



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Probleme mit Tod und Sterben im Akutspital aus Sicht der Pflegenden

Verfasserin

Maria Mohrenberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.^a)

Wien, März 2011

Studienkennzahl lt.

A 057/122

Studienblatt:

Studienrichtung lt.

Pflegewissenschaft

Studienblatt:

Betreuerin / Betreuer:

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Anita. Astrid. Brigitte. Brigitta. Delia. Elisabeth. Elisabeth. Ernst. Evelyn. Ewa. Hanna. Ingeborg. Johanna. Johannes. Josef. Judith. Karin. Lena. Margarethe. Max. Moni. Moritz. Niki. Peter. Petra. Paul. Paul. Renata. Resi. Rosa. Rosi. Sandra. Stefanie. Teresa. Veronika. Wilfried.

Danke!

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	1
1. EINLEITUNG	2
PROBLEMSTELLUNG	2
ZIELSETZUNG	2
FORSCHUNGSFRAGE	2
STRUKTUR DER ARBEIT UND METHODISCHE VORGEHENSWEISE	3
2. FORSCHUNGSSTAND	4
GRUNDLAGEN	4
<i>Der Sterbeprozess</i>	4
<i>Palliative Pflege - Begleitung im Sterbeprozess</i>	5
<i>„Guter“ und „Schlechter“ Tod</i>	6
<i>Gehen lassen</i>	7
<i>Spiritualität, Ethik und Kultur in der Pflege</i>	7
<i>Aus- und Weiterbildung in der palliativen Pflege</i>	9
PERSPEKTIVEN DER AKTEURE	12
<i>Pflegende</i>	12
<i>Ärzte/Ärztinnen und Management</i>	15
<i>Patienten/Patientinnen und ihre Angehörigen</i>	17
PROBLEMFELDER	19
3. METHODE	22
TEILNEHMER UND TEILNEHMERINNEN	23
ANALYSE	24
GÜTEKRITERIEN	25
ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	25
4. ERGEBNISSE	27
INTERPERSONELLE PROBLEME	27
<i>Team</i>	27
<i>Vorbilder</i>	29
<i>Patienten/Patientinnen</i>	29
<i>Angehörige</i>	32
<i>Ärzte/Ärztinnen</i>	36
<i>Professionelle Hilfe</i>	36
<i>Ehrenamt</i>	37
<i>Feedback</i>	37
<i>Humor</i>	39
INTRAPERSONELLE PROBLEME	40
<i>Persönliche Entwicklung</i>	40
Ausbildung	40
Erfahrung	41
Erstes Todeserlebnis	42
Integration des Todes in das eigene Leben	43
<i>Eigene Bewältigungsstrategien</i>	44
Ethik, eigene Werte	47
Wahrnehmen von Tod	48

Eigene Bedürfnisse.....	49
Identifikation mit Patienten und Patientinnen	49
Schuldgefühle	49
Selbstschutz	50
<i>Erwartungen.....</i>	<i>50</i>
STRUKTURELLE PROBLEME.....	52
<i>Theorie und Praxis</i>	<i>52</i>
<i>Raum und Zeit</i>	<i>53</i>
<i>Stationskultur</i>	<i>55</i>
<i>Hierarchien</i>	<i>56</i>
<i>Hoffnung.....</i>	<i>58</i>
<i>Beobachtungen</i>	<i>58</i>
<i>Unvorhersehbare Situationen.....</i>	<i>58</i>
<i>Teamzusammensetzung.....</i>	<i>58</i>
<i>Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen</i>	<i>59</i>
SOZIOKULTURELLE PROBLEME	60
<i>Tod in der Öffentlichkeit.....</i>	<i>60</i>
<i>Kultur.....</i>	<i>62</i>
<i>Medizinische Entwicklungen.....</i>	<i>65</i>
5. DISKUSSION	66
6. LITERATURVERZEICHNIS.....	73
7. ANHANG	76
ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG	76
INTERVIEWLEITFADEN	77
ZUSAMMENFASSUNG.....	79
ABSTRACT	80
CURRICULUM VITAE	81

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
et al.	et alii
etc.	et cetera
i.S.	im Sinne
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

Problemstellung

Sterben ist in der heutigen Gesellschaft ein Tabuthema. Sterben geschieht meist im Krankenhaus und ist stark vom technischen Fortschritt geprägt. Im Spannungsfeld zwischen Ärzten/Ärztinnen, Management, den Angehörigen sowie den Sterbenden selbst ist das Pflegepersonal mit Problemen konfrontiert, die im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt werden sollen. Die Situation von Pflegenden wird durch die psychosozialen Aspekte ihrer Tätigkeit, auf die nach Costello (2006) in der täglichen Routine kaum Rücksicht genommen wird, zusätzlich erschwert. Der Schwerpunkt der Pflegetätigkeit wird primär in der physischen Pflege gesehen.

Costello (2006) erkannte in seiner Studie neben dem psychosozialen Aspekt zwei weitere wichtige Problempunkte. Zum einen sind dies die mangelhafte Aufklärung der Patienten/Patientinnen, oft unter dem Vorwand „man müsse den Patienten/die Patientin schützen“, sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen in Krankenhäusern. Insbesondere kritisiert er bestehende hierarchische Strukturen, die eine Einbindung von Pflegenden in Entscheidungsprozesse verhindert. Durch die Pflicht zur Umsetzung, ungeachtet persönlicher, moralischer und ethischer Bedenken, sehen sich Pflegende einem hohen emotionalen Druck ausgesetzt.

Zielsetzung

Durch die Untersuchungen werden die Problemfelder aufgezeigt und mögliche Lösungsansätze ausgearbeitet, wie Pflegende mit dieser Situation besser umgehen können. Die Ergebnisse sollen Pflegenden helfen, Sterben in ihren Alltag zu integrieren, um besser damit fertig zu werden. Zudem soll das Bewusstsein bei Ärzten sowie dem Krankenhaus-Management für die Probleme der Pflegenden geschärft werden, um diese bei Entscheidungen berücksichtigen zu können.

Forschungsfrage

Welche Probleme sehen Pflegende im Umgang mit Tod und Sterben im Akutspital?

In der Forschungsfrage wird eine, für die Arbeit wichtige Einschränkung vorgenommen. Institutionen in denen Sterben per Definition als alltäglich anzusehen ist, werden aus dem Fokus der Untersuchung ausgenommen. Betrachtet werden Probleme im Zusammenhang mit Sterbenden, auf Stationen, auf denen es nicht „vorgesehen“ ist. Es sollen die Bereiche aufgedeckt werden, in denen Pflegende Probleme sehen, wenn palliative Patienten/Patientinnen in einem kurativen Setting behandelt werden.

Struktur der Arbeit und methodische Vorgehensweise

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird der aktuelle Forschungsstand anhand der verfügbaren Literatur zum Thema aufgearbeitet. Dabei wird besonderer Wert auf die Darstellung der kontroversen Perspektiven von Ärzten/Ärztinnen, Patienten/Patientinnen und Pflegepersonal zum Thema, sowie die daraus resultierenden Problemfelder gelegt.

Basierend auf der Literaturrecherche wurde im Anschluss zur Befragung des Pflegepersonals ein Interviewleitfaden entwickelt. Im Vordergrund stehen bei der Befragung die persönlichen Eindrücke des Pflegepersonals. Dementsprechend wurde eine möglichst flexible Befragungsmethode gewählt. Mittels teilstrukturierten Interviews wird diplomiertes Pflegepersonal, das auf nicht-palliativen Stationen bzw. nicht im Hospizbereich und auch nicht auf geriatrischen Stationen arbeitet, befragt. Zudem wird Pflegepersonal befragt, welches bereits auf zumindest einem dieser Gebiete tätig war. Dessen Erfahrungen ergänzen das Bild durch Offenlegung der spezifischen Unterschiede in den Arbeitsabläufen.

Die offene Befragung erlaubt den Befragten weitestgehendst frei über ihre persönlichen Erlebnisse zu berichten. Gleichzeitig können im Laufe des Interviews besonders interessante Aspekte tiefer erfasst werden. Dadurch werden auch bisher noch nicht erkannte Themen in die Arbeit aufgenommen werden. (Mayring, 2008)

Nach der Transkription und strukturierten Auswertung der Interviews, werden die Ergebnisse im zweiten Teil der Arbeit Bezug nehmend auf die Forschungsfrage dargestellt. Gleichzeitig bilden sie die Grundlage, um im letzten Teil der Arbeit Möglichkeiten zur Verbesserung und Optimierung der derzeitigen Pflegesituation abzuleiten.

2. Forschungsstand

Grundlagen

Die Behandlung des Themas erfordert die Klärung einiger grundlegender Begriffe, die in der Literatur nicht einheitlich interpretiert werden. Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis für diese Arbeit zu schaffen.

Der Sterbeprozess

Elisabeth Kübler-Ross (2001) hat in den 60er Jahren die Thematik um Tod und Sterben untersucht und ihre Erfahrungen mit Sterbenden veröffentlicht. Die Sterbephasen gehen auf sie zurück und dienen noch heute als Basis der Sterbeforschung.¹ Sie identifiziert fünf Phasen, die jeder Sterbende durchleben kann.²

Phase 1: Verdrängung - „Nicht-Wahrhaben-Wollen“

Die Konfrontation mit dem eigenen Tod löst bei den Betroffenen einen psychischen Schock aus, der sich häufig durch innere Lähmung, Ignorieren der Diagnose oder Verleugnung äußert. Erst nach Realisierung der Bedeutung, wird der Schockzustand langsam aufgelöst, Ängste, Bedürfnisse und Hoffnungen benannt und geäußert. Das Pflegepersonal ist besonders in den Nachtstunden, die zur Verarbeitung genutzt werden, gefordert, zuzuhören und die Patienten im Realisierungsprozess zu unterstützen.

Phase 2: Auflehnung - „Warum ich?“

Die Angst vor dem Tod äußert sich durch Gefühlsausbrüche. Wut, Zorn, Hass und Selbstanklagen prägen diese Phase. Begleiter/Begleiterinnen werden dabei häufig zur Zielscheibe von Schuldzuweisungen und Kritik, die sie mit Geduld und situativem Verständnis entgegennehmen müssen.

Phase 3: Verhandeln

Der Sterbende versucht durch Verhandeln den Tod hinauszuzögern. Unerledigtes wird geregelt, Testamente gemacht und es kommt zur Aussöhnung mit Mitmenschen. Aufmerksamkeit sollte besonders „stillen Verhandlern“ geschenkt werden. Die Patienten sind hoffnungsvoll, kooperativ, aktiv und umgänglich. Für Begleiter ist es wichtig Hoffnung zuzulassen, aber keine unrealistischen Hoffnungen zu erwecken und Strategien und Inhalte des Verhandeln nicht zu bewerten.

¹ Adaptierte Modelle beschreiben Wittkowski (2004) „Dreiphasiges zirkuläres Modell des Sterbens“ sowie Olson et al. (2000 - 2001) „Illness Constellation Modell“.

² Der Sterbeprozess wird vermehrt künstlich geleitet, wodurch Patienten/Patientinnen oft nicht mehr alle Phasen durchlaufen können.

Phase 4: Depression

Das Erkennen, dass der Tod bevorsteht, verursacht Traurigkeit und Depressionen. Durch eine kritische Betrachtung des eigenen Lebens werden Versäumnisse und Unterlassungen hervorgehoben. Nach Möglichkeit wird versucht, Unerledigtes zu klären und Abschied zu nehmen. Mit Ruhe und Gelassenheit sollten Begleiter/Begleiterinnen versuchen, den Patienten/die Patientin zu unterstützen. Ablenkungen sind nicht mehr angebracht.

Phase 5: Akzeptanz

Durch physische und psychische Ermüdung wird der bevorstehende Tod als Erlösung betrachtet. Die Ruhe und Zufriedenheit des/der Sterbenden sollte nicht mehr durch lebensverlängernde Maßnahmen gestört werden. Die Betroffenen spüren die Gefühle ihrer Vertrauten, die ihrerseits „los lassen“ und den Patienten/die Patientin „gehen lassen“ müssen.

Die Reihenfolge ist willkürlich. Bereits durchlebte Phasen können wiederholt und andere übersprungen werden. Das Modell bietet speziell dem Pflegepersonal die Möglichkeit den Sterbeverlauf besser zu verstehen und einschätzen zu können.³

Palliative Pflege - Begleitung im Sterbeprozess

Ursprünglich war die palliative Pflege in der Onkologie angesiedelt und ist bis heute nur in geringem Umfang erforscht. In der palliativen Pflege gilt es, die Lebensqualität von Pflegebedürftigen mit unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankungen zu erhöhen. Der Schwerpunkt der Pflege wird dabei von kurativen zu empathisch⁴ geprägten Tätigkeiten verlagert. Angestrebt werden die Vermeidung eines „schlechten Todes“ und die gezielte Vorbereitung eines „guten Todes“. In diesem Sinne ist auch die Definition der WHO (World Health Organisation) von 1990 zu verstehen: "(...) the active, total care of patients whose disease no longer responds to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families." (Beverburg & Mäteling, 2005)

Der steigende Technologisierungsgrad in der modernen Medizin erhöht die allgemeine Lebenserwartung und ermöglicht, Leben länger zu erhalten. Dadurch wird es zunehmend erschwert, den Tod als natürliches Ende zu akzeptieren. Palliative Pflege wird daher häufig als das Versagen von Pflege und medizinischer Interventionen angesehen.

³ Bleibt den Sterbenden keine oder zu wenig Zeit sich mit dem Tod auseinanderzusetzen gestaltet sich die Einschätzung des Sterbeprozess und die Sterbeplanung schwierig, da die emotionalen Vorzeichen ausbleiben. Dies ist gerade auf Akutstationen, bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen der Fall. (Gruber, Schmid, & Schleritzko, 2006; Mayr, 2006; Messner, 2007; Schilling & Seebohm, 2007; Wittkowski, 2004)

⁴ Im Sinne von Ekman (2007)

In vielen Bereichen der Medizin ist sie nur mangelhaft implementiert. Insbesondere Akutstationen, wie beispielsweise die Notaufnahme, sind regelmäßig nicht auf den Tod ausgerichtet. Die Bedürfnisse der Betroffenen, in der präfinalen und finalen Phase, sowie die ihrer Angehörigen bleiben dort weitestgehend unerkannt und unberücksichtigt. Im Hospiz besitzt die palliative Betreuung bereits eine hohe Qualität. Eine Herausforderung wird es sein, diese Qualität bei der Implementierung in andere Bereiche zu übertragen. (Beverburg & Mäteling, 2005; Kelly, 2000; Körber, 2006; Lawson, 2008; Schmid, 2008).

„Guter“ und „Schlechter“ Tod

Eine Unterscheidung zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Tod erfolgt auf verschiedenen Ebenen und wird letztendlich immer im Einzelfall, auf Basis subjektiver Wahrnehmung getroffen. (Al-Qurainy, Collis, & Feuer, 2009; Costello, 2006; Kelly, 2000; Lowey, 2008) Als guter Tod wird ein Ableben unter Wahrung von Würde und Privatsphäre, sowie die Erfüllung der letzten Wünsche des/der Sterbenden verstanden. Nach Weisman (1988) ist ein angemessener Tod einer, den man wählen würde, wenn man die Wahl hätte. Betroffene empfinden einen guten Tod positiv, als Befreiung von einer enormen emotionalen Last und Unruhe.

Zur Abgrenzung eines guten Todes vom schlechten Tod nennt Al-Qurainy, et al. (2009) neben der Wahrung von Würde und Privatsphäre, das Vorhandensein der Kontrolle über die Ereignisse, sowie eine effektive Schmerz- und Symptomkontrolle. Weiters wird auch die angemessene Gestaltung des Sterbeorts hervorgehoben. Für einen guten Tod muss der Patient/die Patientin das bevorstehende Lebensende erkennen und akzeptieren. Die Akzeptanz der Situation wird erhöht, wenn der Patient/die Patientin seinem Leben einen Sinn zuschreiben kann. Dies ist eine wichtige Erkenntnis, um „los zu lassen“ und „gehen“ zu können.

Begünstigt wird ein guter Tod, wenn die natürlichen Prozesse in dieser präfinalen Phase nicht weiter durch Therapien und Behandlungen gestört werden. Es entsteht dadurch Raum zum Verabschieden und ermöglicht den Angehörigen und dem Pflegepersonal das Ableben, trotz Trauer und Verlust, als wichtiges und auch schönes Erlebnis wahrzunehmen. (Al-Qurainy, et al., 2009)

Der schlechte Tod tritt ein, wenn die Rahmenbedingungen nicht im Sinne des Patienten/der Patientin gestaltet werden können. Zurückzuführen ist dies auf die häufig nicht vorhandene Ausrichtung auf palliative Pflege in vielen medizinischen Bereichen. Falsche Hoffnungen, fehlende spirituelle und emotionale Unterstützung führen bei Angehörigen und Pflegepersonal zu Schuldgefühlen. Der Tod wird nicht als natürlicher Prozess sondern als ein Versagen kurativer Maßnahmen verstanden. Die traumatisierende Wirkung des Ereignisses erhöht die Belastung für die Hinterbliebenen enorm. (Costello, 2006; Lowey, 2008)

Gehen lassen

Gehen lassen bezeichnet den Zeitpunkt, an dem von Hinterbleibenden⁵ erkannt wird, dass die Hoffnung auf Heilung und ein Weiterleben aufgegeben werden muss. Der physische und psychische Verfall des Patienten/der Patientin wird deutlich. Der natürliche Sterbeprozess ist durch lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr zu verzögern. Gehen lassen beruht auf einer Veränderung im Denken, einer schmerzhaften Einsicht, die bei Bestehen einer physischen und emotionalen Bindung zum/zur Sterbenden erreicht wird. (Lowey, 2008)

Spiritualität, Ethik und Kultur in der Pflege

Die Medizin geht nur zum Teil mit den gesellschaftlichen Werten und Normen konform. (Schreiner & Pack, 2002) In der Praxis treffen Ärzte/Ärztinnen Entscheidungen über Therapieabbrüche oft alleine (Wiederhumm, 2003). Unter Kritik geraten dabei immer wieder die Wertesysteme und Kriterien, die den Entscheidungen zugrunde liegen. (Oberle, 2001; Schreiner & Pack, 2002) Ausschlaggebend dabei sind die häufig kontroversen Ansichten der Angehörigen und oft auch Pflegenden, die eine starke emotionale Beziehung zum Patienten/zur Patientin haben. Oberle (2001) beschreibt dazu zwei ethische Standpunkte, die diese Divergenz erklären.

Bioethik und Pflegeethik

Die Bioethik betrachtet Patienten/Patientinnen als Teil der Umwelt und strebt im Sinne dieser, eine natürliche und soziale Gerechtigkeit an. Das Agieren nach bioethischen Grundsätzen ist demnach ausgerichtet auf das Wohl und die Nutzenoptimierung der Gesamtheit. Im Gegensatz dazu stellt die Pflegeethik die Interessen des Individuums vor die gesellschaftlichen. Die treibende Kraft in der Pflegeethik ist die persönliche Beziehung zu Patienten/Patientinnen. (Oberle, 2001) Die Aufgabe, vorhandene Ressourcen ökonomisch sinnvoll zu verteilen, obliegt den Ärzten/Ärztinnen. Diese sehen sich jedoch nicht allein dem Patienten/der Patientin gegenüber verpflichtet, sondern auch dem Krankenhausmanagement. Bei aussichtslosen Fällen wird die Tragweite besonders deutlich. Selbst wenn durch ein Fortführen von Behandlungen positive Effekte erzielt werden könnten, muss nach bioethischen Grundsätzen die Behandlung abgebrochen oder auf das Notwendigste reduziert werden. In der Pflegeethik ist die Lebensqualität des/der Einzelnen bis zuletzt zu maximieren und unnötiges Leiden zu vermeiden. Verschärft wird die Situation in Krankenhäusern durch die patriarchalen Strukturen, die zu erheblichen Spannungen zwischen den Berufsfeldern führen. (Oberle, 2001) Die von Oberle (2001) beschriebenen ethischen Probleme werden durch die von Konishi (2001) durchgeführte Studie „The right to die and the duty to die“ relativiert.

⁵ Der Begriff „Angehörige“ würde den Personenkreis zu stark einschränken. Emotionale Bindungen werden insbesondere bei längeren Krankheitsverläufen auch vom Pflegepersonal und den behandelnden Ärzten aufgebaut.

Konishi (2001) geht auf die kulturellen Unterschiede in der japanischen und westlichen Pflegekultur ein. Interessant dabei ist die altruistische Werthaltung der japanischen, im Vergleich zur „egoistischen“ Haltung westlicher palliativer Patienten/Patientinnen. Insbesondere die ältere japanische Generation sieht sich selbst als soziale Last. Es ist üblich, dass Entscheidungen zum Wohle aller getroffen werden. Durch diese gemeinschaftlich orientierte Denkhaltung im japanischen Kulturkreis rückt auch die westliche Frage der optimalen Verteilung sozialer Ressourcen in den Hintergrund. (Konishi, 2001)

Recht oder Verpflichtung zu Sterben

Oft besteht der Wunsch nach einem schnellen Tod. Die Autonomie des Patienten/der Patientin steht dabei im Konflikt mit der Verpflichtung und sozialen Verantwortung der Ärzte/Ärztinnen, Leben möglichst zu verlängern. (Konishi, 2001) Die immer weiter fortschreitende Reparatier- und Ersatzteillagermedizin verschärft diese Situation weiter und begünstigt den Anstieg der älteren Bevölkerung, was zu gesellschaftlichen Problemen führt. (Schreiner & Pack, 2002) Nur eine Minderheit betrachtet im westlichen Kulturkreis lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende als Verschwendung, der Großteil empfindet es gerechter, die vorhandenen Ressourcen auf alle, auch Sterbende, zu verteilen. (Konishi, 2001) Die Tatsache, dass jede Entscheidung für einen Patienten/eine Patientin einen weiteren Patienten/eine weitere Patientin beeinflusst, wirft dabei die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit auf (Oberle, 2001). Der Großteil der Pflegenden befürwortet das Recht des Einzelnen zu sterben. (Konishi, 2001) Wird statt der Heilung die Begleitung als Ziel und Erfolg gesehen, können sich Pflegendе besser auf die lohnenswerte Aufgabe, Patienten/Patientinnen beizustehen und für sie da zu sein, konzentrieren. (Körber, 2006)

Die Pflicht zu sterben, als Lösung für die thematisierten gesellschaftlichen Probleme, erscheint grausam und unmenschlich, ethisch fragwürdig und dennoch scheint sie sich langsam in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitssystem durchzusetzen. Die Legitimation basiert mangels ethischer Richtlinien für Entscheidungen am Lebensende vorwiegend auf ökonomischen Faktoren. (Konishi, 2001) Nach Kelly (2000) ist eine flexible ethische Basis in allen Bereichen der Medizin erforderlich, die auch kulturbedingte Anpassung zulässt.

In Fällen, in denen ein Patient/eine Patientin nicht mehr selbst entscheiden kann, werden häufig Familie und Angehörige in die Entscheidungen eingebunden. Damit wird gleichzeitig auch ein Teil der Verantwortung übertragen. Es wird erwartet, dass im Sinne des Patienten/der Patientin gehandelt wird. Der dabei zugrundeliegende Grundsatz, „wie es der Patient/die Patientin gewollt hätte“, dient mehr als Rechtfertigung, da der Wille des Patienten/der Patientin oft niemandem bekannt ist. Hinzu kommt, dass knappe Ressourcen und deren notwendige Verteilung auf alle Patienten/Patientinnen von Familie und Angehörigen nicht berücksichtigt werden können. Bestehen Familie und Angehörige auf teureren Behandlungen, deren Sinnhaftigkeit medizinisch fragwürdig ist, geht dies zu Lasten anderer Patienten/Patientinnen. Wie Oberle (2001) feststellt, wird häufig nach persönlichen

Interessen entschieden. Das „Beste“ für den Patienten/die Patientin steht meist nicht im Vordergrund. Nach der Studie von Konishi (2001) sind der Wille der Patienten/der Patientinnen und damit auch die Handlungen der Angehörigen durch das jeweilige kulturelle Umfeld vorgegeben oder können aus diesem abgeleitet werden.

Interkulturelle Aspekte der Pflege

Die zunehmenden Migrationsbewegungen über die vergangenen Dekaden, sowie die damit einhergehenden demographischen Veränderungen führen dazu, dass im Pflegebereich vermehrt auch interkulturelle und spirituelle Fragen an Bedeutung gewinnen (Wiederhumm, 2003). Um auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen in der palliativen Pflege zufriedenstellend eingehen zu können, bedarf es spezifischen Wissens über soziokulturelle Interdependenzen, sowie einen offenen, verständnisvollen Umgang mit der Vorstellung des Transzendenten der Patienten/Patientinnen. Dies bedingt eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst- und Fremdbild der Pflegenden, die vor diesem Hintergrund im interkulturellen Umfeld normalerweise unreflektierte Selbstverständlichkeiten hinterfragen müssen (Nowarre, 2001).

Geschlechterspezifische Unterschiede in der Pflege

Geschlechterspezifische Unterschiede werden im Umgang mit Patienten/Patientinnen besonders deutlich. So stellt Pleschberger (2003) fest, dass in der Pflege- insbesondere bei jüngeren Frauen- ohne Berücksichtigung der Umgebung häufiger Körperteile exponiert werden als bei Männern oder Frauen in höherem Alter. Das Recht auf Privatsphäre und würdevoller Behandlung scheint dabei außer Kraft gesetzt zu sein. Diese Erkenntnis rechtfertigt jedoch nicht die Dichotomie des „männlichen“ und „weiblichen“ Stereotyps der Pflegenden. Widersprüchlich dabei ist der überwiegende Frauenanteil im Pflegebereich den Küçük (2004) auf die Angst eines Identitätsverlust bei Männern zurückführt. Pleschberger (2003) sieht das Problem in systembedingten Missständen begründet.

Aus- und Weiterbildung in der palliativen Pflege

Im GUK (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) wird neben der Ausbildung für Pflegeberufe auch Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen geregelt. Insbesondere werden die Ausbildungsinhalte wie auch die Dauer der Ausbildung festgelegt. Im §42 werden die Ausbildungsinhalte taxativ genannt. Darunter sind auch die Bereiche „Palliativpflege“ sowie „Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene“ zu finden. Umgesetzt werden die Inhalte vom Wiener Krankenanstaltenverbund in einer dreijährigen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege.

Im internationalen Umfeld fehlen derartige Richtlinien häufig. Costello (2001) kritisiert, dass insbesondere die Bereiche psychologische und palliative Betreuung in der Ausbildung in den USA häufig fehlen. Der Tod und das Sterben sollten sowohl in

der Medizin als auch in der Pflege im Bild enthalten sein. Nach Barolin (2001) helfen spezielle Trainings, die Scheu vor Patienten/Patientinnen zu überwinden. Grundlage dazu bildet eine basal-psychotherapeutische Gesprächs- und Verhaltensschulung, die in allen medizinischen Bereichen angewendet werden kann.

Als besonders schwierig in der Praxis erkennt Alsheimer (2008) die Sicherheit im Überbringen von Todesnachrichten. Eine entsprechende Vorbereitung fehlt in den Lehrbüchern und in der Ausbildung. Auch in Österreich kann aus den allgemeinen Beschreibungen der Ausbildung nicht auf eine entsprechende Vorbereitung geschlossen werden. (Alsheimer 2008) Gesprächsführung, Krankheitsverarbeitung und Wissen im Umgang mit Nähe und Distanz sind zentrale Fragestellungen, denen sich viele nach der Ausbildung nicht gewachsen sehen. Das Gefühl von Überforderung und Überlastung der Pflegenden verhindert dann, dass gezielt auf die Bedürfnisse von Patienten/Patientinnen eingegangen werden kann. Auch die subtile Wahrnehmungsfähigkeit muss dabei durch entsprechende Methoden geschult werden. (Beverburg & Mäteling, 2005) Pflegende erkennen selbst, dass ihnen Kompetenzen in den genannten Bereichen fehlen und wollen diese erweitern. Neben Kommunikationstraining wird auch die Persönlichkeitsentwicklung gefordert. Ebenso müssen anthroposophische und philosophische Fragen geklärt werden. (Messner, 2007; Schreiner & Pack, 2002)

Nicht nur im Umgang mit Patienten/Patientinnen liegen mangelnde Curricula vor, sondern auch die Kompetenzen zur Bewältigung kommen in den Ausbildungen zu kurz oder fehlen ganz. (Wiederkumm, 2003) Da das Thema rund um Sterben und Tod nie zur Routine wird, müssen sich Pflegende kontinuierlich damit beschäftigen. Nach Nieß (2001) müssen Pflegende lernen, mit der Angst vor dem Tod umzugehen und Verlustängste zu verarbeiten. Die Grundlagen dazu müssen in der Ausbildung geschaffen werden, um die Gefahr von Distress und Burnouts zu reduzieren. (Schaubmayr, 2008)

Nowarre (2001) hält die Integration von Teamgesprächen, Supervisionen, Praxisberatungen sowie Workshops in der Aus-, Fort und Weiterbildung für notwendig, um die geforderten Inhalte zu vermitteln. Zudem sind Entlastungsmöglichkeiten zu schulen, die von Pflegenden im Alltag umgesetzt werden können. (Nieß, 2001) Besonders hoch ist der Bedarf gerade im Notfallbereich, da hilflose und verärgerte Angehörige für Pflegende als Belastung hinzu kommen. (Schaubmayr, 2008)

Küçük (2004) fordert neben den Grundlagen auch allgemeine Handlungsrichtlinien, die gerade in Akutsituationen Entlastung bringen.

