

Eva More-Hollerweger, Selma Sprajcer, Katharina Weberberger, Katrin Hora

# Evaluierung des Projekts HPC Mobil

Endbericht

16. August 2018

**WU**  
WIRTSCHAFTS  
UNIVERSITÄT  
WIEN VIENNA  
UNIVERSITY OF  
ECONOMICS  
AND BUSINESS



**WU**  
VIENNA

KOMPETENZZENTRUM FÜR  
NONPROFIT-ORGANISATIONEN  
UND SOCIAL ENTREPRENEURSHIP



Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

# Inhalt

---

<b>1.</b>	<b>Executive Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Hintergrund der Studie</b> .....	<b>9</b>
2.1.	Ausgangssituation .....	9
2.2.	Fragestellungen der Evaluierung .....	10
2.3.	Aufbau des Berichts .....	11
<b>3.</b>	<b>Evaluierungsdesign</b> .....	<b>12</b>
<b>4.</b>	<b>HPC Mobil: Projektstruktur</b> .....	<b>14</b>
4.1.	Einleitung .....	14
4.2.	Projektleitung.....	14
4.3.	Teilnehmende Organisationen .....	14
4.4.	Organisationsinterne Elemente .....	15
4.4.1.	Projektleiter/innen Duos (PL-DUOS) und Steuergruppen in den Organisationen .....	15
4.4.2.	Palliativbeauftragte .....	15
4.4.3.	Palliativgruppen.....	16
4.5.	Organisationsübergreifende Elemente .....	16
4.5.1.	Entwicklungsgruppe .....	16
4.5.2.	Steuergruppe .....	16
4.5.3.	Vernetzung der Palliativbeauftragten und Palliativgruppenmitglieder .....	16
4.6.	Projektbegleitung .....	17
4.6.1.	Externe Organisationsentwicklungs-Begleitung .....	17
4.6.2.	Evaluierung.....	17
<b>5.</b>	<b>HPC Mobil: Projektablauf</b> .....	<b>18</b>
5.1.	Einleitung .....	18
5.2.	Erhebung des IST-Standes.....	18
5.3.	Ziele, Leistungen und Indikatorenentwicklung .....	18
5.3.1.	Einführung.....	19
5.3.2.	Ziele – Leistungen – Indikatoren.....	20
5.4.	Begleitendes Coaching – Organisationsentwicklung .....	26
5.5.	Entwicklung des Curriculums.....	26
5.6.	Trainer/innen-Schulungen.....	27
5.7.	Schulung der Mitarbeiter/innen .....	27
5.8.	Trägerspezifische Coachings.....	27

5.9.	Verbreitung des Themas/Kommunikation mit relevanten Stakeholdern .....	28
5.9.1.	Fachtagungen .....	28
5.9.2.	Erstellung eines Video-Clips .....	28
5.9.3.	Entwicklung eines trägerübergreifenden Ärzt/innenbriefs und Vorstellung des Projekts bei verschiedenen Ärztetreffen .....	28
5.9.4.	Stakeholder-Treffen .....	29
<b>6.</b>	<b>Interviews und Fokusgruppen mit Expert/innen der Betreuung und Pflege zuhause und der Dienstleister der mobilen Betreuung .....</b>	<b>30</b>
6.1.	Einleitung .....	30
6.2.	Methodische Herangehensweise .....	31
6.3.	Feedback zur Projektstruktur .....	31
6.3.1.	Entwicklungsgruppe .....	31
6.3.2.	Steuergruppe .....	32
6.3.3.	Palliativbeauftragte und -gruppen .....	32
6.3.4.	Einbindung der operativen Führungskräfte und der Mitarbeiter/innen .....	33
6.4.	Feedback zum Projektablauf .....	33
6.4.1.	Zielsetzung – Mitarbeiter/innen-Schulung .....	33
6.4.2.	Projektmanagementtools/Projektkommunikation .....	34
6.5.	Verankerung des Themas Hospiz und Palliative Care in den Organisationen .....	35
6.6.	Auswirkungen des Projekts auf das Pflege- und Betreuungspersonal .....	36
6.6.1.	Exkurs: Zusammenhang zwischen Belastung, Beanspruchung und Gesundheit in der Theorie.....	36
6.6.2.	Belastungen im Zusammenhang mit den Themen Tod und Sterben.....	37
6.6.3.	Entlastung der Mitarbeiter/innen.....	39
6.7.	Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit .....	43
6.7.1.	Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen .....	43
6.7.2.	Multidisziplinäre interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen .....	44
6.7.3.	Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern .....	44
6.8.	Auswirkungen auf die Klient/innen und An- und Zugehörigen .....	44
6.9.	Nachhaltigkeit .....	45
6.9.1.	Sicherung der Trainer/innen-Ausbildung .....	45
6.9.2.	Aufrechterhaltung des Workshop-Angebots .....	45
6.9.3.	Anpassung der Rahmenbedingungen durch den Fördergeber .....	45
6.9.4.	Honorierung des Mehraufwandes bei den Hausärzt/innen .....	46
6.9.5.	Verantwortliche in den Organisationen .....	46
6.10.	Resümee .....	46
<b>7.</b>	<b>Trainer/innen-Befragung .....</b>	<b>47</b>
7.1.	Einleitung und Fragestellungen .....	47
7.2.	Methodische Herangehensweise .....	47
7.3.	Ergebnisse erste Erhebungsphase (Schriftliche Befragung) .....	48
7.3.1.	Soziodemografische Merkmale/Fragen zur Person .....	48
7.3.2.	Allgemeines zu den Schulungen .....	48
7.4.	Ergebnisse zweite Erhebungsphase (Online Befragung) .....	51

7.4.1.	Soziodemografische Merkmale/Fragen zur Person .....	51
7.4.2.	Allgemeines zu den Workshops.....	53
7.5.	Resümee .....	58
<b>8.</b>	<b>Mitarbeiter/innen Workshop-Feedback .....</b>	<b>59</b>
8.1.	Einleitung und Fragestellungen.....	59
8.2.	Methodische Herangehensweise .....	59
8.3.	Ergebnisse.....	59
8.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	59
8.3.2.	Feedback.....	62
8.4.	Resümee .....	65
<b>9.</b>	<b>Mitarbeiter/innen-Befragung .....</b>	<b>66</b>
9.1.	Einleitung und Fragestellungen.....	66
9.2.	Methodische Herangehensweise .....	66
9.3.	Ergebnisse.....	66
9.3.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	67
9.3.2.	Auswertungen anhand des Gesamtdatensatzes.....	72
9.3.3.	Auswertungen anhand des Paneldatensatzes.....	76
9.4.	Zusammenfassung und Resümee.....	87
<b>10.</b>	<b>Klient/innen und An-/Zugehörige -Befragung.....</b>	<b>89</b>
10.1.	Einleitung und Fragestellungen.....	89
10.2.	Methodische Herangehensweise .....	89
10.3.	Ergebnisse.....	90
10.3.1.	Vorbereitung auf die letzte Lebensphase und das Sterben.....	90
10.3.2.	Wunsch, möglichst lange zuhause zu bleiben .....	91
10.3.3.	Thematisierung der Wünsche durch Pflege-/Betreuungsteam .....	91
10.3.4.	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht .....	92
10.4.	Resümee .....	92
<b>11.</b>	<b>Zusammenfassung &amp; Gesamtresümee .....</b>	<b>94</b>
<b>12.</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>96</b>

# Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Evaluierungsdesign - Stakeholder-orientierte methodische Herangehensweise .....	12
Abbildung 2: Curriculum – Schulung Mitarbeiter/innen .....	26
Abbildung 3: Trainer/innenbefragung 1 - Berufsgruppe .....	48
Abbildung 4: Trainer/innenbefragung 1 - Beurteilung der Inhalte .....	49
Abbildung 5: Trainer/innenbefragung 1 – eigene Mitwirkungsmöglichkeiten .....	49
Abbildung 6: Trainer/innenbefragung 1 - Einschätzung der Leiter/innen .....	50
Abbildung 7: Trainer/innenbefragung 2 - Verteilung der Berufsgruppen .....	52
Abbildung 8: Trainer/innenbefragung 2 - Dauer der Beschäftigung .....	52
Abbildung 9: Trainer/innenbefragung 2 - Tätigkeit in Organisation .....	52
Abbildung 10: Trainer/innenbefragung 2 - Besuch des interprofessionellen Palliativlehrgangs .....	53
Abbildung 11: Trainer/innenbefragung 2 - Zeitpunkt des Besuchs .....	53
Abbildung 12: Trainer/innenbefragung 2 - Kompetenzen und Erfahrungen .....	54
Abbildung 13: Trainer/innenbefragung 2 - Zufriedenheit mit Trainer/innenschulung .....	55
Abbildung 14: Trainer/innenbefragung 2 – Abhaltung von Workshops .....	55
Abbildung 15: Trainer/innenbefragung 2 - Vor- und Nachbereitung .....	56
Abbildung 16: Trainer/innenbefragung 2 - Durchführung des Workshops.....	57
Abbildung 17: Trainer/innenbefragung 2 - Persönliche Wahrnehmung des Workshops.....	57
Abbildung 18: Mitarbeiter/innen-Feedback - Anteil der Feedbackbögen nach Organisation .....	60
Abbildung 19: Mitarbeiter/innen-Feedback - Anteil Führungskräfte .....	60
Abbildung 20: Mitarbeiter/innen-Feedback - Führungsebene .....	61
Abbildung 21: Mitarbeiter/innen-Feedback - Berufsgruppe.....	61
Abbildung 22: Mitarbeiter/innen-Feedback - Durchführung des Workshops .....	62
Abbildung 23: Mitarbeiter/innen-Feedback – Trainer/innen .....	63

Abbildung 24: Mitarbeiter/innen-Feedback - Themen für die Zukunft .....	63
Abbildung 25: Mitarbeiter/innen-Befragung - Geschlecht in t1 (links) und t2 (rechts).....	67
Abbildung 26: Mitarbeiter/innen-Befragung - Organisationszugehörigkeit .....	69
Abbildung 27: Mitarbeiter/innen-Befragung - Dauer der Beschäftigung .....	70
Abbildung 28: Mitarbeiter/innen-Befragung - Berufsgruppen.....	71
Abbildung 29: Mitarbeiter/innen-Befragung - Aus- und Weiterbildungen – Gesamtdatensatz.....	72
Abbildung 30: Mitarbeiter/innen-Befragung - Teilnahme am Workshop HPC Mobil in t1 (links) und t2 (rechts) – Gesamtdatensatz.....	73
Abbildung 31: Mitarbeiter/innen-Befragung - Zutreffen von Aussagen.....	75
Abbildung 32: Mitarbeiter/innen-Befragung - Aus- und Weiterbildungen – Paneldatensatz .....	77
Abbildung 33: Mitarbeiter/innen-Befragung - Teilnahme am Workshop HPC Mobil in t1 (links) und t2 (rechts) – Paneldatensatz.....	78
Abbildung 34: Mitarbeiter/innen-Befragung - Tod von Klienten und Klientinnen als Thema in Teambesprechungen (A01).....	81
Abbildung 35: Mitarbeiter/innen-Befragung - Absehbarkeit des Sterbens (A02).....	82
Abbildung 36: Mitarbeiter/innen-Befragung - Austausch zwischen Beteiligten (A05).....	83
Abbildung 37: Mitarbeiter/innen-Befragung - Dokumentation (A06).....	84
Abbildung 38: Mitarbeiter/innen-Befragung - Verabschiedung (A08) .....	85
Abbildung 39: Mitarbeiter/innen-Befragung - Austausch zum Thema Sterben und Tod (A11) .....	86
Abbildung 40: Mitarbeiter/innen-Befragung - Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen (A12).....	87

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1: Mitarbeiter/innen-Befragung - Signifikanzauswertung anhand des Perason's Chi-squared Test .	76
Tabelle 2: Mitarbeiter/innen-Befragung - Resultate der Auswertungen anhand des Paneldatensatzes .....	78
Tabelle 3: Mitarbeiter/innen-Befragung - Tod von Klienten und Klientinnen als Thema in Teambesprechungen (A01) .....	80
Tabelle 4: Mitarbeiter/innen-Befragung - Absehbarkeit des Sterbens (A02) .....	81
Tabelle 5: Mitarbeiter/innen-Befragung - Austausch zwischen Beteiligten (A05) .....	82
Tabelle 6: Mitarbeiter/innen-Befragung - Dokumentation (A06) .....	83
Tabelle 7: Mitarbeiter/innen-Befragung - Verabschiedung (A08).....	84
Tabelle 8: Mitarbeiter/innen-Befragung - Austausch zum Thema Sterben und Tod (A11) .....	85
Tabelle 9: Mitarbeiter/innen-Befragung - Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen (A12) .....	86

## Abkürzungsverzeichnis

---

DGKP.....	Diplomierte Krankenpfleger/in
FSW .....	Fonds Soziales Wien
HKP .....	Hauskrankenpflege
HPC.....	Hospizkultur und Palliative Care
MPT.....	Mobiles Palliativteam
ÖA.....	Öffentlichkeitsarbeit
PA.....	Pflegeassistent/in
PDL .....	Pflegedienstleitung
PFA .....	Pflegefachassistent/in



# 1. Executive Summary

---

Hospiz Österreich hat ein Interventionsprojekt zur Integration von Hospizkultur und Palliative Care im Rahmen der Hauskrankenpflege initiiert, welches in den vergangenen drei Jahren (Laufzeit: Juni 2015 bis Mai 2018) durchgeführt wurde. Durch den demografischen Wandel ist dieses Thema wichtig und wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Im Rahmen des Projekts **„HPC Mobil – Integration von Hospizkultur und Palliative Care in der Hauskrankenpflege“** (kurz: HPC Mobil) wurden umfassende Maßnahmen gesetzt, um Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern mit dem Ziel, die Mitarbeiter/innen (Heimhelfer/innen und Mitarbeiter/innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu unterstützen. Das Projekt wurde im Rahmen einer Evaluierungsstudie vom Kompetenzzentrum für Nonprofit Organisationen und Social Entrepreneurship der Wirtschaftsuniversität Wien begleitet. Das Evaluierungsdesign umfasste quantitative (schriftliche Fragebögen) und qualitative (leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen) Erhebungstools.

Die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen stellt für die Mitarbeiter/innen der Hauskrankenpflege immer wieder eine Belastung dar, allen voran die Sorge, in die Wohnung von Klient/innen zu kommen, bei denen das Sterben absehbar ist. Im Rahmen des Projekts wurde deutlich, wie stark tabuisiert das Thema Sterben ist. Klient/innen sowie An- und Zugehörige setzen sich nicht gerne damit auseinander. Auch in den Trägerorganisationen der mobilen Pflege und Betreuung wurde das Thema bislang nur wenig besprochen. Eine wichtige Maßnahme von HPC Mobil war es, die Mitarbeiter/innen weiterzubilden und sie im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Klient/innen zu stärken und zu unterstützen. Die beteiligten Träger haben sich daher verpflichtet, mindestens 80 Prozent ihrer Mitarbeiter/innen aller Organisationsebenen im Rahmen eines dreitägigen Workshops zu schulen, die Hälfte davon (40 Prozent der Mitarbeiter/innen) innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit. Dafür wurde im Rahmen von HPC Mobil zunächst ein Curriculum entwickelt und dann von jeder Organisation Trainer/innen ausgebildet. Diese haben im Projektzeitraum 95 Schulungen mit mehr als 1.500 Teilnehmer/innen durchgeführt und damit die vorgegebene 40 Prozent-Marke weit überschritten. Die Schulungsrate lag zu Projektende zwischen 60 und 80 Prozent.

Auch inhaltlich sind die Workshops äußerst erfolgreich gewesen. Unter Anwendung der Story-Line-Methode wurde von den Workshopteilnehmer/innen ein Fallbeispiel kreiert, anhand dessen wichtige Themen und Abläufe der Pflege und Betreuung schwer kranker und sterbender Menschen bearbeitet wurden. Die Ausbildung der Trainer/innen hat sehr gut funktioniert, wie die Feedbackbögen der Trainer/innen selbst sowie das Feedback der Workshopteilnehmer/innen aufzeigen, die den Trainer/innen Bestnoten ausstellten. Jeweils 99 Prozent der Teilnehmer/innen beurteilten die Trainer/innen als gut ausgebildet sowie gut vorbereitet und motiviert. In den Fokusgruppengesprächen und Projekttreffen war die Begeisterung für die angewandte Methode und die Ergebnisse der Workshops ebenfalls spürbar.

Atmosphärisch wahrnehmbar war auch eine Erleichterung darüber, für die Themen Sterben und Tod eine gemeinsame Sprache zu finden. Bestätigt wurde dies durch die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter/innen, die zu zwei Zeitpunkten durchgeführt wurde, um Veränderungen aufzeigen zu können. So sind etwa der Tod und das Sterben von Klient/innen verstärkt ein Thema, die Mitarbeiter/innen können besser einschätzen, wann bei Klient/innen das Sterben absehbar ist und die Dokumentation hat sich dahingehend verbessert, die Wünsche und Bedürfnisse der Klient/innen zu kennen. Außerdem haben Mitarbeiter/innen eher die Möglichkeit, sich von Verstorbenen und deren Angehörigen (z.B. durch einen Begräbnisbesuch) zu

verabschieden. Bei manchen Zielen konnte noch keine signifikante Verbesserung erzielt werden, beispielsweise bei der Durchführung von Runden Tischen mit allen am Pflege- und Betreuungsprozess Beteiligten. Hier fehlt allerdings auch die Honorierung, dies liegt demnach außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs des Projektes. Verschlechtert hat sich die Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen in der zweiten Erhebung, was als zunehmendes Bewusstsein darüber interpretiert werden kann, wie wichtig die Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen eingeschätzt und wie sehr sie von den Mitarbeiter/innen gewünscht wird. Sinnvoll wäre eine erneute Evaluierung zu einem späteren Zeitpunkt, da manche Maßnahmen durch HPC Mobil initiiert wurden, zu Projektende jedoch noch nicht vollständig umgesetzt waren.

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen, die in der mobilen Pflege und Betreuung gegeben sind, konnte HPC Mobil in dem dreijährigen Projektzeitraum immens viel bewegen, wie die Ergebnisse aller eingesetzten Erhebungsinstrumente der Evaluierung widerspiegeln. Das Projekt setzte an vielen verschiedenen Stellen an, um Veränderungen zu bewirken. Wichtig war dabei die Unterstützung der obersten Führungsebene, die im Rahmen der Steuergruppe regelmäßig eingebunden war. Der Vertrag und die Verschriftlichung der Ziele, Leistungen und Indikatoren waren wirksame Instrumente, um ein gemeinsames Verständnis und Commitment zu erzeugen. Die Entwicklungsgruppe, bestehend aus den Projektleiterduos der Trägerorganisationen sowie der HPC Mobil Projektleitung, Projektkoordination und dem Organisationsentwicklungsberater spielten eine tragende Rolle in der Entwicklung der verschiedenen Maßnahmen und darin, diese in die Organisationen zu tragen. Unterstützt wurden sie dabei von den neu etablierten Funktionen der Palliativbeauftragten und -gruppen. Gemeinsam wurde erarbeitet, wie Hospiz und Palliative Care den über 2.000 Mitarbeiter/innen der vier Trägerorganisationen nähergebracht und in den Arbeitsalltag integriert werden können, sodass die Mitarbeiter/innen in ihrer Arbeit mit schwerkranken Klient/innen unterstützt werden und die Wünsche der Klient/innen für ihre letzte Lebensphase besser erfüllt werden können.

Als besonders hilfreich wurde von den Beteiligten der trägerübergreifende Austausch gesehen, der in Wien im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung in dieser Form ein Novum darstellte. HPC Mobil eröffnete außerdem Räume für einen Austausch zwischen den Berufsgruppen, der in der mobilen Pflege nicht häufig gegeben ist, was ebenfalls positiv erwähnt wurde. Ein Punkt, der im Nachhinein betrachtet, noch stärker forciert werden hätte können bzw. sollen, war die Einbindung der operativen Führungskräfte. Das ist jene Gruppe, die die Leistungen, Ziele und Indikatoren ganz wesentlich mittragen sowie für deren Umsetzung sorgen muss. Gleichzeitig hat sie nicht direkt an der Entwicklung mitgearbeitet.

Im Rahmen des Projekts wurden Handlungsbereiche deutlich, die nur schwer beeinflussbar sind. Das betrifft insbesondere die Kooperation mit den Hausärzt/innen. Hier wurde seitens HPC Mobil auf Information gesetzt, um jene Ärzt/innen zu erreichen, die ein besonderes Interesse an dem Thema haben. Die erfolgten Maßnahmen sind auf positive Resonanz gestoßen. Um nachhaltigen Erfolg erzielen zu können, benötigt es jedoch auch entsprechende finanzielle Rahmenbedingungen sowohl für die Ärzt/innen als auch für die Trägerorganisationen der mobilen Pflege und Betreuung. Verbesserungen sind insbesondere bei der Bezahlung von Leistungen der vorausschauenden Planung sowie der Begleitung der An- und Zugehörigen anzustreben, wie im Rahmen eines Policy Papers ausgearbeitet wurde. Die Nachhaltigkeit war vielen im Rahmen der Evaluierung Befragten ein besonderes Anliegen. Neben finanziellen Ressourcen und strukturellen Veränderungen (Betreuungskontinuität, flexible Zeiten, schnellere Bewilligungen...) durch den Fördergeber, wurden hier vor allem die Fortführung der (Trainer/innen-) Workshops, die Weiterführung der Palliativbeauftragten und der Palliativgruppe sowie des trägerübergreifenden Austausches auf verschiedenen Ebenen als wichtige Maßnahmen genannt.

## 2. Hintergrund der Studie

---

### 2.1. AUSGANGSSITUATION

Hospiz Österreich hat ein Interventionsprojekt zur Integration von Hospizkultur und Palliative Care im Rahmen der Hauskrankenpflege initiiert, welches in den vergangenen drei Jahren (Laufzeit: Juni 2015 bis Mai 2018) durchgeführt wurde. Durch den demografischen Wandel ist dieses Thema wichtig und wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Im Rahmen des Projekts **„HPC Mobil – Integration von Hospizkultur und Palliative Care in der Hauskrankenpflege“** (kurz: HPC Mobil) wurden umfassende Maßnahmen gesetzt, um Hospizkultur und Palliative Care in der Betreuung und Pflege zuhause stärker zu integrieren. Zu den Maßnahmen zählten einerseits die Entwicklung von Indikatoren sowie eines Curriculums, die Umsetzung desselben in entsprechenden Schulungsmaßnahmen für die Betreuenden (DKGS, Pflegehelfer/innen, Heimhilfe), aber auch strukturelle und ablauforganisatorische Veränderungen in den Trägerorganisationen, die im Rahmen des begleitenden Coachings geortet und vielfach bereits umgesetzt wurden.

Die Mitarbeiter/innen der Betreuung und Pflege zuhause sind generell einer hohen Arbeits- und Stressbelastung ausgesetzt. Hinzu kommt, dass sie oft keine Zusatzqualifikation in Hospiz und Palliative Care aufweisen und auch in den Organisationen unterstützende Bearbeitungsstrukturen bei Palliativklient/innen häufig fehlen. Die Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen wird daher zu einer zusätzlichen Belastung für die Mitarbeiter/innen der Betreuung und Pflege zuhause.

Erfahrungen aus Vorgängerprojekten von Hospiz Österreich im stationären Bereich zeigen, dass die Integration von Hospizkultur und Palliative Care deutlich zur Entlastung der Mitarbeiter/innen beitragen kann. Da viele Maßnahmen darauf abzielen, beteiligte Menschen und Institutionen zum Wohl der Klient/innen besser zu vernetzen, führt dies erfahrungsgemäß auch zu einer Entlastung aller anderen Beteiligten, wie An- und Zugehörigen und Dienstleister aus den Angeboten der mobilen Betreuung (Hausarzt/innen, mobile Palliativteams, Rettungsdienste, ehrenamtliche Hospizteams, Haushaltshilfen).

Ziel von HPC Mobil war es,

1. die gefühlte psychische und physische Arbeitsbelastung der Gruppe der Betreuung und Pflege zuhause deutlich zu reduzieren um damit wesentlich zu ihrer Gesundheit beizutragen

und als indirekte Folge der Maßnahmen:

2. die gefühlte psychische und physische Arbeitsbelastung der An- und Zugehörigen zu reduzieren,
3. unheilbar Kranke und sterbende Menschen besser als bisher zu unterstützen.

Das NPO & SE Kompetenzzentrum hat das Projekt im Rahmen einer Evaluierung von Beginn an begleitet.

## 2.2. FRAGESTELLUNGEN DER EVALUIERUNG

Die **Hauptforschungsfrage der Evaluierung** lautet:

Welche Wirkungen hat das Interventionsprojekt „Hospizkultur und Palliative Care HPC Mobil“ auf die wesentlichen Projektzielgruppen?

Wesentliche Projektzielgruppen sind:

- Mitarbeiter/innen der Betreuung und Pflege zuhause in Wien (und Niederösterreich)
- Patientinnen und Patienten
- Angehörige der Patientinnen und Patienten
- Dienstleister aus anderen/weiteren Angeboten der mobilen Betreuung (Hausärzt/innen, mobile Palliativteams, Rettungsdienste, ehrenamtliche Hospizteams, Haushaltshilfen), mit denen die Zusammenarbeit verbessert werden soll.

Konkret soll im Zuge der Evaluierung geprüft werden:

- ob das begleitende Coaching und die Schulungen dazu beigetragen haben, Hospiz und Palliative Care in den Arbeitsalltag bei den Mitarbeiter/innen der Betreuung und Pflege zuhause (DGKS, Pfleger/innen, Heimhelfer/innen) zu integrieren,
- ob das Interventionskonzept in der Umsetzung praktikabel ist,
- ob das begleitete Coaching und die Schulungen in der Betreuung und Pflege zuhause zu Veränderungen geführt haben,
- ob das Projekt planmäßig umgesetzt sowie nachhaltig ist und welche Bausteine dazu in besonderer Weise ihren Anteil hatten.

Als Herangehensweise wurde ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden zur Erhebung der Wirkungen gewählt. Insbesondere folgende Fragen sollen inhaltlich beantwortet werden:

- Konnte die gefühlte psychische und physische Arbeitsbelastung der Gruppe der Betreuung und Pflege zuhause (differenziert nach diplomiertem Personal, Pflegehelfer/innen und Heimhilfen) reduziert werden? Welche Maßnahmen haben dazu beigetragen?
- Konnte die Arbeitsqualität der Betreuenden im Sinne der Gesundheitssicherung verbessert werden? Fühlen sie sich gestärkt und sicherer?
- Sind die Betreuenden (DKGS, Pflegehelfer/innen, Heimhilfe) sicherer in ihrem Handeln geworden? Wissen sie wann sie andere Dienste, z.B. den der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung benachrichtigen müssen? Sind die Kontakte vorhanden? Haben die Betreuenden mehr Wissen und Know-how? Konnte die Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen verbessert werden? Befürwortet und unterstützt die Leitung das Thema? Wie ist das Thema in den Strukturen der Träger verankert?
- Wie haben die Betreuenden das begleitende Coaching wahrgenommen?
- Was hat sich hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Dienstleistern aus den anderen Angeboten der mobilen Betreuung (Hausärzt/innen, mobile Palliativteams, Rettungsdienste, ehrenamtliche Hospizteams, Haushaltshilfen) verändert? Konnte die multidisziplinäre, interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen verstärkt werden?
- Konnten die Klient/innen sowie die An- und Zugehörigen Verbesserungen im Hinblick auf einen einfühlenderen, sicheren, vorausschauenderen, gut informierten Umgang hinsichtlich ihrer Erkrankung und hinsichtlich des Themas Sterben wahrnehmen? Haben sie Veränderungen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter der mobilen Betreuung wahrgenommen, z. B. in der Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen? War es möglich, eine Krankenhauseinweisung im Sterbeprozess zu verhindern, wenn der/die Klient/in den Wunsch hatte zuhause zu versterben? Welche Maßnahmen haben dazu beigetragen?

- Wie gut wurde das begleitende Coaching umgesetzt? Welche Maßnahmen waren erforderlich und hilfreich, welche (notwendigen) Maßnahmen konnten (noch) nicht umgesetzt werden? Woran sind sie gescheitert?
- Wie wurden die Schulungen umgesetzt? Wie gut konnte das Curriculum die Mitarbeiter/innen erreichen? Welche Rolle nehmen die Trainer/innen im Träger ein?
- Wurden Problemlagen, die auf Betreuungsebene und Trägerebene nicht gelöst werden können sichtbar und gibt es dafür eine Ebene der Bearbeitung?
- Wie wird die Unterstützung durch die Führung wahrgenommen? Welchen Einfluss hat dies auf die Umsetzung und die nachhaltige Verankerung des Themas im Träger?
- Hat sich der Einsatz der verschiedenen Partizipationsformen (Steuerungsgruppe, Expert/innengruppe etc.) im Rahmen des Projektes bewährt?
- Wie wird die Nachhaltigkeit gesichert?

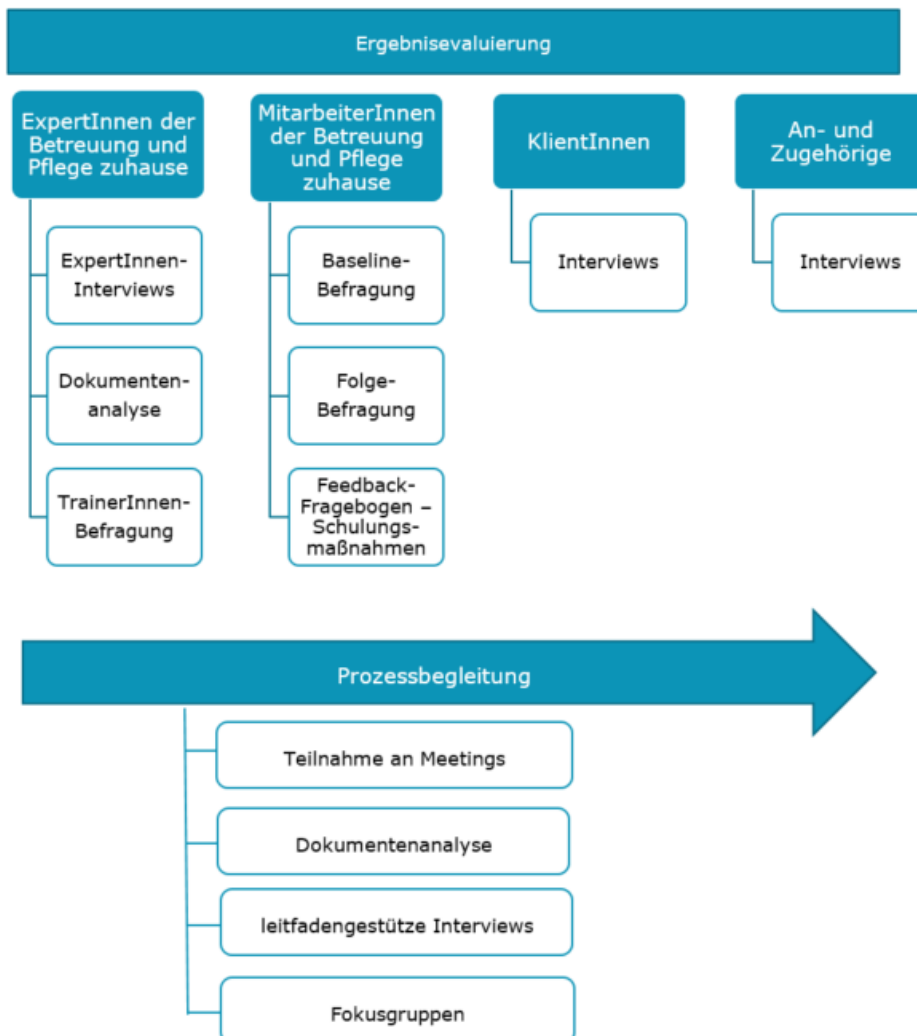
### 2.3. AUFBAU DES BERICHTS

Im folgenden Kapitel 3 erfolgt eine kurze Beschreibung des Evaluierungsdesigns. In Kapitel 4 wird die Projektstruktur von HPC Mobil und in Kapitel 5 der Projektablauf umrissen. Die anschließenden Kapitel richten sich im Wesentlichen nach den eingesetzten Erhebungsinstrumenten. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppengespräche zusammengefasst. Kapitel 7 beschreibt die Ergebnisse der Befragung der Trainer/innen, die im Zuge von HPC Mobil ausgebildet wurden um ihrerseits die Mitarbeiter/innen der teilnehmenden Träger zu schulen. Die Mitarbeiter/innen hatten die Möglichkeit nach den dreitägigen Workshops einen Feedbackbogen abzugeben. Die Auswertung dieser Bögen erfolgt in Kapitel 8. Kapitel 9 beschreibt die Ergebnisse der Mitarbeiter/innenbefragungen, die in zwei Erhebungswellen durchgeführt wurden. Die Baseline-Erhebung erfolgte relativ zu Beginn und die Folgerhebung am Ende des Projekts. Auf diese Weise war es möglich, Wirkungen des Projekts für die Mitarbeiter/innen darzustellen. Ebenfalls befragt wurden Klient/innen sowie An- und Zugehörige. Die Analyse der Befragung wird in Kapitel 10 dargestellt. In Kapitel 11 erfolgt ein Gesamtresümee, außerdem werden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

### 3. Evaluierungsdesign

Das Evaluierungsdesign umfasst einerseits eine Ergebnisevaluierung und andererseits eine begleitende Prozessevaluierung. Im Rahmen der Ergebnisevaluierung wurden quantitative und qualitative Erhebungstools eingesetzt. Mit Expert/innen der Betreuung und Pflege zuhause wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, ebenso mit Klient/innen und An- und Zugehörigen.

ABBILDUNG 1: EVALUIERUNGSDESIGN - STAKEHOLDER-ORIENTIERTE METHODISCHE HERANGEHENSWEISE



Quelle: eigene Darstellung

Im Zuge der stattfindenden Workshops wurden Feedbackbögen bei den Teilnehmer/innen der Train-the-Trainer Workshops sowie der HPC Mobil Workshops eingesetzt und ausgewertet. Um die Wirkungen von HPC Mobil bei den Mitarbeiter/innen zu erheben wurden zwei Erhebungen, eine Baseline-Erhebung relativ zu Beginn des Projekts und eine Folgerhebung am Ende des Projekts durchgeführt.

Die Prozessevaluierung erfolgte durch eine Dokumentenanalyse, die regelmäßige Teilnahme an verschiedenen Treffen, insbesondere der Entwicklungsgruppe sowie der Steuergruppe. Ergänzend wurden teilstrukturierte leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppengespräche durchgeführt.

## 4. HPC Mobil: Projektstruktur

---

### 4.1. EINLEITUNG

Ziel des Projekts HPC Mobil war es, eine Veränderung in der Organisationskultur zu bewirken. Mitarbeiter/innen sollten Hospizkultur und Palliative Care in der Pflege und Betreuung zuhause (stärker) integrieren. Dies erforderte Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Neben der Schulung der Mitarbeiter/innen galt es, einerseits das Projekt HPC Mobil und andererseits das Thema Hospiz und Palliative Care strukturell in den Organisationen zu verankern. Neben klassischen Projektfunktionen und -gruppen (Projektleitung, Steuergruppen, Entwicklungsgruppe) wurden im Zuge des Projekts neue Funktionen (Palliativbeauftragte, und -gruppen) definiert, die über die Projektdauer hinaus fortbestehen sollen, um Nachhaltigkeit zu erreichen.

### 4.2. PROJEKTLEITUNG

HPC Mobil erfolgte unter der Projektleitung des Dachverbands Hospiz Österreich. Neben klassischen Projektleitungsfunktionen übernahm die Projektleiterin gemeinsam mit dem externen Organisationsentwicklungsberater eine beratende Rolle im Rahmen des begleitenden Projektcoachings ein.

### 4.3. TEILNEHMENDE ORGANISATIONEN

Bereits in der Phase der Antragsstellung zeichnete sich das Projekt durch eine hohe Dynamik in Bezug auf die Projektteilnahme aus. Interessenten aus verschiedenen Bundesländern haben ihre Bereitschaft teilweise recht kurz vor der Abgabe des Projektantrags noch zurückgezogen. Letztlich blieben sechs Projektträger in Wien und Niederösterreich übrig. Im Verlauf des Projekts sind zwei weitere Träger sowie der niederösterreichische Teil eines Trägers ausgeschieden. Ab Sommer 2016 nahmen nur noch Wiener Organisationen an dem Projekt teil.

Folgende vier Projektträger waren durchgängig an dem Pilotprojekt HPC Mobil beteiligt:

- Arbeiter-Samariter-Bund Wien
- Caritas der Erzdiözese Wien
- CS Caritas Socialis
- Volkshilfe Wien

Die Caritas der Erzdiözese Wien und die Volkshilfe Wien waren und sind mit rund 800 Mitarbeiter/innen<sup>1</sup> im Pflegebereich deutlich größer als die CS Caritas Socialis mit rund 370 Mitarbeiter/innen<sup>1</sup> und dem Arbeiter-Samariter-Bund Wien mit rund 200 Mitarbeiter/innen<sup>1</sup>.

Folgende drei Projektträger sind im Laufe des Projekts ausgeschieden

- Der niederösterreichische Teil der Caritas der Erzdiözese Wien und Niederösterreich Ost (bis Frühjahr 2016) konnte aufgrund von internen Umstrukturierungsmaßnahmen und damit einhergehenden Kapazitätsengpässen nicht mehr teilnehmen.

---

<sup>1</sup> Stand Projektstart 2015 bzw. nachgereicht 2016



- Der Landesverband Niederösterreich des Österreichischen Roten Kreuzes (bis Sommer 2016): Die Umsetzung der dreitägigen Workshops war dort nicht möglich. Es gab Versuche, die Workshops in dreistündigen Formaten anzubieten, was aus Qualitätssicherungsgründen nicht möglich war.
- Sozial Global (Frühjahr 2017): Sozial Global AG ist im Zuge der Fusion der Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH aus dem Projekt HPC Mobil ausgeschieden.

#### 4.4. ORGANISATIONSINTERNE ELEMENTE

##### 4.4.1. Projektleiter/innen Duos (PL-DUOS) und Steuergruppen in den Organisationen

Bei jedem Träger wurde im Zuge von HPC Mobil für die Dauer des Projekts ein Projektleiter/innen Duo installiert (zumeist besetzt mit einer Leitungsperson aus dem Pflegebereich und einer Leitungsperson aus dem wirtschaftlichen oder administrativen Bereich), das für die Umsetzung des Projekts zuständig war. Teilweise haben die Organisationen auch interne Projektsteuergruppen eingerichtet (I3).

##### 4.4.2. Palliativbeauftragte

Neu eingeführt wurde im Rahmen von HPC Mobil die Stelle der Palliativbeauftragten, die dauerhaft fortbestehen soll. Ihre Aufgabe ist es, für die Verbreitung des Themas innerhalb der eigenen Organisation zu sorgen. Palliativbeauftragte fungieren zudem als Ansprechpartner für Mitarbeiter/innen zu Fragen und Problemen in Bezug auf Hospizkultur und Palliative Care. In den einzelnen Trägerorganisationen wurde diese Stelle unterschiedlich ausgestaltet. Ein Träger stellt(e) eine Vollzeitkraft dafür ab, bei anderen Trägern wurde der Aufgabenbereich entweder von diplomierten Pflegekräften oder von Mitarbeiter/innen im administrativen/organisatorischen Bereich zusätzlich übernommen. Insgesamt gab es bei Abschluss des Projekts in den vier Trägerorganisationen 13 Palliativbeauftragte (1-7 pro Organisation).

