



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Being-with instead of leaving – Beweggründe
Pfleger, in der Palliativpflege zu arbeiten.“

verfasst von / submitted by

Andrea Webersberger, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Palliativpflege - die professionelle Fürsorge, individualisierte Pflege und sensible Begleitung von Menschen in krisenbehafteten Lebenssituationen sowie bei Übergängen zwischen Leben und Sterben stellt eine große Herausforderung dar. Pflegende werden in der Begleitung dieser Lebensphase sehr intensiv mit verschiedenen Belastungsfaktoren wie dem mehrdimensionalen Leiden der zu begleitenden Menschen und deren Angehörigen konfrontiert. Dennoch ist das palliative Setting ein gefragter Arbeitsbereich mit hoher Berufszufriedenheit.

Ziele der Studie: Mit dieser Untersuchung soll erforscht werden, was Palliativpflegende motiviert, sich ganz bewusst dieser herausfordernden Situation zu stellen und ganz im Sinne des Titels dieser Masterarbeit dabeizubleiben, wenn sich Menschen in der letzten Phase ihres Lebens befinden: Beweggründe für „being with instead of leaving“.

Methodik: Zehn leitfadengestützte Interviews wurden zu dieser Thematik mit Palliativpflegenden geführt, anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse sorgfältig analysiert und ausgewertet.

Ergebnisse: Bezüglich der Beweggründe Pflegender, in der Palliativpflege zu arbeiten, konnten drei Hauptkategorien identifiziert werden. Pflegende finden in der Palliativpflege entsprechend adäquate Bedingungen für gute Pflege vor. Zudem können sie sich im palliativen Setting der Erfüllung ihres Berufsethos annähern und ihre Vorstellung von Caring leben. Schließlich erzielen palliativ Pflegende auch konkrete positive Auswirkungen für die zu betreuenden Menschen, deren Angehörigen sowie auch für sich selbst.

Schlussfolgerungen: Palliativpflege ermöglicht den Pflegenden die Umsetzung guter Pflege, Orientierung an den Patientenbedürfnissen, fachliche Weiterqualifikation sowie entsprechend erweiterte Handlungs- und Entscheidungsspielräume: Caringideale der Pflegenden können in diesem Setting realisiert werden. Dieser wertvolle Ansatz sollte einer noch größeren Patientenanzahl zu Gute kommen. Einerseits durch die Weiterentwicklung der palliativen Institutionen, andererseits durch eine vermehrte Integration dieses Konzepts in andere Bereiche der Pflege wie beispielsweise der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen in der stationären Kurz- und Langzeitpflege.

Schlüsselwörter: Palliativpflege, Beweggründe Pflegender, Motivation, Einstellungen palliativ Pflegender

Abstract

Background:

Palliative Care, the professional and individual relief and the sensitive support to people in critical situations and transitions between life and death, is a great challenge. Professional carers are at this point intensely confronted with the many varied ailments the people in their care and their relatives have to deal with. Despite that, the palliative care setting is a very popular branch of professional care and has a very high job-satisfaction.

Objectives:

This study aims to research the motives of professional carers, to face the challenge of supporting people in the final phase of their lives and choose to stay instead of leaving, just like the title „being with instead of leaving“ of this Master Thesis suggest.

Method:

Ten guided interviews about this topic were held with carers in palliative medicine and this content was subsequently carefully analyzed and evaluated.

Results:

In relation to the motives of professional carers, three main categories were identified. Carers find adequate conditions for professional and satisfying nursing in palliative care. Furthermore, they can approach their personal work-ethics and live their vision of professional caring. Finally, through working in palliative care, they can experience the tangible positive effects their work has for the people they care for, the relatives of those who are in their care and also for themselves.

Conclusions:

Palliative care enables professional carers to conduct satisfactory care, to respond to their patient's needs, receive skilled further training and with that respectively gain an extended scope of action.

The carer's ideals of caring can be realized in this setting. This valuable approach should be made available to a larger number of patients. Both through further development of palliative Institutions as well as increased integration of this concept in other fields of nursing, for example the interaction with people suffering from dementia who are living as inpatients in short or longterm care.

Keywords:

Palliative Care, nurses, reasons for work, motivation to work, attitude palliative care nurses

In dieser Masterarbeit wurden, so weit wie möglich, aus Gründen der besseren Lesbarkeit geschlechtsneutrale Formulierungen gewählt oder teilweise auch die männliche Form verwendet. Die gelegentliche Verwendung der männlichen Form bezieht in dieser Masterarbeit selbstverständlich auch die weiblichen Repräsentantinnen mit ein. In den Transkripten wurde die konventionelle Schreibweise, entsprechend der jeweiligen tatsächlichen verbalen Interviewpassagen angewandt.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	ERKENNTNISINTERESSE UND ZIEL.....	2
1.2	FORSCHUNGSSTAND	4
1.3	THEMA DER ARBEIT UND FRAGESTELLUNGEN	8
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	9
2.1	TRADITION UND WURZELN DER PALLIATIVPFLEGE.....	9
2.1.1	<i>Palliativ Care</i>	10
2.1.2	<i>Status quo Palliativpflege in Deutschland und Österreich</i>	12
2.1.3	<i>Multiprofessionalität und die Rolle/Aufgaben professioneller Palliativpflegepersonen</i>	13
2.2	BERUFSMOTIVATION UND ZUFRIEDENHEIT VON PFLEGENDEN	15
2.3	CARING – DIE SORGE FÜR DAS WOHLBEFINDEN.....	16
2.3.1	<i>Jean Watson – Theorie der menschlichen Zuwendung</i>	17
2.3.2	<i>Elisabeth Conradi – Take care</i>	19
3	METHODIK.....	21
3.1	METHODOLOGIE	21
3.2	DATENERHEBUNG.....	22
3.3	KRITERIEN ZUR AUSWAHL DER INTERVIEWPERSONEN.....	23
3.4	REKRUTIERUNG DER INTERVIEWPERSONEN.....	23
3.5	DATENAUSWERTUNG.....	24
3.6	GRUNDSÄTZE ZUR WAHRUNG DER GÜTEKRITERIEN	26
3.7	ETHISCHE ASPEKTE	28
4	ERGEBNISSE DER FORSCHUNGSARBEIT	29
4.1	GESAMTERGEBNISDARSTELLUNG.....	29
4.2	BEDINGUNGEN FÜR GUTE PFLEGE VORFINDEN.....	31
4.2.1	<i>Mono- und multidisziplinäre Teamarbeit</i>	31
4.2.2	<i>Einen Unterschied zur Normalstation empfinden</i>	34
4.2.3	<i>Herausforderungen bewusst annehmen</i>	38
4.2.4	<i>Grenzen erkennen und wahren</i>	44
4.3	SICH DER ERFÜLLUNG DES BERUFSETHOS NÄHERN	47
4.3.1	<i>Das berufliche Ideal finden</i>	47
4.3.2	<i>In einer „anderen Welt“ pflegen zu können</i>	49
4.3.3	<i>Handlungsspielraum erleben und Wissensspektrum erweitern</i>	53
4.4	POSITIVE AUSWIRKUNGEN ERZIELEN	56
4.4.1	<i>Autonomie und Würde wahren</i>	56

4.4.2	<i>Fürsorge in der letzten Lebensphase</i>	59
4.4.3	<i>Das Gespräch als Element der Pflege</i>	63
4.4.4	<i>Bewusster Leben und die Endlichkeit reflektieren</i>	66
4.4.5	<i>Für sich sorgen und Kraft schöpfen</i>	69
5	DISKUSSION	72
6	LIMITATIONEN	79
7	SCHLUSSFOLGERUNGEN	79
8	LITERATURVERZEICHNIS	82
9	ANHANG	87
9.1	GESPRÄCHSLEITFADEN	87
9.2	INFORMIERTE ZUSTIMMUNG	88
9.3	INFORMATIONSSCHREIBEN	89

1 Einleitung

Palliativpflege, die Fürsorge für Menschen in der letzten Lebensphase, hat sich während der vergangenen 20 Jahre als eigenständiger Fachbereich in der Gesellschaft wie auch im Gesundheitswesen etabliert. Seit 1996 hat sich die Anzahl der Palliativstationen und –einheiten in Deutschland mehr als verzehnfacht. Diese Entwicklung hat zu neuen Weiterbildungs- und Studiengängen in der Palliativpflege geführt, um den hierfür erforderlichen fachlichen, personalen, methodischen und sozialen Kompetenzen gerecht zu werden. Palliativpflege setzt sich dabei hohe Ziele: Zum Einen belastende Symptome zu lindern und zum Anderen emotionale, soziale oder spirituelle Bedürfnisse der Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen Erkrankungen zur Erreichung bestmöglicher Lebensqualität miteinzubeziehen (Müller, Pfister, Markett und Jaspers, 2010).

Die Pflege und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die nicht auf die Begleitung beim Sterben reduziert werden sollte. Palliativpflege umfasst vielmehr das Dasein und Dableiben im Auf und Ab des Krankheitsverlaufs, in krisenhaften Situationen wie auch in Phasen der Restabilisierung. Palliativpflege ist ein eigenständiger Bereich, der sich neben der Prävention, Kuration und Rehabilitation als eigene Behandlungsstrategie entwickelt hat (Ewers, 2009). Durch das Bewusstsein für die Einmaligkeit von Situationen und den oft nicht verschiebbaren Handlungsbedarf gilt es im Palliativsetting bewusst Prioritäten zu setzen, was ein hohes Maß an Sensibilität und Flexibilität erfordert. Zudem kommt es im täglichen Mit-Sein auch zu herausfordernden und belastenden Situationen (Ewers, 2009).

Ablett und Jones (2006) konstatierten unter anderem folgende Belastungsfaktoren: nicht therapierbare Schmerzen, das mehrdimensionale Leiden der Betroffenen, die Begleitung jüngerer Menschen sowie die Sterbebegleitung von Menschen, mit denen sich die Pflegenden stärker identifizieren. Trotz dieser hohen physischen und psychischen Anforderungen wurde in einigen Studien festgestellt, dass die Arbeitszufriedenheit von den palliativ Pflegenden als hoch eingeschätzt und die Auseinandersetzung mit dem Tod mit mehr Selbstverwirklichung und persönlicher Reifung verbunden wurde (Ablett & Jones, 2006, Ewers, 2009). Zudem existieren bei der personellen Nachbesetzung von Pflegekräften auf Palliativstationen häufig Wartelisten, was für ein zunehmendes Interesse an diesem Fachgebiet spricht. Selbst in der eigenen Berufsgruppe gibt es sehr

divergente Einstellungen zur Palliativpflege, von „das mache ich schon seit Jahren so auf Normalstation“, bis hin zu „das könnte ich nicht machen“ oder „das könnte ich hier nie umsetzen“ (Aurnhammer & Augustyn, 2005). Diese Faktoren lassen insgesamt den Rückschluss zu, dass es Elemente gibt, die Pflegende motivieren, bewusst in der Palliativpflege zu arbeiten und bei ihnen Arbeitszufriedenheit auslösen. Deshalb zielt diese Arbeit darauf ab, Beweggründe und Besonderheiten in der Palliativpflege zu entdecken, die dazu führen, dass Pflegende sich für die anspruchsvolle Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase entscheiden.

1.1 Erkenntnisinteresse und Ziel

Palliativpflege hat als spezieller Tätigkeitsbereich der ambulanten und stationären Gesundheits- und Krankenpflege eine rasante Entwicklung erfahren. Um als spezielle Disziplin zu gelten, müssen die folgenden Kriterien erfüllt sein: ein eigener Wissensbereich mit eigener Wissensbasis und der Bedarf an besonderen Fertigkeiten (Randall & Downie, 2014). Laut Ewers (2006) wird durch die Entwicklung der therapeutisch-technischen Interventionsmöglichkeiten und dem demografischen Wandel eine kontinuierlich wachsende Anzahl sterbender Menschen in höherem Lebensalter zu versorgen sein und somit der Bedarf an palliativer Versorgung steigen. Mit der Pflege und Versorgung von Menschen am Lebensende sind viele komplexe Herausforderungen verbunden. Unter anderem zählen dazu der Umgang mit dem Faktor Zeit, die Thematik Nähe und Distanz, die verschiedenen Dimensionen der Gefühlsarbeit sowie die Interaktions- und Kommunikationsgestaltung mit den erkrankten Menschen und deren Angehörigen (Ewers, 2006).

Die Literaturrecherche ergab, dass ethische Problematiken wie die Bandbreite beziehungsweise Konsequenz lebensverlängernder Maßnahmen, nichttherapierbarer Schmerz sowie Interventionen im Rahmen der pflegerischen Betreuung am Lebensende und während des Sterbens zentrale Themen der Forschung sind. Forschungsarbeiten bezüglich der Palliativpflegepersonen selbst befassen sich hauptsächlich mit deren Rolle, ihren Haltungen und Einstellungen als *core attitudes*. Deren Beweggründe sind kaum in Studien erfasst worden, besonders im deutschsprachigen Raum mangelt es an Forschung zur Motivation palliativ Pflegender. Georges, Grypdonck und Dierckx de Casterle (2002) kamen in ihrer qualitativen Untersuchung *about nurses' perceptions of palliative care nursing* bezüglich der Gründe, warum Palliativpflege als Arbeitsbereich

gewählt wird, unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Fürsorge für das Wohlbefinden und die Möglichkeit der Bedürfniserfüllung für die Pflegenden von zentraler Bedeutung sind. Zum anderen wurde von den Befragten die professionelle Aufgabe, fachlich den Pflegeprozess bestmöglich zu gestalten und kreative, individuelle Problemlösungsansätze zu entwickeln, als Motivator benannt.

Das Wesen der Begleitung besteht in dem „Ganz-anwesend-Sein“, welches von Tausch-Flammer (zit. aus: Geiss-Mayer, Ramsenthaler, & Otto, 2009, S. 19) wie folgt beschrieben wird: „Sicher, wir können durch unser Tun helfen, aber auf der tiefsten Ebene helfen wir durch die Qualität dessen, was wir sind. Darum ist es so wichtig, dass wir uns selbst entwickeln, uns selbst kennen lernen.“ Diese innere Einstellung zur palliativen Arbeit hat demnach viel mit der persönlichen Einstellung, der eigenen Identität und dem inneren Halt zu tun, sowie Faktoren, die palliativ Pflegende als tragend und motivierend für ihre Berufstätigkeit empfinden (Geiss-Mayer et al., 2009).

In einer Fragebogenerhebung wurden 350 professionell Pflegende im Palliativbereich in Deutschland hinsichtlich ihrer Grundhaltung befragt. Übereinstimmend wurde dabei die Grundhaltung als bestimmend für die Umgangskultur und Werthaltung beschrieben, die auch das Denken und Handeln bestimmt. Fast die Hälfte der Befragten bestätigte eine Veränderung ihrer Grundhaltung durch die Arbeit mit sterbenden Menschen. Als Veränderungsbereiche wurden vor allem die eigene Prioritätensetzung und die Art der Wahrnehmung sowie die Form der Patientenbegleitung aufgeführt. Die Achtung von Würde, Individualität, Bedürfnissen und die Entscheidungsfreiheit traten bei den Angaben zu kontextuellen Faktoren besonders hervor (Simon, Geiss, & Krischke, 2008).

Das Interesse an den Beweggründen palliativ Pflegender entstand bereits 2013 bei der Generierung forschungsrelevanter Themen in der Lehrveranstaltung „Forschungswerkstatt“ im Rahmen des Masterstudiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Die Gespräche und Erkenntnisse aus diesem intensiven Transfer-Forschungsprojekt waren ein entscheidender Motivationsfaktor für diese Masterarbeit. Weitere Interviews sowie eine vertiefte qualitative Inhaltsanalyse des gesamten Datenmaterials haben das Ziel, die Berufsmotivation der Palliativpflegenden zu ergründen und herauszufinden, was sie bewegt, trotz hoher Belastungsfaktoren in diesem anspruchsvollen Bereich zu arbeiten.

1.2 Forschungsstand

Dieses Kapitel widmet sich dem aktuellen Forschungsstand bezüglich der Beweggründe von Pflegekräften, im Palliativbereich zu arbeiten. Zunächst wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche näher erläutert, im Anschluss daran werden die relevanten Forschungsergebnisse aufgeführt.

Die Literaturrecherche fand in zwei Phasen statt. Die erste Phase bildete die Lehrveranstaltung „Forschungswerkstatt“ im Rahmen des Masterstudiums Pflegewissenschaft der Universität Wien. 2013 wurde dabei von den Projektmitgliedern in den Online-Fachdatenbanken MEDLINE, PubMed, Scopus, CINAHL sowie Care-Lit zur Fragestellung recherchiert. Die verwendeten Suchbegriffe bei der Suche nach deutsch- und englischsprachigen Studien lauteten Palliativpflege/Palliative Care, Pflegekräfte/Nurses, Beweggründe/motivation to work, Einstellungen/attitudes, reasons. Diese wurden mit entsprechenden Operatoren verbunden. In der zweiten Recherchephase 2015 wurden diese und weitere Suchbegriffe wie causes/inducement verwendet. Durch die Nutzung der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien wurde der Zugang zu relevanten Studien und Fachliteratur in Buchform erleichtert.

In der Literatur finden sich kaum Forschungsarbeiten zu den Beweggründen, warum sich Pflegekräfte bewusst in die herausfordernde Situation der Begleitung von Menschen am Lebensende begeben. Sehr häufig wurden hingegen die Rollen und Haltungen der Palliativpflegenden beforscht. In einer diesbezüglichen allgemeinen Befragung (Aurnhammer & Augustyn, 2005) gaben die Pflegekräfte eine hohe Identifikation mit ihrer beruflichen Rolle an. Die Palliativpflege ermöglicht es ihnen, so zu pflegen, wie es ihrem Berufsideal entspricht und zugleich eine Stärkung ihres beruflichen Selbstbewusstseins zu erfahren. Die Kluft zwischen dem, was Pflegenden an Professionalität anbieten können, und dem, was das Gesundheitssystem an Verwirklichung ermöglicht, wird als groß beschrieben, weshalb der Palliativbereich auch als Ort der Umsetzung beruflicher Ideale empfunden wird. Als Bereicherung wird die persönliche Reifung durch die Auseinandersetzung mit den Lebensthemen Trauer, Sterben und Tod benannt, was auch zur Reflektion des eigenen Lebens führt. Doch führt die Arbeit in diesem Grenzbereich zwischen Leben und Sterben auch zu Belastungen, in dem persönliche Grenzen überschritten werden können. In einer aktuellen Studie wurden in den USA 1357 Palliative Care Clinicians mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau mittels Fragebogen zu ihrem Belastungslevel befragt (Kamal, Bull, Wolf, Swetz, Shanafelt, Ast. Kavalieratos, Sinclair & Abernethy, 2016). Die Auswertung führte zu folgenden markanten Ergebnissen: 59,5% der Befragten gaben an, in hohem Ausmaß emotional erschöpft zu sein, 29,9%

empfanden mittelgradige Erschöpfung. Hochgradige Depersonalisation, eine Veränderung des ursprünglichen Persönlichkeitsgefühls empfanden 24%, mittelgradig sogar 51,5%. Insgesamt zeigte sich bei den nonphysician Clinicals (nichtärztliches Fachpersonal) mit 66% ein hohes Level an Burnoutsymptomen, welches mittels des Maslach Burnout Inventory Human Services Survey erhoben wurde. Nur 42% gaben an, dass ihre Work-life-balance ausgeglichen sei und sie genug Zeit für sich und ihre Familie hätten. Um sich persönlich zu stärken und einem Burnout zu entgehen, gaben über 50% der Befragten die folgenden Strategien an: Gespräche und Unterstützung von Familie und Freunden – Entspannung und Erholung über Freizeitaktivitäten und Hobbys – Nutzung von Urlaub und Auszeiten. Dies führt zu dem Gedanken, dass Palliativpflegende großen Herausforderungen mit ihrer persönlichen Resilienz begegnen und ihr Befinden sehr sensibel beobachtet werden sollte.

Kesseli und Hantikainen (2012) konnten nach Analyse mehrere Studien zum Rollenerleben der Palliativpflegepersonen in der Kategorie der Herausforderungen folgende Elemente herausfiltern:

Mangel an Zeit und/oder Anerkennung der Rolle der Palliativpflegenden, sich verantwortlich fühlen und Misserfolge zu haben, unterschiedliche Sichtweisen im multiprofessionellen Team sowie Barrieren beim Übergang von kurativer zu palliativer Betreuung. Zugleich wurde die aktive Rolle der Pflegenden in der Beziehungsgestaltung mit den zu betreuenden Menschen identifiziert. Beziehung wird einerseits als Bereicherung, andererseits auch als Belastung hinsichtlich der Balance zwischen Nähe und Distanz in der Interaktion empfunden. Palliativpflege scheint trotz all der bestehenden Belastungsfaktoren ein attraktives Setting mit hoher Arbeitszufriedenheit zu sein, in der die Arbeit als erfüllende Tätigkeit empfunden wird, wie eine bundesweite quantitative Studie ergeben hat (Müller et al., 2010). Als sehr belastend wurde zwar der nicht erfüllte Anspruch der Palliativmedizin, vor allem im psychosozialen und medizinischen Bereich, empfunden. Zudem zeigte sich, dass mangelnde zeitliche wie auch personelle Ressourcen und die Nähe in der Patientenbeziehung als Stressor wirken.

Die Studie identifizierte hingegen das Team, Humor und das Privatleben als bedeutsamste Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod. Zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit führen der kollegiale Austausch sowie die gegenseitige Unterstützung, ein zu bewältigendes Arbeitspensum mit entsprechender Zeit für Patientengespräche sowie eine angenehme Atmosphäre (Ablett et al., 2006). In dieser qualitativen Studie und auch bei Ewers (2009) wurde es als Privileg beschrieben,

Menschen in ihrer letzten Lebensphase pflegen und begleiten zu dürfen und dadurch selbst ein Bewusstsein für die Einzigartigkeit eines jeden Tages zu entwickeln.

Ähnliche Erkenntnisse spiegeln sich auch in der qualitativen Studie von Georges et al., (2002) wieder. Zehn Palliativpflegekräfte wurden bezüglich ihrer Beweggründe und Rolle, positiven wie auch belastenden Situationen, Erfahrungen in Hinblick auf das Arbeiten im multidisziplinären Team und ihrer Mitwirkung zur Erreichung von Lebensqualität interviewt. Als Motivator wurde die professionelle fachliche Weiterentwicklung genannt, welche die Verbesserung der Symptome durch adäquate Interventionen und kreative Lösungsansätze ermöglicht. *Being available* beschreibt eine gewisse Grundhaltung, zu der die Präsenz in Form des für andere Da-seins und die Achtsamkeit in der Patienteninteraktion zählt. Das Erkennen und Erfüllen von Patientenbedürfnissen ist von zentraler Bedeutung, ebenso die Fähigkeit, auch nonverbale Signale zu erkennen oder intuitiv zu erfassen. Zu den Strategien im Umgang mit herausfordernden Situationen zählt hier die persönliche Abgrenzung zum Leid der Betroffenen, die sich in der Fokussierung auf die Symptomlinderung und einer distanzierteren Pflegebeziehung zeigt. Belastende Situationen werden mit den Kollegen geteilt und besprochen. Authentizität spielt hier eine große Rolle, sich der eigenen Gefühle bewusst zu werden, persönliche Grenzen zu erkennen und diese auch einzuhalten. Diese Studie kam auch zu dem Ergebnis, dass es für die Pflegenden wichtig ist, therapeutische Behandlungsgrenzen, beispielsweise bei der Schmerzbehandlung, zu akzeptieren und nicht als persönlichen Misserfolg zu werten. Dies könnte laut den Autorinnen durch eine reflexive Pflegepraxis mit stetiger moralischer Weiterentwicklung (moral imagination) realisiert werden.

Zusammenfassend lässt sich die Situation im palliativen Setting wie folgt beschreiben:

Palliativpflege ist ein spezielles Fachgebiet, für das spezifisches Wissen, aber auch eine gewisse Grundhaltung nötig ist. Die Pflegenden erleben dort Grenzsituationen und enorme Herausforderungen, darin liegt aber auch die Chance zur persönlichen Reflexion und Weiterentwicklung. Das Burnout-Risiko ist deutlich erhöht. Durch die Zusammenarbeit im Team, einer reflexiven Pflegepraxis und ausgleichender Selbstfürsorge kann diesem Risiko entgegengewirkt werden. Es stellt sich die Frage, warum sich Palliativpflegekräfte bewusst in die herausfordernden Situationen in der letzten Lebensphase des Menschen begeben. Warum bleiben sie da, wo viele weggehen?

Diesen Fragen soll im Rahmen dieser Arbeit nachgegangen werden, um das Besondere, das „gewisse Etwas“ der Arbeit in der Palliativpflege zu erfassen. Die Bedeutungszuschreibung spielt dabei eine zentrale Rolle (Krüger, 2010): Menschen handeln Dingen gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung, die diese Dinge für sie

haben. Die persönliche Bedeutung für Pflegende auf einer Palliativstation zu arbeiten und die Veränderung der persönlichen Einstellungen können Hinweise auf Bedeutungszusammenhänge sein. Im Sinne des symbolischen Interaktionismus entsteht die Bedeutung der Dinge durch soziale Interaktion und ist die Grundlage von Handlungen. Dies könnte im Kontext einer Palliativstation beispielsweise wie oben erwähnt die positive Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden sein. Inwieweit diese Beziehung das Besondere des stationären Palliativ-Bereiches ausmacht, gilt im Rahmen dieses Forschungsbereiches zu klären. Ein weiterer Beweggrund in diesem Bereich zu arbeiten könnte die gute Teamarbeit auf einer Palliativstation sein. Die Teamphilosophie wird als entscheidend für eine erfolgreiche Kooperation im Palliativteam angegeben (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm, & Radbruch 2007). Der Facettenreichtum der möglichen Bedeutungen, welche die Palliativpflege für die darin tätigen Pflegepersonen annehmen kann, scheint groß und noch relativ wenig untersucht zu sein.

Hinsichtlich unserer alternden Gesellschaft, der steigenden Institutionalisierung des Sterbens und somit des voraussichtlichen Weiterwachstums der Palliativarbeit, ist es gemäß Freiling (2009) umso wichtiger, Einblicke in das Wesen der Palliativpflege zu geben. Es ist auch ein möglicher Ansatzpunkt, tragende Elemente in der Palliativpflege in Erfahrung zu bringen, um diese zu stärken und dieses wichtige Gebiet der Pflege auch weiterhin als attraktives Arbeits-Setting aufrecht zu erhalten. Aurnhammer & Augustyn (2005) merken diesbezüglich durchaus kritisch an, dass der Palliativbereich als struktureller Kristallisationspunkt mit seinem Erfolg in der multidisziplinären, ganzheitlichen Behandlung wirke. Entsprechend der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen stelle sich nun die Frage, wie sich die erhöhten Personal- und Sachkosten in Zukunft finanzieren lassen und dieser wertvolle Fachbereich in seiner elitären Form weiterbestehen könne.

1.3 Thema der Arbeit und Fragestellungen

Diese Masterarbeit trägt den Titel: „Being-with instead of leaving – Beweggründe Pflegender in der Palliativpflege zu arbeiten.“ Das zentrale Erkenntnisinteresse richtet sich auf die Motivation von Pflegekräften, im stationären palliativen Setting Menschen in der letzten Lebensphase zu begleiten.

Die konkrete Fragestellung lautet:

Welche Beweggründe leiten Pflegende auf einer Palliativstation zu arbeiten?

Folgende Teilfragen sollen vertiefend die Hauptforschungsfrage abdecken:

Was ist das Besondere für Pflegende im stationären Palliativ-Bereich zu arbeiten?

Was unterscheidet Palliativpflege von Pflege auf anderen Stationen und macht sie somit zu etwas Besonderem?

Welche positiven Aspekte erleben die Palliativ-Pflegenden in ihrer Arbeit?

2 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel widmet sich dem Ursprung sowie den theoretischen Grundlagen und dem aktuellen Entwicklungsstand der Palliativpflege, stellt grundsätzliche Überlegungen bezüglich der Berufsmotivation Pflegender dar und gibt einen Einblick in das Caring als die Sorge für das Wohlergehen anderer Menschen. Da der Caringaspekt in der Palliativpflege von zentraler Bedeutung ist, wird darauf näher eingegangen. Abschließend werden zwei Caringkonzepte aus pflegetheoretischer sowie philosophischer Sicht näher erläutert und schaffen somit einen theoretischen Bezugsrahmen für das pflegerische Handlungsfeld der Palliativ Care.