Anhaltspunkte für eine bessere Ausbildungssituation bietet ein Curriculum das speziell für den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten/Patientinnen entwickelt wurde. Ziel dabei war es, Hilfestellung für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen anzubieten sowie Unsicherheiten bezüglich der Diagnosevermittlung und Gesprächsführung mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen zu schulen. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt wurde auf die Prozesse „Sterben“ und „Trauern“

gelegt. Dies wird im Bereich der Fortbildung bereits von spezialisierten Institutionen angeboten. (Schaubmayr, 2008)

Perspektiven der Akteure

Um eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden zu gewährleisten, müssen die Berufsgruppen die Perspektiven der anderen Gruppen kennen. Gerade am Lebensende ist ein Perspektivenwechsel ein Schlüsselfaktor für eine gute Zusammenarbeit. (Oberle, 2001)

Pflegende

Pflegende sollen begleiten, da sein und eine ehrliche, mitfühlende und ganzheitliche Pflege anbieten. Um ganzheitlich zu wirken, müssen neben der medizinisch-körperliche Pflege, die psychosoziale Betreuung und die geistig-spirituellen Bedürfnisse abgedeckt werden. (Schilling & Seebohm, 2007) Dazu ist es notwendig, Dinge anders zu sehen und sich sowohl für direkt Wahrnehmbares als auch Zwischenmenschliches zu öffnen. Durch die herrschenden Rahmenbedingungen treten diese Aspekte oft in den Hintergrund oder werden teilweise komplett vernachlässigt. (Lowey, 2008) Pflegende tragen Sorge dafür, dass die sozialen Beziehungen der Patienten/Patientinnen aufrecht erhalten bleiben. Sie müssen auch in emotional schwierigen Situationen eine positive Einstellung ausstrahlen. (Kelly, 2000) Die emotionale Arbeit der Pflegenden gilt als unwissenschaftlich, wurde erst wenig erforscht und wird im Alltag nur peripher betrachtet. Die Kluft zwischen physiologischen und psychologischen sowie sozialen Aspekten wird immer größer. Um diese Entwicklung zu stoppen oder zumindest zu minimieren, muss die emotionale Pflege stärker ins Blickfeld rücken und erweitert werden. Die Interdependenz zwischen körperlichen Funktionen und emotionalen Belastungen muss klar erkennbar werden. Oft werden diese Abhängigkeiten erst durch langjährige Erfahrung im Pflegebereich wahrgenommen. (Kelly, 2000)

Durch die hohe Interaktionsdichte und die personale Präsenz sind Pflegepersonen stark kontextsensibilisiert. Darüber hinaus sorgen sie für Körperkontakt. Diese Schlüsselrolle bringt mit sich, dass Pflegende besonders häufig belastenden Situationen ausgesetzt sind. Einerseits sind sie Begleiter/Begleiterinnen und Vertraute, andererseits Prellböcke und Blitzableiter für Patienten/Patientinnen in Zeiten von seelischen Nöten und Anspannung. Insbesondere im ambulanten Bereich haben Pflegepersonen eine große Verantwortung. Zusätzlich erhöht der zunehmende Zweifel an der Maximalpflege das Stressniveau. (Beverburg & Mäteling, 2005) In der Medizin wird der Tod vielfach als Feind betrachtet, der bekämpft werden muss. (Teigeler, 2006) Es sollten immer die Ziele pflegerischen Handelns formuliert und die Handlungskompetenzen von Pflegenden festgelegt werden. (Schreiner & Pack, 2002)

Für eine ehrliche Anteilnahme ist eine Pflege ohne Zeitdruck nötig. Trost, Zuspruch und Sensibilität dürfen in der unterstützenden Pflege nicht fehlen. Zeitmangel als Grund anzugeben, ist vor Sterbenden unangebracht und wirkt oft verletzend. Auch die Wertschätzung und Akzeptanz unter Kollegen/Kolleginnen für die Sterbebegleitung muss vorhanden sein. (Nieß, 2001) Die Würde und der Komfort für

Patienten/Patientinnen sind die wichtigsten Faktoren bei der Arbeit von Pflegenden. (Oberle, 2001) Nach dem Tod eines Patienten/einer Patientin gilt die Aufmerksamkeit der Pflege den Angehörigen. Es ist wichtig, für die Angehörigen da zu sein und Anteilnahme zu zeigen. Die Hauptaufgabe besteht darin, Trauer zu ermöglichen, um den Verlust zu realisieren und bewältigen zu können. Geeignete Räume zum Abschied nehmen in einer würdigen Atmosphäre sind leider nicht in allen Spitälern vorhanden und müssen von den Pflegenden nach Möglichkeit geschaffen werden. (Nieß, 2001)

Entscheidungen

Entscheidungen im Spital müssen meist schnell getroffen werden. (Lowey, 2008) Einerseits gibt die Geschwindigkeit von Entscheidungen die Möglichkeit für Pflegende auf Distanz zu gehen, andererseits entstehen dadurch Probleme (Kelly, 2000). Pflegende müssen mit den Entscheidungen von Ärzten/Ärztinnen leben und Handlungen ausführen, auch wenn sie nicht hinter dieser Entscheidung stehen. Die Entscheidungsprozesse können oft nicht beeinflusst werden, wodurch Stress entsteht. Hat in den Augen des/der Pflegenden der Arzt/die Ärztin falsch entschieden, wird die ärztliche Entscheidung verurteilt. Kontroverse Ansichten führen zu einer großen Belastung der Pflegenden, die nicht nach eigenem Ermessen handeln können. Dem Pflegepersonal ist jedoch sehr wohl klar, dass es nicht einfach ist, die „richtigen“ Entscheidungen zu treffen. (Oberle, 2001) Eine Möglichkeit zur Lösung des Problems wäre, Pflegende in den Entscheidungsprozess zu integrieren und die Verantwortung gemeinsam mit Ärzten/Ärztinnen zu tragen. (Wiederkumm, 2003)

Belastung und Bewältigung

Durch das sensible Thema Tod und Sterben haben auch Pflegende Ängste und Unsicherheiten. Das eigene Leben und seine Bedeutung müssen überdacht werden, ebenso wie die Ziele und Erwartungen. Sie leben ständig unter psychischen Spannungen, da sie täglich mit dem Thema konfrontiert werden. Die Todesnähe muss ausgehalten werden. Gleichzeitig sind sie wichtige Bezugspersonen für Patienten/Patientinnen, wodurch eine Doppelbelastung besteht. (Küçük, 2004) Durch die verschiedenen Beziehungen von Angehörigen zu Patienten/Patientinnen ergeben sich unterschiedliche Bedürfnisse. (Messner, 2007) Rituale für die Trauerarbeit sind nicht nur für die Angehörigen sondern auch für das Pflegepersonal wichtig, um den Verlust zu verarbeiten (Schreiner & Pack, 2002). Pflegende brauchen Strategien, um mit emotionalen Belastungen fertig zu werden. Es wird als entlastend empfunden, wenn Pflegende emotional auf Distanz gehen können. Auf Dauer äußert sich der Druck dann allerdings als emotionales Burnout. Dabei sinkt die Motivation und die Zufriedenheit und Pflegende werden in ihrem Zugang zur Pflege immer unflexibler. Pflegenden fällt es leichter, sich nicht zu stark zu involvieren, wenn sie weniger Informationen an Patienten/Patientinnen weitergeben. Das Nicht-Informieren bewahrt vor gefürchteten Gefühlen, wie Ängsten und Depressionen. Eine Freundschaft zu

Patienten/Patientinnen erhöht die emotionale Belastung und schafft neue Probleme für die Rolle der Pflegenden. Wird die emotionale Arbeit jedoch vermieden, werden Pflegende blind für die Bedürfnisse ihrer Patienten/Patientinnen (Kelly, 2000). Oft sehen sich Pflegende ihren Aufgaben nicht gewachsen, wodurch Überforderungen und Überlastungen auftreten. (Beverburg & Mäteling, 2005) Pflegende sollten die Möglichkeit nutzen sich von ihren Patienten/Patientinnen nach deren Tod zu verabschieden. Die Hilflosigkeit durch die todbringende Diagnose führt zu einer Art Trancezustand von Pflegekräften, die durch die eigenen Ängste und Sterblichkeit hervorgerufen wird. Das Gefühl machtlos zu sein wird dann besonders stark bewusst. (Görge, 2000) Die emotionalen Kapazitäten des Pflegepersonals werden beinahe täglich überschritten. Jede Pflegeperson muss für sich selbst ein Modell entwickeln, um mit Belastungen fertig zu werden. Dieses muss dann in der Praxis getestet und je nach Situation angepasst werden. Dabei müssen die Ziele des pflegerischen Handelns formuliert und anthroposophische und philosophische Fragen beantwortet werden. Identifikationskrisen entstehen durch das Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit. Danach erfolgt die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit durch das Finden geeigneter Strategien zur Entlastung. (Schreiner & Pack, 2002) Unsicherheiten werden nahezu alltäglich durch Professionalität überspielt und Grenzscheitern werden regelmäßig überschritten, um Nähe zum Patienten/zur Patientin aufzubauen. (Küçük, 2004) Je mehr eine Pflegeperson in Alter, Geschlecht und Lebenssituation mit dem Patienten/der Patientin übereinstimmt, umso größer ist die Gefahr der Identifizierung und Störung des seelischen Gleichgewichts. Die Überforderung setzt sich häufig im Privatleben fort, da die Gefühle von Trauer und Hilflosigkeit nicht so einfach abgelegt werden können. (Körber, 2006)

Todesnachrichten überbringen

Todesnachrichten zu vermitteln zählt zu den besonders sensiblen Situationen für Pflegende, da der Überbringer von Todesnachrichten oft als mitschuldig empfunden wird. (Alzheimer, 2008) Gerade in der Altenpflege sind hauptsächlich die Pflegenden für die Benachrichtigung zuständig. Insbesondere nach telefonischer Verständigung der Angehörigen ist es nach Beendigung des Telefonats für das Pflegepersonal hilfreich, das Gespräch gedanklich zu reflektieren und die Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt zu befragen, wie sie die Situation erlebt haben und sie um Anregungen zu bitten, was besser gemacht werden kann. (Alzheimer, 2008)

Stationskultur

Auf stationärer Ebene hat die Offenbarung von Gefühlen einen geringen Stellenwert und wird von Kollegen/Kolleginnen vielfach als unzureichende Fachlichkeit und mangelnde Handlungskompetenz gewertet. Pflegende, die jedoch eine empathische Beziehung aufbauen und diese therapeutisch nutzen, haben weniger Probleme mit emotionalen Situationen fertig zu werden und erhalten mehr Unterstützung von den Patienten/Patientinnen. Gefühle werden dabei sichtbar, fassbar und somit auch

handhabbar. Stationsmitglieder können sich so gegenseitig unterstützen. Oft wartet die ganze Station darauf, dass sich jemand öffnet, damit es für die anderen einfacher wird, schwierige Themen anzusprechen. Leider wird häufig eine starke, entschlossene Haltung angenommen, die auch gegenüber Kollegen/Kolleginnen nicht abgelegt wird. Erst die Auseinandersetzung und Verarbeitung erlebter Gefühle und eine reflektierende Haltung gegenüber Sterbenden führt zu einem entspannten und verantwortungsvollem Miteinander, ohne dass dabei persönliche Schwächen kaschiert werden müssen. (Küçük, 2004) Das Kennen der Sterbephasen hilft Pflegenden, ihre Patienten/Patientinnen zu verstehen und deren Verhalten zu deuten (Gruber et al., 2006). Der Umgang mit unheilbar Kranken wird oft gescheut, aus Angst vor der eigenen Psychodynamik. Frustration, Erfolglosigkeit, Schuld und Angst verstärken die Abwehrhaltung, die besonders in Grenzsituationen auftritt. Sie verstärkt sich bei Selbstmord und in der Altersrehabilitation. Trainings können helfen, die Scheu zu reduzieren. Die Hilfe zur Selbsthilfe ist nötig. (Barolin, 2001) Schaubmayr erwähnt ein Curriculum zum Umgang mit der Angst. Dabei fand eine Evaluation zu Beginn und am Ende statt. Das zeigte einen Anstieg in einigen Kompetenzbereichen (Sicherheit im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden, Kommunikation). Pflegende sehen die Probleme im Umgang mit Sterbenden, besonders im Bereich der Kommunikation. Die terminale Pflege sollte nicht auf die physische Symptombehandlung reduziert werden, sondern auch die emotionalen und psychosozialen Bedürfnisse berücksichtigen. (Schaubmayr, 2008)

Ärzte/Ärztinnen und Management

Ärzte/Ärztinnen sind im Gesundheitssystem wichtige Meinungsbildner. Neben der Entscheidungsgewalt obliegt ihnen auch eine Menge an Verantwortung. In der Literatur werden folgende Aspekte in Zusammenhang mit den Schwierigkeiten von Pflegenden genannt.

Entscheidungen

Ärzte/Ärztinnen sind dafür verantwortlich Entscheidungen zu treffen, die von Pflegenden ausgeführt werden. Sie müssen gewährleisten, dass Patienten/Patientinnen zu ihren Rechten kommen. Nebenbei ist es ihre Aufgabe, die vorhandenen Ressourcen gerecht zu verteilen und gleichzeitig auf die Kosten von Behandlungen zu achten. Gerade, wenn eine Entscheidung für jemand anderen getroffen werden muss, treten häufig Konflikte auf. Dies umfasst nicht nur das Schmerzmanagement und die Medikation, sondern auch Entscheidungen über Therapieabbrüche und Therapiebegrenzungen. In derartigen Fällen liegt die Verantwortung alleine beim behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin, auch wenn die Angehörigen für einen Therapieabbruch sind. Hierbei stellt sich auch die Frage, nach wessen Meinung eine derartige Entscheidung getroffen werden soll, wenn der Patient/die Patientin dazu nicht mehr in der Lage ist. So beeinflusst eine Entscheidung für eine Behandlung andere Patienten/Patientinnen, da diesen die Behandlung verwehrt bleibt. Ärzte/Ärztinnen sind hier die Gatekeeper zu Behand-

lungen. Die medizinischen und technischen Möglichkeiten sollten dabei möglichst gerecht verteilt werden. Zu Missverständnissen zwischen Pflegenden und Ärzten/Ärztinnen kommt es, da die Intentionen in Frage gestellt werden, die zu Entscheidungen führen. Pflegepersonen geben Ärzten/Ärztinnen oft Hinweise über die Krankengeschichte von Patienten/Patientinnen, die aber in vielen Fällen ignoriert werden. (Costello, 2001; Oberle, 2001; Wiederkumm, 2003) Für Ärzte/Ärztinnen steht die medizinische Versorgung im Vordergrund. (Costello, 2001, 2006; Oberle, 2001)

Kommunikation

Durch den chronischen Zeit- und Personalmangel stehen Ärzte/Ärztinnen nicht immer zur Aufklärung von Patienten/Patientinnen zur Verfügung. Informationen werden vielfach nicht akkurat und objektiv vermittelt. So sollte der richtige Zeitpunkt für Gespräche und Maßnahmen gewählt werden. In Kliniken sind Ärzte/Ärztinnen dafür verantwortlich, Todesnachrichten zu überbringen, was von diesen als besonders belastend erlebt wird. (Alzheimer, 2008) Auch der Umgang mit trauernden Angehörigen ist problematisch. Diesen werden in vielen Fällen Barbiturate verabreicht, die die natürlichen Trauerreaktionen unterdrücken. (Nieß, 2001) Nur etwa 20 Prozent der Ärzte/Ärztinnen sind in der Prognosestellung sorgfältig, in den meisten Fällen sind sie zu optimistisch. Es konnte gezeigt werden, dass inkorrekte Prognosen von der Dauer der Arzt/Ärztin- Patienten/Patientinnen- Beziehung abhängig sind. So sinkt die Genauigkeit der Prognose mit der Dauer der Beziehung. Kennen sich Arzt/Ärztin und Patient/Patientin schon lange, wäre es wichtig eine zweite Meinung einzuholen. Die besten Prognosen werden bei Krebspatienten/Krebspatientinnen und in der Gerontologie gestellt. (Al-Qurainy et al., 2009) Dies könnte mit dem täglichen Umgang mit Sterbenden und Erfahrungswerten zusammenhängen.

Belastungen und Ängste

Emotionale Belastungen entstehen vermehrt, wenn sich die Zahl von Todesfällen häuft. Die Arbeit erscheint dann sinnlos und Ängste und Ärger steigen. Alkohol, Drogenmissbrauch und Beziehungsprobleme sind unter Ärzten/Ärztinnen besonders häufig. (Kelly, 2000) Gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten, knappe Ressourcen und hierarchische Prozesse fördern die Unsicherheiten über Prognosen. Oft gibt es auch ethische Konflikte, was Ärzte/Ärztinnen bei der Aufklärung der Patienten/Patientinnen sagen sollen, da sie niemanden verletzen oder schaden wollen. Durch die Missverständnisse in der Intention werden auch Patienten/Patientinnen und Angehörige verunsichert. (Oberle, 2001)

Werte

In der Gesellschaft scheint der Tod für das Leben nicht bedeutungsvoll zu sein und kann nur schwer akzeptiert werden. Aus diesem Grund steigt die Medikalisierung von Patienten/Patientinnen. (Al-Qurainy, et al., 2009) Ärzte/Ärztinnen gehen mit dieser Vorgangsweise aber nicht konform, da sie mit vielen Normen und Werten der

Gesellschaft nicht übereinstimmen. (Nieß, 2001) Dies ergibt sich vermutlich aus ihrer beruflichen Erfahrung.

Patienten/Patientinnen und ihre Angehörigen

Angehörige werden in vielen Fällen als Störfaktoren angesehen. Werden sie jedoch in die Pflege einbezogen, stellen sie die größte Ressource für das Pflegepersonal dar. Sie leisten dann einen wertvollen emotionalen Beitrag zur Betreuung. Die Angehörigenarbeit nützt schlussendlich dem Patienten/der Patientin, da seine/ihre psychische Situation immer im Zusammenhang mit der Außenwelt betrachtet werden muss. So können spirituelle Bedürfnisse, die Rückschau auf das Leben, die Lebensgeschichte, Dank und Entschuldigungen ausgesprochen werden und gleichfalls letzte klärende Gespräche stattfinden. Ungeklärte familiäre Verhältnisse erschweren den Sterbevorgang. (Pichler, 2008)

Physische und psychische Veränderung

Beschönigungen und Verleugnungen sollten möglichst unterlassen werden, ebenso Wertungen und Urteile. Patienten/Patientinnen sollen alles ansprechen dürfen. Ruhe und Stille treten in den Vordergrund und unnötiges Handeln und Hektik sind nicht mehr angebracht. Auch Essen, Trinken und Waschen wird unwichtiger. Allein die Mundhygiene sollte bis zum Ende aufrecht erhalten bleiben, da sie Erleichterung verschafft. (Teigeler, 2006) Die Mundhygiene nimmt das Gefühl von Durst. Hunger besteht in der letzten Lebensphase oft keiner mehr. Häufig tritt Bewusstlosigkeit auf, die Teil des natürlichen Sterbeprozesses ist und nicht zum Notfall uminterpretiert werden sollte. (Schilling & Seebohm, 2007)

Kommunikation

Das Nicht-Informieren bewahrt vor gefürchteten Reaktionen, wie Ängsten und Depressionen. Pflegende wollen sich nicht zu sehr involvieren, aus Angst, den eigenen Gefühlen nicht mehr Herr zu werden (Kelly, 2000). Werden Pflegende, wenn kein Arzt/keine Ärztin zur Verfügung steht, nach Prognosen gefragt, geben sie oft ein sehr düsteres Bild über den Zustand (Costello, 2001). In fast allen Quellen wird die schlechte und unzureichende Kommunikation erwähnt. (Costello, 2001; Hallenbeck, 2006; Kelly, 2000; Oberle, 2001; Pichler, 2008; Pleschberger, 2003) Dabei spielen Pflegende eine wichtige Rolle als Informanten/Informantinnen und Vermittler/Vermittlerinnen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen. (Oberle, 2001)

Alle Patientengespräche/Patientinnengespräche müssen vorbereitet werden. Die Pflegeperson muss eine Botschaft übermitteln. Dazu muss sie überlegen, welche Informationen ein Patient/eine Patientin benötigt, um Entscheidungen zu treffen und gegebenenfalls Unterstützung anbieten. Dabei spielt die persönliche Reife der/des Pflegenden und des Patienten/der Patientin eine wichtige Rolle. (Mayr, 2006) Um die Kommunikation zu optimieren, muss mit allen Betroffenen geplant und gehandelt

werden, anstatt für sie. Der Wissenstransfer und die Vernetzung sind Aufgaben der Pflege. Eine kompetente Beratung und Anleitung vor Ort gibt den Beteiligten Sicherheit. (Pichler, 2008) Unter Stress wird eine erlernte Sprache und erlerntes Verhalten angenommen. Probleme treten dabei auf, wenn verschiedene Sprachmodelle verwendet werden. Ärzte/Ärztinnen und Pflegende verwenden eine Sprache mit geringem Kontext (Zahlen, Fakten, Prognosen), wohingegen Patienten/Patientinnen eine Sprache mit hohem Kontext (Bedeutung, Mimik, Interpretationen) verwenden. Es ist nicht verwunderlich, dass es dabei häufig zu Missverständnissen kommt. (Hallenbeck, 2006)

Erwartungen und Bedürfnisse

Patienten/Patientinnen und deren Angehörige, sowie das Pflegepersonal haben verschiedene Erwartungen an die Pflege. Sich Zeit nehmen und Zeit lassen, das Leiden mit aushalten und ohne Ratschläge aber mit Wertschätzung Patienten/Patientinnen und Angehörigen gegenüber zu treten, sind oft geforderte Wünsche von Patienten/Patientinnen und Angehörigen, die leider oft nicht umgesetzt werden. Auch Begegnungen und Nähe zwischen den Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen müssen aktiv geschaffen werden. (Pleschberger, 2003)

Bis zum Schluss ist es für alle Beteiligten hilfreich, den Blick weg von den Defiziten hin zu den vorhandenen Möglichkeiten zu lenken. Die gesunden Anteile sollen aufgezeigt und noch vorhandene Ressourcen gefördert werden. Pflegende und Angehörige wollen Patienten/Patientinnen schonen und schützen. Über dieses Thema sollte offen geredet werden. Das Nicht-Zeigen von Gefühlen erschwert allen Beteiligten die Verarbeitung. Die individuelle Betreuung zu gewährleisten ist unerlässlich. So hilft es zu wissen, dass sich gegen Ende die Bewusstseinslage sowie der Wach- und Schlafrythmus ändern. Die Unterstützung muss also neben der instrumentellen und psychosozialen auch auf informeller Ebene stattfinden. Nicht nur Pflegenden sondern auch den Angehörigen und Patienten/Patientinnen geben kompetente Beratung und Anleitung vor Ort Sicherheit, die in Zeiten von Krisen enorme Ankerpunkte darstellen. Neben der Kommunikation sollten auch die Beziehungsfähigkeit, das Stressmanagement und die soziale Integration aufrecht bleiben. Dazu muss gemeinsam mit den Betroffenen geplant, entschieden und gehandelt werden. (Pichler, 2008)

Problemfelder

Es gibt immer Machtverhältnisse zwischen Pflegenden und Ärzten/Ärztinnen. Pflegende haben mehr Kontakt zu Patienten/Patientinnen und können dadurch bessere Beziehungen aufbauen. Sie wissen über die Bedürfnisse und Wünsche Bescheid und können darauf eingehen. Sie sehen ihre Aufgabe in der Schmerzfreiheit ihrer Patienten/Patientinnen und deren Bequemlichkeit. Dadurch geben sie Ärzten/Ärztinnen Hinweise, die sie für relevant halten. Werden ihre Argumente ignoriert, versuchen sie über Kontrolle, Druck und Macht ihre Ziele zu erreichen. So werden beispielsweise Dosierungen von Medikamenten selbstständig erhöht oder reduziert oder die Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen verweigert. Oft herrscht dann eine passiv- aggressive Stimmung auf der Station. Gemeinsam mit Ärzten/Ärztinnen wird über die Art des Todes entschieden. (Costello, 2001) Ein schlechter Tod bildet die Grundlage für Konflikte zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegepersonal. (Costello, 2006) Pflegende denken, dass Ärzte/Ärztinnen nicht immer zum Wohle des Patienten/der Patientin handeln, sondern nach eigenem Ermessen und die Gründe für Entscheidungen sind oft nicht ersichtlich. Auch wenn sie falsche Entscheidungen vermuten, sollen sich Pflegende still verhalten. Sie haben keinen Einfluss auf die Entscheidungen. Es wäre hilfreich, wenn ihnen zumindest zugehört werden würde. Die ethischen Probleme der Pflege beziehen sich meist auf ihre niedrige Position in der Hierarchie.

Ärzten/Ärztinnen sind die Schwierigkeiten des Pflegepersonals zwar bekannt, sie nehmen aber nur selten bewusst darauf Rücksicht, obwohl sie bemerken, dass Pflegende Probleme mit ihren Entscheidungen haben. Durch die hierarchische Struktur fühlen sich Ärzte/Ärztinnen jedoch kaum darin behindert, nach eigenem Ermessen zu handeln. Wünschenswert wäre es, wenn alle Mitglieder des multidisziplinären Teams zusammenarbeiten und auch gemeinsam Entscheidungen treffen. So kennen Pflegepersonen die Patienten/Patientinnen und deren Geschichten und Bedürfnisse besser als Ärzte/Ärztinnen. Ärzte/Ärztinnen können ihre Unsicherheiten und Stress reduzieren, indem über moralische Anliegen diskutiert wird und somit nicht alleine entschieden werden muss. Pflegende können also in die Entscheidungsfindung einbezogen werden und tragen dann auch die Verantwortung mit. Leider gehen durch Machtbeziehungen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegepersonal viele Möglichkeiten verloren. So führt zum Beispiel ein schlechter Tod aufgrund unvorhersehbarer Ereignisse oft zu Konflikten zwischen den beiden Gruppen. Ethische Dilemmata gibt es auf Stationen oft auch bezüglich der DNR (do not resuscitate) – Anweisungen. (Costello, 2001, 2006; Oberle, 2001) Diese sollten ebenfalls im Team besprochen werden.

Auf kommunikativer Ebene kommt es besonders häufig zu Schwierigkeiten. Oft werden Angehörige eher aufgeklärt als Patienten/Patientinnen selbst. Dadurch wird das Vertrauen zum Arzt/zur Ärztin zerstört. Viele Ärzte/Ärztinnen halten diese Vorgangsweise für sehr problematisch. (Costello, 2001) Gerade ältere Patienten/Patientinnen erhalten meist weniger Informationen über therapierelevante

Maßnahmen und werden seltener nach der Zustimmung zur Weitergabe von Informationen an Angehörige gefragt. (Pleschberger, 2003)

Für Pflegende wird das Sterben in Institutionen als sehr belastend empfunden, es erhöht den Stresspegel. (Costello, 2001) Mit dem Modell der Pflicht zu sterben können sich viele Pflegekräfte nicht identifizieren, weil oft inakzeptable Begründungen dafür vorliegen. So werden die Wirkungsbereiche von Autonomie in Frage gestellt und Bedrängungen durch Familienmitglieder vermutet. Entscheidungsprozesse verlaufen oft problematisch, da Wünsche von Familien nicht berücksichtigt werden oder es möglicherweise Familienzwänge gibt. Auch die Werthaltung (das Recht zu leben, Gerechtigkeit und niemandem schaden zu wollen) ist ausschlaggebend für dieses Modell. Der Last für die Gesellschaft liegen oft Gründe der Autonomie, der Werthaltung (Würde, Nutzen, Glück) und der Gerechtigkeit zugrunde. (Konishi, 2001) Pflegende gehen nur zum Teil mit den gesellschaftlichen Werten und Normen konform. Sie sollten vermehrt an die Öffentlichkeit gehen und komplexe Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Leitbildern und Erwartungen der Gesellschaft an die Gesundheitsinstitutionen darlegen. (Schreiner & Pack, 2002)

Probleme entstehen in den Bereichen Beziehung zu Patient/Patientin und Angehörigen, sowie bei der Wahl der Maßnahmen, beim Schmerzmanagement und dem Implementieren von Behandlungen sowie der Planung von Entlassungen. Des Weiteren werden die konkurrierenden Werte, die hierarchischen Prozesse, die knappen Ressourcen und die unzureichende Kommunikation als Konfliktquellen angegeben. (Oberle, 2001)

Gerade wenn Entscheidungen getroffen werden müssen, entstehen Spannungen. Pflegende haben Probleme damit, Entscheidungen auszuführen, die sie nicht selbst getroffen haben und mit denen sie nicht konform gehen. Die meisten Probleme beziehen sich auf die Entscheidungen am Lebensende und sind in beiden Gruppen ident. Für Ärzte/Ärztinnen steht das Nützlichkeitsmodell und für Pflegende das Beziehungsmodell im Vordergrund, nach dem gehandelt wird. (Oberle, 2001) In der Praxis treffen Ärzte/Ärztinnen Entscheidungen über Therapieabbrüche oft alleine. (Wiederhumm, 2003) Besonders schwierig erweist sich dabei der Entscheidungsprozess an sich, und, dass Entscheidungen für andere Personen getroffen werden müssen. Dabei stellt sich auch immer wieder die Frage, nach welchen Kriterien und Wertesystem entschieden werden soll und welchen Einfluss Werte auf die Entscheidung haben. (Oberle, 2001; Schreiner & Pack, 2002) Entscheidungen am Lebensende sind immer wertbehaftet und es bestehen auf allen Seiten Bedenken, gerade wenn es um konkurrierende Werte geht. (Oberle, 2001) Pflege und Fürsorge sind Basis von Pflegenden und für Ärzte/Ärztinnen hat die Gerechtigkeit Priorität. Die Probleme in diesem Bereich können vermutlich nie wirklich gelöst werden. Ein Schritt in Richtung Annäherung könnte sein, dass die

beiden Gruppen einander ihre Perspektiven erläutern, da sie wenig über die Belastungen der anderen Gruppe Bescheid wissen. (Oberle, 2001)

Das Problem der zeitlichen und emotionalen Begrenzung ist in der Pflege besonders groß. (Costello, 2006) Gerade in der terminalen Pflege gibt es Defizite. Medizinische Probleme sind eher gering, die Pflege muss auf diesem Gebiet aufholen. Probleme ergeben sich dabei aus den demographischen Trends, der Zahl der älteren Bevölkerung und der erhöhten Inzidenz chronischer Erkrankungen. Es herrscht Wissen über die psychosozialen Aspekte, sie werden im Alltag aber leider ignoriert. Die körperliche Pflege steht –besonders in der Langzeitpflege- im Vordergrund. Gerade in der Früh ist die Reduktion auf die körperliche Pflege besonders wahrnehmbar. In vielen Fällen werden Sterbende eher gegen Ende der Morgenschicht gepflegt, um etwas mehr Zeit für die individuelle Pflege zu haben. (Costello, 2001)

Kulturelle, biologische und professionelle Faktoren führen zu Aufmerksamkeitsdefiziten bezüglich Tod, Sterben und emotionaler Anstrengungen. Aufgabe der Pflege ist es, Patienten/Patientinnen und Angehörige während und nach Behandlungen zu unterstützen. So werden Veränderungen des Zustandes beobachtet, kontrolliert und dokumentiert. Die Aufmerksamkeit sollte vermehrt auf die Lebensqualität gerichtet werden, um Behandlungen ethisch vertreten zu können. Von allen Seiten besteht das Bedürfnis nach einem komfortablen Tod. (Kelly, 2000)

3. Methode

Dieses Kapitel soll den Forschungsverlauf darstellen. Alle Schritte werden entsprechend der wissenschaftlichen Praxis offen dargelegt.

