

BACHELORARBEIT

Grenzen und Potenziale der empathischen Kommunikation innerhalb des Hospiz Set- tings

Vorgelegt am: 02. Juni 2023

Von: Sara Brusch

1. Prüferin: Sonja Owusu Boakye M.A.
2. Prüfer: Dipl.-Med.-Päd. Bernd Sens-Dobritsch

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Problembeschreibung: Ein großer Anteil der Menschen, die an einer lebenslimitierenden Krankheit leiden, haben den Wunsch ihren letzten Lebensabschnitt in ihrer gewohnten Umgebung oder in einem Hospiz zu verbringen. Innerhalb des Hospizes nehmen die Pflegenden einen wichtigen Stellenwert ein, da sie ihre Gäste*innen auf verschiedenen Ebenen unterstützen und sie in dieser schwierigen Phase begleiten. Für die Pflegenden kann diese Betreuung wiederum eine immens hohe Herausforderung darstellen, da sie häufig mit belastenden Situationen und emotionalen Verlusten konfrontiert werden. Sollten die Pflegenden dabei nicht die Möglichkeit haben diese Gefühlsüberlastung auszugleichen, kann es im schlimmsten Fall zur Mitgefühlsmüdigkeit oder einem erhöhten Burnout-Risiko kommen.

Forschungsziel: Das Ziel ist es folglich, einen Überblick über die verschiedenen Potenziale und Grenzen der empathischen Kommunikation im Hospiz Setting zu erhalten. Hierbei soll erforscht werden, welchen Nutzen die empathische Kommunikation hinsichtlich der Lebensqualität der Gäste*innen im Hospiz hat, jedoch aber auch gleichzeitig die Grenzen der empathischen Kommunikation und letztendlich entstehende Folgen für die Pflegenden darstellen. Die Ergebnisse sollen zu einer Verbesserung des eigenen pflegerischen Handelns und der Versorgung von sterbenden Menschen beitragen.

Forschungsfrage: „Welche Auswirkungen hat eine empathische Kommunikation Pflegender auf die Lebensqualität der Gäste*innen im Hospiz Setting?“

Methodik: Um präzise Ergebnisse zu erhalten, wurde eine systematische Literaturrecherche auf PubMed durchgeführt. Hierfür wurden verschiedene Begriffe verwendet, welche sich alle im Themenbereich der Palliativpflege, des Hospiz Settings und der empathischen Kommunikationen befinden. Für die Ergebnisse der systematischen Recherche wurde sich für bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien entschieden. Weitere Ergebnisse konnte durch das Schneeballsystem erhoben werden. Infolgedessen konnten 8 Literaturergebnisse für die vorliegende Arbeit verwendet werden.

Ergebnisse: Die empathische Kommunikation im Hospiz Setting, ist ein wichtiges Instrument für den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen der verschiedenen Parteien. Den Pflegenden ist es möglich die Gäste*innen durch die Kenntnis über ihre Wünsche und Bedürfnisse gezielter zu unterstützen. Hierbei kann die

Lebensqualität gesteigert werden. Jedoch weist eine Grenzüberschreitung eine Gefahr für das pflegerische Handeln auf, da es durch die ständige Konfrontation mit unkontrollierbaren Emotionen zu einer Gefühlsüberlastung kommt. Folglich können die Pflegenden an Mitgefühlsmüdigkeit erleiden und das Burnout-Risiko droht zuzunehmen. Daher ist es wichtig ihnen eine Möglichkeit des Ausgleichs zu schaffen.

Schlussfolgerung: Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass eine empathische Kommunikation einen Grundpfeiler der Hospizpflege darstellt. Es bedarf dennoch an intensiver Forschung und Schulung, um die Qualität dieser Art von Pflege gewährleisten zu können, doch gleichzeitig auch die Grenzen und Emotionen der Pflegenden zu wahren.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	5
3. Begriffsdefinitionen	10
3.1 <i>Empathie im pflegerischen Kontext.....</i>	<i>10</i>
3.2 <i>Lebensqualität.....</i>	<i>12</i>
3.3 <i>Kommunikationen</i>	<i>14</i>
4. Methodik	18
4.1 <i>Suchstrategien</i>	<i>18</i>
4.2 <i>Literaturauswahl.....</i>	<i>19</i>
5. Empathisches Handeln im Hospizsetting.....	21
5.1 <i>Potenziale des empathischen Handelns im Hospizsetting.....</i>	<i>22</i>
5.2 <i>Grenzen des empathischen Handelns im Hospizsetting.....</i>	<i>27</i>
6. Diskussion.....	31
7. Fazit.....	37
Literaturverzeichnis.....	39
Eidesstattliche Erklärung.....	43

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Flowchart</i>	20
-------------------------------------	----

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Suchstrategie</i>	19
<i>Tabelle 2: Darstellung der Literatureergebnisse</i>	21

In der folgenden Arbeit werden für die auf eine Palliativversorgung angewiesenen oder in einem Hospiz lebenden Personen, verschiedene Begriffe verwendet. Klärend wird der Begriff der „die Gäste*innen“ nur im Zusammenhang mit dem angesprochenen Hospiz Setting verwendet. Folglich werden hier die Begriffe „die Betroffenen“, „die (Schwerst-)Erkrankten“ oder „die Patienten*innen“ in Zusammenhang mit anderen Versorgungsmöglichkeiten gebracht. Aufgrund dessen haben die eben aufgeführten Begriffe im weitesten Sinne Ähnlichkeiten mit dem Begriff „Gast“

1. Einleitung

Die Palliativversorgung etablierte sich in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland flächendeckend. Folglich der vermehrten Nachfrage nach einem Versorgungsangebot dieser Art, stieg zeitgleich ebenfalls die Anzahl der Hospize und Palliativstationen in Krankenhäusern (Ditscheid et al., 2020).

