig höher, was vielleicht noch mal Diagnostiken oder spezielle Therapien betrifft. Bei den Älteren ist es vielleicht eher doch die Symptomkontrolle. Nicht so sehr der-, also die Richtung auf noch notwendige Diagnostik. Und was ich so beobachte, ist, dass Patienten erst erschrocken sind,</p>	<p>Erkrankung selber geht.</p> <p>[...] ab 18 aufwärts bis 100.</p> <p>Na ja, prinzipiell unterscheidet sich die, aus meiner Sicht, nicht unbedingt von denen der Jüngeren.</p> <p>[...] Die Erwartungshaltung der jüngeren Patienten ist häufig höher, was vielleicht noch mal Diagnostiken oder spezielle Therapien betrifft.</p> <p>[...] Bei den Älteren ist es vielleicht eher doch die Symptomkontrolle. Nicht so sehr der-, also die Richtung auf noch notwendige Diagnostik.</p>	<p>Altersstruktur</p> <p>Zunächst kein Unterschied</p> <p>Erwartungshaltung an Diagnostik und Therapie bei Jüngeren</p> <p>Symptomkontrolle bei Älteren im Focus</p>	<p>K4 Altersstruktur K4.1 18 bis 69 Jahre Und K4.2 über 70 Jahre</p> <p>K5 Betreuungsunterschied K5.10 kein Unterschied</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.6 Erwartungshaltung</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptomkontrolle</p>
---	--	--	---

<p>wenn sie primär zu uns kommen, auf die Station, sich dann aber doch relativ schnell in die Situation einfinden können und auch merken, dass ihnen diese Zuwendung, die tatsächlich ja mehr ist als auf anderen normalen, in</p> <p>Anführungsstrichen, Stationen doch eher gut tut und dass sie das gerne annehmen auch. Und sich dann auch eher auf die Endlichkeit einlassen können.</p> <p>Na ja, also wenn es um die Endlichkeit geht, glaube ich, ist es bei vielen Patienten so, dass es erst mal so einen Ruck gibt. Wo bin ich jetzt? An welcher Stufe befinde ich mich? Das heißt ja auch, ich muss mich selber noch mal mit</p>	<p>[...] Und sich dann auch eher auf die Endlichkeit einlassen können.</p> <p>Na ja, also wenn es um die Endlichkeit geht, glaube ich, ist es bei vielen Patienten so, dass es erst mal so einen Ruck gibt.</p>	<p>Letzte Lebensphase annehmen</p> <p>Auseinander- setzung mit Situation</p>	<p>K5 Betreuungsunter- schiede K5.9 Lebensbilanz</p>
--	---	--	---

<p>meiner Situation auseinanderzusetzen, was ja schon schwer ist, wenn man viele Probleme hat, die mit der Erkrankung selber einhergehen. Aber bei den Älteren ist es eben so, die wissen ja, dass sie am Lebensende irgendwo angekommen sind schon. Und sind aber dann-, also finden sich häufig schneller in die Situation rein und konzentrieren sich dann auch eher auf das Wesentliche, dass Dinge schneller zu regeln sind.</p> <p>Na bei den Jüngeren geht das ja eher um die-, manchmal gerade wenn Kinder noch eine Rolle spielen, um die Versorgung. Wie werden die Kinder</p>	<p>[...] ich muss mich selber noch mal mit meiner Situation auseinandersetzen [...]</p> <p>[...] dass sie am Lebensende irgendwo angekommen sind schon. Und sind aber dann-, also finden sich häufig schneller in die Situation rein und konzentrieren sich dann auch eher auf das Wesentliche, dass Dinge schneller zu regeln sind.</p> <p>Na bei den Jüngeren geht das ja eher um die-, manchmal gerade wenn Kinder noch eine Rolle spielen, um die Versorgung. Wie werden die</p>	<p>Bei Älteren eher Akzeptanz der Endlichkeit</p> <p>Letzte Dinge regeln</p> <p>Zukunftsängste bei Jüngeren hinsichtlich Versorgung der Kinder</p> <p>Umgang Erkrankung und Tod</p>	<p>K3 Angehörige K3.1 Angehörige vorhanden</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.3 Tod</p>
--	--	---	---

weiter versorgt? Wie vermittelt ich auch meinen Kindern, meine eigene Endlichkeit? Wie-, dieser Umgang mit der Erkrankung. Bei den Älteren sind ja die Angehörigen häufig lange Zeit in diesen Prozess mit eingebunden. Wenn es jetzt nicht ganz akut dramatisch schlecht wird. Und es ist dann doch manchmal einfacher mit den Angehörigen darüber zu reden. Nicht immer, aber häufiger ist es einfach, gerade bei den Älteren, das zu kommunizieren.	Kinder weiter versorgt? Wie vermittelt ich auch meinen Kindern, meine eigene Endlichkeit? Wie-, dieser Umgang mit der Erkrankung.	Lebensende	K5 Betreuungsunterschiede K5.9 Lebensbilanz
Also, ich glaube tatsächlich, dass eine SAPV für alle Patienten zugänglich ist. Egal,	Und es ist dann doch manchmal einfacher mit den Angehörigen darüber zu reden. Nicht immer, aber häufiger ist es einfach, gerade bei den Älteren, das zu kommunizieren. Also, ich glaube tatsächlich, dass eine SAPV für	Kommunikation mit Angehörigen älterer Patienten	K5.6 Erwartungshaltung und K5.9 Lebensbilanz
		SAPV für alle Patient: innen	K9 Stellenwert von Palliativ Care K8 SAGV K8.1 Zustimmung

<p>warum sie die jetzt benötigen. Also, wir haben ja irgendwann alle vielleicht Gebrechen und wünschen uns, dass wir dort bleiben können, wo wir uns wohlfühlen. Häufig ist das ja die Häuslichkeit. Also, ich glaube tatsächlich, dass eine SAPV für alle Patienten zugänglich ist. Egal, warum sie die jetzt benötigen. Also, wir haben ja irgendwann alle vielleicht Gebrechen und wünschen uns, dass wir dort bleiben können, wo wir uns wohlfühlen. Häufig ist das ja die Häuslichkeit. Ohne, dass wir jetzt immer wieder aus dieser gewohnten Umgebung herausgerissen werden. Und ich glaube, das ist</p>	<p>alle Patienten zugänglich ist.</p> <p>Egal, warum sie die jetzt benötigen. Also, wir haben ja irgendwann alle vielleicht Gebrechen und wünschen uns, dass wir dort bleiben können, wo wir uns wohlfühlen. Häufig ist das ja die Häuslichkeit.</p> <p>Und ich glaube, das ist unabhängig vom Alter oder auch</p>	<p>Versorgung zu Hause</p> <p>Wunsch in gewohnter Umgebung zu bleiben ist altersunabhängig und krankheitsunabhängig</p>	<p>K1 Versorgung K1.3 Nachsorge</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.10 keinen Unterschied</p>
---	--	---	---

<p>unabhängig vom Alter oder auch von der Erkrankung. Und ich glaube, das kann man gar nicht so unbedingt trennen. SAPV nur für Kranke oder nur für Alte. Weil Altwerden heißt ja häufig auch mit Erkrankungen alt werden irgendwann. Und insofern glaube ich nicht, dass es unbedingt eine Trennung da geben muss. SAPV nur für geriatrische Patienten oder nur für Tumorkranken. Das, glaube ich, das ist nicht sinnvoll.</p>	<p>von der Erkrankung.</p> <p>SAPV nur für geriatrische Patienten oder nur für Tumorkranken. Das, glaube ich, das ist nicht sinnvoll.</p>	<p>Notwendigkeit einer speziellen ambulanten Versorgung für geriatrische Patient:innen wird nicht gesehen</p>	<p>K8 SAGV K8.2 Ablehnung</p>
---	---	---	--

Originaltext I18	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>B: Ich arbeite mit Palliativpatienten. Mit onkologischen Patienten, mit Schmerzpatienten, mit Rheumapatienten, wie man merkt. Und mit geriatrischen Patienten, wie man merkt, das geht immer um chronische Erkrankungen, in all diesen Bereichen, das heißt also, ich habe mit Menschen zu tun, und mit Teams, die sich damit befassen, dass Krankheit so eine Art Lebensbegleiter ist. Und wenn Menschen sich darin zurechtfinden müssen, mit Krankheit, die nicht wieder weg geht. Irgendwie doch in guter Qualität, in</p>	<p>das geht immer um chronische Erkrankungen</p> <p>ich habe mit Menschen zu tun, und mit Teams, die sich damit befassen, dass Krankheit so eine Art Lebensbegleiter ist. Und wenn Menschen sich darin zurechtfinden müssen, mit Krankheit, die nicht wieder weg geht.</p>	<p>Pat.:innenklientel mit chronischen Erkrankungen</p>	<p>K2 Erkrankungen und Symptomlast</p>