2.1 Tradition und Wurzeln der Palliativpflege

Die heutige Palliativpflege lässt sich auf religiöse Ordensgemeinschaften zurückführen, die den Tod als natürliches Ende eines sinnerfüllten Lebens akzeptierten und sich der Betreuung sterbender Menschen widmeten. Der Tod war in früheren Zeiten der Bader und fernab heutiger Versorgungssysteme eher ein soziales Ereignis als ein medizinisches. Angehörige und Freunde fanden sich beim Sterbenden ein, um sich gegenseitig zu stützen und Trost zu geben (Randall & Downie, 2014). In Großbritannien wurde in den 1960er Jahren dieser Gedanke in der Hospizbewegung aufgegriffen. Das Sterben wurde als natürlicher Prozess angesehen, den es zu unterstützen galt und nicht als Feind, der mit allen Mitteln bekämpft werden musste. Hospize schafften eine unterstützende, fürsorgliche Umgebung für sterbende Menschen, indem sie Möglichkeiten zu Gesprächen, zum Zuhören und Nachdenken gaben und die Unabhängigkeit der Patienten so lange wie möglich erhielten (Davy & Ellis, 2010). Saunders eröffnete 1967 das St. Christopher`s Hospice, welches sich durch die Intensivierung der Symptomkontrolle, insbesondere der gezielten Schmerztherapie, von den bisherigen Hospizen unterschied und gab den Patienten bei der Aufnahme das folgende Versprechen (Saunders, 1993):

„Wir werden alles tun, um Ihre Beschwerden zu lindern und wir werden Sie niemals alleine lassen – es sei denn, Sie möchten das“ (Student & Napiwotzky, 2011, S. 4). Mit steigendem Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung konnte die Anzahl der Hospize nicht mehr dem Bedarf gerecht werden. Zudem zeigte sich, dass viele Menschen, anstatt für Wochen oder Monate, sogar noch über Jahre mit progredienten Krankheiten weiterlebten. Das Ziel der Hospizarbeit verlagerte sich dadurch in Richtung „Patienten helfen, «mit ihrer

Krankheit zu leben», anstatt ihnen trotz der Krankheit «einen schönen Tod zu ermöglichen»_“ (Davy & Ellis, 2010, S. 17). Dies war der Schritt von der terminalen Pflege hin zur palliativen Pflege. Palliativpflege ist dabei der Begriff, welcher den Grundsätzen der Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit einer fortschreitenden Erkrankung sowie den Maximen der Hospizarbeit entspricht. Palliativpflege stellt orts- beziehungsweise institutionsunabhängig ein übergeordnetes Konzept dar (Student & Napiwotzky, 2011), auf welches im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

2.1.1 Palliativ Care

Palliative Care ist ein umfassender Begriff, der sich schwer übersetzen lässt und deshalb auch im deutschsprachigen Raum verwendet wird. Im Wort palliativ findet sich das lateinische Wort pallium, welches mit Mantel, Hülle oder Bedeckung übersetzt werden kann. Laut dem Oxford English Dictionary bedeutet das Verb «to palliate» die Symptome einer Krankheit zu lindern sowie Leiden abzuschwächen beziehungsweise zu lindern (Randal & Downie, 2014). Das englische Wort «care» ist eine umfassende Bezeichnung, übersetzbar mit den Begriffen der Betreuung, Sorge, Fürsorge. DalPezzo (2009) bietet in ihrer Konzeptanalyse bezüglich Nursing Care die folgenden Bedeutungen hinsichtlich «care» als Substantiv an: Pflichtgefühl, Sorgfalt und Behutsamkeit, sowie Schutz, Obhut und Wahrung der Sicherheit. Sie beschreibt Nursing Care als einen «sachkundigen, sicheren, hochqualitativen, ganzheitlichen, ethischen, kollaborativen, individualisierten zwischenmenschlichen Prozess, dessen Planung und Umsetzung auf der bestmöglichen Evidenz basiert, sich positiv auf das Patientenoutcome auswirkt, die Gesundheit optimiert, Symptome lindert oder einen friedvollen Tod ermöglicht » (DalPezzo, 2009, S. 261, eigene Übersetzung). Davy und Ellis (2010) beschreiben das zentrale Anliegen der Palliative Care wie folgt: die Qualität des noch verbleibenden Lebens und des Sterbens von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen zu verbessern und ihre Familien sowie Freunde dabei zu unterstützen. Palliativ Care ist im stationären Setting in Hospizen, Palliativstationen und Langzeitpflegeeinrichtungen sowie im ambulanten Bereich ein etabliertes Konzept geworden. Das Betreuungskonzept Palliative Care beruht auf einem weltweiten Konsens, dem auch die World Health Organisation (WHO) durch die 2002 revidierte Version ihrer Definition Rechnung trägt:

„Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie mit lebensbedrohlichen Erkrankungen verbunden sind und zwar durch die Vorbeugung und Erleichterung von Leidenszuständen, durch frühzeitiges Erkennen sowie durch die einwandfreie Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art (WHO, 2002)“.

Zur näheren Erläuterung dieses Betreuungskonzepts führt die World Health Organisation weitere Charakteristika auf: Palliative Care

- schafft Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Vorgang an, ohne diesen zu beschleunigen oder zu verlängern.
- schließt psychologische und spirituelle Aspekte mit in die Versorgung ein.
- bietet den Patienten ein Unterstützungssystem an, welches ihnen eine weitestgehend aktive Lebensgestaltung bis zum Tod ermöglicht.
- bietet den Angehörigen im Krankheitsverlauf sowie in der Trauerarbeit Unterstützung an.
- arbeitet mit einem Teamansatz, um die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen, einschließlich der Trauerbegleitung bei Bedarf zu decken.
- zielt darauf ab, die Lebensqualität zu verbessern und kann den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.
- wird bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung eingesetzt, in Verbindung mit anderen Therapien, deren Ziel das Leben zu verlängern ist, wie beispielsweise Chemo- und Strahlentherapien und beinhaltet auch Untersuchungen, um Beschwerden oder klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können (WHO 2002, eigene Übersetzung).

Diese sehr umfangreiche ergänzende Definition weicht von der ursprünglichen Schlichtheit der Grundgedanken der hospizlichen Idee etwas ab; es steht eher Aktionismus im Vordergrund. Die Anhänger des Hospizethos äußern Bedenken, die Palliative Care zu sehr der Medizin zu überlassen, die das Symptommanagement in den Vordergrund rückt. Dabei bestehe die Gefahr, dass der ganzheitliche Ansatz, der die Fülle der menschlichen Erfahrungen der Patienten und ihrer Angehörigen mit einbezieht, eher vernachlässigt wird und daher fordern Davy & Ellis (2010, S. 18) deutlich: „Auch wenn die moderne Palliative Care auf wirksame Symptomkontrolle und Verbesserung der

Lebensqualität ausgerichtet ist, müssen diese Ziele im Dienste der Aufgabe stehen, den Tod als einen natürlichen und würdigen Prozess des menschlichen Lebens zu unterstützen, doch sie dürfen kein Ersatz für diese Aufgabe sein“. Deshalb sollte die Aussage der World Health Organisation nochmals bewusst machen: Die vielfältigen physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen stehen im Zentrum der Palliative Care. Fürsorge, Multiprofessionalität und eine aufrichtige Interaktion sind dabei markante Elemente.

2.1.2 Status quo Palliativpflege in Deutschland und Österreich

Aurnhammer und Augustyn stellten bereits 2005 fest, dass Palliative Care mittlerweile in einer neuen Entwicklungsphase angelangt ist. Die Zeit der Pionierarbeit sei vorüber; die Konzepte der Symptombehandlung haben sich etabliert, ebenso der bedürfnisorientierte, kreative und individualisierte Pflegeansatz der Palliative Care. Alleine die Fülle der Angebote im Palliativbereich beschreibt das Expansionsausmaß der Enttabuisierung des Sterbens im Gesundheitswesen: stationäre Hospize, Palliativstationen, Tageshospize, Hospizteams, Palliativkonsiliardienste, mobile Palliativ- und Hospizteams, die in Deutschland unter den Begriff der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAP) fallen (Kränzle, Schmid & Seeger, 2014).

1983 eröffnete die erste Palliativstation in Deutschland, 1986 das erste stationäre Hospiz (Student, 2011). Die Hospizbewegung und die Palliativmedizin setzten in Österreich kurz danach ein, 1989 mit einem mobilen Hospiz und der Eröffnung des ersten Hospizes 1991 in Wien (Höfler, 2001), 1992 folgte die erste Palliativstation (Khgh, 2016). Die Zahl stationärer wie auch ambulanter Einrichtungen zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist in Deutschland und Österreich in den letzten 20 Jahren deutlich angestiegen. Während 1996 in Deutschland 30 stationäre Hospize, 28 Palliativstationen und 451 ambulante Palliativdienste existierten, konnten 2015 bereits 236 stationäre Hospize, 304 Palliativstationen sowie 1500 ambulante Hospizdienste verzeichnet werden (Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2015). Besonders markant ist der Anstieg der Palliativstationen, die sich in dem Zeitrahmen mehr als verzehnfacht haben. Die Gesamtzahl aller Palliativbetten in Deutschlands Krankenhäusern lag 2015 bei 2.507 Betten.

In Österreich waren Ende des Jahres 2014 laut dem Dachverband Hospiz Österreich neun stationäre Hospize, 36 Palliativstationen sowie 55 ambulante Hospizdienste in der Palliative Care aktiv tätig (Hospiz Österreich, 2015). Da die Forschungsarbeit im Setting der Palliativstation stattfindet, wird dieser Bereich nachfolgend näher definiert.

Als Palliativstation wird eine Betteneinheit innerhalb einer Klinik oder eine im Verbund mit einem Akutkrankenhaus stehende eigene Station bezeichnet, die auf die ganzheitliche, multiprofessionelle Versorgung und Begleitung von Palliativpatienten sowie deren Angehörigen spezialisiert ist (Hospiz Österreich, 2015). Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.v. (2016) definiert Palliativstationen als

„eigenständige, in ein Krankenhaus integrierte spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziele der Behandlung sind eine Verbesserung oder Stabilisierung der jeweiligen Krankheitssituation sowie die anschließende Entlassung - soweit möglich – nach Hause“. Palliativstationen sind kleine Stationen bzw. Stationsbereiche mit einer soweit wie möglich wohnlichen Gestaltung der Patientenzimmer“ (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, 2016). Diese Definition charakterisiert sehr übersichtlich das Tätigkeitsfeld sowie die Multiprofessionalität von Palliativstationen. Dadurch lassen sich auch verschiedene Formen ableiten: Es existieren reine Palliativstationen sowie Palliativbereiche, die einer Station angegliedert sind. Ein besonderes Merkmal von Palliativstationen ist auch der ganzheitliche, multiprofessionelle Betreuungsansatz, der vom Procedere einer Normalstation abweicht und nachfolgend näher beschrieben wird.

2.1.3 Multiprofessionalität und die Rolle/Aufgaben professioneller Palliativpflegepersonen

Die professionelle Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen im palliativen Setting basiert auf der Breite des multiprofessionellen Ansatzes. Es bedarf verschiedenster Berufsgruppen, um den individuellen physischen, psychischen und seelischen Bedürfnissen gerecht zu werden. Neben der palliativärztlichen und palliativpflegerischen Betreuung erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus der Seelsorge, Sozialarbeit, Physiotherapie, Psychologie sowie Kunsttherapie u.a. sowie ehrenamtlichen Helfern, die gemeinsam den individuellen Bedarf an Therapie und Begleitung abdecken (ÖBIG, 2014). Die Zusammenarbeit von

Ehrenamtlichen und Fachpersonal erfolgt eng, vertrauensvoll und auf gleicher Augenhöhe, was eine hohe Herausforderung an die beteiligten Berufsgruppen darstellt; denn eine gleichwertige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist für unsere Gesellschaft eher ungewohnt (Kränzle et al., 2014). Durch einen auf Wertschätzung und Akzeptanz basierenden Austausch sowie regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen eröffnet sich die Möglichkeit, die eigene berufsspezifische wie auch persönliche Perspektive durch den Blickwinkel anderer Teammitglieder zu erweitern.

Da in der Masterarbeit ausschließlich Pflegepersonen zu ihren Beweggründen und Erfahrungen befragt wurden, wird an dieser Stelle der Fokus auf die Palliativpflegenden und deren Aufgaben gelegt. Davy und Ellis (2014) sehen es als wesentlich an, dass sich Pflegende und Patienten sowie Angehörige als Menschen begegnen und stellen den Beziehungswert noch vor die Interaktion. Sie beschreiben gut angewandte Beraterische Fähigkeiten als zentrales Element der Palliativpflege und erläutern anhand des Modells von Davies & Oberle (1990, 1992) sechs Dimensionen der unterstützenden Rollen in der Palliativpflege:

- Akzeptieren: den Wert eines jeden Menschen unabhängig seiner individuellen Eigenschaften anzuerkennen
- In Beziehung treten: mit dem Patienten und seiner Familie in Berührung kommen über Kontaktaufnahme, Aufrechterhaltung sowie Beendigung des Kontakts
- Stärken: Befähigung zum selbständigen Handeln, zur eigenen Entscheidungsfindung durch Ressourcenstärkung des Patienten und seiner Familie
- Etwas für andere tun: körperliche Pflege übernehmen, welche die Ressourcen sowie Fähigkeiten des Patienten und seiner Familie übersteigt
- Bedeutung zuordnen: Unterstützung des Patienten und seiner Familie bei der Suche nach dem Sinn im Erleben der Krankheit über Gespräche, wenn dieser Bedarf entsteht
- Die eigene Integrität schützen: Selbstwert und Selbstachtung aufrechterhalten, um die eigene Gesundheit und Kraft zu bewahren und somit andere unterstützen zu können.

Newton und McVicar (2014) überprüften die Aktualität des Modells von Davies und Oberle in einer qualitativen Studie. Dabei konnten sie die bestehenden sechs Kategorien bestätigen und um die beiden Dimensionen «Fachkompetenz aufweisend, vor allem auch kommunikative Fähigkeiten beweisend» sowie «das Personal fachlich zu beraten» erweitern.

2.2 Berufsmotivation und Zufriedenheit von Pflegenden

Das Erkenntnisinteresse liegt in dieser Arbeit auf den Beweggründen, im Palliativbereich zu arbeiten. Deshalb wird an dieser Stelle der Blick auf die generellen Motivationsfaktoren im Pflegeberuf gerichtet. Des Weiteren werden Grundbedingungen angeführt, die die Berufszufriedenheit fördern.

Der Pflegeberuf bietet eine vielseitige, facettenreiche und sinnstiftende Tätigkeit, der derzeitige Arbeitsmarkt ermöglicht es den Pflegekräften entsprechend ihrer persönlichen Neigungen in den unterschiedlichsten Fachbereichen zu arbeiten. Dabei spielen die folgenden Elemente eine zentrale Rolle bezüglich der Berufszufriedenheit sowie der Erhaltung der eigenen Gesundheit von Pflegepersonen (Reuhl, 2015):

Einflussmöglichkeiten auf bestehende Bedingungen zu haben, über Handlungsspielraum bei der Bewältigung der Aufgaben zu verfügen, die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns zu erleben sowie Wertschätzung und sozial Support zu erfahren. In der Öffentlichkeit hat der Pflegeberuf ein hohes Ansehen, wie in verschiedensten repräsentativen Befragungen festgestellt wurde. Die Nurses`early exit Study (NEXT-Studie) kam jedoch zu dem Ergebnis, dass vor allem deutsche Studienteilnehmer mit 43% ihr Image in der Gesellschaft als schlecht bewerteten (Isfort, 2013). Buxel befragte 2011 insgesamt 3145 Pflegekräfte sowie 740 Auszubildende in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen bezüglich ihrer Berufszufriedenheit und kam zu dem Ergebnis, dass sich 70% der Befragten zufrieden mit ihrer Berufswahl zeigten und 80% sich auch mit ihrem Beruf identifizierten. Als problematische Arbeitsplatzmerkmale wurden unter anderem unzureichend Zeit für die zu betreuenden Menschen, eine schwindende Personaldecke sowie mangelnder Stellenwert und Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus genannt. Bei den Auszubildenden zeigte sich, dass die wichtigsten Gründe für die Wahl des Pflegeberufs die Arbeit am und mit Menschen, die Möglichkeit zur aktiven Hilfeleistung sowie das Interesse an medizinischen Fragestellungen sind. Zander, Dobler, und Busse (2012) fassten wesentliche Erkenntnisse aus der RN4CAST (Registered Nurse Forecasting) Studie für Deutschland in einem Übersichtsartikel zusammen. Von den 1511 befragten Pflegepersonen gaben 81,5 % an, zu wenig Zeit für Zuwendung und Patientengespräche zu haben. Trotz dieser fehlenden zeitlichen Ressourcen haben nur 6,2 % die Patientensicherheit als ungenügend oder schlecht eingeschätzt. Die Autoren führen dies auf eine Priorisierung von therapeutischen Tätigkeiten wie Schmerzbehandlung zurück, was dazu führt, dass nicht-kontrollierbare Tätigkeiten, wie Gespräche, eher vernachlässigt werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

„Dabei besteht die Gefahr, dass Pflegekräfte aufgrund ihres hohen Berufsethos und Pflegeverständnisses diese Beschneidung des psychosozialen Versorgungsauftrags nicht unbegrenzt tolerieren können und wollen, da gerade dieser Teil der Arbeit für viele sehr wichtig ist und sie zu großen Teilen fehlendes Lob und Anerkennung von Ärzten durch Gespräche mit Patienten, denen sie helfen konnten, kompensieren“ (Zander et al, 2012, S. 596).

Der Pflegeberuf muss sich zudem einem stetigen Wandel der beruflichen Anforderungen stellen: der Anstieg chronischer Krankheiten sowie deren zeitliche Prolongierung, die Alterung in der Gesellschaft, die Entwicklung neuer Technologien in der Diagnostik und Therapie sowie gravierende Veränderungen im Dokumentations- und Verwaltungsmanagement (Reuhl, 2015). Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Entwicklung des eigenen Berufsverständnisses und dessen Umsetzungsmöglichkeit in der Pflegepraxis. Aus diesem Grund widmet sich das nachfolgende Kapitel dem Caring als wesentliches Element der Pflege.

2.3 Caring – die Sorge für das Wohlbefinden

„Es ist eine schöne und seltsame Macht, die ein Mensch in Bezug auf einen anderen Menschen alleine dadurch haben kann, dass er für ihn da ist...“ (Phillip Moffitt).

Worte wie *für andere da sein, sich um andere sorgen, schützen* kommen dem englischen Begriff des Carings nahe. DalPezzo (2009) weist auf die Allgegenwärtigkeit von Caring als Kernkonzept in der Pflegeliteratur hin und führt als Definitionsmöglichkeit *die Sorge und das Mitgefühl für andere zu empfinden und zu zeigen* an. Swanson definiert in ihrer *theory of caring* Pflege als «informiertes Sorgen für das Wohlergehen anderer» und benennt fünf Caringprozesse, die sich in jeglicher fürsorglichen Beziehung finden:

- *Aufrechterhalten von Zuversicht*
- *Wissen*
- *Beistehen*
- *Handeln für*
- *Befähigen/Informieren* (Felgen, 2011, Swanson, 1993).

Gemäß Friesacher (2015) kann „Caring“ synonym mit „der Fürsorge“ verwendet werden, er weist auf die Übersetzung des lateinischen Begriffs *pro-curare* als «für etwas Sorge tragen» hin und versteht Caring in Form einer fürsorglichen Praxis als notwendige,

fundamentale Basis professionellen Handelns. Bei einer umfangreichen Untersuchung von 25 anglo-amerikanischen Pflege-theorien mit Caringbezug und entsprechend unterschiedlichen Sichtweisen bezüglich Caring konnten Morse, Solberg, Neander, Bottorff, und Johnson (1990) fünf Kategorien von Caring identifizieren:

- Human trait: Caring als Eigenschaft des Menschen, ein Teil der menschlichen Natur
- Moral imperative or ideal: Caring als moralische Verpflichtung oder Wunschbild
- Affect: Caring als Affekt emotionaler Beteiligung gegenüber den Patienten
- Interpersonal Interaction: Caring als zwischenmenschliche Beziehung
- Therapeutic Intervention: Caring als therapeutischer Eingriff der Pflege

Neben diesen Kategorien wurden zwei Outcomes von Care und Caring isoliert: die subjektive Erfahrung sowie körperliche Reaktionen von Patienten. Die Pflege-theoretikerin Watson wird bei Morse et al. der Kategorie der moralischen Verpflichtung zugeordnet, in der das Caring eine Grundhaltung bildet, die Würde der anvertrauten Menschen zu wahren. Da die würdevolle Interaktion in der Palliativpflege ein zentrales Element darstellt, wird diese Pflege-theorie näher erläutert. Um einen anderen Weg der Auseinandersetzung mit dem Caring zu eröffnen, wird zudem die feministisch-ethische Perspektive der Philosophin Elisabeth Conradi transparent gemacht, deren zentrales Konzept eine Ethik der Achtsamkeit bildet.

2.3.1 Jean Watson – Theorie der menschlichen Zuwendung

In der 1985 von Watson publizierten Pflege-theorie *Zur Wissenschaft und Kunst der menschlichen Zuwendung* bezeichnet das Caring eine Grundhaltung, in deren Mittelpunkt die vertrauensvolle menschliche Zuwendung und interpersonelle Begegnung steht (Fawcett, 1999). Demnach gilt bei Watson die zwischenmenschliche Zuwendung als das moralische Ideal der Pflege, mit dem Ziel, die menschliche Würde zu schützen, zu stärken und zu bewahren. Sie vertritt die Auffassung, dass Pflege eine Geisteswissenschaft ist, welche die Ganzheit der menschlichen Persönlichkeit erfasst und Personen dabei unterstützt, die Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele zu optimieren. Für Watson stellt das «krank-sein» eine Unstimmigkeit der Person in ihrem inneren Selbst oder ein

Ungleichgewicht zwischen körperlichen, geistigen und seelischen Bereichen dar. Pflege trägt dazu bei, dass Menschen Sinn in der eigenen Existenz und Erfahrung finden und innere Kräfte mobilisieren können. Die wesentlichen Elemente dieser Theorie können in drei Komponenten zusammengefasst werden (Kohlen & Kumbruck, 2008):

Caritative factors bilden das Herzstück der Pflege; die gegenseitige Begegnung mit Liebe und Aufmerksamkeit kennzeichnet diese humanwissenschaftlich orientierte Pflege Theorie.

Transpersonal Caring Relationship kommt in der Interaktion zum Tragen; eine fürsorgliche menschliche Beziehung basiert auf der moralischen Verantwortung, die Würde der Patienten zu schützen sowie die spirituelle Bedürfnisdimension miteinzubeziehen.

Caring Occasion bezeichnet den Moment, in dem eine Pflegeperson mit einer anderen Person in einen von Fürsorglichkeit gekennzeichneten Kontakt kommt.

Bei diesem zwischenmenschlichen Kontakt kann die Person und ihr In-der-Welt-sein ganzheitlich erfasst und mit einbezogen werden, so dass ein intersubjektiver Fluss zwischen Pflegeperson und dem Patienten entsteht (Fawcett, 1999). Zu den zehn Zuwendungsprozessen zählen unter anderem der Aufbau einer auf Kongruenz, Echtheit und Empathie basierenden vertrauensvollen Beziehung, Sensibilität für sich und andere sowie die kreative Problemlösung mittels affektiver, empirischer, intuitiver, ästhetischer und ethischer Wissensquellen (ebd.).

Watson deklariert in ihrem Curriculum die folgenden sechs Wissensbereiche der Pflege und verdeutlicht dadurch die zentrale Rolle der menschlichen Zuwendung (Fawcett, 1999, S.193):

1. Menschliches Verhalten und mögliche Reaktionen auf tatsächliche oder potentielle Gesundheitsprobleme kennen.
2. Individuelle Bedürfnisse erkennen und verstehen.
3. Auf die Bedürfnisse anderer reagieren können.
4. Stärken und Grenzen einschätzen können.
5. Die Bedeutung der Situationen für andere erkennen und verstehen.
6. Trost, Mitgefühl und Empathie spenden können.

In der Palliative Care sind diese Faktoren von zentraler Bedeutung und spiegeln sich in dem dort häufig anzutreffenden Leitsatz: „im Mittelpunkt steht der Mensch“ wider.

2.3.2 Elisabeth Conradi – Take care

Im Rahmen ihrer Dissertation zu den Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit hat Conradi Care-Ethik aus dem feministischen Blickwinkel betrachtet und begriffliche Alternativen zur deontologischen Ethik entwickelt. In einer feministischen Care-Ethik findet gemeinsames moralisches Handeln zwischen Menschen statt und nicht durch individuelle Entscheidungen einzelner Subjekte. Das Kernelement bildet dabei Care in Form einer interaktiven menschlichen Praxis, die durch Bezogenheit und Achtsamkeit gekennzeichnet ist. „«Achtsamkeit» formuliert den Grundgedanken, daß Menschen füreinander außerordentlich bedeutsam sind [...]. Die moralische Intuition, die der Begriff Achtung ausdrückt, wird erweitert und verändert. Achtsamkeit trägt der Bezogenheit von Menschen aufeinander, ja sogar der Abhängigkeit voneinander Rechnung. Achtsamkeit beginnt in einer Situation, in der Menschen ein Verhältnis zueinander haben und eine Beziehung zueinander entwickeln“ (Conradi, 2001, S. 238).

Conradi sammelte in neun Thesen zu Care ihre eigenen sowie auch andere philosophisch - wissenschaftliche Sichtweisen. Nachfolgend werden Conradis diesbezügliche Deutungen und Denkansätze näher erläutert.

Care ist keine Tätigkeit, die eine Person für eine andere tut. Care wird als interaktive menschliche Praxis verstanden, an der mindestens zwei Personen beteiligt sind. Die Care-Interaktionen finden bei bestehenden sowie auch neuen Kontakten statt und führen zu einer Beziehung zwischen den beteiligten Menschen. Deshalb bezieht Conradi Care nicht explizit auf die Pflege. Care wird allerdings als zentrales Element der Pflege gesehen, welches Bezogenheit und sorgende Aktivitäten umfasst. Care als gesellschaftliche Praxis entsteht durch die Bedürftigkeit von Menschen, ihrer gegenseitigen Angewiesenheit und Aktivitäten engagierter Sorge.

Care wird dabei als sozio-historisch bedingte gesellschaftliche Praxis verstanden, die nicht an das Geschlecht gebunden ist und Zuwendung wie auch das Annehmen der Zuwendung umfasst.

Conradi beschreibt Care-Interaktionen als teilweise asymmetrisch und weist auf die Dynamik der beweglichen Machtverhältnisse hin, da Machtdifferenzen nicht zwangsläufig zu Bevormundung führen, sondern auch zu Empowerment der Beteiligten.

Die an der Care-Interaktion beteiligten Menschen sind unterschiedlich autonom. Die Achtung für das gegenüber sollte sich dabei nicht an dem Grad der Autonomie orientieren, sondern durch eine generelle, achtsame Haltung ausgedrückt werden. Achtsamkeit impliziert hierbei, sich anderen zuzuwenden, auf sie einzugehen, sie ernst zu nehmen und für sie zu sorgen sowie auch in die andere Richtung Zuwendung zuzulassen, sich einzulassen und die Fürsorge anzunehmen.

In der Regel sind die Care-Verhältnisse nicht reziprok und die Achtsamkeit beruht nicht auf Reziprozität, sondern stellt eine grundlegende Einstellung dar, die nicht zur Gegengabe verpflichtet. Bei Conradi kommt es in den Care-Interaktionen zu körperlichen, pflegerischen Kontakten wie Berührungen oder auch zur emotionalen Zuwendung über nonverbale Kommunikation.

Reflektiertes Handeln entsteht dabei durch die Verknüpfung von affektiv-emotionalen mit kognitiven Anteilen. Somit sind Fühlen, Denken und Handeln miteinander verwoben (Conradi, 2001). Den Balanceakt, den es dabei zu berücksichtigen gilt, beschreibt sie sehr treffend:

„In der Praxis Care gibt es eine Gratwanderung zwischen Verantwortung und Bevormundung, zwischen Selbstachtung und Achtsamkeit, zwischen Desinteresse und Überforderung, Achtsamkeit hat ihren Platz in gemeinsamem Handeln und innerhalb konkreter Situationen (Conradi, 2001, S. 239)“.

3 Methodik

Im vorhergehenden Kapitel wurden die thematisch relevanten theoretischen Hintergründe der Forschungsarbeit sowie der aktuelle Stand der Literatur beschrieben. Im empirischen Teil dieser Arbeit wird nun näher auf die Methodologie, Kriterien zur Wahrung der Gütekriterien und ethischer Forschungsprinzipien eingegangen, die Akquise der Interviewpersonen beschrieben, die Art der Datenerhebung wie auch das angewandte Auswertungsverfahren näher erläutert.

3.1 Methodologie

Um die Bedeutung der Arbeit für Pflegepersonen im stationären Palliativpflegebereich erheben zu können, eignet sich ein qualitatives Forschungsdesign. Mayer (2015) schreibt, dass qualitative Forschung zum Ziel hat, ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu erkunden, es ganzheitlich und von innen heraus versuchen zu verstehen und aufzuzeigen, welche Bedeutung es für Betroffene hat. Monteverde (2012) sieht im qualitativen Studienansatz die Möglichkeit, menschliche Erfahrungen und komplexe soziale Prozesse besser erfahrbar zu machen und zu verstehen. Qualitative Forschung ermöglicht somit das Erfassen von subjektiven Empfindungen und von individuellem Erleben (Mayer, 2015). Da es in dieser Arbeit um die Bedeutung der Palliativpflege für Pflegepersonen geht, erscheint daher ein qualitatives Forschungsdesign sinnvoll. Um diese Besonderheit herausarbeiten zu können, werden die Interviewpersonen gebeten, Beispiele aus ihrer täglichen Arbeit anzuführen, die das persönliche Erleben verdeutlichen. Qualitative Forschung kann mit den Grundprinzipien der Offenheit, Flexibilität und Kommunikation charakterisiert werden, die nachfolgend näher beschrieben werden (Mayer, 2015). Offenheit bestimmt den explorativen Ansatz der qualitativen Forschung im gesamten Forschungsverlauf, gilt es doch, Phänomene zu erkennen, zu strukturieren und darzustellen. Offenheit und exploratives Denken bedürfen Flexibilität, damit den individuell passenden Erkenntniswegen und Erkenntnissen entsprechend Raum gegeben werden kann. Zudem basiert dieser Erkenntnisgewinn auf der Kommunikation und Interaktion direkt im Forschungsfeld, beispielsweise durch mündliche Befragungen und einen nachfolgenden strukturierten Auswertungsprozess, der in dieser Arbeit zum Tragen kommt.