Heutzutage befinden sich etwa 260 stationäre Erwachsenen-Hospize in Deutschland, welche über spezielle räumliche und personelle Ausstattungen verfügen. Um den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der verschiedenen Gäste*innen gerecht werden zu können, stehen ihnen in den Einrichtungen durchschnittlich 16 Betten zu Verfügung, die sich jeweils in Einzelzimmern befinden (BVG, 2018).

Die durchschnittliche Gesamtauslastung an Gäste*innen in einem Hospiz in Deutschland liegt bei ungefähr 80% mit jeweils einer Verweildauer von 22 Tagen im Jahr. Insgesamt sind es dabei ungefähr 35.000 Menschen, die jährlich in einem Hospiz in Deutschland versorgt werden. Dass 95% der Kosten, die bei einem stationären Hospizaufenthalt anfallen, von den jeweiligen Kranken- und Pflegekassen übernommen werden müssen, wurde bereits im Jahr 1997 im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) und zuletzt im Jahr 2015 durch das Hospiz- und Palliativgesetz festgehalten. Die übrigen 5% werden durch den jeweiligen Träger oder andernfalls auch durch Spenden von einzelnen Bürgern sowie Stiftungen erbracht. Die Gäste*innen eines Hospizes selbst sind seit 2009 vollständig von einem Eigenanteil befreit (DHPV, 2023).

Es lässt sich zudem beobachten, dass die Anzahl der palliativpflegebedürftigen Menschen, die sich für einen Aufenthalt in einem Hospiz entscheiden, deutlich gestiegen ist. Beispielsweise von jährlich 925.000 in Deutschland sterbenden Menschen entschieden sich rund 80% ihre restliche Zeit in einem Hospiz zu verbringen (Brysch, 2017).

Die vorliegende Zahl ergibt sich überwiegend aus den stetig fortschreitenden verschiedenen unheilbaren Krankheiten und Tumorerkrankungen (Bernatzky, 2012) bei denen die Betroffenen stark unter den Folgen der Erkrankungen und der Lebenslimitierung leiden, wodurch eine palliative Versorgung für viele Betroffene nahezu unvermeidbar sein kann (Brysch, 2017).

Unter dem Begriff Palliativpflege, auch Palliative Care im Englischen genannt, verstand sich ursprünglich ein Behandlungs- und Betreuungskonzept für Menschen mit Tumorerkrankung (Lexa, 2019, S. 12).

Mittlerweile betreut dieses Konzept der Pflege Betroffene mit chronischen progredienten Erkrankungen. Darin soll den Betroffenen in der letzten Phase ihres Lebens so viel Lebensqualität wie möglich gegeben werden (ebd).

Die World Health Organization (WHO) definiert Palliativpflege wie folgt:

*“Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten*Innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2019).*

Sollte es für Betroffene gesundheitlich notwendig sein Palliativpflege in Anspruch zu nehmen, stehen diese oftmals vor großen Herausforderungen (Kränzle, Schmid & Seeger, 2018, S. 101). Bei Schwersterkrankten oder Sterbenden stehen häufig die Schmerzen oder Symptome der Krankheit im Vordergrund. Oftmals wird daher das Phänomen der existenziellen Verzweiflung übersehen. Dieses Phänomen zeigt sich auf verschiedene Weisen, darunter fallen zum Beispiel Schmerzen, die sich nicht behandeln lassen, massive Ängste und Forderungen nach anderen Therapiemöglichkeiten bis hin zum Rückzug in die Sprachlosigkeit. Dadurch fühlen sich die Betroffenen oft hilflos, ungesehen und verspüren große Hoffnungslosigkeit (ebd.).

Neben dem eben besprochenen Phänomen der existenziellen Verzweiflung, entstehen zudem häufig deutliche Defizite und Verluste auf sozialer Ebene (Kränzle et al., 2018, S.102).

Zum einen drohen zwischenmenschliche Beziehungen durch die vorschreitenden Einschränkungen in der Mobilität von den Betroffenen nicht mehr wahrgenommen werden zu können; zum anderen wird den Erkrankten eine übermäßig leidvolle Rolle zugeschrieben. Freund*innen, Kolleg*innen und Familienangehörige sind häufig nicht in der Lage mit diesen neuartigen Umständen umzugehen und ziehen sich immer weiter zurück. Auch den Betroffenen fehlt aufgrund der Erkrankung häufig die Kraft, den Kontakt aufrechtzuerhalten. Folglich kommt es zu einem

sogenannten „sozialen Tod“, welcher fast ausschließlich in Einsamkeit und Verzweiflung endet (Kränzle et al., 2018, S.102).

Die Pflegekräfte sollen im Hospiz Setting den Menschen daher nicht als erkrankt ansehen, sondern als Menschen mit gewissen körperlichen Defiziten, aber dennoch mit bestehender Fähigkeit zur bedingten Selbstversorgung. Das Ziel der Pflegenden ist es also eine Verbindung zu den Gäste*innen aufzubauen und ihnen mit Empathie zu begegnen, ohne sie dabei nur auf ihre Krankheit zu reduzieren. Durch ein empathisches Verhalten in der Pflege, ist es ihnen möglich die Bedürfnisse und Gefühle ihrer Gäste*innen zu erschließen und zu verstehen. Außerdem kann so ein individuelles Eingehen auf die einzelnen Gäste*innen und ihre Bedürfnisse gewährleistet werden. Empathie spielt bei dieser Art von Pfleger*innen–Gäste*innen–Beziehung also eine zentrale Rolle.