<p>erstrebenswerter Qualität, das ist ja auch was sehr Reelles, ja, im Leben zu finden.</p> <p>Ja, an dem, was ich vorhin schon einführend gesagt habe, erkennt man, dass es auch jüngere Patienten sind, also in den rheumatologischen Bereichen sind es ja auch Patienten, die auch 30 Jahre alt sind. Und vielleicht auch mal ein bisschen jünger. Und auch bei den onkologischen Patienten gibt es in Einzelfällen auch sehr junge Patienten, bis hin ins ganz hohe Alter.</p> <p>Das fühlt sich bei einzelnen Menschen ja unterschiedlich</p>	<p>auch jüngere Patienten sind, also in den rheumatologischen Bereichen sind es ja auch Patienten, die auch 30 Jahre alt sind. Und vielleicht auch mal ein bisschen jünger. Und auch bei den onkologischen Patienten gibt es in Einzelfällen auch sehr junge Patienten, bis hin ins ganz hohe Alter</p>	<p>Altersstruktur</p> <p>sehr weit gefächert</p> <p>Von 30 – ins hohe Alter</p>	<p>K5</p> <p>Betreuungsunterschiede</p> <p>K5.5 Angehörigenarbeit</p>
--	---	---	---

<p>an, manchmal habe ich das Gefühl, ein 65-Jähriger befindet sich schon im hohen Alter. Und manchmal erstaunt es mich, dass 80-Jährige sich nicht sehr alt fühlen. Also hohes Alter ist relativ. Auf jeden Fall ist es ein Bereich, in dem für mich Menschen schon konfrontiert sind mit dem Lebensende, mit ihrem eigenen Lebensende, in jedem Fall kommen wir schon dazu, dass Menschen konfrontiert sind mit ihrem eigenen Lebensende aber darauf kommen wir ja im Folgenden noch zu sprechen.</p> <p>In meiner Arbeit taucht da gar nicht</p>	<p>65-Jähriger befindet sich schon im hohen Alter. Und manchmal erstaunt es mich, dass 80-Jährige sich nicht sehr alt fühlen. Also hohes Alter ist relativ.</p>	<p>Alter abhängig von</p>	<p>K4 Altersstruktur</p> <p>K4.2 ab 70 Jahre</p>
--	---	---------------------------	---

<p>so groß ein Unterschied auf. Ältere Menschen haben natürlich eine längere Lebensgeschichte, sind vielleicht auch schon ein bisschen bereiter zu reflektieren, über das, was vergangen ist, und empfinden das vielleicht auch schon eher als einen Schatz. Das ist bei Jüngeren natürlich-, oder nicht natürlich, aber das beobachte ich, erstmal kein gewohnter Fokus. Wenn jüngere Menschen sich durch die Erkrankung, mit der wir überhaupt in Kontakt kommen, konfrontiert sehen mit so einer Art Lebensbilanz, dann ist es für sie häufig auch etwas</p>	<p>In meiner Arbeit taucht da gar nicht so groß ein Unterschied auf. Ältere Menschen haben natürlich eine längere Lebensgeschichte empfinden das vielleicht auch schon eher als einen Schatz.</p> <p>jüngere Menschen sich durch die Erkrankung, konfrontiert sehen mit so einer Art Lebensbilanz, dann ist es für sie etwas</p>		<p>K2 Erkrankungen und Symptomlast</p> <p>K 2.3 Tod</p> <p>K1 Versorgung</p> <p>K1.3 Nachsorge</p> <p>K1.4 Netzwerkarbeit</p>
---	--	--	--

<p>Ungewohntes, Neues, was auch abgewehrt wird, erstmal, weil es auch gar nicht in die eigene Lebensplanung passt. Vielleicht liegt darin so ein erkennbarer Unterschied, also die, die Erfahrung mit Bilanzieren, Lebensbilanz. Das ist sehr verschieden. Zwischen den Jungen und den Alten.</p> <p>Ja, das könnte man so sagen. Die haben da schon eher einen Zugang.</p> <p>Wahrscheinlich ist es so im Leben, dass man, je älter man wird, auch mehr ins Bilanzieren, ins Erzählen kommt, über gelebte Geschichten.</p>	<p>Ungewohntes weil es auch gar nicht in die eigene Lebensplanung passt. Vielleicht liegt darin so ein erkennbarer Unterschied, die Erfahrung mit Bilanzieren, Lebensbilanz</p>		<p>K5 Betreuungsunterschiede</p> <p>K5.2 kognitives Verständnis</p>
---	---	--	---

<p>Also das ist sehr individuell verschieden. Es gibt auch sehr alte Menschen, die irgendwo festhängen an Themen. Es gibt ja auch schwer depressive alte Menschen, mit denen das Um-, also Perspektivwechsel sehr kompliziert sind. Über leicht und schwer würde ich da jetzt gar nicht unterscheiden wollen.</p> <p>Also, wenn geriatrisch ab 65 vielleicht losgeht oder ab 75. Wenn es ab 65 losgeht, sind es 75 Prozent. Und ja, ab 75 vielleicht 50 Prozent.</p> <p>Ich melde mich später zurück, ich</p>	<p>je älter man wird, auch mehr ins Bilanzieren, ins Erzählen kommt, über gelebte Geschichten.</p>		
---	--	--	--

<p>bin doch nochmal beschäftigt. Okay.</p> <p>Ich kann mich noch erinnern, dass wir uns vor Jahren aus dem stationären Arbeiten mal gewünscht hatten, dass wir mit palliativen Patienten, dass man die doch so gut zu Hause betreuen kann. Und das ist ja jetzt Wirklichkeit geworden. Und ähnlich ist es mit den geriatrischen Patienten: Wir haben ja häufig die Situation, dass Menschen sich nicht nach Hause trauen, weil der Betreuungsaufwand groß ist, den er ja auch, den man meistens ja auch nicht vorgedacht hat. Naja, wie wird</p>	<p>ab 65 losgeht, sind es 75 Prozent. Und ja, ab 75 vielleicht 50 Prozent.</p>		<p>K8 SAPV</p> <p>K81. Zustimmung</p>
--	--	--	--

<p>es sein, wenn ich hilfebedürftig werde. Das ist ja bei alten Menschen genauso, wie bei kranken Menschen. Das eigentlich nicht vorgedacht wird. Und dass dadurch die Unsicherheiten und Ängste sehr groß sind. Und die SAPV leistet ja sowas wie auch ein bisschen Bildung. Auch ein bisschen Angstreduktion. In den Familien. Und das ist natürlich bei alten Menschen, die hilfebedürftiger werden und wo sich die Familie mit dem Abschiedlichen befassen muss, genauso wichtig wie mit palliativen Patienten. Also ich sehe da schon, wenn ich so die Fälle in der Vergangenheit</p>	<p>palliativen Patienten, dass man die doch so gut zu Hause betreuen kann. Und das ist ja jetzt Wirklichkeit geworden. Und ähnlich ist es mit den geriatrischen Patienten: Wir haben ja häufig die Situation, dass Menschen sich nicht nach Hause trauen, weil der Betreuungsaufwand groß ist, den er ja auch, den man meistens ja auch nicht vorgedacht</p> <p>Unsicherheiten und Ängste sehr groß sind. Und die SAPV leistet ja sowas wie auch ein bisschen Bildung. Auch ein bisschen Angstreduktion. In</p>		
--	---	--	--

<p>sehe, eine Versorgungslücke durchaus. Also in der Regel wird ja in solchen Fällen in Richtung Pflegeheim gedacht. Und die ein oder andere Familie oder auch vielleicht auch der ein oder andere Alleinlebende könnte mit einer SAPV-oder-SAGV-Versorgung oder, ja ermuntert werden, im häuslichen Umfeld zu bleiben.</p> <p>Dazu, also da ist mir, das kann ich dann nur aus den Berichten jetzt rekonstruieren, dass manchmal die Unsicherheit auch in den Pflegeheimen und das ist ja das, was wir ja häufig in der Palliativstation haben, dass hier</p>	<p>den Familien. Und das ist natürlich bei alten Menschen, die hilfebedürftiger werden und wo sich die Familie mit dem Abschiedlichen befassen muss, genauso wichtig wie mit palliativen Patienten. Also ich sehe da schon, wenn ich so die Fälle in der Vergangenheit sehe, eine Versorgungslücke durchaus.</p> <p>Also in der Regel wird ja in solchen Fällen in Richtung Pflegeheim gedacht. Und die ein oder andere Familie oder auch vielleicht auch der ein oder andere Alleinlebende könnte mit einer</p>		
--	--	--	--

	den Pflegeheimen und das ist ja das, was wir ja häufig in der Palliativstation haben, dass hier Pflegeheimpatienten stationär kommen, die eigentlich in Pflegeheimen, auch wenn sie palliativ versorgt würden, einfach im Pflegeheim bleiben könnten,		
--	---	--	--