3.2 Datenerhebung

Der Grundgedanke der qualitativen Forschung beruht auf der Offenheit gegenüber den Meinungen, Erfahrungen und Perspektiven des Gegenübers – und des Erfahren-wollens dieser persönlichen Einschätzung. In dieser Arbeit ist die Sichtweise der Palliativpflegepersonen von zentraler Bedeutung, geht es doch um deren individuelle Erlebniswelt. Die gewählte Methode zur Erfassung der Beweggründe von Palliativpflegenden, ihres Erlebens und ihrer Gefühle ist eine mündliche Befragung anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens. In Form eines Gesprächs, in der in erster Linie die Befragten selbst zur Sprache kommen, wird es ihnen ermöglicht, ihre eigene, subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen darzustellen (Mayer, 2015). Der Gesprächsleitfaden ist dabei eher eine Richtschnur, die Reihenfolge und Formulierung der Fragen orientiert sich an der individuellen Interviewsituation, um dem prozesshaften Charakter und dem individuellen Verlauf eines qualitativen Interviews entsprechend Raum zu geben (Mayer, 2015). Die Interviews wurden digital aufgenommen, damit sie verschriftlicht und analysiert werden konnten. Die erzählgenerierende Eingangsfrage ermutigte die Interviewpersonen über ihre persönlichen Beweggründen für die Arbeit in der Palliativpflege zu berichten. Während der Gespräche wurde deshalb die Reihenfolge der Fragen an die Gesprächsinhalte adaptiert, somit konnten passende Anschlussfragen oder sinnvolle Überleitungsfragen gestellt werden und eine Gesprächsform ohne Befragungscharakter gewahrt werden. Um den begleitenden Emotionen entsprechend Raum zu geben, wurden die Gespräche teilweise unterbrochen und Aufzeichnungspausen ermöglicht, da einige Interviewpersonen sehr intensive persönliche Situationen zur Verdeutlichung ihrer Erfahrungen einbrachten. Bei einigen Themen wurde den Interviewpersonen bewusst mehr Zeit zum Nachdenken gegeben, ohne in den Denkprozess einzugreifen. Da die Befragten versuchen sollten, zu manchen Themen über eigene praktische Erlebnisse zu berichten, kam es dadurch manchmal zur Aktivierung tiefer Emotionen, die auf Grund dieser Situationsbeschreibung wieder ausgelöst wurden. Deshalb wurden die Gespräche teilweise pausiert, um den Gefühlen Raum zu geben. Die Gespräche fanden entweder in separaten Räumen auf der jeweiligen Palliativstation oder auch einmal in einer Cafeteria in einem ruhigen Bereich statt.

3.3 Kriterien zur Auswahl der Interviewpersonen

Für diese Forschungsarbeit wurden Personen mit einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger im stationären palliativen Setting befragt. Als fachliche Basisqualifikation wurde die dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zugrunde gelegt, eine Zusatzqualifikation in der Palliativpflege war keine Voraussetzung für die Teilnahme am Interview. Ausgeschlossen wurden somit Pflegepersonen, die nicht im stationären palliativen Setting tätig sind, in diesem Setting eine geringere Berufserfahrung als zwei Jahre aufweisen oder die Basisqualifikation der dreijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege nicht erfüllten.

3.4 Rekrutierung der Interviewpersonen

Im Rahmen eines angewandten Forschungsprojekts während des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien wurden in der ersten Phase im Zeitraum von Juni bis August 2013 bereits die ersten fünf Interviewpersonen zur Analyse ihrer Beweggründe gewonnen. Um an diese Interviewpersonen zu gelangen, erfolgte in Deutschland der Kontakt zu zwei Institutionen mit einer Palliativpflegestation. Die Rekrutierung der Interviewpersonen entstand nach Kontaktaufnahme, Information und Vorlage des Exposés, Einholung der Zustimmung des Betriebsrats und der Pflegedirektion der Kliniken sowie der Stationsleitung. Ein Informationsblatt mit einer Kurzbeschreibung des Projekts sowie den Kontaktdaten der Projektmitglieder wurde auf den beiden Palliativstationen ausgehängt, um examinierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für ein Interview zu gewinnen. Fünf Pflegepersonen waren zu einem Interview bereit: vorab wurden sie durch ein Informationsschreiben genauer über Zweck sowie Ziel der Befragung informiert und ihr Einverständnis gesichert. Die zweite Rekrutierungsphase fand von März bis September 2015 statt. In dieser Zeit konnten erneut fünf Interviewpersonen gewonnen werden. Zwei Kliniken mit Palliativeinrichtungen in Deutschland wurden über die Thematik der Masterarbeit informiert, das Exposé wurde ihnen vorgelegt, die Zustimmung der Pflegedirektion und des Betriebsrats wurden eingeholt. Zeitgleich wurde über ein Palliativpflegeportal im Internet der Kontakt zu Palliativpflegepersonen hergestellt, die über die Weiterbildung Palliativpflege in

Verbindung standen und das Informationsblatt online gestellt. Über Emailkontakt konnten dadurch zwei Pflegepersonen für ein Gespräch gewonnen werden und über die Kliniken drei weitere Interviewpersonen. Die Interviewpersonen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 25 und 53 Jahre alt und mindestens zwei Jahre lang im Palliativbereich tätig. Dabei konnte die Hälfte der Befragten bereits auf einen Erfahrungsschatz aus über fünf Jahren Arbeit in der Palliativpflege zurückgreifen. Von den zehn Interviewpersonen waren acht Befragte weiblichen Geschlechts.

3.5 Datenauswertung

Das gewonnene Datenmaterial bestimmt im Sinne des Prinzips der Offenheit die Art des Auswertungsverfahrens. Die emische Perspektive ermöglicht, sich von eigenen Annahmen zu lösen, die subjektiven Erfahrungen der Interviewpersonen zu erfassen und diese über ein interpretatives Auswertungsverfahren theoretisch zu strukturieren (Mayer, 2015). Zur qualitativen Analyse des Interviewmaterials wurden die Tonbandaufzeichnungen verschriftlicht, damit die Gesprächsinhalte interpretativ ausgewertet werden können. Die Transkription erfolgte in Schriftdeutsch, um die Untersuchung der Interviewpassagen zu erleichtern. Dabei wurden folgende Sonderzeichen verwendet:

- (.) (..) (...) für kurze, mittlere, längere Pausen
- unterstreichen bei besonderer Betonung der Interviewperson
- (unverständlich) wenn der Gesprächsinhalt nicht verschriftlicht werden kann
- (lachen, weinen u.a.) gibt die emotionale Reaktionen der Interviewperson wieder
- (Pause) wenn das Gespräch längere Zeit unterbrochen wurde

Die einzelnen Interviews wurden hinsichtlich Personennamen, Ortsangaben oder Präparats- beziehungsweise Handelsnamen anonymisiert und die transkribierten Interviews mit IP 1-10 durchnummeriert, unabhängig vom Interviewzeitpunkt. Dadurch ist gewährleistet, dass die Interviews nicht numerisch den Erhebungsphasen zugeordnet werden können.

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden alle Interviews beider Erhebungsphasen einem umfassenden Analyseprozess unterzogen. Über mehrmaliges Lesen, Führen von Randnotizen und Vergleich mit Gesprächsnotizen wurden die Textpassagen verinnerlicht

und hinsichtlich erster augenscheinlicher gemeinsamer oder divergenter Themen gesichtet.

Die Interviews beider Erhebungsphasen wurden in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse gibt es verschiedene Verfahrensvarianten mit dem Ziel, ausgewählte Textbedeutungen zu beschreiben (Schreier, 2014). Das Wesentliche der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse ist die Identifikation der inhaltlichen Aspekte im gewonnenen Datenmaterial in Form von Kategorien, in denen sich die Interviewthemen widerspiegeln. Die systematische Beschreibung dient der Erfassung der Aussagen zu bestimmten Themen der Interviewstudie, wie beispielsweise in dieser Arbeit der Beweggrund für das Tätigkeitsfeld der Palliativpflege. Diese Beschreibung erfolgt anhand der Zuordnung von Textstellen in ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem, wobei der Text auf Wesentliches reduziert, umschrieben, kategorisiert, verknüpft und interpretiert wird. Das in dieser Arbeit angewandte inhaltlich-strukturierende Verfahren basiert im Kern auf den folgenden Schritten, die teilweise mehrfach durchlaufen wurden (Schreier, 2014):

- Sich mit dem Material vertraut machen
- Ableitung von Oberkategorien aus dem Interviewleitfaden oder der Fragestellung
- Bestimmung von Fundstellen und Kodiereinheiten
- Entwicklung von Kategoriendefinitionen sowie Untereinheiten
- Kategoriensystem erproben
- Kategoriensystem modifizieren
- Datenmaterial mit dem veränderten Kategoriensystem kodieren
- Darstellung der Ergebnisse und Interpretation, Forschungsfrage beantworten

Diese Schritte waren auch bei der Erstellung dieser Masterarbeit die Grundlage für den Datenauswertungsprozess. Parallel zu diesem Basisablauf stehen verschiedene Varianten in Form eines Werkzeugkastenmodells zur Verfügung, die eine Kombination von Systematik und Gegenstandsangemessenheit ermöglichen. Die Orientierung an den Basisablauf gewährleistet ein systematisches Vorgehen, die verschiedenen Möglichkeiten der Realisierung dieser Schritte werden den gewonnenen Daten gerecht. Ein Beispiel für das dieser Forschungsarbeit angewandte Modell ist das Spektrum der Kodierverfahren. Das affektive Kodieren richtet den Fokus auf die Werte und Emotionen, wogegen das prozessuale Kodieren Handlungen erfasst und abbildet (Schreier, 2014). Beide Analyseverfahren wurden in dieser Arbeit verwendet, um die Gefühlswelt sowie die

entsprechenden Handlungen zu erfassen. Inhaltstragende Passagen der Interviews wurden farblich gekennzeichnet. Eine gelbe Textmarkierung wurde für inhaltstragende sachliche Informationen, eine blaue Textmarkierung für entsprechende emotionale Textpassagen zusätzlich verwendet sowie im gleichen Schritt kodiert.

Die Kategorien der ersten Erhebungsphase wurden nach mehrmaliger Durchsicht der Interviews verändert und an die tragenden Inhalte des gesamten Datenmaterials beider Phasen adaptiert. Mittels wiederholter Textanalyse, intensiver Auseinandersetzung mit den Interviews und der Identifizierung inhaltstragender Passagen anhand eines neu entwickelten Kategoriensystems wurde der Zugang zu dieser anderen Welt der Pflege im palliativen Setting ermöglicht. Die Kategorien und Beschreibungen aus der ersten Phase hatten bereits eine gewisse Besonderheit der Pflege im Palliativbereich angedeutet. Durch die komplexe Analyse des gesamten Datenmaterials konnten diese Erkenntnisse tatsächlich geschärft, verändert, erweitert und vertieft werden

Alle inhaltsrelevanten Textpassagen wurden handschriftlich nach der Durchsicht aller Interviews erprobten Kategoriensystems zugeordnet. Dabei wurden für jedes Interview zwei Seiten mit den identifizierten Kategorien angelegt und die inhaltstragenden Passagen oder Codes mit Angabe der entsprechenden Interviewzeile den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Zudem haben sequentiell weitere Mitstudierende Textpassagen kodiert, was zur Bestätigung oder Erweiterung des eigenen Textverständnisses beigetragen hat. In dieser Arbeit wurden sowohl einzelne Interviewpassagen wie auch Gesamtinterviews von anderen Personen gegengelesen und bezüglich Übereinstimmungen oder Abweichungen analysiert.

3.6 Grundsätze zur Wahrung der Gütekriterien

Bei der wissenschaftlichen Forschung mittels qualitativ interpretativer Verfahren dienen Gütekriterien als Orientierung während des gesamten Forschungsprozesses. Dabei gibt es in der qualitativen Forschung keine universellen Grundsätze, die Wahl der Methodik begründet sich aus dem gewonnenen Material heraus. Ein tieferes Verständnis für die Inhalte und Zusammenhänge entsteht beim Interviewverfahren durch die intensive, wiederholte Auseinandersetzung mit den Gesprächsaussagen anhand eines adäquaten Auswertungsverfahrens und der Offenheit dafür, welche Erkenntnisse sich daraus entwickeln. Die Grundprinzipien, auf der diese Forschungsarbeit basiert, sind die im

deutschsprachigen Raum häufig angewendeten Gütekriterien nach Phillipp Mayring (Mayer, 2015) und werden nachfolgend in den Kontext mit dieser Arbeit gebracht.

Über die *Verfahrensdokumentation* wird der gesamte Forschungsprozess transparent und somit nachvollziehbar, auch hinsichtlich der Datengenerierung und Verfahrensweise der systematischen Auswertung der gewonnenen Informationen, um das Prinzip der *Regelgeleitetheit* zu erfüllen. Daher wurde die Methodik des Interpretationsprozesses im vorherigen Kapitel näher beschrieben, damit die Kriterien der *Argumentativen Interpretationsabsicherung* erfüllt werden. Das Phänomen der Beweggründe für Pflegende, sich für die Arbeit mit schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen zu entscheiden, ist ein lebenspraktischer Bereich. Sich in die Lebenswelt der Betroffenen zu geben führt zu *Nähe zum Gegenstand*, deshalb wurden Palliativpflegekräfte zu ihrer Sichtweise und ihrem persönlichen Erleben befragt. Zur *kommunikativen Validierung* wurden einzelne Interviews von Studienkolleginnen analysiert, die Ergebnisse diskutiert und zusammengeführt, um die Gültigkeit der Forschungsergebnisse stichprobenartig zu überprüfen. Zudem hat sich eine Interviewpartnerin bereiterklärt, nach der Datenauswertung die gewonnenen Erkenntnisse zu sichten und dazu Stellung zu nehmen. Durch den regelmäßigen Austausch mit der pflegewissenschaftlichen Betreuerin ist die Möglichkeit zur Überprüfung der eigenen Interpretationsansätze gegeben. Das Kriterium der *Triangulation* fordert eine Anwendung verschiedener Erhebungsmethoden oder genauer gesagt, die Dateninterpretation durch mehrere Forschende, um ein Phänomen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Dieses Kriterium der Gütekriterien nach Mayring wurde in dieser Arbeit nicht erfüllt, da ausschließlich das leitfadengestützte Interview methodisch angewandt wurde und nur einzelne Interviews beziehungsweise Interviewpassagen mit Studienkolleginnen kommunikativ validiert wurden. Dieser Austausch führte zu Umbenennungen innerhalb des Kategoriensystems und der Generierung einer zusätzlichen Kategorie.

Zur perspektivischen kommunikativen Validierung wurden Ergebnisteil sowie die anschließende Diskussion dieser Arbeit einer Interviewperson übermittelt. Das mündliche Feedback wurde in den entsprechenden Passagen miteingeflochten und ergänzt das analytisch gewonnene Material durch die Erlebensperspektive. Das schriftliche Feedback dieser Interviewperson wurde in das Kapitel 7 der Schlussfolgerungen integriert, da sich dadurch auch Implikationen für die Pflegepraxis und Pflegeforschung ableiten lassen.

3.7 Ethische Aspekte

Ein wesentliches Element der Forschungsethik ist es, die Würde sowie Rechte der Forschungsteilnehmerinnen und Forschungsteilnehmer zu wahren und die Forschungsmethoden nach bestem Wissen und Gewissen anzuwenden (Mayer, 2015). Ethische Grundaspekte wie die Einholung einer informierten Zustimmung, Sicherstellung der Anonymität und der Schadensfreiheit der Interviewpersonen werden in allen Schritten der Masterarbeit beachtet. Laut Körtner (2012) hat vor Beginn des Interviews eine Information über die institutionellen Verbindungen der Forschungsperson sowie die Einholung einer Zustimmung der Interviewpersonen zu erfolgen. Diese konnten sich durch das Informationsschreiben bereits über das Thema der Masterarbeit, Ziel und Begründung des Forschungsinteresses sowie den verbindlichen Maßnahmen zur Wahrung der Anonymität informieren. Vor den Gesprächen wurde den Interviewpersonen die schriftliche Einverständniserklärung ausgehändigt und die Möglichkeit gegeben, aufkommende Fragen zu beantworten. Die Interviewpersonen wurden darüber informiert, dass sie jederzeit ohne Angaben von Gründen das Gespräch beenden und von der Teilnahme zurücktreten können (Körtner, 2012). Die Namen der interviewten Personen werden in den Transkripten nicht vorkommen, sondern mit Interviewperson IP eins bis zehn bezeichnet, so dass keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen geschlossen werden können. Weitere Personennamen oder Örtlichkeiten werden ebenfalls anonymisiert, damit auch hier Identitäten sowie institutionelle Gegebenheiten gewahrt werden. In den Interviews werden die Gesprächspersonen auch bezüglich erlebter Situationen befragt, die diesen sehr eindrücklich geblieben sind oder ihre Aussagen verdeutlichen können. Daher wurde in der Gesprächssituation bedacht, dass die angesprochenen Themen den Interviewpersonen möglicherweise sehr nahe gehen können und einer einfühlsamen Interaktion vor, während und nach dem Interview bedürfen.

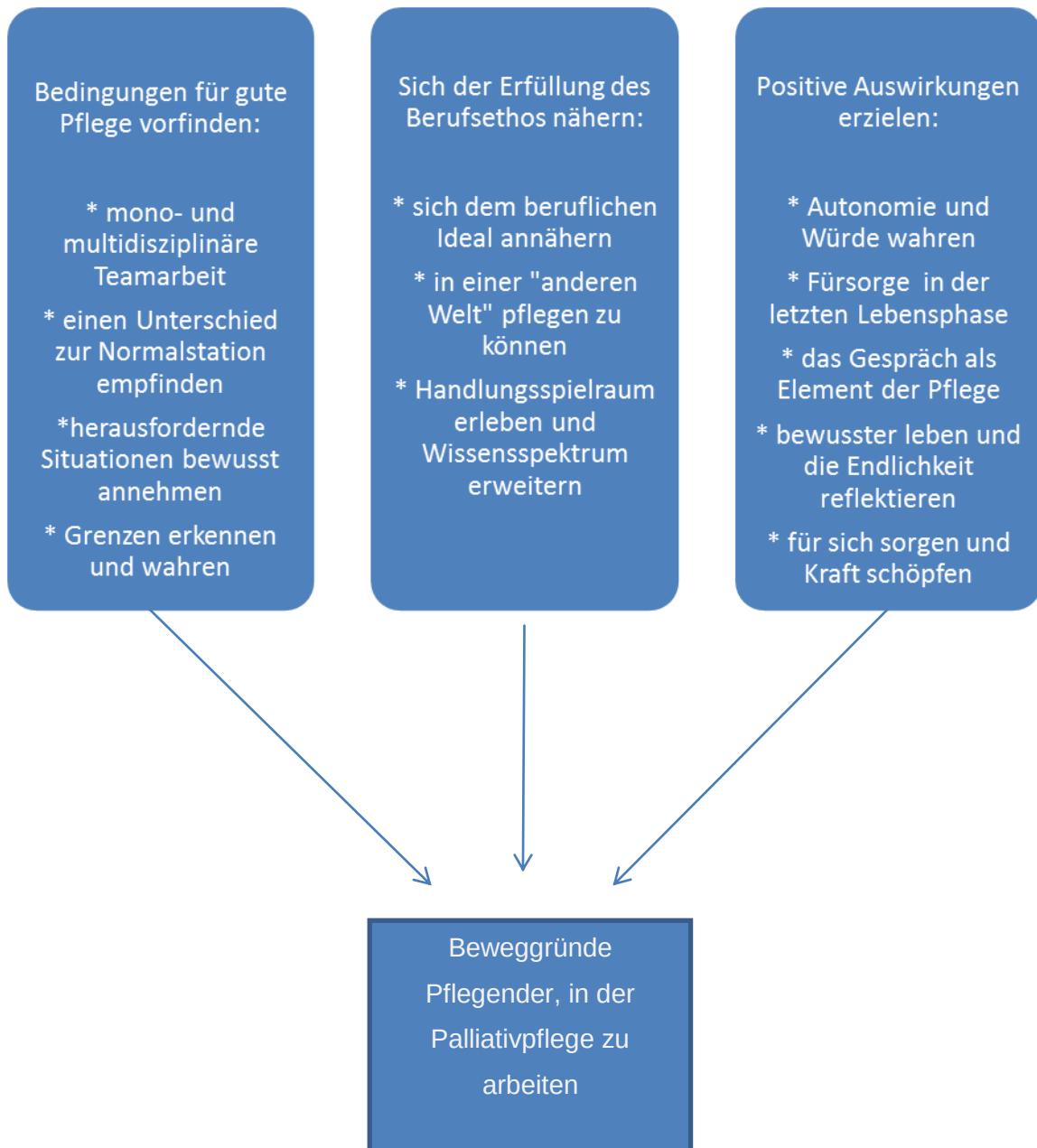
Im Falle einer besonders starken emotionalen Reaktion auf das Interview, wie zum Beispiel bei einem Gefühlsausbruch, gestikuliert durch Tränen, aber auch auf Wunsch der Interviewperson wurde die Aufzeichnung unterbrochen, um den Gefühlen Raum und Zeit zu geben.

4 Ergebnisse der Forschungsarbeit

In diesem Abschnitt werden die aus den Interviews entwickelten Kategorien und Subkategorien aufgeführt und näher beschrieben. Die nachfolgende Gesamtergebnisdarstellung stellt die identifizierten Hauptkategorien sowie Subkategorien dar, die Pflegende motivieren, in der Palliativpflege zu verbleiben.

4.1 Gesamtergebnisdarstellung

Die Datenanalyse ergab insgesamt drei Hauptkategorien, auf denen die Motivation palliativ Pflegender beruht. Es sind entsprechende Bedingungen für gute Pflege gegeben, die das palliative Setting kennzeichnen. Multi- und monoprofessionelle Teamarbeit ist dabei die Voraussetzung für eine gelungene Pflege und Behandlung der erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen. Palliativpflege unterscheidet sich laut den Interviewpersonen sehr deutlich von Allgemeinstationen und der Umgang mit herausfordernden Situationen wird zum festen Bestandteil des Arbeitsalltags. Dabei entsteht bei den Befragten ein entsprechendes Bewusstsein für eigene Grenzen und Kraftquellen. Ein zentraler Beweggrund der Pflegenden ist, sich in der Palliativpflege dem beruflichen Idealbild anzunähern und bestmögliche Pflege in der letzten Lebensphase wie auch beim Sterben verwirklichen zu können. Dies führt schließlich auch zu positiven Auswirkungen sowohl bei den zu begleitenden Menschen als auch im persönlichen Bereich. Die abgeleiteten Kategorien und Subkategorien lassen sich in ihrer Gesamtheit wie folgt grafisch darstellen:



Es wurden ganz bewusst viele inhaltstragende Interviewpassagen miteingeflochten, damit das Endergebnis die sehr wertvollen, aufschlussreichen Aussagen der Gesprächspersonen enthält und auch deren individuelle Sichtweise abbildet.

4.2 Bedingungen für gute Pflege vorfinden

Palliativpflegende erwartet ein besonderes Bedingungsfeld, nicht nur in fachlicher Hinsicht, sondern auch bezüglich bereits vorhandener Gegebenheiten. Palliativpflege ist gekennzeichnet durch das Miteinander im mono- und multidisziplinären Team und einen anders gearteten Pflegeauftrag als auf Normalstationen. Individualisierung statt Routine, Zeit für Gespräche und Zuwendung, Sterbebegleitung und Abschiednehmen charakterisieren das palliative Setting. Dabei werden herausfordernde Situationen bewusst angenommen und durch gezieltes Erkennen eigener Grenzen gewahrt.

4.2.1 Mono- und multidisziplinäre Teamarbeit

Teamwork hat in dieser Kategorie zwei tragende Bedeutungen: multiprofessionelle Zusammenarbeit und die Monodisziplin der Pflegenden als Stütze durch das eigene Team. Palliativpflege wurde in den vorherigen Kapiteln als multidisziplinäres Fachgebiet beschrieben, welches ein zentrales gemeinsames Ziel verfolgt: die bestmögliche Lebensqualität für Menschen in der letzten Lebensphase und Unterstützung ihrer Angehörigen. Dabei wird die Gleichwertigkeit und Wichtigkeit der Meinung des Einzelnen als wesentliches Merkmal der multiprofessionellen Teamarbeit genannt.

„... die Teamarbeit, diese Gleichwertigkeit, die Wichtigkeit von den Meinungen einzelner, das ist glaub ich hier das Besondere ...“ IP5/165-167.

Regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen und berufsgruppenübergreifende Supervisionsangebote werden insgesamt als bereichernd empfunden. Die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungen durch die unterschiedlichen Zugänge zu den Patienten eröffnen andere Sichtweisen, die Befragten fühlen sich mehr in Entscheidungsprozesse integriert.

„... dass viele Therapien abgesprochen werden, auch mit dem Pflegepersonal, was sonst auf anderen Stationen im Haus unmöglich ist, da entscheidet und bestimmt der Arzt und hier ist es so, dass wir es schon im interdisziplinären oder multiprofessionellen Team besprechen und mitentscheiden (..) Natürlich ist immer der Arzt der Anweisende und Anordnende, aber der fragt uns immer nach unserer Meinung, „wie siehst Du das“, und das ist auf jeden Fall ein entscheidender Punkt...“ IP7/10-16.

Am Lebensende treten immer wieder Situationen auf, in denen gemeinsam mit dem erkrankten Menschen, den Angehörigen und dem therapeutischen Team über

Behandlungsabbrüche oder therapeutische Interventionen entschieden wird. Eine Interviewperson beschreibt es als sensible Gratwanderung zwischen der palliativen Ausrichtung und Kurationsansätzen, die im Krankheitsverlauf immer wieder neu begangen werden muss. Schwerkranke Menschen mit Tumorerkrankungen erleben stabile und instabile Phasen, nachfolgend wird das Auftreten einer Lungenentzündung als Konflikt zwischen Therapie und nicht-Therapie beschrieben.

„Es ist einfach so, dass man wirklich auf die Symptome schaut und nicht mehr den kurativen Ansatz einfach hat. Das ist schon klar. Aber das ist natürlich schon auch ein bisschen ein Grenzbereich, weil, da kommen bei uns auch viele Ärzte in einen Konflikt. Der palliative Gedanke, dass ist wahrscheinlich auch die schwierigste Frage, muss man sagen, weil das sieht auch jeder ein bisschen anders...“ IP1/303-309. Am Beispiel eines schwerkranken Menschen mit akut auftretender Lungenentzündung wird dieses Entscheidungsdilemma verdeutlicht. *„...aber würde man jetzt da die Lungenentzündung nicht mehr behandeln? An der würde er ja letztendlich sterben. Nicht jetzt primär vom Tumor, aber wenn ich die bei einem so geschwächten Patienten nicht behandle, macht das, ist das jetzt ein palliativer Gedanke, gell? Oder ist es eigentlich mehr schon so ein Sterbebegleitungsgedanke, dass man sagt, ja, wenn wir das nicht behandeln, dann wird er wahrscheinlich an dem sterben. Gell, das ist schon grenzwertig, finde ich...“ IP1/317-324.*

Als weitere Schwierigkeit wird benannt, wenn die Hoffnung bei Menschen im Terminalstadium durch vermeintlich wirksame Therapien aufkeimt. Erfahrene Pflegende erkennen bereits, dass sich der Sterbeprozess abzeichnet und plädieren für die Wahrheit am Krankenbett. Durch ein sanftes Vermitteln der Wahrheit können letzte wichtige Dinge noch geregelt, letzte Worte noch gewechselt und Abschiede ermöglicht werden.

„...mein erster Palliativpatient war dreiundzwanzig Jahre alt, das vergesse ich nie, der, da habe ich gesagt, das könnte mein Sohn sein, und das war damals schon eine Riesenherausforderung, das zu stemmen, man weiß genau, der Patient hat nicht mehr lange, der, der war mit der Freundin, die wollten heiraten, und bei ihm hat man nicht festgestellt, welcher Tumor das am Anfang war, und dann haben sie dann gesagt, ja jetzt haben wir eine Chemotherapie, die ihm hilft, und in Wirklichkeit war er schon kurz vorm Tod, und dass ist dann schon eine Herausforderung, also wo man sagen kann: Och, als junge Schwester wie gehe damit um? Ich meine, ich war schon älter, ich war erfahrener, ich hab versucht auch mit den Angehörigen zu sprechen, mit der Freundin, mit den Eltern, habe dann den Doktor gebeten, er soll die Eltern noch zu sich nehmen, und so, und es war gut so, weil nächsten Tag ist er dann verstorben...“ IP2/154-166.

Wenn Pflegekräfte in der Palliativarbeit mit solchen Herausforderungen konfrontiert sind, fühlen sie sich in ihrem Team sehr wohl und gut aufgefangen. Die gegenseitige Hilfsbereitschaft wird sehr positiv bewertet. Es besteht die Möglichkeit, von der Pflegesituation Abstand zu gewinnen, falls diese zu belastend wird oder im Beziehungsbereich Spannungen entstehen, die durch Gespräche momentan nicht gelöst werden können.

„Indem sie unterstützen rein pflegerisch, indem sie nachfragen: Kann ich dir was helfen? Oder wie geht's dir? (.) Oder soll ich da heute mal hingehen? Also man hat ja auch die Möglichkeit zum Rückzug, wenn einem irgendwas zu nahe geht oder zu viel wird...“ IP7/142-145.

Für akut auftretende Probleme wird angeführt, dass die Befragten das Team als große Ressource und Stütze sehen, wo jeder mit jedem besprechen kann, was ihn gerade beschäftigt, was die folgende Passage hervorhebt.

„Wir haben unser gesundes Team, wo viel gesprochen wird (,) auch miteinander geschaut wird, dass wir dann auch merken würden, wenn sich einer da die Sachen zu persönlich nehmen würde...“ IP5/113-115.

Die gegenseitige Fürsorge und Aufmerksamkeit für den Anderen spielt offensichtlich bezüglich Teamarbeit eine zentrale Rolle; Achtsamkeit und Sensibilität füreinander kennzeichnet das Miteinander. Das zeigt sich im Arbeitsalltag durch ein gezieltes Wahrnehmen des Kollegiums hinsichtlich ihres Befindens. Teamwork spielt dabei eine große Rolle. *„Einmal die Unterstützung, wenns dann doch mal brenzlich wird und man Hilfe braucht, da sagt keiner ne, ich helfe dir nicht oder irgendwie sowas, da ist immer Hilfe da. Und das klappt hervorragend...“ IP8/221-224.*

Durch Gespräche im Team kann laut den befragten Pflegekräften sehr viel aufgefangen und thematisiert werden. Diese gegenseitige, selbstverständliche Fürsorge scheint ein besonderes Element der Palliativpflege zu sein.

„...und vor allem, was mir halt a ungemein hilft, man muss eigentlich nichts sagen, die sehn sofort, wenn's mir schlecht geht zum Beispiel...“ IP6/102-107.