Daneben ist es von großer Bedeutung den psychischen, physischen, sowie sozialen Wünschen und Bedürfnissen der Gäste*innen weitestgehend nachzugehen. Die Pflege soll die betroffenen Personen unterstützen, das in ihnen vorhandene Potenzial ausbauend zu fördern und ihnen somit die Symptomkontrolle zu ermöglichen. Hierdurch wird eine bedeutende Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Gäste*innen langfristig gewährleistet (Weissenberger-Leduc, 2008).

Es ist jedoch ebenfalls von entscheidender Bedeutung, die vor allem psychische Belastung auf die Pflegekräfte zu beleuchten. Denn die palliative Versorgung stellt in vielen Fällen eine große Herausforderung dar. Pflegenden sind häufig überlastet mit den alltäglichen palliativen Krankheitsfällen erschwert durch die allgemein herrschende Stimmung von Hoffnungslosigkeit (Geiger, 2018). Ein empathischer pflegerischer Umgang mit beunruhigten, schwersterkranken Gäste*innen erfordert ein hohes Maß an Akzeptanz und Einfühlungsvermögen seitens der Pflegenden. Die Ängste und Bedenken der Betroffenen drohen bei zu wenig bewahrter professionelle Distanz schnell zu eigen gemacht zu werden (ebd.). Wird diese Distanz also zu gering und das Mitempfinden zu hoch, können immense psychische Belastung, sowie emotionale Erschöpfung bis hin zu Burnout der Pflegekräfte*innen die Folge sein. In solchen Umständen ist es den Pflegekräfte*innen kaum noch möglich die Gäste*innen gewissenhaft zu unterstützen und die Qualität der Pflege, sowie die bedürfnisorientierte Versorgung der Gäste*innen, nehmen folglich ab (Müller & Renz, 2018).

Das Forschungsziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es einen Überblick über die Hospizarbeit in Deutschland zu erhalten. Des Weiteren sollen die Ergebnisse Aufschluss über die Auswirkungen der empathischen Kommunikation im Hospiz Setting geben. Schwersterkrankte sollen anhand dessen in ihrem letzten Lebensabschnitt unterstützt und das pflegerische Handeln im Palliativbereich soll gesteigert werden. Mittels dieser Grundlage lässt sich folgende Forschungsfrage erschließen:

„Welche Auswirkungen hat eine empathische Kommunikation Pflegender auf die Lebensqualität der Gäste*innen im Hospiz Setting?“

Es folgt zunächst ein allgemeiner Einblick in die Etablierung der Hospize und verschiedenste Begriffsdefinitionen. Daraufhin schließt eine Erläuterung des methodischen Vorgehens an, um dann die Ergebnisse aus der vorausgehenden systematischen Literaturrecherche in Hinblick auf das Forschungsziel zu analysieren und darzustellen. Danach folgt eine differenzierte Diskussion auf Basis der vorher erbrachten Erkenntnisse. Letztendlich wird ein Fazit gezogen, welches die vorliegende Arbeit abschließend zusammenfasst.

2. Theoretischer Hintergrund

Der Begriff „Hospiz“ stammt von dem lateinischen Wort „hospitium“, welches im übertragenen Sinne für „Gastfreundschaft“ beziehungsweise „Gast“ steht. Als Synonym steht es heutzutage für ein „würdevolles Leben bis zu-letzt“ (Ditscheid et al., 2020, S.7). Innerhalb eines Hospizes ist die vorrangige Versorgungsform die Palliative Versorgung. Der Begriff „Palliativ“ stammt von dem ebenfalls lateinischen Wort „Pallium“ ab, welches symbolisch für einen „Umhang“ steht. Betrachtet man nun kontextualisiert die metaphorische Bedeutung des Begriffes „Palliativ“, so verbindet man diesen automatisch mit der sinngleichen „Linderung“.

Im internationalen spricht man daher von „Palliativ Care“, welche unter anderem die umfangreiche Hospiz- und Palliativversorgung insbesondere in Bezug auf die körperliche, psychische, soziale, spirituelle und kulturelle Betreuung und Begleitung der Gäste*innen durch Pflegende umfasst (ebd.).

Betrachtet man die Anfänge der Palliativpflege und Hospizversorgung, so fällt auf, dass zwischen dem 16. und 17. Jahrhundert die Versorgung von kranken und sterbenden Menschen von Priestern und Ordensgründern zuerst in Frankreich geplant und durchgeführt wurde (Kränzle et al., 2011, S. 4).

Die erstmals bedeutende Entstehung eines modernen Hospizes ist Mary Akinhead am Ende des 19. Jahrhunderts in Dublin zuzuschreiben. Sie gründete den Orden „Irish sisters of charity“, dessen Hauptaufgabe es war, sterbende Menschen zu versorgen. Einige Jahre später gründete der Orden ein weiteres Hospiz in London.

Die „Irish sisters of charity“ waren von großer Bedeutung für die Entstehung von zahlreichen weiteren Hospizen und allgemein für die Verbreitung von Palliativpflege in Europa (Kränzle et al., 2011, S. 4).