Wichtige Aktivitäten sind

- Organisation der Workshops
- Durchführung der Workshops
- Führung der Palliativgruppen
- Teambuilding (z.B. Exkursion zur Bestattung Wien)
- Installierung einer Lesecke für die Palliativgruppe
- Verschicken von Artikeln zu Pflege Themen, zur spirituellen Begleitung, wissenschaftlichen Studien, die leicht zugänglich sind für alle Berufsgruppen
- Vernetzung innerhalb der Organisation, z.B. regelmäßige Teilnahme an Jour fixe/Treffen der Regional- bzw. Gebietsleitung (Sitzungen des administrativen Teils, der sich mit Einsatzkoordination beschäftigt) um dort über HPC Mobil zu berichten
- das Projekt bei Dienstbesprechungen „am Leben erhalten“
- Versand eines regelmäßigen Newsletters
- Palliativzirkel einmal im Quartal, der sich einem bestimmten Thema widmet (z.B. total pain)
- Gestaltung einer HPC Mobil Pinn-Wand mit aktuellen Informationen (Weiterbildung, Veranstaltungen)
- Personenbezogene Fallarbeit: anhand von konkreten Fällen, in denen eine Person verstorben ist, wird analysiert, was gut und was schlecht gelaufen ist, um daraus Maßnahmen abzuleiten. Die Fälle werden als Lehrbeispiele von den Palliativbeauftragten aufbereitet und in Dienstbesprechungen diskutiert.
- Initiieren von Runden Tischen mit allen in der Pflege und Betreuung der Patient/innen involvierten Personen

#### 4.4.3. Palliativgruppen

Um das Thema und das Projektziel, eine Hospizkultur und Palliative Care in der Hauskrankenpflege zu etablieren, wurden den Palliativbeauftragten sogenannte Palliativgruppen zur Seite gestellt, die ebenfalls über die Projektdauer hinaus aufrechterhalten werden sollen. Diese Gruppe ist interdisziplinär besetzt. Zu Projektende (Mai 2018) hatten die vier Trägerorganisationen 61 Palliativgruppenmitglieder (zwischen acht und 24 pro Organisation). Die Palliativgruppen trafen sich mindestens 6x jährlich, um relevante Themen zu besprechen und sie organisationsintern zu verbreiten. (I2)

### 4.5. ORGANISATIONSÜBERGREIFENDE ELEMENTE

#### 4.5.1. Entwicklungsgruppe

Ein wesentliches Element von HPC Mobil war die Entwicklungsgruppe, bestehend aus den Projektleiter/-innen-Duos aller Träger. In regelmäßigen Treffen wurden aktuelle Themen und weitere erforderliche Schritte besprochen. Beispielsweise wurden folgende Maßnahmen gesetzt:

- Konzepterstellung des Projektablaufs
- Entwicklung der Ziele, Leistungen und Indikatoren
- Hausärztebrief
- Vernetzungstreffen mit relevanten Stakeholdern
- Initiierung öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen wie z.B. Filmdreh, Webpage anstatt Ergebnisbrochure, etc.
- Entwicklung der vorausschauenden Planung bzw. der Adaptierung des VSD Vorsorgedialogs aus dem stationären Setting für die Betreuung und Pflege zu Hause in fünf Treffen einer großen und kleinen Arbeitsgruppe mit Expert/-innen aus ganz Österreich (Pflegepersonen, 24h-Betreuungsorganisationen, Jurist/-innen, Notärzt/-innen, Palliativmediziner/-innen, etc.)

#### 4.5.2. Steuergruppe

Die Steuergruppe bestand aus den Geschäftsführer/-innen der Trägerorganisationen, die im Projekt fortlaufend eingebunden waren. Zusätzlich war an den Steuergruppentreffen meist auch eine Person des Projektleiter-Duos aus jedem Träger vertreten. In Summe gab es sieben Steuergruppentreffen.

#### 4.5.3. Vernetzung der Palliativbeauftragten und Palliativgruppenmitglieder

Insgesamt gab es drei zweitägige Supervisionen und das Lernevent. Trägerübergreifend fand eine themenspezifische Vernetzung der Palliativbeauftragten statt. Ein zweitägiger Workshop beschäftigte sich mit der Entwicklung der Rollenprofile. Da die Stelle der Palliativbeauftragten im Rahmen von HPC Mobil neu eingeführt wurde, wurden sie in der Rollenfindung unterstützt. In einem weiteren zweitägigen Workshop wurde anhand von Fallbeispielen analysiert, wie Palliativbeauftragte möglichst wirksam tätig sein können und welche Rahmenbedingungen es dafür braucht. Moderiert und begleitet wurden diese Workshops durch die Projektleitung und Organisationsberatung.

Im Februar 2018 fand ein ganztägiger Lernevent für Palliativbeauftragte und -gruppenmitglieder statt, der sich mit den Aufgaben der Palliativgruppen und der Moderation von Gruppen befasste. Der Lernevent beinhaltete einerseits einen moderierten Erfahrungsaustausch sowie Impulse durch interne und externe Vorträge.

## **4.6. PROJEKTBEGLEITUNG**

### **4.6.1. Externe Organisationsentwicklungs-Begleitung**

Durchgehend begleitet wurde das Projekt durch Univ. Prof. Dr. Ralph Grossmann, der an der Vorbereitung und Durchführung vieler Projekttreffen beteiligt war und im Rahmen des begleitenden Coachings beratend zur Seite stand.

### **4.6.2. Evaluierung**

Das Evaluierungsteam war bei vielen Projekttreffen anwesend und hat punktuell (vorläufige) Ergebnisse an die Projektteilnehmer/innen zurückgespielt.

## 5. HPC Mobil: Projektablauf

---

### 5.1. EINLEITUNG

Das Projekt HPC Mobil umfasste verschiedenste Maßnahmen, die gewährleisten sollten, dass das Thema „Hospiz und Palliative Care“ bei den Mitarbeiter/innen der Trägerorganisationen verinnerlicht, Abläufe adaptiert und relevante Stakeholder informiert und einbezogen werden. Die Maßnahmen lassen sich anhand der folgenden Meilensteine abbilden.

Meilensteine	Beschreibung
<b>Erhebung des IST-Standes</b>	Beschreibung der Ausgangslage bei den teilnehmenden Trägerorganisationen in Bezug auf Mitarbeiter/innen, Klient/innen, strukturelle Besonderheiten etc.
<b>Ziele Leistungen Indikatoren-Entwicklung</b>	Entwicklung von Indikatoren, die maßgeblich für die Umsetzung und den Erfolg des Projekts sind
<b>Entwicklung des Curriculums</b>	Ausarbeitung eines Curriculums für die Schulung der Mitarbeiter/innen
<b>Trainer/innen-Schulungen</b>	Schulung der Trainer/innen im Rahmen eines Train-the-Trainer Workshops
<b>Schulung der Mitarbeiter/innen</b>	Umfassende Schulungen der Mitarbeiter/innen
<b>Begleitendes Coaching</b>	Begleitende Maßnahmen zur Etablierung der Hospizkultur und Palliative Care in den Trägerorganisationen
<b>Verbreitung des Themas</b>	Vernetzungstreffen und Kontaktaufnahme mit relevanten Stakeholdern und Fachtagungen

### 5.2. ERHEBUNG DES IST-STANDES

In der Anfangsphase des Projekts wurde von Hospiz Österreich (Projektleitung und Projektkoordination) der IST-Stand erhoben, d.h. es wurde die Ausgangslage bei den teilnehmenden Trägerorganisationen in Bezug auf Mitarbeiter/innen, Klient/innen, strukturellen Gegebenheiten, Funktionsbeschreibungen etc. dargestellt. Gefragt wurde nach:

- Mitarbeiter/innenanzahl und Zusammensetzung (Berufsgruppe, Geschlecht, Herkunft, etc.)
- Bestehende Vernetzungs-/Austauschformate im Träger
- Organigramm und Aufbau der Organisation

### 5.3. ZIELE, LEISTUNGEN UND INDIKATORENENTWICKLUNG

Zu Beginn des Projekts wurden von den Projektleiter-Duos die Leitziele formuliert und auf verschiedene Leistungen heruntergebrochen. Für jeden Leistungsbereich wurden anschließend Indikatoren entwickelt,

anhand derer der Erfolg des Projekts und der entsprechenden Maßnahmen evaluiert werden kann. Der Katalog wurde am Ende des Projektes noch einmal überarbeitet und finalisiert.

### 5.3.1. Einführung

Woran erkennen die Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause, dass sie Hospizkultur und Palliative Care (HPC) wirkungsvoll umsetzen? Woran merken die Mitarbeiter/innen gelebte HPC? Woran können Klient/innen erkennen, dass sie durch diese Organisation nach einem HPC-Konzept betreut werden? Woran erkennen es die Angehörigen? Woran wollen sich die Organisationen in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause zu HPC messen lassen und woran wollen sie sich selbst messen? HPC soll kontinuierlich sowie transparent an Mitarbeiter/innen, Klient/innen, Angehörige kommuniziert sein. HPC darf und soll Öffentlichkeit erhalten, z.B. kann HPC Qualität und Kultur auf der Website, im Folder...etc. dargestellt werden.

Alles, was offen und als Versprechen sichtbar ist, wird auch eingefordert werden. Wenn Mitarbeiter/innen genau wissen, worauf sie achten müssen, um HPC Qualität erkennbar zu machen, können sie ihre Kompetenzen auch gezielt einsetzen.

Qualitätssicherung dient der nachhaltigen Wirksamkeit des Projekts HPC Mobil. Die geschaffenen Strukturen sind die beste Garantie qualitätssichernd den HPC Prozess in der Mobilen Pflege und Betreuung zu Hause lebendig zu halten und weiterzuentwickeln. Qualitätssicherung im Projekt HPC Mobil bedeutet primär, dass alle Beteiligten – Führungskräfte, Pflege- und Betreuungspersonen, Therapeut/innen, Klient/innen, Angehörige, Allgemeinmediziner/innen, Ehrenamtliche, Vertreter/innen anderer Dienstleistungen – wissen, woran sie die Qualität der Umsetzung von HPC erkennen können. Sie können dann ihren Beitrag leisten, um die Qualität umzusetzen bzw. diese einfordern.

Die zu Betreuenden werden von den Trägern der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause in Wien als Klientin/Klient, Kundin/Kunde bezeichnet. Die Allgemeinmediziner/innen, die spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie die Krankenhäuser sprechen von Patientin/Patient.

**Leitziele:** Die Leitziele klären die Frage, was in der Mobilen Pflege und Betreuung zu Hause gewährleistet sein soll, damit der HPC-Gedanke lebendig und wirkungsvoll umgesetzt wird.

**Leistungsvorgaben:** Hier werden die Leistungen beschrieben, die auf den verschiedenen Handlungsebenen (Führung, Vernetzung, Pflege- und Betreuungsprozess...) erbracht werden sollen, damit die Leitziele erreicht werden.

**Indikatoren:** Die Indikatoren sind taugliche und praktikable (Kenn-)Zeichen, um die Umsetzung sichtbar zu machen. Sie zeigen an, ob etwas tatsächlich schon vollkommen, weniger oder gar nicht vorhanden ist.

Die Nummerierung der einzelnen Leitziele, Leistungen und Indikatoren dient lediglich der besseren Übersicht bei zukünftigen Bearbeitungen, sagt jedoch nichts über eine inhaltliche Gewichtung der einzelnen aus.

### 5.3.2. Ziele – Leistungen – Indikatoren

#### 5.3.2.1. Führungsprozess

<b>FÜHRUNGSPROZESS</b>	
<b>1. Leitziel:</b> Die Organisation verankert Hospizkultur und Palliative Care (HPC) und lebt diese in ihren Führungsprozessen.	
<b>Leistungen</b>	<b>Indikatoren</b>
1.1. Die ersten beiden Führungsebenen verantworten HPC Mobil und unterstützen die Integration nach innen und außen.	1.1.1. Die Erhebung, Evaluierung und Kommunikation der im Folgenden definierten Indikatoren erfolgt regelmäßig. 1.1.2. Die ersten beiden Führungsebenen beauftragen konkret zur Umsetzung von HPC. 1.1.3. Die Bearbeitung und Sicherung der Protokolle in den etablierten Besprechungen der Führungsebene erfolgt. 1.1.4. HPC findet sich in den Zielvereinbarungen für Führungskräfte. 1.1.5. 80 Prozent der Führungskräfte <b>aller</b> Führungsebenen (einschließlich der Ebenen Bereichsleitung/Pflegedienstleitung/wirtschaftl. Leitung) und mit Einbezug ausgewählter Stabstellen nehmen an dem Workshop nach dem Curriculum HPC Mobil (24 h) teil.
1.2. Die Führungskräfte streben für die Umsetzung von HPC Mobil geeignete Vereinbarungen mit den Fördergebern an.	1.2.1. Die Führung, Dokumentation und Kommunikation von Gesprächen bezüglich Finanzierung (Anerkennungsverfahren, Verhandlungen mit dem Land, Tarifverhandlungen, Arbeitsstunden für HPC-Leistungen, z.B. vorausschauende Planung, Abschlussgespräch nach dem Versterben mit den Angehörigen, etc.) erfolgen regelmäßig.
1.3. Die Festlegung eines definierten Budgetrahmens für HPC Mobil erfolgt.	1.3.1. Die Budgetplanung berücksichtigt folgende Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme der Führungskräfte an der internen Etablierung und Umsetzung von HPC Mobil</li> <li>• Fortbildung der Mitarbeiter/innen</li> <li>• Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care für die Palliativbeauftragten HPC Mobil</li> <li>• Arbeitsstunden für HPC Mobil-Besprechungsstrukturen</li> <li>• Arbeitsstunden für HPC-Leistungen (z.B. vorausschauende Planung)</li> </ul>

<p>1.4. Führungskräfte schaffen geeignete Strukturen und Funktionen für die Umsetzung von HPC Mobil.</p>	<p>1.4.1. Die Benennung und Ausbildung (Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care und Teilnahme an dem Workshop nach dem Curriculum HPC Mobil, oder auch der Trainer/innenschulung HPC Mobil) von Palliativbeauftragten HPC Mobil (pro 250 Mitarbeiter/innen mind. 1 Person beschäftigt, pro Organisation mind. 2) erfolgt. Die Erstellung einer Aufgaben- und Funktionsbeschreibung, eines Rollenbilds für die Tätigkeit der Palliativbeauftragten HPC Mobil, sowie der Palliativgruppe erfolgt.</p> <p>1.4.2. Die Installierung einer oder mehrerer Palliativgruppen HPC Mobil sowie die Definition der Aufgaben dieser erfolgt.</p> <p>Die Schulung der Mitarbeiter/innen der Palliativgruppe HPC Mobil nach dem Curriculum HPC Mobil erfolgt. Die Besetzung der Gruppe erfolgt interprofessionell.</p> <p>1.4.3. Der Zeitrahmen steht fest zu:</p> <p>Arbeit der Palliativbeauftragten HPC Mobil (mind. 40h während Projektphase pro Monat und danach mind. 20h pro Monat)</p> <p>Nicht miteinberechnet: Zeiten für Workshops, Fortbildungen und Hausbesuche</p> <p>Treffen der Palliativgruppe HPC Mobil (Projektphase mind. 6xjährlich, mind. 4xjährlich nach Projektende)</p> <p>Durchführung von Vernetzungstreffen für die Palliativbeauftragten HPC Mobil zu HPC Mobil mit anderen Trägern während der Projektphase 2x jährlich und auch nach Projektende zweimal pro Jahr ermöglicht.</p> <p>1.4.4. Die Formulierung, Dokumentation und Kommunikation der Jahresziele für HPC Mobil sowie die Evaluation dieser erfolgt.</p> <p>1.4.5. Nach Projektende erfolgt die Benennung einer Person der Leitungsebene als HPC-Verantwortliche/r. Eine Stellenbeschreibung liegt vor.</p>
<p>1.5. Die Verankerung von HPC im Leitbild, in den Aufgaben – und Funktionsbeschreibungen und in den zentralen Personalentwicklungsprozessen (Mitarbeiter/innen-Gespräche, Prozesse zur Einführung</p>	<p>1.5.1. Die Adaptierung aller organisationsinternen Dokumente (wie Leitbild, Prozesse, Abläufe, Richtlinien, Funktionsbeschreibungen) auf HPC Mobil hin erfolgt.</p>

neuer Mitarbeiter/innen, Begleitung neuer Mitarbeiter/innen, Supervision, etc.) erfolgt.	
1.6. Die Bearbeitung von HPC erfolgt regelmäßig in den etablierten Besprechungsstrukturen: sowohl in Führungsbesprechungen, als auch in Koordinations- und Teambesprechungen.	1.6.1. HPC findet sich in allen Besprechungsstrukturen (in der Agenda). Die Erstellung einer Tagesordnung und eines Protokolls der einzelnen Besprechungen erfolgt. Die Thematisierung von HPC findet zumindest 1x/Quartal berufsübergreifend (DGKP, PFA, PA, HH,...) statt. Die Sichtbarmachung dieser Inhalte in den Protokollen erfolgt.
1.7. Die operativen Führungskräfte (Einsatzleiter/innen, Koordinator/innen, Teamleiter/innen, etc.) nehmen ihre Schlüsselrolle für die Integration und nachhaltige Umsetzung von HPC wahr und bekommen dazu die notwendigen Voraussetzungen.	1.7.1. Die Schulung aller operativen Führungskräfte nach dem Curriculum HPC Mobil erfolgt (24h).  1.7.2. Die operativen Führungskräfte setzen HPC (mit-)verantwortlich um, ihre unmittelbaren Vorgesetzten sowie die Palliativbeauftragten HPC Mobil unterstützen dabei.
1.8. Die Durchführung der Workshops nach dem Curriculum HPC Mobil findet kontinuierlich für alle Berufsgruppen statt.	1.8.1. 80 Prozent aller Mitarbeiter/innen des Bereichs Pflege und Betreuung zu Hause absolvieren die Schulung.  1.8.2. Neu eintretende Mitarbeiter/innen absolvieren die Workshops nach dem Curriculum HPC Mobil möglichst innerhalb von 1 Jahr.
1.9. Die Organisation betreibt zu HPC Mobil geeignete Öffentlichkeitsarbeit (ÖA).	1.9.1. Die Sichtbarmachung von HPC Mobil in der ÖA erfolgt (Homepage, Folder, öffentliche Veranstaltungen, Einbezug der Fachwelt, Teilnahme an Kongressen etc.).
2. Leitziel: Die Unterstützung der Mitarbeiter/innen in ihrem Kompetenzaufbau und ihrer fachlichen Entwicklung im Sinne von HPC erfolgt kontinuierlich. Die Mitarbeiter/innen setzen dieses Wissen im Arbeitsalltag um.	
<b>Leistungen</b>	<b>Indikatoren</b>
2.1. Die Palliativbeauftragten HPC Mobil absolvieren den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care.	2.1.1. Die Palliativbeauftragten HPC Mobil (mind. 2 Personen) besuchten den Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care bzw. besuchen diesen innerhalb von 2 Jahren ab Beauftragung.
2.2. Die Adaptierung des Fortbildungsplans in Bezug auf HPC erfolgt kontinuierlich.	2.2.1. Die Erhebung des Bedarfs für die interne Fortbildung zu HPC und die Entwicklung eines Angebots dafür erfolgt.  2.2.2. Mitarbeiter/innen nehmen das Angebot externer Fortbildungen wahr. Die Erhebung wie viele Mitarbeiter/innen zu welchen HPC Themen fortgebildet sind, erfolgt.



2.3. Die Evaluation des Pflege- und Betreuungsprozesses in Bezug auf HPC erfolgt kontinuierlich.	2.3.1. Eine laufende Evaluierung des Pflege- und Betreuungsprozesses im Sinne von HPC erfolgt durch die PDL.
--	--

### 5.3.2.2. Vernetzung

<b>VERNETZUNG</b>	
Leitziel: Ein proaktives Betreiben der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen im Sinne von HPC erfolgt.	
<b>Leistungen</b>	<b>Indikatoren</b>
1.1. Die Organisation arbeitet aktiv an Prozessabläufen mit den Krankenhäusern und den stationären, spezialisierten Hospiz und Palliative Care Einrichtungen (Hospize, Palliativstationen, Tageshospize ...).	1.1.1. Der Aufbau von Kommunikationsstrukturen mit den Kooperationspartnern erfolgt im Sinne des Nahtstellenmanagements schrittweise mit dem Ziel der Erstellung gemeinsamer Prozessbeschreibungen. Je nach Bundesland versuchen die Träger gemeinsam vorzugehen.
1.2. Die Organisation arbeitet aktiv an Prozessabläufen mit den mobilen, spezialisierten Hospiz und Palliative Care Einrichtungen (Mobile Palliativteams intern/extern und Hospizteams).	1.2.1. Der Aufbau von Kommunikationsstrukturen mit den Kooperationspartnern erfolgt im Sinne des Nahtstellenmanagements schrittweise mit dem Ziel der Erstellung gemeinsamer Prozessbeschreibungen. Je nach Bundesland versuchen die Träger gemeinsam vorzugehen.
1.3. Die Organisation der Kooperation mit den behandelnden Arzt/innen im Sinne von HPC erfolgt.	<p>1.3.1. Teilnahme an Vernetzungsstrukturen (z.B.: Bezirksarzt/innentreffen) und ihre Dokumentation</p> <p>1.3.2. Regelmäßige Einladung an alle Allgemeinmediziner/innen, event. trägerübergreifend zu einem HPC-Thema (oder vergleichbare Aktivitäten) und die Erstellung einer Dokumentation dazu.</p> <p>1.3.3. Information über HPC und die Betreuungsübernahme mittels Brief an die Allgemeinmediziner/innen erfolgt.</p>
1.4. Tragen der Information aus externen Vernetzungstreffen ins Betreuungs- und Pflegeteam erfolgt.	1.4.1. Weitergabe der Information an das Team und die Palliativbeauftragten HPC Mobil mittels Dokumentation dazu.
1.5. Aktives Einbringen der Erfahrungen der Pflege- und Betreuungspersonen in die Vernetzung erfolgt.	1.5.1. Das Sammeln der Erfahrungen der Pflege- und Betreuungspersonen und das Zurverfügungstellen dieser für die Verantwortlichen, die Palliativbeauftragten HPC Mobil und die Vernetzungspartner erfolgt.

<p>1.6. Die Organisation sorgt für die systematische Erhebung der Beobachtungen und Erfahrungen der Klient/innen, und dass das Miteinbeziehen in die Entwicklung der Zusammenarbeit mit anderen Akteur/innen im Versorgungsprozess erfolgt.</p>	<p>1.6.1. Die Palliativbeauftragten, Palliativgruppenmitglieder und die operativen Führungskräfte führen gezielte Erhebungsmaßnahmen durch, und leiten diese gesammelt an die Führungskräfte weiter. Die wirksame Umsetzung dieser erfolgt in der Vernetzung mit den anderen Akteur/innen.</p>
---	--

**5.3.2.3. Pflege und Betreuungsprozess**

<p><b>PFLEGE- UND BETREUUNGSPROZESS</b></p>	
<p>1. Leitziel: HPC gewährleistet die Berücksichtigung des Bedarfs und der Bedürfnisse zum guten Leben und Sterben der Klient/innen im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses (pflegerisch, medizinisch, psycho-sozial, spirituell). Die Klient/innen fühlen sich insbesondere in ihrer letzten Lebensphase sicher und in ihren Bedürfnissen wahrgenommen und unterstützt.</p>	
<p><b>Leistungen</b></p>	<p><b>Indikatoren</b></p>
<p>1.1. Die Erhebung der Bedürfnisse und des Bedarfs zum guten Leben und Sterben der Klient/innen in der Anamnese erfolgt sowie die Abbildung dessen von Beginn an als Teil der Pflege- und Betreuungsplanung. Die Festhaltung in der Pflegedokumentation und die laufende Evaluierung dieser erfolgt.</p>	<p>1.1.1 Im Anamnesebogen finden sich die geeigneten Fragen.</p> <p>1.1.2. Das Stellen dieser Fragen und Dokumentieren darüber in den Anamnese-Gesprächen erfolgt.</p> <p>1.1.3. Die Festhaltung der Bedürfnisse und des Bedarfs in der Pflege- und Betreuungsplanung erfolgt nachvollziehbar mit dem Fokus Palliative Care.</p>
<p>1.2. Die Dokumentation des Willens der Klient/innen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, mutmaßlicher Wille, etc.) erfolgt und alle daran maßgeblich Beteiligten kennen diesen Willen.</p>	<p>1.2.1. Die Dokumentation und Erhebung des Prozesses zur Willensfindung erfolgt und liegt gut ersichtlich auf (Stammdatenblatt, Notfallblatt, usw.).</p> <p>1.2.2. Das Gespräch mit den daran maßgeblichen Personen findet statt und die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt.</p>
<p>1.3. Alle im Betreuungsprozess involvierten Berufsgruppen (diplomiertes Personal, Pflegeassistenten, Heimhilfe, etc.) beobachten im Sinne des HPC-Konzepts und machen rechtzeitig auf veränderten Bedarf aufmerksam.</p>	<p>1.3.1. Die Dokumentation und Kommunikation der Beobachtungen und des veränderten Bedarfs erfolgen (intern und extern).</p>
<p>1.4. Die Mitarbeiter/innen besprechen bei Mehrbedarf die Vereinbarungen über die notwendige Finanzierung mit den Klient/innen, den Angehörigen und den Finanzierungsinstitutionen.</p>	<p>1.4.1. Ein Ansuchen für die Änderung des Betreuungsvertrages liegt vor.</p> <p>1.4.2. Mitarbeiter/innen beschreiben den palliativen Bedarf nachvollziehbar.</p>
<p>1.5. Die operativen Führungskräfte (Einsatzleiter/innen, Teamleiter/innen, Koordinator/innen,</p>	<p>1.5.1. Mindestens einmal pro Quartal findet eine berufsgruppenübergreifende Besprechung statt, die sich thematisch mit HPC auseinandersetzt.</p>

etc.) sorgen für einen regelmäßigen Austausch zwischen den involvierten Berufsgruppen.	1.5.2. Die Verankerung von Trauerritualen (Begräbnisbesuch, Erinnerungsbuch, etc.) in der Organisation (in den Teams) und die Dokumentation in den entsprechenden Unterlagen erfolgt.
1.6. Die Schulung zu ethischen Fragestellungen der operativen Führungskräfte erfolgt. Sie setzen dieses Wissen in den Klient/innenbesprechungen proaktiv ein.	1.6.1. Das Führen und Dokumentieren von Klient/innenbesprechungen mit ethischen Fragestellungen erfolgt.
1.7. Ein abschließendes Gespräch nach dem Tod von Klient/innen findet im Interesse der Angehörigen und der Mitarbeiter/innen statt.	1.7.1. Die Organisation stellt den Mitarbeiter/innen Ressourcen zur Verfügung um ein Abschlussgespräch mit den Angehörigen zu führen.
2. Leitziel: Durch die Begleitung, Information und Stärkung im Umgang mit dem Bedarf und Bedürfnissen zum guten Leben und Sterben der Klient/innen erfahren die Angehörigen Sicherheit.	
<b>Leistungen</b>	<b>Indikatoren</b>
2.1. Die Angehörigen sind in den gesamten Betreuungs- und Pflegeprozess einbezogen. Sie werden durch anleitende Pflege informiert und befähigt im Sinne der Klient/innen zu handeln. In der Einbeziehung der Angehörigen wird darauf geachtet, dass der Wille der Klient/innen respektiert wird.	2.1.1. Die Pflege- und Betreuungspersonen kennen die Angehörigen und die Dokumentation der Beziehung zur Klientin, zum Klient erfolgt.  2.1.2. Ein Gespräch mit den maßgeblichen Personen (unter Bezugnahme auf den Willen der Klientin, des Klienten) findet statt und die Dokumentation dessen erfolgt. (Klient/innenbesprechung, Runder Tisch, ethische Entscheidungsfindung, etc.)  2.1.3. Die Mitarbeiter/innen dokumentieren die Anleitung der Angehörigen.
2.2. Aufbauend auf dem geäußerten Willen der Klientin/des Klienten und den Beobachtungen der betreuenden Personen erfolgt die Organisation und Dokumentation der vorausschauenden Planung für die letzte Lebensphase (unter Einbezug der Angehörigen, nach Rücksprache mit den Klient/innen, Kontaktaufnahme mit behandelnden Ärzt/innen, Abstimmung im Betreuungsteam).	2.2.1. Die Information und Einbindung von weiteren behandelnden Allgemeinmediziner/innen und weiteren behandelnden Ärzt/innen und Angehörigen erfolgt (Dokumentation).  2.2.2. Mitarbeiter/innen halten festgelegte Handlungsabläufe für Krisensituationen in der Dokumentation fest.  2.2.3. Die ärztliche Anordnung von Allgemeinmediziner/innen und weiteren behandelnden Ärzt/innen (oder in Abstimmung mit dem MPT) liegt vor.
2.3. Die Angehörigen wissen wo und wie sie weitere Unterstützung erhalten (z.B. MPT, HT, Trauerbegleitung etc.).	2.3.1. Die Angehörigen erhalten entsprechende Unterlagen und ein Gespräch mit ihnen darüber erfolgt (Dokumentation).

#### 5.4. BEGLEITENDES COACHING – ORGANISATIONSENTWICKLUNG

Die Träger wurden bei den verschiedenen Schritten der Organisationsentwicklung durch den externen Organisationsberater und die Projektleitung begleitet. Dieses begleitende Coaching umfasste insbesondere:

- Unterstützung der ersten und zweiten Führungseben
- neue Infrastruktur innerhalb der Organisationen: Zusammenführen des Knowhows, Weiterentwicklung des Themas (Palliativbeauftragte und Palliativgruppen)
- Qualifizierung (Trainerinnenschulen, und dann in interne Schulungen)
- breitere Vernetzung (Fachtagungen)
- strategisch und operationales Konzept, von dem man sich leiten lässt (Ziele, Leistungen und Indikatoren)
- Steuergruppentreffen
- Entwicklungsgruppentreffen
- Treffen der Palliativbeauftragten
- Kick-Off Veranstaltung für die 1. und 2. Führungsebene der Träger

Die verschiedenen Entwicklungsschritte wurden während des gesamten Prozesses von der Projektleitung und der externen Organisationsentwicklungsberatung begleitet.

#### 5.5. ENTWICKLUNG DES CURRICULUMS

In den ersten Monaten des Projekts wurde das Curriculum zur Schulung der Mitarbeiter/innen entwickelt. Es wurde ein dreitägiger Workshop mit folgenden Inhalten konzipiert:

ABBILDUNG 2: CURRICULUM – SCHULUNG MITARBEITER/INNEN

##### **Tag 1: Einführung Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause**

- a. Ankommen, Kennenlernen und thematische Einführung
  - i. Begriffsklärungen
- b. Veränderung der Betreuungssituation nach Krankenhausaufenthalt der Patient/innen
  - i. Kommunikationsfluss im Betreuungssystem
  - ii. Virtuelles Team
- c. Pflege und Betreuung
  - i. Orientieren sich am Modell des Total Pain
  - ii. Angehörige als Adressat/innen von Palliative Care
  - iii. Biographie beeinflusst Abschiedskultur

##### **Tag 2: Palliative Betreuung**

- d. Grundüberlegungen Advanced Care Planning
  - i. Vorausschauende Pflege- und Behandlungsplanung, z.B. Vorsorgedialog, usw.
  - ii. Lebensqualität als Maß der Betreuungsqualität
  - iii. Palliative (validierende) Grundhaltung
- e. Betreuung anhand des Konzeptes von Total Pain
  - i. Spirituelle Dimension
  - ii. Bedürfnisse der Pflegepersonen

- iii. Phys. Dimension an den Themen
  - 1. Eingeschränkte Mobilität,
  - 2. Schmerz, Indirekte Schmerzzeichen, Schmerzqualitäten (diese in vorhandene Assessments und Beobachtungsbögen einfügen), pflegerische Interventionen bei Schmerz
  - 3. reduziertes Essen und Trinken - Macht und Ohnmacht der Pflegenden
- f. Ethische Fragestellungen und Entscheidungen: z.B. Sorge der Pflegefachkraft, ob eine Betreuung zu Hause weiterhin verantwortbar ist (psychosoziale Dimension)
  - i. Entscheidungsfindungsprozess
  - ii. Wegemodell nach Erich Loewy / Moderation Runder Tische
- g. Sensibilisierung
- h. Selbstfürsorge

### **Tag 3: End of Life Care und Abschied**

- i. Anzeichen des herannahenden Todes
- j. Symptomlinderung z.B. terminale Dyspnoe, Unruhe und Angst
- k. Daseinspflege
- l. Best Practice: z.B. Notfallbox
- m. Verabschiedung und Rituale
  - i. Umgang mit Trauer und Lebensfreude
- n. Strukturen (intern: Palliativbeauftragte/Palliativgruppe HPC Mobil und extern: spezialisierte Hospiz- und Palliativstrukturen)
- o. Zusammenfassung und Feedback

## **5.6. TRAINER/INNEN-SCHULUNGEN**

Ab Jänner 2016 wurden von jedem Träger zukünftige Trainer/innen ausgewählt, die einen Train-the-Trainer Workshop besuchten. Die Auswertung der Feedbackbögen zu den Trainer/innen-Schulungen findet sich in Kapitel 6.7.

## **5.7. SCHULUNG DER MITARBEITER/INNEN**

Ab April 2016 fanden die ersten Schulungen der Mitarbeiter/innen statt. Die Workshops dauerten je drei Tage à 8 Stunden und wurden von zwei Trainer/innen, die im Rahmen von HPC Mobil ausgebildet worden waren, geleitet. Die Teilnehmer/innenzahl war auf 20 Personen begrenzt. Die Auswertung der Feedbackbögen zu den Trainer/innen-Schulungen findet sich in Kapitel 8.

## **5.8. TRÄGERSPEZIFISCHE COACHINGS**

Die Träger hatten die Möglichkeit, ein 3-stündiges Beratungssetting durch den externen Organisationsberater und die Projektleitung in Anspruch zu nehmen, im Rahmen dessen wichtige Anliegen auf Trägerebene

besprochen werden konnten. In allen Trägern fanden 3-stündige Beratungssettings mit den PL Duos HPC Mobil der jeweiligen Träger statt: 19.02.2016, 23.02.2016, 29.02.2016

Die besprochenen Themen wurden auf den jeweiligen Träger abgestimmt und umfassten:

- Auswahl der Trainer/innen
- Interne Startveranstaltung für die operativen Führungskräfte
- Weiterführung der Arbeit der AG groß/Entwicklungsgruppe
- Palliativbeauftragte/Gruppe und externe Beratung mit den Palliativbeauftragten aller Wr. Träger
- Evaluierung - Fragebogen

## 5.9. VERBREITUNG DES THEMAS/KOMMUNIKATION MIT RELEVANTEN STAKEHOLDERN

### 5.9.1. Fachtagungen

Während des Projektzeitraums fanden zwei große Fachtagungen mit jeweils rund 100 Teilnehmer/innen statt:

1. „Was braucht es an Vernetzung, Zusammenarbeit, strukturellen und finanziellen Bedingungen, um schwer kranke und sterbende Menschen zu Hause gut begleiten zu können?“ (23.11.2016)
2. Schwerkranke und sterbende Menschen zu Hause betreuen, Arbeit an Grenzen - Erfahrungen austauschen – Geleistetes zeigen – die Zukunft in den Blick nehmen, Roll-Out, Vorsorgedialog (9.11.2017)

Die Teilnehmer/innen setzten sich aus Mitarbeiter/innen der Träger, wobei vor allem operative Führungskräfte angesprochen wurden, sowie verschiedenen anderen Stakeholdern zusammen.

### 5.9.2. Erstellung eines Video-Clips

Im Frühjahr 2018 wurde ein Video-Clip "Mutmacher für ein Sterben zu Hause" erstellt, der intern bei den Workshops und für neue Mitarbeiter/innen und zur Verbreitung des Themas in der Gesellschaft beitragen sollte. Die Idee entstand relativ spontan und wurde von den Trägern gemeinschaftlich umgesetzt.

Link: <https://youtu.be/8eWq39mYB1c>

### 5.9.3. Entwicklung eines trägerübergreifenden Ärzt/innenbriefs und Vorstellung des Projekts bei verschiedenen Ärztetreffen

Ärzte und Ärztinnen waren von Beginn an eine wichtige Stakeholdergruppe, da sie für das Ziel, den Klient/innen ein Sterben zuhause zu ermöglichen, essenziell sind. Ohne Kooperation mit den Hausärzt/innen ist dies kaum möglich. Sie sind in der Regel allerdings auch schwer erreichbar. Es gibt in Wien – laut Auskunft des Pflege- und Betreuungspersonals – nur wenige Ärzt/innen, die Hausbesuche machen.

Im Rahmen von HPC Mobil wurde nach verschiedenen Möglichkeiten gesucht, Ärzt/innen über das Projekt zu informieren. So wurde das Projekt bei einem Hausärzte-Tag sowie bei einer Bezirksärztevertreter/innen-sitzung vorgestellt.

Um die Hausärzt/innen auch besser in den Pflege- und Betreuungsalltag zu integrieren, wurde trägerübergreifend ein Ärztebrief formuliert, mittels dessen bei Übernahme von Patient/innen in die mobile Betreuung

und Pflege informiert und der Wunsch nach einer Zusammenarbeit zum Ausdruck gebracht wird. Wichtig dabei ist die Angabe einer Kontaktperson aus dem Träger. Weiters erfolgt ein Hinweis zum Projekt HPC Mobil, eine kurze Beschreibung inklusive Verweis auf die Website und den Videoclip.

#### **5.9.4. Stakeholder-Treffen**

Die Entwicklungsgruppe initiierte Treffen mit relevanten Stakeholdern. Dazu zählten insbesondere das Entlassungsmanagement von Spitälern sowie zwei Treffen mit verschiedenen Abteilungen des Fonds Soziales Wien (FSW) und einem Treffen mit dem WiHoP (Wiener Hospiz und Palliativforum). Die Entwicklungsgruppenmitglieder jeweils eines Trägers organisierten die Treffen, anwesend waren bei den Treffen jedoch Mitglieder aller Träger. Im Zuge der Vorarbeiten zu diesen Treffen ist eine gemeinsame Power Point Präsentation entstanden, die das Projekt HPC Mobil vorstellt. Kommuniziert wurden die Ergebnisse von HPC Mobil auch im Rahmen eines Abschlussevents und einer Pressekonferenz.

## 6. Interviews und Fokusgruppen mit Expert/innen der Betreuung und Pflege zuhause und der Dienstleister der mobilen Betreuung

---

### 6.1. EINLEITUNG

Im Rahmen von Interviews und Fokusgruppen wurden Mitarbeiter/innen aller Ebenen gebeten, Feedback zum Prozess, zur Projektstruktur sowie zu den (vorläufigen) Ergebnissen des Projekts HPC Mobil zu geben. Leitend dafür waren folgende Fragestellungen. Manche Fragestellungen wurden zusätzlich auch im Rahmen anderer Erhebungsformen thematisiert.