Die Teamzusammensetzung aus jungen und älteren Pflegekräften wird als sinnvolle Ergänzung beschrieben, die Mischung aus Erfahrung und „frischem Wind“ wird als wunderbare Kombination empfunden.

Die Interviewpersonen haben vor ihrer Tätigkeit auf Palliativ bereits in anderen Teams in verschiedenen Bereichen zusammengearbeitet. Häufig empfinden sie die Teamarbeit in der Palliativpflege intensiver und selbstverständlicher als in den vorhergehenden

Arbeitsbereichen. In der nächsten Kategorie werden weitere erlebte Unterschiede aus Sicht der Palliativpflegenden beschrieben.

4.2.2 Einen Unterschied zur Normalstation empfinden

In den Gesprächen wurden die Interviewpersonen auch zu ihrer Sichtweise befragt, ob ein Unterschied bezüglich Palliativpflege und der Pflege auf einer Normalstation besteht. Das breite Pflegespektrum sowie der größere Entscheidungs- und Handlungsspielraum wurden als ein deutlicher Unterschied zur Pflege auf einer Normalstation genannt. Die Integration in Entscheidungsprozesse war dabei ein unterscheidendes Merkmal, *„dass viele Therapien abgesprochen werden, auch mit dem Pflegepersonal, was sonst auf anderen Stationen im Haus unmöglich ist, da entscheidet und bestimmt der Arzt...“* IP7/10-12.

Das Abweichen von standardisierten Abläufen sowie zeitlichen Vorgaben wurde dabei sehr häufig als weiterer Unterschied benannt und mit der hohen Patientenorientierung begründet. *„Also auf Normalstationen ist das halt einfach Routinearbeit, sag ich mal so, da sind die Abläufe strukturiert, was man auf der Palliativstation nicht sagen kann, dann geht man einfach in das Zimmer rein und, und der Patient bestimmt eigentlich den Ablauf [...] und wir versuchen auch den Zeitstress nicht zu haben, dass man wirklich sagt, wir haben Zeit für den Patienten, außer, es ist ein Notfall, das ist dann normal, dass man da weggerufen wird, aber ansonsten wird man von den anderen Mitarbeitern wenig gestört, wenn die wissen man ist gerade im Gespräch bei dem Patienten, dann wird man auch von den anderen auch nicht gestört, das ist eigentlich das Besondere an der Palliativstation, dass man sich einfach die Zeit nimmt....“* IP2/27-30 und 34-40

Den Zeitfaktor, beziehungsweise wie dieser von den Pflegenden empfunden wird, bringen einige Interviewpersonen mit der Symbolsprache *der langsamer tickenden Uhren* in Verbindung. Sie berichten auch darüber, dass sich der persönliche Zeitbegriff beim Arbeiten in der Palliativeinheit verändert und teilweise schon beim Betreten der Station ein anderes Zeitbewusstsein entsteht.

„Der Zeitfaktor. Also ganz ein großer Unterschied. Ähm, wird immer geworben drum, aber es stimmt wirklich [...]. Da ticken die Uhren einfach langsamer. Also, man lässt die Patienten schlafen und hat eben nicht dieses sture Procedere, sei es nach Standards, sei

es, dass man eben in dieser Maschinerie drinnen hängt, dass der Patient dann noch zum Röntgen muss oder die Untersuchung, die Untersuchung...“ IP6/50-59.

In den Interviews der zweiten Studienphase finden sich jedoch bereits Anzeichen, dass der Zahn der Zeit nun auch die Palliativpflege erreicht hat. Dies zeigt sich in dem Gefühl, weniger Zeit für die Pflege zu haben, die Zeit stärker zu priorisieren und weniger Personal zur Verfügung zu haben. *„Die Zeit (.) und das ist auf jeden Fall ein gravierender Unterschied, obwohl das leider bei uns auf Palliativ im Moment auch aus diesen selben personellen Gründen ein bisschen leidet... [...] das ist dann schon sehr belastend, und manchmal ist im Moment Palliativpflege gar nicht möglich. (..) Heute schon, aber letzte Woche nicht. Und das ist eigentlich schlimm, wenn man ein hohes Level haben möchte und welches man runter fahren muss...“ IP7/33-35 und 96-99.*

Die Befragten waren teilweise selbst auf normalen Akutstationen in den Kliniken tätig gewesen, bevor sie in die Palliativpflege wechselten oder konnten selbst Erfahrungen durch zeitweise Versetzungen auf Normalstation machen. Dadurch wurde ihnen bewusst, dass sie einen deutlichen Unterschied empfinden. *„Darf ich das so sagen, wie ich es im Moment, weil es ist ja eine Momentaufnahme, (..) also auf der Normalstation ist es momentan eine komplette Massenabfertigung, am Patienten wird nur das Nötigste und das Schnellste gemacht. Es wird nicht individuell eingegangen auf die Wünsche und Ziele des Patienten (..) und das ist auf jeden Fall ein gravierender Unterschied...“ IP7/29-33.*

Eine weitere Interviewperson bestätigt diese Sichtweise und weist auf die Wichtigkeit hin, Pflege- und Behandlungsziele, wie auf der Palliativstation üblich, gemeinsam festzulegen. *„Und das ist eigentlich sehr positiv, weil das hast du woanders auch nicht (.), dass da darüber geredet wird, was passiert mit dem Patienten, wo möchten wir hin? Und das ist eben auf der Palliativstation schon so, und das ist gut...“ IP9/155-158.*

Persönliche, negative Erfahrungen mit dem Thema Tod und Sterben haben einige Interviewpersonen auf der Normalstation geprägt. Sie engagieren sich für eine andere Umgangskultur durch ihre Tätigkeit im Palliativbereich. *„Ich habe auch vorher schon viel mit Tod zu tun gehabt, familiär und auch beruflich auf den anderen Stationen (..) und es war immer sehr unbefriedigend, weil man doch auf anderen Stationen, (..) ähm, Drei-Bettzimmer, dann keine Zeit, viele Leute, die Angehörigen...“ IP8/12-15.* Eine ganz ähnliche Erfahrung spiegelt sich in dieser Interviewpassage wieder, etwas Gutes tun wird zum zentralen Anliegen. *„Mein Grund ist, ich wollte einfach den Sterbenden oder den todkranken Patienten einfach nochmal helfen, einfach denen noch einmal was Gutes tun zum Schluss und auch irgendwie einen Wunsch noch erfüllen, was sonst auf anderen Stationen nicht möglich ist. Man hat ja auch oft noch etwas mehr Zeit bei uns, und den*

Patienten einfach noch irgendwie behilflich zu sein bei Sachen...“ IP9/8-13. Die Wertschätzung für diesen letzten guten Dienst am Menschen wird im Palliativbereich stärker empfunden, „..., dass es einfach wertgeschätzt wird, was man macht. Und das ist als normale Krankenschwester, finde ich, nicht so. Da ist es selbstverständlich, dass man da ist und gewisse Dinge tut...“ IP3/38-41.

Als Belastung wurde es empfunden, wenn Menschen auf der Normalstation versterben und in kürzester Zeit das Bett nachbelegt wird. Die Pflegenden konnten manchmal noch beim Sterben dabei sein, dann kam es schon zur Versorgung des Verstorbenen und Transport in die Prosektur. Zeitgleich wurde der Bettplatz des Verstorbenen für eine neue Patientenaufnahme vorbereitet: eine Extremsituation aus Kommen und Gehen. Hingegen ist es im Palliativbereich möglich, dass der Verstorbene länger auf der Station verbleiben kann und sich Angehörige wie auch Betreuungspersonen in Ruhe verabschieden können. *„Auch, muss man sagen, die Nachbereitung, das man sagt, da verstirbt ein Patient und dieses Bett wird gebraucht, gell. Das ist einfach eine Akutstation, [...] und nicht so wie hier auf Palliativ, wo man sagt, okay, vierundzwanzig Stunden darf der Patient da bleiben und jeder darf kommen, darf sich verabschieden. Und so etwas ist halt ganz schwer auf der (Stationsname) nur möglich gewesen...“ IP1/67-73.*

In einigen Gesprächen wurde auch die Thematik des *im Krankenhaus auch mal sterben dürfen* thematisiert. In einem auf Maximaltherapie ausgelegten Stationsalltag ist das Sterben immer noch eine Randerscheinung, die häufig mit einem Behandlungsmisserfolg assoziiert wird. Dabei gerät es etwas außer Acht, dass der Tod eigentlich ganz was Natürliches ist, wie bereits Saunders in den 60er Jahren feststellte. Viele Menschen empfinden dies auch als normalen Prozess, denn *„es gibt ja relativ viele einfache Leute, einfache Leute in Anführungszeichen, einfach gestrickte Leute, die kein Problem haben, für die das ganz normal ist, dass man stirbt, gell...“ IP1/171-174.* Auf der Palliativstation darf dieser natürliche Prozess mit Hilfe professioneller Begleitung stattfinden. Ein weiteres, wesentliches Unterscheidungsmerkmal geht hieraus hervor: *„...ich arbeite in der Palliativpflege, (..) weil ich es unschön fand, wie auf der Normalstation damit [mit Tod und Sterben] umgegangen wird. (..) Ich finde jeder Mensch sollte das Recht haben, irgendwann (..) einfach würdevoll gehen zu dürfen. Und das wird einem auf Normalstation (..) von Ärzteseite her meistens nicht genehmigt...“ IP4/12-17.* Wie weitgreifend sich die Tätigkeit in der Palliativpflege auf die kritische Auseinandersetzung mit dem *sterben Dürfen* und die maximaltherapeutische Vielfalt der Möglichkeiten auf anderen Stationen auswirkt, schildert die nachfolgende Interviewsequenz sehr eindrücklich.

„...was ich auf anderen Stationen sehe, wenn ich auf der Intensivstation vorbeigehe, gucke was da für Patienten liegen, wo ich wirklich mich frage, warum, was wird da gemacht, was für Unfug getrieben mit alten Patienten? Es werden die Patienten oft (.), die dürfen nicht sterben, egal in welchem Alter (..) die (ähm) Eigenständigkeit wird ihnen abgenommen, da werden Patientenverfügungen einfach übersehen und also, da muss ich sagen (..) das wird immer mehr zu einem Problem, also auch wirklich auf einer Normalstation zu arbeiten, wo ich einfach nicht mit dem (ähm) das nicht nachvollziehen kann, was da noch gemacht wird...“ IP5/269-280.

Spätestens mit der Arbeit in der Palliativpflege können und wollen sich die Pflegenden nicht mehr dem Thema Tod und Sterben entziehen, die bewusste Auseinandersetzung ist für die Befragten auch Grundlage für ihr tun und handeln. „...also ich glaub, das Wegschieben von Tod und mich betrifft es nicht oder ich muss nicht sterben oder ich hab so eine Angst davor und beschäftige mich nicht mit dem Thema, das funktioniert auf Dauer nicht, also man ist, man muss sich damit auseinandersetzen, das gelingt vielen Pflegekräften, ich sag mal auf den Normalstationen (ähm), dass sie das vor sich herschieben, die auch sagen, ich könnte das nicht, aber sobald ich hier arbeite oder auf ner Intensivstation oder so, ist das sicher nicht mehr möglich...“ IP5/48-45.

Das Wissen um eine Arbeit im Grenzbereich des Lebens und der nahezu täglichen Anwesenheit von herausfordernden Situationen stellt einen letzten abweichenden Aspekt zwischen der Arbeit auf Normalstation und in der Palliativpflege dar, den eine Interviewperson sehr nachvollziehbar beschrieben hat. „Also, es gibt Situationen, sagen wir mal, wo andere Pflegekräfte hier im Haus ein Problem haben, das ist genau der Punkt, wenn die Leute sterben. Gell, das verdrängen die wahnsinnig. Und wenn ich da oft im Aufzug stehe und mich sehen irgendwelche Kollegen, die mich noch von früher kennen und wissen, dass ich von (Stationsname) bin und jetzt auf der Palliativ, dann sagen die: nein, nein, das könnt ich nicht, nein das könnte ich nicht, gell. Aber genau eben dieser Grenzbereich, dieses Begleiten können oder dieses Erleben von so einem Grenzbereich und da noch hilfreich tätig zu sein, das ist eigentlich, finde ich, ist jetzt da der Hauptmotivator...“ IP1/388-400.

4.2.3 Herausforderungen bewusst annehmen

Was empfinden Sie persönlich als Herausforderung in der Palliativpflege? Können Sie mir ein Beispiel dafür nennen? Diese Interviewfrage war einerseits gefüllt mit persönlichen Erlebnissen, die als besonders herausfordernd empfunden wurden und tiefer im Gedächtnis blieben. Dabei wurde die Wegbegleitung jüngerer Menschen sehr häufig als große Herausforderung empfunden, ebenso wenn kleinere Kinder ihren Vater oder ihre Mutter verlieren. Andererseits wurden auch Besonderheiten genannt, die im palliativen Setting global eine Herausforderung darstellen. Dazu gehören unter anderem die gesunde Balance zwischen Nähe und Kontakt in dieser engen Pflegebeziehung sowie der Anspruch, den unterschiedlichen Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Zuletzt sind diese herausfordernden Situationen und globalen Herausforderungen auch ein Anreiz, genau dort zu arbeiten und sich dieser Herausforderung bewusst zu stellen.

4.2.3.1 Herausfordernde Pflegesituationen erleben

Palliativpflegende berichten darüber, dass ihnen die Begleitung von Menschen, mit denen sie sich stärker identifizieren, persönlich näher geht. Häufig wurde dabei die Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen genannt und eine Zunahme des Versterbens in diesem Lebensalter bemerkt, was auch in etwa der Altersgruppe der Befragten entspricht. Zudem wird die Involvierung von Kindern als große Herausforderung empfunden.

„Normalerweise wäre die Herausforderung für mich, wenn sehr junge Patienten gehen und sterben müssen oder wenn ich jemanden sehr gut kenne oder eine sehr enge Beziehung aufgebaut habe zu demjenigen, oder wenn derjenige, der hier verstirbt, kleine Kinder hat. [...] Ja, das ist eine sehr große Herausforderung, weil es einfach dadurch, dass ich selbst auch ein Kind und Familie habe, dadurch ist es ein ganz anderes Mitfühlen, mit demjenigen...“ IP7/85-91.

Sich in andere einfühlen können, empathisch zu sein, gilt unter anderem als Basis einer beziehungsbasierten Pflege. Wie einschneidend allerdings solche Situationen dann auch erlebt werden können, verdeutlicht die folgende Passage:

„Hier auf Palliativ, ähm, wo quasi der Vater gestorben ist von einem dreizehnjährigen Buben, die das Ganze nicht so ganz überrissen haben und ähm, ein ganz inniges Verhältnis gehabt haben und ja, das war wirklich hart, das hat mir auch die Füße

weggezogen. Aber da war es eigentlich nicht, weil der Vater stirbt, sondern wie das der Sohn empfindet... [...] Ich habe mich dann um den Buben gekümmert, gell, aber da muss man wirklich alle Reserven ziehen, das was man jemals irgendwo mitgekriegt hat mit seiner, oder auf dem Weg gelernt hat mit seiner Erfahrung, da hab ich wirklich alle Register ziehen müssen...“ IP1/126-131 und 153-165.

Die Pflegenden werden in diesen Situationen auch häufig von den Angehörigen befragt, wie sich diese verhalten sollen, inwieweit die Kinder den Sterbeprozess miterleben sollen. Diese Frage stellt sich jedes Mal aufs Neue individuell, weil dann auch die Kinder vor, während und nach diesem Verlusterleben entsprechend professionell begleitet werden müssen. Dabei wird auf andere Unterstützungsdienste, wie das Kinder- und Jugendhospizteam, zurückgegriffen, da die eigene Betroffenheit alleine schon durch die Schwere der Sterbebegleitung der Mutter oder des Vaters hervorgerufen wird.

„Und da wird es dann ganz schwer. Da wird es auch einfach emotional für einen selber schwer. Wenn man dann weiß, ok, da hängt jetzt noch ein sechsjähriges Kind daran und der sieht jetzt die Mama sterben. (Pause) (hörbares ausatmen). Ist es gut, dass er die Sterbephase sieht (?) (Pause) Und (..) ja, wie geht man da damit um, dass man das alles noch stemmen und auffangen kann?“ IP 4/124-130.

Manchmal spüren Palliativpflegende intuitiv, wie sie ihre beratende Rolle einsetzen können und müssen, um die Entscheidung über Anwesenheit von Kindern beim Sterbeprozess zu beeinflussen. Die nachfolgende Situation wurde von der Interviewperson insgesamt als emotional sehr heftig eingestuft, da es sich um eine immer wiederkehrende, persönlich bekannte krebserkrankte Person handelte, die nun zum Sterben auf die Palliativstation kam. „(..) und das war echt heftig, weil das war (...), da war der Sohn da (..) und der war so alt wie mein Ältester, und dann hat sie sich immer auf die andere Seite von dem Sohn, wo der Sohn gestanden ist, also sie hat sich immer weggedreht. (..) Und dann hab ich zum Sohn gesagt, mei, ich glaube, Sie können jetzt ruhig einmal heimfahren, weil ich hab einfach gespannt (gemerkt), sie möchte den nicht jetzt dabei haben.[...] und dann habe ich auch gewusst, warum sie das so gemacht hat. (..) Es hat nämlich dann keine Viertelstunde gedauert, die hat aus allen, (..) aus der Nase, aus dem Mund, überall ist Blut rausgeschossen. Also das (..), da ist irgendwas aufgegangen, das war echt grausam...[...]... sie ist dann gestorben bei mir...“ IP 10/153-162/166.

Als weitere große Herausforderung wird von den Pflegenden beschrieben, wenn Menschen am Lebensende schwer gehen oder das Leben nicht loslassen können. Dies bezieht sich insbesondere auf Angehörige, die ihre terminal erkrankten Familienmitglieder einfach noch nicht gehen lassen möchten, obwohl diese sich schon mit dem nahenden

Tod arrangiert haben. *„Der Patient selber war ganz abgeklärt, dass er jetzt sterben wird und es ist absolut nicht schlimm für ihn gewesen. Das war für ihn das Normalste auf der Welt. Jetzt ist es halt soweit. Und von den Angehörigen gar nicht. Du darfst ja nicht gehen. Du musst doch noch deinen Enkel aufwachsen sehen...“* IP 4/112-117.

Dementsprechend schwer gestaltet sich die Situation, wenn Angehörige bereits das nahende Sterben für sich realisiert haben, doch die Sterbenden den Tod nicht akzeptieren können oder wollen und über Tage und Wochen mit dem Leben ringen. Dieser lange Sterbeprozess wird von den Pflegenden als sehr belastend empfunden, wie ein Kampf ohne Chancen auf den Sieg, denn in dieser Phase ist das Lebensende unabwendbar. *„Das ist in der Sterbephase, wenn die Patienten, (..) wenn sie so schwer gehen, (..) das ist halt oft, wenn (..). Jetzt fällt mir eine Patientin ein zum Beispiel, die war einfach der Mittelpunkt der Familie (..) und die hat nicht loslassen können. Und die hat so lange leiden müssen, bis wirklich alle Angehörigen da waren und gesagt haben, Mama oder Oma, du darfst jetzt gehen und bis sie es dann selbst verstanden hat, dass sie einfach dann auch die Kraft nicht mehr hat, das ist dann schon oft sehr bewegend, so etwas...“* IP9/76-82. Bewegende Momente kennzeichnen die Arbeit in der Palliativpflege, in den Gesprächen wurden hierbei auch Hochzeiten, Taufen und Versöhnungen innerhalb der Familie als besonders herausfordernde Situationen genannt, die erst durch das Engagement des ganzen multiprofessionellen Teams auf der Palliativstation realisiert werden konnten. Dabei konnten Pflegende auch bei ganz einmaligen, sehr tiefsinnigen Situationen mit anwesend sein und haben dies als einen sehr eindrücklichen Augenblick beschrieben.

„Da gibt es viele, wirklich viele Situationen und Eindrücke, aber das sind natürlich auch ganz persönliche Erfahrungen, also ganz was Persönliches, Tolles, was da war. (..) Also eine Frau, die bei ihrem sterbenden Mann dabei war, die sich sehr geliebt haben, die hat versucht, seine Seele in sich aufzunehmen, das war, sehr, sehr berührend...“ IP7/170-174.

Neben diesen sehr intimen Erfahrungen an der Grenze zwischen Leben und Sterben in dieser oft sehr erfüllten und erklärenden letzten Lebensphase müssen sich Pflegende auch dem Spannungsfeld zwischen den Wünschen der Sterbenden und deren Angehöriger positionieren. Eine Interviewperson beschreibt sehr nachvollziehbar einen Konflikt bezüglich des Wunsches der Eltern, der sich nach dem Tod ihres 30-jährigen Sohnes für die betreuende Pflegekraft ergeben hat. Der schwerkranke junge Mann war fast drei Wochen auf dieser Palliativstation und wurde in seinem zweiwöchigen Sterbeprozess intensiv von den Pflegenden betreut. Dadurch konnten diese ihn auch näher kennenlernen, seine Einstellungen und Gedanken. *„Nach seinem Versterben, die*

Kollegin, das tat mir auch sehr leid, der ist im Nachtdienst verstorben und er musste dann aufgrund des Glaubens der Familie, es waren Muslime, der Sohn eben nicht (,) musste er am ganzen Körper rasiert werden. Wirklich von oben bis unten und er war total behaart und das war wirklich auch einmal ein Gewissenskonflikt (,) weil die Schwestern (,) wir alle wussten (..) er wünscht es eigentlich nicht (,) und das hat man der Familie zuliebe gemacht. Es war eigentlich vorher anders geklärt, das sollte beim (ähm) muslimischen Bestatter passieren und das war einfach (,) wo ich wirklich sage, da tat mir die Kollegin sehr leid (..) das sind einfach immer wieder so (..) Interessenskonflikte wo man total dazwischen steht.“ IP5/162-175.

Dazwischenzustehen wird in vielen Erlebnissen genannt, wenn Pflegende in der Begleitung den Menschen nahe stehen und daraus ein Vertrauensverhältnis entsteht. Dann sind sie gefordert, mit anvertrautem Wissen behutsam umzugehen. Es werden Situationen geschildert, wo Menschen äußern, dass sie das Gefühl haben, bald sterben zu müssen und die Pflegenden dies bitte ja nicht den Angehörigen sagen sollen. Oder auch umgekehrt, wenn Angehörige vom Arzt besser aufgeklärt wurden als die Menschen, die so schwer erkrankt sind und nicht um ihren Zustand wissen.

Zudem kommt es auch zu herausfordernden Situationen, die das ganze Team betreffen: *„Also, wir haben schon sehr schwere Patienten zum Beispiel auch gehabt, wo man, anhand eines Beispiel, wo eine das komplette Team gegeneinander ausgespielt hat, auch Angehörige mit involviert waren, was dann halt wirklich Kreise gezogen hat, wo es dann auch ums Erbe gegangen ist und eigentlich wie ein schlechter Krimifilm geendet hat, also das war eine Herausforderung, also wo auch das Team also bisschen auf den Prüfstand gestellt worden ist...“ IP6/197-203.* Es wurden auch viele Herausforderungen genannt, die es generell und situationsunabhängig zu bewältigen gilt. Diese werden im nächsten Punkt näher beschrieben.

4.2.3.2 Globale Herausforderungen im Palliativbereich vorfinden

Im palliativen Setting werden von den Interviewpersonen zahlreiche globale Herausforderungen genannt, die sich situationsunspezifisch in der täglichen Arbeit mit schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen ergeben. Dabei sind den Pflegenden die auf sie zukommenden Herausforderungen durchaus bewusst und werden als Bewältigungsmöglichkeit der auftretenden Begleiterscheinungen im Sterbeprozess

eingestuft. Aus der Hilflosigkeit herauszutreten und Möglichkeiten der Linderung zu ergreifen, wird als sehr wichtig und bereichernd erachtet. Wie eine Interviewperson sehr zutreffend beschreibt: *“Also ich muss sagen, für mich war das eine Riesenherausforderung, mir macht es wahnsinnig Spaß in der Palliativpflege zu arbeiten, weil ich eh auf den Patienten konkret eingehen kann, man sieht zwar viel Leid, aber für uns ist das Leid, dass,... nicht dass ich sagen kann, ich kann den Patienten heilen, aber ich kann viel für den Patienten tun, sei es um die Schmerzen einzustellen, um die Übelkeit, Erbrechen, die nebensächlichen Dinge, die Luftnot und das ist für uns wichtig, dass es den Patienten in seiner Situation gut geht, und (äh) man muss dann eben unterscheiden natürlich ist es menschlich auch anstrengend, und aber wie gesagt, für uns ist es schlimmer, wenn sich der Patient schwer tut beim Sterben...” IP2/61-69.*

Menschliche Anstrengung zeigt sich auch über das individuelle Beziehungsgefüge, welches in einigen Interviews auch als Triage zwischen Pflegenden, Angehörigen und den erkrankten Menschen beschrieben wird. Als globale Herausforderung wird dabei die Unkalkulierbarkeit der Situationen am Lebensende empfunden, ebenso die Balance zwischen der Betreuung des Sterbenden wie der Begleitung seiner Angehörigen.

„Ja, oftmals, dass es immer doch dann verschieden ist, dass man nie sagen kann, es ist irgendwas gleich. (..) Und nicht nur, denn oftmals sind sogar die Patienten in der Sterbephase einfacher als die Angehörigen, dass ist noch mal eine Riesenherausforderung (...) und da ist auch oftmals die Energie weggeschossen, also das muss man echt sagen. Mit den Angehörigen und oder auch das wirklich Dreier-Komplett, also dass man sagt die Schwester oder der Pfleger, Angehörige und Patient, ähm, wenn er doch mal so starke Atemnot hat und diese Sedierung oder was man da macht und dann dem Patienten oder den Angehörigen oftmals nicht schnell genug geht und das ist halt immer, da die richtige Dosis zu finden und ja genau, das ist dann schon sehr schwierig...” IP8/61-72.

Dieses Dasein für den betroffenen Menschen wie auch für seine Familie führt häufig zu intensiveren Beziehungen, zumal diese im Krankheitsverlauf immer wieder auf der Station aufgenommen werden, um aktuelle Symptomverschlechterungen zu behandeln und ihre derzeitige Lebensqualität durch entsprechende Pflege- und Therapieinterventionen zu verbessern. Dabei entwickelt sich eine tiefere Patientenbeziehung, in der die Pflegenden auch bereits Einblick in das soziale Gefüge und in die sinn- und lebensbezogenen Einstellungen der erkrankten Menschen bekommen.

Dabei ist eine der „größten Herausforderungen, dass man ein gesundes Maß für sich selber zu Nähe und Distanz schafft (,) also dass ich nicht jedes Mal mitsterbe mit dem

Patienten, mitleide (..) also ich denk ich darf auf jeden Fall (..) (ähm) schon auf jeden Fall Gefühle oder ein spezielles Gefühl entwickeln für den Patienten (,) ich darf einen Patienten auch mögen (.) aber es muss auf einer professionellen Ebene sein, dass mich Sachen nicht noch wochenlang zu Hause verfolgen und ich glaub es ist ganz normal, wenn uns jemand mal sehr am Herzen liegt (,) dass man da auch zu Hause noch ein paar Tage darüber nachdenkt. Aber das darf nicht in allen Träumen oder in schlechten Gefühlen enden...“ IP5/118-130.

Durch diese Patientennähe kommt es auch zu intensiveren Beziehungen und Gesprächen. Entsprechend der Vielfältigkeit der Personen, ihrer individuellen Lebenserfahrungen und Lebensmilieus erleben die Palliativpflegenden auch ein Stück von deren *Menschseins* als Bereicherung für ihr eigenes Denken und Handeln, in der die Biografiearbeit ein zentrales Element der Palliativpflege darstellt. Dabei werden ganz bewusst herausfordernde Situationen analysiert, mögliche Herangehensweisen im Kollegium besprochen und diese Situationen auch als Bereicherung für die persönliche Reifung verstanden. *„Und da viel zu erfahren, wie sie das sehen, wie sie den Tod sehen, wie sie damit umgehen, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen, wie der Angehörige, wie die Kinder damit umgehen, und so, ähm, ja das ist ja die Schule pur. Finde ich, das ist für mich das Interessante und das mag ich eigentlich total gerne, sich da ein bisschen so rauslehnen, fragen, Hintertürchen aufmachen... IP1/175-180“.* Die biografische Orientierung und das Ansprechen der individuellen Einstellungen und Gefühle bezüglich Tod und Sterben erscheint auch eine Besonderheit im palliativen Bereich zu sein.

Eine weitere, immer wiederkehrende Herausforderung stellt das Symptommanagement dar. Die Pflegenden beschreiben es als Belastung, wenn trotz adäquater Therapie Symptome nur mäßig gelindert werden können. Dazu gehören schwer therapierbare Schmerz- und Angstzustände oder auch Agitationen oder Phasen der Desorientierung, in denen die Pflegenden auch an Therapiegrenzen kommen. *„So ganz kleine Situationen waren immer wieder, wo es sehr schwierig wird, wenn man Patienten hat mit Alkohol- oder Drogenvergangenheit, wo dann die Schmerzmittel einfach aufgrund dieser Resistenz so schlecht anschlagen und die höchste Dosen kriegen (..) und man merkt einfach keine Besserung, das ist für uns auch unzufriedenstellend, aber das sind einfach auch Bereiche, wo man sagt, die bekommt man nicht hundert Prozent schmerzfrei, weil die einfach so ein wildes Leben vorher hatten...“ IP5/143-152.*

Da auf Palliativ die Schmerzeinstellung ein sehr zentrales Element der Symptomlinderung darstellt, findet sich hier ein breiteres Spektrum an Analgetika. Dabei sind die

Dosierungen zum Beispiel bei tumorassoziierten Schmerzen entsprechend hoch. Die Erfahrungen und Kenntnisse in der Schmerzbehandlung können aber auch ein Dilemma darstellen. *„Also, was vor allem für mich eine wahnsinnige Herausforderung ist, dass man sich einfach machtlos fühlt, dass man zum Beispiel bei Schmerzeinstellung, dass die Ärzte doch auch immer wechseln, ein Dienstarzt macht eine Anordnung und das hilft da jetzt einfach nix und man steht eigentlich daneben und kann nix machen. Und dieses Machtlose, das empfinde ich auch als Herausforderung...“ IP6/204-209.*

Palliativpflegenden ist es durchaus bewusst, dass sie in ihrer täglichen Arbeit mit herausfordernden Elementen konfrontiert sind. Vielleicht ist diese selbstverständliche Annahme der verschiedenen Herausforderungen auch ein Grund, gerade in diesem Bereich zu arbeiten. *„Es passiert ganz, wirklich ganz, ganz selten, dass ich mit irgendwelchen Leuten nicht ganz auskomme, dass man weiß, oh, da sind schwierige Familienverhältnisse oder sonst irgendwas, ähm, das gibt's eigentlich so gut wie nie, weil ähm genau das ist ja meistens ja auch genau die Herausforderung. Also ich sag da nie, ich geh jetzt da nicht rein, weil der und der da liegt, ich geh immer einfach rein, wenn ich eingeteilt bin. Und wenn wir schwierige Fälle haben oder so, dann sehe ich das als Herausforderung...“ IP1/216-224.*

Die vorher erwähnte Teamarbeit und diverse Gesprächsangebote mögen seitens der Palliativeinrichtung eine Unterstützung zur Bewältigung der Erlebnisse bieten, letztlich muss doch jede Pflegeperson individuell mit diesen Herausforderungen umgehen, wie in den Kapiteln *Grenzen erkennen und wahren* (4.2.4) und der *Fürsorge für sich selber und Kraft schöpfen* (4.4.5) näher beschrieben wird.