Durch diese bedeutenden historischen Ursprünge war es der englischen Krankenschwester Dr. Cicely Sauderns im Jahre 1940 möglich, ihre eigene Idee eines Hospizes und die dazugehörigen Absichten bezüglich der Betreuung von Menschen zu verwirklichen. Ihre Vision eines Hospizes war es einen sicheren Ort zu schaffen, an dem die Bedürfnisse sterbenskranker Menschen an erster Stelle stehen und durch engen Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten*innen, deren Ängsten, Nöten und Wünschen auf den Grund zu gehen. Darüber hinaus war es von großer Bedeutung, den sterbenskranken Menschen die Möglichkeit zu geben in Ruhe und mit

Würde zu sterben. Um diese Vision eines Hospizes zu realisieren, benötigte es weitere 27 Jahre, sodass schließlich 1967 ein ausgearbeitetes Konzept eines modernen Hospizes mit den Namen „St. Christopher’s“ verwirklicht werden konnte. Bis heute steht dieses Hospiz bedeutend für die Anfänge moderner Hospizarbeit und hat den nötigen Anstoß für die Etablierung dieser Versorgungsform gegeben (Kränzle et al., 2011, S. 5).

Betrachtet man aufgrund dieser historischen Entwicklung nun die Verbreitung von Hospizen in Deutschland, erkennt man eine erhebliche Zeitverzögerung der Hospizbewegung (Bernatzky, 2012). Diese Verzögerung lässt sich zum einen auf die Euthanasieverbrechen während der nationalsozialistischen Zeit zurückführen. Es entstand hierbei ein hohes Maß an Diskussionen und Ablehnungen in der Kirche und Gesellschaft darüber, sterbenskranke Menschen zum Sterben an einen Ort „abzuschieben“ (ebd.). Zum anderen waren die Themen „Tot“ und „Sterben“ zu der Zeit in Deutschland tabuisiert (May et al., 2016, S. 295). Erst schrittweise wurde von der Kirche und der allgemeinen Gesellschaft die Idee akzeptiert, dass Sterbende medizinisch und pflegerisch umfassend versorgt werden sollten. Somit konnte 1983 die erste Palliativabteilung auf einer chirurgischen Station im Universitätsklinikum Köln eröffnet werden. Durch diesen Anstoß wurde dann drei Jahre später auch das erste stationäre Hospiz in Aachen eröffnet (Bernatzky, 2012). Sowohl auf der Palliativstation als auch im stationären Hospiz, standen lebenslimitierende Krebserkrankungen im Versorgungsfokus (May et al., 2016, S. 295).

Mittlerweile hat sich die Palliativversorgung in Deutschland flächendeckend etabliert und ist aus der heutigen medizinischen und pflegerischen Sicht nicht mehr wegzu-denken. Innerhalb dieser Entwicklungen wurde es möglich verschiedene Palliativsettings zu erstellen, um Menschen ein würdevolles Sterben zu gewährleisten (Kränzle et al., 2011, S. 13).

Ein Beispiel für ein solches Setting ist die *Ambulante Hospizarbeit*, hierbei bleiben Menschen mit dem Wunsch ihre letzte Lebensphase in einer gewohnten Umgebung zu verbringen zumeist in der eigenen Wohnung. Diese Versorgungsform wird häufig von Angehörigen gewählt, wenn sie der pflegerischen und medizinischen Versorgung der sterbenskranken Person selbst nicht mehr gerecht werden können.

Bei *ambulanter Arbeit* kann durch enge Zusammenarbeit Pfleger, Ärzte*innen, Therapeuten*innen, des Sozialdienstes und der Angehörigen die erkrankte Person bestmöglich unterstützt werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das Umfeld der zu pflegenden Person die nötigen Kapazitäten haben und dazu bereit sein muss, viel Kraft und Zeit aufzubringen, vor allem da das interdisziplinäre Team keine 24-Stunden Versorgung bereitstellen kann. Sofern absehbar beginnt die ambulante Versorgung meist sechs Monate vor dem Versterben der betroffenen Person. (Kränzle et al., 2011, S. 149).

Ein weiteres Setting ist das *Tageshospiz*. Es bietet den Betroffenen tagsüber eine Möglichkeit aus der gewohnten Umgebung herauszukommen und an alltäglichen Aktivitäten teilzunehmen. Dieses Angebot kann für einen oder mehrere Tage in der Woche in Anspruch genommen werden. Durch diese Versorgungsform wird den Menschen ermöglicht ihren gewöhnlichen Wohnsitz nicht verlassen zu müssen, aber dennoch über einen entlastenden, abwechslungsreichen Tagesablauf zu verfügen. Innerhalb des Tageshospizes ist wie bei der ambulanten Versorgung eine Begleitung, Behandlung und Beratung durch ein interdisziplinäres Team gegeben. Dennoch steht insbesondere hier der Austausch mit anderen Sterbenskranken im Vordergrund, sowie vielfältige Angebote im Bereich Kunst, Musik und Beschäftigungstherapie. Durch diese Entlastung und die besondere Betreuung, sowie die verschiedensten Angebote im Zusammenklang mit ständigem Austausch mit anderen Betroffenen, kann eine bessere Lebensqualität erzielt werden (Kränzle et al., 2011, S. 154).

Auch herkömmliche *Hospize* stellen ein sehr wichtiges Setting dar. Häufig ist es zu Beginn eine immense Belastung für die Sterbenskranken diese Art von Setting zu wählen, da sie dann zum einen dazu verpflichtet sind ihre gewohnte Umgebung zu verlassen und ihnen zum anderen durch den Austritt aus dem üblichen alltäglichen Leben verdeutlicht wird, dass für sie der letzte Lebensabschnitt begonnen hat. Auch die Angehörigen entwickeln häufig ein Unrechtsbewusstsein gegenüber den Sterbenskranken, da sie eine angemessene Versorgung im privaten nicht mehr gewährleisten können. Dessen ungeachtet stellt besonders das Hospiz einen hohen Entlastungsfaktor für die Betroffenen und Angehörigen dar, da innerhalb dieses Settings die Versorgung von Menschen in einer 24-Stunden Palliativversorgung durch ein professionelles Team übernommen wird (Kränzle et al., 2011, S. 149-150).