#### Feedback zu Projektstruktur

- Ist das Interventionskonzept in der Umsetzung praktikabel?
- Hat sich der Einsatz der verschiedenen Partizipationsformen (Steuerungsgruppe, Expert/innen-gruppe etc.) im Rahmen des Projektes bewährt?
- Wie wird die Unterstützung durch die Führung wahrgenommen? Welchen Einfluss hat dies auf die Umsetzung und die nachhaltige Verankerung des Themas im Träger?

#### Feedback zum Projektablauf

- Wurde das Projekt planmäßig umgesetzt und ist es nachhaltig? Welche Bausteine hatten dazu in besonderer Weise ihren Anteil?
- Wie wurden die Schulungen umgesetzt? Wie gut konnte das Curriculum die Mitarbeiter/innen erreichen? Welche Rolle nehmen die Trainer/innen im Träger ein?

#### Verankerung des Themas Hospiz und Palliative Care in den Organisationen

- Wie ist das Thema in den Strukturen der Träger verankert?
- Befürwortet und unterstützt die Leitung das Thema?
- Wie haben die Betreuenden das begleitende Coaching wahrgenommen?
- Haben das begleitende Coaching und die Schulungen dazu beigetragen, Hospiz und Palliative Care in den Arbeitsalltag bei den Mitarbeiter/innen der Betreuung und Pflege zuhause (DGKS, Pfleger/innen, Heimhelfer/innen) zu integrieren?
- Wie gut wurde das begleitende Coaching umgesetzt? Welche Maßnahmen waren erforderlich und hilfreich, welche (notwendigen) Maßnahmen konnten (noch) nicht umgesetzt werden? Woran sind sie gescheitert?

#### Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen

- Konnte die gefühlte psychische und physische Arbeitsbelastung der Gruppe der Betreuung und Pflege zuhause (differenziert nach diplomiertem Personal, Pflegehelfer/innen und Heimhilfen) reduziert werden? Welche Maßnahmen haben dazu beigetragen?
- Konnte die Arbeitsqualität der Betreuenden im Sinne der Gesundheitssicherung verbessert werden? Fühlen sie sich gestärkt und sicherer?



- Sind die Betreuenden (DKGS, Pflegehelfer/innen, Heimhilfe) sicherer in ihrem Handeln geworden? Wissen sie wann sie andere Dienste, z.B. den der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung benachrichtigen müssen? Sind die Kontakte vorhanden? Haben die Betreuenden mehr Wissen und Know-how?
- Haben das begleitende Coaching und die Schulungen in der Betreuung und Pflege zuhause zu Veränderungen geführt?

#### Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

- Was hat sich hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Dienstleistern aus den anderen Angeboten der mobilen Betreuung (Hausärzt/innen, mobile Palliativteams, Rettungsdienste, ehrenamtliche Hospizteams, Haushaltshilfen) verändert?
- Konnte die multidisziplinäre, interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen verstärkt werden?

#### Auswirkungen auf die Klient/innen

- Konnten die Klient/innen sowie die An- und Zugehörigen Verbesserungen im Hinblick auf einen einfühlsameren, sicheren, vorausschauenderen, gut informierten Umgang hinsichtlich ihrer Erkrankung und hinsichtlich des Themas Sterben wahrnehmen? Haben sie Veränderungen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter der mobilen Betreuung wahrgenommen, z. B. in der Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen? War es möglich, eine Krankenhauseinweisung im Sterbeprozess zu verhindern, wenn der/die Klient/in den Wunsch hatte zuhause zu versterben? Welche Maßnahmen haben dazu beigetragen?
- War es möglich, eine Krankenhauseinweisung im Sterbeprozess zu verhindern, wenn der/die Klient/in den Wunsch hatte zuhause zu versterben?
- Welche Maßnahmen haben dazu beigetragen?

#### Nachhaltigkeit

- Wie wird die Nachhaltigkeit gesichert?
- Wurden Problemlagen, die auf Betreuungsebene und Trägerebene nicht gelöst werden können sichtbar und gibt es dafür eine Ebene der Bearbeitung?

## 6.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Während der gesamten Projektlaufzeit wurden Interviews und Fokusgruppen mit Projektbeteiligten aller Organisationsebenen geführt. Die Interviews und Fokusgruppengespräche wurden großteils aufgezeichnet und transkribiert und anschließend themenspezifisch ausgewertet.

## 6.3. FEEDBACK ZUR PROJEKTSTRUKTUR

### 6.3.1. Entwicklungsgruppe

Die Entwicklungsgruppe hatte eine entscheidende Rolle in dem Projekt. Ursprünglich war vorgesehen, dass von jedem Träger eine Person an der Entwicklungsgruppe teilnimmt. Von Beginn an haben jedoch die Projektleiterduos teilgenommen, was anfangs für etwas Irritation gesorgt hat, weil die Gruppe dadurch sehr groß war. Es wurde jedoch sehr schnell als glückliche Fügung gesehen. Auf diese Weise war die Kontinuität gewährleistet, weil es keine Sitzung gab, in der nicht zumindest ein/e Repräsentant/in von jedem Träger anwesend war. (I13)

### 6.3.2. Steuergruppe

Die Steuergruppe bestand aus den Geschäftsführer/innen bzw. den Bereichsleitungen der Trägerorganisationen sowie zumeist einer Person der Projektleiterduos. Die Einbindung und das Commitment der Topführungskräfte ist für den Erfolg solcher Entwicklungsprojekte essenziell, wie in vielen Interviews und Gesprächen bestätigt wurde.

*„Ich glaub das Um und Auf ist, wenn die Leitungsebene nicht dahintersteht und das mittragen und das wichtig ist für sie, können die Basismitarbeiter nicht weitertun, das geht nicht.“ (I1)*

Abhängig von der jeweiligen internen Kommunikation zwischen Projektleiter/innen und Geschäftsführung wurde die Einbindung der Geschäftsführer/innen teilweise als zu intensiv und damit redundant betrachtet.

*„Ich weiß nicht, wie die Kommunikationswege in anderen Organisationen sind, ich weiß, dass meiner ziemlich alles weiß, weil ich ihm alles erzähle. Unser Kontakt ist ein sehr engmaschiger. [...] in einer anderen Organisation ist er vielleicht loser oder nicht so kontinuierlich. Dann wird es aber auch nicht unbedingt förderlicher sein, wenn der in der Steuergruppe ist. Also eigentlich, in der Steuergruppe hören die Leute das selbe, was sie eh schon wissen. Es ist so ein bisschen wiederkäuen auch und es ist schon auch für die Geschäftsführungen eine ziemliche Herausforderung, da immer teilzunehmen, weil sie ja auch andere Sachen zu tun haben [...]. (I2)*

Die Zusammenarbeit zwischen erster und zweiter Ebene hat bei den Trägern sehr gut funktioniert.

*„Und das wäre noch ein weiterer Mechanismus, den man [...] nennen kann, der sich als produktiv herausgestellt hat: Das Zusammenspiel zwischen zweiter und erster Führungsebene: die Entwicklungsgruppe, die vorantreibt, die Entwicklung des Projekts reflektiert, Maßnahmen ausdenkt, Dokumente entwickelt etc.... und das ihren Topführungskräften in der Steuerungsgruppe noch einmal nahebringt. Die horizontale und vertikale Kooperation der ersten und zweiten Führungsebene ist für größere Veränderungen unverzichtbar, das ist ein Organisationsentwicklungsstandard. Wenn das nicht gelingt, dann gibt es entweder Insellösungen oder Zoff, [...]. Das ist, glaube ich, ganz gut gelungen. Vor allem ablesbar [...] an der 2. Fachtagung: Die Art und Weise wie die Topführungskräfte dort über das Projekt gesprochen haben, verglichen mit dem, wie sie begonnen haben – das war schon ein wichtiger Weg, den sie zurückgelegt haben.“ (I13)*

### 6.3.3. Palliativbeauftragte und -gruppen

Mit den Palliativbeauftragten und -gruppen wurden neue Stellen bzw. Aufgabengebiete eingeführt, um das Thema Hospiz und Palliative Care nachhaltig in den Organisationen zu verankern. Dafür galt es zunächst die richtigen Personen zu finden.

*„Das was [mit] unserem/unserer Palliativbeauftragten bewusst geworden ist, worauf wir nicht geachtet haben, also wir haben nur auf seine/ihre Fachlichkeit geachtet. Wir wussten, wir brauchen eine/n Palliativbeauftragte/n und viele haben sofort ihn/sie im Kopf gehabt. Aber dass dann auch die organisatorischen Notwendigkeiten dazu kommen, die er/sie machen und auch mögen muss und dann auch wirklich macht, das haben wir nicht berücksichtigt. [...] Also das ist uns vielleicht vorab zu wenig bewusst geworden, oder zu wenig kommuniziert worden. Es ist halt nicht genug, wenn er/sie fachlich gut und beliebt ist, er/sie braucht dieses Organisationsverständnis, er/sie muss Protokolle schreiben können, ... Dinge, die Diplomierten eigentlich nicht gefallen. Das haben die auch eigentlich noch nie gemacht.“ (I11)*

Im Zuge von HPC Mobil wurden die Aktivitäten, Vernetzungs- und Kommunikationsmöglichkeiten der Palliativbeauftragten und -gruppen ausgearbeitet. Es gab kein trägerübergreifendes Rollenprofil, vielmehr

wurde dieses an die jeweiligen Organisationsspezifika angepasst. Wichtig waren dennoch der trägerübergreifende Austausch und die begleitende Beratung.

*„[...] nach einem Jahr, da kann ich vorsichtig sagen, dass das langsam Früchte trägt, die ganze Tätigkeit. Weil ich auch immer mehr den Eindruck habe, dass die Leute, die an der Basis arbeiten auch immer mehr mitbekommen, okay, da gibt's eine Stelle, an die man sich wenden kann in diesen Situationen, in denen sie vielleicht überfordert sind.“ (FG3)*

*„Also bei uns ist jetzt ganz stark das Projekt Marketing im Vordergrund, also die Leute an der Stange zu halten, daran zu erinnern: das Projekt gibt's.“ (FG3)*

Die Mitglieder der Palliativgruppen unterstützten die Palliativbeauftragten beispielsweise dabei, die Dokumentation zu überarbeiten. Bei der Entwicklung des Rollenprofils der Palliativbeauftragten und – gruppenmitglieder war auch die Frage der Abgrenzung, also all jene Tätigkeiten, die nicht in das Aufgabenfeld der Palliativbeauftragten und – gruppenmitglieder fallen, ein wichtiger Punkt. Der Schwerpunkt sollte darauf liegen, Abläufe zu analysieren um ein Lernen der Organisation zu ermöglichen und nicht die unmittelbare Klient/innenarbeit oder darauf, generelle Ansprechperson für Mitarbeiter/innen zu sein. Die Abgrenzung war nicht immer ganz klar, was auch zu Spannungen führte (Interview 14).

#### **6.3.4. Einbindung der operativen Führungskräfte und der Mitarbeiter/innen**

Ein Thema, das im Laufe des Projekts eine wichtige Rolle spielte, war die Frage, wie die Anliegen von HPC Mobil an die operativen Führungskräfte und an die Mitarbeiter/innen vermittelt werden können. Diese waren nicht unmittelbar an der Entwicklung beteiligt, spielen in der Weitergabe an die Mitarbeiter/innen jedoch eine essenzielle Rolle (siehe auch Kapitel 6.2). Seitens Organisationsentwicklung entstand hier ein Learning, die operativen Führungskräfte bereits früher in den Prozess mit einzubeziehen.

*„Im Wiederholungsfalle würde ich drauf bestehen, schon für mich selbst als Berater, mit Veranstaltungen zu beginnen, wo die Betreuungskräfte direkt angesprochen werden, also Workshops mit Fokusgruppen, mit Pfleger/innen und Betreuer/innen, die einfach schildern, wie es läuft. Und wo das so zu sagen stärker von unten beginnen würde. [...] Das geht nur mit Auftrag von oben, aber da auch die operativen Führungskräfte stärker von Beginn an einzubinden.“*

Dies ist in den einzelnen Trägerorganisationen teilweise nicht so gut gelungen, was im Nachhinein etwas bedauert wurde und für künftige Projekte als entscheidend angesehen wird (I14).

### **6.4. FEEDBACK ZUM PROJEKTABLAUF**

#### **6.4.1. Zielsetzung – Mitarbeiter/innen-Schulung**

Seitens der Beteiligten gab es sehr gutes Feedback in Bezug auf das Projekt HPC Mobil. Das Ziel, 80 Prozent der Mitarbeiter/innen zu schulen war sehr ambitioniert, gefordert vom Projekt nach der Kürzung um ein Jahr waren 40 Prozent und für die Träger durchaus nicht leicht umzusetzen. Das Commitment war jedoch sehr hoch.

*„Bei den „80 Prozent Mitarbeitern geschult im Workshop“ bin ich mir nicht sicher, ob wir das erreichen. Aber das ist das Ziel, wir werden alles dafür tun dort hinzukommen. Aber ich werde nicht krampfhaft Mehrstunden produzieren, dass ich das Ziel erreiche. Es muss im normalen Prozedere zu gewährleisten sein, weil sonst hätte ich auch ein Problem damit zu sagen, ich habe an einem Pilotprojekt teilgenommen. Ich muss auch sagen können, wir haben das geschafft und es kann auch jeder andere schaffen, der halbwegs*

*gut aufgestellt ist. Das wäre für mich das Ziel, vom Inhalt her das weiterzutragen. Das heißt, es muss auch für jemanden anderen möglich sein.“ (I2)*

Ein niederösterreichischer Träger musste aus dem Projekt ausscheiden, weil es ihm nicht möglich war, diese Vorgabe zu erfüllen. Zunächst wurde seitens des Trägers versucht eine kürzere Alternative zu finden.

*„...wir haben von einer, von zwei Bezirksstellen, einmal in St. Pölten und einmal in Baden haben wir jetzt versucht mit diesen drei Stunden zu Mittag und das ist eigentlich recht gut gegangen, von den Rahmenbedingungen her, ja man hätte es können probieren und dann hätte man gesehen, ob diese Kurzfassung unter Anführungszeichen möglich gewesen wäre.“ (I4)*

Dies wäre allerdings eine zu große Abweichung von der vertraglichen Vereinbarung gewesen, weshalb diese Lösung nicht zugelassen wurde. Diese Entscheidung wurde von den anderen Trägern mitgetragen.

*„Es war ganz wichtig, es nicht billig zu geben. Der niederösterreichische Träger war nicht in der Lage, die vertraglich festgesetzten Ziele zu erfüllen. Der Vertrag, der abgeschlossen wurde war ein enormes Steuerungselement.“ (I13)*

Auch die Ausbildung der Trainer/innen stellte für die Organisationen teilweise eine Herausforderung dar. Es ging darum, geeignete Mitarbeiter/innen zu finden, die einerseits die formalen Kriterien erfüllten und andererseits die pädagogischen Kompetenzen dazu hatten.

*„Die Trainerinnenausbildung zum Beispiel, das war nicht einfach, da wen zu finden, der das machen möchte und der geeignet war. Manche konnten wir uns in der Rolle auch überhaupt nicht [Anm. vorstellen], weil wir vermutet haben, dass sie das Projekt nicht richtig rüberbringen können. Nachdem die Ausbildungsplätze rar waren wussten wir, dass wir wirklich sehr gut selektieren müssen und das war schwierig. Man sollte also im Hinterkopf immer jemanden haben, der das mal machen könnte.“ (I11)*

*[...] dass man jetzt von Leuten eine Fähigkeit verlangt, die man so schnell nicht erlernt. Das Werkzeug dazu ist gut, aber ein Workshop lebt von der Gruppendynamik die man handeln können muss [...]" (I3).*

Auch die terminlichen Rahmenbedingungen waren teilweise nicht günstig. Die Trainer/innen-Schulungen fanden zum Teil im Sommer statt und manche Wunschkandidat/innen konnten urlaubsbedingt nicht teilnehmen (I2).

#### **6.4.2. Projektmanagementtools/Projektkommunikation**

Die Projektkommunikation wurde als sehr gut befunden, was der Projektleitung zuzuschreiben ist. Verbesserungsbedarf wurde da und dort in Bezug auf den Projektzeitplan und die Terminplanung geortet:

*[...] es gibt ja diesen bunten Projektplan den finde ich extrem unübersichtlich und ich weiß, dass das nicht nur ich so sehe. [...] ich arbeite damit auch nicht und deswegen trage ich in meinem Kalender dann die Termine ein. Und da kann es mir dann schon passieren, dass ich was durcheinanderbringe oder eben mir selbst Steuergruppen eintrage und zum Schluss nicht mehr weiß, ob ich die Verantwortliche der Steuergruppe bin oder [...] ob [...] ich mir das nur eingetragen hab, damit ich weiß, dass die anderen hingehen, ja das passiert auch. [...] Also wenn man jetzt eine Excel-Liste verschicken würde, mit den nächsten Terminen und ihren Zielen und Örtlichkeiten, das wäre echt super.“ (I3)*

Auch die Anzahl der Mails machte den Projektteilnehmer/innen mitunter zu schaffen:

*„[...] nicht so viele Mails, sondern nur eines und das ist es dann. Weil das muss man immer wieder nachlesen, also da eher konzentriertere Info weiterzugeben. Auch wenn ich das dem Geschäftsführer schicke, das*

wird ihm dann zu viel, es gibt ein großes Bemühen von der Projektleitung, das auf einen guten Weg zu bringen." (I2)

## 6.5. VERANKERUNG DES THEMAS HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE IN DEN ORGANISATIONEN

Ziel des Projekts war es, das Thema Hospiz und Palliative Care in den Trägerorganisationen nachhaltig zu verankern. Um dies zu erreichen, musste auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden. Ein wesentliches Element war die Schulung der Mitarbeiter/innen, mit der 40 Prozent der Mitarbeiter/innen erreicht werden sollten. Die alleinige Schulung ist jedoch kein Garant dafür, dass das Gelernte im Arbeitsalltag auch tatsächlich umgesetzt wird. Dazu ist es notwendig, die Arbeitsprozesse entsprechend abzustimmen und das Thema immer wieder einzubringen.

In Summe haben viele Maßnahmen auf der Struktur- und Prozessebene dazu beigetragen, das Thema in den Organisationen zu verankern. Im Rahmen der Indikatorenentwicklung (siehe Kapitel 5.3) wurden die verschiedenen Maßnahmen (Leistungen) festgehalten, die es braucht, um HPC Mobil in den Organisationen nachhaltig zu etablieren. Ziel war es, möglichst von Beginn an mit Prozesszielen auf der Handlungsebene zu arbeiten. Mit der Entwicklung dieses Dokuments ist das sehr gut gelungen. Es hat dem Projekt eine gute Ausrichtung gegeben und vergemeinschaftet. Es war auch ein guter Anlass, die Top-Führungskräfte mit dem Projekt vertraut zu machen, da sie das Dokument „absegnen“ mussten. Dadurch konnten Verbindlichkeit und Transparenz geschaffen werden (I13). Die Entwicklung von Zielen, Leistungen und Indikatoren machte das Ausmaß der angestrebten Veränderungen sichtbar, was zunächst durchaus auch zu Unbehagen führte.

*„Es war viel mehr als erwartet. Wir haben ganz schön geschluckt. Zum ersten Mal geschluckt habe ich, wie wir die Indikatoren erarbeitet haben, also das war massiv. Da habe ich gesagt, dass ich gar nicht weiß, wie das gehen soll, weil das einfach auch ein Eingriff ins Organisationsleben ist. Damit haben wir nicht gerechnet. Mit dieser Organisationsentwicklung haben wir nicht gerechnet. Wir haben gerechnet, dass wir Schulungen machen und einen Palliativbeauftragten haben, dass wir Arbeitsgruppen machen, aber dass es wirklich bis in die Organisation geht, bis auf die Grundfesten, mit dem haben wir nicht gerechnet.“ (I11)*

Um auf die Unterschiede der Träger eingehen zu können, wurde von der Projektleitung ein trägerspezifisches begleitendes Coaching angeboten. Dieses haben nicht alle Träger gleichermaßen angenommen. Jene Träger, die darauf zurückgegriffen haben, thematisierten vor allem die Frage, wie Hospiz und Palliative Care zu den operativen Führungskräften gebracht werden kann.

*„Wenn die nicht für die Idee brennen und selber genügend Know-how haben, um das in diesen mühsamen Alltag reinzubringen – auch beim Lernevent der Palliativgruppen und -beauftragten, der im Februar stattgefunden hat, war das eines der Kernthemen: wie gestaltet man unter den Alltagsbedingungen - Zeitdruck, Erschöpfung, Vereinzelung – Teambesprechungen, in denen das Thema wirklich bearbeitet werden kann – Fallbesprechungen, Diskussionen. Wo die, die das umsetzen müssen, unterstützt werden, wechselseitig gestützt werden. Das sehe ich als schwierigsten Punkt, das umzusetzen.“ (I13)*

Das Projekt war in den oberen Führungsebenen gut etabliert, bedingt durch die regelmäßigen Treffen der Steuergruppe und der Entwicklungsgruppe, deren Vertreter/innen auch trägerintern gut kommunizierten (I3). Größer war die Herausforderung, die Projektziele der anzahlmäßig weit größeren Gruppe der operativen Führungskräfte zu vermitteln. Dies wurde beispielsweise auch im Rahmen der Fokusgruppe mit den Pflegeassistent/innen diskutiert.

*„Es müsste noch viel mehr getan werden. Meiner Meinung nach wäre es wünschenswert, - ich weiß nicht, wie es in anderen Vereinen ist – vielleicht ist es dort besser geregelt, dass auch die Verantwortlichen, die*

*die Dienste einteilen, [...] dass sie auch in diesen Moderationen dabei sein sollten. Sie sind ja immerhin dafür verantwortlich, wie die Dienste eingeteilt werden. Und wenn jemand dabei ist, der das anwenden möchte, muss auch der verantwortliche Teamleiter wissen, welche Leute er wo hinschicken kann. Damit sie auch mehr sensibilisiert werden. [...] Dann hätten sie mehr Verständnis [...]. Sie könnten es nach oben hin besser kommunizieren, dass jemand freigestellt werden muss.“ (FG1)*

Andere Teilnehmer/innen der Fokusgruppe haben im Gespräch bestätigt, dass die Teilnahme der Teamleitung am Workshop zu einem verbesserten Verständnis geführt hat (FG1).

Eine weitere Maßnahme, das Thema Hospiz und Palliative Care in den Organisationen zu verankern, waren die Vernetzungsaktivitäten der Palliativbeauftragten und -gruppen und die beiden Fachtagungen. Als besonderes befruchtend wurde dabei die trägerübergreifende Zusammenarbeit wahrgenommen, wie in vielen Interviews und Fokusgruppengesprächen angemerkt wurde.

*„Ja, so, wie es immer gesagt wurde, ist es am Ende so eines Treffens so gewesen, dass wir alle sehr angehen waren über die Zusammenarbeit. Das war immer schön, immer gut und immer richtig. Es ist schon gut, sich Anregungen zu holen, was machen die in der Palliativgruppe etc. Also einfach miteinander voneinander zu lernen, das finde ich einfach gut. Was haben die für Probleme und so weiter, dass man das dann gemeinsam bespricht. Auch die Besprechung der nächsten Workshops, weil am Anfang dort ja wirklich nur die Freiwilligen hinkommen und was macht man dann mit dem Rest der Kollegen, die sagen, dass sie sich mit dem Thema Tod und Sterben nicht auseinandersetzen möchten? Gemeinsam kann man sich dann Strategien überlegen, um rund 80 Prozent ins Boot zu holen.“ (I11)*

Der (externe) Organisationsentwickler fasste es so zusammen:

*„Ich glaube, der entscheidendste Faktor [Anm. für den Erfolg des Projekts] war schon, die sehr früh [...], eigentlich in der ersten Steuerungsgruppe gefallene Entscheidung, die ich und das Koordinationsteam, also die Projektleitung und -assistenz [...] eingebracht haben, als Grundidee für die Entwicklung, nämlich die Kooperation zwischen den Trägern. Und das ist wirklich konsequent durchgehalten worden – auf verschiedenen Ebenen [...]. Diese Kooperation war, glaube ich, sehr stärkend und gleichzeitig auch effizient. Weil meine Beratungsleistungen oder auch die Koordinationsleistungen der Projektsteuerung seitens des Hospiz-Dachverbands sich nicht an einzelne gerichtet hat, sondern immer alle Träger erfasst hat.“*

Selbst in den Fokusgruppen mit den Heimhilfen und Pflegeassistent/innen, die im Rahmen des Projekts nur vereinzelt bei den Fachtagungen (und im Rahmen der Fokusgruppengespräche) trägerübergreifenden Kontakt hatten, wurden die positiven Effekte und Chancen der Kooperation wahrgenommen (FG1 und FG 2) und der Wunsch artikuliert, einen Austausch *„ohne Konkurrenzdruck und Rivalität – zum Wohle der Klienten“* (FG1) auch auf der Ebene der Mitarbeiter/innen stärker zu forcieren.

## **6.6. AUSWIRKUNGEN DES PROJEKTS AUF DAS PFLEGE- UND BETREUUNGSPERSONAL**

### **6.6.1. Exkurs: Zusammenhang zwischen Belastung, Beanspruchung und Gesundheit in der Theorie**

Es gibt verschiedenste Definitionen von Gesundheit. Generell wird Gesundheit dabei heute nicht (mehr) nur als „Freisein von Krankheit“, sondern als multidimensionales Konstrukt gesehen, zu welchem viele Faktoren beitragen. Dazu gehören Aspekte, wie das physische Wohlbefinden (z.B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden) ebenso wie das psychische Wohlbefinden (z. B. Freude, Glück, Zufriedenheit), Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung (Sondermann et al. 2014: 10).

Laut EN ISO 10075 ist **psychische (Arbeits-)Belastung** „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“ Als **psychische Beanspruchung** wird hingegen „die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ definiert. Die psychische Beanspruchung ist gemäß dem Belastungs-Beanspruchungs-Modell eine Folge der psychischen Belastung (Joiko et al. 2010).

Potenzielle Einflüsse aus der Arbeit sind (ebd.: 11):

- Arbeitsaufgabe
- Arbeitsumgebung (physikalisch, sozial)
- Arbeitsorganisation/Arbeitsablauf
- Arbeitsmittel
- Arbeitsplatz
- Individuelle Voraussetzungen des Menschen

Inwieweit die psychische Belastung als Beanspruchung wahrgenommen wird ist auch von den einzelnen Individuen abhängig, etwa den psychischen Voraussetzungen wie

- Fähigkeiten
- Fertigkeiten
- Erfahrungen
- Kenntnisse
- Anspruchsniveau, Motivation
- Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
- Einstellungen
- Bewältigungsstrategien

und andere Voraussetzungen wie:

- Gesundheit
- Alter
- Geschlecht
- körperliche Konstitution
- Ernährung
- Allgemeinzustand
- aktuelle Verfassung
- Ausgangslage der Aktivierung

Im positiven Fall kann kurzfristige Beanspruchung zu Aktivierung und langfristig zu Übung, Weiterentwicklung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten führen, die Wohlbefinden auslösen und sich positiv auf den Gesundheitszustand auswirken.

Negative kurzfristige Beeinträchtigungen von Beanspruchung können Ermüdung und ermüdungsähnliche Zustände sowie Stress sein. Langfristig kann dies zu allgemeinen psychosomatischen Störungen und Erkrankungen sowie Burnout führen (ebd.: 11).

### 6.6.2. Belastungen im Zusammenhang mit den Themen Tod und Sterben

Im Rahmen der Interviews und Fokusgruppen wurde häufig thematisiert wodurch Belastungen für das Pflege- und Betreuungspersonal im Zusammenhang mit dem Thema Tod und Sterben entstehen.



Ein wichtiger Punkt ist die generelle gesellschaftliche Tabuisierung des Themas. Dies kann in der Zusammenarbeit mit den Klient/innen und deren An- und Zugehörigen schwierig sein, weil die Sprache fehlt, wichtige Themen anzusprechen. Beispielsweise wurde von einem Fall erzählt, bei dem es dem/der Angehörigen nicht klar war, dass der/die Klient/in bald sterben würde und es von der Pflegekraft, die es erkannt hatte, angesprochen wurde. Auf diese Weise hatte der/die Angehörige Zeit, sich drauf einzustellen.

Auch in den Organisationen gab es zum Teil wenig Gelegenheiten, diese Themen anzusprechen, Erfahrungen auszutauschen und Problemlösungen zu finden.

*„Also eigentlich nein, über Tod gab es nichts, da reden wir eher über Veränderungen beim Klienten. Da melden uns die Mitarbeiter, wer mehr oder weniger Betreuung bräuchte, aber über Tod und Sterben haben wir in den Teambesprechungen nicht gesprochen.“ (I7)*

*„Grundsätzlich, das Thema gibt es bei uns derzeit überhaupt nicht. [...] also, es gibt keine formalen Schritte. Wenn jetzt eine Diplomierete sagt, ich spreche es an, dann spricht sie es an und wenn sie sagt: "Ich sehe die Notwendigkeit jetzt nicht.", dann wird es nicht angesprochen. Also es gibt keine Vorgehensweise, keine definierte dazu.“*

*„Sterben gehört zum Leben dazu und ist in unserem Beruf natürlich auch verankert, aber so direkt wie jetzt, ist das nie thematisiert worden bzw. so, wie wir es in Zukunft vorhaben. (I10)*

*„Belastend in dem Sinn, weil wir doch eher Einzelkämpfer sind. Auf einer Station, da kann man sich zusammensprechen, aber da draußen bekommen das vielleicht nur 2-3 [Anmerkung: Mitarbeiter/innen] mit, die müssen das dann alles selber für sich verarbeiten. Die mobile Betreuung kann man mit der stationären überhaupt nicht vergleichen. Darum ist es gut, dass unsere Mitarbeiter darauf sensibilisiert werden, das wird sicherlich eine große Hilfe darstellen.“ (I10)*

Eine besondere Belastung entsteht für mobile Pflege- und Betreuungskräfte darin, dass sie häufig alleine mit den Klient/innen vor Ort sind.

*„Für die Heimhilfen ist es eine besonders große Belastung. Zum Beispiel, wenn sie jemanden tot in der Wohnung finden oder dabei sind, wenn jemand stirbt. Ich kann mich an eine junge Kollegin erinnern, die hat die Ausbildung fertig gemacht und zwei Wochen später ist ihr das schon passiert. Die hat unheimlich gekämpft.“ (I10)*

Eine Belastung kann auch der Konflikt darstellen, gegen den Wunsch des Klienten/der Klientin handeln und im Ernstfall die Rettung rufen zu müssen.

*„Die Hauptbelastung ist: die Leute wissen natürlich welche Wünsche die Klienten haben, die Hauptbelastung ist immer dann, wenn man weiß, dass die Klienten eigentlich zu Hause sterben wollen, der Konflikt: ich sollte eigentlich die Rettung rufen.“ (I12)*

Um den Wunsch der Klient/innen zu erfüllen, müssen viele Voraussetzungen gegeben sein. Es braucht ein perfektes Zusammenspiel aller Beteiligten, das vielfach noch nicht gegeben ist.

*„Jaja, grundsätzlich gibt's die Vorgabe, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert ist der Hausarzt oder die Rettung zu verständigen, bzw. die Diplomierete, die den Pflege- und Betreuungsplan erstellt hat und da gibt es einfach total viele Unsicherheiten. Wir haben letztens eine Situation gehabt wo es der Klientin schlecht gegangen ist. Die Heimhilfe hat die Rettung kontaktiert, die Rettungsärztin hat gesagt, die Klientin ist sterbend sie nimmt sie nicht mit, sie werde sie zu Hause lassen. Wir haben dann eine Sitzwache relativ rasch auf die Füße gestellt, damit sie eben nicht alleine ist mit Besuchsdienst und Heimhilfe und am*



*Nachmittag kam der Hausarzt vorbei und der hat die Klientin dann ins Spital geschickt. Also das Engagement der Rettungsärztin war super, aber im Prinzip, der Hausarzt hat genau das Gegenteil bewirkt, die Klientin war dann eineinhalb Wochen im Spital, ist dann wieder zurück nach Hause geschickt worden und ist dann nach drei Tagen verstorben. [...] Wir wollten ihr das zu Hause wirklich ermöglichen, aber wenn der Arzt sagt, die Klientin wird eingewiesen, was sollen wir tun? Da kann man schlecht dagegen sagen." (I12)*

*„Ja, wenn es dem Klienten schlechter geht muss die Rettung gerufen werden. Da gibt es keinen Zwischenschritt in dem Sinn. Hospizteams haben wir bis dato ganz selten, in manchen Fällen sprechen wir sie an, aber bis dato ist das nicht oft vorgekommen. [...] Sie [Anm. die Mitarbeiter/innen] übernehmen immer die Verantwortung. Wenn der Klient sagt "Ich fahr nicht mit", dann hat die Heimhilfe die Verantwortung aber der Rettung zu übergeben. Die müssen das dokumentieren. Ihre Verantwortung ist in dem Moment weg, in dem sie die Rettung ruft." (I10)*

Die Angst, Fehler zu machen und dafür haftbar zu sein, führt bei den Beteiligten dazu, dass im Zweifelsfall die Rettung gerufen wird.

Eine weitere emotionale Belastung entsteht durch die Trauer, wenn Klient/innen versterben.

### **6.6.3. Entlastung der Mitarbeiter/innen**

HPC Mobil setzte an verschiedenen Punkten an, um Hospiz und Palliative Care in der Organisationskultur zu verankern und Unterstützungsmaßnahmen zu setzen, wobei die Ausgangssituation je nach Träger variierte. Insbesondere jene Träger, die über mobile Palliativteams verfügen bzw. sich schon lange mit diesen Themen beschäftigen, sind in der Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben mitunter schon ein Stück weiter, als jene, in denen es keine eigenen Teams der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung gibt.

#### **6.6.3.1. Entlastung durch das Finden einer (gemeinsamen) Sprache**

Eine Sprache zu finden, um sich mit den Themen Tod und Sterben auseinanderzusetzen wurde in den Interviews, Fokusgruppen und auch bei den Treffen häufig als wesentliche Auswirkung von HPC Mobil genannt. Eine Trainerin merkte bei der zweiten Fachtagung an, dass ihr der Unterschied in der Leichtigkeit der Sprache, die die Teilnehmer/innen und Workshop-Leiter/innen im Umgang mit den Themen zwischen erster und zweiter Fachtagung entwickelt hatten, deutlich aufgefallen sei.

In den Teamsitzungen werden die Themen laut Auskunft der Interview-Partner/innen regelmäßig angesprochen.

*Jetzt ist es natürlich intensiver geworden. Jetzt traut sich jeder darüber zu sprechen, da es einfach ein Thema ist. Es ist traurig, wenn man sagt, man traut sich nicht drüber sprechen, aber es wird angesprochen, es gibt keine Hemmungen – Hemmungen ist jetzt das falsche Wort, jetzt kommt es sukzessive immer wieder raus: ich habe einen Klienten, dem geht es immer schlechter." (I8)*

*„Ja natürlich, die Themen gibt es laufend und in jedem Team. Wir arbeiten ja sehr eng mit dem mobilen Palliativteam zusammen und das Thema Tod und Sterben ist Teil unserer Kultur sozusagen. Wir sprechen da sehr oft, wir sprechen darüber, wie geht es uns damit. Jeder Mitarbeiter empfindet unterschiedlich. Schwierig wird es bei langfristigen Betreuungen, und die Einsatzkoordinatorin hat quasi die Klientin, die verstorben ist, nie gesehen und auch sie war betroffen." (I6)*

Die Workshops leisteten ebenfalls einen wichtigen Beitrag dazu, die Mitarbeiter/innen zu stärken, die Themen aktiv anzusprechen.

*„Die Workshops setzten bei uns auch ganz viel in Bewegung, von allen Berufsgruppen eben [...]. Ich weiß nicht wie das bei euch gelaufen ist, aber bei uns ist es auch so, dass [...] vor allem, finde ich, die Heimhelfer und Pflegeassistenten massiv davon profitieren, im Sinne davon, dass sie in den Workshops auch sozusagen empowert werden, dass sie Dinge ansprechen können, dass es nicht irgendwie blöd rüberkommt oder so und dass sie eben, wie bei euch, die runden Tische auch anregen können [...]. Also dass sie da noch einmal den Rückhalt auch durch die Workshops kriegen.“ (FG3)*

*Die Begeisterung war sehr wohl da, ich habe von keiner einzigen Heimhilfe gehört: „Oh, dass ich das machen muss“. Ich habe schon die Hälfte meiner Heimhilfen für den Kurs angemeldet. Sie waren Feuer und Flamme für das. Am Anfang waren sie schon skeptisch: „Was kommt auf uns zu?“ Aber nach dem ersten Tag waren sie Feuer und Flamme.“ (I8)*

Wichtig ist dabei die Rolle der Führungskräfte.

*„Themen waren schon immer Thema ja, aber vielleicht, wenn ich jetzt die 14 Jahre zurückblicke, es hat sich schon intensiviert, weil wir immer offener drüber sprechen. Vielleicht hängt das auch mit der Entwicklung der Führungskräfte zusammen, wenn man neue Teams gegründet hat, dann war alles neu und wir haben alles lernen müssen und mit der Zeit war das irgendwie automatisch.“ (I6)*

### **6.6.3.2. Entlastung durch Einnehmen einer Haltung**

Mit zunehmenden Wissen und zunehmender Thematisierung in den Teams ändert sich die Haltung gegenüber den Klient/innen.