Originaltext I19	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Ich würde sagen, na, die Patienten sind ja schon schwerkrank, die sind schon besonders die, muss man mal so sagen, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen, wie die Familie mit ihrer Krankheit umgeht, was sie sich überhaupt vorstellen, inwiefern wir helfen können, ja, das würde ich so sehen, charakteristisch was-.</p> <p>Ja, ja, können sie sich überhaupt vorstellen zu Hause zu bleiben, inwieweit kann ich meinen Angehörigen zu</p>	<p>Patienten sind ja schon schwerkrank</p> <p>Krankheit umgehen, wie die Familie mit ihrer Krankheit umgeht, was sie sich überhaupt vorstellen,</p>	<p>Versorgung von schwerkranken Pat.:innen</p> <p>Angehörigenarbeit</p> <p>Arbeitsaufgabe der Schulung von</p>	<p>K3 Angehörige K3.1 vorhanden K2 Erkrankungen und Symptomlast</p>

<p>Hause betreuen, schaffe ich das bis zum Ende zu Hause zu betreuen oder muss ich mir eine Möglichkeit suchen, wo sie dann versterben können letztendlich?</p> <p>Also von wie . Von wie bis alt? 30 bis ja, 100. Selten, aber kommt schon vor.</p> <p>Ja.</p> <p>Na ich finde schon, dass es mehr wird. Dass die Leute durchaus älter werden, und dass schon einen hohen Stellenwert hat.</p> <p>Würde ich sagen. Na das fängt in der Betreuung an, sage ich mal, wenn jemand jung ist, und vielleicht auch noch junge Kinder hat, alleinstehend, das Kind Mutti nicht alleine betreuen kann, muss ich ja schon anders rangehen, mir was überlegen, wie ich sie weiter betreuen kann, hat sie Eltern, können die Eltern sie betreuen als jemand Älteren, wo vielleicht die Kinder vor Ort sind und helfen können.</p> <p>-wo mehr Angehörige sind.</p>	<p>vorstellen zu Hause zu bleiben, inwieweit kann ich meinen Angehörigen</p> <p>muss ich mir eine Möglichkeit suchen, wo sie dann versterben</p> <p>30 bis 100 Jahre</p> <p>die Leute durchaus älter werden, und dass schon einen hohen Stellenwert hat.</p> <p>wenn jemand jung ist, und vielleicht auch noch junge Kinder hat, alleinstehend, das Kind Mutti nicht alleine betreuen kann, muss ich mir</p>	<p>Angehörigen, Netzwerkarbeit</p> <p>Pat.:innen sind 30-100 Jahre alt</p> <p>Geriatrische Pat.:innen haben einen hohen Stellenwert</p> <p>Betreuungsunterschied in der Angehörigenarbeit und Versorgung</p>	<p>K1 Versorgung K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K7Arbeitsaufgaben K7.4 Schulung</p> <p>K4Altersstruktur K4.1 und 4.2</p> <p>K9 Stellenwert</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.5 Angehörigenarbeit</p>
--	--	--	---

<p>Mehr Betreuungsmöglichkeiten, oder?</p> <p>Würde ich denken. Muss nicht so sein. SAGV?</p> <p>Würde ich schon für sinnvoll empfinden. Der geriatrische Patient an sich kann man ja schon anders damit umgehen, und da denke ich mal schon, so ein palliativgeriatrischer Patient würde ich schon für sinnvoll empfinden.</p> <p>Ja vielleicht durchaus auch, dass die Patienten in Pflegeheimen untergebracht werden, dass man die vielleicht doch zu Hause mit weiterbetreuen könnte, vielleicht.</p> <p>Ja, durchaus. Wenn da geschulte Mitarbeiter mehr wären. Palliativgeriatrisch. Doch würde ich durchaus sehen.</p> <p>Gibt schon den ein oder anderen, doch, das denke ich schon mal. Sei es bei Medikamentengabe, bei besonderen Fällen, die unsere spezialisierten Patienten ja schon haben. Ohne dass ich sagen würde, dass normale Pflegekräfte das nicht können, aber es gibt ja doch spezialisierte Patienten,</p>	<p>was überlegen, wie ich sie weiter betreuen kann, hat sie Eltern, können die Eltern sie betreuen als jemand Älteren, wo vielleicht die Kinder vor Ort sind und helfen können.</p> <p>SAGV Leistung würde ich schon für sinnvoll empfinden.</p>		<p>K8 SAPV</p> <p>K81. Zustimmung</p>
---	--	--	--

<p>da muss man täglich reagieren. Was mache ich wie anders. Und da denke ich wäre das eine Antwort.</p> <p>Genau, durchaus</p>			
--	--	--	--

Originaltext I20	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Der Schwerpunkt meiner Arbeit im [...] ist die Kooperation zwischen Ärzten, Pflegern und Angehörigen, vor allen Dingen geriatrischen Patienten hier unten auf der F01, sozusagen. Das ist so das Hauptaugenmerk.</p> <p>Ja. Also was das Besondere an der geriatrischen Station ist, dass man ja nicht nur mit dem Patienten alleine arbeitet, sondern natürlich auch mit den Angehörigen, weil unterschiedliche Krankheitsbilder vorliegen, unter anderem Demenz und</p>	<p>Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Kooperation zwischen Ärzten, Pflegern und Angehörigen, vor allen Dingen geriatrischen Patienten</p> <p>Besondere an geriatrischen Station, nicht nur mit dem Patienten alleine arbeitet, Angehörigen, weil unterschiedliche Krankheitsbilder vorliegen, Demenz, wo man auch nicht mehr so ganz mit den Angehörigen-, also mit den Patienten alleine arbeiten kann. muss man die</p>	<p>Netzwerkarbeit und Angehörigen Arbeit Schwerpunkt der Arbeit</p> <p>Besonderheiten bei der Betreuung von geriatrischen Patient: innen mit Demenz ist die Angehörigenarbeit</p>	<p>K1 Versorgung K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptomlast K2.6 Demenz</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.5 Angehörigenarbeit</p>

<p>so weiter, wo man auch nicht mehr so ganz mit den Angehörigen-, also mit den Patienten alleine arbeiten kann. Da nicht mehr alleine Entscheidungen mit ihm zu treffen sind, muss man halt die Angehörigen mit ins Boot holen, was manchmal das einfacher, manchmal aber auch schwieriger gestaltet, so das Ganze-, also um zum Ziel zu kommen, sozusagen.</p> <p>Ja. Ist eigentlich-. Also das, was ich bisher hatte, war eigentlich fast 70 plus, kann ich fast sagen, also sind Wenige unter 65, die jetzt hier auf Station sind. Also Orthopädie ist da nochmal anders, aber jetzt von der geriatrischen auszugehen. Ja.</p> <p>B: Also, -ist eigentlich eher im Hintergrund, weil die palliative Versorgung bis jetzt ja so angelegt ist, dass eigentlich ein Ende absehbar sein muss und das ist bei den Patienten-, bei den meisten Patienten, die hier sind, nicht der Fall, dass man jetzt</p>	<p>Angehörigen mit ins Boot holen</p> <p>fast 70 plus, Wenige unter 65</p> <p>palliative Versorgung bis jetzt ja so angelegt ist, dass eigentlich ein Ende absehbar sein muss</p> <p>eine Vermittlung ins Hospiz</p> <p>Patientin ist dann verstorben</p> <p>palliative Versorgung. SAPV ist manchmal mit dem Aspekt, dass da</p>	<p>Altersstruktur Ab 70</p> <p>Indikation für die palliative Versorgung ist eine deutlich begrenzte Lebenserwartung um die Pat. ins Hospiz zu verlegen oder bei der SAPV anzumelden</p>	<p>K4 Altersstruktur</p> <p>K4.2 ab 70 Jahre</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptomlast</p> <p>K 2.3 Tod</p> <p>K1 Versorgung</p> <p>K1.3 Nachsorge</p> <p>K1.4 Netzwerkarbeit</p>
---	---	---	--