4.2.4 Grenzen erkennen und wahren

Die Arbeit mit Menschen in der letzten Lebensphase ist durch Herausforderungen gekennzeichnet, deren individueller Verlauf offen ist. Es können dadurch positive Gefühle entstehen, wenn die Interventionen zum Erfolg führen. Die erlebten Situationen können aber auch zu starken Belastungen führen, schließlich bietet das Thema Tod und Sterben für sich bereits eine Menge an Belastungsfaktoren. In den Interviews wurde beschrieben, dass es wichtig ist, die persönlichen Belastungsmarker zu identifizieren, um dann auch persönliche Grenzen schützen zu können. Die Balance, das Zwischenmaß, der Mittelweg

zwischen Nähe und Distanz an sich ranlassen und eine Grenze ziehen, so wurde dieses wichtige Merkmal in den Gesprächen häufig beschrieben.

„Dass man täglich mit Leben und Tod in Verbindung steht, und persönlich muss man schon abschätzen können, dass man es nicht zu sehr an sich heran lässt, also man muss so das Zwischenmaß finden, am Anfang meiner Arbeit hier ist es schwieriger gewesen, da ist man zu sehr am Patienten dran, zu nah, das muss man einfach lernen, das nicht ganz so sehr an sich heranzubringen, und die größte Herausforderung ist das Private nicht in die Arbeit mit reinzubringen... [...]...man muss einen gewissen Abstand wahren, dass man auch sagen kann: jetzt reicht es, jetzt ist es zu nah, jetzt, oder, oder auch wenn man Dienstschluss hat, dass man sagt: jetzt ist mein Dienst zu Ende, jetzt gehe ich nach Hause, jetzt lasse ich das da...“ IP2/89-105. Dieses Gefühl für eigene Befindlichkeiten und Grenzen scheint sich mit den Berufsjahren und persönlichen Erfahrungen immer weiterzuentwickeln, *„denn das sind halt Emotionen, wo man sagt, das ist, das kann man nicht immer machen, dass man das so nah an sich ran bringt, aber das halt, am Anfang ist man doch ein bisschen mehr da drin, bis man begreift, man darf aber nicht alles so sehr rankommen lassen...“ IP2/124-127.*

Um in der Palliativpflege gut und längerfristig arbeiten zu können erscheint das bewusste Einschätzen und Abgrenzen von den belastenden Erlebnissen ein wesentlicher Bedingungsfaktor zu sein. Es wird auch als eine Art Grundhaltung verstanden, achtsam mit sich selbst umzugehen, um sich selber zu schützen.

„Hier rauszugehen und nicht mehr dran zu denken, was hier war, sondern das alles wirklich hier lassen, also das man wirklich sich so abgrenzen kann, wenn möglich, dass man die Sachen oder Probleme, die auf der Station sind oder das Belastende nicht mit nach Hause zu nehmen. Das ist ganz was Wichtiges, weil man vielleicht so von der Grundhaltung her, (..) dieses manchmal abgrenzen kann. Weil wir müssen ja auch ganz viel mit Empathie arbeiten und die Leute ganz nah an uns ranlassen, und wir gehen ja auch ganz nah an sie ran und auch an die Angehörigen vor allem, da ist es wichtig, sich selber zu schützen und auch eine Grenze ziehen zu können...“ IP7/242-250.

Diese Achtsamkeit bezüglich eigener Grenzen zeigt sich vor allem darin, dass sich die Pflegenden immer wieder reflektieren, ein Gespür für ihr eigenes Befinden entwickeln. In sich zu gehen bedeutet auch, bewusst einen Schritt zurückzugehen und sich zu fragen: Wie geht es mir jetzt in dieser Situation? Und möglicherweise Konsequenzen aus dieser stillen Selbstreflektion zu ziehen.

„Wo man sagen kann, ok bis hierher und stopp, und da muss man halt selber in sich hineinhorchen und sagen, ok jetzt reicht. [...] Bei Patienten die sehr lange da sind oder

sehr schwierig sind oder so, dann schon auch wenn man merkt, dass man ausgezuzelt ist und die Energie nachlässt, dass man da echt sagt: Stopp und jetzt reicht's, jetzt geht einmal jemand anders. Das geht schon im Team..." IP8/212-219.

Für das Arbeiten im Grenzbereich zwischen Leben und Sterben ist es für die Interviewpersonen von zentraler Bedeutung, die eigene Grenze zu erkennen und zu wahren. Diese Grenzsetzung wird auch vom Team getragen, es ist kein Unvermögen, sich gewissen Situationen zu stellen, sondern wird eher als professionelle Schutzfunktion angesehen. *„Weil alles kann man sowieso nicht, aber, da würden auch wir uns übernehmen, (I: mhm) aber bis zu einem gewissen Punkt überlegt man sich natürlich schon, wo sind unsere Grenzen und (.) wie weit kann ich das machen und wann muss ich, wann müssen auch wir uns Hilfe dazuholen..." IP4/131-135.*

In extrem belastenden Pflegesituationen bespricht sich das Pflegeteam regelmäßig und teilt diese Herausforderung unter einander auf, damit die Last nicht nur auf der zuständigen Pflegekraft liegt und Erholungsphasen ermöglicht werden.

„Ja, das war ein tracheotomierter Patient, (..) der hat immer wieder die Trachealkanüle hinausgehustet, und das hat das ganze Team einfach (.), weil der hat dann so Erstickungsanfälle immer gehabt, und das war einfach grausig für das ganze Team zum Anschauen, wenn einer so Erstickungsanfälle hat. Und das hat uns schon ziemlich mitgenommen, weil viele Leute wollten dann nicht mehr zu ihm gehen, wenn sie schon zwei oder drei Tage in den Bereich gegangen sind, dann haben wir gleich wieder durchgewechselt, damit nicht einer das die ganze Zeit aushalten muss..." IP9/110-118.

Die Gespräche waren durchzogen von Aspekten der Achtsamkeit gegenüber sich selbst, aber auch gegenüber der eigenen oder mitbeteiligten Berufsgruppe sowie Angehörigen. Letzteren verschaffen die Pflegenden Erholungsphasen, indem sie die Betreuung zuverlässig übernehmen oder Ehrenamtliche miteinbeziehen. So gelingt es in einigen Fällen, über eine der Palliativstation angegliederten Brückenpflege das Sterben zu Hause zu ermöglichen, was für viele Menschen am Lebensende ein großer Wunsch ist.

Die folgende Grenze wurde über die Kooperation vieler Berufsgruppen durch die Brückenpflege ermöglicht: *„War auch eine relativ junge Patientin, so Mitte dreißig, war dann schon, war a von der Schmerzsituation eher schwierig, hat auch Knochenmetastasen gehabt und an Wirbeldurchbruch, war dann auch so, dass zuhause das erste Mal nicht funktioniert hat, der Ehemann war überfordert und es hat auch von der Schmerzsituation nicht hingehaut und da war auch der Wunsch, dass sie zuhause verstirbt und das war dann eben so, dass man eine palliative Sedierung zuhause gemacht*

hat und die hat dann zuhause einschlafen dürfen und das war für die Angehörigen einfach das Wichtigste und auch für den Ehemann...“ IP6/253-261.

4.3 Sich der Erfüllung des Berufsethos nähern

Die Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase wird von den befragten Pflegenden sehr bewusst als Tätigkeitsfeld gewählt. Sieben der zehn Interviewpersonen gaben an, aufgrund persönlicher Erlebnisse oder entsprechend negativer praktischer Erfahrungen in anderen Bereichen der Pflege, sich explizit für das palliative Setting entschieden zu haben. Die Pflege in einer „anderen Welt“ ist dabei gekennzeichnet durch Patientenorientierung, Kreativität sowie erweiterte Handlungs- und Wissensspielräume. Für die Befragten spielt dabei das beim Weggehen aus dieser Welt „Dabei bleiben können“ eine große Rolle.

4.3.1 Das berufliche Ideal finden

In Laufe der Gespräche kristallisierte es sich immer deutlicher heraus, dass Pflegende meist ganz bewusst den Schritt in die Palliativpflege gingen. Dieser Schritt begründet sich einerseits durch positive Vorerfahrungen aufgrund praktischer Einsätze auf Palliativ im Rahmen der Grundausbildung sowie Hospitationen aus reinem Interesse an diesem Fachbereich. *„...da war ein recht markantes oder einschneidendes Erlebnis und zwar war, dass ein Bekannter von mir, der mit 22 Jahren eben auf die Palliativstation verlegt worden ist. Ähm es war am Anfang nicht klar, was er hat. [...] Und ich war im zweiten Ausbildungsjahr und hab eben zur Stationsleitung gesagt: Ja, ich kenn den Patienten und tät ihn halt gern betreuen [...] Bekannt war, dass der komplette Körper voller Metastasen war. Und den hab ich dann eigentlich bis zum Schluss begleitet. Und des war eigentlich so, was mir damals noch nicht so wirklich bewusst war, weil das war eigentlich so das Einschneidende, was mich dann eigentlich zur Palliativpflege dazu bracht hat. [...] Ich bin da eigentlich ins kalte Wasser gesprungen und es hat wunderbar funktioniert, wo ich mir im Nachhinein dann dacht hab, irgendwas war da, was man nicht lernen kann, sondern was einfach gepasst hat“ IP6/7-41.*

Andererseits äußerten einige Interviewpersonen eine deutliche Unzufriedenheit, wie mit dem Thema Tod und Sterben auf ihrer bisherigen Station umgegangen wurde, so dass sie bewusst in die Palliativpflege wechselten. Neben der fehlenden Intimität für den sensiblen Sterbeprozess wurde dabei auch die fehlende Möglichkeit, Menschen in dieser Phase noch etwas Gutes zu tun, genannt. Eine Interviewperson beschreibt diese Unzulänglichkeit, die sie im Laufe ihrer Berufstätigkeit wiederholt erfahren musste, und ihren Weg in die Palliativpflege wie folgt. *„Und das war aber von Anfang an sofort meins, also des war sofort genau die Arbeit, die ich eigentlich machen wollte. Aber auch wirklich daraus resultierend, weil in dem Haus, dadurch dass ich schon so lange hier bin und lange in der Pflege bin einfach viele Menschen auch hab Sterben sehen, die einfach ganz schrecklich irgendwo in einem Kämmerchen, in einem Bad, so wars ja früher, sind die Sterbenden reingeschoben worden, ohne irgendwelche Medikamente, ohne jemanden, der ihnen die Hand hält, ohne die Angehörigen zu informieren oder vorzubereiten oder irgendwas, und das ist, das ist nach wie vor das, was hier gut ist...“* IP7/211-218.

Irgendetwas scheint hier tatsächlich anders zu sein, was Palliativpflege auch deutlich von der Pflege auf Normalstation unterscheidet. Die Pflege in der letzten Lebensphase bietet offensichtlich Möglichkeiten, die auf anderen Stationen in dieser Weise nicht vorgefunden werden. *„Dieses Gesamtpaket auf Palliativ, das ist das, was ich eigentlich schon immer machen wollte. Zeit für die Patienten, Angehörigen, mehr Betreuung, das ganze Team halt auch mit Sozialdienst, Krankengymnastik, Musiktherapie, Klangschalen, diese ganzen Angebote. [...] Dass man in den Sterbephasen bei uns, wenn man sieht, dass es kurz davor ist, bei den Patienten bleiben kann, die Möglichkeit besteht. (..) Dass man die Angehörigen viel mehr mit einbeziehen kann, in die Pflege, in die Gespräche und dass man viel mehr Wünsche erfüllt, wie zum Beispiel noch mal ein Tier zu sehen, oder (..) irgendwas...“* IP8/16-33.

Gute Pflege leisten zu können und eine intensivere Beziehung aufbauen zu können, dies erscheint ein weiterer Grund für das Arbeiten im Palliativbereich zu sein. Der pflegerische Freiraum bietet auch entsprechende Möglichkeiten zur Entfaltung und Umsetzung unkonventioneller, kreativer Ansätze, was als enorme Erweiterung zur Erreichung bestmöglicher Pflege empfunden wird. *„Ja, also ich glaube, man kann sich hier individuell sehr ausleben (,) was man persönlich für Vorstellungen hat von guter Pflege (,) also wir haben hier keine (,) strikten Richtlinien, wie ein Patient versorgt werden muss, was reine Grundpflege zum Beispiel angeht. Man kann (äh), was Aromapflege angeht, wenn man sich da auskennt, sag ich mal so, austoben, man kann (ähm) dem Patienten eine Massage machen wenn einem das liegt...“* IP5/202-209. So berichten die Befragten von

verschiedensten Pflegeinterventionen, die sie hier zur Linderung anwenden können sowie in dieser intensiveren Pflegebeziehung so pflegen zu können, wie sie es gelernt haben. „Man baut einfach eine andere Beziehung zu einem Patienten auf. Weil wir doch viele Wiederkehrer haben, die zwei-, dreimal da sind, manche kommen fünfmal über Jahre verteilt und da haben wir eben a ganz andre Beziehung zu am Patienten ähm als wie jetzt bei einer Akutaufnahme. Das motiviert mich. Dann, ja, das Pflegen auf Palliativ, weil man eben so wahnsinnig viel mit den Patienten machen kann wie Musiktherapie, Gesprächstherapie, basale Stimulation und kann sich auch pflegerisch austoben, sag ich jetzt mal...“ IP6/101-109.

Sehr deutlich wird der positive Effekt einer intensiven Begleitung in der letzten Lebensphase, wenn es darum geht, ein friedliches Abschiednehmen und gutes Sterben zu ermöglichen. Palliativpflegende sehen es als wesentliche Aufgabe an, den beteiligten Menschen gerade in dieser schwierigen Situation beizustehen.

„Also, was mich ganz viel motiviert, sind diese vielen Begleitungen und auch das Feedback, das man von den Angehörigen kriegt. Vom Patient selber und auch ganz, ganz viel von den Angehörigen (..) dass sie sagen, der hat jetzt einfach gut gehen können oder in Ruhe, Sie haben das so schön gemacht, das hört sich zwar ganz komisch an, ne Beziehung aufs Sterben, aber das ist einfach genau das, wo man es gerne macht, weil es einfach den Angehörigen und den Patienten selber gut tut.“ IP7/53-59. Das Sterben hat nicht nur eine negative Konnotation, sondern als natürlicher Teil jeglichen Lebens liegt auch eine gewisse positive Annahme des Sterbens vor, die den Befragten sehr viel am Herzen liegt, wie der nachfolgende Interviewauszug verdeutlicht. „Also, die ganze palliative Arbeit ist positiv, selbst wenn's negativ, also mit diesen negativen Themen: der Patient ist krank, er wird sterben, behaftet ist. Und wenn ich sage mir macht diese Arbeit Spaß, dann im Endeffekt hört sich das immer ein bisschen komisch an, aber es ist einfach so, weil's so viele positive Aspekte gibt und das Thema Sterben nicht unbedingt immer schlimm sein muss. Also das ist ja auch für die Patienten eine Erlösung ...“ IP4/111-121.

4.3.2 In einer „anderen Welt“ pflegen zu können

„Den Tagen mehr Leben zu geben, anstatt dem Leben mehr Tage zu geben“, diese von Saunders geprägte Grundmotivation der Hospizbewegung spiegelt sich auch in den Gesprächen mit den Palliativpflegenden wieder. „Also erstmal, dass man dem Leben

wirklich Wert gibt, das motiviert mich ungemein...“ IP6/99-100. Und entsprechend der zentralen Ziele von Saunders spiegelt sich auch hier das zentrale Anliegen palliativer Pflege wieder. „Also damit es dem Patienten, wie man sagt in der Palliativpflege, nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben geben, also das ist das der Leitspruch von der Palliativ, und das ist das Wichtigste für uns...“ IP2/74-76. Einen weiteren interessanten Gedanken kann man aus den verschiedenen Gesprächssequenzen isolieren, wenn es um die bewusste Annahme der Palliation statt der Kuration geht. Das Ende der Hightech-Medizin bedeutet für Pflegende wie auch für die erkrankten Menschen eine Verschnaufpause zu erleben, sich dem immer wieder neu schöpfenden Therapiesystem zu entziehen. Dies wird auch als völlig andere Welt im System beschrieben. „Ich habe einmal ausgeholfen auf (Stationsname), und es ist Wahnsinn, das würde ich wirklich nicht durchhalten. I: Und warum? B: Nein, da, (..) warum (..), da ist es einfach nicht so, diese Zuwendung zu den Patienten versucht man immer zu haben und habe ich dort auch probiert und habe das auch gemacht, aber das Außenrum ist ganz anders. Das ist ganz anders. Da ist die Zuwendung nicht der Sinn. (Pause). Auf Palliativ geht das besser. Da ist man von diesem System schon weg, oder mehr weg. Ja, es ist schon eine andere Welt, eindeutig...“ IP1/516-523.

Den zentralen Erkenntnisgewinn in dieser Kategorie stellt allerdings der Wunsch der Pflegenden, in dieser anderen Welt, dieser Grenze zwischen Leben und Sterben, bei den Menschen im Übergang und ihren Angehörigen dabeizubleiben, dar. Ganz bewusst dabeizubleiben, wo manche Pflegekräfte lieber weggehen würden.

„(.) Ja, der Patient ist halt einfach auf Normalstation nur eine Nummer, Routine oder auch nicht-Routine, und da nicht beim Versterben dabeibleiben zu können, das ist halt das, was mir überhaupt nicht getaugt hat...“ IP8/234-236. Palliativ Pflegende wollen gerade in dieser einmaligen Grenzsituation zwischen Leben und Sterben mit dabei sein, diese mit aushalten und zur Optimierung dieser gravierenden Lebenssituation beitragen. „Ja, der höchste Motivator (..) also das ist schon der Grenzbereich für mich. Die Herausforderung, einfach da zu stehen, wenn...[...]. Aber genau eben dieser Grenzbereich, dieses Begleiten können oder dieses Erleben von so einem Grenzbereich und da noch hilfreich tätig zu sein, das ist eigentlich, finde ich, jetzt da der Hauptmotivator...“ IP1/388-391.

Das dabeibleiben Können und Wollen sowie den richtigen Wirkungsort gefunden zu haben, spiegelt sich auch zutiefst in der folgenden Sequenz wieder. „Also ich kann da nur für mich persönlich sprechen, dass ich auch, je länger ich das mache, jeden Tag aufs Neue feststellen muss, dass ich nie wieder woanders arbeiten könnte...“ IP5/164-171. Sich in diesem speziellen Fachgebiet aufgehoben zu fühlen, zeigt die nachfolgende

Interviewpassage sehr deutlich. „*Und das war aber von Anfang an sofort meins, also des war sofort genau die Arbeit, die ich eigentlich machen wollte...*“ IP7/210-212.

Ähnlich beschreibt eine weitere Interviewperson ihre Tätigkeit in diesem Grenzbereich zwischen dem Leben und Sterben und warum sie gerne in diesem Bereich tätig ist.

„*Ja, wahnsinnig, also ja, ich muss halt sagen, (äh), Palliativ das ist halt eine andere Arbeit und man muss halt dafür geboren sein, oder man kann es nicht, und man darf auch keine Hektik damit verbreiten und ich sag' immer die Patienten haben nicht mehr viel Zeit, und die letzte Zeit ein bisschen schön zu machen...[...].ich muss auch sagen, ich habe das erste Mal das Gefühl gehabt angekommen zu sein, richtig angekommen zu sein, ja, das war, ich war ja 15 Jahre in (Klinikname), bis daher, und wie ich dann hier her gekommen bin, das war so, jetzt bin ich angekommen, und vielleicht ist es auch deshalb mein Herzblut geworden...*“ IP2/77-80 und 232-236.

Das intensive Aufeinandertreffen von Tod und Sterben beschreibt die folgende Interviewperson, die eine sehr berührende intensive Sterbebegleitung einer ihr beruflich wie auch privat bekannten Person erlebt hat. „*Also das war echt, (..) heftig, da habe ich schon (..), da denke ich immer wieder mal daran. (...) Sie ist dann gestorben bei mir, ja ich bin dabeigeblichen bei ihr, bis es vorbei war (...)...*“ IP10/82-85. Das Dabeibleiben in lebensbedrohlichen Krisen wie auch das Mit-sein am Lebensende, erscheinen als sehr wesentliche Elemente der Palliativpflege, ganz anders als zum monitorbegleitendem Sterben in anderen Pflegebereichen. Der Tod ist hier keine Randerscheinung, sondern der bewusste Abschied vom Leben und zwar unter Umsetzung der bestmöglichen Pflege und Begleitung. „*Dass man in den Sterbephasen bei uns, wenn man sieht, dass es kurz davor ist, bei den Patienten bleiben kann, die Möglichkeit besteht...*“ IP8/29-30. Die Pflegenden wollen dabei sein, wenn die Menschen dies am Lebensende möchten, da beibleiben, wo viele andere Pflegende lieber weggehen würden.

Und hier nehmen plötzlich auch Äußerungen und Gedanken Gestalt an, die die Frage widerspiegeln, warum dies in anderen Bereichen nicht möglich ist und dieses hohe Ideal erst in der Palliativpflege umgesetzt werden kann. „*...ja ich find, einfach dass alle Patienten eigentlich palliativ betreut werden müssten. Also vor allem wenn man bei uns im Haus schaut, die Altersgrenze ist doch sehr hoch. Bei uns fängt sie ab 70 bis an. Also bei uns sind 60-Jährige jung. (..) Und dass da einfach die Scheuklappen von diesen palliativ einfach mal ein bisschen weggenommen werden...*“ IP4/147-152. Die letzte Lebensphase als Betreuungsoptimal, so wird das Palliative Setting häufig in den Gesprächen beschrieben. Dass dieser Betreuungsansatz auch andere Fachbereiche infiltrieren kann, zeigt sich an Palliativeinheiten, die anderen Normalstationen angegliedert sind. „*...ich*

möchte eigentlich den Palliativgedanken möglichst auch auf die andere Station übertragen, ich bin eigentlich vorne (Anmerkung: Akutstation mit eigenem Fachbereich) auch nicht anders, muss ich sagen. Muss ich ganz ehrlich so sagen. Weil vorne, wenn ich merke, dem geht's nicht gut, dann setze ich mich genauso hin. Oder wenn ich merke, ich weiß, dem tut a bisserl eine Lendenwirbelmassage gut, dann mache ich das vorne auch, wenn es zeitlich irgendwie machbar ist..." IP10/37-44.

Eine positive Auswirkung auf Stationen, die mit der Palliativeinheit verbunden sind, attestieren auch andere Interviewpersonen. *„Dadurch, dass wir hier quasi zwei Fachbereiche haben, jetzt in dem Sinn, dass man sagt, wir haben hier hinten die Palliativstation und vorbei einen kurativen Bereich, ähm, ist es so, dass die Einstellung der Pflegekräfte, die auf Palliativ arbeiten, da merkt man eigentlich schon ganz deutlich, dass es einen Unterschied geben muss, weil die vorderen Patienten aus dieser veränderten Einstellung oder Arbeitsweise sehr profitieren. Da kommt halt ein ätherisches Öl auch mal nach vorne, wenn es einer braucht und es sterben ja vorne auch Leute, gell, dann flutscht einfach auch mal die Salzlampe nach vorne, und die Duftlampe und es wird eine spezielle Dufteinreibung gemacht oder so. Ja der palliative Gedanke, der wandert schon ein bisschen so nach vorne, und da merkt man eigentlich schon, dass es einen Unterschied gibt..." IP1/270-282.* Durch zeitweise Versetzungen auf Normalstation konnten sich Palliativpflegende auch durch ihre Fachexpertise einbringen und den palliativen Gedanken zumindest als Idee einbringen. *„...wenn man mal wirklich weggeht auf eine andere Station. Und da merkt man es dann total, dass das nicht so normal ist. Und da habe ich mich mit meiner Erfahrung total einbringen können, was Bereichspflege bedeutet oder schnell mal eine ASE [atemstimulierende Einreibung] gemacht bei einer Patientin, gell, also wo auch die anderen dann gesagt haben, he was machst du denn da, das ist ja total schön. Und im Endeffekt, ähm, das bisschen mehr Zeit, was man dann hat für den Patienten, kommt einem auch wieder zugute..." IP1/525-532.*

Die Gespräche spiegeln insgesamt wieder, das sich die Pflegenden in diesem Fachgebiet sehr wohl fühlen, gerne in der letzten Lebensphase beratend beistehen oder dabei bleiben und diesen Gedanken auch weiterverbreiten möchten. Dabei kam es in einem Gespräch seitens einer Interviewperson auch zu der Grundsatzfrage, ob diese Form der Begleitung sogar eine privilegierte Form des Ablebens darstellt.

„Ungerecht? (..) Gell, weil, nur weil er jetzt mehr oder weniger das Glück hat, weil auf Palliativ was frei ist, weil der Hausarzt sagt, oh, wir hätten da die Palliativstation, vielleicht ist da was frei, ich ruf einmal an, und dann hat er das Glück, dass er bei uns sein kann. Und dann palliativ behandelt wird, ja mit allen seinen Vorzügen, die wir haben. Aber eine

Station unter uns ist genau der gleiche Patient, mit den gleichen Symptomen, mit allem Drum und Dran, und der, der darf nicht hier oben (Anmerkung: auf Palliativ) sein. Oder er kann nicht hier oben sein. Weil es einfach immer noch Leute gibt, die das nicht so sehen. Oder es wird nicht so geschätzt. Ich weiß auch nicht, es ist eine gute Frage, so wie Sie sagen, Sie möchten auf den Grund gehen, (..) da kann man jetzt philosophieren darüber. Aber eigentlich ist es schon fast so, eine Palliativstation ist schon sehr ein Privileg...“ IP1/477-487. In einigen weiteren Gesprächen wurde dieses Privileg auch in Frage gestellt und angeregt, dass Autonomie und Würde am Lebensende nicht nur auf einer Palliativstation wesentlich sind, sondern auch auf Akut- und Langzeitstationen.

„Und wir haben so viele chronisch kranke und unheilbare kranke Patienten in dem Haus und es wird kaum einer palliativ betreut und wir müssen kämpfen teilweise, dass wir die Patienten kriegen und das ist einfach (..) und das würd ich mir einfach für die Zukunft wünschen, dass sich das einfach noch mehr öffnet und dieses Palliativ noch mehr kommt. Ja, weil's eigentlich jeder verdient hat, dass er diese Behandlung kriegt und diese Aufmerksamkeit...“ IP3/161-167.

4.3.3 Handlungsspielraum erleben und Wissensspektrum erweitern

Palliativpflege wird als anspruchsvoller Arbeitsbereich empfunden, welcher mit einem hohen Maß an Verantwortung wie auch Eigenständigkeit einhergeht. Dies stärkt mitunter auch das berufliche Selbstbild und führt zu erweiterten Handlungsspielräumen. Für vorhersehbare Notfälle oder auftretende Symptomveränderungen werden sogenannte Notfallpläne individuell für jeden einzelnen palliativ betreuten Menschen erstellt. Durch die Arztunterschrift werden beispielsweise Bedarfsmedikamente wie Analgetika oder Anxiolytika angeordnet, damit die Pflegenden beim Auftreten von akuten Schmerzschüben oder Panikattacken sofort reagieren können und die entsprechende Bedarfsmedikation verabreichen können. *„Die Verantwortung hier ist mit Sicherheit größer, also viel viel größer, also ich muss nicht um jedes Ding den Doktor fragen oder wir haben ja den Notfallplan, oder wir telefonieren und das klappt eigentlich total gut.“ IP8/186-189. Dieser Entscheidungs- und Handlungsspielraum stellt auch eine enorme Kompetenzerweiterung dar, die sich in mehr beruflicher Eigenständigkeit zeigt und eine zeitnahe Reaktion auf akute Veränderungen des Patientenbefindens ermöglicht.*

„Sich auf diesen Notfallplan berufen, sprich, ich erspar mir das in der Nacht, wenn a Notfall ist, dass ich erstmal den diensthabenden Arzt anrufe, der den Patienten nicht kennt, die Situation nicht kennt und wenig Ahnung vielleicht von Palliativmedizin hat, sondern ich kann frei entscheiden, was mach ich, wie mach ich's, wann mach ich's. Und das ist einfach a riesen Autonomie und des wertet unseren Berufsstand natürlich a auf. Dementsprechend. Und des motiviert mich halt auch, dass ich einfach frei entscheiden kann, dass wir auf Palliativ ein großes Spielfeld haben und unsere Entscheidung frei wird, ja...“ IP6/157-165.