*„Was mir jetzt sehr stark aufgefallen ist im Team und auch bei den Klienten, wenn ich sie besuche und schau, wie es ihnen geht und das schau ich, dass ich das so oft wie möglich schaffe zwischen den Einsätzen, also die Haltung im Team. Die Haltung gegenüber den Klienten, die verändert sich. Das ist etwas, das mich total aufbaut und auch wirklich freut und dass auch die Klienten reflektieren unabhängig davon, ob jetzt jemand im Sterben liegt oder auch nicht. Diese Haltung wird allgemein angenommen und davon profitieren wir alle. [...] Vom Team her, wird weniger Zeitdruck, weniger Stress mithineingenommen in die Wohnung. Das ist mir schon aufgefallen, dass sie einfach schon in der Begrüßung mit einer Ruhe einmal den Klienten drauf einstimmen, dass sie da sind und was sie tun werden. Dann auch dass der Klient das Gefühl hat, [...] mit Würde behandelt und betrachtet zu werden. Also wir bremsen uns jetzt immer mehr ein. Es wird wahrscheinlich nicht bei allen schaffbar sein, was ich beobachte schon bei einer Pflegeassistentin, wo ich auch mit meiner Kollegin immer wieder darüber spreche, dass für sie nur wichtig ist, dass sie schnell ist. Und die Klienten sind aber schon mitunter ein "bisschen verwöhnt" muss man auch sagen, weil die melden natürlich dann, die stopfen mir das Essen nur so rein und das geht aber auch nicht von der Betreuung, von der Einstellung her gegenüber den Klienten. Und auch dass sie selber das Gefühl haben, sie fragen, sie reden mehr mit den Klienten, sie trauen sich einfach mehr zu, kommt mir vor. Also es ist nicht nur so, ich habe jetzt den Auftrag die Wohnung sauber zu halten oder ich habe jetzt den Auftrag beim Duschen zu assistieren oder beim Duschen dabeizustehen, sondern es wird mehr, es wird inniger. Das ist mir halt aufgefallen, das freut mich. Ich hoffe es wird ausgebaut noch mehr. (FG3)*

Erleichternd wirken kann hier auch die Zusammenarbeit mit dem Palliativteam

*„Ein riesen Stressthema für jeden Pfleger und Betreuer: die Frau X trinkt nicht genug. [...] Das ist ein Riesenthema. Komisch, es geht ja nur um die Frage: was muss ein Mensch trinken? Und das kann so einen Stress machen, das macht die Leute, sie haben so eine Angst was falsch zu machen, die Angehörigen leben in Panik, weil die arme Oma nicht genug trinkt oder dann, wenn sich's dem Lebensende nähert, registriert tatsächlich niemand, dass wir sie nicht vollfüllen müssen, und dass wir nicht noch die Infusionen anlegen müssen. Aber die Hausärzte sind uns da bis jetzt auch keine große Hilfe. Was uns wirklich hilft ist*

*das Palliativteam. Allein die Tatsache, wenn dann – das ist so eine Autorität: Liebe Tochter beruhigen sie sich, ihre Mama kann das gar nicht mehr verstoffwechseln. Was immer wir da jetzt machen, wir machen's ihr nur schwer. Und dann diese Möglichkeit rund um die Uhr einen Arzt zu kontaktieren und also bei dem einen Fall wo ich da so stolz bin, dieser 0815-Fall, alte Dame schon sehr dement, bettlägerig usw., wir kennen das alle, das hat unglaublich beruhigend gewirkt, das hat ganz viel Stress herausgenommen. Wir brauchen jetzt nicht die tausenden von Millilitern, die wir eh nicht schaffen, irgendwie zu verabreichen." (FG 3)*

### **6.6.3.3. Entlastung durch Klarheit in den Abläufen und in der Dokumentation**

*„Ja, das waren immer die Ängste, wo sie gefragt haben, was mache ich, was mach ich, wenn er stirbt, das ist immer ein Thema bei Extramuralen. Wenn ich dann in die Wohnung komme und ich finde jemanden, der verstorben ist. Das ist nie leicht und besonders bei neuen Mitarbeiter/innen. Wir thematisieren beim aller ersten Gespräch, wie die Vorgehensweise ist, was man da tut und wir stellen zur Verfügung, wenn sie Ängste haben und sich nicht auskennen, oder einfach mit der Situation überfordert sind. Wir vom Büro rufen dann die Angehörigen an oder die Ärzte. Die alten Mitarbeiter die kennen das schon, wie das alles abläuft. Wie gesagt, dass ist unterschiedlich vom HKP-Team und Heimhilfe-Team. Ich sehe, dass der Wissensmangel das Problem bei den Heimhilfen ist.“ (15)*

Die Mitarbeiter/innen wissen nun, wo die Wünsche der Klient/innen dokumentiert sind und richten sich danach (15). Sie werden in dem Prozess besser unterstützt, was insbesondere bei Heimhilfen wichtig ist, die eine deutlich kürzere Ausbildung als diplomierte Kräfte und Pflegeassistent/innen haben und dadurch weniger gut auf diese Situationen vorbereitet wurden.

*„Ja also die Mitarbeiter, die über zehn Jahre z. B. bei uns arbeiten die entwickeln da so eigene Schemen wie gehe ich mit Tod um, wer das nicht schafft, der arbeitet dann nicht mehr in dieser Branche, das hält man auf Dauer nicht aus, wenn man nicht damit klarkommt. Bei neuen Mitarbeitern geht es immer darum, wie man den am besten in das Ganze involviert, bzw. bei der Dokumentation, was könnte man da noch machen, dass man die Mitarbeiter da noch mehr in der Planung unterstützt, wo wir auch wissen, dass es da Probleme geben wird. Angehörige zum Beispiel, manchmal erkennt man schon bei der Aufnahme, dass der Angehörige, der auch unser Ansprechpartner ist, mit der Situation sehr überfordert ist, und dann überlegen wir, was machen wir für den Klienten und wie kommunizieren wir mit den Angehörigen und das ist natürlich dann sehr schwer weil es da drei Berufsgruppen gibt, die Diplomierten haben eine andere Ausbildung und sind besser vorbereitet als Heimhelferinnen, die auch mit Fragen konfrontiert werden, die sie wirklich überfordern.“ (16)*

*„Und wir wissen, dass wir Hilfe bekommen, wenn wir sie brauchen. Wir können zum Beispiel immer im Büro anrufen. Wenn es soweit ist, weiß ich, dass ich nicht alleine bin.“ (FG 2)*

*„Der Klientenwille wurde auch jetzt erst stark besprochen. Den Zettel [Anm. Dokumentation] gab es auch vorher schon, aber jetzt ist es viel relevanter. Früher wurde das nicht so beachtet.“ (FG 2)*

Wichtig ist es auch, den Mitarbeiter/innen zu vermitteln, dass sie wichtige Entscheidungen nicht alleine treffen können und sollen, wenn sie in die Situation kommen, dass es Klient/innen nicht gut geht, oder sie bereits verstorben sind.

### **6.6.3.4. Entlastung durch zusätzliche Zeitressourcen**

Die knappen Zeitressourcen wurden in vielen Gesprächen thematisiert. Einigkeit herrschte darüber, dass die enge Taktung für die Pflege und Betreuungskräfte sehr belastend ist.

*„Gleich ist nur, dass es früher anders war, überall. Früher hast du viel mehr Zeit gehabt als jetzt. Mit dem Telefon bist du ja jetzt völlig beobachtet. Da fängt das an zu piepsen, da fängst schon an zu schreien, du bist ja viel nervöser. Ende des Jahres ist aber auch immer am stressigsten. Und jeder ältere Mensch spürt das, wenn du nervös bist. Ich finde seit dem Projekt wird darauf auch schon mehr Rücksicht genommen.“ (FG2).*

Nicht ganz einig waren sich die Diskutant/innen in den Fokusgruppengesprächen hingegen, wie leicht oder schwer es möglich ist, im Bedarfsfall zusätzliche Zeitressourcen anzufordern. Manche hielten es für relativ unkompliziert, für andere stellte es sich schwierig dar.

*„Wenn ich zum Beispiel sehe, dass sich der Zustand eines Patienten verschlechtert kann ich an FSW schreiben und vielleicht bekommt er dann mehr Zeit. [...] Ich habe jetzt eine Frau, die haben wir erst seit drei Monaten und ich habe nach den 45 Minuten gesehen, dass die gegebene Zeit nicht ausreichen wird. Dann habe ich das gesagt und habe mehr Zeit bekommen, damit wir sie betreuen können. Selbst das ist manchmal zu wenig, aber ein Fortschritt.“ (FG 2)*

#### **6.6.3.5. Entlastung durch professionelle Unterstützung beim Abschiednehmen**

Wenn Klient/innen versterben, können die Mitarbeiter/innen in manchen Fällen auch professionelle Hilfe in Form von Supervisionsstunden in Anspruch nehmen. Die operativen Führungskräfte sind sensibler bei dem Thema.

*„Das haben wir vor. Bis jetzt haben wir das nicht gemacht. Natürlich hat die Mitarbeiterin die Möglichkeit gehabt, zu mir zu kommen um zu reden. Aber wir haben seit zwei Jahren [...] beschlossen, das ist viel schwieriger, wenn der Kunde verstirbt und die Mitarbeiter/innen war jahrelang Bezugsbetreuer/in. Dann bieten wir schon einzelne Supervisionsstunden, wo sie sich dann austauschen können. Und sie sagen mir einfach, wenn sie damit schwer umgehen. Oder ich sehe es vom Nonverbalen, wie die/die Mitarbeiter/in ausschaut, wie es ihr geht und dann schlage ich es vor, frage sie, ob sie das will.“ (I5)*

#### **6.6.3.6. Entlastung durch Rituale beim Abschiednehmen**

Wichtig sind Rituale, die dabei helfen, der Trauer über den Tod von Klient/innen Ausdruck zu verleihen.

*Wir haben auch Abschiedsrituale, da wird z. B. eine Kerze angezündet. Oder, wenn der Angehörige uns eine Pate schickt, dann wird diese auch auf dem Tisch aufgestellt und wir haben bei uns im Büro einen Tisch mit Buch und Blumen wo man ein paar Wörter reinschreiben kann über den Verstorbenen oder manchmal gibt es auch mehr als eine Kerze, manchmal erzählen sich die Mitarbeiter von dem verstorbenen Klienten. Sehr oft wird auch Trauer auf eine spezifische Art z.B. werden die lustigsten Momente mit dem Klienten erzählt, wann hat er gelacht, wann war er glücklich, das ist natürlich nicht immer so dass wir sehr traurig da sitzen, wir erzählen halt, wie er war, das sind eben unsere Abschiedsrituale, das wissen auch unsere Mitarbeiterinnen dass es da Raum dafür gibt und sie können es selbst gestalten. [...] das mit dem Tisch und dem Buch und den Blumen, das ist im Rahmen von HPC Mobil entstanden und wurde gleich organisiert (I6).*

Mitarbeiter/innen haben in manchen Fällen auch die Möglichkeit, das Begräbnis zu besuchen, was für sie ebenfalls ein wichtiger Beitrag sein kann, ihre Trauer zu bewältigen (I6).

## 6.7. AUSWIRKUNGEN AUF DIE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT

### 6.7.1. Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen

Die Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen wurde vielfach als schwierig bezeichnet. Dies hat strukturelle Hintergründe, da Hausbesuche finanziell schlecht abgegolten werden und von vielen Ärzt/innen daher nicht durchgeführt werden. Die Kommunikation mit dem Pflege- und Betreuungsteam ist aus terminlichen Gründen schwierig, da gemeinsame Termine schwer zu arrangieren sind.

Es gab allerdings auch sehr gute Erfahrungen.

*„Es kommt immer auf das Engagement von den einzelnen Ärzten drauf an, ob sie wirklich Hausbesuche machen, oder nicht. Es gibt natürlich Situationen, wo die Betreuung zuhause sehr schwer ist, weil das Zusammenspiel mit dem Hausarzt nicht funktioniert. Die meisten machen aber Hausbesuche. Wenn es den Klienten aber akut schlecht geht rufen die Heimhilfen die Rettung.“ (I10)*

*„Es kommt auf den Hausarzt an, also ich habe eine Klientin die mit Blasenkarzinom im Endstadium eben so lange wie möglich zu Hause war und der Hausarzt ist bei Anruf innerhalb von ein paar Stunden, also je nachdem wie er die Ordination schließen konnte, gekommen. Und er konnte bei ihr wirklich Krankenhausaufenthalte dann vermeiden, dass er sie untersucht hat und dass er sie auch behandelt hat, ob Blutdruckprobleme oder eben das Problem, wenn sie Blut im Urin hat, sie ist aber noch kontinent, meistens ist es ein Infekt, hat die Probe genommen, hat antibiotisch behandelt bei Infekt. Normalerweise müsste man dann schon, wenn kein Arzt kommt sie ins Spital geben, dann hat er Anweisungen gegeben, mit Unterschrift, mit Stempel, wie wir vorzugehen haben, bei welchen Problemen, also das war wirklich tiptopp durch den Arzt, der eben auch darauf spezialisiert ist, dass die Leute so lange wie möglich zu Hause bleiben können.“ (FG3)*

Ärzt/innen schrecken mitunter auch vor der Verantwortung zurück, wenn es im Palliativbereich an Fachwissen mangelt (I14). Die Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen ist jedoch essenziell, wenn es um das Ziel geht, dass Klient/innen zuhause versterben können.

*„Grundsätzlich gibt's die Vorgabe, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert ist der Hausarzt oder die Rettung zu verständigen, bzw. die Diplomierte die den Pflege- und Betreuungsplan erstellt hat und da gibt es einfach total viele Unsicherheiten. Wir haben letztens eine Situation gehabt wo der Klientin ist es schlecht gegangen, die Heimhilfe hat die Rettung kontaktiert, die Rettungsärztin hat gesagt die Klientin ist sterbend, sie nimmt sie nicht mit, sie werde sie zu Hause lassen. Wir haben dann eine Sitzwache relativ rasch auf die Füße gestellt, damit sie eben nicht alleine ist mit Besuchsdienst und Heimhilfe und am Nachmittag kam der Hausarzt vorbei und der hat die Klientin dann in Spital geschickt. Also das Engagement der Rettungsärztin war super, aber im Prinzip - der Hausarzt hat genau das Gegenteil bewirkt.“ (I12)*

Im Rahmen von HPC Mobil wurde nach verschiedenen Möglichkeiten gesucht, Ärzt/innen über das Projekt zu informieren. Um die Hausärzt/innen auch besser in den Pflege- und Betreuungsalltag zu integrieren, wurde trägerübergreifend ein Ärztebrief formuliert, mittels dessen diese über die Übernahme von Patient/innen in die mobile Betreuung und Pflege informiert werden und der Wunsch nach einer Zusammenarbeit zum Ausdruck gebracht wird, und eine Kontaktperson genannt wird. Weiters erfolgt ein Hinweis zum Projekt HPC Mobil, eine kurze Beschreibung inklusive Verweis auf die Website und den Videoclip.

Das Projekt wurde bei zwei Hausärzte-Tagen sowie bei einer Bezirksärztevertreter/innensitzung vorgestellt. Die Resonanz war vielfach wesentlich positiver als erwartet (Interview 14).

### 6.7.2. Multidisziplinäre interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen

Für manche Mitarbeiter/innen war das Projekt die erste Gelegenheit, für einen intensiveren Austausch zwischen den Berufsgruppen (diplomierte Pflegekräfte, Pflegeassistent/innen und Heimhilfen), was als sehr bereichernd dargestellt wurde. Bei allen Trägern wurden die Berufsgruppen in den Workshops durchmischt (FG 3). Ziel war es, in jedem Workshop Repräsentant/innen aller drei Berufsgruppen vertreten zu haben, was nicht immer ganz leicht war, weil es verhältnismäßig wenig diplomierte Pflegekräfte gibt. Diese Durchmischung wurde als große Bereicherung angesehen.

*„Für alle Berufsgruppen, bei uns sind alle Fortbildungen so organisiert, dass sie für alle Berufsgruppen sind außer es geht, beim Diabetiker haben wir eines für Heimhelfer und eines für Hauskrankenpfleger. Aber grundsätzlich haben wir immer schon versucht so viel wie möglich für alle Berufsgruppen gemeinsam anzubieten, wo natürlich auch ein Austausch stattfindet. [...] Am Anfang [...] war die Skepsis sehr groß. [...] Bei allen. Bei den Heimhelferinnen ob sie mithalten können, weil da plötzlich Diplomierte in der Ausbildung mit drinnen sitzen, als auch von den Diplomierten ob auch das Niveau hoch genug ist, wenn Heimhelferinnen dabei sind. Ein Standesdünkel gibt es sehr wohl. Aber mittlerweile, nach einem Jahr war das kein Thema mehr. Im Gegenteil es ist irrsinnig positiv aufgenommen worden.“ (I12)*

### 6.7.3. Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern

Verbessert hat sich auch die Zusammenarbeit mit den mobilen Palliativteams durch HPC Mobil, sowohl trägerintern, wenn Träger über eigene mobile Palliativteams verfügen (I14) als auch zwischen den Trägern (FG3).

Zu Beginn des Projekts war es sehr stark von einzelnen Personen abhängig, inwiefern mobile Palliativteams eingebunden waren oder nicht.

*„Naja wir arbeiten mit den mobilen Hospizen zusammen, aber auch mit wenig Struktur. Also wenn einer das Hospizteam hat oder, wenn wir es jemandem organisieren, dann gibt es den Kontakt, aber [...] da gibt es keine Planung oder keine wirkliche Vernetzung. Also da sehe ich sehr viele Möglichkeiten in dem Projekt, dass man da auch eine gute Vernetzung aufbauen kann.“ (I2)*

Im Rahmen der Stakeholdertreffen (siehe Kapitel 5.9.) wurde das Projekt und seine Anliegen auch dem Entlassungsmanagement, dem Fördergeber (FSW) sowie dem WiHoP (Wiener Hospiz und Palliativforum) präsentiert.

## 6.8. AUSWIRKUNGEN AUF DIE KLIENT/INNEN UND AN- UND ZUGEHÖRIGEN

Zur Beurteilung der Auswirkungen auf die Klient/innen ist es nach Auskunft einiger Interviewpartner/innen noch zu früh (z.B. FG 3, I8). Vereinzelt wurde von Fällen berichtet, in denen das Ziel, dass Klient/innen, die das gerne möchten, zuhause versterben können, erreicht oder nicht erreicht werden konnte. Vieles hängt dabei von den beteiligten Hausärzt/innen ab, wie oben (Kapitel 6.7.1) bereits berichtet.

*„[...] im Team haben wir eine Dame gehabt, die ist auch zu Hause gestorben, wie es ihr Wunsch war. [...] Naja da war schon der Arzt dann da und Angehörige und das ist schon so, wie wir das von der Schulung her kennen. Also, seit die Schulung begonnen hat, ist das schon auch intensiver, weil früher haben wir auch nicht die Möglichkeit gehabt mit: „Was machen wir und was tun wir?“. Da waren auch die fachlichen Leitungen und die Pfleger nicht so aufgeschult, wie sie damit umgehen. Aber jetzt ist es schon, meiner Meinung nach, ganz gut. [...] Ich glaub, das hat sich damit entwickelt, mit der Schulung, weil das sind einfach Sichtpunkte, die da gekommen sind und dann hat man das alles ausgebaut. So empfinde ich das, die Möglichkeiten waren früher auch nicht so wie jetzt.“ (I9)*



Die Auswirkungen auf die Klient/innen und An- und Zugehörigen werden in Kapitel 10 noch eingehend erläutert.

## 6.9. NACHHALTIGKEIT

Die Nachhaltigkeit zu sichern war vielen Gesprächspartner/innen aus allen Berufsgruppen ein besonderes Anliegen. Insbesondere folgende Punkte wurden erwähnt:

### 6.9.1. Sicherung der Trainer/innen-Ausbildung

Aufgrund der hohen Fluktuation besteht die Gefahr, dass es künftig zu einem Engpass an Trainer/innen kommt. Daher ist es wichtig, die Ausbildung der Trainer/innen auch weiterhin anzubieten.

### 6.9.2. Aufrechterhaltung des Workshop-Angebots

Um die Schulungsrate von 80 Prozent nachhaltig zu gewährleisten ist es notwendig, die Workshops weiterhin anzubieten, um auch künftigen Mitarbeiter/innen die Möglichkeit zu geben, diesen zu besuchen.

### 6.9.3. Anpassung der Rahmenbedingungen durch den Fördergeber

Um die im Rahmen von HPC Mobil gesetzten Maßnahmen auch weiterhin umsetzen zu können sind entsprechende finanzielle Rahmenbedingungen erforderlich. Dies betrifft insbesondere

- Flexiblere Zeiten in der Betreuung und Abgeltung des Mehraufwandes

*„Zusatzleistungsstunden bei Klienten, die wirklich in einer letzten Lebensphase sind oder die mehr an Betreuung brauchen, da muss es für mich schon einen Weg geben können, dass ich da mehr Zeit in Anspruch nehmen kann. Wir haben ja auch eine Richtlinie, die einen Mehrstundenaufwand erlaubt, aber da ist die terminale oder palliative Phase oder das, was es jetzt in der Endphase braucht an Zusatzbegleitung, das ist in dieser Richtlinie nicht drin. Da könnten wir versuchen, ob wir das nicht auch hineinbekommen.“ (I2)*

- Schnellere Abwicklung

Derzeit erfordert die Genehmigung von Mehrstunden oft mehrere Tage, was für sterbende Menschen zu lange ist. Hier sollte eine Anpassung erfolgen, die es erlaubt, Ansuchen entsprechend zu kennzeichnen.

- Honorierung der vorausschauenden Planung

Die vorausschauende Planung wird derzeit seitens des Fördergebers nicht abgegolten.

- Bezahlte Zeit für die Angehörigen

Nicht honoriert wird derzeit auch die Zeit für Angehörige, die in der letzten Phase, informiert, angeleitet und unterstützt werden müssen.

#### 6.9.4. Honorierung des Mehraufwandes bei den Hausärzt/innen

Um es künftig mehr Menschen zu ermöglichen, zuhause zu sterben sind Hausärzt/innen unerlässlich. Derzeit wird beispielweise der VSD Vorsorgedialog (eine Form der vorausschauenden Planung) finanziell nicht abgegolten.

#### 6.9.5. Verantwortliche in den Organisationen

Es braucht auch nach Abschluss des Projekts HPC Mobil eine/n Verantwortliche/n, der/die die Anliegen von HPC Mobil weiterhin vertritt (I13). Auch die Aufrechterhaltung des trägerübergreifenden Austausches wurde als wichtig angesehen. Auf Ebene der Palliativbeauftragten wurden bereits Treffen für einen bestimmten Zeitraum vereinbart, ebenso wollen sich die Projektleiter/innen künftig in regelmäßigem Abstand treffen.

### 6.10. RESÜMEE

Die Ergebnisse machen deutlich, wie vielfältig die Maßnahmen des Projekts waren. Das Projekt setzte an vielen verschiedenen Stellen an, um Veränderungen zu bewirken. Wichtig war dabei die Unterstützung der obersten Führungsebene, die im Rahmen der Steuergruppe regelmäßig eingebunden war. Der Vertrag und die Verschriftlichung der Ziele, Leistungen und Indikatoren waren wirksame Instrumente, um ein gemeinsames Verständnis und Commitment zu erzeugen. Die Entwicklungsgruppe, bestehend aus den Projektleiterduos der Trägerorganisationen sowie der HPC Mobil Projektleitung und dem Organisationsentwicklungsberater spielten eine tragende Rolle in der Entwicklung der verschiedenen Maßnahmen und darin, diese in die Organisationen zu tragen. Unterstützt wurden sie dabei von den neu etablierten Funktionen der Palliativbeauftragten und -gruppen. Gemeinsam wurde erarbeitet, wie Hospiz und Palliative Care den über 2.000 Mitarbeiter/innen der vier am Schluss verbleibenden Trägerorganisationen nähergebracht und in den Arbeitsalltag integriert werden können, sodass die Mitarbeiter/innen in der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patient/innen unterstützt werden und dass in weiterer Folge die Wünsche der Klient/innen für ihre letzte Lebensphase besser erfüllt werden können.

Als besonders hilfreich wurde von den Beteiligten der trägerübergreifende Austausch gesehen, der in Wien in der Form im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung ein Novum darstellte. HPC Mobil eröffnete außerdem Räume für einen Austausch zwischen den Berufsgruppen, der in der mobilen Pflege nicht häufig gegeben ist, was ebenfalls positiv erwähnt wurde. Ein Punkt, der im Nachhinein betrachtet, noch stärker forciert werden hätte sollen, ist die Einbindung der operativen Führungskräfte. Das ist jene Gruppe, die die Ziele, Leistungen und Indikatoren ganz wesentlich mittragen sowie für deren Umsetzung sorgen muss. Gleichzeitig hat sie nicht direkt an der Entwicklung mitgearbeitet.

Es gibt auch Bereiche, bei denen wenig unmittelbarer Einfluss seitens der Projektbeteiligten besteht. Dies betrifft insbesondere die Kooperation mit den Hausärzt/innen, welche ein wesentlicher Knackpunkt für den Erfolg einer gemeinsamen Betreuung ist. Es zeigt sich, dass Ärzt/innen oft selbst unter sehr schwierigen Rahmenbedingungen agieren und den fachlichen Austausch, der durch HPC Mobil initiiert wurde schätzen. Es wurden mit dem Ärztebrief und den Präsentationen des Projekts bei Treffen von Ärzt/innen gute erste Schritte gefunden, die Handlungsspielräume auszuschöpfen. Gleiches gilt für andere Kooperationspartner, wie den Fördergeber FSW sowie andere Dienstleister (z.B. Entlassungsmanagement).



## 7. Trainer/innen-Befragung

---

### 7.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Die Befragung der im Rahmen von HPC Mobil in den Trägerorganisationen ausgebildeten Trainer/innen wurde als Zusatzmodul in das Evaluierungskonzept eingefügt. Sie wurde zweistufig konzipiert. In einem ersten Schritt wurde im Rahmen der vier Schulungsblöcke ein schriftlicher Feedbackfragebogen an die jeweils 16-19 Teilnehmer/innen ausgeteilt. In einem zweiten Schritt fand – mit zeitlichem Abstand – eine weitere Erhebung zur Umsetzung des in den Workshops Erlernten mittels Online-Fragebogen statt.

Im Zentrum des Moduls stand die Frage

Wie wurden die Schulungen umgesetzt? Welche Rolle nehmen die Trainer/innen im Träger ein?

Im Rahmen dieses Moduls wurde diese Frage mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

#### **Erste Erhebungsphase (schriftlich):**

- Wie werden Inhalte und Konzeption der Schulungen eingeschätzt?
- Waren die Leiter/innen der Schulungen fachlich kompetent und gingen auf Fragen ein?
- Was bleibt besonders positiv in Erinnerung?
- Welche Themen sollten in weiterer Folge aufgegriffen werden?

#### **Zweite Erhebungsphase (online):**

- Gab es Unterstützung bei der Vorbereitung der Workshops?
- Erfolgte diese Vorbereitung innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit?
- Musste zusätzliches Wissen angeeignet werden, bzw. ist die Aneignung des Fachwissens als große Herausforderung zu sehen?
- Wurden genügend Ressourcen für die Nachbereitung der Workshops einberaumt?
- Fanden Reflexionsrunden statt?
- Wurde das Abhalten der Workshops als (persönliche) Bereicherung gesehen?

### 7.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Direkt im Anschluss an die vier Trainer/innenschulungen wurden die Trainer/innen in Form eines schriftlichen Feedbackbogens im Rahmen einer ersten Erhebungsphase um Rückmeldung gebeten. Die Schulungsblöcke fanden im April, Juni/Juli und September 2016 statt sowie im Februar/März 2017. Von den 71 Personen beteiligten sich 65 Personen an dem Feedback, dies entspricht einem hohen Rücklauf von rund 91,5 Prozent. Der Fragebogen bestand aus größtenteils geschlossenen und zwei offenen Fragen. Die Inhalte, das Gelernte sowie die Einschätzung der Leiter/innen der Schulungsblöcke standen hierbei im Fokus.

Die zweite Erhebungsphase erfolgte im Juni 2017 (KW 22). Der Online-Fragebogen wurde an 61 Personen verschickt, 32 von ihnen beteiligten sich. Der Rücklauf liegt demnach bei 52 Prozent. Fragen zur Person sowie Allgemeines zum/zu den Workshop/s und Aussagen zur Funktion als Trainer/in wurden abgefragt.

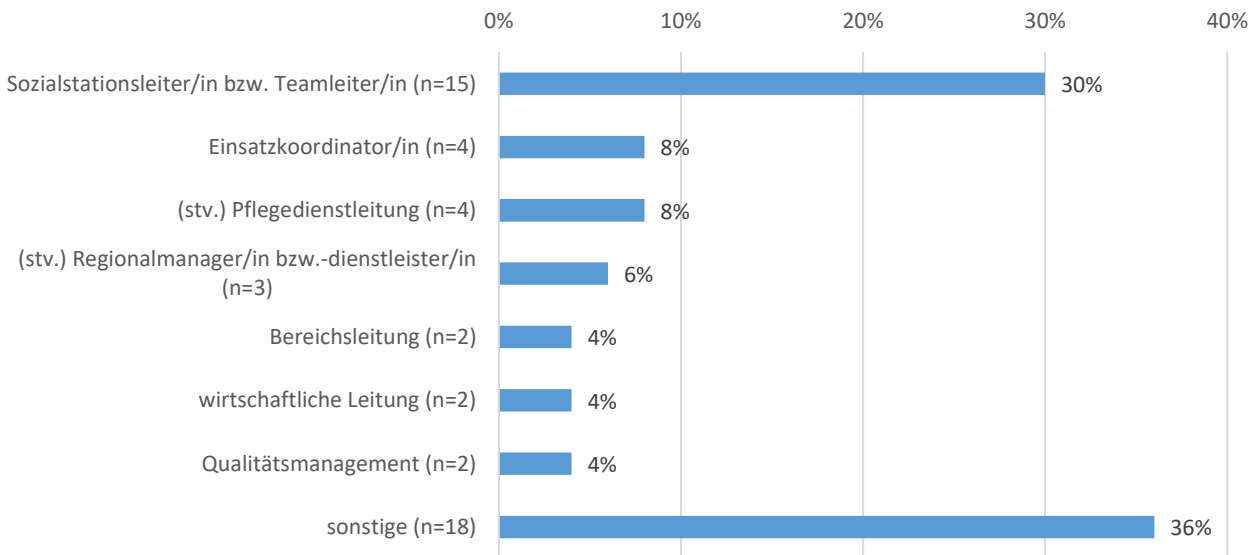
Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der ersten (schriftlichen) Erhebungsphase und anschließend die der zweiten (online) Erhebungsphase abgebildet. Bei den Ergebnissen der Onlineerhebung sind die geringen Fallzahlen zu berücksichtigen.

### 7.3. ERGEBNISSE ERSTE ERHEBUNGSPHASE (SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG)

#### 7.3.1. Soziodemografische Merkmale/Fragen zur Person

Die 65 an der Umfrage teilnehmenden Trainer/innen wurden im Rahmen des Fragebogens gebeten, ihre Berufsgruppe anzugeben. Das Gros der Personen gibt dabei an Sozialstationsleiter/inbzw. Teamleiter/in zu sein. Als sonstige Positionen wurden folgende genannt: „Krankenpflege“, „Personal, Bildung, Lehre“, „PL MPC und Innovationsmanagement in Unternehmen“, „Qualitätssicherung“, „Statusstelle Pflegequalität“, „stellvertretende Stationsleiter/in“.

ABBILDUNG 3: Trainer/innenbefragung 1 - Berufsgruppe

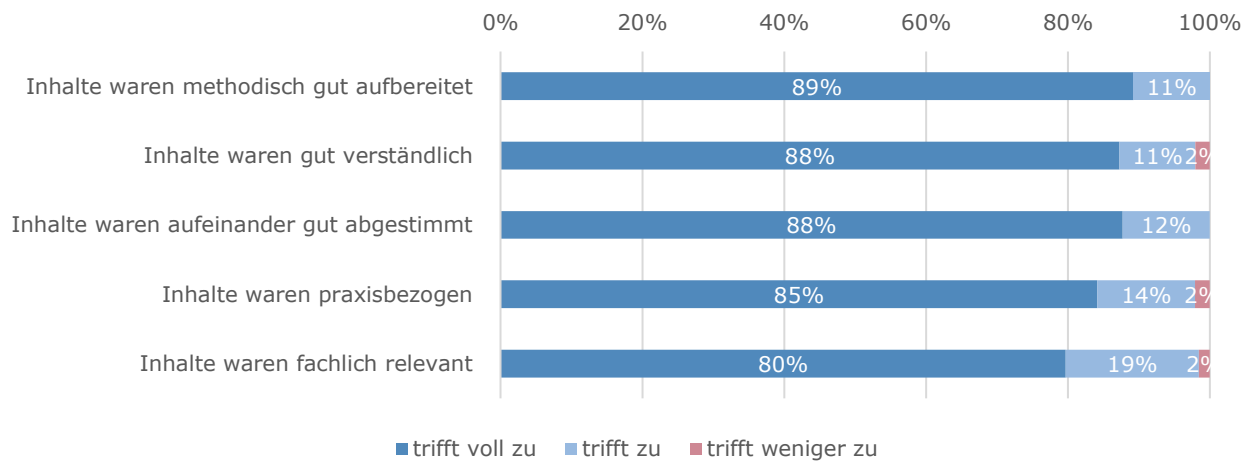


Quelle: Trainer/innenerhebung (schriftlich) 2017, n=50

#### 7.3.2. Allgemeines zu den Schulungen

Die Inhalte der Schulung wurden von den befragten Teilnehmer/innen durchwegs sehr positiv eingestuft. Lediglich zwei Prozent beurteilten die Inhalte in Bezug auf fachliche Relevanz, Praxisbezogenheit und Verständlichkeit als weniger gut. Die Verständlichkeit und Abgestimmtheit der Inhalte wurden ausschließlich positiv bewertet (Note 1 und 2 auf der vierteiligen Skala).

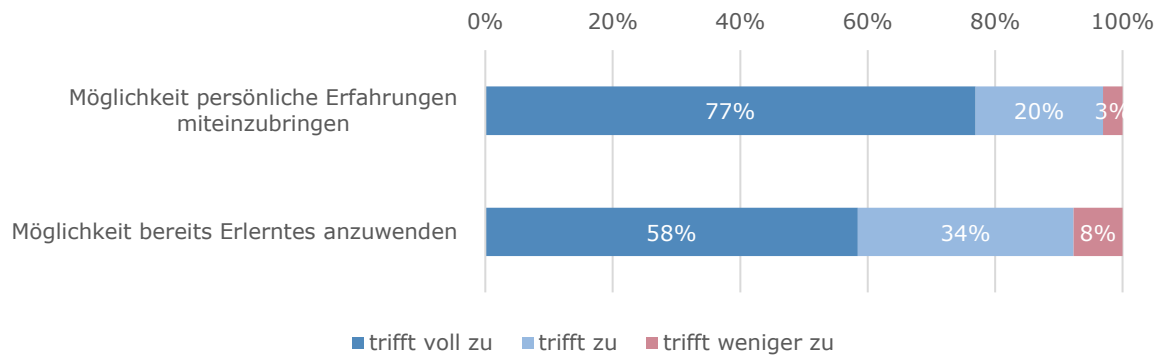
ABBILDUNG 4: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 1 - BEURTEILUNG DER INHALTE



Quelle: Trainer/innenerhebung (schriftlich) 2017, n=65, Summe > 100% aufgrund von Rundungsfehlern

Die Möglichkeit persönliche Erfahrungen im Rahmen der Schulung miteinzubringen trifft für 77 Prozent voll zu und für 20 Prozent (eher) zu. Auch bereits Erlerntes konnte das Gros der Trainer/innen anwenden (58 Prozent trifft voll zu, 34 Prozent trifft zu).

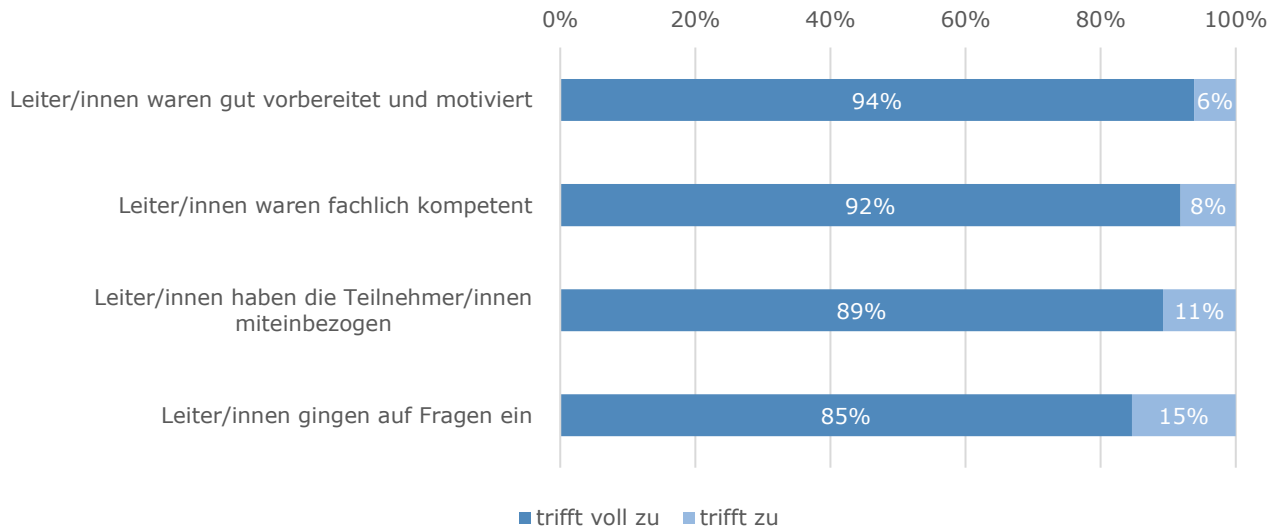
ABBILDUNG 5: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 1 - EIGENE MITWIRKUNGSMÖGLICHKEITEN



Quelle: Trainer/innenerhebung (schriftlich) 2017, n=65

Sämtliche in der Erhebung befragte Personen empfinden die Leiter/innen als fachlich gut vorbereitet und kompetent sowie motiviert. Außerdem haben diese die Teilnehmer/innen miteinbezogen und gingen auf Fragen ein. Kein Teilnehmer/keine Teilnehmerin stimmte den aufgelisteten Aussagen bezüglich der Leiter/innen nicht zu.

ABBILDUNG 6: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 1 - EINSCHÄTZUNG DER LEITER/INNEN



Quelle: Trainer/innenerhebung (schriftlich) 2017, n=65

Im Rahmen einer offenen Frage, was den Teilnehmer/innen gefallen hat, hatten diese die Gelegenheit ganz frei Feedback zu geben. Genannt wurden...