Voraussetzungen für die Aufnahme in ein Hospiz sind eine schwerwiegende, in absehbarer Zeit zum Tod führende Erkrankung, die weder geheilt noch zum Stillstand gebracht werden kann. Darüber hinaus müssen die Betroffenen unter ausgeprägten Symptomen leiden, die sich nur schwierig außerhalb eines Hospizes versorgen lassen, bei denen außerdem Komplikationen, wie Blutungen oder das Risiko eines Ileus absehbar sind. Die Aufnahme in das Hospiz erfolgt dann meist nach Dringlichkeit der zu versorgenden Personen und nicht nach der Reihung der Anmeldungen. Nach einer Aufnahme beträgt die durchschnittliche Verweildauer eines Gastes in einem Hospiz 20 Tage. Innerhalb dieser 20 Tage strebt das Personal des Hospizes an möglichst vielen Wünschen und Bedürfnissen der Gäste*innen gerecht zu werden. Hierbei wird ihr Tagesablauf nicht zwingend festgelegt, vielmehr entwickelt sich dieser nach Bedarf und Interesse. So kann beispielsweise das Frühstück, die Pflege oder die Aktivitäten individuell in den Tag eingeplant werden, sich dafür oder dagegen entschieden werden. Die einzigen Aspekte, die sich einer zeitlichen Angabe fügen sind die Vergabe von Medikamenten und die Umlagerung im Bett, welche allerdings jederzeit abgelehnt werden können. In dem Hospiz Setting steht besonders die hohe Qualität der pflegerischen 24-Stunden Versorgung, der Schmerztherapie und Symptomlinderung im Vordergrund (ebd.).

Die Besonderheit innerhalb dieser Settings stellt die palliative Versorgungsform da. Die Palliativversorgung handelt nach den Leitlinien den Sterbenskranken eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Linderung der Symptome zu ermöglichen. Des Weiteren soll ein würdevolles Leben bis zuletzt gewährleistet werden. Der Mensch tritt hierbei gänzlich in den Vordergrund, seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse werden stets beachtet und die Betreuung beruht auf einer Offenheit und Wahrhaftigkeit des Vertrauensverhältnisses zwischen allen Beteiligten (May et al., 2016, S. 295).

Um diese Ziele der Versorgung zu realisieren, müssen besonders die Pflegekräfte über besonderes Fachwissen verfügen. Gerade sie stehen durch die Körperpflege, regelmäßige Symptom- und Schmerzüberwachung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und psychische Unterstützung in engem Kontakt zu den Sterbenskranken und ihren Angehörigen (May et al., 2016, S. 186). Es ist dementsprechend wichtig, dass die Pflegekräfte ein hohes Maß an Beobachtung, Kommunikation,

Einfühlsamkeit, Empathie und Reflexionsvermögen besitzen, um die Bedürfnisse und Wünsche nachvollziehen zu können und somit die Lebensqualität der Gäste zu steigern (May et al., 2016, S. 151). Auch das erworbene Fachwissen sollte in Bezug auf die Versorgung ständig auf den neusten Stand gebracht werden. Dies kann durch Fachliteratur, Fort- und Weiterbildung, Austausch innerhalb des Teams oder Fallgespräche geschehen. Dadurch wird folglich eine hohe Qualität der Versorgung von Sterbenskranken sichergestellt (May et al., 2016, S. 183).

3. Begriffsdefinitionen

3.1 Empathie im pflegerischen Kontext

Der Begriff Empathie wird innerhalb der geschichtlichen Entwicklung und Ausführung durch diverse Blickwinkel verschieden definiert und betrachtet. Zu dem entstanden im Laufe der Zeit eine Vielzahl an Definitionen, Theorien, Modellen und Konzepten. Daher ist eine exakte Definition des Begriffes Empathie nicht möglich (Thiry et al., 2021, S. 11).

Dennoch kann Empathie grundlegend als eine Kompetenz gesehen werden, die es einem ermöglicht Anderen angemessenes Mitgefühl zu zeigen und adäquat auf bestimmte Situationen zu reagieren. Außerdem ist ein Empathievermögen notwendig, um verschiedenste Emotionen einer Person zu verstehen und nachzuvollziehen. Hierbei kann es zu einem empathischen Schuldgefühl sowie dem Bedürfnis nach Hilfsbereitschaft und Leidminderung derjenigen Person kommen, die Empathie einer anderen Person gegenüber verspürt (Frey, 2016, S. 70).

In der Wissenschaft wird die Empathie eher als Konstrukt verstanden, welche zwischen emotionaler Empathie und kognitiver Empathie differenziert zu betrachten ist. Hierbei wird die emotionale Empathie als Fähigkeit gesehen, die das Mitfühlen und Teilen von Emotionen eines Gegenübers ermöglicht. Die kognitive Empathie hingegen beschreibt die Perspektivübernahme und das Hineinversetzen in die Gedankenwelt des Gegenübers. Innerhalb dieser Perspektivenübernahme sollen die mentalen Zustände bei einem selbst und der anderen Person erkannt werden und im Anschluss entsprechend reflektiert und interpretiert werden. Sowohl die Fähigkeit der emotionalen als auch der kognitiven Empathie setzen eine hohe Akzeptanz für Mitmenschen voraus (Frey, 2016, S. 55).