<p>sagen kann: „Okay. Da ist jetzt eine Vermittlung ins Hospiz möglich oder notwendig“. Also das ist eher selten. Andersherum sind natürlich die Plätze auch gar nicht, wenn das dann-. Also ich hatte bisher, wie gesagt, in der Zeit, wo ich jetzt hier bin, auch nur einen Fall und die Patientin ist dann auch hier verstorben, ohne dass da überhaupt eine palliative Versorgung stattfinden konnte. SAPV ist manchmal-, aber eben auch eher mit dem Aspekt, dass da auch das Ende in Sicht sein muss, bis das bewilligt wird von der Krankenkasse.</p> <p>Naja jünger, also im Sinne auch, dass die Alterserkrankungen nicht so stark vertreten dann sind, wenn die Patienten jünger sind. Dann kann man ja durchaus noch viel mehr mit dem Patienten das besprechen und die verstehen das auch noch. Bei den geriatrischen Patienten ist es ja oft so, dass sie die Realität gar nicht wirklich mehr</p>	<p>auch das Ende in Sicht sein muss</p> <p>wenn die Patienten jünger sind kann man viel mehr mit dem Patienten besprechen und die verstehen das. Bei den geriatrischen Patienten ist es ja so, dass sie ihre eigene Realität haben. Die wollen meistens wieder zurück in die Häuslichkeit“ Der Unterschied ist wirklich dieses-, das Kopfmäßige, das Kognitive, dass die geriatrischen Patienten oft mit zunehmendem Alter auch kognitiv eingeschränkt sind und die Wahrnehmung eine andere wird.</p>	<p>Der Betreuungs-unterschied zwischen den jungen Pat.innen und geriatrischen Pat.: innen sind die kognitiven Einschränkungen die zu einer eigenen Realität führen</p>	<p>K5 Betreuungsunterschiede</p> <p>K5.2 kognitives Verständnis</p>
---	---	--	---

<p>wahrnehmen, also sie haben ihre eigene Realität. Und das ist so ein bisschen die Schwierigkeit, wenn man jetzt nur sich auf die besinnt und sagt: „Oh ja. Die wollen meistens wieder zurück in die Häuslichkeit“. Und dann, wenn wir nur darauf hören würden und nicht weitergucken, was ist wirklich, dann würde das meistens schiefgehen, weil einfach der Hintergrund nicht klar ist. Weil hier im Krankenhaus ist ja nun mal eine besondere Situation, weil hier sie umsorgt. Das ist nochmal anders als zu Hause, wo sie immer jemanden brauchen, der auch nicht 24 Stunden da ist. Aber das ist eben der-. Der Unterschied ist wirklich dieses-, das Kopfmäßige, das Kognitive, dass die geriatrischen Patienten oft mit zunehmendem Alter auch kognitiv eingeschränkt sind und die Wahrnehmung eine andere wird.</p> <p>Also ich denke, man könnte einige</p>	<p>man könnte einige Krankenhausaufenthalte damit verhindern</p> <p>Hausarzt oder von einem Angehörigen,</p>	<p>Durch die SAGV könnten Wiedereinweisung ins KH vermieden werden</p>	<p>K8 SAPV</p> <p>K81. Zustimmung</p>
---	--	--	--

<p>Krankenhausaufenthalte damit verhindern, weil das einfach auch oft soziale Diagnosen sind, die dahinterstehen, also dass die einfach nicht versorgt sind zu Hause und dann vom Hausarzt oder von einem Angehörigen, also im Prinzip ins Krankenhaus geschickt werden oder der Hausarzt gefragt wird: „Kann er nicht ins Krankenhaus, um da einfach bestimmte Dinge zu regeln oder zu gucken, was kann man weiter versorgen? Wo ist es noch besser?“ Also oftmals treten ja dann Angehörige auch an uns heran und möchten gerne: „Ach. Können wir nicht eine Pflegegraderhöhung auf (?eilt) machen. Können wir nicht-. Eigentlich suchen wir einen Heimplatz“. Also so Dinge, die eigentlich im Vorfeld gelöst werden könnten, werden dann hier geregelt. Auch natürlich mit der Anbindung, dass wir das vielleicht auch mit ein Stück weit übernehmen und das nochmal erklären und so weiter. Und</p>	<p>also im Prinzip ins Krankenhaus geschickt werden</p> <p>oftmals treten ja dann Angehörige auch an uns heran und möchten gerne: Können wir nicht eine Pflegegraderhöhung auf (?eilt) machen. Können wir nicht-. einen Heimplatz“. Also so Dinge, die eigentlich im Vorfeld gelöst werden könnten,</p> <p>da gehen die Leute nicht hin.,</p>	<p>Entlastung Gesundheitswesen durch SAGV(Care and Case Management)</p> <p>Pflegeberatung wird von Pat. und Angehörigen nicht wahrgenommen</p>	<p>K1 Versorgung K1.5 Fehlversorgung</p>
--	---	--	---

<p>eben die Erkrankung, die oft ja eigentlich im Hintergrund ist, da nochmal vorgeholt wird und gesagt wird: „Geht ja nicht mehr. Guck mal. Wir müssen“. Und so. Also ich denke schon, dass Vieles damit aufgehoben werden könnte. Und es gibt ja Beratungsstellen und so weiter, aber das ist wirklich-. Also da gehen die Leute nicht hin. Die haben- (Telefongeräusch). Gerade wenn die älter sind, können die da nicht mehr hingehen. Und die Angehörigen gehen da nicht, auch zur Pflegeberatung und was weiß ich. Also sie machen es einfach nicht, weil-.</p> <p>Genau. Nein. Also wir sagen das immer wieder, auch weil wir ja nur in dem Kliniksetting zuständig sind, dass wir dann sagen: „Da gibt es Möglichkeiten der Beratung“. Oder: „Wenn Sie, angelehnt an der Sozialstation, sich da Beratung holen“. Aber das-. Wenn die noch nirgendwo sind, gehen die nicht zum Pflegestützpunkt, weil das ist für die so fern. Also habe ich</p>	<p>Angehörigen gehen da nicht, auch zur Pflegeberatung</p>		
--	--	--	--

<p>jedenfalls noch nicht erlebt, dass die-. Die rufen eher dann nochmal hier an: „Und können wir nicht nochmal irgendwie“- So.</p> <p>Ja. Genau. Also das ist vielfach so. Also gerade weil dann auch den Angehörigen das offenbar wird, was da wirklich los ist und dass sie dann versuchen auch: „Ja. Können wir nicht noch das und können wir nicht noch jenes?“ Natürlich kriegen wir manche Sachen hier schneller hin, aber nicht immer ist das ja so gegeben.</p> <p>Genau. Also das denke ich schon, dass es da viele Ärzte auch an ihre Grenzen kommen. Also ich hatte vor zwei Wochen auch einen Anruf von einer Hausärztin, die gesagt hat: „Oh. Der Patient ist jetzt in der Klinik. Am besten geht der gleich woanders, weil sie kriegen ihn gar nicht mehr zu Hause versorgt. Und die Frau kriegt das selber nicht-, also hat selber Pflegegrad drei und er hatte auch</p>	<p>ich glaube schon, dass es da viele Ärzte auch an ihre Grenzen kommen.</p>	<p>Hausärzte sind mit der Versorgung von Palliativ- und geriatrischen Patient:innen überfordert</p>	<p>K1.5 Fehlversorgung</p>
---	--	---	----------------------------

<p>Pflegegrad drei“. Und sie haben es nicht hingekriegt. Also-. Und die wollte gerne, dass die gut versorgt sind. Sie fährt da drei Mal raus. Aber eigentlich ist da hausärztlich gar nichts zu versorgen. Ist einfach nur, bestimmte Sachen zu klären, sie zu beruhigen. Ja. So.</p>			
---	--	--	--

Originaltext I21	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Ja. Überwiegend bin ich ja in der Orthopädie tätig jetzt. Und da geht es ja darum, um das mal ganz salopp auszudrücken, die Patienten auf die Beine zu bringen. Wir machen also Krankgymnastik. Wir machen Gangschulen, klar, damit sie auf die Beine kommen. Und wenn irgendwie Bedarf noch ist, Atemtherapien, Lymphdrainagen, was man so braucht.</p>	<p>in der Orthopädie geht es ja darum, die Patienten auf die Beine zu bringen. Wir machen Krankgymnastik. Gangschulen Atemtherapien, Lymphdrainagen,</p>	<p>Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität durch KG, GS, AT und MLD</p>	<p>K7Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben der beruflichen Akteur:innen</p> <p>K7.6 Lebensqualität verbessern</p>