- **... die Gestaltung des Workshops**
  - Methodenvielfalt
  - Lebendigkeit
  - Methode Storyline, Praxisorientiertheit
  - dynamische Begegnung beim Themenwechseln
  - Gestaltung der Tage - "Springen" zwischen Teilnehmer- und Metaebene
  - Vermittlung der Moderationstechniken, Druckentlastung
  - die Selbstreflexion die während der Zusammenarbeit stattfindet, das Versetzen in eine Person
  - sensibler Umgang mit sensiblen Themen
- **...die Schulungsleiter/innen**
  - tolle Moderation und Vermittlung
  - das Thema kompetent einfühlsam und humorvoll zu übermitteln
  - Abwechslung in der Moderation
  - gute Koordination
  - Freude am Tun
  - Haltung zu vermitteln
- **... die Gruppenarbeit/Zusammenarbeit während der Schulung**
  - Die Harmonie in der Gruppe und das notwendige Vertrauen wurde perfekt geschaffen
  - tolle Stimmung in der Gruppe
  - sehr positive Stimmung in der Gruppe, Offenheit
- **... die angenehme Atmosphäre**

Die Teilnehmer/innen hatten zudem die Gelegenheit noch weitere Themen zu benennen die sie in weiterer Folge gerne bearbeiten würden:

- **Umgangsweise nach dem Tod**
  - Schmerz
  - Bedeutung von Ende(n) + Kontinuität
  - mehr zum Thema Trauer + Organisatorisches nach dem Tod
  - Nachsorge
- **Umgang mit Multikulturalität/anderen Religionen**
  - Abschiedsrituale der verschiedenen Religionen im Überblick
  - Rituale Religionen
  - etwas mehr als angesprochen, multikultureller Umgang mit dem Sterben (gibt es Unterschiede)
  - Multikulturalität
- **Rechtliche Aspekte**

Ein Teil der befragten Personen nutze diese offene Frage um **Kritik/Anmerkungen am Workshop** zu äußern:

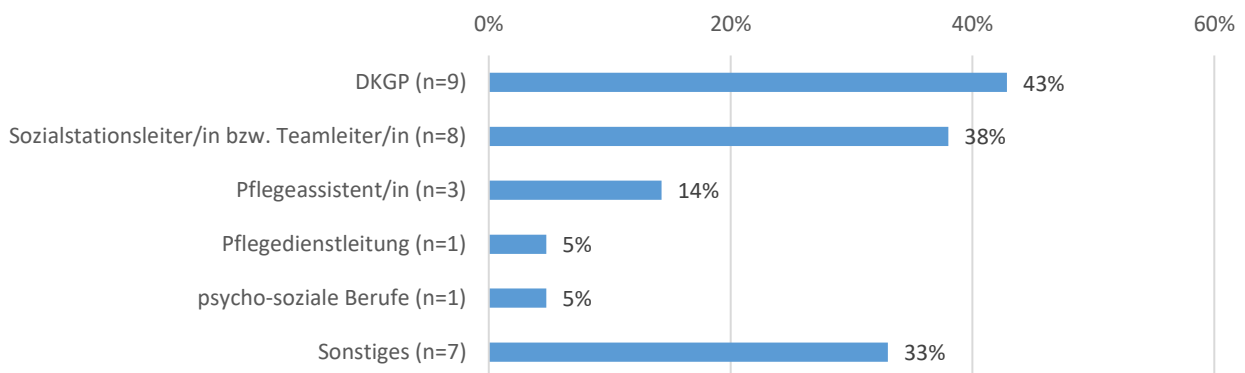
- Anleitung manchmal zu dicht, dass roter Faden manchmal verloren ging, Zielsetzung nicht wirklich gegeben
- Strukturen - roter Faden durch die 3 Tage deutlicher machen
- es war ein dichtes Programm für die 5 Tage, danke für die tolle Atmosphäre, für die engagierte Infovermittlung - die Tage waren eine Bereicherung für mich
- Zeit das aufzuarbeiten was zwischen den Seminartagen hochkommt, Bedenken über den Transfer in die Praxis, Rollenkonflikt
- konkretes Herunterbrechen auf eigene Organisation, Ziele + Zielgruppe, dafür eine eigene Einheit einplanen

## 7.4. ERGEBNISSE ZWEITE ERHEBUNGSPHASE (ONLINE BEFRAGUNG)

### 7.4.1. Soziodemografische Merkmale/Fragen zur Person

Insgesamt gaben 29 der 32 befragten Personen ihr Geschlecht an. 69 Prozent davon waren weiblich und 31 Prozent männlich. Die Verteilung der Berufsgruppen gestaltete sich hierbei folgendermaßen: Fast die Hälfte der Personen mit 43 Prozent waren diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, 38 Prozent Stationsleiter/innen bzw. Teamleiter/innen, 14 Prozent Pflegeassistent/innen und nur jeweils 5 Prozent entstammten der Pflegedienstleitung oder psychosozialen Berufen. Über ein Drittel, nämlich 33 Prozent, der befragten Trainer/innen nannte sonstige Berufsgruppen. Genannt wurden Einsatzkoordinator/innen, Stellvertretende Leitung und die Berufsgruppe des Qualitätsmanagements.

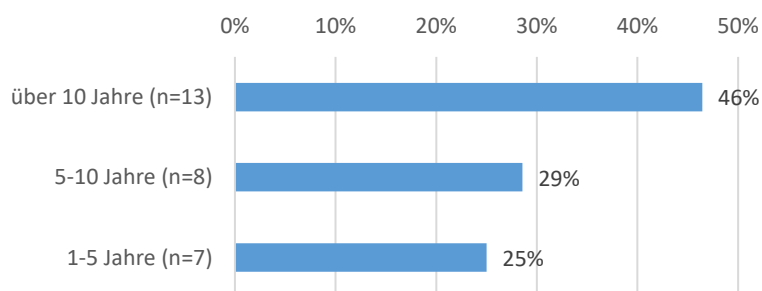
ABBILDUNG 7: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - VERTEILUNG DER BERUFSGRUPPEN



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

46 Prozent der Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung bereits über 10 Jahre in der mobilen Betreuung und Pflege zu Hause beschäftigt, 29 Prozent zwischen 5 und 10 Jahren und 25 Prozent zwischen 1 und 5 Jahren.

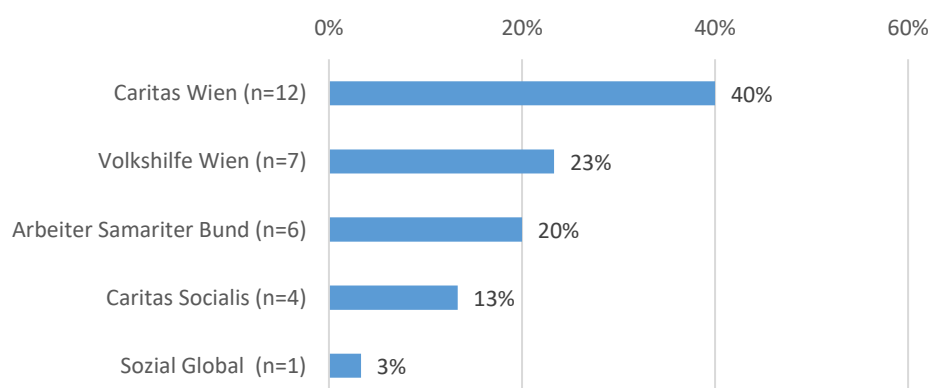
ABBILDUNG 8: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - DAUER DER BESCHÄFTIGUNG



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Zudem wurde im Rahmen der Trainer/innenerhebung nach der Organisation gefragt, in der die Teilnehmer/innen tätig sind. 40 Prozent waren bei der Caritas Wien beschäftigt, 23 Prozent bei der Volkshilfe Wien, 20 Prozent beim Arbeiter Samariter Bund, 13 Prozent bei der Caritas Socialis und 3 Prozent bei Sozial Global.

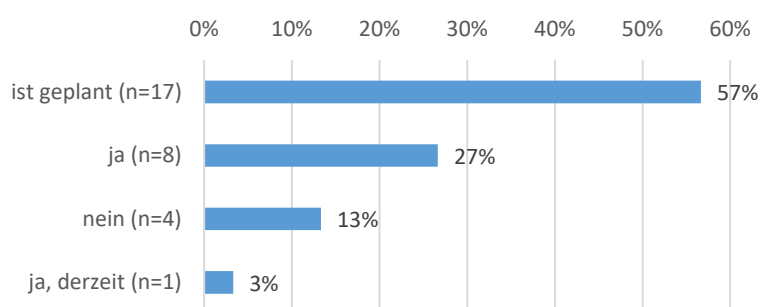
ABBILDUNG 9: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - TÄTIGKEIT IN ORGANISATION



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Die Personen wurden gefragt, ob sie bereits einen interprofessionellen Palliativlehrgang besucht haben bzw. beabsichtigen einen zu besuchen. 57 Prozent der befragten Trainer/innen planten, einen interprofessionellen Palliativlehrgang zu besuchen, 27 Prozent haben diesen bereits absolviert, 13 Prozent planten keinen interprofessionellen Palliativlehrgang zu besuchen und 3 Prozent besuchten einen solchen zum Zeitpunkt der Befragung.

ABBILDUNG 10: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - BESUCH DES INTERPROFESSIONELLEN PALLIATIVLEHRGANGS



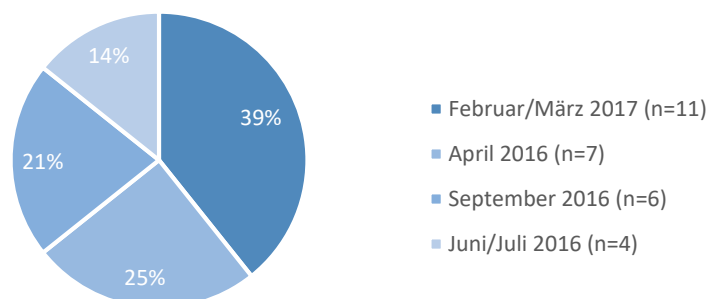
Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Außerdem wurde abgefragt, ob bereits andere Fortbildungen zu Hospiz und Palliative Care, neben den Schulungen, besucht wurden. 67 Prozent (20 von 30) der befragten Personen gaben an, andere Fortbildungen zu Hospiz und Palliative Care besucht zu haben, 33 Prozent (10 von 30) verneinten dies. Von den 20 Personen die angaben, andere Fortbildungen zu Hospiz und Palliative Care besucht zu haben, sahen 74 Prozent dies als zusätzliche Hilfe für die Tätigkeit als Trainer/in. 26 Prozent betrachteten diese Fortbildungen nur als teilweise Stütze.

#### 7.4.2. Allgemeines zu den Workshops

Der Großteil der befragten Teilnehmer/innen besuchte im Februar/März 2017 die Trainer/innenschulung (39 Prozent). 25 Prozent im April 2016, 21 Prozent im September 2016 und 14 Prozent im Juni/Juli 2016.

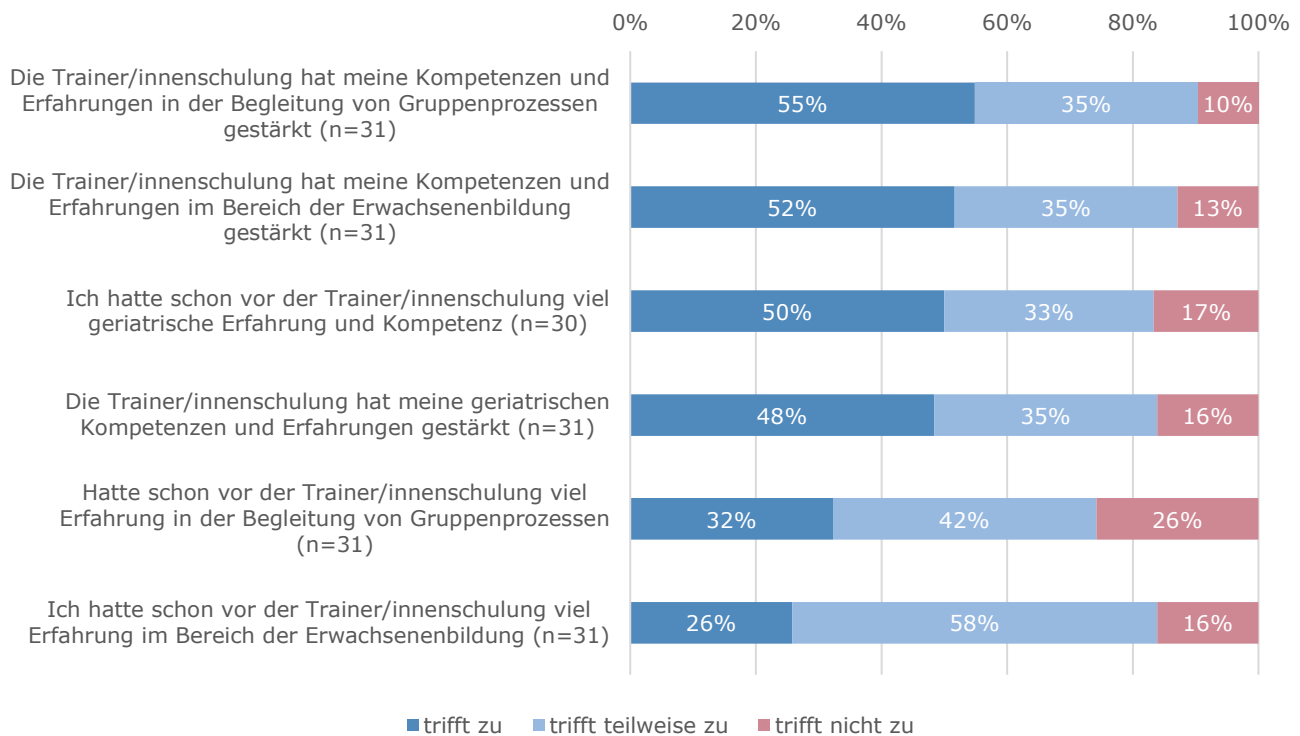
ABBILDUNG 11: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - ZEITPUNKT DES BESUCHS



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Mehr als die Hälfte (55 Prozent) der befragten Trainer/innen sah durch die Trainer/innenschulung sowohl ihre Kompetenzen als auch Erfahrungen in der Begleitung von Gruppenprozessen sowie im Bereich der Erwachsenenbildung (52 Prozent) gestärkt. 26 Prozent der befragten Personen hatten schon vor der Schulung viel Erfahrung in der Begleitung von Gruppenprozessen.

ABBILDUNG 12: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - KOMPETENZEN UND ERFAHRUNGEN

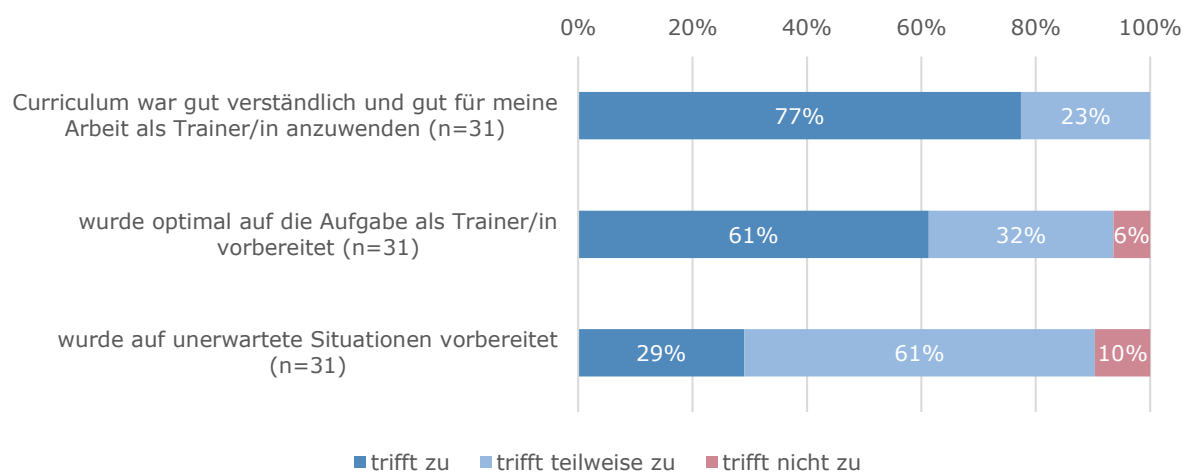


Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen war im Allgemeinen sehr hoch, wie die folgende Abbildung zeigt. 77 Prozent der Befragten empfanden das Curriculum als gut verständlich und für die Arbeit als Trainer/in gut anwendbar. Dass die Schulung für die Aufgabe als Trainer/in gut vorbereitet empfanden 61 Prozent (volle Zustimmung). Auf unerwartete Situationen hingegen fühlten sich nur 29 Prozent gut vorbereitet.



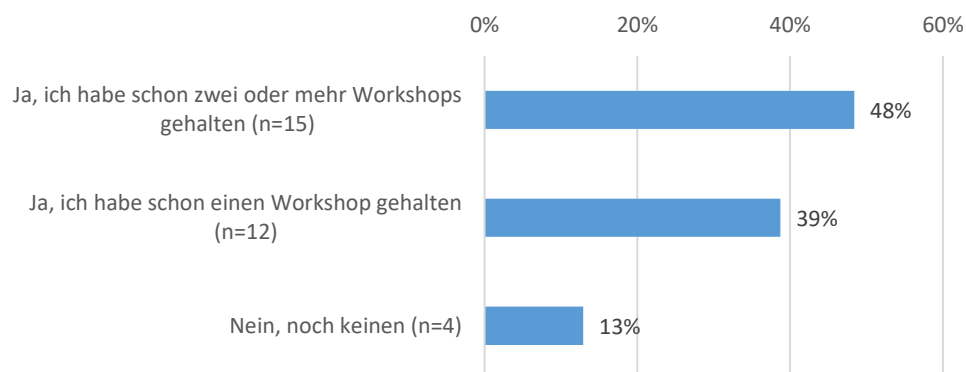
ABBILDUNG 13: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - ZUFRIEDENHEIT MIT TRAINER/INNENSCHULUNG



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Der Großteil der befragten Teilnehmer/innen (48 Prozent) hat zum Zeitpunkt der Befragung bereits mehrere Workshops abgehalten. 39 Prozent haben zumindest einen Workshop gehalten und 13 Prozent (sprich vier Personen) noch keinen. Die Hintergründe, wieso noch kein Workshop abgehalten wurde, waren hierbei verschieden. Teils lag es an privaten Gründen, wie einem Sterbefall, teils an Ressourcenknappheit der Organisation.

ABBILDUNG 14: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - ABHALTUNG VON WORKSHOPS



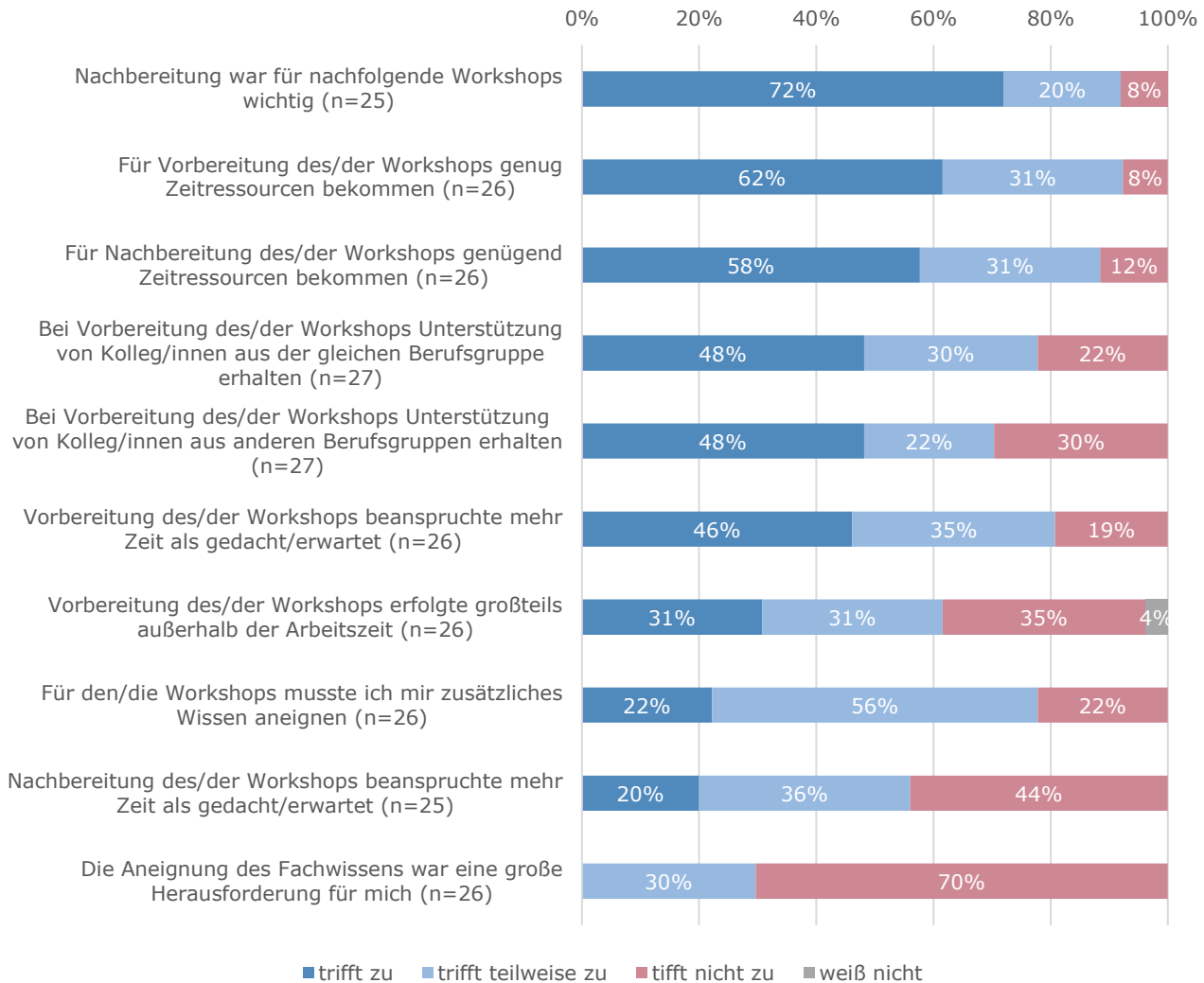
Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Im Zuge der Auswertung wurde die Gesamtheit in drei Blöcke aufgeteilt: Trainer/innen die schon mehrere Workshops abgehalten haben, jene die einen gehalten haben und jene die noch keinen gehalten haben. Die Fragen bezüglich Vor-, Nachbereitung und Durchführung der Workshops wurden zunächst getrennt ausgewertet. Da keine signifikanten Unterschiede (auch aufgrund der zu geringen Fallzahlen) ersichtlich waren, wurden diese wieder grafisch zusammengefasst.

Bezüglich Vorbereitung der Workshops lässt sich festhalten, dass über 90 Prozent genügend Zeitressourcen und fast 80 Prozent Unterstützung von Kolleg/innen aus der gleichen und 70 Prozent von Kolleg/innen aus anderen Berufsgruppen erhalten haben. Für 81 Prozent beanspruchte die Vorbereitung mehr Zeit als erwartet und bei 62 Prozent erfolgte dies größtenteils außerhalb der Arbeitszeit.

Für 92 Prozent der Trainer/innen war die Nachbereitung der Workshops (teilweise) wichtig. Das Gros bekam hierbei genügend zeitliche Ressourcen (89 Prozent). Für mehr als die Hälfte (56 Prozent) beanspruchte dies mehr Zeit als erwartet. Nur 30 Prozent sahen die Aneignung des Fachwissens als große Herausforderung.

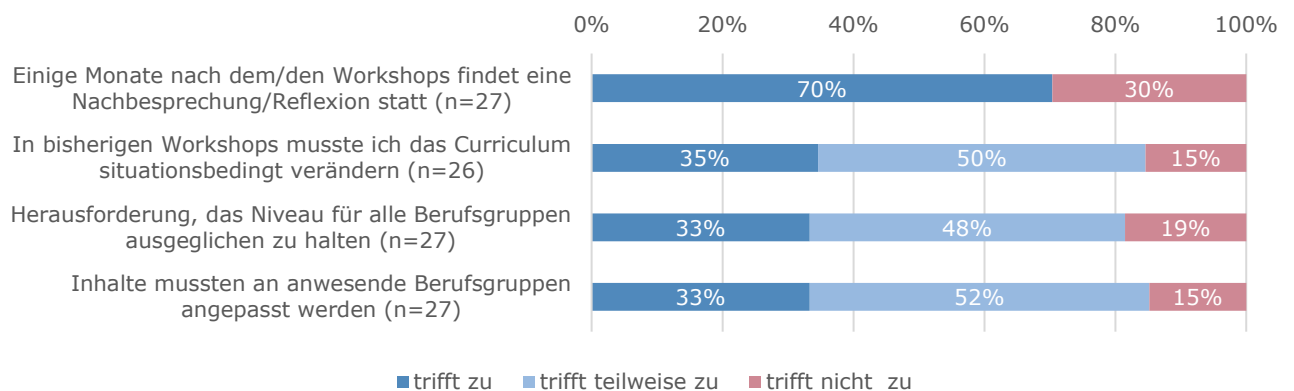
ABBILDUNG 15: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - VOR- UND NACHBEREITUNG



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Bei 70 Prozent der Trainer/innen fand einige Monate nach dem/den Workshop/s eine Nachbesprechung bzw. eine Reflexion statt. 85 Prozent der Personen mussten das Curriculum (teilweise) situationsbedingt verändern und 81 Prozent erachteten es als Herausforderung, das Niveau für alle Berufsgruppen ausgeglichen zu halten. 85 Prozent mussten die Inhalte an anwesende Berufsgruppen anpassen. Sieben von acht Personen erachteten diese Anpassung als herausfordernd.

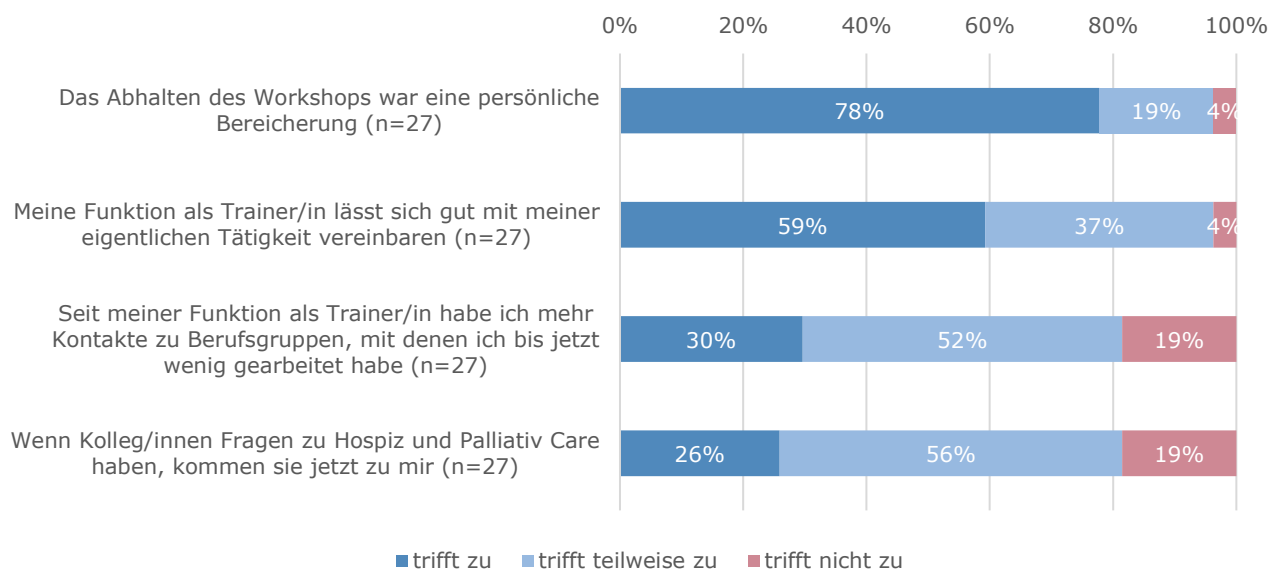
ABBILDUNG 16: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - DURCHFÜHRUNG DES WORKSHOPS



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

Das Abhalten des/der Workshop/s stellte für 78 Prozent eine persönliche Bereicherung dar. Zudem ließ sich die Funktion als Trainer/in für einen Großteil der befragten Teilnehmer/innen (59 Prozent zutreffend, 37 Prozent teilweise) mit der eigentlichen Tätigkeit vereinbaren. Seit der Funktion als Trainer/in haben 82 Prozent (teilweise) mehr Kontakte zu Berufsgruppen, mit denen sie bis dato weniger gearbeitet hatten. Für ebenso 82 Prozent traf es (teilweise) zu, dass Kolleg/innen bei Fragen zu Hospiz und Palliativ Care vorbeikommen.

ABBILDUNG 17: TRAINER/INNENBEFRAGUNG 2 - PERSÖNLICHE WAHRNEHMUNG DES WORKSHOPS



Quelle: Trainer/innenerhebung (online) 2017

84 Prozent (26 von 31) der befragten Trainer/innen gaben an, dass seitens der Organisation Rahmenbedingungen, wie z.B.: Vernetzungstreffen oder Trainer/innengruppen angeboten werden, um die Arbeit als Trainerin zu erleichtern. Bei 71 Prozent fanden diese regelmäßig statt und bei 29 Prozent gelegentlich. Einmalige Treffen wurden im Zuge der Analyse nicht genannt. 85 Prozent der Trainer/innen erachteten diese Vernetzungstreffen bzw. Trainer/innengruppen als hilfreich für die Arbeit als Trainer/in.

## 7.5. RESÜMEE

Gemäß dem Feedback der Teilnehmer/innen ist die Trainer/innenausbildung sehr gut verlaufen. Die Inhalte und die Kursleiter/innen der Train-the-Trainer Workshops wurden sehr gut beurteilt. Die Umsetzung des Gelernten in den eigenen Organisationen war für die Trainer/innen in einigen Punkten durchaus eine Herausforderung. Insbesondere die Vorbereitung der Workshops hat bei einigen mehr Zeit in Anspruch genommen, als geplant. 62 Prozent haben dafür teilweise auch ihre Freizeit herangezogen, allerdings stimmten 92 Prozent zumindest teilweise zu, dass sie ausreichend Zeit für die Vorbereitung der Workshops erhalten haben. Die Aneignung des Fachwissens war kaum ein Problem und auch die Vereinbarung der Trainer/innen-Tätigkeit mit dem eigenen Aufgabenbereich stellte nur für 4 Prozent ein Problem dar, 37 Prozent sahen teilweise ein Problem in der Vereinbarkeit. 78 Prozent der Trainer/innen empfanden das Abhalten der Workshops als persönliche Bereicherung, 19 Prozent stimmten dem zumindest teilweise zu.

## 8. Mitarbeiter/innen Workshop-Feedback

---

### 8.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Ein wesentliches Element von HPC Mobil war die Durchführung von dreitägigen Workshops im Rahmen derer während der Projektlaufzeit mindestens 40 Prozent der Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen geschult werden sollten. Für die Evaluierung wurde ein Feedbackfragebogen verwendet, der unmittelbar im Anschluss an den Workshop an die Teilnehmenden ausgeteilt wurde.

Im Zentrum des Moduls stand die Frage:

- Wie wurden die Schulungen umgesetzt? Wie gut konnte das Curriculum die Mitarbeiter/innen erreichen

Die Frage wurde mittels folgender Detailfragen spezifiziert:

#### Fragestellungen:

- Feedback zu den Inhalten des Workshops
- Feedback zu den Trainer/innen
- Wunschthemen für weitere Workshops

### 8.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

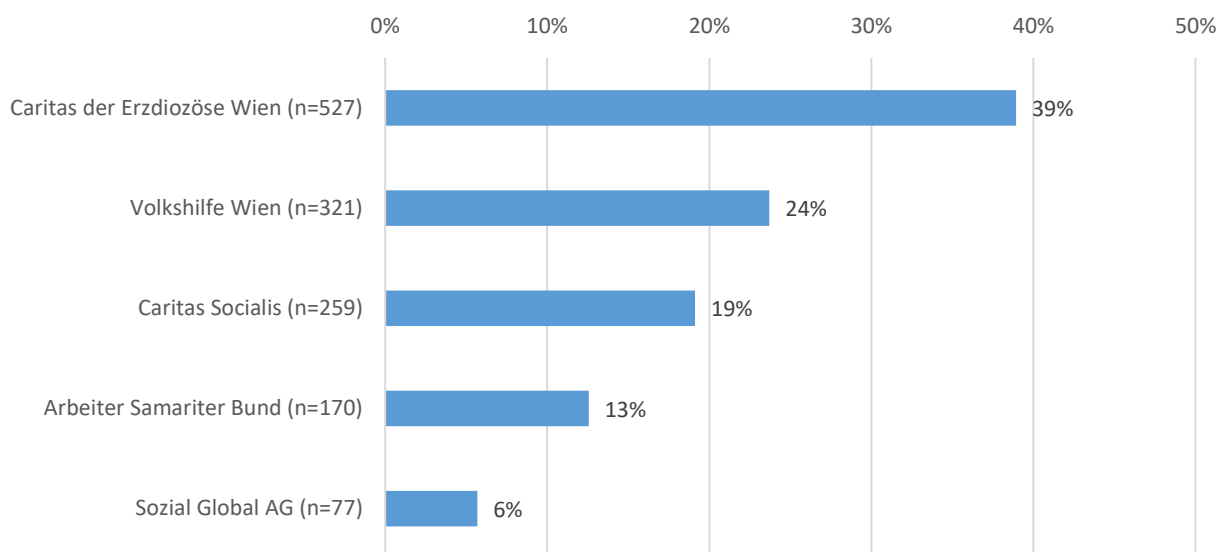
Für die vorliegende Evaluierung wurden die Feedbackbögen all jener Workshops miteinbezogen, die bis Ende Februar durchgeführt wurden. Im Zeitraum von Mai 2016 bis Ende Februar 2018 wurden 85 Workshops mit 1.395 Teilnehmer/innen durchgeführt. Die Teilnehmer/innen der Workshops wurden im Anschluss mittels Feedbackfragebogen zu den Workshops befragt. Der Fragebogen enthielt geschlossene und offene Fragen.

### 8.3. ERGEBNISSE

#### 8.3.1. Beschreibung der Stichprobe

In Summe wurden 1.354 Fragebögen retourniert und ausgewertet. Dies entspricht einem ausgezeichneten Rücklauf von 97 Prozent. Der größte Anteil (39 Prozent) kam von der Caritas Wien, gefolgt von der Volkshilfe Wien (24 Prozent), der Caritas Socialis (19 Prozent) und dem Arbeiter Samariter Bund (13 Prozent). Sechs Prozent kamen von der Sozial Global AG, die 2017 aus dem Projekt ausgeschieden ist.

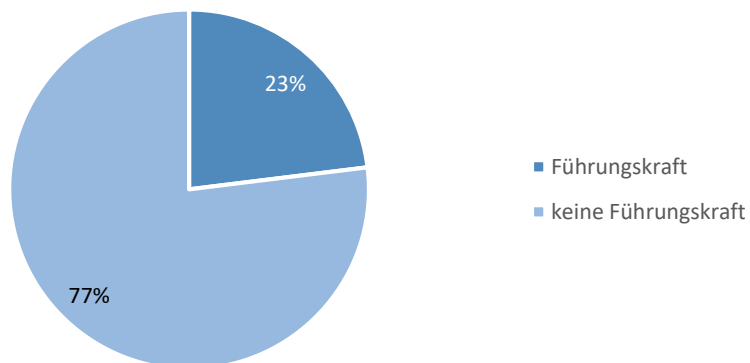
ABBILDUNG 18: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK - ANTEIL DER FEEDBACKBÖGEN NACH ORGANISATION



Quelle: Feedback Fragebogen, n=1.354

Ziel von HPC Mobil war es, Mitarbeiter/innen aller Ebenen miteinzubeziehen. Bis Februar 2018 haben 23 Prozent der Führungskräfte (aller Ebenen) die Workshops besucht.

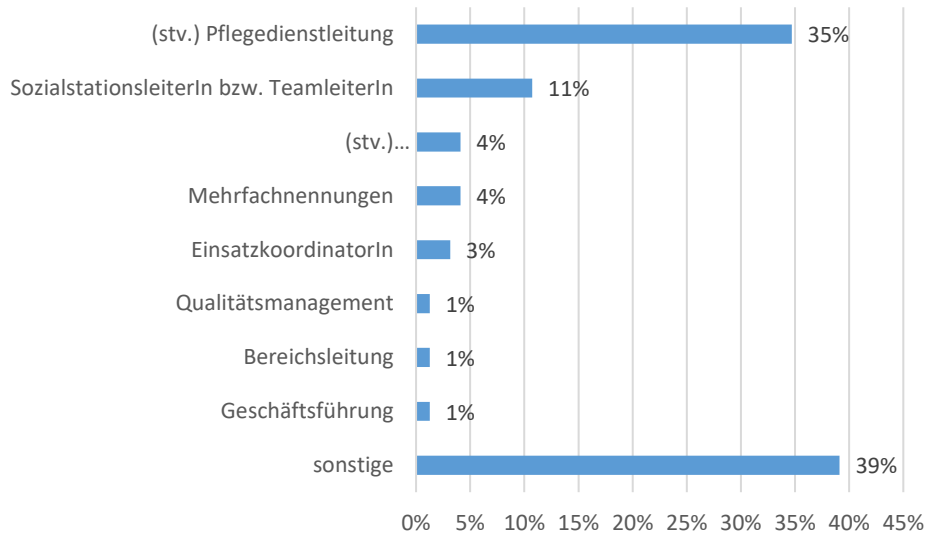
ABBILDUNG 19: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK - ANTEIL FÜHRUNGSKRÄFTE



Quelle: Feedback Fragebogen, n=1.397

Der Großteil der teilnehmenden Führungskräfte war/stammte aus der (stellvertretende) Pflegedienstleitung (35 Prozent) und 11 Prozent waren Sozialstationsleiter/innen bzw. Teamleiter/innen. Unter „sonstige“ wurden beispielsweise Case Manager/innen, stellvertretende Leiter/innen sowie Stabstelle genannt.

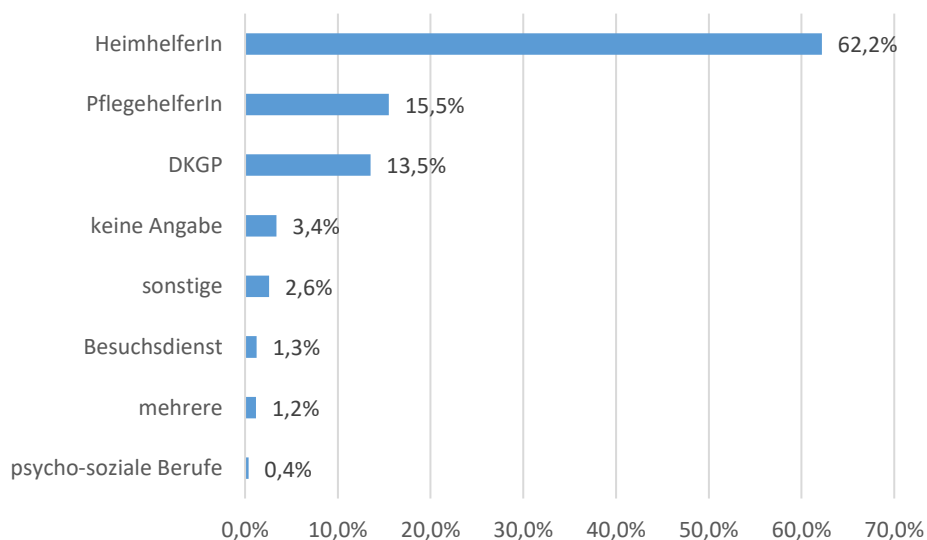
ABBILDUNG 20: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK - FÜHRUNGSEBENE



Quelle: Feedback Fragebogen, n=312

Bei den Mitarbeiter/innen bestand die Gruppe der Teilnehmer/innen größtenteils aus Heimhelfer/innen (62 Prozent), gefolgt von Pflegehelfer/innen (16 Prozent) und diplomierten Kräften (14 Prozent). Zu Beginn des Projekts wurde im Rahmen der Erhebung des IST-Standes die Verteilung der Berufsgruppen erhoben, allerdings waren zu diesem Zeitpunkt noch sieben Träger beteiligt. Die Verteilung der Workshopteilnehmer/innen entspricht grob der Verteilung der Mitarbeiter/innen im Vergleich zur Erhebung des IST-Standes, die Zahl der Heimhelfer/innen ist etwas überrepräsentiert (IST-Stand 60 Prozent), während Pflegehelfer/innen (IST-Stand: 23 Prozent) und DKGP (IST-Stand: 17 Prozent) leicht unterrepräsentiert sind.