Betrachtet man die Fähigkeit der Empathie in der Gesundheitsversorgung von Menschen ist diese nur schwer wegzudenken. Sie ist eine bedeutende Voraussetzung und ein wichtiges Arbeitsinstrument, um die Bedürfnisse und Gefühle von Patienten*innen zu erkennen und zu verstehen. Durch die hohe Interaktionsarbeit kommt es häufig zu einem vertraulichen Austausch von Gefühlen, Bedürfnissen, Ängsten und Nöten. Empathische Kommunikation ist daher eine grundlegende Bedingung für alle Vertrauensbildungen einer Pflege-Patienten*innen-Beziehung. Ohne diese

Kompetenz, beziehungsweise ohne diesen bedeutenden Perspektivwechsel in dem von Leid und Schmerz geplagten Erleben des Gegenübers, kann eine adäquate Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet werden (Thiry et al., 2021, S. 14 ff.).

Die eben angesprochenen Pflege-Patienten*innen-Beziehung beinhalten fünf Phasen. Die erste Phase ist die sogenannte *Phase des Kontaktes*. Hier sammeln sich erste Eindrücke der Pflege und des Patienten*innen.

In der zweiten Phase kommt es zur *Entstehung von Identitäten*, in der die Pfleger*innen und die Patienten*innen sich gegenseitig beginnen tiefgründiger wahrzunehmen und es können erste Beziehungsaspekte sowie Verbindungen aufgebaut werden. Die nächste Phase ist die der *Empathie*, bei welcher gemeinsame empathische Erfahrungen geteilt werden. Die vierte Phase ist die der *Sympathie*, die durch aktive Hilfe und Unterstützung auf empathischer Basis von Pflegekraft zu Patienten*innen entsteht. Die fünfte und letzte Phase ist die des *Rapports*, diese wird als Intervention beschrieben, um das Leiden der Patienten*innen eingehend zu verringern. Im Idealfall zeigen Patienten*innen den Pflegekräften*innen in dieser Phase zunehmend vertrauen und entwickeln eine gute Beziehung miteinander. Auf Grundlage dessen ist es ihnen möglich die gegenseitigen Bedürfnisse wahrzunehmen und adäquat zu reagieren (ebd.).

Der Begriff Empathie und die dazu gehörige Kompetenz diese anzuwenden, tragen besonders im Hospiz Setting eine immense Wichtigkeit. Durch die bei der konstanten Betreuung palliativer Menschen angewandte empathische Attitüde und sachlich angemessene Kommunikationsfähigkeit der Pfleger*innen verstärken sich oftmals ihre zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Interaktionen und das Teilhaben am Alltag der betroffenen Personen entwickelt bei den Pflegekräften ein Gespür für die Wünsche, Bedürfnisse und Ängste der Gäste*innen. Zudem werden die Pflegekräfte bei diesem intensiven Prozess folglich als Vertrauensperson angesehen. Darüber hinaus wird durch den einfühlsamen Austausch, das Verständnis und die gemeinsame Bewältigung einer solchen Situation, in der sich die Gäste befinden, eine innere Verbundenheit geschaffen. Diese Verbundenheit und das Teilen von Geschichten, Erlebnissen und gemeinsamen Momenten erlaubt es den Pflegekräften*innen einfühler Gespräche zu führen und durchdachtere Entscheidungen zu treffen, um die Zeit für die Gäste*innen angenehm zu gestalten und die

Lebensqualität zu steigern (Riedel & Linde, 2018, S. 127-128). Jedoch ist trotz alledem zu betrachten, dass die Pflegenden diese empathischen Momente mit den Gäste*innen nur teilen und dies sie nicht zu gemeinsamen Erfahrungen macht. Daher kann man sich in die Situationen der Gäste*innen hineinfühlen, sollte aber aus der eigenen Professionalität des Berufes deutliche Grenzen setzen und die Situation nicht werten (ebd.).

3.2 Lebensqualität

Um den Begriff der „Lebensqualität“ definieren zu können ist vorab zu erwähnen, dass jeder Mensch eine individuelle Wahrnehmung von Lebensqualität besitzt.

Das Konzept der Lebensqualität kann bis zu den frühen antiken Philosophen zurückgeführt werden. Bereits Aristoteles beschreibt in seiner Ethik das Ziel eines glücklichen und guten menschlichen Lebens (Kramer et al., 2014).

Da der Begriff Lebensqualität sehr breit gefächert und für jeden Menschen eine individuelle Bedeutung hat, werden auch in der wissenschaftlichen Literatur verschiedene Synonyme für diesen Begriff verwendet. Darunter fallen beispielweise Wohlstand, Lebenszufriedenheit, funktionaler Status und Gesundheitszustand. Durch diese ungenaue Abgrenzung der Begriffe zueinander und ein individuelles Empfinden ist eine eindeutige Definition des Begriffes Lebensqualität kaum möglich. Dennoch definiert die Weltgesundheitsorganisationen (WHO) den Begriff der Lebensqualität wie folgt:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (Woopan, 2014).

Des Weiteren wird versucht anhand von diversen Messinstrumenten die durchschnittliche Lebensqualität eines Menschen zu messen. Hierbei werden

unter anderem die Qualität des allgemeinen Gesundheitszustandes, funktionelle Fähigkeiten, emotionale Funktionen, das Niveau des Wohlbefindens, Zufriedenheit mit dem Leben, Schmerzen und die soziale Aktivität gemessen (Kramer et al., 2014).

Besonders in der Palliativpflege spielt der Begriff Lebensqualität eine sehr zentrale Rolle. Hierbei basiert die Pflege auf einem ganzheitlichen Menschenbild, welches die biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Ebenen des Menschen miteinbezieht. Durch die auftretenden Krankheiten und die einhergehenden Einschränkungen der Betroffenen, kann die Wichtigkeit, der eben genannten Aspekte stark variieren. Diese dauerhaften Schwankungen führen bei Betroffenen oft zum Hinterfragen des Sinns des Lebens sowie Gefühlsfluktuationen.