<p>Abwechslung. Also sowohl von der Arbeit, als auch von Patienten. Man lernt ja so viele verschiedene Charaktere kennen. Dadurch ist auch die Behandlung nicht immer die gleiche. Also die Patienten arbeiten ja unterschiedlich mit und man hat unterschiedliche Erfolge auch. Aber das wäre auch ein Punkt, also die Erfolge, die man hat und die man sieht, eben dass die Patienten eben auf die Beine kommen und motivierter sind, je mehr das vorangeht und so.</p> <p>Na die sind meistens-, die Patienten sind meistens so zwischen-, also die meisten so zwischen 60 und 80 oder noch älter</p> <p>Also zwischen 75, 80 und ab 90 aufwärts, würde ich denken</p> <p>Mhm (nachdenklich). Was macht die-. Was macht-? Also, wie gesagt, ich mache das ja nur Vertretungsweise. Und an den letzten Patienten kann ich mich sehr gut erinnern. Der ist nämlich von der Orthopädie hier runtergekommen in die Geriatrie. Und die Patienten sind, egal, ob sie jetzt dement sind oder einfach nur so ein Durchgangssyndrom haben oder so, sind die eigentlich durchweg-, ich hätte bald gesagt begeistert,</p>	<p>die Patienten sind 75, 80 und ab 90 aufwärts,</p> <p>die Patienten sind dement oder einfach ein Durchgangssyndrom haben</p> <p>für mich relativ gut zu führen und leicht zufrieden zu stellen, wenn man sich mit ihnen beschäftigt, wenn man sich Zeit lässt und sich einfach auch, auf das Niveau herablässt, demente Patienten hat, dann geht man ja nicht so um, wie mit normalen Patienten. Dann lässt man sich da halt auf diese Stufe auch ein bisschen herab, damit man mit denen kommunizieren</p>	<p>Altersstruktur 75- über 90 Jahre</p> <p>Demenz und Durchgangssyndrom bei geriatrischen Patienten als Erkrankungen benannt</p> <p>Unterschied zwischen den jüngeren Patient:innen und geriatrischen Patient:innen ist die Betreuungszeit, und das kognitive Verständnis</p>	<p>K4 Altersstruktur</p> <p>K4.2 ab 70 Jahre</p> <p>K2 Erkrankungen und Symptomlast</p> <p>K2.6 Demenz</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede</p> <p>K.1. Zeitlicher Rahmen K5.2kognitives Verständnis</p>
---	---	---	--

<p>aber sehr-, also für mich relativ gut zu führen und leicht zufrieden zu stellen, wenn man sich mit ihnen beschäftigt, wenn man sich Zeit lässt und sich einfach auch, ich will jetzt nicht sagen, auf das Niveau herablässt, aber wenn man jetzt so demente Patienten hat, dann geht man ja nicht so um, wie mit normalen Patienten. Dann lässt man sich da halt auf diese Stufe auch ein bisschen herab, damit man mit denen kommunizieren kann. Und ich finde, die Patienten sind dankbar. Doch.</p> <p>Ja. Absolut. Die haben eine ganz andere Zielsetzung. Also für mich hat ein älterer Mensch immer die Priorität, ihn wieder im normalen Alltag-, also so, wie es vorher war natürlich, dass man ihn dahinbringt, dass er sich normal bewegen kann und an seinem normalen vorherigen Alltag wieder anknüpfen kann. Das wäre für mich auf jeden Fall das Ziel, während in der Orthopädie ist das ja, zwar auch, sie wieder auf die Beine zu bringen. Aber da spielen ja auch andere Dinge noch eine Rolle. Da muss man eben wirklich, auch mit den sportlichen Aktivitäten-, dass sie wieder kräftiger werden zum Beispiel auch, richtig Muskeltraining machen und sowas. Also da sind die Prioritäten schon ein bisschen anders bei</p>	<p>kann. Und ich finde, die Patienten sind dankbar.</p> <p>für mich hat ein älterer Mensch immer die Priorität, ihn wieder im normalen Alltag, sich normal bewegen kann und an seinem normalen vorherigen Alltag wieder anknüpfen kann. Das wäre das Ziel, Also da sind die Prioritäten anders bei den Älteren.</p> <p>Dass sie Dinge des alltäglichen-, Bedarfs wiederhinkriegen. Sich alleine anziehen, waschen und laufen können, bewegen können.</p> <p>Altersheime, altersgerechtes Wohnen Die Gesellschaft wird immer älter. könnte ich mir das</p>	<p>Ziel der Behandlung von geriatrischen Patient: innen ist das zurechtkommen im Alltag</p> <p>Zielsetzung in der Arbeit mit geriatrischen Patient: innen unterschiedlich</p> <p>SAGV Leistungsbedarf durch demographischen</p>	<p>K7 Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben der beruflichen Akteur: innen</p> <p>K7.6 Lebensqualität verbessern</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede</p> <p>K5.3 Mobilitätsgrad</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede</p> <p>K5.3 Mobilitätsgrad</p> <p>K8 SAPV</p> <p>K81. Zustimmung</p>
---	---	---	--

<p>den Älteren. Auf jeden Fall. Mhm (bestätigend).</p> <p>Ja. Dass sie so ihre Dinge des alltäglichen-, Bedarfs hätte ich bald gesagt, -so Gebrauchs wiederhinkriegen. Ja. Sich alleine anziehen können, waschen und sowas alles und laufen können, bewegen können. Sowas. Mhm (bestätigend).</p> <p>Absolut. Also wenn man sich mal überlegt: Altersheime, altersgerechtes Wohnen und sowas. Das schießt ja alles aus dem Boden. Die Gesellschaft wird immer älter. Und absolut könnte ich mir das vorstellen, dass da ein Bedarf ist. Klar. Und die meisten wollen ja auch gar nicht weg von zu Hause. Und die sind ja froh, wenn sie zu Hause bleiben können und dann die Hilfe dahinkriegen. Absolut.</p>	<p>vorstellen, dass da ein Bedarf ist an SAGV</p> <p>die meisten wollen ja auch gar nicht weg von zu Hause. die sind ja froh, wenn sie zu Hause bleiben können</p>	<p>Wandel, Zunahme von stationären Pflegeeinrichtungen und Wunsch in der Häuslichkeit zu verbleiben</p>	
---	--	---	--

Originaltext I22	Paraphrasierung	Reduktion	Kategorienbildung
<p>Schwerpunkt meiner Arbeit sind hauptsächlich zwei Dinge: Einmal die Mitarbeiterführung und die Qualität der Versorgung der Bewohner, also die zufriedenstellende Qualität. [...] es mir sehr wichtig, dass vor</p>	<p>Schwerpunkt meiner Arbeit Mitarbeiterführung und die Qualität der Versorgung der Bewohner, also die zufriedenstellende Qualität. [...]auch die Wirtschaftlichkeit nicht außer Augen lassen darf. Also ich muss schauen auf die baulichen</p>	<p>Arbeitsaufgaben sind Mitarbeiterführung, Personalplanung, Qualitätsmanagement , Betriebswirtschaftliche-verantwortung, Instandhaltung und Gebäudeverantwortung</p>	<p>K7Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben der beruflichen Akteure: innen</p> <p>K7.2 Personalstruktur</p> <p>K7.3Mitarbeiterführung</p> <p>K7.5Qualitätsmanagement</p>

<p> allem die Bewohner in der Einrichtung-, dass es ihnen gut geht, dass ihre individuellen Bedürfnisse erfasst werden und möglichst gut kompensiert werden. Andererseits darf man auch nicht vergessen, dass auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen wirtschaftliche Unternehmen sind, sodass ich als [...]auch den Blick für die Wirtschaftlichkeit nicht außer Augen lassen darf. Also ich muss schauen auf die baulichen Gegebenheiten oder Instandhaltungen, Veränderungen, die initiiert werden müssen. Die Personalplanung ist natürlich auch sehr wichtig. Das hat auch alles mit einem Personalabgleich zu tun, der mit den Kassen verhandelt wird, dass man da immer im Blick behalten muss, dass es A, den Bewohnern geht und den Mitarbeitern natürlich auch. </p>	<p> Gegebenheiten oder Instandhaltungen, Veränderungen, die initiiert werden müssen. Die Personalplanung </p>		<p> K7.6Lebensqualität verbessern </p> <p> K7.7betriebswirtschaft liche Verantwortung </p>
	<p> Altenpflegeeinrichtun g umfasst 68 vollstationäre Pflegeheimplätze alle Einzelzimmer Bewohner, die bei uns leben, immer älter </p>	<p> Unterversorgung im Bereich der „jungen Pflege“ </p> <p> Altersstruktur </p>	<p> K1Versorgung </p> <p> K.1.1 Unterversorgung </p>