Die Befragten gaben an, sich ganz bewusst für diese Entscheidungs- und Handlungsautonomie entschieden zu haben und gerne Verantwortung für diese Eigenständigkeit zu übernehmen. *„Ich glaub, wenn man (...) mag, eigenständig zu arbeiten, auch selbst einen recht hohen Entscheidungsspielraum zu haben ist es hier auf jeden Fall etwas (,) man trägt hier eine hohe Verantwortung...“ IP5/214-218.*

Dabei zeigte sich in den Gesprächen wiederholt die deutliche Grenze, aktiv in den Sterbeprozess einzugreifen und sich somit von aktiver Sterbehilfe zu distanzieren. In der Terminalphase kommt es immer wieder vor, dass die Schwerkranken oder deren Angehörige um eine erhöhte Medikationsdosis oder gar eine Überdosierungen bitten, die von den Palliativpflegenden absolut abgelehnt wird. Eine Interviewperson beschreibt diese persönliche medizinethische Grenze wie folgt:

„Mensch, Mensch, ich habe es versprochen, keine Atemnot und er kann schnell gehen und wir haben ja auch medizinisch alles gemacht (..), aber man kann halt nicht einfach jetzt ein Dormikum oder irgendwas so hoch sedieren, grad bei diesen COPD-Patienten, dass man ihn da niederspritzt oder sonstiges und die Situation war halt sehr, sehr schwierig.[...] ja, es war halt ein Kampf, also wie die Geburt ein Kampf ist, habe ich auch zur Frau gesagt, ist auch manchmal das Sterben ein Kampf, man kann nicht von einer Minute auf die andere ihn ruhigstellen, ihn (..), sicherlich kann man ihn da schlafen legen ganz abrupt, aber ich mein, das (.) ähm, das wollte sie halt, sie wollte halt und ich habe ihr gesagt, wir können ihm hier keine Sterbehilfe geben, wir können nicht einfach so hoch dosieren und abschießen, auf Deutsch gesagt, und das war dann schwierig, sehr schwierig die Balance...“ IP8/99-103 und 123-131.

Während ein aktives Eingreifen in den Sterbeprozess zutiefst abgelehnt wird, kommt ein breites Spektrum an pflegetherapeutischen Maßnahmen zur Anwendung, um die Symptome zu lindern und den Menschen Gutes zu tun. Dabei sind der Kreativität keine Grenzen gesetzt, es gilt herauszufinden, was dem individuellen Menschen gut tut und seine momentane Lebensqualität verbessert.

„...und dann gibt's noch andere Sachen, ich kann auch sehr viel so Alternativpflege – Medizin miteinbringen, wo ich auch keinen Arzt jetzt großartig fragen muss, sondern sie sind ja wirklich dankbar, wenn man das macht...“ IP10/90-93. Auch hier wird ein gewisser pflegerischer Rahmen angeführt, in dem viele alternative Pflegeangebote, welche theoretisch über Bildungsmaßnahmen vermittelt wurden, nun auch praktisch angewendet werden können. *„Painnurse kann ich zum Beispiel jetzt machen, also bin ich jetzt grad am Anfang, also schon so Sachen, wo es super ist, dass man es dann auf Palliativ anwenden kann, aber es ist von der Pflege her nichts, wo man sagen kann, das dürfte man im Normalbereich nicht machen. Weil es bleibt ja alles im pflegerischen Rahmen.“ IP1/380-385.*

Um adäquate individuelle Pflegeangebote anbieten zu können, werden die Palliativpflegenden über verschiedenste Fort- und Weiterbildungen qualifiziert. Deshalb werden nachfolgend einige Aussagen bezüglich fachspezifischer Anforderungen und erforderlicher Zusatzqualifikationen transparent gemacht. *„Genau, also wir machen hausinterne Fortbildungen, wo wir eben nur für unsere Palliativstation Leute anstellen, die von anderen Häusern kommen. Und eben Palliativecare, also die meisten von uns haben den Palliativecare-Kurs. Und basale Stimulation können wir immer anwenden, Kinästhetik, immer wieder Aufbaukurse, wo wir halt einfach schauen, dass man sich immer wieder fortbildet, werden vom Haus angeboten.“ IP6/146-152.*

Häufig wird in den Gesprächen die positive Wirkung der vielen fachlichen Qualifizierungsmöglichkeiten auf die eigene Pflegekompetenz erwähnt. Das breite Spektrum der verschiedenen Fort- und Weiterbildungsangebote spiegelt sich in der nachfolgenden Passage wieder. *„Ja, onkologische Fachpflegeausbildung habe ich ja gemacht über zwei Jahre, dann bin ich Wundexpertin, ich habe einen kleinen Basiskurs in Aromatherapie, weil wir ja mit Aromaölen arbeiten. Das ist auch ganz wichtig, weil die viel lindernd helfen bei den Patienten und ich bin gerade dabei, meine breast-cancer-nurse abzuschließen, spezialisiert auf Brustkrebs, schicke ich heute noch ab (lacht) [...] . Also bei uns ist immer irgendjemand in irgendeiner Ausbildung und das ist schon toll, in verschiedene Richtungen, Painnurse, eben auch Aromatherapie, Palliativcare ist Pflicht, fast für alle...“ IP7/224-229 und 236-239.*

Aufgrund der Bandbreite an Krankheitsbildern und verschiedenen Fachdisziplinen wie der Onkologie, Neurologie oder auch Kardiologie ist zudem ein stabiles Hintergrundwissen erforderlich. Es werden hierbei insbesondere gute Kenntnisse im Bereich Symptommanagement genannt. Einerseits bezüglich lindernder Pflegemaßnahmen und andererseits in Bezug auf Medikamente sowie therapeutische Interventionen. *„Ja, das*

Wissen auch. Also, wie du mit was umzugehen hast und (..) ja, es ist ganz anders [...] / Das Wissen, also, was palliativ ist, dann auch die Medikamente..." IP8/173-174, 237. Die verschiedenen Fachgebiete und entsprechenden Pflegeaufgaben werden auch als Abwechslung empfunden, weil „wir hier Patienten mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern haben (..) da gibt's eigentlich auch keine Langeweile (..) es sind die unterschiedlichsten Fachrichtungen, also wir haben chirurgische Patienten, interne Patienten, neurologische Patienten, urologische Patienten, also man hat von allem was (,) wir haben hier Verbände (,) wir haben wirklich ganz spezielle Sachen..." IP5/223-231.

Das nächste Kapitel widmet sich diesen positiven Auswirkungen der Palliativpflege auf die schwerkranken Menschen, ihre Angehörigen sowie auf die Pflegenden selbst.

4.4 Positive Auswirkungen erzielen

Persönliches wie auch kreatives, berufliches Engagement erzeugt bei den befragten Palliativpflegenden entsprechend positive Auswirkungen. Durch die tatsächlich gelebte Patientenzentrierung wird die bestmögliche Autonomie der betreuten Menschen ermöglicht und ein würdevolles Leben und Sterben zum zentralen Anliegen. Pflegerische Fürsorge erfährt den Stellenwert, den sie eigentlich im gesamten Betreuungssystem erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen auch innehaben sollte: Zuwendung, Aufmerksamkeit, Achtung und Kommunikation auf Augenhöhe. Die intensive Auseinandersetzung mit Grenzsituationen und der Endlichkeit menschlichen Lebens führt schließlich auch zur Generierung persönlicher Kraftquellen sowie der bewussten Fürsorge für sich selbst.

4.4.1 Autonomie und Würde wahren

„Im Mittelpunkt steht bei uns der Mensch“. So oder ähnlich formuliert zeichnet sich in den Gesprächen immer wieder eine bedeutende Grundhaltung Palliativpflegender ab. Diese Grundhaltung zeigt sich einerseits in einer hohen Patientenorientierung und in einer vermehrten Integration der Menschen in Entscheidungsprozesse. Andererseits stellt der Begriff der Würde eine zentrale Haltung dar. Pflegende möchten die Patientenwürde

wahren, eine würdevolle Umgangskultur leben und sich für ein würdevolles Sterben einsetzen.

Die Patientenautonomie ist facettenreich, wie nachfolgend anhand von Gesprächsauszügen verdeutlicht wird. *„Und dass finde ich ist die Besonderheit hier, erstens der Patient kann den Tagesablauf bestimmen...“ IP2/21-22.* Dabei werden strukturelle Abläufe aufgeweicht und an das aktuelle Befinden der Schwerkranken angepasst. *„Also wir versuchen komplett diesen normalen Stress und Ablauf vom ah, von der Normalstation rauszunehmen. Also das heißt, der Patient darf sich selber entscheiden, wann er sich waschen mag, das muss nicht in der Früh sein. Und wenn es ihm mitten in der Nacht einfällt, dann fällt es ihm mitten in der Nacht ein...[...]... wir haben nicht den Zwang hinten dran, dass jetzt gewisse Sachen zu gewissen Zeiten unbedingt erledigt sein müssen, weil es geht nach dem Patienten und nicht nach unserem Ablauf.“ IP4/30-35 und 59-62.* Die Pflegenden nehmen sensibel Zeichen der Ablehnung von Pflegemaßnahmen oder Rückzugsbedarf seitens der zu betreuenden Menschen wahr und respektieren diese. *„Und das andere ist, es (.) diese Dankbarkeit, die die Leute dann oft haben, wenn sie so begleitet werden und spüren dass sie nicht alleine sind. Oder auch wenn sie alleine sein möchten, dass sie das auch dürfen...“ IP4/63-66.*

Sich von Routineabläufen zu lösen und sich mehr von den Patientenbedürfnissen leiten zu lassen, erfordert eine andere, ganzheitlichere Sichtweise. *„Der Patient hat viel größeres Mitspracherecht. Er wird hier mit seinem kompletten Sein, seinen Wünschen, seinen Vorstellungen, seiner Vergangenheit und auch seiner Zukunft wahrgenommen, er steht im Mittelpunkt, auch was alle pflegerischen Handlungen angeht. Wenn der Patient Dinge möchte oder nicht, dann werden die auch in der Regel so durchgeführt...“ IP5/27-33.*

Die Interaktion ist gekennzeichnet durch Einfühlungsvermögen und einen adäquaten Umgangston, denn *„das hat dann auch etwas mit Respekt zu tun, da ist der alte Herr, ist dann nicht der Opa, sondern das ist der Herr Sowieso, finde ich, gell. Ja, das ist ganz wichtig, aber das ist genau der Punkt, glaube ich, dass man, dass man da sehr empathisch sein muss...“ IP1/444-448.* Durch die nahe Patientenbeziehung entsteht häufig eine Vertrauensbasis, in der die schwerkranken Menschen besondere Wünsche äußern, die ihnen sehr wichtig sind. Die Pflegenden versuchen dann mit Hilfe Angehöriger und des multidisziplinären Teams diese Wünsche zu erfüllen.

„Der Wunsch war, so ziemlich einen Tag vorher noch mal nach Hause zu kommen. Ihren blühenden Garten im Frühling zu sehen, wo sie schon einige Zeit hier war, und das hat sie nochmal geschafft (.), und da haben wir also Fahrdienst und Rollstuhl und Ding und

alles und dann wieder zurück und dann ist sie auch am nächsten Tag, ist sie verstorben. Den größten Wunsch nochmal erfüllt, oder die Tiere auch nochmal zu holen, Hund oder Katze, also das haben wir schon alles gehabt...“ IP8/39-45.

Diese Sichtweise erfordert ein Umdenken, welches die Pflegenden immer wieder dazu bringt, „dass man sich besinnt, auf das, was wirklich der Patient nun möchte oder so was...“ IP7/192-193.

Dieses Umdenken betrifft nicht nur die Pflege, sondern auch die Therapie. Auch hier lässt sich eine Orientierung hin zum Wohl der schwerkranken Menschen erkennen, die von Pflegenden auch gegenüber der ärztlichen Berufsgruppe vertreten wird. „Weil da steht einfach der Patient im Vordergrund und die Wünsche, und nicht die Krankheit, wie kann man die am besten heilen. (..) Das ist es auch, wo wir oft kämpfen, muss das alles immer bis zum Schluss therapiert werden. Das ist gar nicht mehr wichtig für die Leute, sondern es ist einfach, da steht der Mensch einfach und die Wünsche im Vordergrund. Und das ist viel wichtiger...“ IP9/47-52. Palliativpflegende setzen sich für eine maßvolle Therapie ein, die hauptsächlich der Symptomlinderung dient. Falls das Lebensende naht, möchten sie den anvertrauten Menschen ein würdiges, friedvolles Sterben ermöglichen. Dass Pflegende zu einem friedlicheren Sterben erheblich beitragen können, zeigt das Erlebnis einer Interviewperson.

„Wir haben eine Patientin von der ITS übernommen mit (...) ach, O² Gabe über das linke Nasenloch, Magensonde im rechten Nasenloch, Fäkalkollektor, ZVK, DK. Infusionen sind gelaufen, zwei Perfusoren sind gelaufen, dann bin ich rein zu der Patientin, (..) die hat ausgeschaut, die Zunge war aufgequollen, das Gesicht war aufgeblasen, sie hat trotzdem keine Luft gekriegt, (...) dann habe ich gesagt: so, (..) und ich habe mir auch sämtliche Pflegeberichte durchgelesen, ich habe nichts herausgelesen, warum die das eigentlich so hat, sie war somnolent, sie hat überhaupt nicht reagiert, dann habe ich Dr. (NAME) angerufen, (..) wie siehst Du das, ich würde das Zeug jetzt gerne rausziehen, weil die Patientin wird jetzt bald sterben und ich finde, sie könnte friedlicher sterben. (..) Und dann hat er gesagt, ja, ohne weiteres und dann habe ich alles rausgezogen, bis auf den ZVK, weil da die Perfusoren gelaufen sind und den DK habe ich auch belassen. Aber sonst habe ich alles entfernt und dann hat man wirklich zuschauen können, eine halbe Stunde später ist die Frau total entspannt drin gelegen, die Zunge ist wieder zurückgegangen, sie ist natürlich wesentlich spitziger geworden im Gesicht, [...] , ja (..) und sie ist dann wirklich ganz friedlich, sie ist auch nicht mehr aufgewacht, [...] sie ist dann eigentlich friedlich eingeschlafen...“ IP10/101-125.

Das würdevolle Sterben zu ermöglichen ist ein zentrales Anliegen der Pflegenden mit dem Ziel, *„dass man wirklich sagen kann, man hat alles für den Patienten, und nicht nur medizinisch, sondern alles drum herum getan, dass er in Ruhe und Frieden einschlafen kann...“* IP7/56-58.

Diese tiefe Achtung des Lebens und Wahrung der Würde bis zuletzt zeigt sich auch daran, *„...dass es einfach auch ein schönes Gehen war. Man war nicht einfach nur eine Nummer oder eine Krankheit von Zimmer so und so. Sondern man hat als Mensch gehen dürfen (.) und ahm (Pause) ja es ist ein Teil, der was zum Leben dazugehört. (Pause) Das eine kommt, das andere geht...“* IP 4/185-189.

4.4.2 Fürsorge in der letzten Lebensphase

Die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Menschen sowie deren Angehörigen und die Umsetzung bestmöglicher Pflege kennzeichnet die Betreuung in der letzten Lebensphase, die Tage, Wochen oder Monate umfassen kann. Maßnahmen zur Symptomlinderung stehen im Vordergrund, Gutes zu tun, um das Wohlbefinden und die individuelle Lebensqualität beizubehalten oder zu verbessern. Die Pflegenden berichten auch von über die Zeit wachsenden, intensiveren Beziehungen, da die erkrankten Menschen immer wieder stabile Phasen erreichen, in denen sie zurück nach Hause können und bei instabilen Phasen wieder zurück auf die Palliativstation kommen. *„Und bei uns wird ja zum Glück nicht nur gestorben, sondern viele Patienten werden einfach aufgerichtet und gehen ja auch wieder, kommen wieder, gehen wieder - bis sie vielleicht irgendwann mal ganz bleiben...“* IP7/219-221.

Die intensive Interaktion führt zu einem tiefergehenden, persönlichen zwischenmenschlichen Kontakt, *„und die Beziehung zum Patienten ist einfach (.) in der Regel viel enger als auf der Normalstation...“* IP5/44-46.

In der Pflege wird dabei das aktuelle Befinden sowie die individuellen Bedürfnisse der zu betreuenden Menschen berücksichtigt, *„und das ist eigentlich die Besonderheit, dass man individuell auf den Patienten eingehen kann...“* IP2/32-33. Diese Orientierung an der individuellen Lebenssituation und Fokussierung auf das, was im Augenblick wesentlich ist, kennzeichnet diese Form der Fürsorge. *„Hier ist es halt individuell, nur der eine Patient zählt und dementsprechend wird die Pflege, die Betreuung, das, was er braucht an Hilfsmittel oder sonstigen Sachen oder auch ganz andere Wünsche nur für den Patienten*

und seine Angehörigen wird hier umfassend erledigt...“ IP8/241-244. Dabei richtet sich das Pflegeangebot an den individuellen Pflegebedarf, Qualität geht dabei vor Quantität, denn „es geht vor allem, denk ich in der Palliativpflege um die Frage (..) was tun wir noch, also da geht’s nicht um so viel wie möglich zu tun, sondern wirklich das Nötigste, was dem Patienten gut tut...“ IP5/38-41.

Dabei wird das Spektrum der Pflegeangebote erweitert und auf den individuellen Patientenbedarf abgestimmt. Aufgrund der vielen Fort- und Weiterbildungsangebote können die Palliativpflegenden auf ein breiteres Angebot an Pflegeinterventionen zurückgreifen. Dadurch entstehen Möglichkeiten zur Anwendung von *„Aromaölen, Atemtherapie oder diese ganzen Sachen oder Klangschalen, je nachdem wie es zeitlich geht. Das ist halt schon toll, und da, das sagen Patienten auch oft, dass sie das wirklich noch einmal genießen und sich da wohlfühlen...“ IP8/166-169.* Zudem werden unter anderem schmerzlindernde Massagen, physikalische Therapien, Elemente aus der basalen Stimulation, Musiktherapie und Autosuggestion zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte angewendet.

Bereits durch Kleinigkeiten kann viel Lebensqualität erreicht werden, das zeigt sich in dieser Gesprächssequenz. *„Auch die Qualität, was man in die Tage dann reinpackt ähm, das Strahlen von einem Patienten, dem was es einfach gut geht, wenn er zum Beispiel auch nur ein Wassereis bekommt und der strahlt halt übers ganze Gesicht, weil das jetzt das Größte war, was man für den Menschen gemacht oder einfach ein gutes Wort, wenn er sagt : „Hey, vergiss die Medizin, das war jetzt alles, was ich braucht hab!“ Und ähm genau das ist halt genau das, also die Kleinigkeiten machens einfach aus. Kleine Gesten, mal ein nettes Wort, einfach Gespräche und ja, das sind so viele unterbewusste Sachen, die was man halt einfach macht, aber das macht es halt irgendwie aus, find ich...“ IP6/309-318.*

Neben den vielen Kleinigkeiten, die zur Verbesserung der Lebenssituation beitragen können, ist die Symptomlinderung ein wesentlicher Teil professioneller Fürsorge. *„...nicht dass ich sagen kann, ich kann den Patienten heilen, aber ich kann viel für den Patienten tun, sei es um die Schmerzen einzustellen, um die Übelkeit, Erbrechen, die nebensächlichen Dinge, die Luftnot und das ist für uns wichtig, dass es den Patienten in seiner Situation gut geht...“ IP2/65-68.* Gelungene Symptomlinderung auch zu Hause zu ermöglichen ist ein zentrales Anliegen der Pflegenden, wie auch der Schwerkranken und ihrer Familien.

Da zunehmend vor allem jüngere Menschen lieber zu Hause in der gewohnten Lebensumgebung sterben möchten, wird das ambulante Symptommanagement forciert.

Auf Palliativ wird die Symptombehandlung eingeleitet und „wenn zum Beispiel die Schmerzeinstellung gut funktioniert, das Zuhause auch machbar ist. Weil halt die Sehnsucht, dass man in den eigenen vier Wänden verstirbt, immer größer wird und dass wir da jetzt eigentlich schon eine Plattform aufgebaut haben, dass das wirklich gewährleistet wird und gewährleistet ist. Und dass wir schon ganz viele Patienten heim begleitet haben, wo's einfach geklappt hat. Und das finde ich halt wunderschön, dass dieser Wunsch gewährleistet wird und halt auch so die Angst von Angehörigen auch so ein bisschen getragen wird und dass das möglich wird...“ IP6/38-46.

Zusätzlich zur physischen Symptomlinderung richtet sich der Blick auch auf den psychosozialen Lebensbereich der Menschen. Die individuellen Lebensverhältnisse rücken mehr ins Licht, Angehörige können, wenn sie es möchten, vorübergehend mit im Patientenzimmer leben, Besuchszeiten existieren praktisch nicht mehr. „Palliativ heißt ja eigentlich in dem Sinn verbessern, gell, im Prinzip arbeitet die ganze Schulmedizin palliativ, gell, [...] jedes Insulin, was ich spritze, macht ja irgendwas besser, im Endeffekt ist das ja auch schon palliativ. Aber jetzt im speziellen da, was wird besser gemacht? Besser wird einfach gemacht, wahrscheinlich ganz stark auch das Soziale, es darf jeder kommen, es dürfen auch Haustiere kommen, (..) ja das Soziale wird wahrscheinlich im Vergleich zur Normalstation oder zur Intensiv voll verbessert, weil Schmerzmittel können wir auf Normal oder Intensiv auch geben, da hat der Patient auch keine Schmerzen, Beruhigungsmittel natürlich auch, gell, und ja das ist wahrscheinlich der Hauptaspekt, dass sehr das Soziale und wahrscheinlich auch das Seelische viel mehr, ja, verbessert ist...“ IP1/286-298.

Soziale Unterstützungssysteme wie Familie und Angehörige werden in der Palliativpflege vermehrt integriert, damit die erkrankten Menschen ihr gewohntes soziales Lebensmilieu um sich haben, wenn sie das möchten. Wenn Angehörige bei der letzten Lebensphase sehr nahe dabei sind, werden sie von den Pflegenden in die Begleitung miteinbezogen. Einerseits wird ihnen durch die selbständige Ausführung von Pflegetätigkeiten das Gefühl vermittelt, noch etwas für den erkrankten Menschen tun zu können, zum Beispiel den Mund zu befeuchten oder eine schmerzlindernde Einreibung durchzuführen. Andererseits erhalten sie durch gezielte Informationen mehr Transparenz, um gewisse Situationen besser verstehen und einordnen zu können, damit sie in der Sterbephase auch dabeibleiben können.

„Ja, so ein praktisches Beispiel wäre zum Beispiel sowas, dass eigentlich die Angehörigen Angst haben, in der Sterbephase beim Patienten ganz nah manchmal dazusein, weil die eben damit natürlich nicht umgehen können, weil es einen ganz tief

innen trifft, dass der geliebte Mensch dann geht, und dass, durch die Begleitung die wir da leisten, eben das darauf Vorbereiten, was kommen kann und was kommen wird, und dass es vielleicht gar nicht so schlimm ist und dass es sich manchmal auch nur für uns schlimm anhört, zum Beispiel dieses Todesrascheln, rauschen, röcheln, wie man es auch immer nennen möchte, dass das für den Patienten ja nicht schlimm ist sondern für denjenigen, der es hört, zum Beispiel, das ist ja eine Erfahrung in der Palliativpflege und Palliativmedizin, die ja erwiesen ist und dass die dann tatsächlich bei dem Patienten dabeibleiben können, trotz dieser unangenehmen Sachen, die da nebenbei eben passieren und die Trennung von dem geliebten Menschen möglich machen....“ IP7/62-75.

Der Tod wird als selbstverständlicher Begleiter jedes Lebens angesehen, der einen überall und auch völlig unvorbereitet treffen kann. Dementsprechend berichten die Pflegenden auch von völlig überraschenden Übergängen in die Sterbephase, die für sie selbst als zu schnell empfunden wurden. Dabei konnten weder sie noch die Angehörigen selbst diesen raschen Übergang realisieren, was die eigentliche Unvoraussehbarkeit des Sterbens widerspiegelt. Wenngleich viele der Befragten angaben, der nahende Tod kündige sich durch einige Vorzeichen wie Unruhezustände oder auch einer ruhigen, abgeklärten Atmosphäre an. Dieser letzte Lebensweg wird, wenn es so gewünscht wird, in Begleitung der Pflegenden und den Angehörigen begangen. Sich ganz auf diesen Übergang vom Leben zum Sterben zuzuwenden und diesen Schritt ganz in Ruhe geschehen zu lassen, dies ist in der Palliativpflege möglich.

„Auf der Intensivstation, oder der Überwachungsstation, zack, da hast oben deine Nulllinie, gell da weißt du, es ist vorbei und hier musst du viel mehr selber am Patienten, musst du persönlich schauen. Aber das war eigentlich das einzig Komische, muss ich wirklich sagen, dass die Patienten einfach sterben, ohne dass irgendwie wo ein Geräusch ist oder sonst irgendwie und dass man schon schauen muss, man ist dann ein bisschen andächtiger auch, gell, aber es ist mir jetzt nicht schwer gefallen...“ IP1/109-116.

Dass sich der Betreuungsfokus in der Sterbephase häufig vom Sterbenden auf die Angehörigen verlagert, zeigt sich an dieser Interviewpassage, *„denn oftmals sind sogar die Patienten in der Sterbephase einfacher als die Angehörigen. Das ist nochmal eine Riesenherausforderung...“ IP8/63-64.*

Trotz vorausgegangener langer Zeiten der Krankheit mit stabilen und instabilen Phasen ist es für die Angehörigen dann doch ein einschneidendes Erlebnis, wenn sich bei dem Familienmitglied der Übergang in die Sterbephase abzeichnet. In dieser Situation ist es ganz wichtig, dass Pflegende den Angehörigen zur Seite stehen. *„Genauso ist es mit den*

Angehörigen, die wissen schon, dass der Patient sterben muss, aber ich sage immer, wenn die Situation dann da ist, das ist wieder mal was ganz Anderes, als wenn sie wissen, dass die Situation kommt, na, und viele reagieren dann noch panisch, und so, und da finde ich unsere Arbeit wichtig, dass man den Angehörigen sagt, was kann alles passieren, was kommt auf sie zu, was kann, kann der Patient alles haben, bis es zu Ende geht, und wenn man so die Symptome und das bisschen den Angehörigen erklärt, dann sind die auch verständnisvoll, und dann haben sie nicht so viel Angst, wenn sie beim Patienten sind, wenn der verstirbt...“ IP2/75-83.

Dass sich auch hier in der Angehörigenbetreuung die Teamarbeit und gegenseitige Fürsorge widerspiegelt, verdeutlicht die folgende Situationsbeschreibung nach dem Versterben eines 45 Jahre alten Mannes und der Verlustbedeutung für seine Ehefrau sowie den 13-jährigen Sohn. *„Der Frühdienst-Pfleger ist geblieben, länger, weil er gewusst hat, da eskaliert es jetzt und da wird es jetzt ziemlich schwierig, und ähm, da war ich heilfroh, dass der da war und eigentlich nur wir beide haben das wirklich, so gut wir halt gekonnt haben, hingebogen, und er hat sich um die Mutter gekümmert, also um die Ehefrau, weil die einfach null, null mit dem Buben können hat, die war einfach nur kaputt, gell, hängt natürlich auch viel dran, aber die war so mit sich selbst beschäftigt, und der Bub halt ganz allein. Ich habe mich dann um den Buben gekümmert...“ IP1/144-153.*

4.4.3 Das Gespräch als Element der Pflege

In allen Interviews lässt sich deutlich erkennen, dass Gespräche hier einerseits zentrale Bedeutung in der Interaktion haben. Um Bedürfnisse erfüllen zu können, ist das Gespräch mit den erkrankten Menschen oder stellvertretend mit ihren Angehörigen eine wesentliche Grundlage. Sehr wesentlich ist es dabei, das Gegenüber näher kennenzulernen, um deren Sichtweise und Lebensbezüge besser zu verstehen. *„Also ich mag es ja ganz gerne, ähm, mit Leuten zu reden, herauszufinden, wie der Patient oder auch die Angehörigen, wo sie stehen grade im Leben, was sie erlebt haben, was sie von Beruf sind...“ IP1/167-170.* Die Pflege entwickelt eine vertiefte Präsenz und sieht in der Kommunikation eine ganz andere Möglichkeit in Kontakt zu treten. *„Und ich finde, das ist das Wichtigste in der Palliativpflege, dass man ein bisschen Aufmerksamkeit den Patienten schenkt, einfach, und sei es wenn man einfach da ist und mit ihm redet, das ist für den Patienten wahnsinnig viel...“ IP2/186-189.*

Sich die Zeit ganz bewusst für ein Gespräch zu nehmen, im Palliativbereich erscheint dies ein selbstverständlicher Teil der Pflegetätigkeit zu sein, weil *„ich mich nicht rechtfertigen muss, wenn man zum Beispiel nur ein Gespräch führt...“* IP6/93-94. Auf Palliativ ist es möglich, in einem relativ störungsfreien Umfeld, *„dass man sich einfach ans Patientenbett a halbe Stunde hinsetzt und einfach mal fragt: Wie geht's Ihnen denn? Oder: Was beschäftigt Sie?...“* IP6/63-65.

Andererseits berichten die Interviewpersonen über eine deutlich wahrgenommene andere Qualität und Tiefe der Gespräche auf Palliativ. *„Hier finden Gespräche statt, wie war das Leben, hier wird der Patient konfrontiert mit seinem eigenen Sterben, es werden Ängste ausgedrückt (ähm) gegenüber dem Pflegepersonal, es werden viele Fragen gestellt: Warum trifft mich das? Wie lange geht es noch? Das ist eigentlich so mit die häufigste Frage die man bekommt, gestellt bekommt oder aber auch wie wird das Sterben sein, und da geht man in eine Tiefe herein (ähm), was die Gesprächsqualität angeht oder die Themen...“* IP5/55-64.