Mein Interesse an dem Thema hat sich bereits im Laufe des Studiums herauskristallisiert. Gegen Ende des Studiums war es mir dann ein Bedürfnis, mich mit den Problemen zu befassen, die Pflegende in ihrer täglichen Arbeit mit Sterbenden und Toten haben. Mit Prof. Dr. Schnepf habe ich einen Betreuer gefunden, der jederzeit offen für Fragen ist und mir einen guten Einblick in die qualitative Arbeit verschafft hat. Für mich war die qualitative Herangehensweise aufgrund der Fragestellung „Welche Probleme begegnen Pflegenden im Umgang mit Tod und Sterben im Akutspital?“ eindeutig. Die Fragen, wie gehen Pflegende mit Sterbenden um und wie bewältigen sie schwierige Situationen standen für mich im Vordergrund. Besonders interessant war auch die Frage, wie kann das Sterben und palliative Pflege integriert werden, wenn Stationen nicht darauf ausgerichtet sind. Es wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, da es um die Erfahrungen von Pflegenden in ihrem Berufsalltag geht. Dabei geht es um das Verstehen von Problemen und die Analyse von Lebensverläufen (z.B. Einstellungen verändern sich, Erfahrungen schaffen neue Perspektiven). Wird, wie Mayring (2002) angibt, jede soziale Interaktion als interpretativer Prozess betrachtet, so muss hier qualitativ angesetzt werden, da jeder/jede Beteiligte Situationen für sich deutet, sich ein eigenes Bild davon macht, was von ihm/ihr erwartet wird und welche Rolle ihm/ihr dabei zugeschrieben wird. (Mayring, 2002)

Nach der Fixierung des Themas „Probleme mit Tod und Sterben im Krankenhaus aus Sicht der Pflege“ startete eine umfassende Literaturrecherche. Neben Online-Datenbanken (Cinahl, Pubmed, Online Kataloge der Universität Wien, Karlsruhe und des Rudolfinerhauses) wurde auch in den Bibliotheken des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien, im Rudolfinerhaus und der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung gesucht.

Die gefundene Literatur wurde sortiert und relevante Aspekte zusammengefasst. Im Exposé wurde ein erstes Konzept erstellt, das den Aufbau der Arbeit und deren Inhalte darstellt. Nach Kürzung des umfangreichen Literaturteils wurden daraus Fragen für den Interviewleitfaden generiert. Dieser war halbstrukturiert, um genügend Möglichkeiten für freie Gespräche zu lassen, wie es die qualitative Forschung verlangt. Von Anfang an war klar, dass nicht alle Fragen des Leitfadens gestellt werden können bzw. müssen, da viele im Laufe des Gesprächs beantwortet werden. Nach den ersten beiden Interviews wurde dieser erstmals gekürzt, da manche Fragen in der Praxis offensichtlich nicht relevant sind. Im Laufe der Interviews hat sich dieser Leitfaden immer wieder verändert. Wiederkehrende, für Pflegende

relevante Fragen wurden ausgeweitet. Im Anhang befindet sich die erste Version des Leitfadens. Fehler bei der Formulierung der Fragen traten auf und auch im Gespräch wurde mir immer wieder bewusst, dass ich Doppelfragen gestellt habe. Durch Nachfragen konnten Missverständnisse aufgeklärt werden. Vor dem ersten Interview wurde der Leitfaden mit Prof. Dr. Schnepf besprochen.

Die sechs Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden mittels Schneeballprinzip rekrutiert. Nach kurzer telefonischer Information wurden Termine ausgemacht und dann vor Ort erneut mündlich und schriftlich aufgeklärt. Die Zustimmung erfolgte mittels Unterschrift auf Informationsblättern, die sowohl bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen als auch bei mir verblieben. Alle personenbezogenen Informationen wurden anonymisiert.

Die Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Nach und während den einzelnen Interviews wurden Notizen zu den Gesprächen gemacht, die die Situation widerspiegeln und als Gedächtnisstütze für mich dienten. Die Transkription wurde wörtlich durchgeführt. Dialekte wurden nicht ins Hochdeutsche transkribiert. Trotz mehrmaligen Abhörens konnten einige Phrasen nicht verstanden und somit auch nicht transkribiert werden. Da die meisten Interviews in privaten Räumen der Befragten stattfanden, gab es hier keine Unterbrechungen. Ein Interview fand im Krankenhaus und eines in einem Kaufhaus statt. Hier gab es Unterbrechungen durch Telefonate, Kollegen/Kolleginnen, Angehörige und durch Konsumenten im Hintergrund. Unverständliche Passagen wurden im Transkript gekennzeichnet.

Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Für die Arbeit wurden 6 diplomierte Pflegepersonen befragt. Die Interviews dauerten zwischen 45min und 1h 17min. Bis auf einen Teilnehmer waren alle Befragten weiblich. Die Pflegenden kamen aus den Bereichen Intensiv, Gynäkologie, Neo-Intensiv, Neurologie, Palliativ und Anästhesie und waren zwischen 28 und 49 Jahren alt. Drei der Befragten sind in Wien tätig, ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin im Burgenland, einer/eine in Niederösterreich und einer/eine in der Steiermark.

Zugang zu den Pflegepersonen wurde über Bekannte mittels Schneeballprinzip geschaffen. Die Interviews fanden zwischen März und Oktober 2010 statt.

Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen bestätigten ihre Zustimmung zum Interview und dem Auswerten und Veröffentlichen der Daten nach mündlicher Aufklärung schriftlich. Namen und Ortsangaben wurden anonymisiert, um Rückschlüsse auf Personen zu vermeiden.

Da es sich bei den Teilnehmern/Teilnehmerinnen um erwachsene und mündige Personen handelte, die im Besitz ihrer geistigen Fähigkeiten sind und über ihre Erfahrungen im Berufsalltag erzählen, konnte ich keine ethischen Bedenken feststellen.

Analyse

Die auf Diktiergerät aufgenommenen Interviews wurden transkribiert und anschließend in Anlehnung an Mayring (2002, 2008) analysiert. Codes wurden generiert und in Kategorien zusammengefasst, die einzelne Aspekte beinhalten. Diese Kategorien sind im Kapitel Ergebnisse in den verschiedenen Themenbereichen dargestellt.

Ein Beispiel der Analyse soll hier zum besseren Verständnis des Vorgehens gebracht werden:

Interviewphrase:

I: Da gibt es ein Netz, das einen auffängt.

P: Ja, genau. Das ist auf alle Fälle da und das hab ich auch in Anspruch genommen. Ich hab nie geglaubt, oder gedacht, dass ich das brauch, aber doch.

I: Im Nachhinein gesehen war es auch gut so.

P: Im Nachhinein gesehen, war es gut so. Ich glaub, dass ich selber, dass ich das nicht so hinbekommen, aber da muss ich auch sagen, das hat eigentlich mein Partner/meine Partnerin eingefädelt, der/die hat gesagt, „mein Partner/meine Partnerin geistert in der Nacht herum, aus welchen Gründen auch immer, der/die wirkt anders.“

Aus dieser Passage wurden die Codes „Partner/Partnerin“ und „Selbstreflexion“ gewonnen. Alle Codes, die im Zusammenhang mit dem eigenen Umfeld (Partner/Partnerin, Familie, Freunde/Freundinnen, Bekannte, Nachbarn) standen wurden zur Kategorie „Soziales Netz“ vereint. So können viele Aspekte zu einem Begriff gebündelt werden, um die große Datenmenge übersichtlicher zu gestalten. Alle Kategorien wurden drei Problemfeldern zugeteilt. Diese sind auf personaler, soziokultureller und struktureller Ebene. Natürlich gibt es auch Überschneidungen zwischen diesen Ebenen, die aber zur besseren Übersicht und um Wiederholungen zu vermeiden nur einfach aufgezählt werden.

Bei der an die Ergebnisse anschließenden Diskussion wurden Themen, die sich aus den Ergebnissen ergaben, in Hinblick auf zukünftige Forschung und Vertiefung erörtert und mit der vorhandenen Literatur verglichen. Diese Vorschläge können von Politik und Gesellschaft, aber auch von Pflegenden oder Studenten/Studentinnen aufgegriffen und weiteren Untersuchungen unterzogen werden. Einige Ergebnisse bestätigen die in der Literatur festgestellten Aussagen, andere zeigen ein konträres Bild.

Bei der Diskussion sollten durch Interpretation den Aussagen und Handlungen zugrunde liegende und somit verborgene Anteile aufgedeckt werden. Aussagen können aus verschiedenen Blickwinkeln unterschiedlich gedeutet werden. So war es bei der Analyse immer wieder hilfreich, sich in die befragten Personen hinein zu versetzen und ihre Sicht zu beleuchten.

Gütekriterien

Da hier eine wissenschaftliche Arbeit vorliegt, sollen die Gütekriterien der qualitativen Forschung eingehalten werden.

Es wurden die ersten sechs Personen interviewt, die durch die Rekrutierung befragt wurden und zugestimmt haben. Voraussetzung war die Beschäftigung im Krankenhaus, wobei Onkologie und Geriatrie ausgeschlossen wurden. Die Vermutung, dass auf diesen Stationen häufiger gestorben wird, hat zu dieser Einschränkung geführt. Es wurde möglichst wertneutral interviewt, transkribiert und analysiert.

Die Offenheit von Interviews ermöglicht einen größeren Spielraum für Antwortmöglichkeiten. Dadurch werden Begrenzungen reduziert und es können neue Aspekte angesprochen werden, die in der Literatur nicht erwähnt werden, in der Praxis aber relevant sind. Der gesamte Forschungsprozess wird in dieser Arbeit offen dargestellt, damit nachvollziehbar bleibt, was getan wurde und der Erhebungsablauf transparent wird. Durch die Offenheit in der Teilnehmer- und Teilnehmerinnenrekrutierung ergaben sich die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Befragten. Diese Diversität zeigte auch Unterschiede in den Antworten. Neben diesen Kriterien standen auch der Betreuer und das Plenum des Kolloquiums für Fragen, Anregungen und Diskussionen zur Verfügung. In regelmäßigen Abständen gab es Treffen, bei denen jeder Teilnehmer/Teilnehmer seine/ihre Fortschritte der Arbeit präsentieren konnte. Theoretische Inputs und praktische Übungen konnten ausprobiert und kombiniert werden. Ebenso wurden Ideen ausgetauscht und Konzepte entwickelt. Durch die gemeinsame Diskussion kann die Interkoder-Reliabilität gewährleistet werden. Ein gewisser Grad an Validität konnte durch Nachfragen bei den Gesprächen erreicht werden. Bei unklaren Aussagen konnten Missverständnisse direkt vor Ort geklärt werden. Interpretationsfehler konnten dadurch reduziert werden. Beobachtungen während der Interviews bekräftigen Aussagen oder können diese auch relativieren. Aussagen von Befragten wurden interpretiert und mit Argumenten unterlegt. Da Pflegende die Zielgruppe sind, wurden auch diese befragt und ihre Erfahrungsberichte und Beispiele für bestimmte Situationen wurden analysiert und ausgewertet. (Mayring, 2002, 2008)

Ethische Überlegungen

Da das Thema Sterbende immer ein sehr heikles und tabuisiertes Gebiet darstellt, ist es nötig, sehr behutsam auf diese Problematik einzugehen. Die Teilnahme der Pflegepersonen erfolgte anonym und freiwillig und die Zustimmung konnte jederzeit widerrufen werden. Genannte Namen werden nicht an Dritte weitergegeben und wurden anonymisiert, um Zusammenhänge mit Personen auszuschließen. Der Einbezug der Ethikkommission war nicht nötig, da erwachsene und mündige Personen befragt wurden, die im Besitz ihrer geistigen Fähigkeiten sind.

Im Falle besonders heikler Situationen und auf Wunsch wurde das Tonband abgeschaltet und Situationen und Aussagen nicht weiter bearbeitet. Dies war in einem Gespräch aufgrund einer Störung durch Angehörige der Fall.

Es wurden Pflegepersonen befragt, die ihre Sicht im Zusammenhang mit Sterbenden und Toten darstellten und ihre persönlichen Erfahrungen präsentierten. Allgemeine Aussagen sind dadurch nicht zulässig. Es sollen vielmehr Meinungen erhoben werden, um Einblick in den Berufsalltags und die damit verbundenen Probleme zu bekommen.

Bei Bedenken und fragwürdigen Aussagen wurde im Kolloquium mit dem Betreuer und Kollegen/Kolleginnen diskutiert und diese von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Dadurch sollte vermieden werden, dass Interpretationen zu sehr von meiner subjektiven Meinung bestimmt sind.

4. Ergebnisse

Nach Transkription und Analyse der Interviews zeigten sich verschiedene interessante Aspekte, die Pflegenden in ihrem Berufsalltag Probleme bereiten. Drei Hauptthemen wurden erkannt. Diese liegen im Bereich personeller, struktureller und soziokultureller Probleme. Die personellen Schwierigkeiten wurden abermals unterteilt in inter- und intrapersonelle Belastungen.

Interpersonelle Probleme

Im Krankenhaus sind die verschiedenen Akteure sehr vernetzt. Dadurch kann es immer wieder zu Problemen kommen. Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Probleme innerhalb des Teams, zwischen Pflege und Ärzten und Ärztinnen aber auch im Zusammenhang mit Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen auftreten.

Team

Innerhalb des Teams ist die gegenseitige Unterstützung vorhanden. Hier wird sofort geholfen, wenn dies möglich ist. Ein gemeinsames Credo auf der Station dürfte das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken. Durch die gegenseitige Abhängigkeit ist es auch wichtig effektiv zu kommunizieren. Dies dürfte auf einer der Stationen besonders gut funktionieren. Der Tod wird auf einer Station als Wille des Patienten/der Patientin gesehen. Diese Einstellung dürfte für das Pflegepersonal eine große Hilfe sein. Durch die Gespräche mit Teammitgliedern sprechen sich Ereignisse im Team herum. Die Reaktionen sind abhängig von der Situation. Stimmungen können sich so auf das gesamte Team übertragen. Die eigenen Bedürfnisse können im Team angesprochen werden. Fühlt sich eine Pflegeperson momentan nicht in der Lage, sich einer gewissen Situation zu stellen, so ist es auch möglich, zu tauschen und sich so gegenseitig zu unterstützen. Die Tagesverfassung beeinflusst dabei den Zugang zu Kranken. Verschiedene Sichtweisen, die Geschehnisse zu sehen, ergänzen sich gegenseitig. So ist nicht jeder/jede von Situationen gleichermaßen betroffen. Darüber zu reden und die verschiedenen Perspektiven zu erörtern werden positiv gesehen. Auch die Sympathie spielt eine Rolle. So kommt man nicht mit jedem Patienten/jeder Patientin gleichermaßen aus. Auch dann ist es möglich innerhalb des Teams zu tauschen. Sind sogenannte „schwierige“ Patienten/Patientinnen auf der Station, so werden diese untereinander abgewechselt. Zu viel Arbeit und zu wenig Personal werden als anstrengend empfunden. Belastend ist es auch, wenn viele Patienten/Patientinnen hintereinander sterben. Gerade beim Erleben des ersten Todesfalles dürfte das Team eine wichtige

Stütze sein. Dies geht aus dem Großteil der Gespräche hervor. Das Wissen, was gerade vor sich geht hilft ebenso.

Von einer/einem Befragten wird angegeben, dass gemischtgeschlechtliche Teams besser harmonisieren als reine Frauentams. Von einem anderen Befragten/einer anderen Befragten wird ein reines Frauenteam als sehr anstrengend empfunden. Dies wird durch zwei weitere Teilnehmer/Teilnehmerinnen bestätigt. Ein Befragter/Eine Befragte sieht Männer als realistischer, sie lassen ihre Gefühle weniger zu und beschönigen weniger. Es wird hier ein anderer Umgang mit dem Thema gesehen. So ist es für Männer scheinbar einfacher sich abzugrenzen. Sind die Patienten/Patientinnen Kinder, wird vermutet, dass der Umgang ein anderer ist. Auch die Frage, ob es gut ist, sich so abzugrenzen, kam auf. Auch Frauen können sich zum Teil sehr gut abgrenzen. Die eigene Persönlichkeit dürfte eher eine Rolle im Umgang mit dem Tod und Sterben sein als das Geschlecht. Es wurde von einer Seite von einem sehr offenen Zugang zu diesem Thema berichtet. Dadurch ist es auch für jüngere Pflegende leichter sich zu integrieren und sie lernen ohne Scheu Gefühle zu zeigen, unabhängig vom Geschlecht. Erlebnisse aufgrund von Mobbing in der Vergangenheit wurden von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin berichtet. Im Frauenteam werden nicht nur persönliche Konflikte offen ausgetragen, auch die Kluft zwischen älterem und jüngerem Pflegepersonal wird dabei größer, weil jüngere Pflegende sich vermehrt der Schreiarbeit widmen und ältere Pflegepersonen „auf die Glocken gehen“ und die schwere Arbeit verrichten. Männliches Personal dient laut einem Pfleger/einer Pflegerin als Streitschlichter. Sind Männer und Frauen im Team ist die gegenseitige Unterstützung besser spürbar. Dabei gibt es oft ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl, Entscheidungen werden gemeinsam getroffen und Gespräche mit Kollegen und Kolleginnen helfen, Erlebnisse zu verarbeiten.

Die Angst vor „blödem Gerede“ ist nicht vorhanden, das Team dürfte schützend wirken. Im Team kann über vieles gesprochen werden, weil man sich versteht und Ähnliches gemeinsam erlebt, während man zu Hause nicht verstanden wird oder weil es zu Hause nicht interessiert. In einem Gespräch wird erzählt, dass eher nur bei der Dienstübergabe über das eigene Befinden gesprochen wird. Da einzelne Teammitglieder auch privat Kontakt haben, wird eine gute soziale Vernetzung gesehen. Dabei wird eher mit den Kollegen/Kolleginnen über die Arbeit und belastende Ereignisse diskutiert, die man auch privat trifft. So kann man sich gegenseitig auffangen. Beruf und Privat verschmelzen häufig. Probleme werden mit nach Hause genommen oder auch von zu Hause mit in die Arbeit gebracht. Durch die Erfahrungen im Beruf, lernte ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin, die eigenen Gefühle auch privat anzusprechen. Familie und Freunde wachsen in die Situation mit hinein, sie dienen als Ansprechpartner und helfen schwierige Situationen zu verarbeiten. Alle Befragten wollen zu Hause über ihre Erlebnisse sprechen. Bei einem Befragten/einer Befragten ist dies eher weniger möglich. Reden hilft, schlimme Erlebnisse abzuschließen. Auch schwierige Themen, wie Wünsche für das eigene Sterben, Organspende und Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen können bei einigen Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen privat angesprochen werden.

Durch die Ausbildung und die Erfahrungen ist es oft einfacher, offen und ehrlich über diese Themen zu sprechen. In allen Interviews wurde angegeben, dass Gespräche das Mittel der Wahl zur Verarbeitung sind. Diese finden sowohl unter den Teammitgliedern statt, als auch zu Hause mit Partnern/Partnerinnen und Kindern, bzw. den Eltern und Freunden. Ebenfalls ist es für alle Beteiligten möglich professionelle Unterstützung zu bekommen. Diese wird zwar nicht immer angenommen, aber allein das Wissen, man könnte sich an Psychologen wenden, dürfte helfen. Eine Pflegeperson gab an, dass er/sie sich geniert, professionelle Hilfe anzunehmen. Im Team liegt bei den meisten eine gute Gesprächsbasis zugrunde.

Vorbilder

Kollegen und Kolleginnen sowie Ärzte und Ärztinnen dienen als Vorbilder. Von ihnen werden Handgriffe, Redewendungen oder andere Fähigkeiten abgeschaut und ausprobiert. Was zur eigenen Persönlichkeit passt, wird angepasst und verwendet, anderes wird verworfen oder adaptiert, damit es passt. In Situationen, in denen man selbst nicht weiter weiß, können Kollegen und Kolleginnen befragt werden. Gegenseitiges Abschaun und voneinander lernen wird in zumindest zwei Gesprächen berichtet. Dass man von Sterbenden ebenfalls viel lernen kann, wird besonders im palliativen Team erlebt. Als Vorbilder dienen ebenfalls Persönlichkeiten, die eine „starke Ausstrahlung und Ruhe“ besitzen. Aspekte, die eine solche Persönlichkeit ausmachen, werden in zwei Gesprächen sehr positiv und begeistert beschrieben. So bilden eine lange Erfahrung und verschiedene Ausbildungen eine wichtige Basis. Die Fähigkeit, mit Leuten umgehen zu können, zwischen den Zeilen zu lesen, die richtigen Fragen zu stellen, um auf den Punkt zu kommen und mit hohem Selbstbewusstsein stabil im Leben zu stehen, sind einige dieser Aspekte. Diese Personen strahlen eine Zufriedenheit aus, sind mit sich selbst im Reinen, haben eine positive Aura und man fühlt sich in ihrer Nähe wohl und geborgen. Das Gefühl, von ihnen eingefangen zu werden, kommt auf. Es wird auch angegeben, dass man diese Fähigkeiten in Ausbildungen nicht unterrichten kann. Die menschliche Ader, die Faszination, die von diesen Menschen ausgeht, machen beinahe sprachlos. Sie sind durch nichts aus der Ruhe zu bringen, haben schon vieles mitgemacht, haben eine angenehme Sprache und es wird als angenehm empfunden in ihrer Nähe zu sein. Die Dankbarkeit solche seltenen „Phänomene“ zu kennen und mit ihnen arbeiten zu dürfen, wird im Gespräch spürbar.

Patienten/Patientinnen

Es wird berichtet, dass Patienten und Patientinnen nicht gern alleine sind. Der Tod soll schmerzlos und ohne Leiden sein. Vermutet wird, dass ihre Ängste dabei eine Rolle spielen. Es wird immer versucht, einen Abschied möglich zu machen. So warten Patienten/Patientinnen häufig auf Aussprachen mit bestimmten Angehörigen oder darauf, dass Angehörige den Raum verlassen. Ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin hängt sehr an den Patienten und Patientinnen. Gerade bei der Arbeit mit Kindern ist es sehr schwierig, sich abzugrenzen. Dies wird in mehreren

Gesprächen bestätigt. Die Beziehung zu Patienten und Patientinnen sowie zu deren Familien ist in solchen Fällen sehr wichtig. Es wird auf die Wünsche eingegangen, soweit dies möglich ist. Frustrierend für Pflegende ist es, wenn Patienten/Patientinnen sterben, obwohl alles Mögliche gemacht wird. Patienten und Patientinnen sollen gut vorbereitet und informiert werden, Wünsche sind zu berücksichtigen, ebenso wie religiöse Bedürfnisse. Für einen Pfleger/eine Pflegerin ist der „Respekt vor der Individualität des Einzelnen und vor dem Gehen“ im Vordergrund. Es muss gerade in dieser letzten Lebenszeit bewusst auf den Patienten/die Patientin eingegangen werden. Die Vorstellungen des Pflegepersonals sollten dabei weniger leitend sein. Organisatorisch ist viel zu tun und familiäre sowie religiöse bzw. kulturelle Wünsche, wie die Ernährung, sollten möglichst integriert werden. Aufgrund von Personalmangel und fehlenden Ressourcen ist es leider nicht immer möglich Bräuche zu ermöglichen, individuell auf Wünsche einzugehen und somit werden verschiedenste Möglichkeiten für eine höhere Zufriedenheit aller Beteiligten nicht ausgenutzt. Folgende Aspekte, die unzureichend angeboten werden, wurden genannt: Individuelle Musik, Gespräche, psychologische Betreuung, Aromapflege, Schmerztherapie und die optimale Betreuung. Ein Beteiligter/Eine Beteiligte erwähnt folgende Aspekte für würdevolles Sterben: Die Angehörige sollen informiert werden und Abschied nehmen können, Kerzen und Gebete, sowie Seelsorger und Palliativteam sollen, wenn gewünscht bereit stehen, und eine gewisse Abschirmung sollte möglich sein. Würdevolles Sterben muss auch beinhalten, dass ab einem gewissen Zeitpunkt mit bestimmten Maßnahmen aufgehört wird, sobald klar wird, dass der Tod kurz bevor steht. Um die Geräte abzdrehen, werden auf einer Station Angehörige hinaus geschickt. Der Tod tritt ein und die Totenversorgung wird durchgeführt. Danach kommt der/die Verstorbene in die Pathologie. Verabschiedungen werden dabei als Zeremonien empfunden. Für Angehörige und bei Komplikationen steht das Anästhesieteam bereit. Es wird sehr auf die Angehörigen eingegangen, die ihre Wünsche äußern können und Verabschiedungen sind sehr flexibel und individuell gestaltbar. Von diesem Pfleger/dieser Pflegerin wird berichtet, dass die Angehörigen derartige Erlebnisse gut in Erinnerung behalten und zufrieden mit dem Ablauf sind. So wird über Todeserlebnisse berichtet, die keine Dramen oder Katastrophen darstellen. Es geht einfach zu Ende. Bis zu diesem Zeitpunkt wird viel Stress und (Mit-)Leiden wahrgenommen. Das Sterben zieht sich oft über lange Zeiträume, Angehörige „pilgern“ auf die Station, sie kommen jeden Tag und wollen da sein. Dies bedeutet einen massiven Eingriff in ihr Leben. „Jetzt hat das ganze mal ein Ende“ spiegelt wieder, wie belastend die Situation für Angehörige ist und wie sie mitleiden. Zu sehen, dass der/die Verstorbene friedlich und würdevoll sterben durfte, dürfte sich nach einem langen Leidensweg positiv auswirken. Der Tod wird als Erlösung für den Patienten/die Patientin und als Befreiung von einer ungeheuren Last für die Angehörigen empfunden. Am Ende wird losgelassen und der Patient/die Patientin darf gehen. Im Nachhinein sieht man immer wieder Anzeichen im Krankheitsverlauf und Veränderungen an Patienten und Patientinnen, die darauf hindeuten, dass Patienten und Patientinnen selbst losgelassen haben und gehen wollten. Probleme

entstehen für Pflegende palliativer Teams teilweise in der Annäherung an Patienten/Patientinnen. Es wird als Gradwanderung beschrieben Patienten/Patientinnen aufzuklären, welche Aufgabe die palliative Pflege hat. Da häufig Ärzte und Ärztinnen entscheiden, Palliativteams hinzuzuziehen, sind Patienten/Patientinnen beim Erstkontakt oft ahnungslos. Hier ist es wichtig, sich möglichst rasch zu erkennen zu geben und zu informieren, wer man ist und was man tut. Das Bauchgefühl leitet dabei. Durch rasche Auffassung der Situation und des Zustands von Patient/Patientin kann das Thema direkt oder indirekt angesprochen werden. Für einen Befragten/eine Befragte einer Intensivstation gibt es immer wieder Widersprüche, was Patienten/Patientinnen noch mitbekommen. Oft wird gedacht, dass sie vieles aufgrund der Schmerzmedikation nicht mehr mitbekommen, sie sind kaum ansprechbar und trotzdem bleibt immer das Gefühl, mit ihnen kommunizieren zu können. Dies wird durch ihre Reaktionen sichtbar. So normalisieren sich Werte, Patienten/Patientinnen werden ruhiger. Das Gefühl, dass man bei ihnen noch ankommt, motiviert.

Der Bezug zu Patienten/Patientinnen hängt auch von der Dauer des Aufenthaltes ab. Bei kurzen Aufenthalten wird vielfach kaum eine Beziehung aufgebaut. Bei langen Aufenthalten auf Intensivstationen, die eher als „ein Ab als ein Auf“ beschrieben werden, ist es schwieriger sich abzugrenzen, weil man hier Patienten und Patientinnen und besonders die Angehörigen gut kennenlernt. Hier wird der Tod als Erlösung gesehen, weil es nicht schön ist, zuzusehen, wenn Patienten/Patientinnen „halbtot von einer Seite auf die andere gedreht“ werden.