<p>Also unsere Altenpflegeeinrichtung umfasst 68 vollstationäre Pflegeheimplätze. Das heißt, dass wir, wenn wir vollausgelastet sind, dann haben wir 68 Bewohner. Das Ganze verteilt sich auf drei Etagen. Und bei uns haben alle Einzelzimmer. Die Altersstruktur, die befindet sich eigentlich gerade in so einer Art Wandel, weil die Leute versuchen wirklich möglichst lange zu Hause zu bleiben und ziehen dann wirklich möglichst spät auch in unsere Einrichtung. Natürlich hat der Stand der Forschung auch was damit zu tun. Wir sehen, dass die Leute, die bei uns einziehen oder der große Teil der Bewohner, die bei uns leben, immer älter wird. Aber es gibt auch das komplette Gegenteil. Da ist nämlich die defizitäre Versorgung in der landwirtschaftlich sehr spärlich besiedelten-. Ja. Mecklenburg. (I: Flächenland.) Ja. Genau. Wir sind ein Flächenland. Ja. Das macht sich halt deutlich, dass gerade solche Sachen, junge Pflege, das einfach fehlt. Und demzufolge haben wir auch solche Klientel bei uns in den Einrichtungen, sodass wir von der Altersstruktur von unter 50, beziehungsweise 60, bis hoch über die 100 reden. Vielleicht einfach nochmal, um ganz genaue Zahlen</p>	<p>wird. Aber es gibt auch das komplette Gegenteil. defizitäre Versorgung in Mecklenburg. (I: Flächenland.) Ja. Genau. Wir sind ein Flächenland. Ja. Das macht sich halt deutlich, junge Pflege, das einfach fehlt. haben wir auch solche Klientel bei uns in den Einrichtungen Altersstruktur von unter 50, beziehungsweise 60, bis hoch über die 100 reden. ganz genaue Zahlen Der jüngste Bewohner, den wir aktuell haben, ist 39 und die älteste Dame, die bei uns lebt, geht auf die 100 zu.</p>	<p>39- 99 Jahre</p>	<p>K4 Altersstruktur</p> <p>K4.1 K4.2</p> <p>18- 69 und ab 70 Jahre</p>
<p>die palliative Versorgung spielt</p>	<p>Palliativ Care sehr wichtig in der Sterbephase</p>	<p>K9 Stellenwert der Palliative Care bei geriatrischen Pat.</p>	

<p>zu nennen: Der jüngste Bewohner, den wir aktuell haben, ist 39 und die älteste Dame, die bei uns lebt, geht auf die 100 zu.</p> <p>Also die palliative Versorgung spielt eine wesentliche Rolle, also nicht direkt beim Aufenthalt, aber in der letzten Lebensphase natürlich. Weil die Leute, die zu uns ins Heim ziehen, die sehen das als letzte Station, also sprich, das ist ihr letztes zu Hause. Und die meisten, das kennen sie ja auch von ihrer ambulanten palliativen Versorgung, möchten gerne zu Hause sterben in der-, wirklich in der Situation, in der sie immer gelebt haben, beziehungsweise die letzte Zeit gelebt haben, wo sie die Gegebenheiten kennen, die Strukturen kennen, die Leute kennen. Und das versuchen wir auch bestmöglich umzusetzen. Wir haben bei uns direktgeschultes Personal, also Palliativ-Care-Fachkräfte, aber auch arbeiten wir gut mit der ambulanten palliativen Versorgung zusammen aus dem Klinikum hier bei uns. Haben unterdes aber auch um die Betreuung, gerade in der letzten Sterbephase, zu kompensieren auch Hilfe vom ambulanten Hospizdienst. Und</p>	<p>eine wesentliche Rolle, in der letzten Lebensphase</p> <p>Wir haben bei uns direktgeschultes Personal, also Palliativ-Care-Fachkräfte, aber auch arbeiten wir gut mit der ambulanten palliativen Versorgung zusammen aus dem Klinikum hier bei uns. Haben unterdes aber auch um die Betreuung, gerade in der letzten Sterbephase, zu kompensieren auch Hilfe vom ambulanten Hospizdienst. Und diese Kombination aus diesen drei Versorgungseinrichtungen macht es möglich eine gute Sterbephase zu realisieren, also an den individuellen Bedürfnissen natürlich gerichtet ja den Bezug zur katholischen Kirche, beziehungsweise zur christlichen Kirche. Nebenan ist ja direkt die katholische Kirche, sodass wir den seelsorgerischen Beistand ziemlich schnell auch</p>	<p>Netzwerk aus eigenen Palliativ Care Kräften und anderen Leistungsanbietern, wie SAPV, ambulanter Hospizdienst, Hausärzte, Klinikum, katholische Kirche Seelsorge</p>	<p>K1 Versorgung K1.4. Netzwerkarbeit</p>
--	---	---	--

<p>diese Kombination aus diesen drei Versorgungseinrichtungen macht es möglich eine gute Sterbephase zu realisieren, also an den individuellen Bedürfnissen natürlich gerichtet. Es gibt Leute, die möchten immer betreut sein, beziehungsweise immer begleitet sein. Andere äußern das auch schon vorher, dass es ihnen relativ egal ist, beziehungsweise ob jemand da ist oder keiner da ist. Aber viele sehen das auch gerade als Mehrwert in unserem Haus, weil wir haben ja den Bezug zur katholischen Kirche, beziehungsweise zur christlichen Kirche. Nebenan ist ja direkt die katholische Kirche, sodass wir den seelsorgerischen Beistand ziemlich schnell auch kompensieren können.</p> <p>Also wenn wir von den- ich bezeichne sie jetzt mal als Junge und Alte, sprechen, dann ist erstmal-.</p> <p>Also der ganze Aufenthalt ist ein ganz anderer. Die Jungen kommen nicht, weil sie wollen, zu uns, sondern weil sie aufgrund-, also bei uns ist es eine hundertprozentige Abusussituation, sprich die sind Suchtkrank gewesen und haben daraus Folgeerkrankungen abgeleitet. Und die kommen nicht, weil sie wollen, ins Heim, beziehungsweise sie kommen, weil sie keine Angehörigen haben,</p> <p>demenzielle Erkrankung haben, aber auch oftmals weitere Komorbiditäten haben</p> <p>die Alten, wie ich sie bezeichnen wollte, schätzen wirklich diese Betreuungsrunden.</p> <p>Die Jungen Sie wollen dann halt auch</p>		<p>Aufnahmegrund unterscheidet sich, Suchterkrankungen mit Folgeerkrankungen, Aufnahme ins Heim alternativlos, da keine Angehörigen vorhanden</p> <p>Demenz</p> <p>Teilhabe am täglichen Leben und Gesellschaft</p> <p>Teilhabe der Jungen nicht gewünscht</p> <p>Entscheidungsfindung hinsichtlich Aufnahme</p>	<p>K2 Erkrankungen und Symptome K2.6 Demenz K2.7 Delir, Suchterkrankungen</p> <p>K3 Angehörigenarbeit K3.2 Angehörige nicht vorhanden</p> <p>K5 Betreuungsunterschiede K5.2 kognitives Verständnis K5.4 Teilhabe K5.5 Angehörigenarbeit K5.6 Erwartungshaltung</p>
--	--	--	---

<p>keine Angehörigen haben, die sich um sie kümmern können. Und demzufolge haben sie gesetzliche Betreuer und die suchen dann die Einrichtung für sie aus. Wenn wir dann aber von den Älteren sprechen, also 70 aufwärts, ist es das Klientel, was sich Einrichtung wirklich gezielt aussucht. Also die sind auch daran interessiert ihren Interessen so zu begegnen, dass sie das mit ihrem zu Hause vergleichen können. Also da spielt dann auch der christliche Gedanke wieder mit rein. Viele sehen das, diesen Bezug, dass wir halt ein christliches Haus sind, die Kapelle im Haus haben, das als Vorteil, dass sie gerne zu uns kommen wollen. Andere sehen die ruhige Lage. Aber gerade was jetzt den Einzug betrifft, ist zwischen Jüngeren und Älteren wirklich die Entscheidung alleine das-, der große Unterschied. Dann, wie gesagt, die Erkrankungen. Die Jüngeren haben Suchterkrankungen als Grundlage und bei den Älteren sind es wirklich zumeist-, also wir sprechen, glaube ich, von 70 bis 80 Prozent, die bei uns in der Einrichtung eine demenzielle Erkrankung haben, aber auch oftmals weitere Komorbiditäten haben. Genau. Aber nichtsdestotrotz gibt es natürlich auch den Betreuungshintergrund. Und alle werden bei uns auf ihre Weise</p>	<p>nicht wirklich mit den Alten.</p> <p>was jetzt den Einzug betrifft, ist zwischen Jüngeren und Älteren wirklich die Entscheidung alleine das-, der große Unterschied</p> <p>eine demenzielle Erkrankung haben, aber auch oftmals weitere Komorbiditäten</p>	<p>Demenz mit Komorbiditäten</p>	
---	---	----------------------------------	--