Hierbei ist es wichtig, dass die Pflegekräfte*innen in einen aktiven Austausch mit den Betroffenen gehen und ihnen die Möglichkeit bieten die Krankheit zu verstehen, um ihre Lebensqualität verbessern zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es Zeit, Nähe und Zuwendungen, da der oder die Betroffene häufig eine auf Vertrauen basierte Beziehung zu der Pflegekraft aufbauen muss, um sich ihr gegenüber zu öffnen. Auf der anderen Seite muss die Pflegekraft über Kenntnisse der Situation und des Umfeldes der betroffenen Person verfügen, um in einen aktiven Dialog gehen zu können (Habich, 2009).

Darüber hinaus zielt die Palliativpflege darauf ab die verschiedenen Ebenen des Menschen unterstützend auszufüllen, um die Lebensqualität im letzten Lebensabschnitt zu erhalten oder sogar zu steigern. Innerhalb der *biologischen Ebene* hilft die Palliativpflege das körperliche Wohlbefinden zu erhalten. Dies geschieht wesentlich durch die ständige Beobachtung und Behandlung der körperlichen Symptome und eine aktive Linderung der Schmerzen.

In der *psychischen Ebene* begleitet die Palliativpflege die Betroffenen durch eine mentale Krise, welche häufig mit einer lebenslimitierenden Erkrankung einhergeht. Sie unterstützt dabei veränderte Umstände zu bewältigen und sich an die neue Situation langfristig anzupassen. Des Weiteren soll eine transparente Wahrhaftigkeit etabliert werden, sodass die Betroffenen darüber im Klaren sind, dass sie bis zum Ende ihres Lebens begleitet werden. Bei der *sozialen Ebene* wird die betroffene Person ermutigt ihren Platz in der Gesellschaft beizubehalten und sich nicht gänzlich vom Sozialleben zu isolieren. Ebenfalls sollen ihre Beziehungen mit

Angehörigen und dem Betreuungsteam erhalten und weiter aufgebaut werden. Eigene Wünsche sollten verwirklicht und ausgesprochen werden.

Innerhalb der *spirituellen Ebene* ist die Suche nach einem Sinn das Ziel, warum und wie mit der Krankheit und der jetzigen Situationen umzugehen ist. Insbesondere hier kann die Palliativpflege sehr bedeutsam und unterstützenden agieren. Die betroffenen Personen sollen in allem unterstützt werden, was für sie wesentlich und sinnstiftenden ist (Habich, 2009).

Durch diese individuelle betroffenen-bezogene Betreuung und Unterstützung in den verschiedenen Ebenen kann durch das ständige Beobachten und Erfassen der Wünsche und Bedürfnisse sichergestellt werden, dass die Betroffenen letztendlich eine hohe Lebensqualität erreichen (ebd.).

3.3 Kommunikationen

Der Begriff der „Kommunikation“ stammt vom lateinischen „communio“ ab. Im übertragenen Sinne bedeutet es „Gemeinschaft“. Kommunikation fördert daher den Vorgang der Vergemeinschaftung, da es Verbindungen zwischen den verschiedensten Menschen schafft (Willemse & von Ameln, 2018). Im allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet das Wort Kommunikation eine Aktivität, die das Ziel hat, sich mit anderen Menschen in Verbindung zu setzen und sie zu verstehen.

Auf der anderen Seite können verschiedene Verhaltensmuster auch als Kommunikation aufgefasst werden. Dieser kommunikative Wert wird nach den Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick (mit der Aussage: „man kann nicht nicht kommunizieren“ aufgefasst. Als Beispiel können Verhaltensweisen wie Betrügen, Abgucken, Klatschen und Berauben auch Formen von Kommunikation aufweisen. Neben diesen aktiven Kommunikationsmöglichkeiten kann auch Schweigen oder Abwesenheit als „nicht Kommunikation“ angesehen werden. Dementsprechend sind Kommunikation, Verhalten und Beeinflussung eng miteinander verbunden (ebd.).

Der Psychotherapeut Carl Rogers befasste sich ebenfalls intensiv mit der Kommunikation und Beziehung zwischen Menschen (Plate, 2021). Im Laufe seiner Forschung entwickelte er diverse Therapieformen und Kommunikationsmöglichkeiten. Eine Kommunikationshaltung ist die personenzentrierte Kommunikation. Diese

Haltung hilft Personen die Blockierung ihrer Wachstums- und Entwicklungsimpulse aufzulösen. Die Personenzentrierte Haltung prägen drei signifikante Aspekte: Erstens geht es um die Bedingungslose positive Wertschätzung, welche man in schwierigen Situationen der betreffenden Person gegenüber zeigt. Zweitens sollte man den Besitz von Empathie beweisen, da ein einfühlsames Verhalten es ermöglicht die Probleme des anderen zu verstehen und empathisch miteinander zu kommunizieren. Drittens steht die Kongruenz im Fokus. Hierbei steht eine offene Wahrnehmung im Mittelpunkt, sodass beide Personen ein gewissen Grad an Echtheit in der Begegnung zu erkennen geben. Je effektiver man die personenzentrierte Haltung innerhalb mehrerer Gespräche verwirklichen kann, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich bei dem Gegenüber eine Besserung, wenn nicht sogar die Heilung von psychischen und psychosomatischen Problemen aufzeigt. Des Weiteren ergibt sich die Chance, dass die Person folglich eine Zunahme von Lern- und Lebensfreude empfindet. Die personenzentrierte Haltung stellt jedoch auch hohe Anforderungen, da sie in jedem Berufsfeld anders umgesetzt werden muss (Kränzle et al., 2011, S. 118).