ABBILDUNG 21: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK - BERUFSGRUPPE

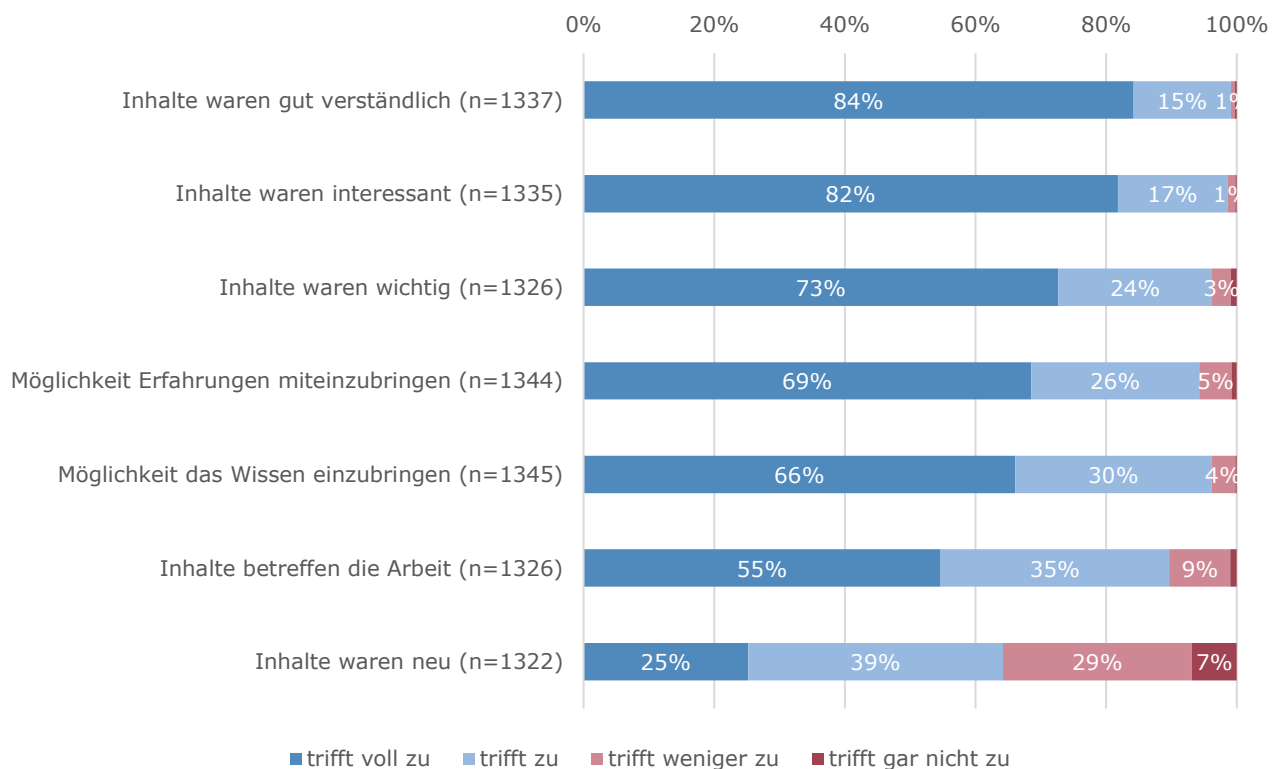


Quelle: Feedback Fragebogen, n=1.349

### 8.3.2. Feedback

Die Inhalte der Workshops wurden sehr gut bewertet. Sie wurden verständlich präsentiert, waren interessant und wichtig. Für mehr als ein Drittel (36 Prozent) waren die Inhalte (eher) nicht neu, dennoch gaben 97 Prozent der Befragten an, dass die Inhalte (eher) wichtig waren. Die Teilnehmer/innen hatten auch die Möglichkeit, Erfahrungen (95 Prozent) und Wissen (96 Prozent) einzubringen. Zehn Prozent waren der Ansicht, dass die Inhalte die Arbeit (eher) nicht betreffen.

ABBILDUNG 22: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK - DURCHFÜHRUNG DES WORKSHOPS

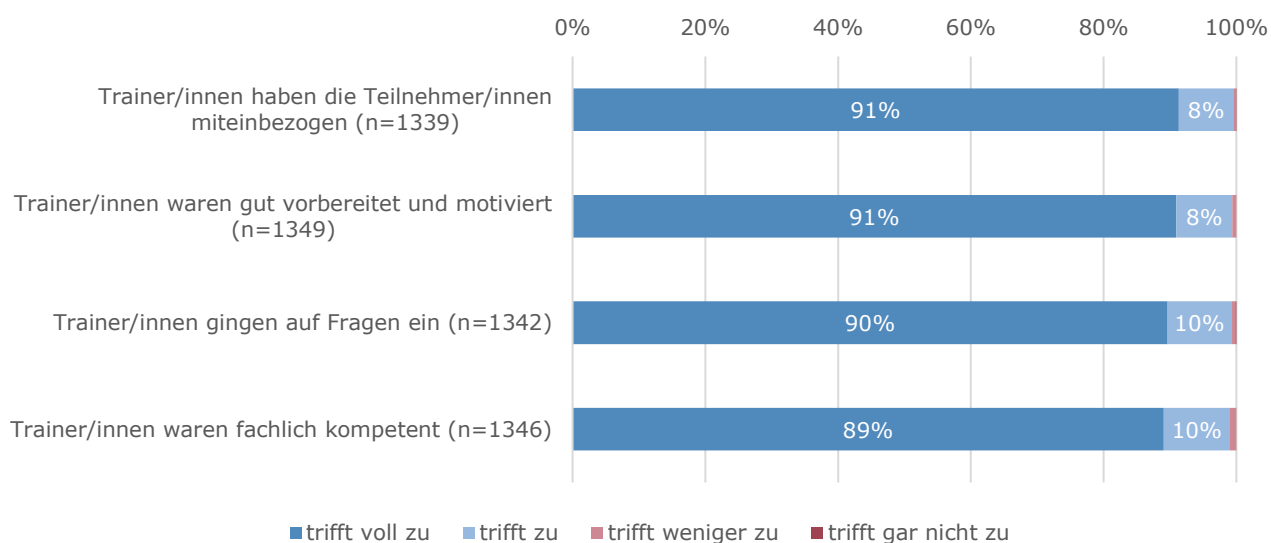


Quelle: Feedback Fragebogen

Das Feedback zu den Workshop-Trainer/innen fiel ausgesprochen gut aus. Die Trainer/innen waren gut vorbereitet, fachlich kompetent, gingen auf die Fragen der Teilnehmer/innen ein und bezogen diese auch ausreichend ein. Jeweils maximal ein Prozent der Teilnehmer/innen äußerte sich (eher) kritisch.



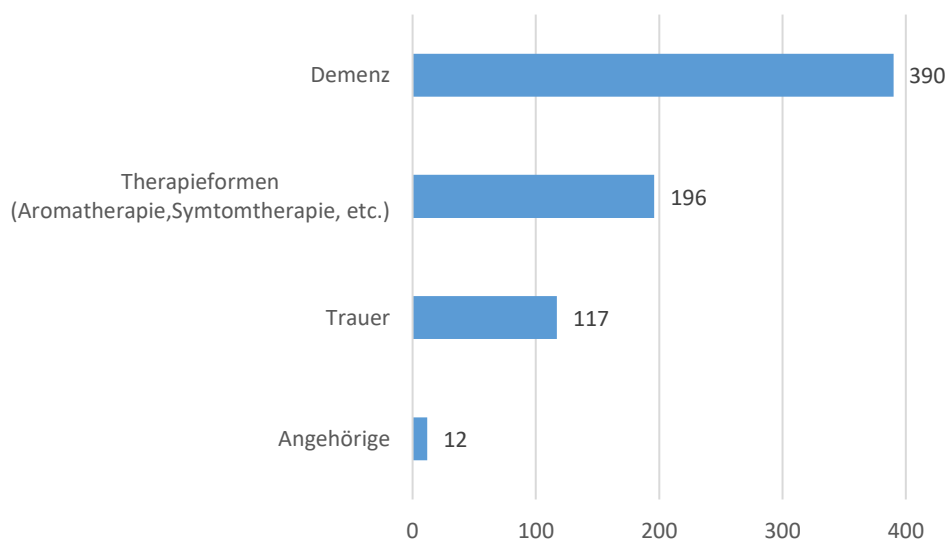
ABBILDUNG 23: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK – TRAINER/INNEN



Quelle: Feedback Fragebogen

Im Rahmen einer offenen Frage wurde nach Wunschthemen gefragt. Am häufigsten wurden die Themen Demenz, verschiedene Therapieformen, wie Aromatherapie und Symptomtherapie sowie Trauer und Angehörige genannt.

ABBILDUNG 24: MITARBEITER/INNEN-FEEDBACK - THEMEN FÜR DIE ZUKUNFT



Quelle: Feedback Fragebogen, offene Frage – Anzahl der Nennungen

Die folgenden aufgezählten Themen wurden weniger als zehnmals genannt:

- Abgrenzen lernen
- Abschied von Zuhause
- Aggression
- Akkurate Betreuung
- alles nochmal (genauer)
- Alternativmedizin
- Abschied nehmen
- Aggression
- akkurate Betreuung
- alleinstehende Kunden
- alles was Palliative Care betrifft
- Alzheimer

- Angstthema
- Beerdigung
- Berührungsmethode
- Bin an allem interessiert, was es dazu gibt
- Depressionen
- ein paar Tage "Praktikum" in einem Hospiz um von den erfahrenen Betreuern zu lernen
- Energiearbeit
- Erste Hilfe
- es wäre sehr hilfreich ein Skriptum zu bekommen für spätere Tage zum Nachlesen und in Erinnerung zu rufen ganz kurz
- Glaube, Spiritualität
- hätte gerne weitere solcher Workshops
- HPC
- Rollenspiele zu konkreten Situationen/Problemsituationen und besprechen
- Biographiearbeit,
- Kommunikation
- Konfliktmanagement
- kranke Kinder
- Krebskrankheiten
- Massagen
- mehr Fachkenntnisse besprechen und die noch Lücken in Deutsch haben zu unterstützen und aufgeklärt werden was
- mehr praktische Tipps
- Miteinbeziehung von Begleitmöglichkeiten anderer Berufsgruppen
- Palliative Care
- psychische Belastungen
- psychologische Beratung
- religiöse Betreuung
- Schmerzmedizin,
- Sterbebegleitung
- Sterben
- Sucht
- Symptomenmanagement
- Umgang mit der GS-Leitung in rechtlichen Belangen
- Umgang mit schwierigen Situationen
- Verhalten
- mobiles Hospiz
- viel mehr davon reden was angewendet werden kann
- wäre ideal Folgeveranstaltung und Info austauschen
- weitere Therapien
- westliche allgemeine Medizin, mehr anbieten
- basale Stimulation
- Begleitung eines Sterbenden
- Besuch eines Hospizes
- Jegliche Weiterbildungen interessieren mich
- Einbindung von (Haus-)Ärzten
- diverse ärztlich angeordnete Öle als alternative zu starken Cremes (z.B. Anti-Dekubitusöl)
- Ernährung,
- Wundmanagement
- Ich möchte sehr gerne immer wieder solche Seminare wie diese besuchen, mitmachen
- Gesetzesänderung Palliativbetreuung
- hat mich emotional sehr bewegt
- Hospizarbeit,
- Essen & Trinken
- Vielleicht individuelle Folgen von verschiedenen Krankheiten die den Tod/Sterben erschweren können
- Karzinompatienten
- Kommunikation verbessern
- konservative Schmerztherapie
- Zukunft, Erwartungen
- Kulturelle Aspekte vertieft,
- Medikation
- In diesem Bereich kann man immer etwas neues lernen und ich persönlich bilde mich auch gerne in diesem Thema fort
- mehr über Palliativ Care
- Vertiefung in Palliativ Medikamentengebrauch
- psychisch kranke Hospiz Patienten
- psychische Erkrankungen
- Rechtslage
- Mehr Info über die Bestattung
- Selbsthilfegruppe
- Sterbehilfe
- Stressbewältigung
- Suizid, Jungsterbende
- Tageshospiz
- vermehrte Konzentration auf Lebensende & diesen Prozess
- Validation
- Umgang bei Diabetes wenn sterbend
- Verwandte
- Jegliche Weiterbildungen interessieren mich
- Was verändert sich oder nicht bei nachgewiesener Demenz, bei SW etc.
- weiterer Tag bei neuem Thema
- wie man das Thema zum ersten Mal mit Klienten besprechen sollte

#### **8.4. RESÜMEE**

Das Feedback der Mitarbeiter/innen zu den Workshops fiel ausgesprochen gut aus. Insbesondere die Trainer/innen wurden sehr gut beurteilt, was die Ergebnisse des Feedbacks der Trainer/innen bestätigt (siehe Kapitel 7). Die Inhalte der Workshops wurden als relevant, wichtig und interessant bewertet. Für etwa ein Drittel der Befragten waren die Inhalte nicht komplett neu.

## 9. Mitarbeiter/innen-Befragung

---

### 9.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Ein wesentliches Element der Evaluierung war die Befragung der Mitarbeiter/innen zu zwei Zeitpunkten, die es ermöglichen sollte, Entwicklungen aufzuzeigen. Im Evaluierungskonzept wurde folgende generelle Fragestellung festgelegt.

Haben das begleitende Coaching und die Schulungen dazu beigetragen, Hospiz und Palliative Care in den Arbeitsalltag bei den Mitarbeiter/innen der Betreuung und Pflege zuhause (DGKS, Pfleger/innen, Heimhelfer/innen) zu integrieren?

Im Rahmen dieses Moduls wurde ein Fragebogen mit konkreteren Fragestellungen entwickelt. Es galt zu berücksichtigen, dass viele Betreuungs- und Pflegepersonen Migrationshintergrund und damit Deutsch nicht zur Muttersprache hatten, weshalb versucht wurde, die Fragestellungen möglichst einfach zu gestalten. Der Fragebogen wurde zu beiden Zeitpunkten weitgehend konstant gehalten, um Vergleiche ziehen zu können.

### 9.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Die Basiserhebung erfolgte zwischen Mai und Juli 2016 bei Mitarbeiter/innen des Arbeiter-Samariter-Bunds, der Caritas der Erzdiözese Wien, der Caritas Socialis, der Volkshilfe Wien sowie der Sozial Global AG und des Niederösterreichischen Roten Kreuzes. Die Folgerhebung fand zwischen Januar und April 2018 statt. Nicht mehr inkludiert wurden die Mitarbeiter/innen der Sozial Global AG und des Niederösterreichischen Roten Kreuzes, da diese beiden Träger aus dem Projekt ausgeschieden waren. Durch die Verwendung eines Pseudonymisierungscode konnte zusätzlich ein ausgewählter Paneldatensatz erstellt werden, welcher für die Erstellung eines Vorher-Nachher-Vergleichs wertvolle Analysemöglichkeiten eröffnete.

Während der Durchschulungsgrad anhand des Workshops HPC Mobil in der ersten Erhebungsperiode sowohl im Gesamt-, als auch im Paneldatensatz unter 10 Prozent lag, stieg er in der zweiten Erhebungsperiode auf 67 bzw. 79 Prozent an. Durch die zweistufige Befragung können Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Workshops sowie weiterführender Maßnahmen im Rahmen des Projektes HPC Mobil generiert werden. Insbesondere soll im Folgenden betrachtet werden, inwieweit sich das Antwortverhalten der befragten Personen zu Themen der Betreuung von schwer kranken und sterbenden Personen verändert hat.

### 9.3. ERGEBNISSE

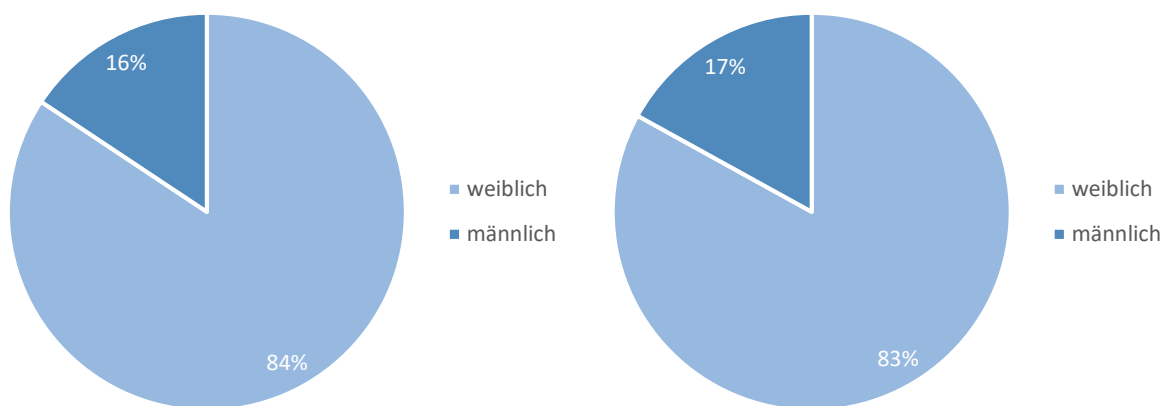
Die nachfolgende Analyse erfolgt in drei Teilen. In einem ersten Schritt wird anhand einer deskriptiven Beschreibung der Gesamtstichprobe ein Überblick über die vorhandenen Daten bereitgestellt. Hierfür wird die Stichprobe entsprechend ihrer beiden Erhebungszeitpunkte geteilt, um etwaige Unterschiede zwischen den jeweiligen Datensätzen aufzuzeigen (Kapitel 9.3.1). In einem zweiten Schritt werden anhand grafischer Aufbereitungen sowie einer Signifikanzauswertung auf Basis unabhängiger Stichproben Unterschiede im Antwortverhalten der Befragten vor und nach der Intervention analysiert (Kapitel 9.3.2). Im dritten, finalen Schritt werden anhand des Pseudonymisierungscode jene Personen ausgewählt, welche sowohl an der Ba-

sis-, als auch an der Folgerhebung teilnahmen. Im Anschluss an eine Beschreibung ausgewählter deskriptiver Merkmale des reduzierten Paneldatensatzes wird im Rahmen einer Signifikanzauswertung auf Basis abhängiger Stichproben der Wechsel zwischen den entsprechenden Antwortkategorien analysiert (Kapitel 9.3.3).

### 9.3.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der Folgerhebung ( $t_2$ ) umfasst eine Gesamtanzahl von 1.199 Observationen und ist damit um etwa 16 Prozent niedriger als jene der Basiserhebung ( $t_1$ ) im Jahr 2016, bei welcher 1.429 Observationen berücksichtigt werden konnten. Wie in Abbildung 25 veranschaulicht, nahmen in der ersten Periode 84 Prozent<sup>2</sup> weibliche und 16 Prozent männliche Personen an der Befragung teil (entspricht unter Berücksichtigung 95 fehlender Angaben einer absoluten Anzahl von 1.125 bzw. 209 Personen). Die entsprechenden Anteile für Periode 2 betragen 83 Prozent weibliche und 17 Prozent männliche Teilnehmer/innen (entspricht unter Berücksichtigung 68 fehlender Angaben einer absoluten Anzahl von 939 bzw. 192 Personen).

ABBILDUNG 25: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - GESCHLECHT IN  $t_1$  (LINKS) UND  $t_2$  (RECHTS)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen,  $n=1.334$  ( $t_1$ ) bzw.  $1.131$  ( $t_2$ )

Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Personen lag in  $t_1$  bei 43,9 Jahren, der/die jüngste Teilnehmer/in verzeichnete ein Alter von 17 und der/die älteste Teilnehmer/in ein Alter von 75 Jahren. In  $t_2$  betrug das durchschnittliche Alter 44,2 Jahre, das entsprechende Minimum und Maximum lag bei 19 und 64 Jahren. Keine Angaben zum Alter waren bei 267 Personen in  $t_1$  sowie 213 Personen in  $t_2$  vorhanden.

Die Auswertung der Frage nach den in den letzten sechs Monaten betreuten Klient/innen muss mit etwas Vorsicht betrachtet werden, da sie offenbar von vielen Befragten nicht richtig verstanden wurde. Auch die

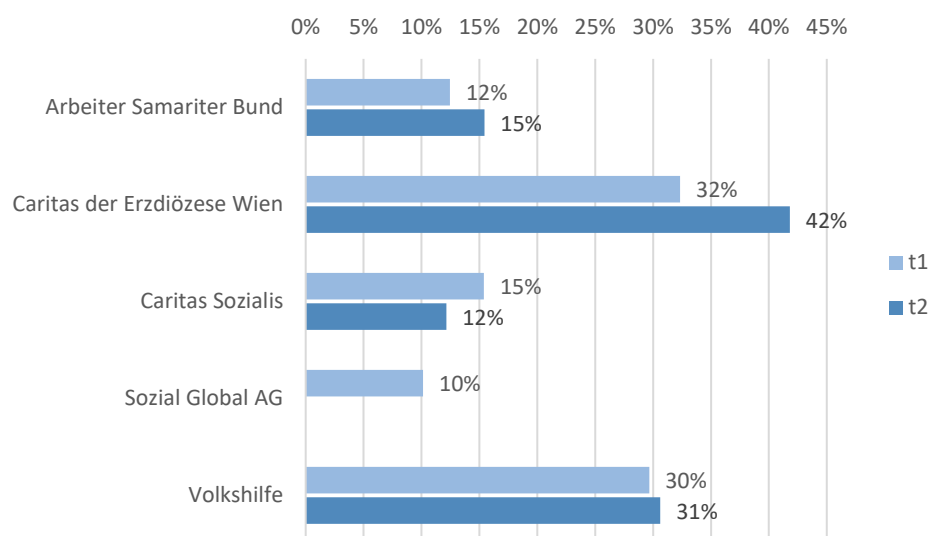
<sup>2</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden Prozentzahlen hier und im Folgenden auf ganze Zahlen, Durchschnitts- und Medianwerte auf die erste Kommastelle gerundet.

Adaptierung der Formulierung in der zweiten Erhebung, mit der sichergestellt werden sollte, dass die Befragten nur die eigenen betreuten Klient/innen angeben, konnte nur bedingt Abhilfe leisten, da viele der Angaben noch unrealistisch hoch waren. Im Rahmen des Plausibilisierungsprozesses wurde die Maximalanzahl der in den letzten 6 Monaten betreuten Klient/innen auf 50 festgesetzt (d.h. darüber liegende Werte wurden auf fehlende Werte korrigiert). Dadurch ergibt sich in beiden Befragungsperioden ein Durchschnitt von 26,8 Klient/innen. Der Median liegt bei 28 Klient/innen in *t1* sowie 26 Klient/innen in *t2*. Das Maximum wird in beiden Erhebungsperioden ausgeschöpft, das Minimum liegt bei einem/einer Klient/in in *t1* sowie 0 Klient/innen in *t2*. Bei 482 Personen in *t1* sowie 446 Personen in *t2* waren keine Angaben zu dieser Frage vorhanden. Die Anzahl an Klient/innen, welche von diesen in den letzten 6 Monaten betreuten Klient/innen laut Angabe der befragten Personen schwer krank bzw. sterbend war, beträgt im Mittelwert 3,9 in *t1* sowie 4,2 in *t2*. Der Median liegt in beiden Erhebungsperioden bei 3 Personen. Die angegebenen Werte bewegen sich zwischen 0 und 50 in *t1* sowie zwischen 0 und 40 in *t2*, die Anzahl fehlender Angaben entspricht 527 bzw. 512 in den beiden Erhebungsperioden.

Zusätzlich wurde abgefragt, mit welchen Diensten die Mitarbeiter/innen bei der Betreuung und Pflege unheilbarer oder sterbender Klient/innen regelmäßig in Kontakt stehen. 18 Prozent der Befragten (entspricht unter Berücksichtigung fehlender Angaben einer absoluten Anzahl von 246 Personen) gaben in *t1* an, regelmäßig mit dem mobilen Palliativteam in Kontakt zu stehen, der entsprechende Wert in *t2* beträgt 22 Prozent (entspricht unter Berücksichtigung 33 fehlender Angaben einer absoluten Anzahl von 262 Personen). Die angegebene Anzahl an gemeinsamen Betreuungen liegt in beiden Erhebungsperioden zwischen 1 und 60 Betreuungen. Der Median beträgt jeweils 2 Betreuungen und der Mittelwert liegt bei 3,7 Betreuungen in *t1* und 4,8 Betreuungen in *t2*. Entsprechende Angaben zur Anzahl gemeinsamer Betreuungen wurden von 151 Personen in *t1* und 147 Personen in *t2* gemacht. Hinsichtlich des ehrenamtlichen Hospizteams gaben 6 Prozent in *t1* sowie 4 Prozent in *t2* einen regelmäßigen Kontakt an. Die Anzahl an gemeinsamen Betreuungen liegt in *t1* zwischen 1 und 25 Betreuungen, Mittelwert und Median entsprechen 3 bzw. 1 Betreuung(en). In *t2* wurden mindestens 1 und maximal 20 Betreuungen angegeben, der Mittelwert beträgt 4,4 und der Median liegt bei 2 Betreuungen. Zur Anzahl an Betreuungen äußerten sich hierbei 42 Personen in *t1* sowie 32 Personen in *t2*. Ein regelmäßiger Kontakt mit dem Rettungsdienst wurde von 33 Prozent in *t1* sowie von 31 Prozent in *t2* bestätigt.

Hinsichtlich der Organisationszugehörigkeit entfällt der größte Anteil, wie in Abbildung 26 veranschaulicht, in beiden Erhebungsperioden auf die Caritas der Erzdiözese Wien. Während der entsprechende Anteil in *t1* 32 Prozent beträgt, ist in *t2* eine Steigerung auf 42 Prozent zu erkennen. Davon ausgehend gestaltet sich die weitere Organisationszugehörigkeit wie folgt (in absteigender Reihenfolge): 30 bzw. 31 Prozent entfallen auf die Volkshilfe Wien, 12 bzw. 15 Prozent auf den Arbeiter Samariter Bund, sowie 15 bzw. 12 Prozent auf die Caritas Socialis (Angaben jeweils für *t1* bzw. *t2*). Die Sozial Global AG, welche lediglich in *t1* berücksichtigt wurde, beschäftigte in der entsprechenden Erhebungsperiode 10 Prozent der Befragten.

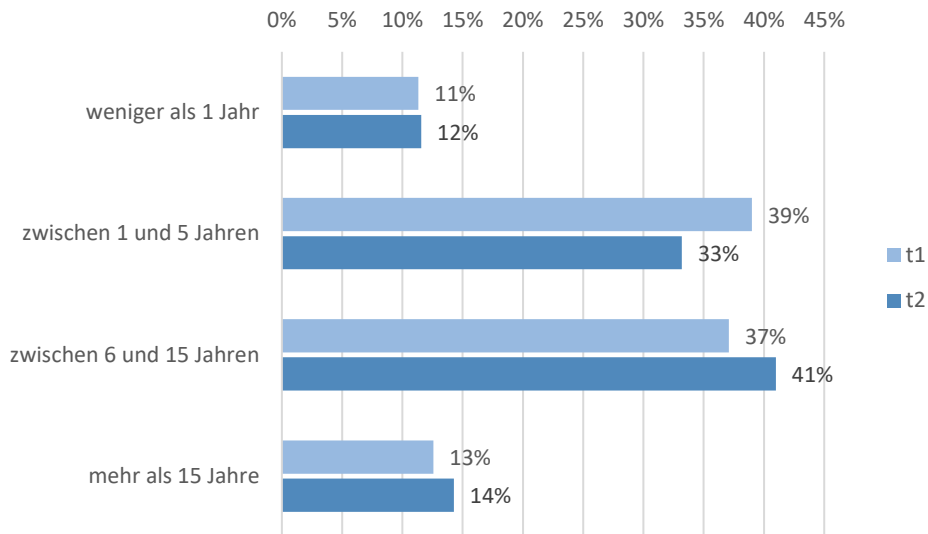
ABBILDUNG 26: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - ORGANISATIONSZUGEHÖRIGKEIT



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=1.429 (t1) bzw. 1.153 (t2)

Abbildung 27 veranschaulicht die Beschäftigungsdauer der befragten Personen. Während hinsichtlich Kategorie 1 (*weniger als 1 Jahr*) und 4 (*mehr als 15 Jahre*) lediglich geringfügige Abweichungen zwischen den Erhebungsperioden feststellbar sind, nahmen in *t2* prozentuell gesehen weniger Personen mit einer Beschäftigungsdauer *zwischen 1 und 5 Jahren* und mehr mit einer Beschäftigungsdauer *zwischen 6 und 15 Jahren* teil (innerhalb des Paneldatensatzes ergibt sich dieser Unterschied zumindest teilweise aus der Tatsache, dass einige der Befragten durch den 2-Jahresabstand zwischen Basis- und Folgerhebung in die nächsthöhere Kategorie fielen).

ABBILDUNG 27: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - DAUER DER BESCHÄFTIGUNG

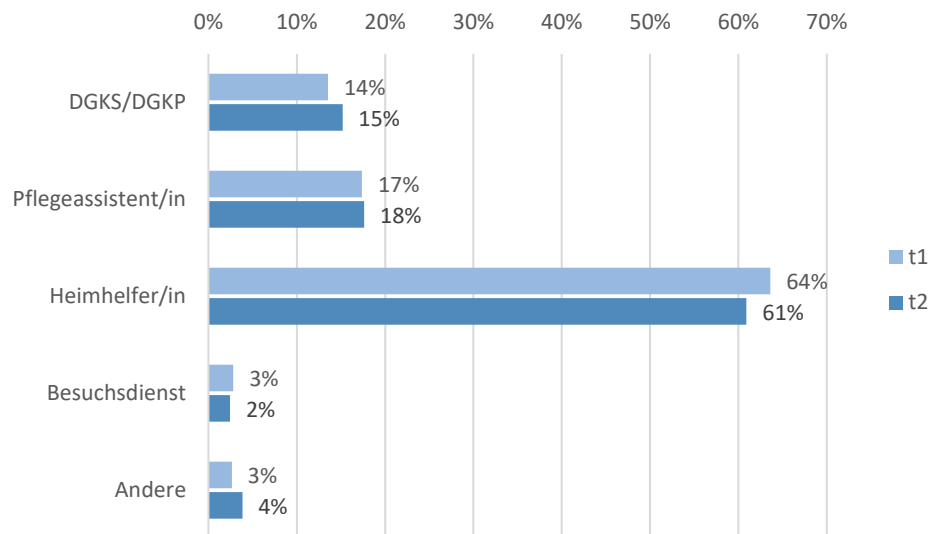


Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=1.359 (t1) bzw. 1.142 (t2)

Betrachtet man eine Unterteilung nach Berufsgruppen, ist die Mehrheit der Befragten als Heimhelfer/in beschäftigt. Dies trifft auf 64 Prozent in *t1* sowie 61 Prozent in *t2* zu. Pflegeassistent/innen sind mit 17 bzw. 18 Prozent vertreten, auf DGKS/DGKP entfallen 14 bzw. 15 Prozent und 3 bzw. 2 Prozent der Befragten sind im Besuchsdienst tätig. Zusätzlich gaben 3 Prozent in *t1* und 4 Prozent in *t2* an, in einem anderen, nicht aufgeführten Bereich beschäftigt zu sein. Abbildung 28 bietet eine grafische Veranschaulichung dieser Ergebnisse.



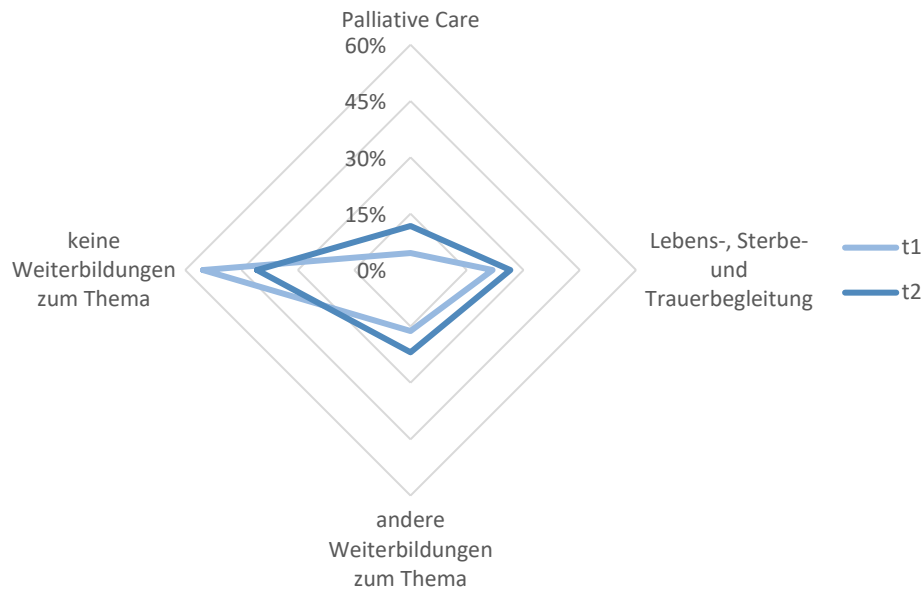
ABBILDUNG 28: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - BERUFSGRUPPEN



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=1.352 (t1) bzw. 1.146 (t2)

Die Teilnahme an diversen Aus- und Weiterbildungen wird in Abbildung 29 veranschaulicht. Während sich die Darstellung erneut auf den Gesamtdatensatz bezieht, wird in Kapitel 9.3.3 eine Betrachtung anhand des Paneldatensatzes vorgenommen (siehe Abbildung 32). Zusätzlich wird in Kapitel 9.3.2 und 9.3.3 im Speziellen auf die Teilnahme am Workshop HPC Mobil eingegangen. Insgesamt ist zu beobachten, dass in *t2* ein höherer Schulungsgrad vorhanden ist als in *t1*. Für den *Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care* stieg der Schulungsgrad von 5 auf 12, für den *Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung* von 22 auf 27 Prozent. 16 Prozent gaben in Periode 1 an, an *anderen Seminaren, Kursen oder Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit* teilgenommen zu haben, in Periode 2 beträgt der entsprechende Wert 22 Prozent. Dementsprechend sank der Anteil an Personen, welche an *keiner Aus- oder Weiterbildung zu Hospiz und Palliative Care* teilnahmen. Während in *t1* 55 Prozent der Teilnehmer/innen die entsprechende Antwortkategorie wählten, gaben in *t2* lediglich 41 Prozent an, keine Aus- oder Weiterbildung zu den genannten Themenbereichen absolviert zu haben.

ABBILDUNG 29: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - AUS- UND WEITERBILDUNGEN – GESAMTDATENSATZ



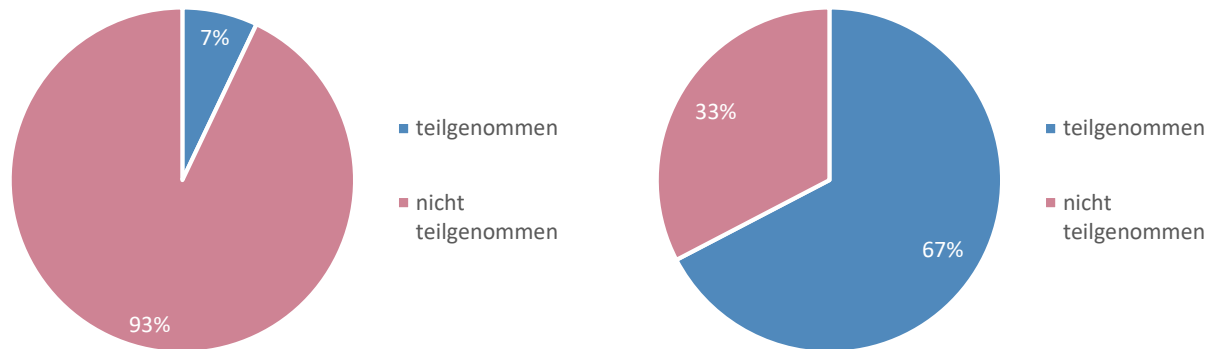
Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=1.426 (t1) bzw. 1.157 (t2)

In der zweiten Erhebungsperiode wurde zusätzlich nach einer Teilnehmerschaft in der Palliativgruppe gefragt, dies trifft auf 15 Prozent der Befragten zu (entspricht bei 216 fehlenden Angaben einer absoluten Anzahl von 150 Personen).

### 9.3.2. Auswertungen anhand des Gesamtdatensatzes

Bevor in Kapitel 9.3.3 anhand der Bildung eines Paneldatensatzes auf Veränderungen im Antwortverhalten spezifischer Personen eingegangen wird, dient der folgende Abschnitt einer allgemeineren Betrachtung anhand der gesamten Stichprobe. Für die nachfolgende Untersuchung ist insbesondere die Frage „Haben Sie bereits an dem Workshop HPC Mobil teilgenommen?“ (P04) aus dem Block „Fragen zu Ihrer Person“ von besonderer Bedeutung. Während in *t1* lediglich 7 Prozent der gesamten Stichprobe (entspricht unter Berücksichtigung 141 fehlender Antworten einer absoluten Anzahl von 91 Personen) eine Teilnahme an dem Workshop angab, stieg diese Zahl in *t2* auf 67 Prozent (entspricht unter Berücksichtigung von 130 fehlenden Antworten einer absoluten Anzahl von 720 Personen). Die Ergebnisse werden in Abbildung 30 veranschaulicht, eine vergleichende Betrachtung anhand des Paneldatensatzes wird in Kapitel 9.3.3 durchgeführt (siehe Abbildung 33).

ABBILDUNG 30: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - TEILNAHME AM WORKSHOP HPC MOBIL IN T1 (LINKS) UND T2 (RECHTS) – GESAMTDATENSATZ



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=1.288 (t1) bzw. 1.069 (t2)

Zusätzlich ist für die nachfolgenden Betrachtungen der Unterschied im „allgemeinen“ Schulungsgrad (d.h. andere Aus- und Weiterbildungen zum Thema Hospiz und Palliative Care) relevant. Wie in Kapitel 9.3.1 ausgeführt, ist in Periode 2 ein insgesamt höherer Schulungsgrad vorhanden (siehe Abbildung 30). Zwar sind die Unterschiede deutlich weniger ausgeprägt als jene hinsichtlich des Workshops HPC Mobil, jedoch sollten sie bei der Interpretation der Ergebnisse ebenfalls im Kopf behalten werden.

Um einen ersten Überblick über das Antwortverhalten der befragten Personen sowie dessen Entwicklungen zwischen den beiden Erhebungsperioden zu gewährleisten, werden im Folgenden die Aussagen zur Betreuung schwer kranker und sterbender Personen hinsichtlich ihres Zutreffens vor und nach der Intervention betrachtet und in Abbildung 31 grafisch veranschaulicht. Insbesondere bei Aussage 01, 02, 05 und 08<sup>3</sup> zeigt sich ein deutlicher<sup>4</sup> Anstieg in der Zustimmung. Ein deutlicher Rückgang in der entsprechenden Antwortkategorie kann hingegen bei Aussage 11 und 12 beobachtet werden. Ein deutlicher Anstieg in der Antwortkategorie *teilweise*<sup>5</sup> ist bei Aussage 03, 04, 11, 12 und 13, ein entsprechender Rückgang bei Aussage 01 erkennbar. Die Antwortkategorie *nein* verzeichnet bei keiner der Aussagen einen deutlichen Anstieg, während bei Aussage 02, 03, 04, 08 und 13 ein deutlicher Rückgang beobachtbar ist.