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gab an, dass Patienten/Patientinnen in gewissen Situationen nicht selbst entscheiden können. Da sich Krankheitsverläufe sehr schnell ändern können, ist es seiner/ihrer Meinung nach nicht gerechtfertigt, dass Patienten/Patientinnen diese Entscheidungen treffen. So wird berichtet, dass Patienten/Patientinnen im Nachhinein heilfroh sind, überlebt zu haben, obwohl sie davor Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen hatten, dass die Geräte abgestellt werden sollen, bzw. nicht reanimiert werden soll. Im Vorhinein könne man nicht entscheiden, wie man dann in der Situation selbst entscheiden würde, bzw. käme es in der Situation auch auf den Moment an, in dem man fragen würde, da sich Beschwerden schnell von schwer auf leicht und umgekehrt ändern können. Außerdem gibt es immer wieder gute Prognosen in solchen Situationen, in denen es dann kaum in Erwägung gezogen würde, Reanimationen zu beenden bzw. Geräte abzustellen. Aus Sicht dieser Pflegeperson können Patienten/Patientinnen dies nicht entscheiden. In einem Interview wird besonders deutlich, dass plötzliche Verschlechterungen einen tiefen Einschnitt in das Leben von Patienten und Patientinnen und auch deren Familien und Angehörige verursachen. Auf derartige Ereignisse ist niemand vorbereitet. Als Beispiel wird die Vorbereitung auf eine Frühgeburt genannt. Jede schwangere Frau weiß, dass sie eintreten kann, aber wirklich darauf vorbereitet ist niemand. Die Konsequenzen einer Frühgeburt können oft gar nicht gänzlich erfasst werden. Die Vorgänge sind so schnell, dass sie erst im Nachhinein realisiert werden. Die Reihenfolge vom Bauch zum Bett, dann auf eine

externe Station und möglicherweise der Tod als letzte Instanz werden aufgrund der Geschwindigkeit von Krankheitsverläufen erst sehr spät begriffen. Krankheitsbilder sind vielfach nicht aussagekräftig, weil sie sich so schnell verändern, wodurch es noch schwieriger wird, Prognosen zu erstellen. In einem Gespräch wurde erzählt, dass eine Diagnose mit schlechter Prognose mehr beschäftigt als die Sicherheit, dass der Tod in naher Zukunft bevorsteht. Es wird vermutet, dass die Unsicherheit Patienten und Patientinnen mehr Probleme bereitet, als die Vorbereitung auf den Tod und das Wissen, dass es bald soweit sein wird. In manchen Fällen hängt die Prognose möglicherweise mit dem technischen Fortschritt zusammen. Entscheidungen, ein Leben zu beenden sind häufig abhängig von der Krankheit und ihrem Verlauf.

Für Mitpatienten und Mitpatientinnen entstehen immer wieder schwierige Situationen. Sie haben oft mehr Kontakt zu den Patienten/Patientinnen als das Personal und bauen eine Beziehung auf. Wenn nun der Bettnachbar/die Bettnachbarin im Sterben liegt, sind auch sie betroffen. Mitpatienten/Mitpatientinnen müssen mitleben, ob sie wollen oder nicht. Die meisten gehen dann eher auf Distanz, oder sehen es als Zumutung, anwesend sein zu müssen. Es wird auch beobachtet, dass sie dann aus dem Zimmer gehen und sich auf den Gängen aufhalten. Dabei nehmen sie Schmerzen und Unannehmlichkeiten in Kauf. Es wurde beobachtet, dass ältere Mitpatienten/Mitpatientinnen eher bereit sind, den Tod mitzutragen. Mitpatienten und Mitpatientinnen wollen auch Informationen über ihre Zimmerkollegen/Zimmerkolleginnen, woran wer gestorben ist, was gerade passiert und es sollte ihnen auch die Möglichkeit angeboten werden, darüber zu sprechen. Oft wird von Pflegenden vergessen, dass durch die Nähe viel kommuniziert wird und Erfahrungen ausgetauscht werden. In der Hektik geht dabei vieles unter, im Nachhinein melden sich die Mitpatienten/Mitpatientinnen und wollen wissen, was passiert ist. Sie leiden mit und trauern. Zu Fragen kommt es auch immer wieder, wenn Patienten/Patientinnen von Mitpatienten/Mitpatientinnen Informationen über Behandlungen und Maßnahmen bekommen. Leider wird dabei aber nicht alles erzählt, bzw. fehlt häufig das Wissen über die Zusammenhänge. Dadurch treten Fragen auf, Patienten/Patientinnen wollen Therapien oder Behandlungen kurzfristig ändern. Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonal sind dann gefragt, Gespräche zu vermitteln und die Möglichkeiten erneut darzulegen.

Angehörige

Auf der Neointensivstation wird viel Aufmerksamkeit darauf gelegt, für Eltern und Kind da zu sein, Zeit spielt eine untergeordnete Rolle. Positive Aspekte werden betont. Das Kind steht vor den Eltern und diese vor den Bedürfnissen des Personals. Besonderes Augenmerk wird auf das Andenken an verstorbene Kinder gelegt. Diese sollen schön für die Zukunft sein, etwas das man sich gerne anschaut. Es wäre wünschenswert, wenn diese Aufmerksamkeit auch auf anderen Stationen Andenken gegenüber bestünden. Es wird festgestellt, dass nicht immer gestorben werden darf. Die Hoffnung aller Beteiligten, dass vielleicht doch noch etwas getan werden kann,

bleibt bis zum Schluss erhalten. Aus einem Interview geht hervor, dass die Reaktionen auf schlimme Situationen möglicherweise mehr prägen als das Erlebnis selbst. Wird von Pflegenden das Schöne und Positive betont, bleibt dies mehr in Erinnerung als negative Verhaltensweisen und Äußerungen. Es wird versucht, das Erlebte für alle Beteiligten möglichst erträglich zu gestalten. Immer wieder wird erwähnt, dass jedes Todeserlebnis grausam ist, gerade bei Kindern und jungen Menschen. Niemand bleibt ungerührt und dies hilft auch den Angehörigen. Sie fühlen sich sicherer und aufgefangen. Weinen gehört auf dieser Station dazu. Es zeugt von Empathie und Mitgefühl. Es wird dafür gesorgt, dass die Neugeborenen den Eltern gegeben werden, solange sie noch „gesund“ sind. Damit kann ein positives Erlebnis geschaffen werden. Es kommt in der Bewältigung zu weniger Selbstvorwürfen und die Situation wird positiver beurteilt. Ebenso wird darauf geachtet, dass Eltern und gesunde Geschwisterkinder mithelfen, das Neugeborene zu versorgen. Wichtig dabei ist, das Bewusstsein, dass sie keine Eltern im herkömmlichen Sinn sein können, weil ihnen das Kind „bereits weggenommen“ wurde. Damit ist gemeint, dass durch die Komplikationen in der Schwangerschaft das Kind schon vorzeitig auf die Welt gebracht wird, es also nicht mehr bei der Mutter ist. Die räumliche Trennung wird auch durch den Inkubator aufrecht erhalten. Durch das Einbeziehen der Eltern können sie etwas für ihr Kind tun und fühlen sich nicht ganz so ausgeschlossen. Die Zeit mit dem Kind steht eher im Vordergrund, als alle technischen Möglichkeiten auszunutzen. Das Verhalten von Angehörigen wirkt sich auf das Personal aus. Es wird beobachtet und eventuelle Ursachen werden analysiert. Nicht immer ist es möglich, das Verhalten richtig zu deuten.

Angehörige pflegen häufig eine Zeit lang zu Hause. Durch Überforderung sehen sie sich dann gezwungen, die Patienten/Patientinnen ins Krankenhaus zu bringen. Es wird einerseits gewünscht, dass der/die Sterbende auch sterben darf, andererseits wollen die Angehörigen in vielen Fällen nicht loslassen. Besonders schlimm dürfte das Gefühl sein, dass der/die Sterbende erstickt. Das Röcheln und Schnaufen macht den Anwesenden sehr zu schaffen. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gab an, dass möglicherweise eine ideelle Vorstellung von Sterben und „alles machen“ in der Bevölkerung bestehe. Unzureichende Aufklärung oder Realitätsverlust werden ebenfalls als mögliche Gründe für diese Vorstellung genannt. Hier wird auch festgestellt, dass man sich die Angehörigen bis zu einem gewissen Grad erziehen muss, da sie sich manchmal zu viel herausnehmen und dies für Pflegepersonal schwierig zu handhaben ist. Natürlich ist dies auch situationsabhängig. Als sehr schwierig wird auch das Ansprechen des Gesundheitszustandes beschrieben. Durch die geringeren Reserven bei älteren Sterbenden, kann der Tod möglicherweise besser akzeptiert werden.

Eine befragte Pflegekraft ist der Meinung, dass Angehörige mehr machen und mithelfen könnten. Das Bemühen für den eigenen Patienten/die eigene Patientin etwas zu tun, wird von Seiten der Pflege hier nicht gesehen. Ein anderer Interviewpartner/Eine andere Interviewpartnerin sieht, dass Angehörige sehr hilflos sind und mehr für die Patienten/Patientinnen tun wollen. Sofern dies möglich ist, wird

es auch ermöglicht. Gerade bei längeren Aufenthalten können gewisse Aufgaben an Angehörige übertragen werden. Diese Aufgaben können Einreibungen, Nahrung und Trinken geben sein. Bei längeren Aufenthalten entstehen teilweise gute Beziehungen zu den Angehörigen. Zu Beginn fürchten sich Angehörige oft vor allem. Die vielen Kabeln und Schläuche bereiten Unbehagen. Hemmungen gibt es, mit Patienten/Patientinnen zu reden und sie zu berühren. Manche Angehörige übernehmen diese Aufgaben gerne, andere trauen sich diese gar nicht zu und kommen dann auch nur sehr selten ins Krankenhaus. Die Hoffnung stirbt für Angehörige, aber auch teilweise für Pflegende, erst zum Schluss. Es wird immer auf Wunder gehofft.

Gespräche mit Angehörigen werden von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin als schwierig empfunden. Dabei wird angegeben, dass Schuldgefühle auf Pflegepersonal übertragen werden, oftmals Wunder erwartet werden und Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden Versagen vorgeworfen wird. Hinweise auf den natürlichen Sterbeprozess werden von Angehörigen nicht gesehen und der Tod als möglicher Ausgang einer Krankheit wird ignoriert.

In zwei Interviews wird berichtet, dass Aromapflege auf der Station angewendet wird. In einem Fall wird sie bei ca. der Hälfte der Patienten/Patientinnen angewendet. Die Aromapflege dürfte gut integrierbar sein. Aromamischungen helfen Patienten/Patientinnen und ihren Angehörigen durch Gerüche und durch die Berührungen. Familienmitglieder und Freunde/Freundinnen können diese Öle einmassieren und so das Gefühl bekommen, sie können noch etwas tun. Die speziellen Mischungen helfen auch, leichter loszulassen. Angehörige einzubeziehen funktioniert sehr gut, meint ein Pfleger/eine Pflegerin. Sie werden täglich über den Zustand und den Verlauf informiert. Dazu wird zu Beginn des Aufenthaltes eine Kontaktperson definiert. Sobald erkannt wird, dass sich das Ende abzeichnet, werden sie informiert und wenn es gewünscht wird, kann ein Palliativteam herangezogen werden.

In Akutsituationen können Angehörige nicht befragt werden, hier muss sofort gehandelt werden. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gab an, dass es für das Pflegepersonal auf Akutstationen wichtig ist, dass die Angehörigen anwesend sind und sehen, dass alles Mögliche getan wird, das Leben zu retten. Das Wissen, dass alles getan wurde, hilft später bei der Verarbeitung des Erlebnisses. Laufende Gespräche mit den Eltern außerhalb von Akutsituationen ermöglichen gemeinsame Entscheidungen und die Sicht der Angehörigen zu erfahren. Das sogenannte Protokoll wird oft von den Angehörigen gewünscht. Hier sind die im Sterbeprozess gewünschten Maßnahmen festgehalten. Natürlich können Entscheidungen Angehörigen nur überlassen werden, wenn diese über den nötigen Wissensstand verfügen. Grundvoraussetzung dabei ist, dass Patienten und Patientinnen nicht gequält werden und nicht leiden müssen. Da durch die ungewohnte Situation im Krankenhaus vieles für Angehörige fremd wird, dienen Pflegende als Vorbilder. Um Ängste zu nehmen, werden Handgriffe vorgemacht, die Angehörige nachmachen

können. Angehörigen fällt es häufig schwer, den Patienten/die Patientin zu berühren. Hier kann man auch gemeinsam zum Beispiel die Hände streicheln. Wichtig dabei ist es, auf die Stimmung einzugehen und sachte miteinander umzugehen. Gerade in diesen sehr intimen Momenten kann sehr viel voneinander gelernt werden. Von einem Befragten/einer Befragten, der/die palliativ arbeitet, werden Sterbende als Lehrmeister gesehen, von denen man viel lernen kann und die auch Trost für Angehörige und Pflegepersonal spenden.

Sind die Angehörigen im Augenblick des Todes verhindert und können nicht anwesend sein, wird ihnen im Nachhinein berichtet, wie die Situation war. Dabei werden besonders die positiven Aspekte hervorgehoben. Die Todesnachricht zu bekommen, ist immer mit Schrecken verbunden, auch wenn die Angehörigen wissen, dass der Tod jederzeit eintreten kann. Das Naheverhältnis („nicht zu verwechseln mit dem Verwandtschaftsverhältnis“) beeinflusst die Reaktion auf die Nachricht. Nach dem Tod ist es oft gut, wenn man als Pfleger/Pflegerin gar nichts sagt, nur da ist und sich nicht schämt. Es sollten keine Berührungsängste vorhanden sein. Weinen mit den Angehörigen ist erlaubt. Mitfühlen und dabei sein ist wichtiger als „Reden zu schwingen“. Angehörige wollen oft Fragen stellen und sollten dies auch tun dürfen. Das Gefühl etwas über die Situation zu wissen (besonders wenn sie nicht anwesend sein konnten) hilft ihnen und sie fühlen sich „auf gleicher Ebene“. Sehr unbeliebt dürften Beileidsbekundungen wie „es tut mir leid“ oder „herzliches Beileid“ sein. So wird berichtet, dass die Angehörigen nicht leiden, sie wünschen sich vielmehr Kraft und wollen gestärkt werden. So wird einem/einer Pflegenden immer wieder berichtet, Angehörige können kein „es tut mir leid“ mehr hören. Sie wollen die positiven Aspekte in Erinnerung behalten. Gerade wenn es um verstorbene Kinder geht, gibt es sehr emotionale Situationen. Noch schlimmer dürfte die Situation erlebt werden, wenn Pflegende die betroffene Familie und ihre Vorgeschichte kennen. So wurde von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin berichtet, dass die Überlebenschancen eines ihm/ihr bekannten Kindes sehr gering waren. Der Pfleger/die Pflegerin wusste, dass es kaum möglich war, das Kind zu retten. Er/Sie war in der Situation anwesend und kannte die Lebensgeschichte der betroffenen Familie. Sich hier abzugrenzen ist besonders schwierig. Einer Pflegeperson fällt immer wieder auf, dass in sehr vielen Familien vieles nicht geregelt ist. Trifft einen dann ein Schicksalsschlag, kommen noch mehr Faktoren, wie rechtliche Formalitäten und Testamente, dazu, die überfordernd und belastend wirken.

Die Befragten geben an, dass es auf den Stationen üblich ist, dass Verstorbene 2-3 Stunden auf der Station verbleiben. Normalerweise kommen in dieser Zeit die Angehörigen, um sich zu verabschieden. Ist dies nicht innerhalb dieses Zeitfensters möglich, so kann, wenn es räumlich machbar ist, auch länger gewartet werden oder die Verabschiedung findet in der Pathologie statt. Dies kommt allerdings selten vor, wird berichtet. Manchmal kommen Angehörige gar nicht mehr zum Verabschieden. Für die Verabschiedungen ist das Pflegepersonal verantwortlich. Diese können individuell gestaltet werden, sofern es die Bedingungen zulassen. Für Pflegende fällt nach dem Tod eines Patienten/einer Patientin Arbeit im Ausmaß von etwa zwei bis

drei Stunden an. Dabei werden die Verstorbenen gewaschen, Körperpflege durchgeführt, die Drainagen werden entfernt, EKGs werden noch geschrieben und die Angehörigen verständigt. Zu den Aufgaben der Pflegenden werden unter anderem das Ordnen der persönlichen Sachen und das Ausfüllen des Depositenzettels genannt. Diese Handlungen werden als „sachliche Sache“ und Routine beschrieben.

Ärzte/Ärztinnen

Auf Intensivstationen wird angegeben, dass eine effektive Kommunikation sehr wichtig ist. Hier steht das Pflegepersonal den Angehörigen oft zu Verfügung, wenn diese Fragen haben. Probleme gibt es immer wieder, wenn medizinische Fragen offen bleiben, die das Pflegepersonal nicht beantworten darf. Zu wenig Zeit und zu viele Fachbegriffe erschweren die Verständlichkeit der Informationen. So werden Pflegende nach ärztlichen Gesprächen gefragt, was ihnen mitgeteilt wurde und was dies bedeute. Die befragte Pflegeperson glaubt nicht, dass Angehörige verstehen, was Ärzte/Ärztinnen erklären. Hierbei kommt es auch auf die Persönlichkeit des Arztes/der Ärztin an. So sind manche sehr einfühlsam und können verständlich erklären, andere haben „eine unmögliche Art“. So wird von dieser/diesem Pflegenden angegeben, dass Ärzte/Ärztinnen nicht immer ganz ehrlich sind, wobei dies aber im Großen und Ganzen schon so gesehen wird. Solange es möglich ist, wird die Wahrheit umschrieben. Gegen Ende hin wird ehrlich gesprochen. Aus einem anderen Interview geht hervor, dass die Pflege auch in ärztliche Entscheidungen einbezogen wird. Möglicherweise kommt es dabei wie bereits erwähnt auf die Persönlichkeit des Arztes/der Ärztin an. Aus Sicht einer Pflegeperson sind Notärzte/Notärztinnen stärker belastet. Es wird in einem weiteren Interview beobachtet, dass auf Turnusärzte/Turnusärztinnen enormer Druck von oberärztlicher Seite gemacht wird. Pflegende sehen, dass es Turnusärzten und Turnusärztinnen sehr schwerfällt schwierige Entscheidungen zu treffen. In solchen Fällen helfen Pflegende, gewisse Entscheidungen zu treffen. Ärzte und Ärztinnen werden als sehr ehrlich von den Befragten wahrgenommen. Bewunderung hegen Pflegepersonen, wenn Ärzte und Ärztinnen schwierige Entscheidungen treffen müssen.

Professionelle Hilfe

Für Pflegende steht professionelle Hilfe jederzeit zur Verfügung bzw. kann sie organisiert werden. Oftmals wird sie aber aufgrund von Hemmschwellen nicht angenommen. Neben professioneller Betreuung hilft auch die Zeit, über schlimme Ereignisse hinweg zu kommen. Im Nachhinein gesehen, wird von einem Befragten/einer Befragten zugegeben, dass professionelle Unterstützung geholfen hätte. Damals musste er/sie selbst mit einer schlimmen Situation fertig werden. Angst um den Job und das Gerede von Kollegen und Kolleginnen wurden ebenfalls als Hemmschwelle genannt, sich Hilfe von außen zu holen. Bei genauerem Nachfragen, würde von dieser Person auch heute eher keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Die Gründe, dass man sich nun besser einschätzen könne und

gelernt hat, mit schwierigen Erlebnissen fertig zu werden, begründen dies. In einigen Teams werden regelmäßige Supervisionen durchgeführt. Hier werden Fälle präsentiert und im Team aufgearbeitet. Dabei wird auch besprochen, ob alles richtig gemacht wurde und wo Verbesserungen und Prävention möglich ist. Das eigene Befinden kann dabei angesprochen werden. Von einem Pfleger/einer Pflegerin wurde beobachtet, dass man auf die Leute zugehen und sie zum Reden bringen muss. Sie wollen erzählen und sind dankbar, wenn ihnen die Möglichkeit dazu gegeben wird. Dies betrifft Pflegepersonal, Ärzte/Ärztinnen und Angehörige gleichermaßen. Es dürften Hemmungen bestehen, von sich aus solche Themen anzusprechen. Gerade bei Zivildienern wird von einem Pfleger/einer Pflegerin beobachtet, dass sie mit emotionalen Ereignissen kämpfen und sich danach zum Teil sehr verändern. So wird von „lustigen, lockeren coolen“ jungen Menschen gesprochen, die plötzlich still sind, nicht viel reden, in sich gekehrt und nachdenklich wirken. Dass dramatische Situationen sie sehr mitnehmen wird dadurch sichtbar. Der Schock sitzt tief. Wenn dies beobachtet wird, ist es wichtig, die Betroffenen darauf anzusprechen, denn sie wollen in den meisten Fällen darüber reden, wie schlecht es ihnen geht, dass sie nicht schlafen können, dass ihnen Patienten/Patientinnen in der Nacht erscheinen oder dass das viele Blut als sehr schrecklich empfunden wird. Wenn offen darüber geredet wird können Ängste und Probleme beseitigt werden und verschiedene Möglichkeiten ausprobiert werden, die in der Zukunft helfen könnten.

Ehrenamt

In einem Gespräch wird Respekt und Bewunderung für ehrenamtliche Helfer geäußert, die häufig Ausbildungen aus eigener Tasche bezahlen, um helfen zu können. Da es keine Selbstverständlichkeit ist, diese „Lebensaufgabe“, die sich immer auch in den privaten Bereich fortsetzt, zu meistern, wird der Hut vor ehrenamtlichen Helfern gezogen.

Feedback

Dankbarkeit von Seiten der Angehörigen wird vielfach wahrgenommen. Pflegenden ist oft nicht bewusst, was sie für die Angehörigen tun. Vermutlich, weil sie Handlungen als selbstverständlich und zum Beruf gehörend auffassen. Aussagen von Angehörigen, wie „Sie wissen gar nicht, was sie alles getan haben“ machen diese Dankbarkeit deutlich. Eltern von Patienten und Patientinnen kommen wieder, schreiben Briefe und Gedichte und können so ihre Dankbarkeit zeigen. Auch Besuche und Einträge auf der Homepage der betreffenden Einrichtung geben Feedback. Es wird erwähnt, was besonders gefallen hat, was schön und würdevoll gestaltet war. Diese Art von Feedback bestätigt die befragten Pflegenden in ihrer Arbeit. Im Gegenteil dazu wird auch berichtet, dass für Angehörige vieles selbstverständlich ist und Dank und Anerkennung häufig fehlen. Es wird bedauert, dass Dank in Form von Zuneigungen nicht mehr ausgedrückt werden kann. Pflegende dürfen zum Beispiel Pralinen oder Kaffee nicht annehmen. Betont wird dabei, dass es Pflegenden nicht um Geschenke geht, sondern, dass es nicht jedem

Angehörigen liegt zu schreiben oder sich mündlich zu bedanken. Die Möglichkeit, sich durch kleine Gaben zu bedanken, wurde ihnen dadurch genommen. Besonders erfreulich ist es, wenn Patienten/Patientinnen, die sehr geringe Überlebenschancen hatten, auf Besuch kommen und wieder vollständig im Leben integriert sind. Bei diesen Besuchen sind Dankbarkeit, Weinen und sehr emotionale Situationen häufig. Es ist merkbar, dass diese Dankbarkeit und Freude von Herzen kommt, was Pflegenden viel zurück gibt.

Auf Intensivstationen ist es für Pflegende immer wieder frustrierend, wenn Patienten/Patientinnen die Stationen verlassen und Dank und Anerkennung fehlen. Die Ursache davon wird in der Dringlichkeit von Akutsituationen gesehen. So kommen viele neue und schlimme Ereignisse auf Patienten/Patientinnen und Angehörige zu, die sie in dieser Situation gar nicht realisieren. Erst im Nachhinein oder wenn Patienten/Patientinnen verlegt wurden, wird reflektiert und Dank ausgedrückt. Allerdings eher auf den danach besuchten Stationen. Auf die Intensivstation kommen nur wenige Angehörige zurück. Ausnahmen sind hier Patienten/Patientinnen, die überlebt haben. Es ist zwar selten, dass diese kommen und sich bedanken, es freut das Pflegepersonal aber sehr und bestätigt sie in ihrer Arbeit. Dass ihre Arbeit nicht anerkannt und bedankt wird, geht den Pflegenden sehr ab. Sehr frustrierend ist für Pflegende auf Intensivstationen, dass oft wochenlang um Patienten und Patientinnen gekämpft wird und alle Möglichkeiten ausgereizt werden, bis sie wieder stabil sind, dann verlegt werden und kurz darauf versterben, weil die intensive Betreuung auf Normalstationen fehlt. Die eingesetzten Energien erscheinen dann unnötig und dies frustriert auf Dauer. Es wird berichtet, dass Erfolge und positive Erlebnisse hier zu kurz kommen. Sich selbst und das eigene Verhalten in verschiedenen Situationen zu reflektieren und zu analysieren wird von einem Pfleger/einer Pflegerin immer wieder durchgeführt. Dazu bedarf es einer gewissen Ehrlichkeit sich selber gegenüber und einer guten Selbsteinschätzung.

Durch den Einbezug von Angehörigen in die Pflege können diese ihre Dankbarkeit dem Patienten/der Patientin gegenüber zeigen. Für einzelne Befragte ist es unverständlich, dass Angehörige sich nicht verabschieden wollen und nach dem Tod des Patienten/der Patientin nicht mehr kommen und auch persönliche Sachen nicht abholen. Die Frage, wie es nach dem Tod weiter geht, wird hingegen sehr oft gestellt. Die Organisation ist für Angehörige in dieser schwierigen Zeit nicht klar ersichtlich.

Innerhalb des Teams wird ebenfalls reflektiert und Feedback gegeben. Besonders in einem Team dürfte eine Kultur der Ermutigung und der Wertschätzung herrschen, die auch unabhängig von der Leistung gepflegt wird. „Schön, dass du da bist“ ist ein Beispiel dafür. Die persönliche Anerkennung tut gut und hilft, sich als wichtiges Mitglied des Teams zu fühlen. Dankbarkeit besteht auch bei Pflegenden gegenüber ihren eigenen Familien und Freunden, wenn diese bemerken, dass es Pflegenden schlecht geht. In einem Interview wird deutlich, dass der Befragte/die Befragte selbst nicht eingesehen hätte, dass ein Überarbeitungsproblem vorliegt. Durch das

rechtzeitige Einschreiten der Familie konnte gehandelt werden. Dafür ist der Pfleger/die Pflegerin sehr dankbar.

Nach Beendigung eines Interviews wurde auch die Dankbarkeit deutlich, über dieses Thema sprechen zu dürfen und ein Ausgewählter/eine Ausgewählte zu sein, am Interview teilzunehmen.

Humor

Ein immer wieder genannter Aspekt in der Betreuung von Sterbenden ist auch der Humor. Bei Patienten/Patientinnen wird eher zynischer Humor beobachtet. Diesen Situationen kann die Schwere durch „feinfühlig“ Humor genommen werden. Situationen sollen damit gelockert werden. Derber und schwarzer Humor sind Patienten und Patientinnen gegenüber nicht angebracht. Innerhalb von Teams gibt es sehr wohl auch schwarzen Humor im täglichen Geschehen. Dieser hilft auf Distanz zu gehen. Von einem Befragten/einer Befragten wird das Personal in Optimisten und Pessimisten unterteilt. So nehmen die Pessimisten Situationen eher mit Humor, um so noch einen gewissen Sinn in ihre Tätigkeit zu integrieren und ihre Gedanken ausdrücken zu können.

Intrapersonelle Probleme

Neben den bereits beschriebenen Belastungen für Pflegende im interpersonellen Umgang, sollen auch die Vorgänge beschrieben werden, die in den Personen vorgehen. Die persönliche Entwicklung im Lauf der Zeit ermöglicht unterschiedliche Perspektiven. Die erlernten Bewältigungsmethoden und die Erwartungen an sich selbst und andere ändern sich.

Persönliche Entwicklung

Die persönliche Entwicklung findet auf mehreren Ebenen statt. Einerseits durch die Ausbildung und andererseits durch die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema und den gesammelten Erfahrungen.

Ausbildung

Der Wunsch nach Fort- und Weiterbildung wird in mehreren Gesprächen angegeben. Besonders die Fähigkeit, die eigene Anteilnahme ausdrücken zu können, wird gewünscht. Ständige Weiterbildung ist besonders für einen Teilnehmer/eine Teilnehmerin wichtig. Der Wunsch im palliativen Bereich zu arbeiten, wurde in einem Fall geäußert, weil im Akutbereich Antworten fehlten. Durch den Perspektivenwechsel ergaben sich Antworten bzw. stellten sich manche Fragen nicht mehr. Hier wird eine bessere Möglichkeit der Begleitung gesehen. Auch für die persönliche Entwicklung wird diese Sicht als Gewinn bezeichnet. Durch das Interesse für palliative Pflege wird viel beobachtet, Erfahrungen innerhalb des Teams ausgetauscht und Literatur studiert. Neue Maßnahmen werden ausprobiert. Annehmen und Scheitern liegen eng beisammen. Das Schöne an dieser Arbeit ist, dass palliative Pflege auf jeden individuell angepasst werden kann. Neben den laufenden fachlichen Kompetenzen werden auch die „Fähigkeiten des Herzens“ geschult. Die Neugierde, was nach den kurativen Maßnahmen folgt war bei einem Pfleger/einer Pflegerin der Auslöser, sich mit palliativer Pflege und Krisenmanagement auseinander zu setzen. Notfalleinsätze machen immer wieder bewusst, dass der Tod ständig präsent ist und sich Situationen schnell verändern können. Oft weiß man nicht, was einen erwartet. Auch der Ausgang von Reanimationen ist nicht vorhersehbar.