<p>betreut, also auf ihre individuelle Weise. Und die Alten, wie ich sie bezeichnen wollte, schätzen wirklich diese Betreuungsrunden. Also das sind wirklich die, die gezielt auch jeden Tag nachfragen: „Was ist heute Thema in der Beschäftigung? Backen wir heute oder singen wir alte Volkslieder? Basteln wir etwas oder machen ein bisschen Sport?“ Und die jüngere Generation, das sind eher unsere Einzelgänger. Also die-, es ist auch nicht, dass sie den Kontakt zueinander suchen, die Jüngerer, die wir haben. Sondern wirklich, dass sie ihr Ding durchziehen. Also wenn sie betreut werden auf dem professionellen Wege, dann sind es wirklich die Einzelbetreuungen. Dass mit ihnen Brettspiele gespielt werden oder dass sie mit ihnen an die frische Luft-, also ein Spaziergang gemacht wird. Sowas in der Richtung. Aber diese wirklich Betreuungsangebote, diese Gruppenangebote werden gar nicht von ihnen genutzt.</p> <p>Richtig. Aber wir versuchen ja die Betreuungsmitarbeiter -, also es ist ja ein eigener Mitarbeiterpool, die setzen sich ja auch immer wieder zusammen und analysieren das Klientel, was wir haben und versuchen auch diese Leute mit einzubeziehen. Aber</p>			
---	--	--	--

<p>das gestaltet sich halt wirklich schwierig. Also gerade, wenn jetzt über Themen gesprochen wird und es werden nur drei Leute angesprochen, dann kann man daraus jetzt keine weitestgehende Vormittagsgestaltung machen. Also man muss dann wirklich versuchen den Mittelweg zu finden. Sie werden immer wieder mitangesprochen, aber ja. Sie wollen dann halt auch nicht wirklich mit den Alten.</p> <p>Ja. Natürlich gibt es da Unterschiede. Gerade, wenn wir uns die Krankheitsbilder anschauen. Das hat wirklich viel mit dem Krankheitsbild zu tun. Wir haben Bewohner aus allen sozialen Schichten, also wirklich von sehr sozial Schwachen bis hin zu Professoren oder Sonstigem. Und gerade, wenn die dann keine psychische Erkrankung haben, also kognitiv noch voll bei Bewusstsein sind, dann wollen die sich nicht mit den älteren Herrschaften zusammensetzen und Kaffeeklatsch machen. Also wenn wir das jetzt mal wirklich als solches bezeichnen. Die sind dann wirklich daran interessiert Gespräche mit Niveau zu führen und da nehmen sie dann eher den Abstand zu den großen Runden, weil da halt zumeist dann auch die dementen Bewohner mit dabei sind und suchen eher</p>	<p>vollstationäre von Heimbewohnern, dann ist diese ambulante geriatrische Versorgung, ein zusätzliches Bonbon. ich denke, dass wir in einem Pflegeheim weniger den Bedarf haben.</p> <p>dass Leute, zu Hause leben, dass für die das ein großer Vorteil wäre. im Pflegeheim</p>	<p>SAGV zusätzliches Bonbon, wenig Bedarf in Langzeitpflegeeinrichtung</p> <p>Gute Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern</p> <p>SAGV Leistung eher für die Häuslichkeit</p> <p>Angst vor weiterem Personalnotstand und Abwanderung des Personales in diese neue Leistungsart</p>	<p>K8 Spezialisierte ambulante Geriatrieversorgung</p> <p>K8.2 Ablehnung SAGV für stationäre Langzeitpflege</p> <p>K8.1 Zustimmung in der Häuslichkeit</p> <p>K1 Versorgung</p> <p>K1.4 Netzwerkarbeit</p> <p>K7 Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben der beruflichen Akteur: innen</p> <p>K7.2 Personalstruktur</p>
---	--	--	---

<p>das Gespräch mit dem Personal.</p> <p>Also das muss man, glaube ich, nochmal ein bisschen differenzieren. Wenn ich jetzt für unseren Bereich spreche, also die vollstationäre von Heimbewohnern, dann ist diese ambulante geriatrische Versorgung, von der Sie sprechen-, das wäre ja ein zusätzliches Bonbon. Und ich denke, dass wir in einem Pflegeheim weniger den Bedarf haben. Aber ich kann mir gut vorstellen, dass Leute, die zu Hause noch betreut werden, beziehungsweise zu Hause leben, dass für die das ein großer Vorteil wäre. Aber wir im Pflegeheim haben gute Zusammenarbeiten mit den Hausärzten, die ja immer noch selber gewählt werden können. Also demzufolge gibt es da auch bessere Zusammenarbeiten, schlechtere Zusammenarbeit. Aber grundsätzlich gibt es eine gute Zusammenarbeit, auch was jetzt die Erreichbarkeit betrifft und die regelmäßigen Hausbesuche. Und ansonsten, in den anderen Zeiten, also es sind ja immer Öffnungszeiten, gibt es ja auch den Bereitschaftsdienst, der auch immer ansprechbar ist. Aber für private Personen in der Häuslichkeit kann ich mir das vorstellen. Aber, wie gesagt, für den Pflegebereich weniger</p>	<p>haben gute Zusammenarbeiten mit den Hausärzten, Also demzufolge gibt es da auch bessere Zusammenarbeiten, schlechtere Zusammenarbeit. Aber grundsätzlich gibt es eine gute Zusammenarbeit gibt es ja auch den Bereitschaftsdienst, der auch immer ansprechbar ist.</p> <p>Wenn ich die Wirtschaftlichkeit sehe, beziehungsweise mein Personal sehe. sodass ich dann die Angst hätte, dass vielleicht sogar dieser neue Berufszweig für Abwanderung Personal führt</p> <p>zusätzlichen Bereiche, die natürlich mit tollen Arbeitszeiten glänzen und wahrscheinlich auch mit hohen Entgelten glänzen; wir als normale kleine stationäre Einrichtung wahrscheinlich das Nachsehen.</p>		
--	--	--	--

<p>zielführend, weil ich ja auch wieder die Wirtschaftlichkeit sehe, beziehungsweise mein Personal sehe. Und bei uns arbeiten ja viele geriatrische Fachkräfte in der Hinsicht, dass sie Altenpflegefachkräfte sind, sodass ich dann natürlich wieder die Angst hätte, dass vielleicht sogar dieser neue Berufszweig eher für Abwanderung in meinem Personal-. Ja.</p> <p>Ja. Es sind halt wieder diese zusätzlichen Bereiche, die natürlich mit tollen Arbeitszeiten glänzen und wahrscheinlich auch mit hohen Entgelten glänzen und von daher haben wir da als normale kleine stationäre Einrichtung wahrscheinlich das Nachsehen.</p>			
--	--	--	--

7 Anhang 7 Kategorienkatalog

Kategorienkatalog

K1. Versorgung

- 1.1 Unterversorgung
- 1.2 Wiedereinweisung
- 1.3 Nachsorge
- 1.4 Netzwerkarbeit
- 1.5 Fehlversorgung

K2. Erkrankungen und Symptomlast

- 2.1 Luftnot
- 2.2 Schmerzen
- 2.3 Tod
- 2.4 Tumorerkrankungen
- 2.5 Herz- und Niereninsuffizienz
- 2.6 Demenz
- 2.7 Delir

K3. Angehörige

- 3.1 vorhanden
- 3.2 nicht vorhanden

K4. Altersstruktur

- 4.1 18 – 69 Jahre
- 4.2 ab 70 Jahre

K5. Betreuungsunterschiede

- 5.1 Zeitlicher Rahmen
- 5.2 kognitives Verständnis
- 5.3 Mobilitätsgrad
- 5.4 Teilhabe
- 5.5 Angehörigenarbeit
- 5.6 Erwartungshaltung