Während der Anstieg an *ja*-Antworten bei **Aussage 01** [„In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Klienten und Klientinnen immer wieder ein Thema.“] in erster Linie mit einer Abnahme jener Personen, welche mit *teilweise* antworteten, einhergeht, ist bei **Aussage 02** [„Ich kann einschätzen, wann bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist.“] zusätzlich ein deutlicher Rückgang

<sup>3</sup> Eine Übersicht der Aussagen ist in Tabelle 1 bereitgestellt.

<sup>4</sup> Hier und im Folgenden wird von einer deutlichen Veränderung gesprochen, wenn der entsprechende Anstieg bzw. Rückgang mindestens 5 Prozent beträgt.

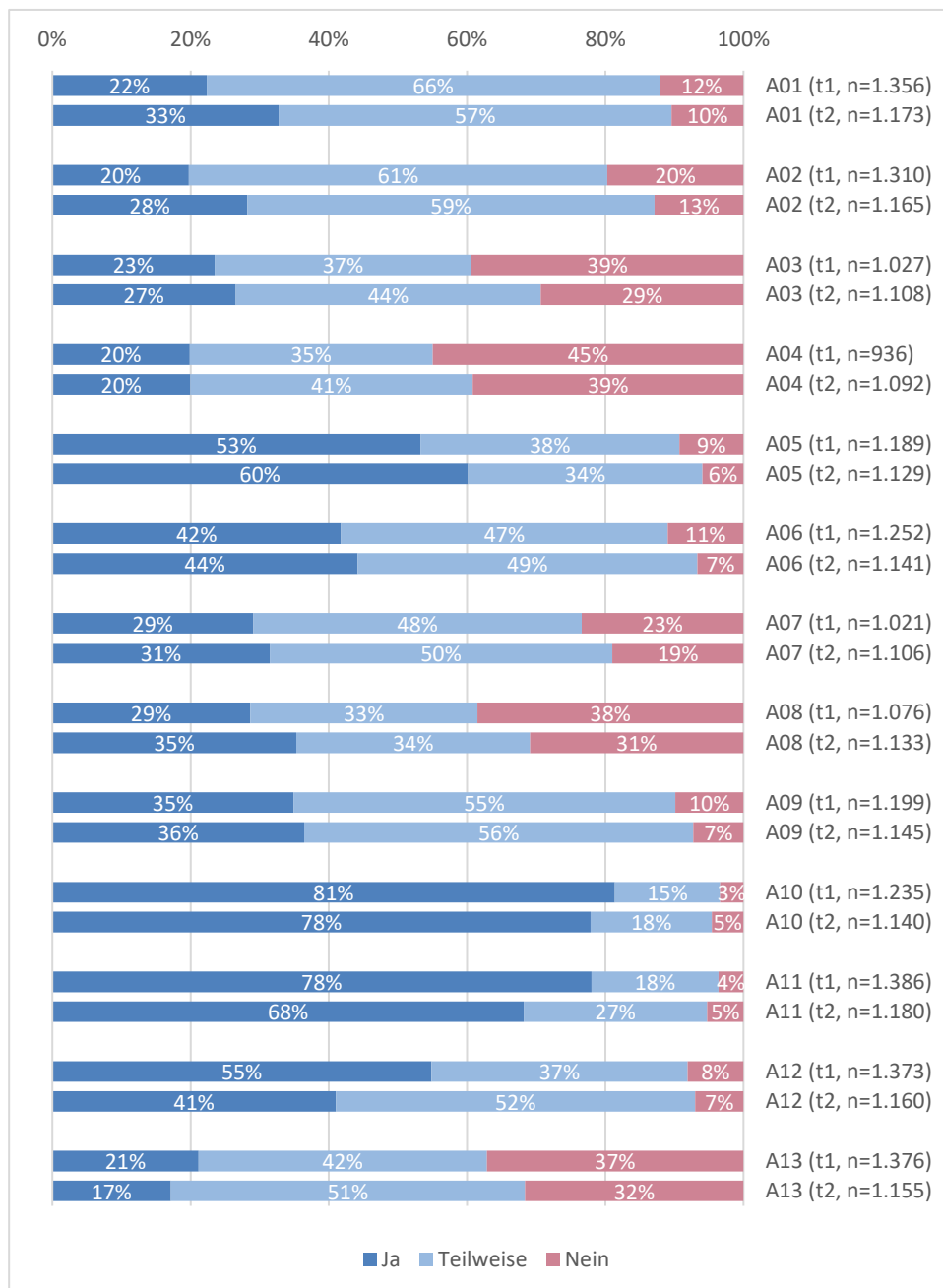
<sup>5</sup> Die Antwortkategorien *ja/ja, immer* (1), *teilweise/hin und wieder* (2) und *nein/nein, nie* (3) werden hier und im Folgenden aus Gründen der Übersichtlichkeit als *ja* (1), *teilweise* (2) und *nein* (3) bezeichnet. Die Antwortkategorie *weiß nicht/trifft auf mich nicht zu* (4) wurde lediglich in *t1* implementiert. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Erhebungsperioden zu erleichtern, wurde diese im Rahmen der Datenbereinigung als fehlende Antwort deklariert.

an *nein*-Antworten erkennbar. **Aussage 03** [„Wenn bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist, findet in der Regel ein gemeinsames Treffen zwischen ihm bzw. ihr, den An- und Zugehörigen und dem Betreuungsteam statt.“] wurde in *t2* deutlich seltener verneint und entsprechend häufiger mit *teilweise* oder *ja* beantwortet. Während der Rückgang an *nein*-Antworten auch für **Aussage 04** [„An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte bzw. Hausärztinnen teil.“] deutlich erkennbar ist, blieb die Anzahl an *ja*-Antworten hinsichtlich dieser Aussage weitgehend konstant.

Der deutliche Anstieg an Zustimmung zu **Aussage 05** [„Ein Austausch zwischen dem Klienten bzw. der Klientin, den An- und Zugehörigen, dem Hausarzt bzw. der Hausärztin erleichtert mir die weitere Betreuung bzw. Pflege der Klienten und Klientinnen.“] verteilte sich gleichermaßen auf einen Rückgang an *teilweise*- und *nein*-Antworten. Bei **Aussage 06** [„Durch die vorhandene Dokumentation (Pflegeanamnesebogen, Biografie, Pflege- und Betreuungsplanung, Stammdatenblatt, Notfallblatt, etc.) kenne ich die Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen.“] und **Aussage 07** [„Der Großteil meiner Klienten und Klientinnen, der im letzten halben Jahr verstorben ist, konnte, wie gewünscht, zu Hause sterben.“] können jeweils leichte Verschiebungen (unter 5 Prozent) in Richtung Zustimmung beobachtet werden. Hinsichtlich **Aussage 08** [„In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich vom verstorbenen Klienten bzw. der verstorbenen Klientin und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch).“] ist ein deutlicher Anstieg an *ja*-Antworten bei gleichzeitig deutlichem Rückgang an *nein*-Antworten erkennbar, während der prozentuelle Anteil an einer teilweisen Zustimmung nur geringfügig variiert.

**Aussage 09** [„Die Arbeitsabläufe machen es möglich, dass ich auf die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen, die ich pflege bzw. betreue, eingehen kann.“] und **Aussage 10** [„Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Klienten bzw. Klientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung.“] weisen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten nur geringfügige Verschiebungen (bei Aussage 09 bzw. 10 in Richtung der Antwortkategorie *ja* bzw. *nein*) auf. **Aussage 11** [„Der Austausch zum Thema Sterben und Tod meiner Klienten und Klientinnen ist für mich wichtig] fand in *t2* deutlich weniger Zustimmung, während deutlich mehr Befragte die Frage mit *teilweise* beantworteten. Dieses Muster ist gleichermaßen für **Aussage 12** [„Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin ist für mich zufriedenstellend.“] beobachtbar, wobei die Verschiebungen hier noch ausgeprägter sind. **Aussage 13** [„Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen ist eine große Belastung für mich.“] wurde in *t2* sowohl seltener bejaht als auch verneint, eine deutlich höhere Anzahl an Personen antwortete mit *teilweise*.

ABBILDUNG 31: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - ZUTREFFEN VON AUSSAGEN



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Resultate des Pearson's Chi-squared Test. Die Signifikanzauswertung wurde unter Berücksichtigung des Gesamtdatensatzes erstellt. Da es sich durch das Vorhandensein von Panelobservationen um eine teilweise verbundene Stichprobe handelt, wurde in einem zusätzlichen Schritt die abhängige Stichprobe (d.h. sämtliche Observationen aus dem Paneldatensatz) entfernt. Die aufgelisteten Ergebnisse beziehen sich auf den um die 278 Panel-Paare (siehe Kapitel 9.3.3) reduzierten Gesamtdatensatz. Aussagen, welche signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungsperioden aufweisen, sind zusätzlich hervorgehoben. Dazu zählen auf dem 0,1-Prozent Niveau Aussage 01, 02, 03, 11, 12 und 13, auf dem 1-Prozent Niveau Aussage 05, 06, und 8 sowie auf dem 5-Prozent Niveau 04 und 08.

TABELLE 1: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - SIGNIFIKANZAUSWERTUNG ANHAND DES PERASON'S CHI-SQUARED TEST

Nr.	Beschreibung	p-Wert
A01	<b>In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Klienten und Klientinnen immer wieder ein Thema.</b>	<b>0,000105 (***)</b>
A02	<b>Ich kann einschätzen, wann bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist.</b>	<b>2,74e-07 (***)</b>
A03	<b>Wenn bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist, findet in der Regel ein gemeinsames Treffen zwischen ihm bzw. ihr, den An- und Zugehörigen und dem Betreuungsteam statt.</b>	<b>3,509e-06 (***)</b>
A04	<b>An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte bzw. Hausärztinnen teil.</b>	<b>0,01169 (*)</b>
A05	<b>Ein Austausch zwischen dem Klienten bzw. der Klientin, den An- und Zugehörigen, dem Hausarzt bzw. der Hausärztin erleichtert mir die weitere Betreuung bzw. Pflege der Klienten und Klientinnen.</b>	<b>0,002116 (**)</b>
A06	<b>Durch die vorhandene Dokumentation (Pflegeanamnesebogen, Biografie, Pflege- und Betreuungsplanung, Stammdatenblatt, Notfallblatt, etc.) kenne ich die Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen.</b>	<b>0,00659 (**)</b>
A07	<b>Der Großteil meiner Klienten und Klientinnen, der im letzten halben Jahr verstorben ist, konnte, wie gewünscht, zu Hause sterben.</b>	<b>0,01468 (*)</b>
A08	<b>In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich vom verstorbenen Klienten bzw. der verstorbenen Klientin und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch).</b>	<b>0,001426 (**)</b>
A09	Die Arbeitsabläufe machen es möglich, dass ich auf die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen, die ich pflege bzw. betreue, eingehen kann.	0,06682
A10	Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Klienten bzw. Klientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung.	0,1438
A11	<b>Der Austausch zum Thema Sterben und Tod meiner Klienten und Klientinnen ist für mich wichtig.</b>	<b>5,862e-05 (***)</b>
A12	<b>Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin ist für mich zufriedenstellend.</b>	<b>2,18e-08 (***)</b>
A13	<b>Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen ist eine große Belastung für mich.</b>	<b>3,759e-05 (***)</b>

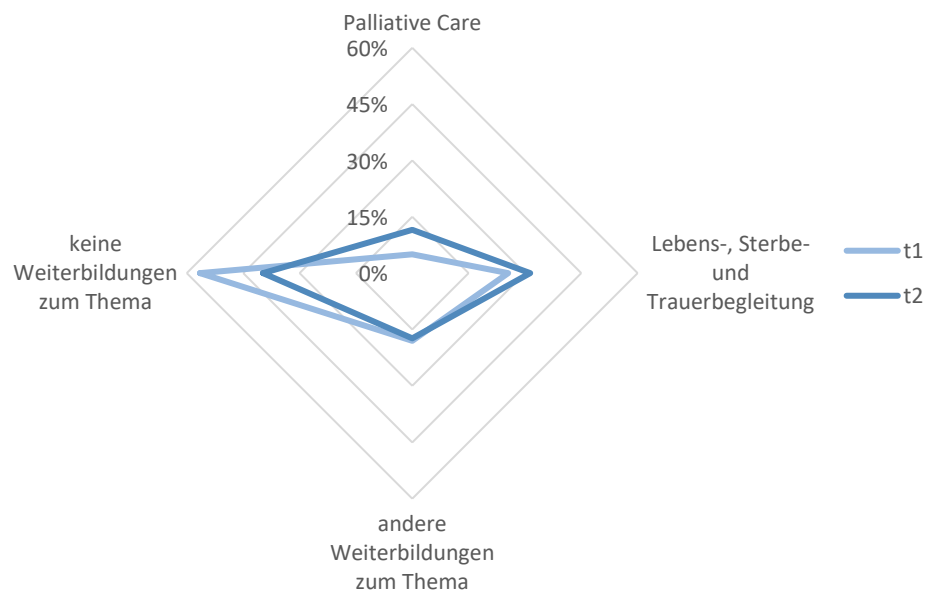
\* p<0,05   \*\*p<0,01   \*\*\*p<0,001

### 9.3.3. Auswertungen anhand des Paneldatensatzes

Zusätzlich wurde anhand des erhobenen Pseudonymisierungscode ein Paneldatensatz erstellt, welcher jeweils eine Observation der gleichen Person in Periode 1 und Periode 2 enthält. Durch Eliminieren jener Observations, welche keinen Pseudonymisierungscode enthalten (z.B. aufgrund fehlender oder fehlerhafter Beantwortung der entsprechenden Frage) reduziert sich die Stichprobe von 1.429 auf 1.241 Observations in  $t1$  sowie von 1.199 auf 989 Observations in  $t2$ . Anschließend wurden jene Personen ausgeschlossen, welche anhand des Pseudonymisierungscode lediglich einer der beiden Erhebungsperioden zugeordnet werden konnten. Durch die Bildung zusammengehöriger Paare wurde schließlich ein Subdatensatz mit 278 Observations je Erhebungsperiode erstellt.

Wie im Gesamtdatensatz ist auch im Paneldatensatz der Schulungsgrad hinsichtlich des *interprofessionellen Basislehrgangs Palliative Care* sowie des *Grundkurses Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung* in der zweiten Erhebungsperiode deutlich höher. Der entsprechende Anteil stieg von 5 auf 12 bzw. von 26 auf 31 Prozent. In Bezug auf *andere Seminare, Kurse oder Workshops zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit* ist hingegen ein leichter Rückgang von 18 auf 17 Prozent zu verzeichnen. 56 Prozent der Befragten gaben in *t1* an, an *keiner Aus- oder Weiterbildung zu Hospiz und Palliative Care* teilgenommen zu haben, in *t2* verringerte sich der entsprechende Anteil auf 40 Prozent. Abbildung 32 bietet eine grafische Veranschaulichung der Ergebnisse (zum Vergleich siehe Abbildung 29).

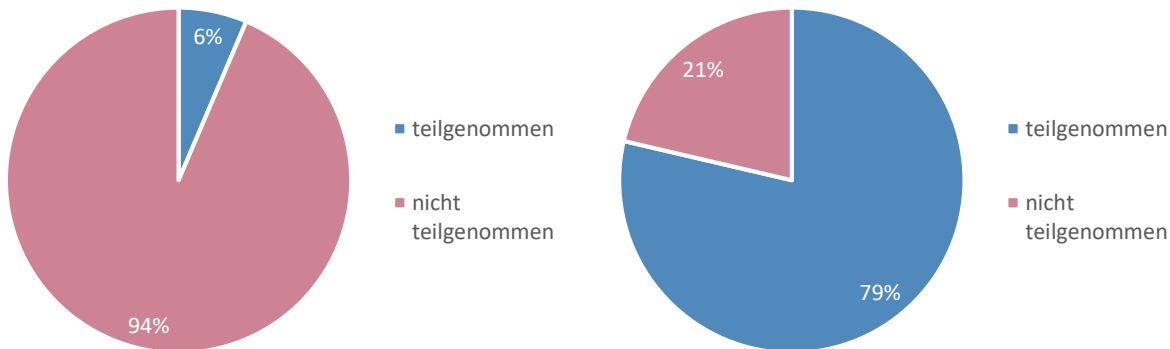
ABBILDUNG 32: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - AUS- UND WEITERBILDUNGEN – PANELDATENSATZ



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=278 (t1) bzw. 277 (t2)

Abbildung 33 veranschaulicht die Zusammensetzung des reduzierten Paneldatensatzes hinsichtlich der Teilnahme am Workshop HPC Mobil. Während die Schulungsrate in *t1* nahe an jener des Gesamtdatensatzes liegt, zeigt sich in *t2* mit 79 Prozent eine deutlich höhere Schulungsrate als bei Berücksichtigung aller Observationen (67 Prozent). Personen, welche zwischen den beiden Erhebungsperioden an dem Workshop HPC Mobil teilnahmen, beteiligten sich demnach vermehrt erneut an der Befragung (zum Vergleich siehe Abbildung 29).

ABBILDUNG 33: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - TEILNAHME AM WORKSHOP HPC MOBIL IN T1 (LINKS) UND T2 (RECHTS) – PANELDATENSATZ



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=265 (t1) bzw. 267 (t2)

Zur Testung der marginalen Homogenität wurde ein Bhapkar Test<sup>6</sup> durchgeführt. Die Resultate zeigen für 7 der 16 ausgewählten Teilaspekte des Fragenblocks „Betreuung von schwer kranken und sterbenden Personen“ einen signifikanten (asymmetrischen) Wechsel zwischen den Antwortkategorien. Eine zusätzliche Testung mittels McNemar’s Chi-squared Tests bestätigte die Ergebnisse. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der entsprechenden Teststatistiken.

TABELLE 2: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - RESULTATE DER AUSWERTUNGEN ANHAND DES PANELDATENSATZES

Nr.	Beschreibung	Bhapkar		McNemar	
		Chi-sq.	p-Wert	Chi-sq.	p-Wert
<b>A01</b>	<b>In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Klienten und Klientinnen immer wieder ein Thema.</b>	<b>27,5</b>	<b>1,06e-06 (***)</b>	<b>24,945</b>	<b>1,585e-05 (***)</b>
<b>A02</b>	<b>Ich kann einschätzen, wann bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist.</b>	<b>13,7</b>	<b>0,00104 (**)</b>	<b>17,734</b>	<b>0,0004991 (***)</b>
A03	Wenn bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist, findet in der Regel ein gemeinsames Treffen zwischen ihm bzw. ihr, den An- und Zugehörigen und dem Betreuungsteam statt.	2,16	0,34	2,1491	0,542
A04	An den gemeinsamen Treffen nehmen in der Regel auch Hausärzte bzw. Hausärztinnen teil.	4,17	0,125	4,0714	0,2539
<b>A05</b>	<b>Ein Austausch zwischen dem Klienten bzw. der Klientin, den An- und Zugehörigen, dem Hausarzt</b>	<b>9,69</b>	<b>0,00785 (**)</b>	<b>10,964</b>	<b>0,01192 (*)</b>

<sup>6</sup> Ein programmierter R-Code für den Bhapkar Test wurden nach entsprechender Plausibilisierung der Seite [www.peter-statistics.com](http://www.peter-statistics.com) (Stand: 03.08.2018) entnommen.



	<b>bzw. der Hausärztin erleichtert mir die weitere Betreuung bzw. Pflege der Klienten und Klientinnen.</b>				
<b>A06</b>	<b>Durch die vorhandene Dokumentation (Pfle-geanamnesebogen, Biografie, Pflege- und Betreuungsplanung, Stammdatenblatt, Notfallblatt, etc.) kenne ich die Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen.</b>	<b>15,2</b>	<b>0,000511 (***)</b>	<b>14,273</b>	<b>0,002556 (**)</b>
A07	Der Großteil meiner Klienten und Klientinnen, der im letzten halben Jahr verstorben ist, konnte, wie gewünscht, zu Hause sterben.	0,124	0,94	5,0493	0,1682
<b>A08</b>	<b>In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich vom verstorbenen Klienten bzw. der verstorbenen Klientin und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch).</b>	<b>20</b>	<b>4,5e-05 (***)</b>	<b>20,167</b>	<b>0,0001568 (***)</b>
A09	Die Arbeitsabläufe machen es möglich, dass ich auf die Wünsche und Bedürfnisse der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen, die ich pflege bzw. betreue, eingehen kann.	3,52	0,172	3,7423	0,2907
A10	Wenn es bei einem/einer schwer kranken bzw. sterbenden Klienten bzw. Klientin am Freitagabend, am Samstag oder Sonntag zu einem Notfall oder einer Krisensituation kommt, hole ich in der Regel den Notarzt/die Notärztin oder die Rettung.	1,63	0,444	2,0097	0,5704
<b>A11</b>	<b>Der Austausch zum Thema Sterben und Tod meiner Klienten und Klientinnen ist für mich wichtig.</b>	<b>19,6</b>	<b>5,59e-05 (***)</b>	<b>18,404</b>	<b>0,000363 (***)</b>
<b>A12</b>	<b>Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin ist für mich zufriedenstellend.</b>	<b>35,9</b>	<b>1,59e-08 (***)</b>	<b>31,795</b>	<b>5,782e-07 (***)</b>
A13	Die Betreuung bzw. die Pflege von schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen ist eine große Belastung für mich.	5,04	0,0806	5,0208	0,1703
* p<0,05   **p<0,01   ***p<0,001					

Da die oben angeführten Ergebnisse keine Aussagen darüber zulassen, zwischen welchen Kategorien der signifikante (asymmetrische) Wechsel erfolgte, wurde für die entsprechenden Fragen ein Post-hoc Test zur Testung der marginalen Homogenität zwischen den einzelnen Kategorien (*ja*, *teilweise* und *nein*) durchgeführt. Für die Aussagen A01, A02, A08, A11 und A12 konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Antwortkategorien *ja* und *teilweise* festgestellt werden, bei den Aussagen A02, A05 und A06 liegt der signifikante Unterschied zwischen den Antwortkategorien *teilweise* und *nein*. Die folgenden Grafiken veranschaulichen die Gesamtanzahl an Personen je Antwortkategorie in *t2* (Balkenhöhe) sowie die Anzahl der wechselnden Personen zwischen *t1* und *t2* (Balkenfarbe).

Tabelle 3 zeigt eine deskriptive Übersicht über die absolute Anzahl an Antworten je Periode *t1* und *t2* hinsichtlich der **Aussage 01** [„In den Teambesprechungen sind das Versterben und der Tod von Klienten und Klientinnen immer wieder ein Thema.“]. Während in der ersten Periode lediglich 57 Personen der Aussage vollständig zustimmten, erhöhte sich die Anzahl an Personen in der zweiten Periode auf 104. Eine teilweise Zustimmung wurde von 186 Personen in *t1* und 150 Personen in *t2* angegeben. 26 Personen stimmten der Aussage vor der Intervention und 20 Personen nach der Intervention nicht zu. Die Anzahl fehlender Antworten (z.B. aufgrund fehlender oder fehlerhafter Beantwortung, oder aufgrund eines Nicht-Zutreffens der Aussage auf die beantwortende Person) beläuft sich entsprechend auf 9 bzw. 4 Personen, wodurch sich die gesamte Anzahl an Observationen in beiden Perioden auf n=278 beläuft.

TABELLE 3: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - TOD VON KLIENTEN UND KLIENTINNEN ALS THEMA IN TEAMBESPRECHUNGEN (A01)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	57	104
Teilweise	186	150
Nein	26	20
NA	9	4
Gesamt	278	278

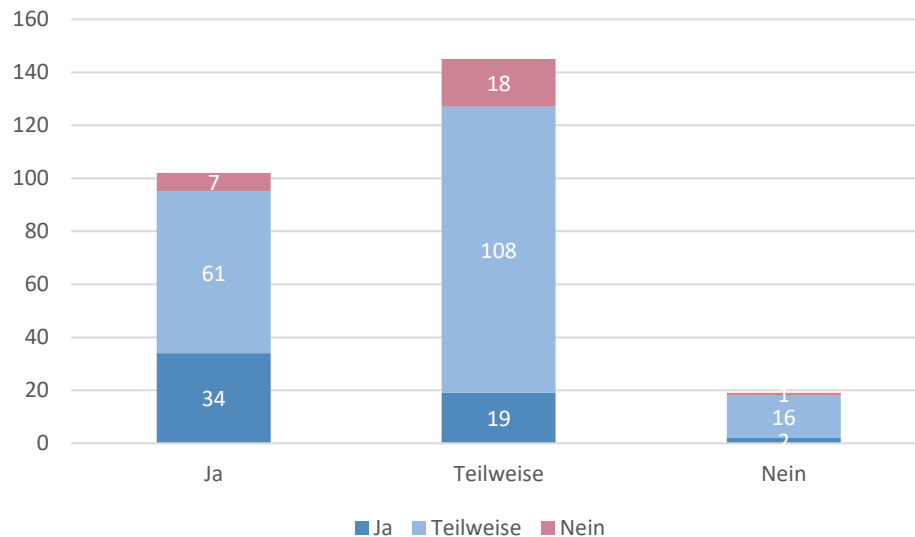
Anhand des Post-hoc-Tests konnten signifikante Unterschiede zwischen den Antwortkategorien *ja* und *teilweise* festgestellt werden ( $p=8,20e-06^{***}$ )<sup>7</sup>. Insbesondere sagt dieses Ergebnis aus, dass sich die Anzahl an Personen, welche von *ja* auf *teilweise* wechselte, signifikant von der Anzahl jener, welche von *teilweise* auf *ja* wechselten, unterscheidet (d.h. der Wechsel erfolgte asymmetrisch). Wie in nachfolgender Abbildung 34 veranschaulicht, wechselten mit 61 Personen mehr Befragte von *teilweise* auf *ja*, als dies umgekehrt der Fall war.

Abbildung 34 sowie nachfolgende gestapelte Balkendiagramme in diesem Kapitel können wie folgt interpretiert werden: Die Balkenhöhe (y-Achse) bezieht sich auf die Gesamtanzahl an Personen, welche die Aussage nach der Intervention (*t2*) mit *ja*, *teilweise* bzw. *nein* beantworten. Dementsprechend trifft die Aussage auf 102 Personen vollständig, auf 145 Personen teilweise und auf 19 Personen nicht zu. Die Balkenfarbe bezieht sich hingegen auf die Ergebnisse vor der Intervention (*t1*) und zeigt demnach die Anzahl der wechselnden Personen zwischen den Antwortkategorien an. Im unten angeführten Diagramm setzt sich die Antwortkategorie *ja* aus 34 Personen, welche der Aussage bereits in *t1* vollständig zustimmten, aus 61 Personen, welche der Aussage in *t1* nur teilweise zustimmten, sowie aus 7 Personen, welche die Aussage in *t1* verneinten, zusammen. Hingegen wurde die Aussage lediglich von einer Person sowohl in *t1* als auch in *t2* verneint, 16 Personen wechselten von *vielleicht* auf *nein*, und 2 Personen von *ja* auf *nein*. Die Differenz zwischen Tabelle und Balkendiagramm ergibt sich durch Nicht-Berücksichtigung fehlender Angaben (*NA*) in Balkendiagramm und Signifikanzauswertung.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> In Klammer wird hier und im Folgenden der nach Bonferroni angepasste p-Wert angegeben. Die Signifikanzlevel sind definiert wie folgt: \*  $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$ .

<sup>8</sup> In einigen der folgenden Fragen zeigt sich eine hohe Anzahl von fehlenden Angaben in *t1*. Dies mag zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass in der Basiserhebung eine zusätzliche Kategorie *weiß nicht/trifft auf mich nicht zu* geführt wurde, welche im Rahmen der Datenbereinigung als fehlender Wert deklariert wurde. Gleichzeitig mag die gezielte Schulung durch den HPC Mobil Workshop die Sicherheit der Befragten bei der Beantwortung der entsprechenden Fragen gestärkt haben.

ABBILDUNG 34: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - TOD VON KLIENTEN UND KLIENTINNEN ALS THEMA IN TEAMBE-  
SPRECHUNGEN (A01)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=266

Das Antwortverhalten hinsichtlich **Aussage 02** [„Ich kann einschätzen, wann bei einem Klienten oder einer Klientin das Sterben absehbar ist.“] wird in Tabelle 4 zusammengefasst. Sowohl vor, als auch nach der Intervention entspricht *teilweise* mit 158 bzw. 163 Observationsen der am häufigsten gewählten Antwortkategorie. Die Anzahl an Befragten, welche die Aussage mit *ja* oder *teilweise* beantworteten, erhöhte sich in Periode 2, jene, welche die Antwortkategorie *nein* wählte, sank hingegen.

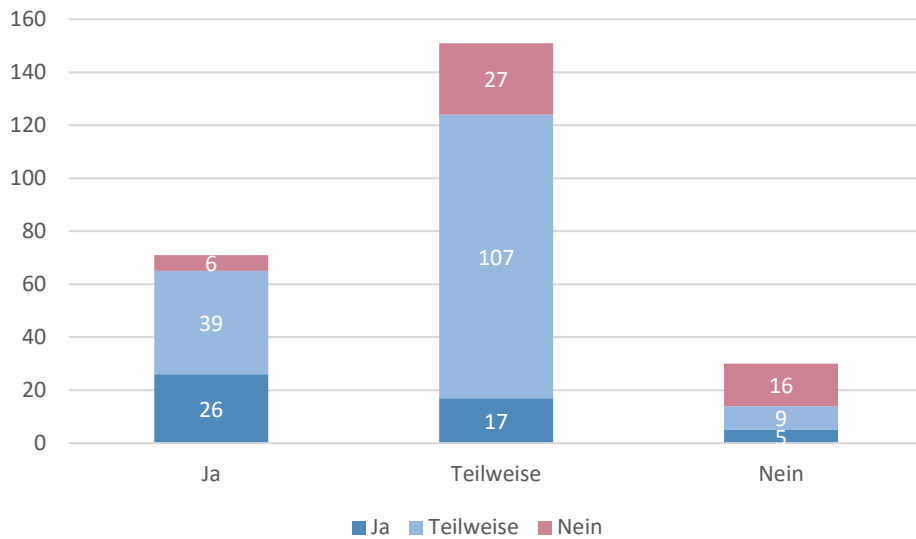
TABELLE 4: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - ABSEHBARKEIT DES STERBENS (A02)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	49	72
Teilweise	158	163
Nein	50	36
NA	21	7
Gesamt	278	278

Anhand des Post-hoc Tests konnten signifikante Unterschiede zwischen den Kategorien *ja* und *teilweise* ( $p=0,0137^*$ ), sowie zwischen den Kategorien *teilweise* und *nein* ( $p=0,0118^*$ ) festgestellt werden. Die Anzahl an Personen, welche von *ja* auf *teilweise* wechselte, unterscheidet sich demnach signifikant von der Anzahl jener, welche von *teilweise* auf *ja* wechselten. Ein entsprechender asymmetrischer Wechsel ist auch zwischen den Kategorien *teilweise* und *nein* beobachtbar. Abbildung 34 veranschaulicht diesen Wechsel im Detail.

In Periode 2 antworteten 39 jener Personen mit *ja*, welche in Periode 1 die Antwortkategorie *teilweise* gewählt hatten. Umgekehrt wechselten lediglich 17 Personen von *ja* auf *teilweise*. Zudem wechselten 27 Personen von *nein* auf *teilweise*, jedoch nur 9 Personen in die entgegengesetzte Richtung. Dementsprechend lässt sich eine deutliche Verschiebung in Richtung Zustimmung erkennen (d.h. die befragten Personen können die Absehbarkeit des Sterbens in der zweiten Erhebungsperiode besser abschätzen).

ABBILDUNG 35: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - ABSEHBARKEIT DES STERBENS (A02)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=252

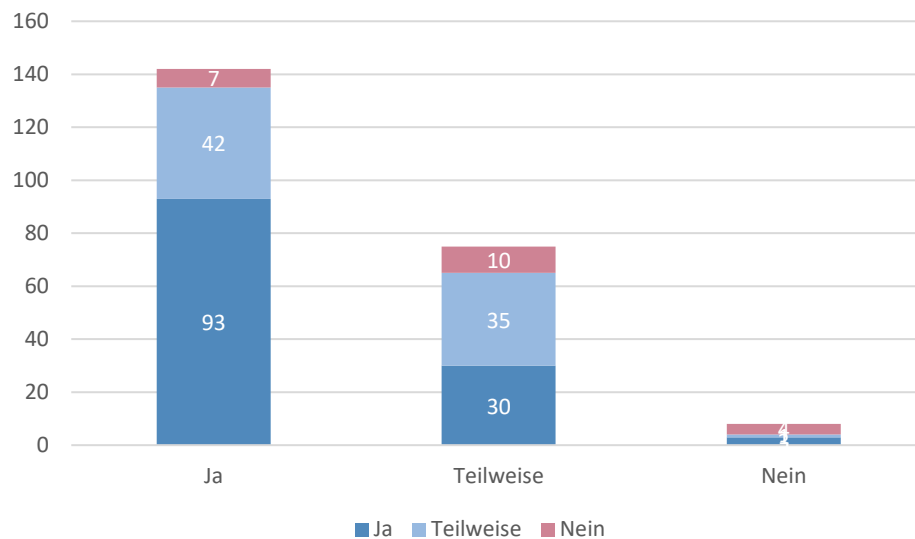
Ein Überblick der Ergebnisse in Bezug auf **Aussage 05** [„Ein Austausch zwischen dem Klienten bzw. der Klientin, den An- und Zugehörigen, dem Hausarzt bzw. der Hausärztin erleichtert mir die weitere Betreuung bzw. Pflege der Klienten und Klientinnen.“] wird in Tabelle 5 bereitgestellt. Auch hier erhöhte sich in t2 die Anzahl jener Personen, welche mit *ja* oder *teilweise* antworteten, wobei die Veränderung innerhalb der Kategorie *ja* deutlich stärker ausgeprägt ist. Die Anzahl an Personen, welche die Antwortkategorie *nein* wählten, verringerte sich.

TABELLE 5: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - AUSTAUSCH ZWISCHEN BETEILIGTEN (A05)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	130	165
Teilweise	80	88
Nein	21	15
NA	47	10
Gesamt	278	278

Der Post-hoc Test zeigt signifikante Resultate für den Wechsel zwischen den Kategorien *teilweise* und *nein* ( $p=0,0352^*$ ). Die Signifikanz besteht auf dem 5-Prozent Niveau und sagt aus, dass der Wechsel zwischen den entsprechenden Antwortkategorien asymmetrisch erfolgte. Wie in Abbildung 36 dargestellt, wechselten zwischen beiden Erhebungszeitpunkten 10 Personen von *nein* auf *teilweise*, jedoch nur 1 Person von *teilweise* auf *nein*. Insgesamt lässt sich auch hier eine Tendenz in Richtung Zustimmung erkennen, jedoch weisen die Verschiebungen zwischen den restlichen Kategorien keine Signifikanz auf. Dies mag auch an der relativ hohen Anzahl fehlender Angaben (zum Beispiel aufgrund Nicht-Ausfüllens der Frage) in Periode 1 liegen. Hierzu sollte außerdem erwähnt werden, dass in der ersten Erhebungsperiode die zusätzliche Antwortkategorie *weiß nicht/trifft auf mich nicht zu* geführt wurde, welche im Sinne der Vergleichbarkeit zu Periode 2 im Rahmen der Datenbereinigung als fehlender Wert deklariert wurde.

ABBILDUNG 36: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - AUSTAUSCH ZWISCHEN BETEILIGTEN (A05)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=225

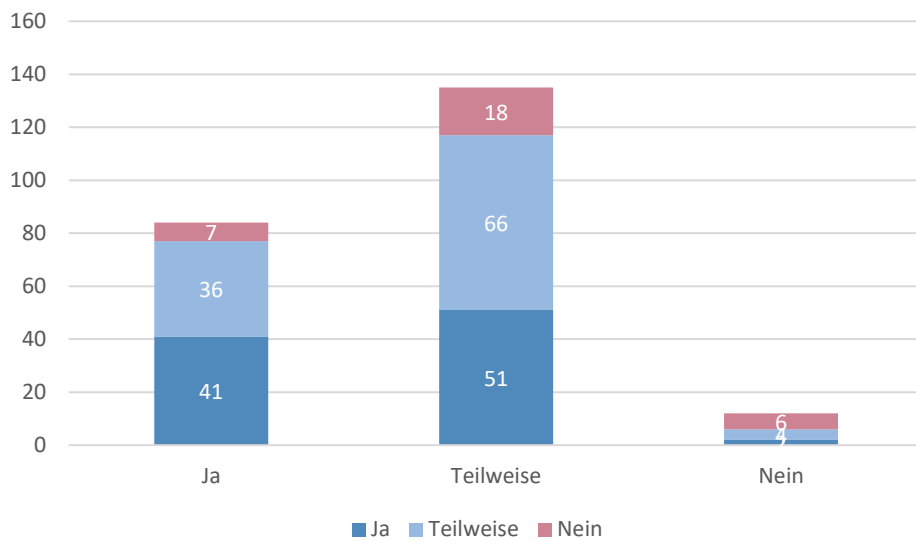
**Aussage 06** [„Durch die vorhandene Dokumentation (Pflegeanamnesebogen, Biografie, Pflege- und Betreuungsplanung, Stammdatenblatt, Notfallblatt, etc.) kenne ich die Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase der schwer kranken bzw. sterbenden Klienten und Klientinnen.“] wurde, wie in Tabelle 6 veranschaulicht, zu beiden Erhebungszeitpunkten am häufigsten mit *teilweise* beantwortet. Während die Anzahl in dieser Kategorie zwischen *t1* und *t2* deutlich anstieg, ging sie in den restlichen Antwortkategorien zurück.

TABELLE 6: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - DOKUMENTATION (A06)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	101	93
Teilweise	111	155
Nein	31	16
NA	35	14
Gesamt	278	278

Abbildung 37 zeigt erneut die Verschiebungen innerhalb der Antwortkategorien. Der Post-hoc Test ergab, dass hinsichtlich dieser Aussage ein signifikanter (asymmetrischer) Wechsel zwischen den Antwortkategorien *teilweise* und *nein* erfolgte ( $p=0,0130^*$ ). Wie abgebildet, wechselten 18 Personen von *nein* auf *teilweise*, jedoch nur 4 Personen in die umgekehrte Richtung. Zudem ist auch bei dieser Aussage die Anzahl fehlender Antworten in *t1* deutlich höher als in *t2*.