Das bewusste Ansprechen bestimmter Aspekte des Krankheitserlebens und der Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit resultiert daraus, dass *„man hier wirklich ehrlich auch viele Sachen ansprechen kann und muss (..) oder auch ehrlich antworten muss auf viele unbequeme Fragen, die vom Patienten kommen, sei es das eigene Auseinandersetzen mit der Thematik (..) todbringende Erkrankung und Sterben...“* IP7/19-23. Selbst in den Gesprächsangeboten kommt die Patientenautonomie zum Tragen, denn die zu betreuenden Menschen entscheiden selbst über den Zeitpunkt, die Art und Tiefe der Gespräche und ob diese überhaupt zu Stande kommen.

„...ich finde einfach die Nähe zum Patienten, und, und das Verständnis, und was für mich auch wichtig war, (ähm) man kann offen mit den Patienten reden, zumindest mit den meisten, es gibt immer ein paar, die sagen, nein, stopp, will ich nicht, ich will nicht darüber reden, aber eigentlich die meisten können offen mit dir reden...“ IP2/94-98.

Intensive Gespräche bezüglich der Sinnfrage und Vorstellungen hinsichtlich des Lebens nach dem Tod werden dabei manchmal erst auf Initiativfragen der Pflegenden möglich. *„Ein gutes Beispiel hierfür war einmal eine jüngere Patientin, die eigentlich ja total verschlossen war und es ist immer erzählt worden bei der Übergabe, dass sie einfach nicht so aus sich herausgeht, und so, und dann habe ich mir gedacht, ja ich hab eigentlich einen ganz guten Draht zu ihr, aber warum soll ich sie nicht drauf anreden? Wie sie das sieht mit dem Tod, mit dem Sterben, gell, und ich meine, die hat das halt jetzt nicht jedem auf die Nase gebunden, sie ist halt auch nie gefragt worden, gell. Aber sehr wohl war sie ganz offen und hat mir ihre Lebensphilosophie erzählt, und da hat sie gesagt auch, dass*

sie keine Angst hat vor dem Sterben, sie sieht es so, dass es immer weitergeht, weil sie meint, wenn Kinder sterben, die noch nichts gehabt haben vom Leben, dass es dann mega ungerecht wäre, dass dann nichts mehr kommt, dass es dann alles war. Gell, und das habe ich total gut gefunden, weil genau diese kleine Erfahrung habe ich dann bei dem Beispiel zuvor, mit dem dreizehnjährigen Buben, anwenden können. Dass ich sage, es geht irgendwie weiter, weil sonst wäre es ungerecht, dass der Vater jetzt schon mit knapp fünfzig stirbt....“ IP1/181- 198.

Die verschiedenen Patientenzugänge durch das multiprofessionelle Team erweitern das Kommunikationsspektrum in als schwierigeren empfundenen Situationen, „weil oft, wenn Gespräche schwierig sind (.), wenn man an den Patienten nicht so ran kommt und dann geht jemand anders hinein, egal ob das von der Seelsorge jemand ist oder so etwas und der weiß dann mehr, der bringt mehr heraus, warum der Patient jetzt so ist, das ist eigentlich schon immer wieder positiv, weil bei manchen öffnen sich die Patienten und bei manchen halt nicht....“ IP9/145-150.

Die Unterscheidung zwischen Small Talk und einer aufrichtigen Gesprächshaltung mit authentischem Erfahren-wollen ist dabei sehr entscheidend. Der behutsame Umgang zwischen Alltagsgesprächen und gezielten patientenorientierten Gesprächen, die sich der tatsächlichen Biografie widmen, ist dabei sehr wesentlich. Aus der Patientenperspektive ist die Abgrenzung von einem Gespräch mit reinem Abfragecharakter zu einem wahren Gesprächsinteresse in dem folgenden Gesprächsauszug sehr deutlich geworden. „Doch, ich weiß noch, auf Station, in der Früh raus, wacher Patient, waschen wir, alter Herr. Und bei mir ist es so, ich möchte immer wissen, was die waren, von Beruf, gell. Wie ich auch schon vorher erwähnt habe, mir ist es wichtig: Wo steht der? Was hat der vorher gemacht? Ähm, weil ich da viel mehr, ja man erfährt viel mehr in Bezug, dass man versteht, wie er in gewissen Situationen dann tickt. Das ist ganz schwer zum Erklären, gell, aber da war es dann so bei dem Patienten, dann sage ich, ja was waren Sie eigentlich von Beruf...[...]..., dann sagt der Patient, ja wollen Sie es wirklich wissen, oder wollen Sie mich einfach nur so, so oberflächlich befragen. Gell, und das hat mir eigentlich wirklich eine Watsche gegeben, gell, weil ichs wirklich wissen will. Gell, für mich ist das total wichtig. Und da hab ich mir gedacht, Scheiße, wie stehen eigentlich andere Pflegekräfte da. Die einfach nur so, was warens denn mal von Beruf, nur dass die Zeit vergeht und nur dass man halt über irgendetwas redet, so quasi wie man auch über das Wetter redet, so oberflächlichen Schmarrn. Und das ist was, was ich überhaupt nicht mag....“ IP1/406-424.

Intensive Gespräche im Setting der Palliativpflege beziehen sich nicht nur auf die zu begleitenden Menschen, sondern insbesondere auch auf ihre begleitenden Angehörigen. Dabei dienen die Gespräche häufig dazu, die physiologischen Veränderungen im Sterbeprozess besser zu verstehen und einordnen zu können. *„...also, ich glaube einfach, wenn man Angehörige hat, die unwahrscheinlich viel Angst haben, zum Beispiel, wenn der Patient in der Terminalphase anfängt zu rasseln, die dann wirklich meinen, mein Vater erstickt, meine Mutter erstickt, man erklärt Ihnen genau, was da jetzt passiert, nimmt ihnen da die Angst und innerhalb von wenigen Minuten werden die Angehörigen total entspannt und kommen dann auch und sagen: vielen Dank für ihre, diese Information, sie wissen jetzt, der Vater, die Mutter muss nicht leiden...“ IP5/89-98.*

Den Angehörigen beim auf und ab im Krankheitsverlauf beizustehen und dabei Dinge ganz gezielt anzusprechen, kristallisiert sich als eine für sehr wesentlich empfundene Aufgabe der Palliativpflegenden heraus. Durch Gespräche wird versucht, die Angehörigen zu ermutigen, ihre Sorgen oder Emotionen auszusprechen. Denn *„...es sind nicht auch nur die Patienten auf der Palliativstation, sondern auch die Angehörigen, die dann quasi von uns aufgefangen werden müssen, die dann mit uns Gespräche führen, die untereinander nicht so sagen, wie es aussieht und da versucht man halt einfach langsam auch an die Angehörigen heranzutreten, und die einfach in den Kreis mit einbeziehen...“ IP2/40-44.*

4.4.4 Bewusster Leben und die Endlichkeit reflektieren

Durch die Tätigkeit in der Palliativpflege und dem alltäglichen Umgang mit herausfordernden Situationen richtet sich der Blick im persönlichen Lebensbereich der Pflegenden häufig wieder auf das Wesentliche. Die Faktoren „Zeit und Lebenszeit“ führen zu einer bewussteren Lebensgestaltung. In der nachfolgenden Sequenz wird dieser Bewusstwerdungsprozess sehr ansprechend beschrieben. *„Ähm, wie vorher schon erwähnt, i war, wenn i mi auf irgendwas gefreut hab, wie zum Beispiel auf a Konzert oder an Termin, dass ich die andren Sachen nimmer gesehen hab und das Palliativ hat mir wirklich bewusst gemacht eben, dass man jeden Tag so leben sollt, als wär's der letzte. Und nur des machen, was einem selber gut tut und auch nimmer über Kleinigkeiten sich ärgern, sondern einfach relaxt und cool sein und wirklich jeden Tag bewusst leben. Das war bei mir eben extrem, weil i das vorher nie gemacht hab, sondern genau das Gegenteil*

nämlich der Fall war, weil wenn ich mich auf was gefreut habe, waren die Tage dazwischen eher eine Belastung, wo ich mir gedacht hab: „Bah, hoffentlich sind die jetzt bald vorbei, dass eben dieser Tag da ist.“ Und das hat sich komplett geändert durch die Arbeit auf Palliativ....“ IP6/276-287.

Die Auseinandersetzung mit Themen wie Lebensqualität, Trauer, Freude über Kleinigkeiten und der Sinnfrage führt im palliativen Setting auch zur persönlichen Reifung der Pflegenden. *„Ich habe das schon während meiner Ausbildung gemerkt, dass es ein riesen Unterschied ist zwischen mir und meinen Freunden, weil die gar nicht aus dem pflegerischen Bereich kommen, weil ich auch der Meinung bin, wenn man am Menschen arbeitet, vor allem am sterbenden, schon mal einen toten Menschen gesehen hat, das macht irgendwas mit einem. Ich kann es jetzt gar nicht so genau erklären, also ich bin der Meinung man reift da, recht schnell auf einmal...“ IP5/34-53.*

Das Bewusstsein für scheinbar selbstverständliche Werte wie Freiheit, Gesundheit, Berufstätigkeit gewinnt vermehrt an Bedeutung durch die tägliche Begegnung mit Krankheit und daraus resultierenden radikalen Veränderungen der Lebensgewohnheiten. *„Ja, man lebt bewusster, auf alle Fälle. Also mir geht's schon so, weil ich denke mir oft, mei schau, jetzt bist Du schon so alt und hast einfach bis jetzt Glück gehabt, dass du gesund bist und dass du deine Arbeit machen kannst und wie gut hast du es eigentlich. Also ich denke, wenn man im Büro sitzt oder irgendsowas macht, dann (..), man weiß ja gar nicht eigentlich, was da alles ablaufen kann. Also, das macht einem sicher bewusster, glaube ich schon, die Arbeit, das ganze Leben...“ IP10/214-220.*

Die eigene Sterblichkeit zu reflektieren, dafür sind häufig herausfordernde Situationen der Auslöser. Lebenssituationen, mit denen sich die Befragten persönlich stärker identifizieren, zum Beispiel wenn junge Menschen schwer erkranken und in ihrer letzten Lebensphase begleitet werden. *„Also das sind eben wie schon vorher erwähnte Situationen mit jungen Patienten, dass das quasi wie ein Reminder wirkt, dass man da wieder über sein eigenes Sterben nachdenkt. Ich steh dem aber eigentlich gelassen gegenüber. Ähm und wie gesagt, ich hab so viele Beispiele erlebt, wo das wirklich ein harmonisches Sterben war und man hat so seine Vorstellungen, wie man sterben mag und denkt sicher öfter drüber nach...“ IP6/293-299.*

Einige Pflegekräfte haben sich bereits vor dem Eintritt in die Palliativpflege persönlich mit dem Thema Leben und Sterben intensiv auseinandergesetzt, bezüglich ihrer *„...grundlegenden Einstellung zum Leben hat sich da nichts geändert. Denn das war vorher schon klar, zum Thema Sterben hat die Palliativ auch nichts geändert für mich, weil das ja schon lange mein Thema ist. Von mir, gell, meine Einstellung hat sich ja*

dahingehend nicht geändert...“ IP1/253-257. Andere Interviewpersonen wiederum berichten, dass die Arbeit sie persönlich sehr stark geprägt hat und sich diese Auseinandersetzung auch in Gedanken zum eigenen Sterben widerspiegelt. Dies führt auch dazu, dass häufig im engeren Familienkreis sehr offen bezüglich Patientenverfügungen und Bestattungswünschen gesprochen wird, was im Freundeskreis oder in anderen Familien scheinbar nicht die Regel ist. „...Man denkt auch selber ganz anders über den Tod nach. Und auch was Angehörige betrifft, also das ist auch bisschen ein etwas schwieriges Thema, weil ich denke einfach ein bisschen anders, wie man dann am Schluss, also was ich noch möchte und was nicht möchte und überlege auch, was meine Eltern und so betrifft, das prägt einen schon und das verstehen oft andere Leute so nicht...“ IP9/166-172.

Zudem werden in der Familie oft schon Vorsorgevollmachten ausgestellt mit dem Wissen, dass von heute auf morgen ganz andere Lebenszustände entstehen können und es wichtig ist, in diesen Situationen eine bevollmächtigte Person zum Fürsprecher zu haben. Dazu ist es notwendig, sich mit den eigenen Wünschen bezüglich Behandlungsabbruch oder Beerdigungsvorstellungen auseinanderzusetzen. Denn letztlich obliegt es dann den Angehörigen, die Wünsche der betroffenen Menschen zu vertreten.

„Ganz wichtig, ganz vorneweg, ist dann einfach auch schon mal, dass man bei seinen eigenen Angehörigen beieht und sagt: „Du, pass auf, hast du eine Patientenverfügung? Hast du eine Vorsorgevollmacht? Wenn mal irgendwie was ist, was möchtest du denn?“ Es kann oft mal so schnell gehen (Pause), wo wir alle mal nicht damit rechnen (.) und dann kann man nicht mehr fragen und dann muss man es erraten. Und das ist einfach wesentlich schöner, wenn man den Willen von jemandem einfach auch respektieren kann und den umsetzen kann...“ IP4/212-221.

Einen deutlichen Appell zur allgemeinen Enttabuisierung des Themas Tod und Sterben richtet eine Interviewperson an die Gesellschaft, vor allem in Bezug auf die demografische Entwicklung der Altersstruktur sowie der Tendenz zu Einfamilienhaushalten. Dabei fehle es bei wichtigen Entscheidungsfragen am Lebensende an Patientenverfügungen oder Vollmachten. Da das Sterben einen natürlichen, irgendwann absehbaren Lebensprozess darstellt, richtet sich dieser Appell eigentlich auch an jeden Menschen. *„Und da ist es mir noch bewusster geworden, und man wird ja durch die Palliativecareausbildung mit dem Tod konfrontiert, man muss sich einfach damit auseinandersetzen, und ich finde in unserer Gesellschaft ist einfach das Problem, die älteren Leute, die möchten nicht über den Tod sprechen, man merkt aber wie wichtig das eigentlich ist, auch dass man gewisse Sachen geklärt hat, einfach, und dass man sagt, was man sich noch sagen möchte, also*

die Dinge, wo man sagt, da hat man früher nicht darüber nachgedacht, aber jetzt ist das irgendwie wichtig geworden, dass man sagt, haben sie alles besprochen, ist noch was zu klären, auch dass man über sein eigenes nachdenkt, zum Beispiel Patientenverfügung machen, und so weiter...“ IP2/293-302.

4.4.5 Für sich sorgen und Kraft schöpfen

Diese Kategorie beinhaltet zwei grundlegende Aspekte, zum einen die Sorge für sich selbst, um im Palliativbereich für eine ausgewogene Balance zwischen den hohen Anforderungen und der eigenen gesundheitlichen Stabilität herzustellen. Zum anderen schöpfen die Palliativpflegenden durch verschiedene Elemente Kraft, wie zum Beispiel dadurch, das Gefühl zu haben, etwas zurückzubekommen. Die bewusste Sorge für das eigene Wohlbefinden und die Wichtigkeit der Selbstfürsorge beschreibt dabei die folgende Interviewsequenz. *„Also einen guten sozialen Ausgleich, einfach Sachen machen, Freunde, von der Familie her, dass man da Rückhalt hat, einfach in der Freizeit Sachen machen und bewusst leben, also wirklich jeden Tag so leben, als wär's der letzte. Und einfach guten sozialen Ausgleich, viel Sport machen, einfach Sachen, die was einem gut tun. Und das ist einfach ganz wichtig, weil ich kann nur für andre da sein, wenn's mir selber gut geht...“ IP6/85-91.*

Die Befragten finden dabei häufig diesen Ausgleich in der eigenen Familie und in der Natur, die sie auch als Kraftquellen bezeichnen und heben den Zusammenhalt im Team als sehr unterstützend hervor. *„Ja, mir gibt auf jeden Fall die Familie Kraft, mein Kind eben, Freunde, (..) dann eben das Draußensein in der Natur, das ist was, was ich gerne mache, ich gehe gerne wandern, Berg, das gibt mir viel Kraft und dann auch der Rückhalt im Team, das ist auch etwas Wertvolles...“ IP7/135-138.* In einigen Interviews wurde sehr konkret beschrieben, inwieweit der persönliche Glaube in der Palliativpflege eine Rolle spielt. Sich mit dem Tod als Zeichen der (Nicht-) Endlichkeit auseinanderzusetzen und über den Tod hinaus zu denken, wurde als sehr wesentlich beschrieben. *„Also (ähm) mein Glaube trägt auf jeden Fall in dieser Arbeit. Ohne den und auch Wissen und Hoffen auf ein Leben nach dem Tod könnte ich das auf gar keinen Fall machen. Bin persönlich da auch der Meinung, dass jemand der hier arbeitet auf jeden Fall einen Glauben haben muss (..) oder braucht für ein Leben nach dem Tod, egal in welcher Form er sich das*

vorstellt. Ich denk, sonst ist es schwer, hier zu schaffen (..) ja das ist somit mein größter Halt...“ IP5/185-193.

Eine andere Sequenz verdeutlicht, wie wichtig und vielseitig diese Kraftquellen für die Arbeit in der Palliativpflege sind. *„Ja, wichtig ist, dass man wirklich ähm, seine Ventile hat, dass man neue Kraft tanken kann, das ist ganz wichtig, (...) dass man im Team immer wieder auch redet miteinander, (...) dass man humorvoll bleibt, das finde ich ist auch ganz wichtig, dass man lachen kann, das ist für mich ganz wichtig...“ IP10/243-247.*

Lachen und Humor können auch als Kraftquelle dienen. Bereits seit einigen Jahren werden gemäß einer Interviewperson spezielle Seminare bezüglich der Kraft des Humors für die Palliativpflege angeboten. Diese berichtet über deutlich positive Auswirkungen, wenn auch mal gelacht wird und das es auch am Lebensende immer wieder Situationen gibt, in denen ein gemeinsames Lachen auch etwas gelebte Normalität darstellt und emotional verbindet. Schwarzer Humor, der sich an diffamierende Grenzen hält, trägt scheinbar auch zu einer Gesunderhaltung im Team bei. *„Wir haben auch so einen bisschen schwarzen Humor, aber ich glaube, das brauchen wir, weil sonst (..), das versteht oft keiner, wenn so andere Leute noch mit dabei sind und wir dann so, so (..) einfach so geschert reden, aber das meinen wir nicht so, sondern das ist einfach auch unsere Kraft, wo wir die wieder herholen.“ IP9/86-90.*

Die Wertschätzung seitens der betreuten Menschen und ihrer Angehörigen bildet die zweite Säule der Kraftquellen. Für die Befragten stellt das positive Feedback auch eine Bestätigung für ihre gute Arbeit dar. Positive Rückmeldungen erscheinen ein hoher Motivator für einfühlsame, patientenorientierte und engagierte Pflege zu sein. *„Also wir haben jetzt [...] eine Patientin gehabt, der ihr Mann ist auf der Intensiv gelegen, dadurch hat sie einen Kreislaufkollaps bekommen, sie ist bei uns gelandet, ihr Mann, das hat etwa eine Woche gedauert, dann ist er verstorben, und sie war immer bei ihm und hat halt sehr viel Redebedarf gehabt und ihr ist es auch nicht gut gegangen, sie ist immer wieder kollabiert zwischendurch, aber die hat sich so gut aufgehoben gefühlt bei uns und das finde ich, ist einfach auch unsere Arbeit dann auch. Die ist wirklich so gerne bei uns gewesen und auch ihre Kinder haben sich bedankt, x-mal bei uns und dass einfach, also die waren wirklich überwältigt, die haben uns in den Arm genommen und gedrückt, weil sie wirklich so gut aufgenommen waren,...“ IP10/61-72.*

Die positive Rückmeldung über die Bemühungen zur Verbesserung der Lebensqualität und des persönlichen Engagements für ein schönes Sterben zeigt sich in dem folgenden Textauszug, der auch die tragende Rolle von Abschiedsritualen thematisiert. Der Angehörigenkontakt geht teilweise weit über den Tod hinaus und ritualisierte

Abschiedsmöglichkeiten kennzeichnen eine weitere Besonderheit der Palliativpflege. *„Positive Resonanz, die Rückmeldung, einfach die Ausstrahlung vom Patienten, dass es dem gut geht, wenn ich mir denke: „Okay, das hat jetzt einfach passt!“, die Angehörigen, dass Angehörige teilweise Jahre danach auch noch kommen, in regen Abständen zwar, aber sie kommen einfach und sagen: „Mensch, danke, das ist super gelaufen!“. Und genau dann eben unsere Zeremonie mit den Steinen: Wir haben da einmal im Jahr eine Grillfeier, wo wir mit Steinen Schiffe bauen und das ist da so quasi unser Abschiedsritual, wo wir die Steine versenken. Und da pickt halt jeder so seine Patienten raus, die einem nah gegangen sind oder die schwer waren, das find ich auch, ja, total schön und das verbinde ich mit was Positivem...“ IP6/221-231.*

Es werden auch tiefsinnige Gedankenanstöße angesprochen, die in den „Gästebüchern“ der Palliativstationen sehr individuell verankert wurden. In diesen Büchern haben die betreuten Menschen und ihre Angehörigen oder Freunde die Möglichkeit, Texte, Sprüche, Bilder, Gedichte, eigene Gedanken miteinzubringen. So entsteht ein buntes Gesamtwerk mit wertvollem Inhalt, welches auch die Vielfalt auf der Palliativstation widerspiegelt. *„Ja und dass man das einfach a so die positiven Aspekte, man muss sich nur mal das Gästebuch anschauen ähm, was da drinnen steht ist einfach der Wahnsinn, dass die positiven Seiten von einer Palliativstation zeigt. Ich meine, das sind Extremsituationen, was die Patienten erleben, das heißt extreme Schmerzen, Angst et cetera, auch die Angehörigen, aber wie viel Liebe, wie viel schöne Momente trotz Schmerzen, trotz Extremsituationen da zustande kommen, das kann man einfach mit Worten nicht fassen, aber das Gästebuch das spricht Bände, das ist einfach unglaublich, wie viel Gutes man den Patienten auch gibt. Ja das ist halt einfach unbeschreiblich...“ IP6/372-382.*

Gutes zu geben und Gutes zurückzubekommen. In der Palliativpflege scheint die professionelle Fürsorge für das Wohlergehen anderer Menschen zu gelingen. Dies stellt einen weiteren Grund für das Arbeiten auf einer Palliativstation dar.

5 Diskussion

Being-with instead of leaving – Beweggründe von Pflegenden, in der Palliativpflege zu arbeiten. Antworten auf diese Forschungsfrage zu finden war das zentrale Anliegen dieser Arbeit. Im Ergebnisteil konnten diese Antworten in den drei zentralen Kategorien zusammengefasst und dicht beschrieben werden.

In diesem Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse mit dem Stand der Forschung sowie den theoretischen Grundlagen in Beziehung gesetzt und dadurch herausgearbeitet, welche Bedeutung die identifizierten Kategorien bezüglich der Forschungsfrage haben.

In der Kategorie «Bedingungen für gute Pflege vorfinden» wurden Subkategorien gebildet, die insgesamt die Gegebenheiten, in denen Palliativpflege stattfindet, darstellen. Die Wichtigkeit der Teamarbeit und die gegenseitige Unterstützung entspricht den Studienergebnissen von Ablett et al. (2006) und Georges et al. (2002). Teamarbeit ist als eine Grundbedingung in der Palliativpflege anzusehen und ermöglicht es, die ebenfalls gegebenen herausfordernden Situationen gemeinsam zu bewältigen. Im Bereich der Herausforderungen zeigten sich diesbezüglich zwei verschiedene Formen. Die Arbeit im Grenzbereich zwischen Leben und Sterben bringt globale und neue, situativ bedingte Herausforderungen mit sich. Diese Differenzierung wurde in den vorliegenden Studien nicht getroffen, erscheint aber wesentlich, da die globalen Herausforderungen, wie beispielsweise nicht adäquate Symptomlinderung zu erreichen oder die gesunde Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden, offenbar zum Bedingungsfeld der Palliativpflege gehören.

Kesseli und Hantikainen (2012) identifizierten in ihrer Literaturarbeit bereits den Zeitmangel, inadäquates Symptommanagement, unterschiedliche Sichtweisen im multiprofessionellen Team sowie Hindernisse beim Übergang von kurativer zu palliativer Betreuung als Herausforderungen. Diese Elemente spiegeln sich auch in den Erkenntnissen dieser Arbeit wider. Die von Kesseli und Hantikainen identifizierte Belastung durch mangelnde Anerkennung konnte in den erhobenen Daten nicht bestätigt werden. Vielmehr bezeichneten acht der zehn befragten Interviewpersonen gerade das positive Feedback der betreuten Menschen und ihrer Angehörigen als hohen Motivator für ihre Tätigkeit. Die in der Studie von Georges et al. beschriebene Strategie zum Umgang mit herausfordernden Situationen (2002) durch persönliche Abgrenzung vom Leid der Betroffenen findet sich auch in dieser Arbeit wieder. Ebenso die Wichtigkeit des Erkennens und Wahrens eigener Grenzen, die von den Befragten als wesentlicher Aspekt professionellen Handelns empfunden wurde.

Aurnhammer und Augustyn (2005) kamen durch eine allgemeine Befragung unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Arbeit in der Palliativpflege zur vermehrten Auseinandersetzung mit den Themen Trauer, Tod und Sterben führt und das eigene Leben vermehrt reflektiert wird. Diese Erfahrung spiegelt sich auch in der identifizierten Kategorie «bewusster leben und die Endlichkeit reflektieren» wider. Vermehrt gaben die Befragten an, dass in der Familie bereits die Themen Krankheit und Tod besprochen wurden und entsprechende Vorsorgevollmachten erstellt wurden. Zudem wurde in den Gesprächen häufig darauf hingewiesen, dass sich das eigene Bewusstsein vor allem bezüglich der Einzigartigkeit des einzelnen Tages geschärft hat. Eine weitere Erkenntnis bei Aurnhammer und Augustyn (2005) war, dass sich insbesondere Pflegende im palliativen Setting stark mit ihrer beruflichen Rolle identifizieren und dort ihrem Berufsideal entsprechend pflegen können.

Diese Erkenntnis stellt auch den zentralen Erkenntnisgewinn dieser Masterarbeit dar. Palliativpflege ermöglicht es den Pflegenden, ihr Caringideal zu leben oder sich diesem zumindest sehr anzunähern.

In den Beweggründen findet sich ein bedeutsames Element der theoretischen Fundierung von Pflege wieder, es bildet sich ganz stark eine Besonderheit in der Palliativpflege ab. Diese Besonderheit ist ein wesentlicher Grund dafür, hier tätig zu sein. Pflegende können im palliativen Setting Caring erleben, ohne dass dieser Begriff explizit so benannt wurde. Diese Grundhaltung wurde durch andere Worte wie Fürsorge, Achtsamkeit, Empathie, Würde ausgedrückt und durch die zahlreichen praktisch erlebten Beispiele in seiner Bedeutung sehr tiefgreifend beschrieben.

Das palliative Setting ermöglicht es den Pflegenden, sich ihrem beruflichen Ideal anzunähern. Die erweiterten Entscheidungs- und Handlungskompetenzen tragen zu einer gesteigerten Berufszufriedenheit, wie sich in den Äußerungen des «Angekommenenseins» und «in einer anderen Welt zu arbeiten» spiegelt. In der letzten Lebensphase ist es möglich, gute Pflege und eine würdevolle Begleitung beim Sterben leisten zu können, was auf den Normalstationen laut den Befragten nicht mehr in dem Ausmaß möglich ist. Im Palliativbereich lässt sich gute Pflege als Moral imperative or ideal umsetzen, wie Morse et al. (1990) diese Kategorie bezeichnen: Caring als moralische Verpflichtung oder Wunschbild, die Würde oder Integrität des einzelnen Individuums zu wahren.

Caring in Form einer fürsorglichen Praxis als notwendige, fundamentale Basis professionellen Handelns – Friesachers Ausführung (2015) beschreibt sehr zutreffend die Situation in der Palliativpflege. Hier agieren keinesfalls die hilflosen Helfer, die aus reinem Streben nach Überfürsorge und dem Gefühl, etwas Sinnvolles zu machen, handeln.

Vielmehr engagieren sich hier sehr professionelle Pflegekräfte mit breiter Wissensbasis, die sich ganz bewusst der Herausforderungen in der letzten Lebensphase stellen, gewisse Arbeitsbedingungen als gegeben vorfinden und entsprechende positive Auswirkungen ihres Handelns auch erwarten. Es ist tatsächlich ein hochprofessionelles Setting, in dem sich die Pflegenden dem Berufsideal annähern können und welches offensichtlich auch ganz bewusst von ihnen gewählt wird. Die Patientenzentrierung und Orientierung an den aktuellen Bedürfnissen gilt hier nicht nur auf dem plakatierten Leitbild am Klinikeingang, sondern wird zur tatsächlich gelebten Realität. Wie wenn der Schalter umgelegt wird: Auf einmal wird professionelles Caring möglich, all das, was in den theoretischen Ausführungen zur Care und den Rollen palliativ Pflegenden theoretisch erarbeitet wurde, scheint hier ganz selbstverständlich umgesetzt zu werden.

Swansons Definition von Pflege (1993) als „das informierte Sorgen um das Wohlbefinden anderer“ sowie die verschiedenen Caringprozesse ihrer *Middle Range Theory of Caring* spiegeln sich in den identifizierten Kategorien wieder. Swanson hat das „Caring“ als Prozess beschrieben, mit den Elementen «knowing – being with – doing for – enabling – maintaining belief – (1991). Die informierte Sorge bedarf einer stabilen Wissensbasis, die sich einerseits im breiten Wissensspektrum der Palliativpflegenden zeigt. Gute Kenntnisse in der Symptombehandlung sind hier von zentraler Bedeutung, wie auch die Studie von Georges et al. (2002) ergeben hat. Als Motivator für Palliativpflegende wurden hier die fachlichen Weiterbildungsmöglichkeiten angeführt, die eine Verbesserung der Symptombehandlung durch adäquate, kreative Interventionen schaffen. Die zahlreichen Bildungsmöglichkeiten ermöglichen zudem erweiterte Pflegeangebote, insbesondere bezüglich alternativer symptomlindernder Maßnahmen, wie beispielsweise Aromamassagen, die in dieser Befragung häufig als Zuwendungsmöglichkeiten beschrieben wurden. Das Nichterreichen völliger Symptomlinderung sollte dabei nicht als persönliches Versagen oder Misserfolg von anderen Berufsgruppen gewertet werden (Georges et al., 2002), denn ein Abweichen zwischen Anspruch und Realität ist ja eher der Normalzustand; alles andere könnte man als Optimum bezeichnen, welches eben nicht immer erreicht werden kann.