Floskeln werden eher negativ gesehen und abgelehnt, auch wenn sie verwendet werden. Den meisten Befragten ist es ein Bedürfnis, da zu sein und persönlich Anteil zu nehmen. Vier der interviewten Personen haben jahrelange Erfahrung im Beruf gesammelt. Palliative Ausbildungen haben der Großteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, auch wenn diese Fähigkeiten im Berufsalltag nicht immer eingesetzt werden. Durch Tätigkeiten im Hospiz konnte ein Befragter/eine Befragte auch Erfahrungen in diesem Bereich machen. Dies hat sehr geprägt und es wird angegeben, dass Sterbende im Hospiz am besten betreut werden können. Aus Sicht der Pflegeperson ist die Arbeit im Hospiz sehr anstrengend. Für den Dienst auf

anderen Stationen kann sich der Teilnehmer/die Teilnehmerin viel von diesen früheren Erlebnissen mitnehmen. So wird berichtet, dass er/sie dadurch jetzt sicherer und ruhiger ist und mehr Verständnis für Patienten/Patientinnen und ihre Bedürfnisse aufbringt. Früher war er/sie hektischer, die Gefühle wurden öfter unkontrolliert gezeigt, es gab häufig Tränen und Gefühle für Patienten und Patientinnen wurden entwickelt, wodurch das Loslassen und eine auf Distanz zu gehen erschwert wurden. Es wurde von einer Seite berichtet, dass man sich im Vorfeld, also vor dem ersten Kontakt mit dem Tod, schon Gedanken mache, wie man mit Angehörigen bei Todesfällen umgeht, was man sagen könnte und wie man selbst reagieren und mit Angehörigen und ihren Reaktionen umgehen soll. Heute ist ihm/ihr klar, dass oftmals gar nichts gesagt werden muss, die Anwesenheit und das Gefühl, helfend bereit zu sein genügt.

Die eigene Intuition dürfte in diesem Beruf sehr gefragt sein. Sie wird auch als Bauchgefühl oder innere Stimme beschrieben. Besonders für Pflegende, die gerade von der Schule kommen, ist die Intuition ein wichtiger Lehrer. Vermutlich ist es nicht immer möglich, erfahrene Kollegen und Kolleginnen zu Rate zu ziehen, wenn schnell gehandelt werden muss. Sich auf die eigene Intuition zu verlassen wird in den Gesprächen mehrfach erwähnt. So war es in einem Fall zum Beispiel möglich, als junge Pflegerin/junger Pfleger den Arzt/die Ärztin von der eigenen Vorahnung zu überzeugen. Die Flexibilität, nach eigenem Ermessen zu handeln, ermöglicht einen gewissen Spielraum für Handlungen. Das Gefühl für passende bzw. unpassende Aussagen und Maßnahmen dürfte Großteils vorhanden sein. Intuition steht immer wieder im Konflikt mit dem Verstand. Im Laufe der Zeit dürften die eigenen Grenzen ausgelotet werden, man lernt, sich besser abzugrenzen.

Ein Pfleger/Eine Pflegerin berichtete, dass er/sie im Praktikum auf einer Station gearbeitet hat, wo es ihm/ihr sehr gut gefallen hat. Danach war es der Wunsch, wieder auf dieser Station zu arbeiten. Dieses Ziel wurde erreicht und wird als Traumberuf bezeichnet. Für die meisten der Teilnehmer/ Teilnehmerinnen dürfte es einen Unterschied machen, als Schüler/Schülerin auf einer Station zu arbeiten, im Gegensatz zu später, nach der Ausbildung. Der Pflegeberuf dürfte auch immer wieder als Lebensaufgabe definiert sein. Die Station zu wechseln kam nur für eine befragte Pflegekraft in Frage.

Erfahrung

Ein Gesprächspartner/Eine Gesprächspartnerin gab an, durch die Erfahrungen im Beruf ehrlicher geworden zu sein. Vieles wird auch im Privaten direkter angesprochen und es kann offen darüber geredet werden. Ein weiterer Teilnehmer/Eine weitere Teilnehmerin machte ähnliche Erfahrungen. Hier werden Tabuthemen, wie Wünsche für den eigenen Tod, Organspende und die letzten Regelungen innerhalb der Familie besprochen. Durch die Beschäftigung mit dem Gelernten kann dieses in der Praxis angewendet werden. Das Gefühl, gut für den Berufsalltag gerüstet zu sein, besteht. Ein Interviewpartner/Eine Interviewpartnerin berichtete, dass das erste Praktikum sehr geprägt hat. Als junger Mensch wurde das

Leben nicht so ernst genommen, alles wurde als „lustig und cool“ empfunden. „Tod und Sterben war etwas Schlimmes, man verliert jemanden und alle sind traurig“. Im Laufe der Zeit hat sich diese Sicht geändert und mittlerweile ist der Tod nicht nur in das eigene Leben integriert, auch innerhalb der Familie wird offen darüber geredet.

Von einem Gesprächspartner/einer Gesprächspartnerin wurde im Rückblick auf die vergangenen Jahre festgestellt, dass sich der Beruf sehr verändert hat. Die Liebe zum Beruf ist gleich geblieben, aber die Bedingungen haben sich stark verändert, der „Respekt ging verloren“ und er/sie fühlt sich jetzt „wie der letzte Dreck“. Frust, Druck und Stress nehmen zu, während die Anerkennung immer weniger wird. Die geleistete Arbeit wird nicht wahrgenommen. Resignation von Seiten der Pflege tritt dann auf, obwohl sogar dann gesagt wird, dass die Pflege ein wunderschöner Beruf ist. Früher wurde, laut diesem Gespräch, vermehrt Teamarbeit gesucht und gefördert. Es gab Zeit für Gespräche untereinander. Heute werden Großteils nur pflegerische Aspekte durchgeführt, weil die Zeit fehlt und der Beziehungsaufbau zu belastend ist. In einem Interview wird berichtet, dass man in diesem Beruf so gut wie alle Gefühle erlebt. Von hoch bis tief, von berührend bis nicht berührend ebenso wie von „egal“ bis nächtelang nicht schlafen können.

Nach einem besonders schrecklichen Erlebnis für einen Pfleger/eine Pflegerin, stellte sich ihm/ihr die Frage, ob dieser Beruf für ihn/sie überhaupt noch machbar ist. Die Vorstellung, dass Ähnliches in der eigenen Familie passieren kann und man hilflos zusehen muss, verursachten diese Fragen. Mit Hilfe der Familie wurde erkannt, dass es so nicht weitergehen konnte und eine Auszeit wurde genommen. Er/Sie verließ den Akutbereich und nahm dann nur mehr an geplanten Handlungen teil. Mittels einer Therapie konnte über das Erlebnis berichtet werden und neue Perspektiven wurden eröffnet. Er/Sie stabilisierte sich wieder und kann heute gestärkt und freudvoll diesen Beruf wieder ausüben. Jeder/Jede geht davon aus, therapeutische Hilfe nicht zu benötigen, im Nachhinein wird klar, dass sie sehr hilfreich ist und einem selbst wirklich hilft. Das soziale Netz, das einen im Bedarfsfall auffängt und auch von außen erkennt, dass es Probleme gibt, muss sehr gut beobachtet haben und sehr stark gewesen sein. Der Pfleger/Die Pflegerin gibt zu, es in der überfordernden Situation nicht gesehen und eingestanden zu haben. Ein aufmerksames Familienmitglied konnte die ersten Anzeichen wie Schlafstörungen und Veränderungen in der Persönlichkeit erkennen und hat reagiert.

Eigeninitiative ist in vielen Situationen gefragt. So muss selbstständig beobachtet und sorgfältig gearbeitet werden, um Fehler zu vermeiden. Das Unterstützen der Phasen des Sterbens oder der Trauer können individuell angepasst werden. Dies liegt in der Hand des Betreuers/der Betreuerin und dem Patienten/der Patientin, wie dies gestaltet wird.

Erstes Todeserlebnis

Das erste Todeserlebnis ist allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen sehr genau und lebendig in Erinnerung. Es können viele Details genannt und die einzelnen Vorgänge

beschrieben werden. Für alle ist ein lang anhaltender Eindruck geblieben. Bis auf eine Ausnahme, war es für alle ein unvorhersehbares Ereignis, in das er/sie „hineingerutscht“ ist. Es wird immer als ergreifendes Erlebnis dargestellt. Auch wenn man rational weiß, was gerade passiert, wird es erst im Nachhinein realisiert. Sich an den Händen halten und dann wieder loszulassen, veranschaulicht das Prinzip von Gehen lassen. Es wird auch von einem schnellen Tod als erster Begegnung mit dem Tod berichtet, der nicht erschreckend war. Hier wurde alles getan und der Patient/die Patientin ist friedlich eingeschlafen. In anderen Beispielen ist der erste Tod als dramatisches Erlebnis bis heute präsent. Das Gefühl „ins kalte Wasser geworfen“ zu werden, wird von einer Pflegeperson beschrieben. Im Nachhinein kann von den meisten Befragten darüber gelacht werden, wenn sie davon sprechen. So wurde berichtet, dass ein Patient/eine Patientin nach der Schüssel verlangte und als die Pflegeperson wieder kam, war dieser/diese tot auf der Schüssel. Ebenso wird berichtet, dass ein Patient/eine Patientin in der Nacht ständig geläutet hat und er/sie in der Früh tot war. Im Nachhinein wurde vermutet, dass er/sie auf sich aufmerksam machen wollte und nicht allein sein wollte. Bis auf eine Ausnahme hatten alle Befragten Schuldgefühle nach dem ersten Todeserlebnis. Es wurden Erklärungen gesucht und in den meisten Fällen wurde von Seite des Teams bestätigt, dass nichts falsch gemacht wurde. Somit fühlten sie sich von der Schuld befreit. In einem Fall berichtete der Pfleger/die Pflegerin, dass diese Schuldfreisprechung nicht kam, wodurch er/sie lange mit diesem Ereignis beschäftigt war und damit gekämpft hat. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin konnte die genaue Lebensgeschichte des ersten/der ersten Toten berichten. In diesem Fall ist der Patient/die Patientin glücklich und zufrieden gestorben. Es gab keine Angehörigen mehr, er/sie war bereit zu gehen und hat den Tod und das Sterben zelebriert. Die Einstellung von Patienten/Patientinnen und die eigene Lebensgeschichte dürften beeinflussen, wie gestorben wird. So wurde berichtet, dass das Zimmer im Krankenhaus wohnlich eingerichtet war, im Krankenhaus konnte sie/er sich selbst als Patient/Patientin akzeptieren. Sobald dieses verlassen wurde, hat er/sie sich schön angezogen und fein gemacht und die Krankheit wurde an der Spitalstüre abgegeben. Der Tod wurde als zum Leben gehörig akzeptiert und er/sie war bereit zu gehen und loszulassen.

Integration des Todes in das eigene Leben

Einerseits wird angegeben, dass sich die beruflichen Erfahrungen nicht im Privaten auswirken, andererseits ändert sich die Sicht von Pflegepersonal im Privaten sehr wohl. Im Beruf wird der Tod als Teil der Station und des Berufs gesehen. Routine im Zusammenhang mit Tod und Sterben wird eher negativ gesehen. In einem weiteren Gespräch wird angegeben, dass es keine Routine gäbe, weil man immer auf die zu pflegende Person eingehen müsse. Die Möglichkeit über die Erlebnisse mit Kollegen und Kolleginnen zu sprechen wird bei allen Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen wahrgenommen. Der Dienst schließt in einigen Berichten ab. Man beschäftigt sich danach nicht mehr mit den Geschehnissen. Im Laufe desselben Interviews wird dann allerdings auch angegeben, dass zu Hause sehr wohl über Vorfälle berichtet wird und dies hilft. Hier wird von der Familie Anerkennung und Bewunderung

entgegengebracht. Es wird auch darüber nachgedacht, wie die eigenen Angehörigen reagieren würden, wenn die Pflegenden selbst Patienten/Patientinnen wären. Daraus geht hervor, dass der Dienst nicht, wie angegeben, abschließt, sondern vieles mit nach Hause gebracht wird. Sehr Dramatisches wird mit nach Hause genommen. Auch wenn Pflegende „zu nah dran“ sind, ist es nicht leicht, dies mit Dienstschluss abzulegen. Eine Pflegeperson gab an, manchmal zu Hause erzählen zu wollen, aber da es von der Familie nicht verstanden wird, unterlässt er/sie es. Dann wird darüber geschlafen und das Problem am nächsten Tag wieder mit in die Arbeit genommen, womit es dann auch abgeschlossen ist.

Möglicherweise prägt der Zeitpunkt der ersten Konfrontation mit Tod und Sterben ebenfalls. So wird von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin angegeben, dass es aufgrund eines anderen kulturellen Hintergrundes schon sehr früh Kontakt mit Tod und Sterben gab. Auch die Geschehnisse innerhalb der Familie beeinflussen das Verhalten von Pflegenden. So wurde in einem Gespräch angegeben, dass der frühe Verlust eines Elternteils die Beziehung zu älteren Patienten und Patientinnen vertieft hat.

Es steht Pflegenden frei, zu Gedenkmessen und Begräbnissen zu gehen. Dies geschieht auf freiwilliger Basis und außerhalb der Dienstzeiten. Es wird aber ebenfalls berichtet, dass teamintern abgesprochen wurde, dass es den Rahmen sprengen würde, diese zu besuchen und es dann eher unterlassen wird.

Eigene Bewältigungsstrategien

Verdrängen ist eine beliebte Form der Bewältigung. Pflegende wollen sich nicht mit den Gefühlen, die eine Situation auslöst beschäftigen. Im Berufsalltag ist es nicht immer möglich, sich den Gefühlen zu stellen, sie zu analysieren und zu verarbeiten. Eine befragte Pflegeperson gibt an, manchmal sprachlos zu sein, die richtigen Worte nicht zu finden und möchte dies lernen. Mit den Berufsjahren hilft auch die Erfahrung, mit Situationen fertig zu werden. Immer wieder taucht in den Interviews der Widerspruch auf, mit Gefühlen umgehen zu können und gleichzeitig gehen die Erlebnisse sehr nahe. Hierbei stellt sich die Frage, ob das Nicht-Zeigen von Gefühlen eine Art der Bewältigung darstellt oder als Gewohnheit angesehen wird. Möglicherweise werden gewohnte Situationen leichter verarbeitet. Eine Art von Normalisierung des Todes tritt eventuell ein. Ebenso wurde die Ablenkung durch Tätigkeit in den Gesprächen mehrmals erwähnt. Trotzdem wird immer wieder davon berichtet, dass es auch möglich ist, mit den Angehörigen und Patienten und Patientinnen zu weinen und Gefühle offen zu zeigen. Auffällig ist, dass zum Teil auch sehr rational und emotionslos berichtet wird. Pflegende müssen sich mit bestimmten Situationen abfinden und zur Bewältigung dürfte es hilfreich sein, diese Erlebnisse rational zu sehen. Unsicherheiten bleiben dabei bestehen. Diese können möglicherweise durch Selbstberuhigung mittels Beschwichtigungen überspielt werden. Erleichterung, Hilflosigkeit, Entsetzen und Ablehnung sind Gefühle, die ebenfalls beschrieben werden. Pflegende reagieren manchmal geschockt. Die Erfahrung im Laufe der Zeit hilft dann. Immer wieder werden in den Gesprächen

Widersprüche sichtbar. Einerseits sagen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass sie gut damit umgehen können, andererseits wird vieles scheinbar nicht bewältigt. Resignation und Frust treten immer wieder auf. Die eigenen Grenzen werden überschritten. Andererseits wird auf Distanz gegangen, um sich nicht zu sehr auf Situationen einzulassen. Dies dient als Selbstschutz vor der Selbstaufgabe. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gibt zu, keine Beziehung zu Patienten/Patientinnen aufzubauen und dass die individuellen Bedürfnisse von Patienten/Patientinnen auch mal in den Hintergrund rücken. Ein weiterer Interviewpartner/Eine weitere Interviewpartnerin ist überzeugt, dass die Erfahrung lehrt, mit schwierigen Situationen umzugehen. Mit den Leuten zu reden und eigene „Rezepte“ für den Umgang zu finden hilft dabei. Ein Befragter/Eine Befragte gab an, dass schlimme Situationen eher am Ende des Dienstes bevorzugt werden. Eventuell ist das so, um sich am Heimweg und/oder zu Hause damit zu befassen, weil im Dienst keine Zeit dazu ist. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gab an, dass es für ihn/sie keinen Unterschied macht, ob ein plötzlicher Tod oder langsames Sterben vorliegt.

Die Bewältigung findet nach den Berichten auch zu Hause in Gesprächen mit Freunden und Familie statt. Probleme werden mit nach Hause genommen, dort thematisiert und „darüber schlafen“ dürfte auch eine Form der Verarbeitung sein. Ebenfalls dürfte die Erfahrung eine wesentliche Rolle spielen. Neue, schlimme Situationen sind lebendiger in Erinnerung als alltägliche. Vorbilder dienen dabei als Beispiele, von denen sich die Pflegenden etwas abschauen können. Nicht nur die Trennung zwischen Beruf und Privat verschmilzt, auch Vergangenheit und Gegenwart sind nicht immer eindeutig zuordenbar. So vermischen sich aktuelle Berichte mit vergangenen Situationen. Anfängliche Unsicherheiten und Hilflosigkeit werden mit den Erfahrungen und Berufsjahren immer geringer. Sicherheit entsteht. Auch Patienten und Patientinnen von Kollegen und Kolleginnen gehen nahe. Die Abgrenzung gegenüber den eigenen und fremden Patienten/Patientinnen gelingt nicht immer. Täglich müssen Prioritäten gesetzt werden. Für Pflegende sind diese meistens die Bedürfnisse von Sterbenden vor denen der Angehörigen. Die eigenen Bedürfnisse müssen hinten angestellt werden. Jeder muss eigene passende Formen zum Verabschieden und Bewältigen ausprobieren und integrieren. In einem Bericht wird angegeben, dass der Tod und die damit verbundene Aufklärung der Angehörigen als Abschluss gesehen werden. Auf einer Station werden für die Angehörigen Andenken an die Verstorbenen gestaltet. Dies könnte den Pflegenden ebenfalls als Form des Verabschiedens helfen. Floskeln gegenüber den Angehörigen werden von den Befragten abgelehnt. In schwierigen Situationen werden sie allerdings trotzdem gebraucht. Möglicherweise aus Selbstschutz.

Von Intrigen gegen die eigene Person wurde nur in einem Gespräch berichtet. Der Teilnehmer/Die Teilnehmerin gab an, sich in der Situation nicht wohl gefühlt zu haben. Es gab persönliche Angriffe und Gerede hinter dem Rücken. Auf Nachfragen, was falsch gemacht wurde, wurde nicht eingegangen, wodurch auch keine Änderung des eigenen Verhaltens stattfinden konnte. Unsicherheiten gibt es dann bei jedem

Handgriff. Eine Vermeidungshaltung wird eingenommen und der Wunsch, die Station zu wechseln, nahm zu. Trost gab es dabei von Seiten der Familie.

Wie mit dem Tod umgegangen wird, hängt bei einer Pflegeperson von den gegebenen Umständen ab. Dies können die Beziehung zu Patienten und Patientinnen sein, die Prognose und Chancen zu überleben, das Verhalten von Angehörigen und die Reife von Patienten/Patientinnen. Auch wie man den Patienten/die Patientin kennenlernt und der Krankheitsverlauf dürfte eine Rolle spielen. Je nach Leidensweg wird der Tod als Erlösung gesehen. Wird jemand plötzlich aus dem Leben gerissen, dürfte dies auch für Pflegende besonders schlimm sein. Gerade bei jungen Menschen ist es sehr schwierig, sich abgrenzen zu müssen. Mögliche falsche Behandlungen beeinflussen ebenfalls die Bewältigung. Hat man eine gute Beziehung zum Patienten/zur Patientin aufgebaut, fällt es entsprechend schwerer loszulassen. Man hat für ihn/sie gekämpft und muss resignieren. Dies ist sehr frustrierend. Dabei wird immer wieder nach Erklärungen gesucht, um den Tod zu begreifen. Gefühle zu zeigen hilft diesem Befragten/dieser Befragten. Aufgrund von Frust und Resignation geht ein Befragter/eine Befragte mehr auf Distanz. Durch zeitliche Engpässe und die Bedingungen im Beruf fehlen hier die Motivation und der Elan, Beziehungen zu Patienten/Patientinnen zu vertiefen. Bei Neugeborenen ist es dem Teilnehmer/der Teilnehmerin auch wichtig, den Kindern einen Namen zu geben, falls die Eltern keinen geben möchten. Die Grausamkeit besteht bei jedem Tod, es ist nie leicht. Neben Kindern ist es auch schwierig, wenn jüngere Menschen sterben. Besonders wenn dies sehr plötzlich ist. Die Begründung, ein jüngerer Mensch habe noch nichts erlebt, wird in beinahe allen Gesprächen deutlich. Es ist auch schwierig, wenn Patienten/Patientinnen alleine sterben. Je nach Situation wird der Abbruch kurativer Maßnahmen anders empfunden. In einem Team ist es wichtig, nach einem Todesfall fachlich alles abzuklären, da man immer wieder die Sorge hat, etwas falsch gemacht zu haben. Im Akutgeschehen wird einfach gehandelt und nicht weiter über die Folgen und Konsequenzen nachgedacht. Diese Gedanken kommen erst im Nachhinein und können sehr quälend sein. Daher ist diese fachliche Abklärung wichtig. In einem Interview wurde berichtet, dass nach einer schlimmen Situation zu Hause angerufen und erzählt wird, was passiert ist. Man kann sich aussprechen und es wird zugehört. Besonders wenn Kinder versterben, kommt es zu sehr emotionalen Situationen, die alle mitreißen. Noch problematischer wird die Bewältigung, wenn man die Familie und Patienten/Patientinnen kennt. Eine mögliche Strategie, damit fertig zu werden, ist, sich bewusst zu machen, dass das nicht das eigene Leben ist. Weiters wird erzählt, eine Bewältigungsstrategie kann sein, dass man sich Szenen vorstellt und wie man darauf reagieren würde. Sich verschiedene Beispiele vorzustellen, beruhigt. Man hat sich damit befasst und hat das Gefühl, man ist in gewisser Weise gerüstet. Möglicherweise prägt die Notfallstation sehr, sich den Tod im Leben und dass jederzeit etwas passieren kann, bewusst zu machen. Zu wissen, was man für sich selbst und für andere will, hilft weiter.

Gemeinsame Unternehmungen, wie zum Beispiel nach einem schwierigen Dienst mit Kollegen und Kolleginnen Essen zu gehen, bleiben positiv in Erinnerung. Man kann

dabei in einem geschützten Rahmen nochmals darüber reden und kann sich gegenseitig auffangen. Dieses soziale Netz wird immer wieder in den Gesprächen erwähnt. Um mit einem schlimmen Erlebnis fertig zu werden und abzuschließen, hilft es enorm, darüber zu reden. Ein Befragter/Eine Befragte gab an, dass es auf der Station gut möglich ist, sich abzugrenzen. Je nachdem, wie sehr man sich auf die Situation eingelassen hat, fällt es einem leichter oder schwerer wieder loszulassen. Es wird immer als schlimm empfunden, wenn jemand stirbt. Die Hilflosigkeit in manchen Situationen befällt auch Pflegende. Für diesen Pfleger/diese Pflegerin ist der Fall abgeschlossen, wenn der/die Verstorbene die Station verlassen hat.

Es wird in zwei Gesprächen angesprochen, dass sich die palliative Pflege ihren Platz nimmt. Da sie sehr vielseitig ist, kann sie jeder für sich selbst anpassen. Die individuellen Kraftquellen des Einzelnen/der Einzelnen müssen entdeckt und aktiviert werden. Die Anpassung an unpassende Situationen wird von einem Interviewten/einer Interviewten als Belastung empfunden.

Ein Gebet im Stillen, selbst auf Wiedersehen zu sagen und die Ereignisse mit den Angehörigen zu reflektieren, wie die Situation wahrgenommen wurde, werden als Bewältigungsstrategien von einer Pflegeperson aufgezählt. Es hilft ihm/ihr auch die Sicht zu wechseln und Selbstreflexionen verschiedener Erlebnisse durchzuspielen. Wenn es nötig ist, kann auch Bestätigung von Teammitgliedern eingefordert werden. Zu Begräbnissen zu gehen, würde das Arbeitsfeld sprengen. Aus Selbstschutz möchte man „nicht noch einmal so hinein“.

Ethik, eigene Werte

Pflegepersonal sieht sich immer wieder ethischen Problemen gegenüber. So werden unpassende Sterberäume als pietätlos im Umgang mit Sterbenden genannt. Die Befragten wollen das Leiden beenden, das ihnen täglich begegnet. Die Würde und das Wohl von Patienten und Patientinnen stehen für sie an erster Stelle und sie ergreifen auch Partei für die Kranken. Ohne zu Überlegen geben alle Befragten an, dass ein würdevoller Umgang mit Sterbenden und Toten vorherrscht. Möglicherweise wird bei dieser Antwort auch der Erwartungshaltung entsprochen. Die räumlichen Gegebenheiten werden eher als würdelos beschrieben. Es wird immer wieder betont, dass der Mensch im Vordergrund steht. Trotzdem scheint immer wieder durch, dass die Menschlichkeit abnimmt. Das gute Gewissen und die Freude und der Spaß am Beruf müssen überwiegen, um diesen Beruf auszuüben. Die individuellen Zugänge bringen Abwechslung in den Pflegealltag. Flexible Gestaltungsmöglichkeiten nach dem eigenen Ermessen bieten gewisse Freiräume. Schlechtes Gewissen Patienten und Patientinnen gegenüber entsteht beispielsweise, wenn zu lange um sie gekämpft wird. Sich auf die eigenen Gefühle und Intuition zu verlassen schult das eigene Bauchgefühl und vermittelt Sicherheit.

Pflegende machen sich auch Gedanken, warum Angehörige sich nicht auf die Gegebenheiten im Krankenhaus einlassen wollen. Immer wieder wird angesprochen,

dass sie versuchen Zusammenhänge herzustellen, warum sich Angehörige entsprechend verhalten.

Wenn man mit Sterbenden und Toten arbeitet, stellen sich auch immer wieder Fragen nach dem Leben nach dem Tod. Einige der Befragten machen sich Gedanken, was danach sein wird, und versuchen sich selbst zu erklären, was passiert. Dies geschieht zum Teil auf sehr spirituelle Art und zum Teil sehr rational. Aus einem Gespräch geht hervor, dass sich der Pfleger/die Pflegerin nur von Patienten/Patientinnen der eigenen Religion verabschiedet. Dies geschieht mittels Gebeten, Bekreuzigungen und kurzer Sätze. Ein weiterer Befragter/Eine weitere Befragte meint, dass es ihm/ihr wichtig sei, eigenverantwortlich zu arbeiten, mit Patienten/Patientinnen und mit dem Team. Die Beziehungsqualität steht hier im Vordergrund. Die Sicht von Patienten/Patientinnen wird gesehen und akzeptiert. So ist es möglich zu sehen, was getan werden muss und wie die Prioritäten zu verteilen sind. Sich selbst dabei nicht zu wichtig zu nehmen hilft, den Patienten/die Patientin in den Mittelpunkt zu rücken. Immer wieder gibt es Momente, in denen man sich als Mensch ganz zeigen muss und in anderen Augenblicken komplett zurücknehmen sollte. In der palliativen Begleitung ist es nicht das Ziel, ständig anwesend zu sein, sondern auch Freiräume zu lassen und Denkanstöße zu geben. Ebenso hat sich das bewusste Leben im Hier und Jetzt für besagte Pflegeperson entwickelt. Dabei wird versucht, nichts aufzuschieben und jeden Tag als Bereicherung zu sehen. Die eigene Aufgabe im Leben konnte für sich selbst geklärt werden. Als schön in diesem Beruf wird die „Betonung des Lebens bis zum Schluss“ erwähnt. Ein Interviewter/Eine Interviewte gab an, keine Vorstellung vom Leben nach dem Tod zu haben und möchte sich auch keine Gedanken darüber machen. Die Aussage „Muss ich mich so damit beschäftigen? Es wissen eh alle, dass er für jeden kommt“ drückt aus, dass er/sie sich nicht mit dem Thema Tod und dem Leben danach beschäftigen will.

Für die teilnehmenden Pflegepersonen ist eine positive Sicht im Beruf wichtig. Dazu gehört zu einem gewissen Teil auch die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten. Es müssen Erklärungen gesucht werden, um die auftauchenden Fragen zu beantworten.

Wahrnehmen von Tod

Die Vorstellung vom eigenen Tod ist nicht nur in einem Fall sehr konkret. Es wird beschrieben, wie es sein sollte. Ein Gesprächspartner/Eine Gesprächspartnerin geht davon aus, dass im Krankenhaus gestorben wird. Bei allen Befragten muss der Tod und das Sterben als Teil des Berufs integriert und akzeptiert werden. Das Erleben des Todes wird in einem Fall von zwei Seiten gesehen: Die Zeit bis zum Tod und die Zeit danach. Als herausfordernd wird von den meisten die Phase bis zum Tod beschrieben. Danach wird eher von Routinetätigkeiten, wie Waschen und das Verabschieden von Verwandten geredet. Ein Todesfall auf der Station wirkt sich für einen Gesprächspartner/eine Gesprächspartnerin auf den Tagesverlauf aus. Ein guter Tod ist einer mit wenig Schmerzen, ohne Atemnot und nicht zu langer Dauer.