ABBILDUNG 37: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - DOKUMENTATION (A06)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=231

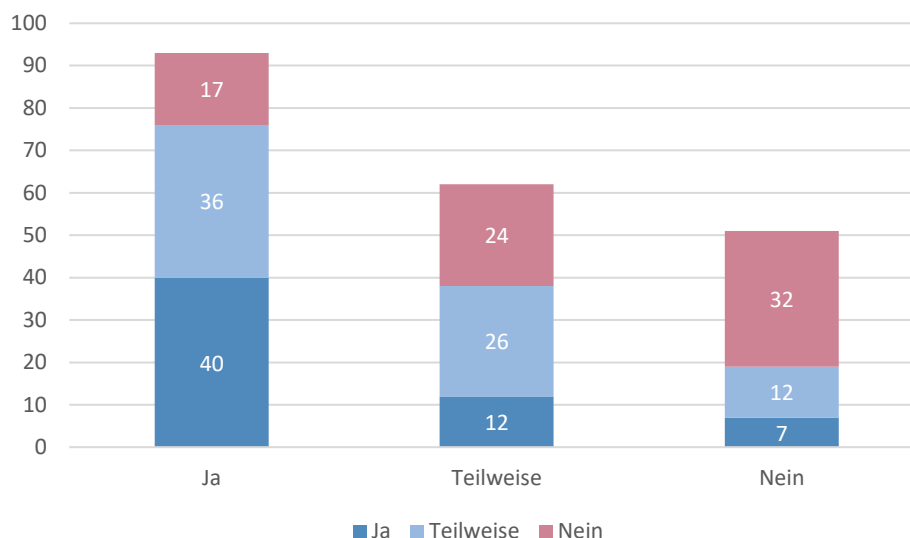
Hinsichtlich **Aussage 08** [“In der Regel habe ich die Möglichkeit, mich vom verstorbenen Klienten bzw. der verstorbenen Klientin und der Familie zu verabschieden, wenn ich das möchte (z.B. Begräbnisbesuch).”] erhöhte sich die Anzahl jener Personen, welche die Antwortkategorie *ja* wählten, in Periode 2 deutlich. Während sich die Anzahl fehlender Antworten entsprechend verringerte, blieb die Anzahl in den Kategorien *teilweise* und *nein* weitgehend konstant. Die Resultate werden in Tabelle 7 veranschaulicht. Wie bereits erwähnt wurde im Rahmen der ersten Erhebung eine zusätzliche Antwortkategorie *weiß nicht/trifft auf mich nicht zu* geführt, welche im Sinne der Vergleichbarkeit in der Datenbereinigung als fehlender Wert deklariert wurde. Dementsprechend könnten die Resultate auch dahingehend interpretiert werden, dass der entsprechende Anstieg an *ja*-Antworten zumindest teilweise auf Personen zurückzuführen ist, welche sich in der ersten Erhebungsperiode unsicher über die Beurteilung der Aussage waren.

TABELLE 7: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - VERABSCHIEDUNG (A08)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	64	103
Teilweise	76	77
Nein	78	78
NA	60	20
Gesamt	278	278

Signifikante (asymmetrische) Unterschiede sind zwischen den Kategorien *ja* und *teilweise* erkennbar ( $p=0,0022^{**}$ ). Mit 36 Personen wechselten mehr Personen von *teilweise* zu *ja* als umgekehrt (12 Personen). Des Weiteren zeigt die grafische Darstellung, dass auch innerhalb der Kategorien *teilweise* und *nein* (teils) deutliche Verschiebungen stattfanden, obwohl die Gesamtanzahl, wie in Abbildung 38 aufgezeigt, weitgehend konstant blieb. So wechselten 24 Personen von *nein*, und 12 Personen von *ja* auf *teilweise*. 12 Personen wechselten von *teilweise* und 7 Personen von *ja* auf *nein*.

ABBILDUNG 38: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - VERABSCHIEDUNG (A08)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=208

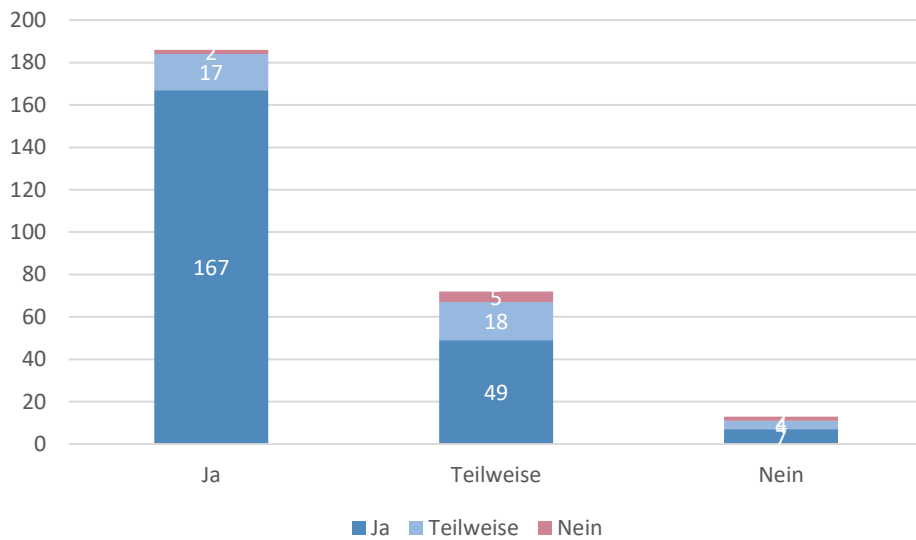
**Aussage 11** [„Der Austausch zum Thema Sterben und Tod meiner Klienten und Klientinnen ist für mich wichtig.“] wurde, wie in Tabelle 8 veranschaulicht, in Periode 2 seltener mit *ja* und häufiger mit *teilweise* oder *nein* beantwortet, wobei die Anzahl der Beobachtungen in der Antwortkategorie *nein* lediglich geringfügig anstieg, die Anzahl in Kategorie *ja* deutlich zurückging und in Kategorie *teilweise* deutlich anstieg.

TABELLE 8: MITARBEITER/INNEN-BEFRAGUNG - AUSTAUSCH ZUM THEMA STERBEN UND TOD (A11)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	226	187
Teilweise	39	73
Nein	10	14
NA	3	4
Gesamt	278	278

Resultate des Post-hoc Tests zeigen einen signifikanten (asymmetrischen) Wechsel zwischen den Kategorien *ja* und *teilweise* ( $p=0,0003^{***}$ ). Auf Basis von Abbildung 39 kann dieser Wechsel wie folgt beschrieben werden: Zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten wechselten 17 Personen von *teilweise* auf *ja*, 49 Personen wechselten in die entgegengesetzte Richtung. Insgesamt zeigt sich die Tendenz, dass der Austausch zum Thema Sterben und Tod weiterhin wichtig ist, die dazugehörige Aussage jedoch seltener eindeutig mit *ja* beantwortet wird.

ABBILDUNG 39: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - AUSTAUSCH ZUM THEMA STERBEN UND TOD (A11)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=271

Wie in Tabelle 9 zusammengefasst, gab es auch hinsichtlich **Aussage 12** [„Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin ist für mich zufriedenstellend.“] eine Verschiebung in Richtung der *teilweise*-Kategorie. Während die Anzahl der Personen, welche mit *ja* oder *nein* antworteten, in *t2* zurückging, stieg die entsprechende Anzahl in der Antwortkategorie *teilweise* deutlich an.

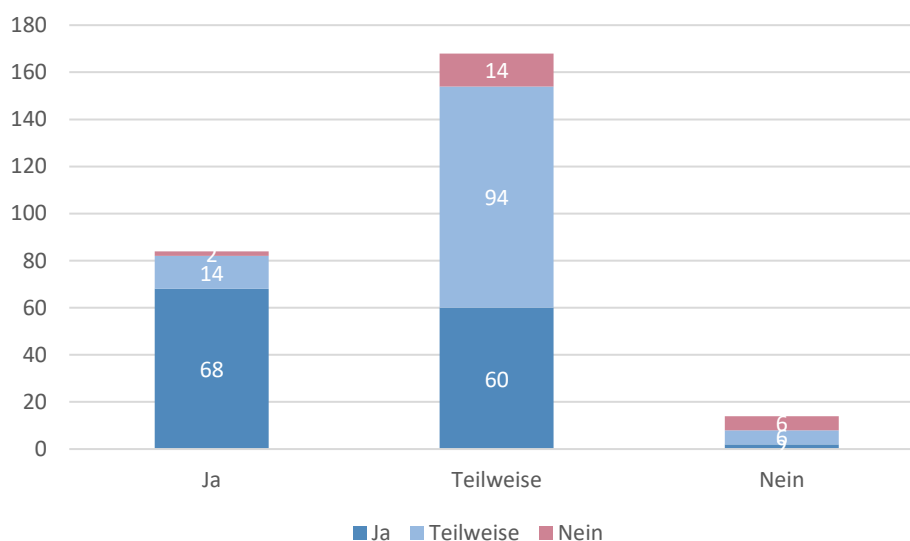
TABELLE 9: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - ZUSAMMENARBEIT MIT DEN HAUSÄRZT/INNEN (A12)

Antwortkategorie	t1	t2
Ja	133	85
Teilweise	117	170
Nein	23	15
NA	5	8
Gesamt	278	278

Hinsichtlich Aussage 12 kann anhand des Post-hoc Tests Signifikanz zwischen den Kategorien *ja* und *teilweise* festgestellt werden ( $p=1,87e-07^{***}$ ). Während 14 Personen, welche die Aussage in Periode 1 mit *teilweise* beantworteten, in Periode 2 auf *ja* wechselten, wählten 60 Personen in Periode 1 *ja* und in Periode 2 *teilweise*. Auch hier ist somit eine Verschiebung in Richtung der Antwortkategorie *teilweise* zu erkennen, die Zusammenarbeit mit Hausarzt/innen wird also zum zweiten Erhebungszeitpunkt weniger eindeutig bewertet.



ABBILDUNG 40: MITARBEITER/INNEN-BEFragung - ZUSAMMENARBEIT MIT HAUSÄRZT/INNEN (A12)



Quelle: Basis- und Folgerhebung Mitarbeiter/innen, n=266

#### 9.4. ZUSAMMENFASSUNG UND RESÜMEE

Dieses Kapitel diente einer Analyse der Wirksamkeit der unterschiedlichen Maßnahmen im Rahmen des Projektes *HPC Mobil* bei Mitarbeiter/innen. Anhand umfassender Daten aus Basis- und Folgerhebung wurden Unterschiede im Antwortverhalten untersucht. Hierbei war insbesondere die Beurteilung diverser Aussagen zur Betreuung schwer kranker und sterbender Personen von Bedeutung.

Auf Basis des Gesamtdatensatzes konnten signifikante Unterschiede für 11 der 13 Aussagen festgestellt werden, bei 6 dieser 11 Aussagen zeigt sich hohe Signifikanz ( $p < 0,001^{***}$ ). So wird insbesondere das Versterben und der Tod von Klient/innen zunehmend in Teambesprechungen thematisiert und den Mitarbeiter/innen fällt eine Einschätzung der Absehbarkeit des Sterbens der Klient/innen zunehmend leichter. Im Falle einer derartigen Absehbarkeit finden nun auch vermehrt Treffen zwischen Klient/innen, An- und Zugehörigen sowie dem Betreuungsteam statt. Eine Verschiebung in Richtung der *teilweise*-Kategorie findet sich bei den letzten drei Aussagen, welche entsprechend weniger eindeutig beantwortet werden. Diese umfassen den Austausch mit Klient/innen zum Thema Sterben und Tod, die Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen sowie die Belastung durch Betreuung und Pflege von schwer kranken oder sterbenden Klient/innen.

Anhand des Paneldatensatzes wurden schließlich detaillierte Betrachtungen des Wechsels zwischen den entsprechenden Antwortkategorien vorgenommen. Signifikante Unterschiede konnten für 7 der 13 Aussagen festgestellt werden, für 5 dieser 7 Aussagen sind anhand des Bhapkar Tests hoch signifikante Unterschiede erkennbar. Auch anhand dieser Auswertung zeigt sich, dass Versterben und Tod von Klient/innen vermehrt zum Thema werden und die Absehbarkeit des Sterbens von Klient/innen für Mitarbeiter/innen besser einschätzbar ist. Fragen nach einer Erleichterung der Betreuung durch den gemeinsamen Austausch zwischen den Beteiligten sowie der Möglichkeit, sich von verstorbenen Klient/innen zu verabschieden, wurden zunehmend positiv beantwortet. Hier ist insbesondere ein hoher Wechsel von fehlenden Angaben auf

ja erkennbar, was als Ausdruck steigender Sicherheit im Umgang mit dem entsprechenden Thema gewertet werden könnte. Bei den Aussagen zur Wichtigkeit eines Austausches zum Thema Sterben und Tod sowie der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen gab es hingegen eine Verschiebung in Richtung der *teilweise*-Kategorie, hier lässt sich entsprechend eine weniger eindeutige Beurteilung der Aussagen feststellen. Insbesondere bezüglich des Austausches zum Thema Sterben und Tod könnte entsprechend geschlussfolgert werden, dass durch die bereits erfolgte verstärkte Thematisierung in Teambesprechungen die Notwendigkeit zum Austausch in Periode 2 als weniger dringlich beurteilt wird.

In der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass in der zweiten Erhebungsperiode nicht nur die Teilnahme am Workshop HPC Mobil anstieg, sondern auch ein allgemein höherer Schulungsgrad vorhanden ist, wenn gleich dies im reduzierten Paneldatensatz lediglich für den *interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care* und den *Grundkurs Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung* zutrifft. Zusätzlich sollte zumindest bei einigen Aussagen berücksichtigt werden, dass in der Basiserhebung die zusätzliche Kategorie *weiß nicht/trifft auf mich nicht zu* geführt und im Rahmen der Datenbereinigung als fehlender Wert deklariert wurde. Durch Wegfallen dieser Option in der Folgerhebung könnten die Befragten dazu ermutigt worden sein, sich für eine der Antwortkategorien zu entscheiden. Zwar wurde den Befragten auch in Periode 2 ermöglicht, die Frage auszulassen (wodurch ein fehlender Wert erzeugt wird), doch mag der teils ausgeprägte Unterschied in der Anzahl fehlender Werte zumindest teilweise auf die zusätzliche Antwortoption zurückzuführen sein (ausgeprägte Unterschiede in der Anzahl fehlender Angaben beschränken sich jedoch auf einzelne Aussagen, welche jeweils in Kapitel 9.3.3 diskutiert wurden). Zudem mag auch die gezielte Schulung im Rahmen des Workshops HPC Mobil mehr Sicherheit bei der Beantwortung der entsprechenden Fragen geschaffen haben.

Insgesamt zeigt sich, dass trotz des frühen Zeitpunkts der Folgerhebung und Evaluierung deutlich messbare Wirkungen bei den Mitarbeiter/innen auftraten. Durch eine weitere Erhöhung des Schulungsgrades könnten diese Wirkungen noch verstärkt werden.

# 10. Klient/innen und An-/Zugehörige -Befragung

## 10.1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Die Klient/innen sowie deren An- und Zugehörige sind neben dem Pflege- und Betreuungspersonal die wichtigste Zielgruppe von HPC Mobil. In der Konzeptionsphase wurden folgende Fragestellungen für die Evaluierung ausgearbeitet.

- Konnten die Klient/innen sowie die An- und Zugehörigen Verbesserungen im Hinblick auf einen einflussameren, sicheren, vorausschauenden, gut informierten Umgang hinsichtlich ihrer Erkrankung und hinsichtlich des Themas Sterben wahrnehmen?
- Haben Sie Veränderungen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter der mobilen Betreuung wahrgenommen, z. B. in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten/innen?

Bei der Erstellung des Interview-Leitfadens wurde allerdings schon deutlich, dass der Zeitpunkt der Erhebung für diese Fragestellungen noch weitaus zu früh ist, weil die dazugehörigen Maßnahmen (siehe Kapitel 5.3.2.3) zum Teil noch nicht implementiert waren und Klient/innen und Angehörige gesetzte Maßnahmen und deren Ergebnisse oft nicht unmittelbar wahrnehmen konnten. Daher wurden die Fragestellungen etwas adaptiert.

### Fragestellungen:

- Haben sich Klient/innen und Angehörige bereits Gedanken gemacht, wie er/sie (Klient/in) ihre/seine letzte Lebensphase gerne verbringen möchte?
- Haben Klient/in und Angehörige den Eindruck, dass den Betreuungspersonen die Wünsche bekannt sind?
- Wurden sie aktiv von Pflege/Betreuungspersonen darauf angesprochen?
- Reden Klient/in und Angehörige manchmal mit den Pflege- und Betreuungspersonen über solche Themen?
- Haben Klient/innen und Angehörige schon einmal über eine Vorsorgevollmacht gesprochen, oder sogar schon eine gemacht?
- Haben Klient/innen und Angehörige schon einmal über eine Patientenverfügung gesprochen, oder sogar schon eine gemacht?
- Hat es schon einmal einen runden Tisch gegeben?
- Kennen Klient/innen und Angehörige noch andere Möglichkeiten der Unterstützung der letzten Lebensphase? Wenn ja, welche sind das?

## 10.2. METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Die Befragung der Klient/innen und An- und Zugehörigen stellte eine besondere Herausforderung dar. Es galt einen Rahmen zu finden, Rückmeldungen einzuholen, ohne zu stark in die Privatsphäre der Klient/innen und Angehörigen einzudringen. Die in der Konzeptionsphase geplanten telefonischen Interviews wurden bereits in der Startphase des Projekts von den beteiligten Trägern als wenig geeignet befunden. Stattdessen wurde entschieden, die Interviews face-to-face, durchzuführen. Als Interviewer/innen sollten Mitarbeiter/innen der Träger und nicht des NPO & SE Kompetenzzentrums fungieren. Konkret wurde je ein/e

Palliativbeauftragte/r pro Träger mit der Durchführung der Interviews betraut. Das NPO & SE Kompetenzzentrum entwickelte die Interview-Leitfäden mit Unterstützung der Palliativbeauftragten und schulte die Interviewer/innen ein.

Die Interviews wurden im Zeitraum von **Oktober 2017 bis Jänner 2018** durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren noch vier Träger am Projekt beteiligt. Ziel war es pro Träger 2-3 Interviews mit Klient/innen und ebenso viele mit Angehörigen zu führen, was erreicht werden konnte. In Summe wurden von den vier Trägern **9 Angehörige (A1-9), 11 Klient/innen (K1-10) sowie zwei Personen** befragt, die **sowohl Angehörige/r als auch Klient/in (A10 und K11)** sind.

Für die Auswahl der Klient/innen und An-/Zugehörigen wurden folgende generelle Kriterien festgelegt:

- Die Klient/innen werden bzw. wurden von den Interviewer/innen nicht selbst betreut (Objektivität).
- Die Interviews sollten möglichst ohne die Anwesenheit von Angehörigen oder dritten Personen durchgeführt werden – dies konnte in einigen Fällen nicht eingehalten werden.
- Die Klient/innen sollten der Zielgruppe HPC Mobil entsprechen, es sollte sich also um sterbende /schwerkranke Personen handeln.
- Die Klient/innen mussten fit genug sein, um ein Gespräch zu führen.

Weiters wurden die Träger gebeten, bei der Auswahl auf Unterschiedlichkeit der befragten Klient/innen/Angehörigen zu achten, in Bezug auf:

- Dauer der Betreuung (kurz (ab 2 Monate) vs. lang (länger als 8 Monate))
- Offenheit im Umgang mit dem Thema Tod (offen vs. verschlossen)
- Engagement der Angehörigen (engagiert vs. zurückhaltend)

### 10.3. ERGEBNISSE

#### 10.3.1. Vorbereitung auf die letzte Lebensphase und das Sterben

Die Interviews spiegeln sehr gut verschiedene Formen des Umgangs mit dem Thema „Sterben“ wider. Viele der Interviewpartner/innen erwähnen während des Gesprächs, dass sie nicht gerne darüber sprechen.

*„Haben wir, muss ich ehrlich sagen, nie drüber gesprochen und wollen wir auch nicht. Wir sind jetzt 53 Jahre verheiratet und das [Anm.: Sterben], ist ein Wort was wir gar nicht hören wollen. Aber es ist alles bereit, die Dokumente, die Tochter weiß alles, sie hat von uns alles und weiß auch, wo alles ist.“ (A5)*

Manche schieben das Thema hinaus bzw. haben keine Zeit sich damit zu befassen:

*„Das ist ein bisschen schwierig, weil sie [Anm. Klientin] immer „später“ sagt. Unangenehme Sachen sind immer morgen.“ (A7)*

*„Aber ich habe mir ehrlich gesagt von mir aus noch keine Gedanken gemacht. Ich bin eher davon ausgegangen, dass sie halt einschlafen wird, hoffentlich, aber man weiß es natürlich nicht, und ich muss ehrlich sagen, mit den vielen Kleinigkeiten, die an dem ganzen dranhängen (Haushalt, geschäftliche Sachen), da habe ich noch nicht drüber nachgedacht. Ich bin selbst Oma und es gibt Dinge, die an mir hängen bleiben, da bleiben die großen Dinge unbeachtet. Auch meine Gesundheit zum Beispiel. Halt alles das, womit ich mich grundlegend befassen müsste, das schiebe ich immer nach hinten, weil die Zeit einfach nicht reicht.“ (A1)*

Ab einem bestimmten Zeitpunkt geht es häufig sehr schnell – es bleibt nicht viel Zeit zum Reden (A7). In einigen Gesprächen zeigt sich auch die Überforderung, wenn es um die konkrete Planung bzw. das Treffen von Entscheidungen geht. Gut geregelt sind am ehesten finanzielle Angelegenheiten, also die Verwaltung

der Konten, Erbangelegenheiten und das Begräbnis (A10, A5). Die eigenen Wünsche für die letzte Lebensphase treten bei den Klient/innen mitunter in den Hintergrund, weil damit Ängste und Unsicherheiten verbunden sind, oder man Angehörigen nicht zur Last fallen möchte. Die Entscheidung wird dann häufig Ärzt/innen übertragen:

*„Ich denke aber, dass ich nicht gescheiter sein kann als ein Arzt und wenn der etwas für gut hält, wird das schon so passen“ (A7).*

Klient/innen vertrauen hier auch auf ihre Angehörigen, auch Gott spielt eine wichtige Rolle.

*„Ich verlasse mich darauf, dass Gott mich ruft. In welcher Bahn und wie und wo ist nicht meine Sache.“ (K3)*

*„Ich überlasse das alles meiner Tochter, weil mein Sohn und meine Tochter verstehen sich und die regeln das dann untereinander. [...] Meine Tochter weiß meine Denkweise. Also jeder kann einfach meine Tochter fragen“ (K3).*

### 10.3.2. Wunsch, möglichst lange zuhause zu bleiben

Fast alle Befragten wünschten sich, möglichst lange zuhause zu bleiben. Manche artikulierten den Wunsch, zuhause zu sterben (z.B. K6, K7), andere zogen für die allerletzte Phase auch ein Pflegeheim oder eine Palliativstation in Betracht (z.B. A7).

*„Ich stelle mir halt vor, dass die in einem Heim mich besser pflegen können als zuhause. Da ist alles viel geräumiger und praktischer. Solange es geht wollen wir schon zuhause bleiben. Wie mache ich das denn dann, wenn ich in ein Heim will?“ (A10)*

Krankenhäuser wurden von einigen Befragten als explizit unerwünscht dargestellt (z.B. K1, K4, K7).

### 10.3.3. Thematisierung der Wünsche durch Pflege-/Betreuungsteam

In den Interviews wurde gefragt, ob die Wünsche und Möglichkeiten mit dem Pflege- und Betreuungsteam abgesprochen sind. In einigen Fällen gaben die Befragten an, dass das Pflege- und Betreuungsteam über Wünsche Bescheid wisse. Der Austausch passiert eher über alltägliche Gespräche und weniger über systematische Absprachen, wie beispielsweise über Runde Tische.

Lediglich zwei befragte Personen (A4, K1) gaben an, dass es bereits einen Runden Tisch gegeben hätte, bei dem alle Beteiligten anwesend waren (Arzt, Pflege-/Betreuungsperson, Angehörige und KlientIn). Aus den Interviews geht nicht klar hervor, wer die Runden Tische initiiert hat, eine wesentliche Rolle dürfte in einem Fall der beteiligte befreundete Arzt gehabt haben. Beim zweiten Interview wurden keine Details zum Runden Tisch gegeben, lediglich, dass besprochen wurde, dass der Klient/die Klientin nicht zum Essen gezwungen werden möchte, wenn es ihm/ihr nicht schmeckt (K1).

Die Frage, ob die Patient/innen und An-/Zugehörigen aktiv von den mobilen Pflege- und Betreuungsteams zu den Wünschen für die letzte Lebensphase angesprochen wurden verneinten viele Interviewpartner/innen. Es gibt durchaus Bedarf, dass dies von den Pflege- und Betreuungspersonen angesprochen wird:

*„Nicht bei allem, aber bei den grundlegenden Dingen möchte ich Zeit dafür haben, um das einmal durchzudenken und vielleicht auch mit jemandem zu besprechen. Aber dazu kommt es eigentlich nicht.“ (A1)*

### 10.3.4. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

In Bezug auf die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gibt es einen sehr unterschiedlichen Wissensstand. Einige Angehörige und Klient/innen kennen diese Instrumente und haben sie bereits angewendet. Erfahren haben sie meist von Bekannten/Verwandten oder dem Palliativteam. Andere kennen sie nicht bzw. haben nur eine vage Vorstellung davon. In einem Interview wurde beispielsweise die Verwechslung mit einem Organspendeausweis deutlich. Es gibt auch einige Interviewpartner/innen, die dies sehr klar ablehnen.

*„Nein. Wir wussten ja, dass sie zuhause sein möchte und sie hat immer gesagt, dass sie nicht an Maschinen hängen möchte. Das hat sie so schon vor Jahren formuliert. Das werden wir so in ihrem Sinne ausführen, dafür braucht es nichts Schriftliches.“ (A9)*

Manche möchten mehr darüber erfahren und nutzen das Interview-Gespräch dazu, sich zu erkundigen.

### 10.4. RESÜMEE

In Summe lassen sich anhand der Befragungen der Klient/innen sowie deren An- und Zugehörigen noch kaum unmittelbare Wirkungen für diese durch HPC Mobil feststellen. Dies ist allerdings keineswegs als Misserfolg zu interpretieren, sondern kann verschiedene Gründe haben:

- **Auswirkungen für Klient/innen und An-/Zugehörige noch nicht wahrnehmbar:** Zu berücksichtigen gilt die erst kurze Laufzeit des Projekts. Zum Befragungszeitraum war das Ziel der Durchschulungsrate von 40 Prozent bei den Trägern erreicht, das Ziel der 80 Prozent das sich die Träger selbst gesetzt hatten, jedoch noch nicht. Die Implementierung von Maßnahmen (Leistungen) im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses ist noch keineswegs abgeschlossen, sondern steht erst am Beginn. Der Zeitpunkt der Evaluierung ist daher, wie oben bereits angesprochen, weitaus zu früh. Die hier erhobenen Daten können als Grundlage für eine spätere Evaluierung dienen. Außerdem sind Maßnahmen wie Gewährleistung von Betreuungskontinuität, flexiblere Zeiten, schnellere Bewilligungen, bezahlte Zeit für eine vorausschauende Planung und für die Begleitung der Angehörigen noch nicht gegeben.
- **Auswirkungen für Klient/innen und An-/Zugehörige nicht dem Projekt HPC Mobil zurechenbar:** Die Interviews machten deutlich, dass die Klient/innen und An-/Zugehörigen sehr stark mit sich beschäftigt sind und viele Herausforderungen zu bewältigen haben. HPC Mobil hat für sie keine unmittelbare Relevanz; daher ist es leicht möglich, dass sie Veränderungen nicht dem Projekt zuschreiben können.
- **Methodische Gründe:** Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen war kein Vergleich mit einer Ausgangssituation „vor HPC Mobil“ möglich. Eine solche Herangehensweise hätte Veränderungen möglicherweise eher sichtbar machen können.

Grundsätzlich fühlten sich die befragten Klient/innen und Angehörigen gut betreut, wie viele in den Interviews (z.T. ungefragt) betonten. Unzufriedenheit wurde selten und wenn, dann meist in Bezug auf häufig wechselndes Personal genannt.

Was im Rahmen der Interviews deutlich wurde, ist die Schwierigkeit des Umgangs mit dem Thema und die damit verbundene Belastung. Andererseits zeigt sich, dass manche einen sehr guten Umgang damit gefunden haben. Hier ist die Unterstützung durch Angehörige, insbesondere durch die Kinder, ein wichtiger Aspekt. Bei Lebensgefährt/innen kommt häufig die Sorge um den Partner/die Partnerin als Zusatzbelastung

hinzu. Eine Unterstützung durch Pflege- und Betreuungskräfte kann hier sicherlich einen Beitrag leisten, Wünsche besser zu artikulieren und entsprechende Vorsorge zu treffen.

Wichtig ist es, möglichst früh damit zu beginnen und ein gutes Prozedere zu finden. Mitunter ist der Beginn einer Betreuung/Pflege bereits ein sehr später Zeitpunkt, weil diese aufgrund eines Anlasses entsteht (z.B. Krankenhausaufenthalt), der sehr schnell viele Entscheidungen erfordert und damit auch zur Überforderung führt.

Wichtig wäre daher eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um hier in der Bevölkerung bewusstseinsbildend zu wirken. Viele der Befragten kannten die verschiedenen Möglichkeiten (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, mobile Palliativteams) nicht. Es wäre wichtig, diese in leichter Sprache zu erklären. Der im Rahmen von HPC Mobil erstellte Film war hier ein wichtiger erster Schritt.

## 11. Zusammenfassung & Gesamtresümee

---

Hospiz Österreich hat ein Interventionsprojekt zur Integration von Hospizkultur und Palliative Care im Rahmen der Hauskrankenpflege initiiert, welches in den vergangenen drei Jahren (Laufzeit: Juni 2015 bis Mai 2018) durchgeführt wurde. Durch den demografischen Wandel ist dieses Thema wichtig und wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Im Rahmen des Projekts **„HPC Mobil – Integration von Hospizkultur und Palliative Care in der Hauskrankenpflege“** (kurz: HPC Mobil) wurden umfassende Maßnahmen gesetzt, um Hospizkultur und Palliative Care in den teilnehmenden Trägerorganisationen der Hauskrankenpflege nachhaltig zu verankern mit dem Ziel, die Mitarbeiter/innen (Heimhelfer/innen und Mitarbeiter/innen der Hauskrankenpflege) in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu unterstützen. Das Projekt wurde im Rahmen einer Evaluierungsstudie vom Kompetenzzentrum für Nonprofit Organisationen und Social Entrepreneurship der Wirtschaftsuniversität Wien begleitet. Das Evaluierungsdesign umfasste quantitative (schriftliche Fragebögen) und qualitative (leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen) Erhebungstools.

Die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen stellt für die Mitarbeiter/innen der Hauskrankenpflege immer wieder eine Belastung dar, allen voran die Sorge, in die Wohnung von Klient/innen zu kommen, bei denen das Sterben absehbar ist. Im Rahmen des Projekts wurde deutlich, wie stark tabuisiert das Thema Sterben ist. Klient/innen sowie An- und Zugehörige setzen sich nicht gerne damit auseinander. Auch in den Trägerorganisationen der mobilen Pflege und Betreuung wurde das Thema bislang nur wenig besprochen. Eine wichtige Maßnahme von HPC Mobil war es, die Mitarbeiter/innen weiterzubilden und sie im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Klient/innen zu stärken und zu unterstützen. Die beteiligten Träger haben sich daher verpflichtet, mindestens 80 Prozent ihrer Mitarbeiter/innen aller Organisationsebenen im Rahmen eines dreitägigen Workshops zu schulen, die Hälfte davon (40 Prozent der Mitarbeiter/innen) innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit. Dafür wurde im Rahmen von HPC Mobil zunächst ein Curriculum entwickelt und dann von jeder Organisation Trainer/innen ausgebildet. Diese haben im Projektzeitraum 95 Schulungen mit mehr als 1.500 Teilnehmer/innen durchgeführt und damit die vorgegebene 40 Prozent-Marke weit überschritten. Die Schulungsrate lag zu Projektende zwischen 60 und 80 Prozent.

Auch inhaltlich sind die Workshops äußerst erfolgreich gewesen. Unter Anwendung der Story-Line-Methode wurde von den Workshopteilnehmer/innen ein Fallbeispiel kreiert, anhand dessen wichtige Themen und Abläufe der Pflege und Betreuung schwer kranker und sterbender Menschen bearbeitet wurden. Die Ausbildung der Trainer/innen hat sehr gut funktioniert, wie die Feedbackbögen der Trainer/innen selbst sowie das Feedback der Workshopteilnehmer/innen aufzeigen, die den Trainer/innen Bestnoten ausstellten. Jeweils 99 Prozent der Teilnehmer/innen beurteilten die Trainer/innen als gut ausgebildet sowie gut vorbereitet und motiviert. In den Fokusgruppengesprächen und Projekttreffen war die Begeisterung für die angewandte Methode und die Ergebnisse der Workshops ebenfalls spürbar.

Atmosphärisch wahrnehmbar war auch eine Erleichterung darüber, für die Themen Sterben und Tod eine gemeinsame Sprache zu finden. Bestätigt wurde dies durch die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter/innen, die zu zwei Zeitpunkten durchgeführt wurde, um Veränderungen aufzeigen zu können. So sind etwa der Tod und das Sterben von Klient/innen verstärkt ein Thema, die Mitarbeiter/innen können besser einschätzen, wann bei Klient/innen das Sterben absehbar ist und die Dokumentation hat sich dahingehend verbessert, die Wünsche und Bedürfnisse der Klient/innen zu kennen. Außerdem haben Mitarbeiter/innen eher die Möglichkeit, sich von Verstorbenen und deren Angehörigen (z.B. durch einen Begräbnisbesuch) zu



verabschieden. Bei manchen Zielen konnte noch keine signifikante Verbesserung erzielt werden, beispielsweise bei der Durchführung von Runden Tischen mit allen am Pflege- und Betreuungsprozess Beteiligten. Hier fehlt allerdings auch die Honorierung, dies liegt demnach außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs des Projektes. Verschlechtert hat sich die Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen in der zweiten Erhebung, was als zunehmendes Bewusstsein darüber interpretiert werden kann, wie wichtig die Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen eingeschätzt und wie sehr sie von den Mitarbeiter/innen gewünscht wird. Sinnvoll wäre eine erneute Evaluierung zu einem späteren Zeitpunkt, da manche Maßnahmen durch HPC Mobil initiiert wurden, zu Projektende jedoch noch nicht vollständig umgesetzt waren.

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen, die in der mobilen Pflege und Betreuung gegeben sind, konnte HPC Mobil in dem dreijährigen Projektzeitraum immens viel bewegen, wie die Ergebnisse aller eingesetzten Erhebungsinstrumente der Evaluierung widerspiegeln. Das Projekt setzte an vielen verschiedenen Stellen an, um Veränderungen zu bewirken. Wichtig war dabei die Unterstützung der obersten Führungsebene, die im Rahmen der Steuergruppe regelmäßig eingebunden war. Der Vertrag und die Verschriftlichung der Ziele, Leistungen und Indikatoren waren wirksame Instrumente, um ein gemeinsames Verständnis und Commitment zu erzeugen. Die Entwicklungsgruppe, bestehend aus den Projektleiterduos der Trägerorganisationen sowie der HPC Mobil Projektleitung, Projektkoordination und dem Organisationsentwicklungsberater spielten eine tragende Rolle in der Entwicklung der verschiedenen Maßnahmen und darin, diese in die Organisationen zu tragen. Unterstützt wurden sie dabei von den neu etablierten Funktionen der Palliativbeauftragten und -gruppen. Gemeinsam wurde erarbeitet, wie Hospiz und Palliative Care den über 2.000 Mitarbeiter/innen der vier Trägerorganisationen nähergebracht und in den Arbeitsalltag integriert werden können, sodass die Mitarbeiter/innen in ihrer Arbeit mit schwerkranken Klient/innen unterstützt werden und die Wünsche der Klient/innen für ihre letzte Lebensphase besser erfüllt werden können.

Als besonders hilfreich wurde von den Beteiligten der trägerübergreifende Austausch gesehen, der in Wien im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung in dieser Form ein Novum darstellte. HPC Mobil eröffnete außerdem Räume für einen Austausch zwischen den Berufsgruppen, der in der mobilen Pflege nicht häufig gegeben ist, was ebenfalls positiv erwähnt wurde. Ein Punkt, der im Nachhinein betrachtet, noch stärker forciert werden hätte können bzw. sollen, war die Einbindung der operativen Führungskräfte. Das ist jene Gruppe, die die Leistungen, Ziele und Indikatoren ganz wesentlich mittragen sowie für deren Umsetzung sorgen muss. Gleichzeitig hat sie nicht direkt an der Entwicklung mitgearbeitet.

Im Rahmen des Projekts wurden Handlungsbereiche deutlich, die nur schwer beeinflussbar sind. Das betrifft insbesondere die Kooperation mit den Hausärzt/innen. Hier wurde seitens HPC Mobil auf Information gesetzt, um jene Ärzt/innen zu erreichen, die ein besonderes Interesse an dem Thema haben. Die erfolgten Maßnahmen sind auf positive Resonanz gestoßen. Um nachhaltigen Erfolg erzielen zu können, benötigt es jedoch auch entsprechende finanzielle Rahmenbedingungen sowohl für die Ärzt/innen als auch für die Trägerorganisationen der mobilen Pflege und Betreuung. Verbesserungen sind insbesondere bei der Bezahlung von Leistungen der vorausschauenden Planung sowie der Begleitung der An- und Zugehörigen anzustreben, wie im Rahmen eines Policy Papers ausgearbeitet wurde. Die Nachhaltigkeit war vielen im Rahmen der Evaluierung Befragten ein besonderes Anliegen. Neben finanziellen Ressourcen und strukturellen Veränderungen (Betreuungskontinuität, flexible Zeiten, schnellere Bewilligungen...) durch den Fördergeber, wurden hier vor allem die Fortführung der (Trainer/innen-) Workshops, die Weiterführung der Palliativbeauftragten und der Palliativgruppe sowie des trägerübergreifenden Austausches auf verschiedenen Ebenen als wichtige Maßnahmen genannt.

## 12. Literatur

---

**Bengel, J./Strittmatter/R. & Willmann, H. (2001):** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Köln, downloadbar unter: <https://www.bug-nrw.de/fileadmin/web/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf>, (Zugriff am 20.07.2018)

**Joiko, Karin/Schmauder/Martin, Wolff Gertrud (2010):** Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund-Dorstfeld, downloadbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A45.pdf?blob=publicationFile>, (Zugriff am 20.07.2018)

**Lohmann-Haislah, Andrea (2012):** Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund/Berlin/Dresden, downloadbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd68.pdf?blob=publicationFile>, (Zugriff am 20.07.2018)

**Sondermann, Doreen/Leimer, Dana/Axmann, Katharina, Gerisch, Silvia (2014):** Pflege bewegt. Ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege. Instrumente zur Bestimmung physischer und psychischer Arbeitsbelastungen sowie der Arbeitsfähigkeit in der Altenpflege, Neudietendorf, downloadbar unter [https://www.bagfw-esf.de/fileadmin/user\\_upload/ESF/Projekte\\_FB\\_2/5\\_P\\_174\\_Literaturreview.pdf](https://www.bagfw-esf.de/fileadmin/user_upload/ESF/Projekte_FB_2/5_P_174_Literaturreview.pdf), (Zugriff am 20.07.2018)



# Infos und Kontakt

Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen und Social Entrepreneurship

**WU**

Wirtschaftsuniversität Wien

*Vienna University of Economics and Business*

Gebäude D2, Eingang E, 3. OG

Welthandelsplatz 1, 1020 Wien

Tel: + 43 1 313 36 / 5878

Fax: + 43 1 313 36 / 5824

[npo-kompetenz@wu.ac.at](mailto:npo-kompetenz@wu.ac.at)

[\*\*www.npo.or.at\*\*](http://www.npo.or.at)