Zum anderen entsteht «knowing» auch durch die direkte Interaktion mit dem zu betreuenden Menschen und dem multiprofessionellen Austausch, der in der Kategorie Teamarbeit stark zum Tragen kommt. Dabei tritt das individuelle Empfinden der erkrankten Menschen sehr stark in den Vordergrund. Felgen (2011, S. 43) fasst diesen wesentlichen und weitreichenden Aspekt von Swansons Gedanken bezüglich «knowing» sehr nachvollziehbar zusammen. „Danach trachten, ein Ereignis nach seiner Bedeutung

für das Leben eines anderen zu erfassen – die gelebte Realität des zu Pflegenden zu verstehen. Diese Praxis vermeidet es, anderen etwas zu unterstellen und beruht auf sorgfältigem Einschätzen, Suchen nach Hinweisen und Einbeziehen der Expertise von Kollegen.“ Damit wird der Individualität des Erlebens von Krankheit und Abschied vom Leben Raum gegeben, der Fokus richtet sich auf die tatsächlichen Erfahrungen der betroffenen Menschen. Der Caringprozess «being with» impliziert dabei, anderen emotional beizustehen. Dies drückt sich sehr deutlich in der gewollten Präsenz der Palliativpflegenden aus, die für die Schwerkranken und deren Angehörigen da sein wollen und auch in Krisenzeiten oder am Lebensende dabei bleiben möchten. Georges et al. beschreiben diese gewisse Grundhaltung als «being available», als Präsenz in Form des für andere Da-seins und der Achtsamkeit gegenüber dem anderen.

Im Bereich der Meta-Theorien spiegelt sich das «für andere da sein Wollen» auch in Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung wieder. Watson führt die «caritative factors» als Herzstück der Pflege an (Kohlen & Kumbruck, 2008). Die gegenseitige Begegnung mit Liebe und Aufmerksamkeit kennzeichnet auch die Interaktion in der Palliativpflege. Aus den empirischen Erkenntnissen geht hervor, dass respektvoller Umgang und Wertschätzung als sehr wesentlich empfunden werden und intensive Beziehungen auch eine Tiefe in der Begegnungsqualität ermöglichen. Kongruenz, Echtheit und Empathie in einer vertrauensvollen Beziehung zu entwickeln, zählt bei Watson zu den zentralen Zuwendungsprozessen (Fawcett, 1999.). Dieser Aspekt findet sich auch in den beschriebenen Kategorien wieder. Palliativpflegende unterstützen die zu betreuenden Menschen dabei, die Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele zu optimieren, ganz im Sinne des Erreichens der bestmöglichen Lebensqualität, wie auch in der Deklaration der WHO (2002) zur Definition von Palliative Care formuliert wurde. In der Vorbeugung und Linderung von Leidenszuständen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art zur Verbesserung der Lebensqualität findet sich Watsons ganzheitlicher Betreuungsansatz wieder. Diese ganzheitliche Fürsorge zeigt sich auch in den umfassenden Pflegeangeboten, wenn es um die Erfüllung besonderer Wünsche, fernab von Symptomkontrolle geht. Letzte wichtige Wünsche mit Hilfe der Angehörigen oder ehrenamtlicher Personen zu erfüllen oder Unausgesprochenes nochmals artikulieren zu können, erscheint ein sehr wichtiges Element zu sein. Bei Watson kommt hier besonders der Bereich «Transpersonal Caring Relationship» zu tragen, in der eine fürsorgliche menschliche Beziehung auf einer gewissen moralischen Verantwortung beruht, die Patientenwürde zu schützen und die spirituelle Bedürfnisdimension der zu betreuenden Menschen miteinzubeziehen (Kohlen & Kumbruck, 2008). Die Wahrung der

Patientenautonomie und Würde bildet ebenfalls eine umfassende Kategorie dieser Forschungsarbeit. Diese Grundhaltung zeigt sich einerseits in einer hohen Patientenorientierung und vermehrten Integration der Menschen in Entscheidungsprozesse. Andererseits möchten Pflegende die Patientenwürde wahren, eine würdevolle Umgangskultur leben und ein würdevolles Sterben ermöglichen.

Die menschliche Zuwendung ist dabei ein sehr wesentlicher Faktor, sich wirklich dem Gegenüber zu öffnen, die Erlebniswelt des anderen Menschen zu erfassen und die Bedeutungszuschreibungen zu erkennen. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Arbeit wieder, wenn tiefe Gespräche im seelisch-spirituellen Bereich als elementar und bereichernd beschrieben werden.

Watson bezeichnet den Moment, in dem eine Pflegeperson mit einer anderen Person in einen fürsorglichen Kontakt kommt, als «Caring Occasion» (Fawcett, 1999). Dabei beschreibt Watson die Kunst der transpersonalen Zuwendung in der Pflege als „moralisches Ideal sowie ein Mittel der Kommunikation, mit dessen Hilfe sich unter voller Berücksichtigung des eigenen Selbst menschliche Gefühle freisetzen lassen“ (Fawcett, 1999, S. 185).

Die moralische Verantwortung und das moralische Ideal finden sich auch in den philosophischen Ausführungen Conrads wieder. Conradi definiert «care» als interaktive menschliche Praxis, die sich durch die besonderen Merkmale der Achtsamkeit und Bezogenheit charakterisieren lassen. Conradi versucht, moralisches Urteilen und Handeln zu begründen, indem sie vom Besonderen ausgeht, statt vom Allgemeinen (Kohen & Kumbruck, 2008). Die Achtung für das Gegenüber drückt sich gemäß Conradi in einer achtsamen Grundhaltung aus, sich anderen Menschen zuzuwenden, sie ernst zu nehmen und für sie zu sorgen. Diese Achtsamkeit gegenüber der individuellen Lebenssituation von Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen zeigt sich auch in den Interviews dieser Forschungsarbeit, in der die Patientenautonomie, Biografieorientierung und Zeit für Gespräche zur Erfassung der individuellen Bedürfnisse eine tragende Rolle spielen. Ein sehr interessanter Gedanke Conrads bezüglich der Patientenautonomie spiegelt sich in der folgenden Textpassage zur interaktiven menschlichen Praxis von Kohen & Kumbruck, 2008, S. 19 wieder. „Sie unterstreicht, dass Care-Interaktionen nicht an eine Unterstellung von Autonomie gebunden sind, im Gegenteil, es könne sogar kontraproduktiv sein, dem Menschen in einer besonderen Situation zu viel Autonomie zuzumuten. Gerade in Care-Interaktionen gehe es darum, Menschen zu achten, deren Autonomie als eingeschränkt eingeschätzt werde. Ein größeres Maß an Autonomie könne höchstens als Ergebnis von Care-Interaktionen gesehen werden und nicht als Voraussetzung.“

Die Ergebnisse dieser Arbeit bilden genau dieses Verständnis ab. Geht es um die Gestaltung des individuellen Tagesablaufs und Integration der individuellen Bedürfnisse, werden die Wünsche der betroffenen Menschen sehr wohl integriert, sind sogar handlungsbestimmend. Geht es allerdings um komplexe, weitgreifende Entscheidungen, ist es für die betroffenen Menschen wertvoll, hinsichtlich möglicher Entscheidungsvarianten sowie Vor- und Nachteilen basierend auf den Erfahrungen des multiprofessionellen Teams beraten zu werden. Conradi beschreibt auch eine Art Gratwanderung, die es in der Praxis Care zwischen Verantwortung und Bevormundung, Achtsamkeit und Selbstachtung sowie Desinteresse und Überforderung zu beschreiten gilt (Conradi, 2002).

In dieser Arbeit wurde deutlich, dass Palliativpflegende diese Gratwanderung auch begehen, indem sie im Arbeitsalltag immer wieder innehalten, um persönliche Grenzen zu erkennen und zu wahren. Zudem entwickeln sie eine Achtsamkeit für sich selbst, indem sie bewusst für sich selbst sorgen und Kraft schöpfen. Der Ausgleich über Aktivitäten in der Natur oder über die Familie und Freunde wird als stärkend beschrieben, ebenso positives Feedback bei gelungenen Begleitungen. Gute Pflege leisten zu wollen und zu können führt auch zu vermehrter Wertschätzung der Pflegenden und gibt ihrer Tätigkeit Sinn. Es stellt sich die Frage, warum ausgerechnet in der letzten Lebensphase der Menschen diese gute Pflege zu gelingen scheint. Die Zentrierung auf die Patientenbedürfnisse und das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen mit dem gemeinsamen Ziel der bestmöglichen Betreuung hat Auswirkungen. Klaschik bezeichnet Palliativstationen als Kristallisationspunkt, deren exzellente Arbeit ausstrahlen soll und somit das Palliativkonzept das Gesundheitswesen infiltriert (Aurnhammer & Augustyn, 2005). Tatsächlich ist die Anzahl der palliativen und hospizlichen Einrichtungen markant angestiegen. Eine Infiltration der Normalstationen scheint jedoch noch nicht vollzogen zu sein. Ein Übergreifen des Palliativkonzepts findet sich am ehesten in der Altenpflege wieder, was sich in der Fachliteratur wie auch den Fort- und Weiterbildungen in diesem Setting zeigt.

In den Interviews wurde es teilweise als elitär beschrieben, dass Menschen die letzte Lebensphase in einem so fürsorglichen und ansprechenden Bereich verbringen können. Menschen mit ähnlichen Krankheitsbildern und Leidenszuständen, wie sie auf der Palliativstation anzutreffen, sind liegen laut vier Interviewpersonen in den gleichen Kliniken häufig auf einer Allgemeinstation; ohne Chance auf eine palliative Betreuung. Es stellt sich die Frage: Haben nur in etwa 6 % der sterbenden Menschen in Deutschland (Dasch, Blum, Gude, & Bausewein, 2015) dieses Privileg, Autonomie und Würde am

Lebensende auf einer Palliativstation (1%) oder Hospizeinrichtung (4,8 %) zu erfahren? Vielleicht ist es deswegen den befragten Pflegenden so wichtig den palliativen Gedanken weiterzuverbreiten. Einerseits dadurch, dass sie diesen Gedanken von der Palliativeinheit auf den angrenzenden Stationen einfließen lassen oder über innerbetriebliche Fortbildungen ihre Erfahrungen weitergeben. Andererseits lässt sich durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit der wertvolle Palliativgedanke im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft weiterverbreiten.

“...Das würd ich mir einfach für die Zukunft wünschen, dass sich das einfach noch mehr öffnet und dieses Palliativ noch mehr kommt. Ja, weil’s eigentlich jeder verdient hat, dass er diese Behandlung kriegt und diese Aufmerksamkeit...” IP2/149-152.

6 Limitationen

Acht der zehn interviewten Pflegepersonen waren auf Stationen mit angegliederter Palliativeinheit tätig. Somit waren nur zwei der Interviewpersonen auf reinen Palliativstationen ohne weitere Verbindung zu allgemeinen Stationen tätig. In einer nachfolgenden Studie könnten aus diesem Grund noch weitere Erhebungen auf reinen Palliativstationen beziehungsweise angegliederten Palliativstationen erfolgen, um Einflüsse durch den Bedingungsfaktor der kontinuierlichen Tätigkeit im Vergleich zu einer abwechselnden Tätigkeitsmöglichkeit zu erforschen. Die Zeitspanne zwischen den Interviews der Phase eins und zwei kann zusätzlich eine Limitation in der Erhebungskontinuität darstellen. Bezüglich der zeitlichen Ressourcen für die Patientenbetreuung lässt sich durch diesen Erhebungsintervall zumindest eine gefühlte Reduktion der zeitlichen Ressourcen zwischen den zwei Erhebungsphasen feststellen.

7 Schlussfolgerungen

Palliativpflege ermöglicht den Pflegenden die Umsetzung guter Pflege, Orientierung an den Patientenbedürfnissen, Wahrung der Patientenautonomie, fachliche Weiterqualifikation sowie entsprechend erweiterte Handlungs- und Entscheidungsspielräume: Caringideale der Pflegenden können in diesem Setting realisiert werden. Insbesondere kommen dabei Watsons sechs Wissensbereich der Pflege (Fawcett, 1999) sowie der intensivierten menschlichen Zuwendung zum Tragen und finden hier in der palliativen Pflegepraxis tatsächlich auch Anwendung.

- *Menschliches Verhalten und mögliche Reaktionen auf tatsächliche oder potentielle Gesundheitsprobleme kennen.* Der zu betreuende Mensch bildet tatsächlich den Mittelpunkt ab, er ist Zentrum des beruflichen Handelns und wird in seiner ganzen Person, seinem Dasein wahrgenommen.
- *Individuelle Bedürfnisse erkennen und verstehen.* Individualität und Bedürfnisorientierung spielen im palliativen Setting eine bedeutsame Rolle, nicht nur plakativ, sondern im realen Arbeitsalltag der Pflegenden.

- *Auf die Bedürfnisse anderer reagieren können.* Dieser Punkt impliziert eine entsprechende Wahrnehmungsfähigkeit wie auch fachlich-persönliche Handlungskompetenzen der palliativ Pflegenden.
- *Stärken und Grenzen einschätzen können.* Dieser Aspekt bezieht sowohl die Patientengruppe als auch die Pflegenden mit ein. Die Orientierung an den Patientenressourcen und Belastungsgrenzen spielt eine ebenso große Rolle wie das Bewusstsein der Pflegenden für die eigenen Fähigkeiten und persönlichen Grenzbereichen.
- *Die Bedeutung der Situationen für andere erkennen und verstehen.* Intensivere Interaktionen, tiefere Gespräche und das sich einlassen können auf den anderen ermöglichen eine intensivierte Pflegebeziehung und ein situativ-angepasstes Pflegehandeln.
- *Trost, Mitgefühl und Empathie spenden können.* Diese Kompetenz Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung spiegelt sehr deutlich wider, welche Kompetenzen in der palliativen Pflege und Begleitung von besonderer Bedeutung sind.

Doch gelten die oben genannten Kompetenzen nicht für viele Bereiche der Pflege? Wissens- und Handlungskompetenz, Bedürfniswahrung, Orientierung an den Ressourcen sowie Grenzen der zu betreuenden Patienten wie auch der agierenden Pflegenden, Interaktion und Empathie bilden allgemein die basalen Kriterien guter Pflege.

Dieser wertvolle Ansatz sollte einer noch größeren Patientenanzahl zu Gute kommen. Einerseits durch die Weiterentwicklung der palliativen Institutionen, andererseits durch eine vermehrte Integration dieses Konzepts in andere Bereiche der Pflege wie beispielsweise der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen in der stationären Kurz- und Langzeitpflege. Dieser besondere Interaktionsansatz sollte in anderen Pflegebereichen ebenfalls zur Anwendung kommen, um wieder der elementaren Aufgabe der Gesundheits- und Krankenpflege gerecht werden zu können: der informierten, gekonnten Fürsorge für das Wohlergehen anderer (Swanson, 1993).

Dieses Berufsideal wird derzeit durch betriebswirtschaftliche Einflüsse und finanziell erforderlichen Umstrukturierungen wieder ins Wanken gebracht. Veränderungen in den Qualifikationsprofilen durch vermehrte Pflegeassistenz und Reduktion der Stellen der dreijährig-ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zeigen bereits auch im palliativen Setting erste Auswirkungen, zum Beispiel beim Faktor der Zeit.

Das Ergebnis der sehr berührenden kommunikativen, schriftlichen Validierung einer Interviewperson wird nachfolgend dargestellt und unterstreicht die Wichtigkeit zukünftiger Forschung und Verbreitung der Forschungserkenntnisse im Palliativbereich.

„Sie haben mir wieder Mut gegeben, denn in letzter Zeit war ich mit der Palliativpflege, so wie sie bei uns erfolgt, nicht sehr glücklich. Ihre Masterarbeit zeigt sehr eindrücklich, welche Beweggründe man haben kann, um in der Palliativpflege arbeiten zu wollen. In vielen Teilen wurde meine innere Überzeugung gespiegelt. Es wurde mir auch aufgezeigt, wie richtig und wertvoll unsere Pflege sein kann. Gerade die spektrumreiche, spezielle Verrichtung am Patienten und das wertschätzende „auf einer Augenhöhe“ mit Ärzten zu arbeiten macht es einem leichter, auch gerade in diesen Zeiten der Einsparungsmaßnahmen, die auch vor einer Palliativstation nicht Halt machen, weiter zu machen. Ganz besonders die Fürsorge für die Angehörigen und für sie entsprechend Zeit zu haben, machen einen Großteil dieses außergewöhnlichen Jobs aus. Die Schwester eines Verstorbenen sagte erst gestern zu mir: „Ihr habt meinem Bruder die Würde wieder gegeben. Ich danke Euch dafür.“ Damit meinte sie natürlich das ganze multiprofessionelle Team. Diese Momente machen es aus. Sie stärken uns und lassen und vermuten, dass wir manchmal richtig sind.

Diese Arbeit würde ich gerne sämtlichen Chef- und Oberärzten vorlegen, damit sie den Sinn und den Vorteil unserer so schönen Arbeit erkennen. Für Ihre Masterarbeit und das Vermitteln von guter, befriedigender Pflege wünsche ich Ihnen viel Erfolg und Durchhaltevermögen.“

Das gleiche Durchhaltevermögen und entsprechende positive Auswirkungen ihres Handelns mögen die Palliativpflegenden bei der Umsetzung ihrer Berufsideale und Realisierung ihrer Vorstellungen von guter Pflege begleiten.

Damit Care auch weiterhin ein wesentlicher Bestandteil von Palliative Care bleibt.

8 Literaturverzeichnis

Ablett, R. J., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733–740.

Aurnhammer, K. & Augustyn, B. (2005). (Neben-) Wirkung einer Palliativeinrichtung – (Side) Effect of a Palliative Care Institution. *Palliativmedizin*, 2005, 95-99.

Conradi, E. (2001). *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Frankfurt/New York. Campus Verlag.

DalPezzo, N. (2009). Nursing Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, Vol 44, No. 4, October-December 2009.

Dasch, B., Blum, K., Gude, P. & Bausewein, C. (2015). Sterbeorte: Veränderung im Lauf eines Jahrzehnts. Zugriff am 11.6.2016 unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=171320>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. Zugriff am 31.3.16 unter http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html

http://www.dhpv.de/themen_palliativstationen.html

Ewers, M. (2006). *Palliative Praxis: Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern der ambulanten und stationären Altenhilfe*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. ISSN 1435-408X.

Zugriff am 28.03.2016 unter <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-132.pdf>

Fawcett, J. (1999). *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

Felgen, J. (2011). Eine fürsorgende und heilende Umgebung. In Koloroutis, M. (Hrsg.). *Beziehungsbasierte Pflege* (S. 35 – 56). Bern: Huber.

Freilinger, F. (2009). Das institutionalisierte Sterben. Sozioökonomische Aspekte am Ende des Lebens. Zugriff am 20.05.2015 unter <http://www.springermedizin.at/fachbereiche-a-z/p-z/pflege/?full=13478>

Geiss-Mayer, G., Ramsenthaler, C., & Otto M. (2009). Haltung als Herzstück palliativer Begleitung – Attitude as the coverstone of Palliative Caregiving. Einblicke 2009 Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 16–19. Zugriff am 28.03.2016 unter http://www.ipac.org/fileadmin/user_upload/publikation/geiss-otto-ramsenthaler.pdf

Georges, J., Grypdonck & M., Diercke de Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses` perceptions of palliative care nursing. Journal of Clinical Nursing 2002, 11: 758 -793.

Haskamp, M., & Remmers, H. (2008). Fürsorge für die Sterbebegleiter. Belastungen und Belastungsbewältigung von MitarbeiterInnen in Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Dr. med Mabuse Nr. 174/2008. Zugriff am 3.3.2016 unter http://www.mabuse-verlag.de/Downloads/1591/174_Haskamp_Remmers_Fuersorge-fuer-Sterbebegleiter.pdf

Hospiz Österreich, Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen . Zahlen-Daten-Fakten. Zugriff am 05.03.2016 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2014.pdf

Höfler, A. E. (2001). Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Wien: Kursbuch palliative care 2/2001. Zugriff am 02.05.2016 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf

Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., & Radbruch L. (2007). Criteria for successful mutiprofessional cooperation in palliative care teams. Palliative Medicine, 21, 347-354.

Kamal, A., Bull, J., Wolf, S., Swetz, K., Shanafelt, T., Ast, K., Kavalieratos, D., Sinclair, C. & Abernethy, A. (2016). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. Journal of Pain and Symptom Management, Vol 51 No. 4 April 2016 P 690 - 696.

Kesseli, M. & Hantikainen V. (2012). Wie Pflegende ihre Rolle in der Palliative Care erleben. Pflegewissenschaft. 12/2012, 658 – 666.

Krankenhaus Göttlicher Heiland. Homepage. Zugriff am 02.06.2016 unter <http://www.khgh.at/leistungsangebot/palliativstation-st-raphael/>

Kohlen, H. & Kumbruck, C. (2008). Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis. Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit. Zugriff am 13.03.16 unter http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/21959/ssoar-2008-kohlen_et_al-care-ethik_und_das_ethos_fursorglicher.pdf?sequence=1

Körtner, U. H.J. (2012). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas.

Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger C. (2014). Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung. Berlin – Heidelberg: Springer

Krüger, J. (2010). Symbolischer Interaktionismus nach Herbert Blumer – Grundsätze und Methoden. Friedrich-Alexander - Universität Erlangen-Nürnberg Institut für Soziologie. Zugriff am 11.5.2016 unter http://www.soziologie.phil.uni-erlangen.de/system/files/22.11._symbolischer_interaktionismus_nach_h._blumer.pdf

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Wien: Facultas.

Mayring, P. (2007). Generalisierung in qualitativer Forschung. Forum: Qualitative Sozialforschung, 8 (3). Zugriff am 24. Juli 2013 unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/291/639>

Müller, M., Pfister, D., Markett, S., & Jaspers, B. (2010). Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. Der Schmerz 6 (23), S. 600-608.

Morse, J. M, Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. Advances in Nursing Science 1990; 13(1):1-14.

Newton, J. & McVicar, A. (2013). Evaluation of the currency of the Davies and Oberle (1990) model of supportive care in specialist and specialised palliative care settings in England. *Journal of clinical Nursing*, 23, P. 1662 – 1676.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2014). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Zugriff am 4.4.16 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), Zugriff am 31.3.16 unter <http://www.palliativ.at/services/kontakte-adressen.html>

Palliativpflege: Quelle für erstes Hospiz:
<http://palliativpflege.twoday.net/stories/3335444/comment>

In Österreich: Quelle für erste Palliativstation:
<http://www.khgh.at/leistungsangebot/palliativstation-st-raphael/>

PONS lat-dt. Übersetzung: Zugriff am 10.04.2016 unter http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung?q=pallium&l=de&in=ac_la&lf=la

Randall, F. & Downie, R. S. (2014). Philosophie der Palliative Care. Philosophie – Kritik – Rekonstruktion. Bern: Hans Huber Verlag.

Ramirez, A., Addington-Hall, J., & Richards, M. (1998). ABC of palliative care. The carers. *BMJ*, 316 (17), 208-211.

Reuhl, B. (2015). Unter erschwerten Bedingungen: die Arbeit in der Krankenpflege. Zugriff am 20.04.2016 unter http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Politikthemen/Gesundheit/Reuhl_Arbeit_in_der_Krankenpflege_Lagebericht2015-7.pdf

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Vol 15, No 1 (2014). Zugriff am 01.05.2015 unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/prinaterFriendly/2043/3635>

Simon, S., Geiss, G., & Krischke, N. (2008). Grundhaltungen in der Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen – eine repräsentative Fragebogenuntersuchung bei Professionellen im Bereich Palliative Care. Palliativmedizin 2008; 9-PW-205

Strübing, J. (2008). Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Student, J.-C. & Napiwotzky A. (2011). Palliative Care, wahrnehmen-verstehen-schützen. Stuttgart. Thiemes Pflege.

Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. Image: Journal of Nursing Scholarship. Vol. 25 No 4 1993, P. 352 – 357.

WHO: Definition of Palliative Care, Zugriff am 10.04.16 unter <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WHO: Cancer Guidelines 2002 Zugriff am 28.03.2016 unter <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

Zander, B., Dobler, L. & Busse, R. (2012). RN4CAST - Pflegepersonaleinsatz: Studie zeigt alarmierende Entwicklung. Die Schwester Der Pfleger 51. Jahrg. 06/12, S. 592 – 596.

9 Anhang

9.1 Gesprächsleitfaden

Zunächst vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, dieses Gespräch mit mir zu führen. Anhand einiger Fragen möchte ich gerne Ihre persönliche Sichtweise erfassen. Zu Beginn würde ich gerne von Ihnen wissen, was Sie dazu bewogen hat, in der Palliativpflege zu arbeiten.

- Was ist für Sie die Besonderheit der Palliativpflege im Vergleich zur Pflege auf anderen Stationen? Können Sie mir das an einem Beispiel verdeutlichen?
- Was motiviert Sie, in der Palliativpflege zu arbeiten? Können Sie mir eine Situation beschreiben, die das verdeutlicht?
- Was empfinden Sie persönlich als Herausforderung in der Palliativpflege? Können Sie mir ein Beispiel dafür nennen?
- Was gibt Ihnen Kraft in Ihrer Arbeit? (evtl. Verdeutlichung anhand eines Beispiels)
- Welche positiven Aspekte sehen Sie in der Arbeit im Palliativbereich? (evtl. Verdeutlichung anhand eines Beispiels)
- Hat Sie die Arbeit in der Palliativpflege persönlich geprägt oder sich auf Ihr eigenes Leben/Ihre Einstellung ausgewirkt? Können Sie mir das anhand eines Beispiels verdeutlichen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen, das Ihrer Meinung nach in Bezug auf das Arbeiten im Palliativbereich wichtig ist und noch nicht angesprochen wurde?

Herzlichen Dank für Ihre Gesprächsbereitschaft und Ihre Offenheit. Ich wünsche Ihnen weiterhin alles Gute. (je nach Gesprächssituation: abschließende Worte)

9.2 Informierte Zustimmung

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt

Ich wurde von der verantwortlichen Person für dieses Forschungsprojekt zum Zwecke der Masterarbeit vollständig über die Art der Teilnahme, Bedeutung und Zweck des Projekts aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial erhalten, gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und diese wurden mir bei Bedarf verständlich beantwortet. Ich bin über den möglichen Nutzen des Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und nehme freiwillig aus eigenem Entschluss daran teil. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss negativ auf mich auswirkt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Durch die Teilnahme an diesem Projekt entstehen für mich weder Kosten noch werde ich dafür entgeltlich entschädigt.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Forschungsarbeit!

9.3 Informationsschreiben



universität
wien

Universität Wien

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

Informierte Zustimmung

Masterarbeit zum Thema: „Pflege und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase. „Being-with instead of leaving – Beweggründe Pflegender, in der Palliativpflege zu arbeiten.“

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Zuge des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien führe ich, Xxxxx
XXXXXXXXXXXX, Gesundheits- und Krankenpflegerin (GUKP), Studierende im
Masterstudium Pflegewissenschaft eine Studie zum Thema „Beweggründe für die Pflege
und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase“ durch, um erheben zu können,
aus welchen Gründen Pflegende sich für eine Tätigkeit im stationären
Palliativpflegebereich entscheiden. Einerseits soll aufgezeigt werden was Pflegepersonen
dazu motiviert in diesem Bereich zu arbeiten, andererseits sollen auch die
Herausforderungen in der Palliativpflege thematisiert werden. Letztendlich soll das
Besondere an der Arbeit in der Palliativpflege herausgearbeitet werden.

Da ich gerne ihre Sichtweise beziehungsweise Ihr Erleben bezüglich Ihrer Arbeit auf der
Palliativpflegestation kennenlernen möchten freue ich mich auf Ihre Mitwirkung und
besonders auf Ihre persönlichen Erfahrungen sowie Beweggründe.

Warum werden Sie um eine Teilnahme an diesem Projekt gebeten?

Da Sie auf einer stationären Palliativpflegestation tätig sind, können Sie mir anhand Ihrer Erfahrungen einen Einblick in Ihre tägliche Arbeit mit schwerkranken Menschen geben. Ein Interview, in dem Sie mir einen Einblick in ihre Tätigkeit geben, in die momentanen Erlebnisse in ihrer Arbeit oder bereits vergangene Geschehnisse kann dabei helfen, ein vertieftes Verständnis für die Bedeutung und Beweggründe für Palliativ-Pflegende im stationären Palliativbereich zu generieren.

Wie sieht eine Teilnahme an dem Projekt aus?

Sollten Sie sich dazu entschließen an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, bitte ich Sie um ein etwa 30 – 60 Minuten dauerndes Gespräch auf der Station, auf welcher Sie arbeiten oder in einem öffentlichen Bereich Ihrer Wahl nach Absprache. Dabei werden Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen während Ihrer Berufstätigkeit auf der stationären Palliativpflegestation gestellt, welche Sie im Laufe des Gesprächs beantworten können. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen.

Was geschieht mit den Daten aus den Interviews?

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich und anonym behandelt werden. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich der Betreuerin und mir. Ihr Name und mögliche Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden an keiner Stelle im Datenmaterial angeführt. Die Interviews werden numerisch anonymisiert und somit ist weiteren personellen Rückschlüssen vorgebeugt. Das gilt auch für eine etwaige Weiterverwendung oder Veröffentlichung der Forschungsergebnisse dieser Masterarbeit.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie an diesem interessanten Forschungsprojekt teilnehmen! Wenn Ihrerseits Interesse an der Teilnahme an diesem Projekt besteht oder

Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die unten angegebene E-Mail Adresse oder Telefonnummer.

Mit freundlichen Grüßen,

Xxxxxx XXXXXXXXXXXX

E-Mail Adresse: XXXXXXXX@XXXXXXX

Telefonnummer: xxxxxx/XXXXXX