Schön ist noch, wenn die gewünschten Personen anwesend sind, Ruhe herrscht und das gesamte Umfeld, Zeit und Raum stimmig sind. Es wird angegeben, dass Tod ein so individuelles Erlebnis ist, wie die Geburt, wodurch Verallgemeinerungen nicht zulässig sind. Die Geburt hat ihren Platz im Leben.

Der Tod wird von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin als Station im Leben gesehen. Er wird nicht als Belastung, sondern als Erlösung gesehen, die Zeit davor ist belastend. Bisher konnte noch kein schrecklicher Tod von diesem Pfleger/dieser Pflegerin beobachtet werden. „Tod und Leben, das Kommen und Gehen und das Sich-Entfalten und Abschied nehmen liegen sehr eng beisammen.“ Das Schöne sollte trotz begrenzter Zeit gesehen werden. Das Schreckliche am Tod ist, dass er so endgültig ist, meint ein Pfleger/eine Pflegerin. Er wird einem „Dahinvegetieren“ aber vorgezogen, weil „das ist ja kein Leben“. Das etwas „für immer“ ist, wird erst durch diese Endgültigkeit bewusst. Dies macht den Befragten/die Befragte sehr betroffen und dass man es sich im Vorhinein nicht vorstellen kann, auch wenn man es weiß und sich damit beschäftigt. Ein plötzlicher Tod dürfte auf der Intensivstation mit Reanimieren gleichzusetzen sein. Als dramatisch wird eine Situation bezeichnet, wenn bei Reanimationen die Angehörigen vor der Türe stehen und warten, insbesondere, wenn dies Kinder sind.

Eigene Bedürfnisse

Die eigenen Bedürfnisse von Pflegepersonen stehen bei allen Gesprächen nach denen von Patienten/Patientinnen und Angehörigen. In wenigen Fällen auch nach denen von Ärzten/Ärztinnen. In Akutsituationen und wenn viel zu tun ist, werden die Grundbedürfnisse, wie beispielsweise Hunger nicht wahrgenommen.

Identifikation mit Patienten und Patientinnen

Das Alter von Patienten und Patientinnen spielt eine Rolle bei der Identifikation von Pflegepersonal mit diesen. Alle Befragten geben an, sich mit Jüngeren eher zu identifizieren als mit Älteren. Bei Jüngeren wird länger um das Leben gekämpft. Dies ist auch abhängig vom Alter der Personen im Team. Der Tod von älteren Menschen ist leichter zu akzeptieren und zu verarbeiten. Je mehr ein Patient/eine Patientin mit der Pflegeperson übereinstimmt, umso schwieriger ist es für diese sich abzugrenzen. Pflegenden machen sich Gedanken, was hätte sein können, wenn der Unfall oder die Krankheit nicht gewesen wäre, ob der Patient/die Patientin noch nichts erlebt hat, oder wie die Familie reagiert, die traumatisiert ist. Durch zu starke Abgrenzung wird nicht mehr für Patienten/Patientinnen getan als nötig ist.

Schuldgefühle

Schuldgefühle und schlechtes Gewissen treten zum Beispiel in Zusammenhang mit einem sinnlosen Tod auf. Auch wenn zu lange gekämpft wird, treten diese gegenüber Verstorbenen auf. Eine Pflegekraft berichtete, dass er/sie beim Tod eines Familienmitglieds nicht dabei sein konnte und dabei Schuldgefühle entstanden sind, die auch im Berufsalltag immer wiederkehren. Bei fast allen Befragten, traten nach

dem ersten Todeserlebnis Schuldgefühle auf. Ein Pfleger/Eine Pflegerin gab an, durch das Team nicht von der Schuld befreit worden zu sein. Dadurch wurde er/sie lange vom schlechten Gewissen verfolgt. Für den Großteil der Befragten wurde diese Schuld durch das unterstützende Team wieder genommen. Es dürfte sehr wichtig sein, zu wissen, dass man nichts falsch gemacht hat und dass diese Bestätigung auch von außen kommt. Die fachliche Abklärung ist sehr hilfreich. Schlechtes Gewissen tritt eher bei irrelevanten Kleinigkeiten auf, wenn etwas falsch gemacht wurde. Bei großen Fehlern gäbe es „Katastrophen“. Im Großen und Ganzen kommt schlechtes Gewissen eher weniger häufig vor. Von Seiten der Angehörigen werden ab und zu Schuldgefühle auf das Personal übertragen.

Selbstschutz

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gab an, dass Entscheidungen über Abbruch von Maßnahmen lieber für eigene Familienmitglieder getroffen werden als für Fremde. Er/Sie selbst möchte kein Pflegefall sein und auch keinen in der Familie haben. Es wird angegeben, dass dies aus Schutz für die Familie so gesehen wird.

Erwartungen

Erwartungen von Angehörigen

Das Verhalten von Angehörigen spiegelt sich in der Aufklärung wider. Sie wollen aufgeklärt werden und die durchgeführten Maßnahmen sollen berichtet und erläutert werden. Ihre Erwartungen hängen mit der Aufklärung zusammen.

Erwartungen von Patienten/Patientinnen

Patienten und Patientinnen wollen keine Schmerzen haben und individuell betreut werden. So wäre es wünschenswert, wenn Routinetätigkeiten auf die Vorlieben von Patienten/Patientinnen abgestimmt werden, diese Wünsche sollten auch dokumentiert und an Kollegen und Kolleginnen weiter gegeben werden. Als Beispiel wurde genannt, dass nicht jeder um 6h morgens frühstücken möchte, sondern manche erst gegen 8h oder, dass manche lieber abends statt morgens gewaschen werden wollen.

Erwartungen an den eigenen Tod

Pflegende wünschen sich für den eigenen Tod, nicht leiden zu müssen, keine Schmerzen zu haben, und dass der Tod schnell und ohne Krankheit kommt. Die eigene Würde wird erwähnt und dass nicht alleine gestorben werden muss, wird gewünscht. Es bestehen Zukunftswünsche, was bis zum Tod noch erlebt werden soll. Organspende ist für einen Teilnehmer/eine Teilnehmerin „kein Thema“. Er/Sie meint, „Ich ernähre mich ja nicht umsonst gesund“. Hier wird auch eine humoristische Sicht auf das Thema dargestellt (siehe auch Kapitel Humor). Für einen Befragten/eine Befragte soll der eigene Tod in einer rücksichtsvollen unterstützenden Umgebung stattfinden. Er/Sie möchte selbstbestimmt gehen können, ohne Abschiebung und nicht ruhig gestellt. Dem Tod soll mit offenen Augen ins Angesicht

geschaut werden und die Situation erlebt werden dürfen und nicht niedergespritzt, weil die anderen den Anblick nicht ertragen können. Keiner/Keine der Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen möchte alleine sterben. Die Angehörigen sollen anwesend sein.

Strukturelle Probleme

Bisher wurden die personellen Schwierigkeiten aufgezeigt. Als zweiter großer Themenblock werden nun die strukturellen Gegebenheiten dargestellt, die für Pflegende als belastend empfunden werden. Den Befragten ist dabei klar, dass viele Rahmenbedingungen nicht leicht veränderbar sind.

Theorie und Praxis

Alle Befragten erwähnen, dass Theorie und Praxis weit auseinander liegen. Die Theorie hilft zwar, das Wissen kommt aber aus der Praxis. Ein Befragter/Eine Befragte meinte, dass das Wissen um Bewältigungsmethoden fehlt, dies bestätigen die anderen Teilnehmer/Teilnehmerinnen indirekt, indem sie angeben, dass ein Bemühen um Vorbereitung vorhanden ist, die Theorie gut unterrichtet wird, es an praktischen Zugängen aber mangelt. Auch praktischer Unterricht wird zum Teil als theoretisch empfunden. Als mögliche Erklärung wird erwähnt, dass die unterrichtenden Pflegepersonen zu weit von der Praxis entfernt sind und somit eine falsche Vorstellung von der Praxis weiter gegeben wird. Nur ein Befragter/eine Befragte meinte, gut auf Tod und Sterben vorbereitet gewesen zu sein.

Schule

Ein Gesprächspartner/eine Gesprächspartnerin gab an, dass in der Ausbildung nur seelsorgerisch auf das Thema Tod und Sterben eingegangen wurde. Betont wurde, dass es einem im Alltag begegnen kann, aber wie damit umzugehen sei, wird nicht gelehrt. Bis auf eine Ausnahme hatten alle Befragten auch palliative Ausbildungen. Im Berufsalltag wird die palliative Pflege aber nicht überall angewandt. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen stehen Seminaren und Weiterbildungen sehr positiv gegenüber. Es wurde berichtet, dass der palliative Lehrgang stark praxisorientiert ist.

Praxis

Bis auf eine Ausnahme wurde festgestellt, dass keiner der Interviewpartner/Interviewpartnerinnen auf das erste Erlebnis mit dem Tod vorbereitet war. In der Ausbildung selbst gab es keine Begegnung mit dem Tod. Von einer anderen Pflegeperson wird angegeben, dass junge Pflegende zu wenig Praxis und Kontakte mit Patienten/Patientinnen haben und sich die Schule zu sehr auf Schreibarbeiten konzentrierte. Es wurde dabei beobachtet, dass eine räumliche Trennung von älteren, erfahrenen Pflegenden und den jungen Absolventen vorherrscht. So halten sich Jüngere eher im Personalzimmer auf, erledigen die Schreibarbeiten und Dokumentationen, während die erfahrenen Pflegenden „auf die Glocken gehen“ und die schwerere Arbeit verrichten. Die Jüngeren werden dann in Teambesprechungen durch Aufklärung in die Praxis eingeführt, wobei darauf geachtet wird, dies in wertschätzender Art zu machen und nicht mit erhobenem Finger. Die Reaktionen darauf sind sehr unterschiedlich. Viele junge Pflegende

können das annehmen, andere nehmen dies persönlich und wechseln dann die Station. Das Erziehen von Jüngeren obliegt somit erfahrenem Personal, das dies aber nicht als ihre Aufgabe sieht. Der Wunsch in der Ausbildung den Fokus mehr auf Praxis und Patientenbezug/Patientinnenbezug zu legen und weniger auf Dokumentation und Schreibarbeit, wird mehrfach erwähnt. Es kann nicht alles dokumentiert werden. Von einem weiteren Teilnehmer/einer weiteren Teilnehmerin wird ergänzt, dass die Ausbildung früher mehr in Richtung medizinische Aspekte verlagert war, und es wünschenswert wäre, dies heutzutage wieder mehr zu forcieren, weil das medizinische Wissen der Pflege hilft, Vorgänge zu verstehen. Die Orientierung am Krankheitsverlauf spielt gerade in der palliativen Pflege eine wichtige Rolle.

Weiterbildung

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin berichtete, dass es zwar Kurse und Ausbildungen gibt, welche das sind, ist allerdings nicht bekannt. Wird aber ein Kurs belegt, wird erwartet, dass das Team über die Inhalte informiert wird. Allerdings wird dieses Wissen nur von den KursteilnehmerInnen in die Praxis transferiert, nicht vom gesamten Team.

Raum und Zeit

Aufgrund von Platzmangel wirkt sich eine große Zahl an Angehörigen als anstrengend für Pflegepersonal aus. Dies wird in mehreren Gesprächen erwähnt. Aufgrund von immer größeren Mengen an Schreibarbeit geht Betreuungszeit verloren. Von organisatorischer Seite wird immer mehr verlangt. Das Management sieht hier nicht, dass sich dies enorm auf die mit Patienten und Patientinnen verbrachte Zeit und somit auf die optimale Betreuung auswirkt.

Stationen

Durch die begrenzte Zahl an Hospizplätzen und palliativen Betten, warten Patienten/Patientinnen auf Normalstationen auf einen freien Platz. Es wird berichtet, dass auch in dieser Zeit Patienten/Patientinnen sterben und dass palliativ-medizinische Aspekte in diesen Bereichen oftmals nicht eingesetzt werden. Nach dem Tod eines Patienten/einer Patientin sind viele bürokratische Maßnahmen zu erledigen. Von den Befragten wird angegeben, dass sich der Zeitpunkt des Todes nicht auf den Tagesablauf auswirkt.

Die bauliche Situation ist in keinem Fall zufriedenstellend, auf zwei Stationen wird in nächster Zeit umgebaut, wobei hier erfahrenes Pflegepersonal nach Vorschlägen und Wünschen gefragt wurde. Die finanziellen Mittel sind allerdings sehr begrenzt, wodurch es zu Kompromisslösungen kommt. Sinnvolle Umbaumaßnahmen nutzen ungenutzte Ressourcen und schaffen mehr Raum.

Mehrbettzimmer und Besuchszeiten

Probleme Patienten/Patientinnen voneinander abzuschirmen, werden von allen Befragten berichtet. Es gibt auf allen Stationen räumliche Engpässe. Aufgrund von stationären Geräten, können Patienten/Patientinnen nicht immer verlegt werden. Manchmal ist es dennoch möglich, Sterbende aus Mehrbettzimmern zu nehmen und in einen eigenen Raum zu bringen. Je weniger Patienten/Patientinnen in einem Mehrbettzimmer sind, umso einfacher ist es, sie voneinander abzuschirmen und Besuchszeiten auszuweiten. Aus den meisten Interviews geht hervor, dass Besuchszeiten ausgeweitet werden und die maximale Besucherzahl gegebenenfalls erhöht wird. Es wird berichtet, dass auch Mitpatienten/Mitpatientinnen umgelagert werden, wenn dies einfacher zu bewerkstelligen ist. Alle Befragten bedauern, dass es nicht immer möglich ist, Patienten/Patientinnen aus den Zimmern zu nehmen. Durch die Anwesenheit von Mitpatienten/Mitpatientinnen werden Themen aufgrund der fehlenden Privatsphäre vermutlich nicht immer angesprochen und bereinigt. Auch umgekehrt ist es für Mitpatienten/Mitpatientinnen nicht leicht, beim Sterben zuzusehen und den Tod mitzutragen. Sie hatten in vielen Fällen Kontakt zu den Sterbenden und bekommen vieles mit. Die Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen geben Großteils an, Mitpatienten/Mitpatientinnen vor fremden Blicken schützen zu wollen. Wenn viele Angehörige gleichzeitig kommen, wird dies als „Katastrophe“ bezeichnet. Den Mitpatienten/Mitpatientinnen gegenüber als auch für die Pflegenden selbst wird dies als störend empfunden. Zum Schutz von Mitpatienten/Mitpatientinnen werden Besuchszeiten nicht unbegrenzt ausgeweitet.

Auch die Verabschiedungszeiten, wenn Patienten/Patientinnen verstorben sind, können in einem bestimmten Rahmen ausgedehnt werden. Liegen viele Patienten/Patientinnen in einem Zimmer, müssen immer wieder Angehörige hinausgeschickt werden. Von zwei Seiten wird berichtet, dass es einen 24- Stunden-Service gibt, was die Besuchszeit anbelangt. Dies bedeutet, dass, wenn absehbar ist, dass der Tod bevorsteht, die Angehörigen rund um die Uhr da sein können.

Sterberäume

Als Sterberäume werden mehrfach „Kammerln“ erwähnt, die bei Bedarf hergerichtet werden, um ein halbwegs würdevolles Ambiente zu schaffen und die unpassenden Räumlichkeiten möglichst angenehm zu gestalten. In einem Fall wird das sogenannte „Raucherzimmer“, also ein Personalzimmer, dazu verwendet. Das Gefühl „es passt nicht“ bleibt. Verabschiedungen müssen in den Tagesbetrieb integriert werden, der weiter laufen muss. Auch die Bezeichnung Ruheraum wird genannt. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin berichtete, dass es gar keinen Verabschiedungsraum gibt, ein weiterer/eine weitere, dass dieser zwei Stockwerke entfernt sei. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gab an, dass zu sterile Räume störend wirken.

Die meisten Befragten berichten, dass die Verstorbenen für zwei bis drei Stunden auf den Stationen verbleiben. Dies kann auch länger sein, wenn Angehörige dies

wünschen. Verabschiedungen auf der Pathologie sind hingegen eher selten. Von einem Befragten/einer Befragten wird angegeben, dass es auch vorkommt, dass Tote neben Mitpatienten/Mitpatientinnen liegen, wenn es aufgrund von Platzproblemen keine Ausweichmöglichkeiten gibt. Das gesamte Umfeld bekommt dies natürlich mit und mobile Patienten/Patientinnen verlassen dann das Zimmer und nehmen damit Schmerzen oder andere Unannehmlichkeiten in Kauf. Die optimale Versorgung ist dadurch nicht gewährleistet. Datenschutz, vertrauliche Informationen und Anonymität werden in Mehrbettzimmern ebenso wenig gewahrt. Schock und Betroffenheit von Mitpatienten/Mitpatientinnen werden häufig von den Pflegenden beobachtet. Mittels Paravents kann zumindest ein geringer Freiraum geschaffen werden und Privatsphäre entstehen.

Zeit

Durch Akutsituationen und Personalmangel ist es Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegepersonal oftmals nicht möglich, Angehörigen alles zu erklären. Pflegende übernehmen diese Aufgabe häufig von Ärzten/Ärztinnen, wenn es nicht um medizinische Belange geht. Informationen über medizinische Maßnahmen und Medikamente dürfen Pflegende nicht geben, das ist Aufgabe von Ärzten/Ärztinnen und wird auch an diese weitergegeben. In Abhängigkeit von Akutsituationen, die schwer steuerbar sind, gibt es Zeitprobleme, die auch von der Zahl der Patienten/Patientinnen, der Notarzttausfahrten/Notärztinnenausfahrten und Akutaufnahmen abhängen. Die mit Patienten/Patientinnen verbrachte Zeit ist auch nicht gerecht verteilbar, da der Krankheitsverlauf die Art der Betreuung beeinflusst. Es besteht bei einigen Teilnehmern/Teilnehmerinnen der Wunsch mehr Zeit für Patienten/Patientinnen zu haben, um besser auf die Bedürfnisse eingehen zu können. Wenn zu wenig Personal auf Stationen ist und viel Arbeit anfällt, wird dies als sehr anstrengend wahrgenommen. Ebenso wird der Wunsch nach mehr Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften geäußert. Dabei wird ein paar Mal betont, dass diese auch palliativ ausgebildet sein sollten. Ein Gesprächspartner/Eine Gesprächspartnerin ist der Meinung, dass Pflegende Aufgaben von Angehörigen aufgrund von zeitlichen Problemen und Abgrenzungsschwierigkeiten nicht übernehmen können. Welche Aufgaben dies sind, ging aus dem Gespräch nicht hervor.

Stationskultur

Für Intensivpflegepersonal ist es normal, dass viel gestorben wird. Patienten/Patientinnen sollen keine Schmerzen haben. Maschinenunterstütztes Atmen gehört auf einer Intensivstation dazu. Die Pflege arbeitet immer bis zum Schluss, das Gefühl, dass nichts mehr getan wird, wird vermieden. Es wird gewünscht, dass die üblichen Verhaltensregeln eingehalten werden. Leider kommt es immer wieder vor, dass der Wille von Pflegenden vor die Bedürfnisse von Patienten/Patientinnen gestellt wird. Es wird dann so gearbeitet, wie es für Pflegende am praktischsten und angenehmsten ist. Die palliative Pflege wird auf der Intensivstation eher im Hintergrund wahrgenommen. Wenn, dann wird sie eher bei

Langzeitpatienten und Langzeitpatientinnen eingesetzt. Es wird auch zweimal die Vermutung geäußert, dass es in Hospizen noch schlimmer ist, sich abzugrenzen und zu arbeiten, als im Krankenhaus. Dass etwas zur Routine oder Gewohnheit wird, kann ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin so nicht bestätigen. Er/Sie meint, dass der Begriff Gelassenheit besser zutrifft. Dies bedeutet aber nicht, dass Todeserlebnisse auf die leichte Schulter genommen werden.

Es wird berichtet, dass Organisation viel ausmacht. Unorganisation verursacht Stress, weil die Abläufe nicht geregelt sind und niemand genau weiß, was zu tun ist, wodurch nur die wichtigsten Maßnahmen durchgeführt werden. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gibt an, dass Diensteinteilungen schon etwas flexibel sind, es gibt Tauschmöglichkeiten, aber es muss klar sein, wer, was zu tun hat. Planung, Management und Absprechen sind unerlässlich. Auch wenn Verbesserungsvorschläge nicht immer erwünscht sind, wird doch einiges ausprobiert.

Hierarchien

Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen betonen, dass die Aufklärung Aufgabe von Ärzten/Ärztinnen ist und medizinische Anliegen weitergeleitet und Gespräche vermittelt werden. Die Hierarchie im Krankenhaus bestimmt die Kommunikation. Bedingungen ändern sich nur langsam, sind auf unterster Ebene, also im Pflegebereich am stärksten und schwierigsten. Noch dazu kommt, dass sich Veränderungen an der Basis der Pyramide zuerst und am stärksten auswirken. Die Meinung eines Befragten/einer Befragten ist, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation in steilen Hierarchien weniger gut funktioniert als in flachen Hierarchien. Ein Umdenken und Verschieben der Verantwortlichkeiten müsste stattfinden. Um die Kommunikation zu verbessern, müsste gezielter kommuniziert werden und alle Beteiligten sollten aktiv daran arbeiten, dass diese gelingt. Ein Lösungsansatz für den Teilnehmer/die Teilnehmerin wäre zum Beispiel, Missverständnissen auf den Grund zu gehen und Kommunikation als Basis für die Zusammenarbeit festlegen. Kommunikationsprobleme treten aufgrund von Persönlichkeiten und der Hierarchie auf. Aus Sicht einiger befragter Pflegepersonen hängt die Kommunikation von der Teamfähigkeit von Ärzten/Ärztinnen ab. Ärzte/Ärztinnen wird Wissen und Macht zugeschrieben, die Pflegenden sehen sich in der Position, dass sie Zeit mit Patienten/Patientinnen verbringen und ihre Lebensgeschichten und Hintergründe erfahren und deren Wünsche und Bedürfnisse kennen. Diese Pflegebeobachtungen werden von Ärzten/Ärztinnen vielfach ignoriert. Dies macht die befragten Pflegenden traurig und frustriert, weil nicht gemeinsam an einem Strang gezogen und ein Ziel verfolgt wird. Es wird eingesehen, dass sich solche Strukturen und Hierarchien nicht so schnell ändern werden.

Immer wieder wird berichtet, dass sich Pflegende in der Krankenhaushierarchie still verhalten sollen. Vieles wird geschluckt und Minderschätzung von ärztlicher Seite als auch von Angehörigen wird erfahren. Im externen palliativen Team dürfte auch die Akzeptanz der eigenen Berufsgruppe fehlen. Ebenso dürften die Interessen von Ärzten und Ärztinnen manchmal vor denen von Patienten und Patientinnen stehen.

So wurde beobachtet, dass innerhalb des Dienstes eines Arztes/einer Ärztin der Tod hinausgezögert wurde. Das befragte Pflegepersonal vermutet, dass die damit verbundenen administrativen Tätigkeiten die Dienstzeit nicht verlängern sollten oder der Arzt/die Ärztin keinen Todesfall im eigenen Dienst verzeichnen wollte. Wünschenswert für Pflegende wäre, wenn gemeinsame Entscheidungen und Mittelwege gefunden werden könnten. Es sollten alle Beteiligten zufrieden sein und die Grenzen räumlicher und zeitlicher Bedingungen ausgeschöpft werden. Das Ärzte/Ärztinnen-Pfleger/Pflegerinnen-Verhältnis wird als gut wahrgenommen. Immer wieder wird jedoch Kritik an der ärztlichen Meinung und Handlungen laut. Diese können vielfach nicht direkt angesprochen werden, sondern werden eher unter Kollegen und Kolleginnen diskutiert. Auch aus Sicht der Pflege berichtete ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin von der Hierarchie, die aber scheinbar nur von seiner/ihrer Seite gesehen wird. So bezeichnet sich der Befragte/die Befragte als kleiner Pfleger/kleine Pflegerin und den Arzt/ die Ärztin als groß. Im selben Atemzug wird aber angegeben, dass die Zusammenarbeit gut funktioniere und durch die gegenseitige Abhängigkeit eine gute Kommunikationsbasis herrsche. Die Entscheidungen von ärztlicher Seite werden akzeptiert. Von anderer Seite wird allerdings berichtet, dass falsche Entscheidungen sehr wohl gesehen werden, die als unnötig empfunden werden und mit denen die teilnehmende Person nicht zurechtkommt. Meinungen von Seiten der Pflege werden hier nicht akzeptiert, sondern ignoriert. Die Pflegeperson wird mundtot gemacht. Schwierig dabei ist es für besagte Pflegekraft, dass auch bei vermuteten falschen Entscheidungen gehandelt werden muss. Dieser/Diese Pflegende würde sich wünschen, dass gemeinsam an einem Strang zum Wohle des Patienten/der Patientin gezogen würde. Für einen Teilnehmer/eine Teilnehmerin ist es möglich, immer die Meinung kundzutun, auch wenn die Ärzte/Ärztinnen die Entscheidung treffen. Dies wird eher als flache Hierarchie wahrgenommen. Im Sprachgebrauch wird sehr wohl von „Obrigkeiten“ gesprochen und die Hierarchie angesprochen, auch wenn dies nicht immer so empfunden wird. Da eine optimale ärztliche Betreuung manchmal fehlt, muss die Pflege diese Arbeit übernehmen, berichtet ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin. Der Wunsch nach mehr palliativ ausgebildeten Ärzten/Ärztinnen ist von dieser Seite aus vorhanden. Beinahe alle interviewten Pflegenden beobachten, dass Patienten/Patientinnen nicht verstehen, was Ärzte/Ärztinnen sagen. Sie trauen sich nicht nachfragen, haben Angst vor dem weißen Kittel und vor Autorität. Ärzte/Ärztinnen reden sehr schnell, informieren zu ungenau und unverständlich in der medizinischen Fachsprache. Durch mehr Personal und dadurch mehr Zeit mit Patienten/Patientinnen könnte dieses Problem reduziert werden. Es wird gewünscht, dass Ärzte/Ärztinnen ihre Verantwortung ernster nehmen und nicht davon ausgehen, dass Pflegepersonen alles erledigen. Das sei nicht Aufgabe der Pflege und die Pflege könne nicht mehr Verantwortung übernehmen. Nicht nur eine Pflegeperson würde auch selbst aufklären und Auskunft über Medikamente geben, wenn es im Aufgabenbereich der Pflege liegen würde. Die kommunikativen Fähigkeiten dürften gut geschult sein und keine Angst vor Reaktionen vorhanden sein.

Hoffnung

Wird ein Patient/eine Patientin als hoffnungslos eingestuft, werden palliative Betreuung und Hospizdienste hinzugezogen, wo sie die Patienten/Patientinnen aus Sicht eines Teilnehmers/einer Teilnehmerin wieder aufgebaut werden. Alle hoffen bis zuletzt auf ein Wunder.

Beobachtungen

Es wird von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin beobachtet, dass immer wieder drei Patienten/Patientinnen bei einer Pflegeperson versterben. Das Sterben wird auch als abhängig von den verschiedenen Jahreszeiten, dem Mond oder wetterbedingt gesehen. Ein weiterer Befragter/ Eine weitere Befragte kann dies im Krankenhaus nicht bestätigen, bei der Prominenz allerdings schon.

Unvorhersehbare Situationen

Immer wieder kommt es zu unvorhersehbaren Situationen. Dies kann aufgrund von raschen Veränderungen im Krankheitsverlauf passieren. Eine schnelle Einstellung auf die neue Situation hilft Pflegenden, sich den neuen Herausforderungen zu stellen. Pläne werden hinfällig, wenn sich die Gegebenheiten ändern.

Teamzusammensetzung

Die einzelnen Teams der Interviewpartner/Interviewpartnerinnen sind sehr unterschiedlich in der Zusammensetzung. So wird von einem einzigen reinen Frauenteam berichtet. Zumindest 2 Männer sind in den anderen Teams. Der höchste Anteil an Männern macht beinahe die Hälfte aus. Bis auf einen Teilnehmer/eine Teilnehmerin sind alle mit den Teams zufrieden, können sich kein besseres Team für sich vorstellen und wollen nicht wechseln. Im Umgang mit Patienten/Patientinnen wird kein Unterschied zwischen Männern und Frauen gesehen. Die Handhabung der eigenen Gefühle und Gefühlsäußerungen werden sehr wohl unterschiedlich gesehen. Zwei befragte Pflegepersonen geben an, dass reine Frauenteam nicht sehr harmonisch sind. Hier kommt es vermehrt zu Intrigen und Mobbing.

Reanimieren wird als Stress beurteilt. Notfälle unterbrechen die Organisation, können aber integriert werden. Tauschmöglichkeiten sind vorhanden und Gespräche im Team finden statt. Das soziale Netz fängt einzelne Pflegekräfte auf, wenn Unpässlichkeiten auftreten.

Es wird von gemischt kulturellem Personal berichtet. Aus Sicht eines Gesprächspartners/einer Gesprächspartnerin ist das Personal gut ausgebildet und jeder/jede ist sehr bemüht gut zu arbeiten.

Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen

Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen werden kontrovers diskutiert. Einerseits wurden sie nicht so angenommen wie erhofft. Es wird vermutet, dass dies mit den hohen Kosten und dem Zeitaufwand zusammenhängt. Andererseits werden sie aber auch als Schutz für Patienten/Patientinnen gesehen. Aus der Praxis wird berichtet, dass die unverbindliche, also mündliche Patientenverfügung/Patientinnenverfügung genauso gut ist, wie die verbindliche. Ein Befragter/Eine Befragte gab an, sich nur an einen einzigen Patienten/eine einzige Patientin mit Patientenverfügung/Patientinnenverfügung erinnern zu können. Auch er/sie stellt sich die Abwicklung nicht einfach vor. Die Meinung, dass nur Patient/Patientin oder Arzt/Ärztin entscheiden können wird mehrfach bestätigt. Von anderer Seite wird seit 2009 ein Zuwachs an Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen beobachtet. Diese seien sehr fortschrittlich und gut. Durch die genauen Anweisungen und die Selbstbestimmung, ist der Befragte/die Befragte froh, dass es Verfügungen gibt, an die man sich halten kann. Probleme werden dabei gesehen, wenn Sachwalter die Entscheidungsmacht haben. Dagegen spricht ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin, der/die der Meinung ist, dass man im Vorhinein nicht sagen kann, wie man in der Situation entscheiden würde, weil man sich nicht vorstellen kann, wie das ist. Selbst ausweglose Situationen können am nächsten Tag ganz anders betrachtet werden. Somit ist der Zeitpunkt der Entscheidung ein wesentlicher Faktor für Maßnahmen.

Soziokulturelle Probleme

Die soziokulturellen Belange werden nun als drittes großes Themengebiet erörtert. Neben gesellschaftlichen und kulturellen Aspekten, wurde auch die Entwicklung medizinischer Methoden als interessanter Faktor angesprochen, der oftmals vergessen wird.

Tod in der Öffentlichkeit

Tod und Sterben haben im öffentlichen Leben kaum Platz. Die Aussagen in der Literatur darüber werden in den Interviews von allen Befragten bestätigt. Über beide Themen wird nicht gesprochen und nachgedacht. Es ist tabu. Nur wer in irgendeiner Form betroffen ist, muss sich damit beschäftigen. Und selbst dann wird nicht direkt darüber gesprochen, sondern umschrieben. So wird berichtet, dass es selbst in den Krankenhäusern vorkommt, dass der Begriff „Tod“ ausgeklammert wird und Bezeichnungen wie „Depositenbüro“ und „Depositenzettel“ verwendet werden oder sogar wieder eingeführt werden. Dies kann aus Sicht der Pflegenden als Rückschritt betrachtet werden. Wünschenswert wäre, wenn der Tod wie die Geburt im Leben integriert wäre. Es wird viel getan, um dieses Ziel zu erreichen, es herrscht aber noch Aufholbedarf auf allen Ebenen. Umbenennungen wie oben genannt, zeigen dabei auf, welchen geringen Stellenwert der Tod in unserer Gesellschaft hat. Die gesellschaftlichen Bedingungen müssten sich verändern und ein Wertewandel eintreten, um eine adäquate Integration des Todes im Leben zu gewährleisten. Viele Begriffe sind eher negativ besetzt und die Begriffe bedürfen viel an Aufklärung. So ist unter Pflegepersonal nicht immer klar, was palliative Pflege bedeutet bzw. wie sie arbeitet und welche Ziele sie hat. Eine umfassende Diskussion in Politik und Gesellschaft wäre erstrebenswert. Es besteht Aufholbedarf, eine Akzeptanz des Todes als zum Leben dazugehörig zu schaffen. Es ist schon schwierig innerhalb von Familien oder im Freundeskreis die Themen Lebensversicherung, Geld und Erbschaft anzusprechen, weil das Gefühl, es gehe nur ums Geld sehr schnell aufkommt und finanzielle Interessen in den Vordergrund rücken könnten.

Die Betreuung von Kranken in Pflegeeinrichtungen oder Hospizen wird von vielen als Abschieben empfunden. Durch die höhere Präsenz von Tod und Sterben könnte bereits bei Kindern und Jugendlichen ein Umdenken stattfinden. Derzeit ist der Tod für diese Altersgruppen sehr weit weg und kein Thema. Man will sich nicht damit auseinandersetzen und Erwachsene wollen die Kinder davor schützen. Eine offene und ehrliche Auseinandersetzung müsste beginnen. Diese muss in beinahe allen Bereichen des Lebens ansetzen. Glaubensrichtungen könnten dabei eine Hilfe sein, ein Umdenken einzuleiten. Tod und Sterben kann hier positiv dargestellt werden, sie müssen nicht immer schmerzlich sein. Man kann Tod und Sterben zelebrieren, würdevoll gestalten und ein schönes Erlebnis daraus machen. Dazu müsste das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen besser geschult werden, Pflegende bräuchten mehr Befugnisse. Aus Sicht der Pflege sind Pflegende oft

besser geeignet aufzuklären und zu informieren als Ärzte und Ärztinnen. Diesen fehlt oft die Zeit, Informationen verständlich zu erklären.

Es fehlt an gezielter weiterführender Betreuung, weil es zu wenige Palliativstationen und Hospizplätze gibt. Patienten/Patientinnen müssen oft in unbefriedigende Situationen entlassen werden. Ebenso muss die Akzeptanz der eigenen Berufsgruppe für palliative Pflege steigen. Der kurative Weg konkurriert immer noch mit dem palliativen Weg. Das Gesundheitssystem kippt, wenn palliative Patienten/Patientinnen auf kurativen Stationen sind. Laut einem Befragten/einer Befragten helfen nur der palliative Ansatz und der damit verbundene Seitenwechsel aus diesem Dilemma. Auch die frühere Einbindung in die Entscheidungsfindung wäre aus Sicht der palliativen Pflegeperson hilfreich.

Da die palliative Betreuung allgemein sehr vernachlässigt wird, müsste insgesamt ein Umdenken im Gesundheitssystem und mehr Aufklärung stattfinden. Auch wenn derzeit ein Aufschwung zu bemerken ist, hat sie immer noch nicht den Stellenwert und Akzeptanz in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem, den sie haben sollte und könnte. Es wird festgestellt, dass es zu wenig Personal in diesem Bereich gibt, die Kompetenzen müssten ausgeweitet werden und Aus- bzw. Weiterbildungen müssen derzeit vielfach selbst bezahlt werden. Bewunderung bringt der Teilnehmer/die Teilnehmerin allen gegenüber auf, die dies freiwillig auf ehrenamtlicher Basis machen. Dank und Anerkennung kommen leider oft zu kurz.

Der Großteil der Bevölkerung stirbt heute im Spital. Pflegende sehen zum Teil, dass Sterben zu Hause idealisiert wird. Die häusliche Betreuung ist für die Angehörigen sehr belastend und überfordert häufig. Familienmitglieder trauen sich nicht aus dem Haus, aus Angst der Patient/die Patientin könnte in dieser Zeit etwas brauchen oder gar sterben. Hier bietet das Krankenhaus gewisse Freiräume, es verursacht gleichzeitig auch Wehmut. Gerade am Land dürfte der Aufholbedarf noch größer sein. Es gibt in ländlichen Regionen zwar Palliativteams, diese werden aber zu wenig eingesetzt.

Auch das Alter spielt eine wesentliche Rolle, den Tod mitzutragen. Jüngere Generationen wollen lieber verschont bleiben und sich nicht mit Tod und Sterben auseinandersetzen. Auch in Kindergärten und Schulen wird auf dieses Thema nicht oder nur sehr selten eingegangen. Insgesamt müsste für ein höheres Bewusstsein in der Gesellschaft mehr Werbung für Hospizeinrichtungen betrieben und Information über Tod und Sterben in Umlauf gebracht werden. Es fehlt oft an ausreichenden Palliativteams und palliativen Stationen und somit an optimaler Betreuung am Lebensende.

Nicht nur in der Öffentlichkeit sondern auch von den einzelnen Berufsgruppen wird der Begriff „palliativ“ nicht einheitlich definiert und verwendet. Laut einem Befragten/einer Befragten wird zum Beispiel hauptsächlich der Begriff Sterbehilfe in der Öffentlichkeit als palliativ aufgefasst oder dass Hospize und palliative Betreuung nur für ältere Patienten/Patientinnen seien. In diesem Zusammenhang wird auch

erwähnt, dass es kein Hospiz für Kinder gibt. Die Frage „Was ist richtige palliative Pflege?“ konnte nicht eindeutig beantwortet werden. Die Divergenz zwischen palliativer Betreuung und dem Einsatz von technischen Geräten erschweren diese Diskussion. So wird erwähnt, dass die Technik nur als Hilfsmittel für die palliative Begleitung verwendet werden sollte. Man könne auf zwei Schienen fahren, also entweder kurativ oder palliativ, oder beide Seiten miteinander verbinden, wobei die Grenzen dabei verschwimmen. Es wird ebenfalls angegeben, dass die palliative Pflege möglichst früh ansetzen sollte.

Obwohl einige Teilnehmer/Teilnehmerinnen palliative Ausbildungen haben, werden diese nicht immer eingesetzt. Es wird von einer Pflegekraft berichtet, dass sich „das eher Ärzte/Ärztinnen trauen als Pflegende“. Einige Gesprächspartner sind der Meinung, dass Ärzte/Ärztinnen palliativ nicht gut ausgebildet sind bzw. es zu wenig palliativ ausgebildete Ärzte/Ärztinnen gibt. Auf Intensivstationen dürfte die Lage noch am besten sein. So wird berichtet, dass sich Ärzte/Ärztinnen auf Normalstationen und Hausärzte/Hausärztinnen vor Schlafmedikation und Atemdepressionen fürchten und diese dadurch nicht verschreiben. Auf der Intensiv muss die Kommunikation funktionieren, sonst wäre der Betrieb auf der gesamten Station gestört. Handgriffe müssen sofort erledigt werden und in Akutsituationen kann nicht diskutiert werden. Palliativteams werden vorwiegend über Ärzte/Ärztinnen oder von Stationen angefordert, sie könnten aber von allen Beteiligten beratend herangezogen werden. Die palliative Betreuung wird vielfach auf die Schmerzmedikation, auf religiösen, seelsorgerischen und psychologischen Beistand bezogen. Eine andere Pflegeperson gibt an, dass die palliative Pflege nur teilweise eingesetzt wird. Ein Befragter/Eine Befragte ist rein palliativ tätig. Aber auch hier kommt es zu organisatorischen Problemen, weil die Aufgabenverteilung des palliativen Teams nicht an die Stationen kommuniziert wurde und somit den Erwartungen nicht entsprochen werden konnte. Die Sicht von den Stationen dürfte sein, dass sie entlastet werden und weniger Arbeit mit Sterbenden haben. Es bedarf allerdings mehr Kommunikation, Gespräche, Entscheidungen und Maßnahmen. Die Betreuung ist intensiver. Es wird gesehen, dass die Stationen bemüht sind, trotzdem wird eine Kluft zwischen den Stationen und dem Palliativteam wahrgenommen. Ebenso wird erwähnt, dass die palliative Betreuung dann integriert wird, wenn Personen im Krankenhaus nicht mehr „tragbar“ sind. Dann kann ein Palliativteam beigezogen werden, das geregelte Aufgaben übernimmt.

Kultur

Das Thema Glaube und Kultur wurde in allen Interviews thematisiert. Allgemein werden österreichische Patienten/Patientinnen bzw. an die österreichische Kultur angepasste Patienten/Patientinnen von den Befragten als angenehmer wahrgenommen. Auffällig dabei ist, dass bei österreichischen Patienten/Patientinnen nur die nahen Verwandten bzw. einige wenige Freunde ins Krankenhaus kommen und sehr ruhig getrauert wird. Bei anderen Kulturen stellen eine große Zahl an Angehörigen, offen gezeigte Gefühlsäußerungen und die Sprachbarrieren Probleme

für das Personal dar. So wird angegeben, dass bosnische, kroatische, jugoslawische und muslimische Angehörige mehr weinen und jammern, ihrer Trauer mehr Ausdruck verleihen und eher dramatisieren. Österreicher und Österreicherinnen trauern anders, ruhiger und eher zu Hause. Gefühle werden nicht gezeigt. Interessant dabei ist, dass die befragten Pflegenden dadurch mehr über andere Kulturen lernen, als über die eigene. Probleme für Pflegende treten auch auf, wenn sehr viele Angehörige gleichzeitig auf die Station kommen. Sie regeln zwar selbstständig, wann zum Patienten/zur Patientin darf, trotzdem empfinden Pflegende die Anwesenheit vieler Angehöriger als belastend und anstrengend. Auffällig in den Gesprächen war immer wieder der Widerspruch zwischen der ersten Assoziation, dass nicht viel Kontakt zu anderen Kulturen bestehe, im Laufe der Interviews diese aber sehr wohl erwähnt werden. Dadurch stellte sich die Frage, ob nicht viele Patienten/Patientinnen und Angehörige fremder Kulturen sich den Gegebenheiten anpassen und gar nicht als „fremd“ angesehen werden, weil sie sich wie österreichische Patienten/Patientinnen verhalten.

Glaube

Die Rituale der einzelnen Glaubensrichtungen machen ihnen leider oftmals Probleme, da die Besonderheiten der unterschiedlichen Rituale dem Personal nicht bekannt sind. Tendenzen sind sehr wohl bekannt, aber die genaue Durchführung und somit die Wünsche von Patienten/Patientinnen können dadurch nicht immer organisiert werden. Neue Fragen und Schwierigkeiten entstehen durch die hohe Zahl an Kirchenaustritten. Die Frage der Zuständigkeit von Seelsorgern und Pfarrern stellt sich dabei für die Teilnehmer/Teilnehmerinnen ebenso wie die Frage nach der Gestaltung der Begleitung und von Begräbnissen. Am Land dürften die religiösen Bräuche noch mehr an Bedeutung besitzen. So verlangen Angehörige dort häufig, dass ein Pfarrer kommt und die Krankensalbung vornimmt. Für Gläubige ist es wichtig, dass der letzte Segen gegeben wird. Dies geschieht aus religiösen Gründen, aber es wird auch angenommen, dass sich die Angehörigen vor schlechtem Gewissen schützen wollen und gegenüber Bekannten und Verwandten alles richtig machen wollen. Nicht nur Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen sind derartige Verabschiedungsrituale wichtig. Auch Pflegepersonal betet teilweise für die Verstorbenen, bekreuzigt und verabschiedet sich. Vielen ist es auch wichtig, auf die religiösen Wünsche einzugehen, entsprechende Symbole aufzustellen und ein angenehmes Ambiente zu schaffen. Dies hängt allerdings von der eigenen Geschichte, dem eigenen Glauben und den eigenen Werten ab.

Rollenbilder

Rollenbilder werden vermehrt im Zusammenhang mit kulturellen und religiösen Hierarchien wahrgenommen. Das Phänomen, dass sich die Frau dem Mann unterzuordnen hat, wird von Pflegenden häufig beobachtet. Die Aussage „Hätten Sie nicht das Mädchen statt dem Buben sterben lassen können?“ wird bei uns als schockierend und belastend empfunden und verstärken stereotype Bilder von anderen Kulturen. Es wurde auch berichtet, dass manchmal männliche Angehörige

bevorzugt mit Ärzten als mit Ärztinnen sprechen wollen. Informationen von weiblichem Pflegepersonal werden nicht angenommen, wodurch diese Minderschätzung erfahren. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin berichtete, dass derartige Hierarchien von Seiten des Personals nicht zugelassen werden, da die persönlichen Probleme von Angehörigen nicht Aufgabenbereich des Personals sind, sofern sie unter diese Kategorie fallen. Wie dies in der Praxis aussieht, wurde allerdings nicht dargestellt.

Unterschiede im Umgang mit Patienten/Patientinnen von männlichem und weiblichem Pflegepersonal werden von den Befragten nicht festgestellt. Der Umgang mit Gefühlen dürfte hingegen ein anderer sein. So wird immer wieder festgestellt, dass Männer Gefühle weniger zeigen, sie realistischer sind und weniger beschönigen. Es wird beobachtet, dass sich Männer besser abgrenzen können. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit dies durch die eigene Kultur und ihre Rollenbilder vorgegeben wird. Gefühle zuzulassen fällt Frauen leichter. Sie können ihre Bedürfnisse besser äußern und emotionale Seiten zeigen. Aus Sicht der befragten Pflegerinnen halten Männer dagegen eher am Rollenbild vom starken, gefühlsresistenten Mann fest. Das Erscheinungsbild von Männern in der Pflege trägt allerdings laut dem Befragten. Auch sie vergießen Tränen, nicht immer öffentlich und oft erst im Nachhinein, aber resistent gegen Gefühle sind sie nicht. Supervisionen helfen dabei, die emotionale Seite zu zeigen. So können ein Kopfschütteln oder ein Schock Zeichen für Gefühle sein. Der Befragte stellt fest, dass es Männern leichter fällt, emotionale Faktoren bei Frauen anzusprechen, wenn ihnen etwas auffällt. So wird angegeben, dass Frauen manchmal gelockt werden müssen, mit Männern über ihre Gefühle zu sprechen. Untereinander dürfte es Frauen leichter fallen, über Erlebnisse zu berichten.

Die Teamzusammensetzung auf den Stationen ist sehr unterschiedlich. Es wird erzählt, dass die Arbeit in reinen Frauenteamen sehr anstrengend ist, weil es vermehrt zu Intrigen und Streitereien kommt. Nur eine Befragte arbeitete in einem reinen Frauenteam, wobei diese von solchen Problemen nicht berichten konnte. Gemischte Teams werden von den Befragten als „runder“ empfunden. Nur ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin berichtete vom Team mit der Hälfte an Männern.

Sprachbarrieren

Zwei Pflegepersonen berichteten explizit von Sprachproblemen mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen. Die anderen Teilnehmer/Teilnehmerinnen erwähnten dies nicht direkt. Durch Situationsbeschreibungen wurden derartige Probleme trotzdem indirekt dargestellt. Patienten/Patientinnen haben manchmal keine oder nur wenige Sprachkenntnisse, wodurch es zu Verständigungsschwierigkeiten kommt. So können Patienten/Patientinnen ihre Beschwerden nicht kommunizieren. Dolmetscher sind nicht in allen Sprachen vorhanden. Häufig wird dann Pflegepersonal zum Übersetzen herangezogen, wobei diesen häufig medizinische Fachbegriffe in der jeweiligen Sprache fehlen und es nicht ihre Aufgabe als Pflegende ist. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin erzählte

auch, dass Dolmetschen nicht gerne übernommen wird, weil er/sie nicht dazu ausgebildet ist, es viel Zeit in Anspruch nimmt und die eigene Arbeit liegen bleibt. Es kommt auch vor, dass Angehörige übersetzen. Aus Sicht der befragten Pflegenden kann man in solchen Situationen die Ängste und Unsicherheiten kaum beseitigen, weil Sprachbarrieren dies verhindern. Gespräche würden helfen, die Betreuung zu optimieren. Informationen liegen zum Teil in mehreren Sprachen auf. Wenn niemand zum Übersetzen zur Verfügung steht, werden zum Teil nur Informationsbroschüren in den verschiedenen Sprachen verteilt, ohne die Betroffenen aufzuklären. Manche Broschüren dürften nur auf Deutsch aufliegen.

Ethik

In nur einem Gespräch wurde Ethik als solche angesprochen. Durch Situationsbeschreibungen geht aber aus allen Interviews hervor, dass es den befragten Pflegenden ein Anliegen ist, die Würde von Patienten/Patientinnen aufrecht zu erhalten. Der Patient/Die Patientin dürfe nicht als Ware deklariert werden, das Wohl des Menschen steht im Vordergrund. Die einzelnen Handlungen müssen mit dem eigenen Gewissen der Beteiligten abgestimmt werden.

Medizinische Entwicklungen

Durch die Erfahrungen im Bereich der Hightech- Medizin konnte ein Beteiligter/eine Beteiligte über seine/ihre Sicht darüber berichten. Zur Entwicklung von Neuerungen, Medikamenten und Maschinen wurde würdeloses Sterben in Kauf genommen und Menschen für Studienzwecke benutzt. Diese Erfahrung lehrte, dass dies nötig ist und helfen kann, bessere Bedingungen für nachfolgende Generationen zu schaffen. So kann sich die Medizin weiter entwickeln und Positives entstehen. Es wurde auch berichtet, dass es auf der Transplantationschirurgie schön ist zu sehen, wenn durch einen Tod ein Leben gerettet werden kann. Hier wird sehr stark ersichtlich, wie eng Tod und Leben beisammen liegen. Die medizinische Technik hilft immer wieder, Zeit zu gewinnen. Einig sind sich die Befragten darin, dass es nicht sinnvoll ist, Maschinen und technische Ressourcen bis zum Äußersten auszunutzen. Zeit mit Patienten und Patientinnen für Angehörige zu schaffen, wird als positiv gesehen. Ein geplanter Tod, also das Abstellen von Maschinen muss gut durchdacht und die Beteiligten darauf vorbereitet werden. In vielen Fällen ist das Abdrehen abhängig von den Angehörigen, wenn diese bereit sind loszulassen.

5. Diskussion

Die Ergebnisse aus den Interviews sollen nun diskutiert werden. Dazu wurden relevante Aspekte mit der vorhandenen Literatur verglichen. Teilweise decken sich die Aussagen, zum Teil sind sie auch konträr zur Literatur.

Costello (2006) und Lowey (2008) geben falsche Hoffnungen, fehlende spirituelle und emotionale Unterstützung als Gründe für Schuldgefühle an. Aus den Gesprächen geht allerdings hervor, dass Schuldgefühle eher im Zusammenhang mit möglichen Fehlern auftreten. Pflegende wollen sich versichern, nichts falsch gemacht zu haben. Diese Vergewisserung kann die selbst auferlegte Schuld nehmen. Ein unterstützendes Team kann diese Schuld ebenfalls nehmen und bietet Sicherheit.

Pflegende geben Oberle (2001) recht, dass nicht immer das „Beste“ für Patienten/Patientinnen im Vordergrund steht, sondern vielfach nach Meinung von Ärzten/Ärztinnen, Pflegenden oder Angehörigen entschieden wird. Durch Migrationsbewegungen muss eine vermehrte Auseinandersetzung mit interkulturellen und spirituellen Fragestellungen stattfinden. (Wiederkumm, 2003) Auch Pflegende sehen, dass dies ein wichtiges Thema für ihren Arbeitsbereich ist. Ein Wertewandel muss in der Gesellschaft stattfinden und ein Bewusstsein geschaffen werden, dass die palliative Pflege und Medizin optimaler integriert werden kann. Neben den fremden Kulturen muss auch die eigene Kultur hinterfragt und beleuchtet werden. Nowarre (2001) bestätigt diese Aussage.

In den Gesprächen wurde immer wieder von den österreichischen Patienten/Patientinnen gesprochen. Patienten/Patientinnen fremder Kulturen fallen mehr auf und sind gut zuordenbar. So wurde von „an die österreichische Kultur angepassten“ Patienten/Patientinnen gesprochen. Interessant wäre hier herauszufinden, wie sich diese Patienten/Patientinnen verhalten und wie sie wahrgenommen werden. Durch die Arbeit mit fremden Kulturen wird viel über diese gelernt, doch der typisch österreichische Patient/die typisch österreichische Patientin wirft Fragen auf. Dass sich diese eher still verhalten und ruhig und angepasst sind, erleben die Pflegenden, wie es aber dazu kommt und was zu Hause bzw. in ihrem Inneren vorgeht, darüber ist nicht viel bekannt.

Gerade im palliativen Sektor wäre eine gute Gesprächsbasis wichtig. Wünsche und Bedenken sollen angesprochen werden können. Ist zu wenig Personal vorhanden, fehlt es an Zeit oder geeigneten Räumen, erfährt die palliative Betreuung Abstriche. Pflegende nehmen den Angehörigen viele Arbeiten ab, die früher selbstverständlich von diesen verrichtet wurde. So war es üblich, dass zu Hause gestorben wird, die Familie vor Ort ist und diese hauptsächlich begleitet. Heute wird vielfach die Verantwortung an der Tür des Krankenhauses abgegeben und Patienten/Patientinnen in fremde Obhut gegeben. Pflegenden fehlt einfach die Zeit und Kraft, sich neben den Patienten/Patientinnen verstärkt um die Angehörigen zu kümmern. Ein Umdenken im Gesundheitssystem müsste dringend stattfinden. Der

Einbezug von Familien in den Krankenhausbetrieb und die verstärkte Beschäftigung mit palliativen Maßnahmen wären Möglichkeiten, Pflegende zu entlasten und ein positiveres Ambiente zu schaffen. Werden Spitäler nicht mehr nur als kurative Einrichtungen gesehen, kann auch die Betreuung optimiert werden. Dazu müsste allerdings eine Veränderung im öffentlichen Bewusstsein stattfinden. Politik, Kirchen, das Gesundheitssystem und die Bevölkerung sind Faktoren, die wesentlich beitragen könnten, ein Umdenken einzuleiten. Um eine einheitliche Auffassung des Begriffs palliativer Pflege zu erlangen, muss an verschiedenen Ebenen angesetzt, aufgeklärt und informiert werden. So sind sich die befragten Pflegenden nicht einig, was palliative Betreuung bedeutet. Einerseits wird von Sterbehilfe gesprochen, andererseits andere mögliche Aspekte der palliativen Pflege aufgezählt. Hier gibt es einen großen Interpretationsspielraum. Neben der allgemeinen Bewusstseinsbildung könnte vermehrt Werbung für Hospize und palliative Versorgung gemacht werden. Dies ist allerdings nur sinnvoll, wenn eine gleichzeitige Aufklärung und Information stattfindet. Es muss eine öffentliche Basis geschaffen werden, offen über die Themen Tod und Sterben zu sprechen. Schreiner und Pack (2002) schlagen vor, dass Pflegende vermehrt an die Öffentlichkeit gehen sollen und die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Leitbildern und die Erwartungen der Gesellschaft an Gesundheitsinstitutionen darlegen.

Zunehmend müssen sich Pflegende mit Patienten/Patientinnen auseinander setzen, die aus der Kirche ausgetreten sind. Welche Wünsche bestehen hier? Soll ein Pfarrer/eine Pfarrerin, ein Seelsorger/eine Seelsorgerin kommen? Wie soll in einem solchen Fall betreut werden? Darauf einzugehen bedarf viel Zeit und Aufmerksamkeit. Die derzeitige Situation erlaubt es kaum, auf solche Wünsche einzugehen, da es an Personal mangelt.

Schaubmayr (2008) beschreibt, dass Tod und Sterben nie zur Routine werden und sich Pflegende ständig damit auseinander setzen müssen. Interessant dabei ist die sogenannte Normalisierung des Todes. Die Befragten berichten, dass Tod und Sterben normal wird. Andererseits wird angegeben, dass dies aber nicht so ist. Aussagen wie „Jeder Tod ist grausam“ lassen erkennen, dass bei jedem Todesfall mitgelitten wird und man sich nicht so leicht damit abfindet. Den widersprüchlichen Aussagen zu diesem Thema sollte nachgegangen werden. Welche Strategien entwickeln Pflegende, um dieses sensible Thema in ihren Alltag zu integrieren? Eine Basis sollte die Ausbildung schaffen. Schaubmayr (2008) präsentiert ein Curriculum zu diesem Thema, das speziell für den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten/Patientinnen entwickelt wurde. Das Phänomen der Normalisierung des Todes in der Pflege sollte ein Diskussionspunkt sein. Eine Auseinandersetzung damit muss stattfinden. Wie es dazu kommt, welche Vor- und Nachteile daraus entstehen und wie diese gefördert bzw. verhindert werden, bedarf einer Diskussion und sollten daher nicht vorbehaltlos integriert werden. Durch das Bewusstmachen aller Aspekte können negative Automatismen reduziert werden.

Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen werden kontrovers diskutiert. Pflegende sind sich nicht einig, wie diese zu handhaben sind. Einerseits wird angegeben, dass sie eine große Hilfe darstellen und Pflegende froh sind, wenn Patienten/Patientinnen eine Verfügung haben. Andererseits wird auch angegeben, dass in bestimmten Situationen nicht gewartet werden kann, zu schauen, ob eine Verfügung vorhanden ist bzw. was sie beinhaltet. Dann muss schnell gehandelt werden. So wurde in den Gesprächen angegeben, dass die Patienten/Patientinnen oftmals gar nicht selbst entscheiden können. Es stellt sich ebenso die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Patientenverfügung/Patientinnenverfügung gemacht wurde. War das während einer besonders guten/schlechten Phase des Krankheitsverlaufs? Wegen des großen Aufwandes und der hohen Kosten verzichten viele Patienten/Patientinnen darauf, eine Patientenverfügung/Patientinnenverfügung zu machen. Aus einem Gespräch geht hervor, dass die mündlichen Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen ebenso gut sind wie die schriftlichen. Von anderer Seite wurde berichtet, dass die Verfügungen nicht angenommen wurden, und es kaum Patienten/Patientinnen mit Verfügungen gäbe. Dagegen spricht die Aussage, dass ein Zuwachs an Patientenverfügungen/Patientinnenverfügungen beobachtet wird. Sie werden als große Hilfe dargestellt, können aber auch als unpraktisch wahrgenommen werden und verunsichern. Auch dieses Thema sollte vermehrt in der Öffentlichkeit diskutiert und von allen Seiten beleuchtet werden.