- 5.7 Resilienz
- 5.8 Behandlung
- 5.9 Lebensbilanz
- 5.10 keinen Unterschied

K6. berufliche Akteur:innen

- 6.1 Ausbildung
- 6.2 Studium
- 6.3 Zusatzqualifikation

K7. Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben der beruflichen Akteur: innen

- 7.1 Zeit
- 7.2 Personalstruktur
- 7.3 Mitarbeiterführung
- 7.4 Schulung
- 7.5 Qualitätsmanagement
- 7.6 Lebensqualität verbessern

K8. Spezialisierte ambulante Geriatricheversorgung

- 8.1 Zustimmung
- 8.2 Ablehnung

8 Anhang 8 Aufnahme- & Übernahmekriterien – Akutgeriatrie F01

Aufnahme- & Übernahmekriterien - Akutgeriatrie F01				Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH	
Dok.-Nr.:	ST-01311	Typ:	Standards	Geltungsbereich:	GRP / ALLE
Bezug:	KTQ 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung / ISO 8.2.2 Bestimmen von Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen				

1. Alter > 70 Jahre

2. Akute vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit

3. akute = neu aufgetretene Handicaps bzw. neue Störungen der Selbstständigkeit (Selbsthilfefähigkeit)

4. Geriatrische Multimorbidität

5. Positives Potential für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nach § 301 SGB V

Ausschlussmerkmale, relativ:

- bestehende Pflegestufe (II)-III
- absehbare oder bereits vorhandene fachspezifische und behandlungsbedürftige geriatrische Notfälle (z. B. Apoplex, GI-Blutungen, Frakturen, Myokardinfarkt usw.)
- Dialysepatienten
- im Vordergrund stehende gerontopsychiatrische Erkrankungen

Mögliche weiterführende/mitbetreuende Versorgungsstrukturen bzw. ggf. zu prüfende Alternativen:

- Geriatrisches Konsil
- GTK = Geriatrische Tagesklinik (zur teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung)
- Bethesda Klinik

Mitgeltende Dokumente sind einsehbar über das QM-Dokumentenportal!

Erstellung:	Änderung:	Rev.	Prüfung:	Freigabe:	QMB:
18.04.2015 Axel Goepel	18.10.2017 Axel Goepel	2	20.11.2017 Axel Goepel, Ma- nuela Voss	25.01.2018 Jens-Peter Keil	25.01.2018 Thomas Matthey

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst!

Seite 1 von 1

9 Anhang 9 Informationen für Einweiser und Patienten zur Geriatrischen Tagesklinik

Information für Einweiser und Patienten zur Geriatrischen Tagesklinik				Rev./ Vom:	2 / 08.07.2019
Dok.-Nr.:	SR-00318	Typ:	Struktur	Geltungsbereich:	GRP / ALLE

Informationen für einweisende Ärzte

Voraussetzungen für die Aufnahme

Eine Indikation zur Krankenhausbehandlung und die Therapiefähigkeit der Patienten sind Voraussetzungen für die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik. Die Behandlung in unserer Tagesklinik eignet sich daher nicht für Patienten, die beispielsweise:

- an einer fortgeschrittenen Demenz leiden
- bettlägerig sind
- eine schwere Inkontinenz haben
- multiresistente Keime haben

Für folgendes Patientenkontingent bietet sich ein Aufenthalt in unserer Tagesklinik an:

- erforderliche Therapiedichte, die ambulant nicht geleistet werden kann
- ältere, multimorbide Patienten mit diagnostischen und/oder therapeutischen Problemen, die noch keine Einweisung in eine vollstationäre Einrichtung erfordern, deren Lösung aber ambulant zu belastend erscheint
- keine Notwendigkeit ärztlicher Betreuung in der Nacht
- gesicherte pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit

Aufnahmeverfahren

Unser Aufnahmeverfahren ist unkompliziert.

Anmeldung: Tel. 0395/7754393 oder Fax: 0395/7754394

Die Aufnahme erfolgt am 1. Tag um 08:00 Uhr.

Am Tag der Aufnahme sind vom Patienten die notwendigen Unterlagen mitzubringen:

- Einweisungsschein
- Chipkarte
- Befunde von Voruntersuchungen
- aktueller Medikamentenplan

Informationen für Patienten und Angehörige

Die Tagesklinik ist wochentags von 08:00 bis 15:30 Uhr geöffnet. Therapiebeginn ist um 08:30 Uhr.

Tagesablauf:

08:00 Uhr Ankunft
08:30 Uhr Beginn der Diagnostik und Therapie
11:30 Uhr Mittagessen
12:00 Uhr Mittagsruhe
13:30 Uhr Therapie
14:30 Uhr Kaffee & Kuchen

Information für Einweiser und Patienten zur Geriatrischen Tagesklinik				Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH	
Dok.-Nr.:	SR-00318	Typ:	Struktur	Geltungsbereich:	GRP / ALLE
Bezug:	KTQ 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung / ISO 7.1.3 Infrastruktur				

In unserer akutgeriatrischen Tagesklinik behandeln wir ältere Menschen mit geriatritypischer Multimorbidität, die eine intensive Therapie benötigen, bei denen aber der Verbleib in der Häuslichkeit möglich ist.

Vorteile

Die Behandlung in unserer geriatrischen Tagesklinik bietet eine Reihe weiterer Vorteile:

- die Nächte und Wochenenden werden zu Hause in der vertrauten Umgebung verbracht
- Probleme in der Häuslichkeit können unmittelbar erkannt und behoben werden
- teilstationär steht das gleiche Leistungsspektrum an ärztlicher Diagnostik und Therapie zur Verfügung wie im vollstationären Bereich
- die hohe Therapiedichte ermöglicht die optimale Förderung der Selbstständigkeit
- Vermeidung oder Verminderung der Pflegebedürftigkeit

Leistungen

In der Tagesklinik werden alle erforderlichen Diagnostik- und Therapieverfahren angeboten. Wir können eine hohe Therapiedichte durch Physio- und Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Logopäden und Psychologen bieten.

Zur Unterstützung der hausärztlichen Behandlung werden verschiedene Leistungen angeboten:

- Geriatrisches Assessment
- medizinische und apparative Diagnostik
- aktivierend-therapeutische Pflege
- Infusionstherapie
- Wundversorgung
- Physio- und Ergotherapie
- Psychologie
- Logopädie
- Musiktherapie
- Ernährungsberatung und -therapie
- Sozialdienst
- Seelsorgerische Betreuung
- Versorgung mit Hilfsmittel
- Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen

Mitgeltende Dokumente sind einsehbar über das QM-Dokumentenportal!

Erstellung:	Änderung:	Rev.	Prüfung:	Freigabe:	QMB:
14.04.2015 Mandy Wojda	19.04.2018 Mandy Wojda	2	15.05.2018 Mandy Wojda, Kathrin Niese	08.07.2019 Jens-Peter Keil	08.07.2019 Thomas Matthey

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst!

Seite 1 von 3

Information für Einweiser und Patienten zur Geriatrischen Tagesklinik				Rev./ Vom:	2 / 08.07.2019
Dok.- Nr.:	SR-00318	Typ:	Struktur	Geltungsbereich:	GRP / ALLE

15:30 Uhr Abholung durch Fahrdienst

Einige Dinge sollten Sie von zu Hause mitbringen

- Einweisungsschein
- Krankenversicherungskarte
- ggf. Zusatzversicherungsnachweise
- Medikamente für den 1. Tag
- Röntgenbilder, sofern vorhanden CT- und MRT-Bilder
- Laborwerte und EKG
- bequeme Bekleidung (für die Physio- und Ergotherapie)
- etwas Kleingeld
- Buch/Zeitschrift für die Behandlungspausen
- benötigte Hilfsmittel wie (Lese-)Brille, Hörgerät, Rollator

Dinge, die Sie besser zu Hause lassen

- Uhren, teurer Schmuck und andere Wertsachen
- größere Geldbeträge

Medikamente

Die Medikamente stellen wir für den Behandlungszeitraum bereit. Bitte nehmen Sie am Aufnahmetag Ihre Medikamente am Morgen schon zu Hause ein.

Transport

Wir organisieren für Sie den Fahrdienst, der sie von zu Hause abholt und nachmittags wieder nach Hause bringt. Die Abrechnung der Kosten erfolgt über den Transportschein.

Verpflegung

Sie erhalten bei uns Mittagessen und eine Kaffeemahlzeit.

Eidesstattliche Erklärungen

Ich, Michael Jeschke, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

23.11.2022

Ich, Manuela Voß, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

23.11.2022