Eine gemeinsame Philosophie im Team zum Thema Tod und Sterben ermöglicht einen Austausch darüber und hilft, an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten. Fragen dazu, könnten im Team besprochen werden, jeder/jede kann sich einbringen und zusammen kann an Lösungsmöglichkeiten gearbeitet werden. Im Zusammenhang damit sollten auch die Aufgaben der palliativen Pflege diskutiert und erarbeitet und diese, wenn ein externes Palliativteam vorhanden ist, an das gesamte Krankenhaus kommuniziert werden. Widersprüche gibt es immer wieder auch bei den Prioritäten bezüglich Praktikabilität und Wille von Patienten/Patientinnen. Pflegende können ihre Tagesabläufe häufig nach eigenem Ermessen gestalten (ausgenommen Akutsituationen), die Anpassung an die Bedürfnisse von Patienten/Patientinnen fehlt dabei. Verbesserungen in der Kommunikation könnten besonders in der Weitergabe von Wünschen (Tagesablauf: Zeitpunkt von Frühstück, Waschen,...) von Patienten/Patientinnen sein. Wichtig dabei wäre auch, diese zu dokumentieren.

Das Erleben des ersten Todesfalles ist im weiteren Leben sehr präsent. Meinungen und Einstellungen werden dadurch gebildet oder ändern sich. Daher wäre es wünschenswert, wenn diese Zeit und die Vorbereitung darauf besser erforscht werden. Sich Gedanken über bestimmte Situationen zu machen, kann hilfreich sein. Häufig wird aber beobachtet, dass eine Idealisierung bzw. Dramatisierung dabei eintritt. Dies betrifft Pflegende vor ihrem ersten Erlebnis mit Sterbenden und Toten, Angehörige, die sich fürchten, die Gesellschaft, die das Thema zu sehr aus dem Alltag verbannt, aber auch Patienten/Patientinnen, deren Prognosen sich häufig ändern und die oftmals besser damit umgehen können, zu wissen, dass der Tod kurz

bevor steht. Die Ansprüche an die Pflege und das Bild der Pflege in der Gesellschaft weichen von der Realität ab. So wurde im Rückblick berichtet, dass sich der Beruf stark verändert hat. Die Selbstverständlichkeit, mit der Pflegende wahrgenommen werden, macht diesen zu schaffen. Frust, Druck und Stress steigen, während die Anerkennung verloren geht. Hier wäre es wünschenswert, das Bild der Pflege wieder in eine positive Richtung zu lenken. Das soziale Netz in der Gesellschaft hat sich so verändert, dass Kranke an Einrichtungen abgegeben werden, wo früher Familie und Freunde diese Aufgaben übernommen haben. Dieses Bild ist komplett aus den Köpfen der Menschen verschwunden. Es ist selbstverständlich, dass sich Fremde um die Kranken kümmern. Diese Sichtweise könnte helfen, die Anerkennung und Dankbarkeit Pflegenden gegenüber zu erhöhen.

Das Andenken an Verstorbene hilft in der Phase des Trauerns. Dazu wäre es hilfreich, wenn auf den Stationen vermehrt darauf eingegangen werden könnte. Ein Foto von Verstorbenen, eine Haarsträhne oder Ähnliches in einer angemessenen Form wären einfache Mittel, um Angehörigen die Trauerzeit zu erleichtern. Auch die Reaktionen von Personal auf den Stationen beeinflusst vermutlich mehr als bisher angenommen. Pflegende wünschen sich Angebote im Bereich der Angehörigenbegleitung nach Todesfällen. Es wird gewünscht, die eigene Anteilnahme ausdrücken zu können

Der von Küçük (2004) genannte Identitätsverlust von Männern in der weiblichen dominierten Pflegewelt wurde von den Gesprächspartnern/Gesprächspartnerinnen nicht bestätigt. Im Gegenteil wird sehr positiv über männliche Pflegepersonen gesprochen und Pflegerinnen sind dankbar, wenn es auch Männer im Team gibt, da diese einen gewissen Ausgleich schaffen. Da sich die Befragten darin einig sind, dass gemischte Teams angenehmer sind, ist dies ein möglicher Aspekt für Personalabteilungen, sich mit diesem Thema zu befassen. Das gesamte Team profitiert davon und die Zufriedenheit steigt.

Aus beinahe allen Gesprächen ging hervor, dass sich Pflegende mehr Wissen um den Umgang mit Nähe und Distanz wünschen. Dies wurde auch in der Literatur beschrieben. (Beverburg & Mäteling, 2005) Offensichtlich liegen Theorie und Praxis hier weit auseinander. Ideen, diese Kluft zu reduzieren, sind gefragt. Wenn Pflegende erkennen, dass ihnen wichtige Kompetenzen fehlen, wäre es angebracht, dass Schulungen zu diesen Themen stattfinden, um entsprechende Fertigkeiten zu erlangen. Schreiner & Pack (2002) sowie Messner (2007) fordern in diesem Zusammenhang besonders Kommunikationstrainings und Persönlichkeitsentwicklung für Gesundheitsberufe.

Kelly (2000) erwähnt die Kluft zwischen physiologischen, psychologischen und sozialen Aspekten, die immer größer wird. Auch in den Interviews wird ersichtlich, dass das soziale Netz sowohl für Patienten/Patientinnen und Angehörige als auch für Pflegende eine enorme Stütze sein kann. Der Verlust physischer Fähigkeiten ist häufig auch mit dem Verlust sozialer Kontakte verbunden. Isolation entsteht. Menschen mit einem funktionierenden sozialen Netz sind im Leben besser integriert,

sie sind weniger abhängig von anderen und haben eine gewisse Sicherheit. Die emotionale Pflege muss hier ansetzen und Möglichkeiten schaffen, das soziale Netz aufrecht zu erhalten und einzubeziehen. Emotionale Aspekte machen sich auch in den physischen Parametern bemerkbar. So wurde berichtet, dass sich Werte normalisieren, wenn mit komatösen Patienten/Patientinnen gesprochen wird oder sie gestreichelt werden.

In den Gesprächen wird deutlich, dass Pflegende teilweise palliativ arbeiten wollen, sie aber der Meinung sind, dass es zu wenig palliativ ausgebildete Ärzte/Ärztinnen gibt und die Zeitnot es nicht erlaubt, im Berufsalltag palliativ zu arbeiten. Costello (2006) hingegen meint, die medizinischen Probleme im Bereich palliativer Versorgung sind eher gering, die Pflege hinkt der Medizin hinterher. Neben diesen Argumenten tauchte auch das Gefühl auf, dass palliative Arbeit von der eigenen Berufsgruppe nur wenig akzeptiert wird. (siehe auch Nieß, 2001) Als Beispiel wird angegeben, dass Palliativteams „nur mit Patienten/Patientinnen sprechen“ und somit nicht viel zu tun haben. Von außen wird vermutlich nur dieser Aspekt gesehen. Eine hochwertige palliative Pflege bedarf aber enorm viel an Kommunikation zwischen allen Berufsgruppen, Angehörigen und Kranken. Medikation und Maßnahmen müssen mit all diesen Perspektiven abgesprochen werden und Wünsche sollten nicht ignoriert werden. Nebenbei müssen sich alle Beteiligten auf Veränderungen einlassen und eine offene und ehrliche Basis schaffen. Die emotionale Arbeit darf nicht unterschätzt werden. Dazu wären geeignete Räume wichtig. Leider fehlen diese so gut wie überall. Datenschutz und Anonymität sind in Mehrbettzimmern kaum gewährleistet. Das Recht auf Privatsphäre (Pleschberger, 2003) sehen auch die Befragten aufgrund von Platzmangel und Mehrbettzimmern bedroht. Sicherheit und Vertrautheit sind für Sterbende enorm wichtig. Sich Fremden gegenüber zu öffnen fällt schon schwer, sind dann noch weitere Personen anwesend, können Probleme nur schwer angesprochen und offen diskutiert werden. Es wird zwar versucht Patienten/Patientinnen aus den Zimmern zu holen, dies ist aber nicht immer möglich. Somit bleibt vieles ungesagt und kann nicht abgeschlossen werden.

Es wurde zwar nur in einem Interview angesprochen, indirekt wurde aber deutlich, dass Pflegende lieber auf persönliche Probleme angesprochen werden, anstatt sie von sich aus anzusprechen. Aufmerksamkeit gegenüber Kollegen/Kolleginnen ist eine einfache Möglichkeit, Veränderungen zu bemerken und diese zu verbalisieren. Eine mögliche Erklärung für das Nicht –Zeigen von Problemen könnte die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes sein. Auch die Gesellschaft leistet ihren Beitrag zur Zurückhaltung. So muss man sich an Gegebenheiten anpassen und möglichst wenig auffallen. Interessant dabei ist, erstens, dass diese Hemmschwellen nicht nur professioneller Betreuung wie Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen gegenüber bestehen, sondern auch innerhalb des Teams, das einen gewissen schützenden Rahmen bietet, und zweitens, dass fast jeder/jede darüber sprechen will, es von sich aus aber nicht macht. Nicht nur innerhalb des Teams, sondern auch gegenüber Patienten/Patientinnen, sollte mehr darauf geachtet werden, diese nach ihrem

Befinden zu fragen. Schulungen im Bereich der Kommunikation und Persönlichkeitsentwicklung könnten helfen.

Die Betreuung von Angehörigen findet vermutlich eher auf Intensivstationen statt, wenn für die Patienten/Patientinnen nicht mehr viel getan werden kann. Dann haben Pflegende Zeit, sich der Angehörigen anzunehmen und sie bauen Beziehungen zu diesen auf. Auf anderen Stationen ist dies eher nicht möglich, weil Patienten/Patientinnen mehr Zeit beanspruchen und häufig weniger Kontakt zu Angehörigen aufgebaut werden kann.

Würdeloses Sterben wird in Kauf genommen, um Fortschritte in der medizinischen Technik machen zu können. Die Lebenserwartung steigt und Leben kann mittels Technologien verlängert werden. Hierbei stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien Patienten/Patientinnen ausgewählt werden, an Studien und Versuchen teilzunehmen. Geben diese ihre Zustimmung selbst? Bestimmen Angehörige oder Ärzte/Ärztinnen, an wem experimentiert wird? Für die Pflege treten dadurch ethische Konflikte auf. Nicht nur in kurativer Hinsicht, sondern speziell, wenn palliativ gearbeitet werden könnte, dies durch die Forschung allerdings nicht möglich gemacht wird. Sich an Anweisungen von oben zu halten ist in der Pflege normal, auch wenn Pflegende nicht immer einer Meinung mit Ärzten/Ärztinnen sind. Die Bedingungen für selbstständiges Handeln werden Pflegenden schwer gemacht. Ethische Bedenken stellt die Pflege immer wieder vor Herausforderungen. Das eigene Gewissen und die Aufgaben der Rolle als Pflegepersonal müssen gegeneinander aufgewogen werden. Dies ist nicht immer einfach und bringt Pflegende oftmals in ethische Konfliktsituationen. Neben ethischen Bedenken kommen immer wieder auch Probleme bezüglich Sprachbarrieren auf die Pflegeperson zu. Wird ein Patient/eine Patientin nicht verstanden, gibt es zwar verschiedene Möglichkeiten, sich zu verständigen, wie Dolmetscher/Dolmetscherinnen, Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen und fremdsprachiges Personal. Die Betreuung dieser Patienten/Patientinnen bringt aber eine Vielzahl an Problemen. Dolmetscher/Dolmetscherinnen stehen nicht rund um die Uhr zur Verfügung, Patienten/Patientinnen können sich nicht selbst ausdrücken bzw. werden nicht verstanden. Oftmals übersetzen Angehörige, die ihre Version der Krankengeschichte erzählen. Neben den Sprachbarrieren werden immer wieder typische Rollenbilder gelebt. Kommen Patienten/Patientinnen oder deren Angehörige mit sehr starken Rollenbildern auf die Station, sehen sich Pflegende oft nicht in der Lage, sich mit diesen auseinander zu setzen. Auch religiöse Rituale sind nicht immer bekannt.

Auch wenn Angehörige oftmals als lästig und Störfaktoren wahrgenommen werden, so sind sie doch die größte Ressource für Pflegende. (Pichler, 2008) Hilfreich könnten Schulungen sein, die Pflegenden helfen, Angehörige besser zu integrieren und sie in die Pflege einzubeziehen. Das fördert auch gleichzeitig die Beziehung zwischen Angehörigen und Patienten/Patientinnen.

Costello (2001) meint, dass Pflegende ein düsteres Bild über Prognosen abgeben, wenn kein medizinisches Personal zur Verfügung steht. Aus der Praxis berichten die Befragten allerdings einstimmig, dass solche Aufgaben gar nicht übernommen werden, sondern auf den Arzt/die Ärztin gewartet wird. Hier wird ganz klar zwischen den pflegerischen und medizinischen Aufgaben unterschieden.

Die bauliche Situation war in keinem Fall zufriedenstellend. Überall gibt es Schwierigkeiten mit Räumen und Platzressourcen. Bei Umbaumaßnahmen wäre es hilfreich, Pflegende in die Diskussion einzubeziehen, um vorausschauend zu planen und spätere Engpässe möglichst im Vorhinein zu minimieren. Unpassende Räumlichkeiten werden derzeit notdürftig für Verabschiedungen hergerichtet. Das Problem mit Mehrbettzimmern liegt nicht nur am Platzmangel, sondern vertrauliche Informationen, Datenschutz und Anonymitäten können dadurch nicht gewahrt bleiben. Patienten/Patientinnen sind den Blicken anderer ausgesetzt und können oftmals nicht abgeschirmt werden. Auch für Mitpatienten/Mitpatientinnen ist dies belastend, weil sie mitleben müssen.

Abschließend kann man sagen, dass Krankenhäuser durch ihre kurative Ausrichtung kein geeigneter Ort zum Sterben sind. Auf Normalstationen wird nicht/kaum palliativ gearbeitet, weil die Zeit und das Personal nicht vorhanden sind. Ein weiterer Faktor, ist die für Pflegende nötige Distanz, um die Aufgaben der Pflege leisten zu können. Einerseits besteht ein Bedürfnis, für Patienten/Patientinnen da zu sein, der berufliche Alltag lässt dies aber oft nicht zu. Veränderungen in der Hierarchie wirken sich zuerst auf der untersten Ebene aus. Kürzungen machen sich hier fatal bemerkbar und die Bedingungen verschlechtern sich. Die Rolle des Patienten/der Patientin im Spital wird auf den Aspekt der Gesundheit reduziert, die Persönlichkeit und Identität gehen verloren. Ein Umdenken in der Gesellschaft und die vermehrte palliative Ausrichtung von Krankenhäusern können einen offeneren Zugang zum Thema Tod und Sterben schaffen.

6. Literaturverzeichnis

Al-Qurainy, R., Collis, E., & Feuer, D. (2009). Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *International Journal of Clinical Practice*, 63(3), 508-515.

Alsheimer, M. (2008). Regeln und Anregungen für schwierige Gespräche. Todesnachrichten überbringen - eine bedrückende Last! *Praxis Palliative Care*, 1, 14-17.

Barolin, G. S. (2001). Einige besondere Problemfelder. Im Grenzbereich zwischen Leben und Sterben. *Österreichische Krankenhauszeitung ÖKZ*, 5, 57-61.

Beverburg, S., & Mäteling, M. (2005). "Als es ans Sterben ging war ich völlig auf mich allein gestellt". Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. *Pflegemagazin*, 6(H.6), 34-38.

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG). Abschnitt 4. §42. Abschnitt 5. §63. §64.

Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 59-68.

Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (5), 594-601.

Ekman, P. (2007). *Gefühle lesen*. Spektrum Akademischer Verlag. München. 249.

Görgen, F. (2000). Der letzte Countdown. *Altenpflege*, 11, 25.

Gruber, D., Schmid, B., & Schleritzko, S. (2006). Bedürfnisse der sterbenden Menschen. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 4, 23-28.

Hallenbeck, J. (2006). High context illness and dying in a low context medical world. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23(2), 113-118.

Heyland, D. K. (2005). End-of-life Care in Acute Care Hospitals in Canada: a Quality Finish? *Journal of Palliative Care*, 21(3), 142-150.

Kegreiß, M. (2001). Religiöse Bedürfnisse müssen berücksichtigt werden. *Pflegezeitschrift*, 4, 240- 244.

Kelly, D. (2000). Death, dying and emotional labour: problematic dimensions of the bone marrow transplant nursing role? *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 952-960.

Kern, M., Wessel, H., & Ostgathe, E. (2007). Ambulante Palliativbetreuung - Einflussfaktoren auf eine stationäre Einweisung am Lebensende. Zeitschrift für Palliativmedizin, 8, 155-161.

Kübler-Ross, E.. (2001) Interviews mit Sterbenden. Droemer Knaur. München.

Konishi, E. (2001). The right to die and the duty to die: perceptions of nurses in the West and in Japan. International Nursing Review, 48(1), 17-28.

Körber, E. (2006). Palliativbetreuung im Akutspital aus Sicht der Pflegepersonen. Österreichische Pflegezeitschrift, 4, 12-16.

Küçük, F. (2004). Das Recht auf Gefühle im Angesicht des Todes. Pflege aktuell, November, 604-607.

Lawson, B. j. (2008). Palliative Care Patients in the Emergency Department. Journal of Palliative Care, 24(4), 247-255.

Lowey, S. (2008). Letting go before a death: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 63(1), 208-215.

Mayr, B. (2006). Die Wahrheit am Krankenbett. Österreichische Pflegezeitschrift, 4, 10-11.

Mayring, P.: (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Mayring, P.: (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Messner, T. (2007). Der gegenwärtige Tod. Altenpflege, 3, 58-60.

Nieß, U. (2001). Abschied im Krankenhaus. Pflege aktuell, 12, 666-668.

Nowarre, R. (2001). Vielfältige Sterbekulturen. Pflege aktuell, 11, 590-592.

Oberle, K. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions Journal of Advanced Nursing, 33(6), 707-715.

Pichler, P. (2008). Angehörigenbetreuung in der palliativen Betreuung. Österreichische Pflegezeitschrift, 8-9, 6-9.

Pleschberger, S. (2003). In Würde sterben - was heißt das? Procare, 4, 34-37.

Schaubmayr, C. (2008). professioneller Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden. Eine Praktikabilitätsstudie für ein Weiterbildungsprogramm für Stationsteams. *Procure*, 11, 26-28.

Schilling, C., & Seebohm, F. (2007). Wie das Menschenbild die Pflege am Lebensende bestimmt. *Die Schwester Der Pfleger*, 46(1), 46-48.

Schmid, C. (2008). Palliative Care- Kompetenzen für PflegemitarbeiterInnen im stationären und ambulanten Altersbereich. *palliative-ch*, 2, 45-47.

Schreiner, P. W., & Pack, J. (2002). Begegnungen mit Sterben und Tod in der Pflege. *PR- Internet*, 4, 76-90.

Teigeler, B. (2006). "Dem Kranken die Regie für sein Sterben überlassen". *Die Schwester Der Pfleger*, 45(7), 508- 512.

Wiederkumm, M. (2003). Ziel: Lebensqualität. Therapieabbruch und Therapiebegrenzung aus der Sicht der Pflege - Leben sichern und Sterben ermöglichen. *Procure*, 3, 16-20.

Wittkowski, J. (2004). Sterben und Trauern: Jenseits der Phasen. *Pflegezeitschrift*, 12, 2-10.

7. Anhang

Zustimmungserklärung

Maria Mohrenberger

Hauptstrasse 119/RH 14

3021 Pressbaum

maria.mohrenberger@gmx.at

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, um einen Beitrag zu meiner Diplomarbeit zu leisten. Mein Name ist Maria Mohrenberger und ich studiere Ernährungswissenschaft und Pflegewissenschaft. Zum Abschluss meines Studiums Pflegewissenschaft schreibe ich zum Thema „Probleme im Umgang mit Sterbenden aus Sicht der Pflege im Akutspital“. Dazu soll Pflegepersonal befragt werden. Ziel dieser Arbeit ist es, die Probleme die Pflegenden im Umgang mit Sterbenden haben aufzuzeigen, um diese in Zukunft besser bewältigen zu können.

Mit Ihrem Einverständnis erlauben Sie mir, Ihnen Fragen zu diesem Thema zu stellen, das Interview auf Tonband aufzuzeichnen und zu verschriftlichen, zu analysieren und die Ergebnisse zu veröffentlichen.

Die Daten werden anonym und vertraulich behandelt. Sie haben das Recht das Gespräch jederzeit ohne Angabe von Gründen abubrechen und Ihre Zustimmung zurückzuziehen.

Die Ergebnisse werden veröffentlicht, ohne dass Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Alle persönlichen Daten werden anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben.

Das Transskript bzw. die fertige Arbeit werden auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Ich nehme am Interview freiwillig teil und stimme zu, dass meine Daten anonym verwendet werden dürfen. Ich kann meine Zustimmung jederzeit widerrufen.

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Unterschrift der Interviewerin

Datum

Interviewleitfaden

Definitionen

- 1) Wie würden Sie einen guten Tod beschreiben? Beispiel
- 2) Wie würden Sie einen schlechten Tod beschreiben? Beispiel
- 3) Wie war es, als Ihr erster Patient gestorben ist?

Ausbildung

- 4) Wie beurteilen Sie die Ausbildung als Vorbereitung auf den Umgang mit Tod und Sterben?
- 5) Woher haben Sie Ihr Wissen über Tod und Sterben und den Umgang damit?
- 6) Wie hat sich Ihre Einstellung gegenüber Tod und Sterben seit Beginn Ihrer Berufstätigkeit verändert?
 - a. Wie sind Sie früher damit umgegangen?
 - b. Welche Gefühle traten auf?
 - c. Wie ist das jetzt?
- 7) In welchem Maße werden Seminare, Workshops, Fort- und Weiterbildungen angeboten?
 - a. Wie werden diese angenommen?
 - b. Wie kann dieses Wissen in die Praxis integriert werden?
- 8) Welche Fähigkeiten hätten Sie gerne noch, um besser mit Sterbenden und Toten umzugehen?
- 9) Haben Sie Vorbilder im Pflegebereich?

Institutionen

- 10) Welche Rahmenbedingungen müssten geändert werden, um das Sterben im Krankenhaus für alle Beteiligten angenehmer zu gestalten?
- 11) Gibt es einen eigenen Sterbe- oder Verabschiedungsraum?
- 12) Wie reagieren die Mitpatienten auf den Tod eines Patienten?

Team

- 13) Wie erleben Sie die gegenseitige Unterstützung im Team?
- 14) Wie gehen Sie innerhalb des Teams mit Gefühlen um?
 - a. Können diese offen gezeigt werden?
- 15) Sehen Sie Unterschiede im Umgang mit Gefühlen zwischen männlichen und weiblichen Kollegen?
- 16) Wer entscheidet aus Ihrer Sicht über die Art des Sterbens und des Todes?
- 17) Wie gehen Sie mit Entscheidungen um, die sie nicht selbst getroffen haben und denen Sie nicht zustimmen, die sie aber trotzdem ausführen müssen?
- 18) Wie beeinflusst der Zeitpunkt des Todes den Arbeitsalltag?
- 19) Was muss nach dem Tod eines Patienten gemacht werden?

Kommunikation

- 20) Wie empfinden Sie die Kommunikation im Berufsalltag?

- 21) Wie wirkt sich diese auf die Stimmung auf der Station aus?
- 22) Wie sehen Sie die Kommunikation mit:
 - a. Mit Ärzten/Ärztinnen
 - b. Mit Kollegen/Kolleginnen
 - c. Mit Patienten/Patientinnen
 - d. Mit Angehörigen
- 23) Wie erleben Sie die Kommunikation mit weiblichen und männlichen Patienten/Patientinnen?
Gibt es da Unterschiede?
- 24) Fühlen Sie sich von Patienten/Patientinnen verstanden?
- 25) In welchen Bereichen funktioniert die Kommunikation gut?
- 26) In welchen Bereichen funktioniert die Kommunikation schlecht?

Bewältigung

- 27) Welche Strategien wenden Sie an, um mit den Belastungen bezüglich Tod und Sterben im Berufsalltag fertig zu werden?
- 28) Welche Fähigkeiten fehlen Ihnen (oder hätten Sie gerne) im Umgang mit Sterbenden und Toten?
- 29) Welche Gefühle treten bei Ihnen auf, wenn ein plötzlicher Todesfall eintritt?
- 30) Welche Gefühle erleben Sie bei Gesprächen mit Sterbenden?
- 31) Wie schaffen Sie es, eine Beziehung zu Patienten/Patientinnen und Angehörigen aufzubauen und gleichzeitig auf Distanz zu gehen, um den Alltag bewältigen zu können?
- 32) Was würde Ihnen helfen besser mit dem Thema Tod und Sterben fertig zu werden?
- 33) Welche Optionen der Selbstreflexion benutzen Sie?
- 34) Wie nehmen Sie persönlich von Patienten/Patientinnen Abschied?
- 35) Wodurch/Wann identifizieren Sie sich mit Patienten/Patientinnen?
- 36) Welche Probleme werden mit „nach Hause“ genommen?
- 37) Was wünschen Sie sich für Ihr eigenes Sterben und Tod?
- 38) Wie erleben Sie den Abbruch kurativer Maßnahmen?

Gender/Kultur/Ethik

- 39) Sehen Sie Unterschiede im Sterben bei Männern und Frauen?
- 40) Aus medizinischer Sicht sollte es keine Probleme mehr mit Schmerz- und Symptomkontrolle geben. Wie sehen Sie das in der Praxis?
- 41) Welche kulturellen Unterschiede zum Thema Tod und Sterben sind Ihnen in Ihrer Arbeit bisher begegnet?
- 42) Wie können Sie den Angehörigen nach dem Tod des Patienten/der Patientin noch unterstützen?
- 43) Wie weit sehen Sie die palliative Pflege im Akutbereich integriert?
 - a. Wo funktioniert sie?
 - b. Wo kann sie kaum umgesetzt werden?
- 44) Wie kann die Würde eines Patienten/einer Patientin gewahrt bleiben?
- 45) Wie reagieren Angehörige auf die Todesnachricht?
- 46) Sollen Ressourcen an alle verteilt werden oder nur an Patienten/Patientinnen, denen sie noch etwas nützen?

Zusammenfassung

Der Großteil der Bevölkerung stirbt in Krankenhäusern. Diese sind aber durch ihre kurative Ausrichtung keine geeigneten Plätze für die letzte Lebensphase. Pflegende müssen für eine optimale Betreuung kurative und palliative Ansätze vereinen und in den Berufsalltag integrieren. Aus Zeit-, Platz- und Personalmangel ist dies in der Praxis unzureichend durchführbar.

Ziel dieser Arbeit soll sein, die Probleme für Pflegende aufzuzeigen, die entstehen, wenn palliative Patienten/Patientinnen in kurativ ausgerichteten Spitälern behandelt werden. Als Methode wurden qualitative Interviews mit diplomiertem Pflegepersonal mittels eines halbstrukturierten Leitfadens gewählt. Dies soll gewährleisten, dass Pflegende frei und offen über ihre Erfahrungen im Berufsalltag berichten können und nachgefragt werden kann. Die Fragen wurden nach der Bearbeitung der Literatur generiert.

Die spannenden Interviews brachten Ergebnisse, die in drei Bereiche zusammengefasst werden konnten. Diese sind personelle Probleme, die sich unterteilen lassen in inter- und intrapersonelle Schwierigkeiten, Probleme auf struktureller und soziokultureller Ebene. In allen drei Bereichen gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Einige Faktoren müssen als gegeben hingenommen werden, andere lassen sich individuell gestalten und optimieren.

Insgesamt kann die palliative Pflege in allen Bereichen besser implementiert werden, wenn genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Neben der Ressourcenbereitstellung muss auch ein Umdenken in Politik, Kultur, Religion und Gesellschaft stattfinden, das Tod und Sterben integriert und ein reales Bild davon zeigt. Aber auch die Berufsgruppen brauchen eine klare Vorstellung von palliativer Betreuung. Dazu sind alle aufgerufen, sich Gedanken zu machen, wie die Betreuung am Lebensende aussehen könnte.

Abstract

Most people die in hospitals, even though these are no ideal places for end-of-life-care because of their curative focus. Caregivers are required to integrate the curative approach as well as the palliative one in their daily work. However, due to staff related reasons and constant lack of time and space this has not been achieved yet.

The aim of this paper is to illustrate the difficulties and challenges caregivers face when treating palliative patients in a curative setting. To collect relevant data graduated caregivers were interviewed with a semi-structured interview-guide which was compiled after an extensive literary research. By talking to caregivers about their personal experiences at work aspects not mentioned in specialist literature could be considered.

The results can be divided into three categories of problems. First there are personal conflicts which have interpersonal and intrapersonal outcomes. Secondly, there are major socio-cultural problems and difficulties which are caused by structural conditions. Although some problems seem difficult to solve, there is still potential for improvement

Palliative care can be improved substantially given that there are enough resources. There also has to be a change in thinking about aspects of death and dying in the whole association including politics, religious and cultural aspects. Any further tabooing of this natural phenomenon must be avoided and instead a more realistic and rational approach should be favoured. Everybody working in health is invited to think about possibilities to support patients at the end of their life.

Curriculum Vitae

Maria Mohrenberger

30.08.1983, Wien

Hauptstraße 119/RH 14
3021 Pressbaum
maria.mohrenberger@gmx.at

Schulbildung

1990 – 1994	Volksschule Rosseggergasse Perchtoldsdorf
1994 - 2001	AHS unter besonderer Berücksichtigung der musischen Ausbildung, Perchtoldsdorf
Abschluss: Matura	

Aktuell

Seit 2001	Diplomstudium der Ernährungswissenschaften, Universität Wien
Seit 2006	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität Wien
Seit 2006	Therapeutin, Dr. Gerhard Hubmann

Erfahrung

Universität Wien	Praktikum am Institut für Ernährungswissenschaften
EF	Sprachkurs in Hastings
Universität Wien	Niederländisch Spracherwerb 1
PGA	Praktikum beim Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Projekt Gesundes Dorf