Eine weitere Therapieform, welche von Rogers behandelt wird, ist das aktive Zuhören. Hierbei geht es weniger um Ursachen der vorhandenen Schwierigkeiten im Leben einer Person, sondern viel mehr um ihre Gefühle dahinter. Die zuhörende Person, soll der erzählenden Person die Möglichkeit verschaffen, sich seiner oder ihrer Gefühle bewusst zu werden. Um diese Therapieform innerhalb eines Gespräches anzuwenden, bedarf es an verschiedenen Fähigkeiten. Zum einen sollte während des Gespräches stetige Aufmerksamkeit gezeigt werden. Neben den Aussagen soll beobachtet werden wie sich die Mimik, Gestik, Körperhaltung, etc. während der Aussagen verändert. Zum anderen sollte man Botschaften bestätigen. Dies bedeutet, dass in kurzen Sätzen wiedergegeben wird, was die andere Person einem gesagt hat und dies reflektiert wird. Dabei sollte auch sorgfältig auf unausgesprochene Gefühle, Wünsche und Botschaften aufmerksam gemacht werden. Somit wird dem Gesprächspartner oder der Gesprächspartnerin deutlich gemacht, dass Aufmerksamkeit und Verständnis vorhanden sind (ebd.).

Außerdem sollte innerhalb von Gesprächen um weitere Information gebeten werden, um somit den Erzählenden dazu zu ermutigen den Informationsfluss weiter fließen zu lassen. Jedoch überlässt man der Person dabei aber, welche Themen

genauestens ausgebreitet werden. Zuletzt ist es als Zuhörender von entscheidender Rolle die Informationen schließlich zusammenzufassen. Dies ermöglicht dem Zuhörenden die Möglichkeit zu erläutern oder zu berichtigen was innerhalb des Gespräches verstanden wurde.

Durch die personenzentrierte Haltung und auch das aktive Zuhören als Kommunikationsform, verstehen sich die Gesprächspartner meistens, selbst wenn die zuhörende Person nicht derselben Meinung der erzählenden ist. Das Gefühl für den Erzählenden, sich für das Ausgesprochene nicht rechtfertigen zu müssen, ergreift sie meist sehr und ermöglicht die Standpunkte, Gefühle und Belastungen zu verarbeiten (Kränzle et al., 2011, S. 119).

Neben der personenzentrierten Gesprächshaltung und dem aktiven Zuhören, steht besonders im Hospiz und der damit verbunden palliativen Pflege die Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit im Fokus der Kommunikationsgestaltung. Eines der wesentlichen Ziele im Hospiz ist es eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Sterbenden und den Pflegekräfte*innen aufzubauen. Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen sind auffallend feinfühlig, daher sind sie häufig enttäuscht, wenn unwahrhaftige Begegnungen ablaufen oder ihre Gefühle nicht ernstgenommen werden. Pflegekräfte geraten diesbezüglich oftmals in schwierige Situationen, da sie sich zwischen Wahrhaftigkeit und Fürsorge entscheiden müssen. Hierbei steht vor allem im Fokus, ob die Vermittlung einer schlechten Nachricht zumutbar ist oder es vorzugswürdig wäre den schwerstkranken Menschen im guten Glauben zu lassen. Diesen schwierigen und ernstzunehmenden Fragen gehen Pflegekräfte*innen täglich nach. Aufgrund dessen besteht die Professionalität ihres Berufs darin in der Lage zu sein, wahrhaftige und ehrliche Beziehungen mit den Gäste*innen im Hospiz aufzubauen und diese als Unterstützungsgrundlage der Pflege zu sehen.

Um diese Wahrhaftig- und Ehrlichkeit innerhalb von Gesprächen anzuwenden, sollte ein leitender Rahmen geschaffen werden, in welchem sich die schwersterkrankte Person wohlfühlt. Als Vorbereitung auf bevorstehende Gespräche können verschiedene Fragen angewendet werden. Darunter fallen zum Beispiel: „Welche Botschaft möchte ich überbringen?“, „Wer soll am Gespräch teilnehmen?“, „Wo soll das Gespräch stattfinden?“, „Wie möchte ich mit emotionalen Reaktionen

umgehen?". Diese Vorbereitung auf das Gespräch ermöglicht eine meist angstfreie Kommunikation (Kränzle et al., 2011, S. 122-123).

4. Methodik

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurde eine explorative Literaturrecherche durchgeführt, um einen allgemeinen Überblick über das Thema „Empathie in der Pflege“ und „Empathische Kommunikation im Hospiz Setting“ zu erhalten. Hierbei fanden die Literaturrecherchen auf diversen Internetseiten und Datenbanken statt. Darunter fallen: Google Scholar, PubMed und die Datenbank der Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Im weiteren Verlauf war es aufgrund des nun erlangten Wissenstandes möglich, sich intensiver mit der Thematik auseinanderzusetzen. Daraufhin konnte die systematische Literaturrecherche auf PubMed durchgeführt werden. Diese Art der Literaturrecherche ermöglicht es präzise Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage zu erhalten. Des Weiteren wurden Ein- und Ausschlusskriterien erhoben, um valide Ergebnisse einschließen zu können. Ein Einschlusskriterium war unter anderem die Qualität des Studiendesigns. Hierbei wurde eher auf Reviews, systematische Übersichten und Bücher geachtet. Darüber hinaus wurden nur Studien, die innerhalb der letzten 10 Jahre veröffentlicht wurden, eingeschlossen, um einen aktuellen Stand der Forschung zu gewährleisten. Zuletzt wurden sowohl deutschsprachige als auch englischsprachige Studien eingeschlossen, die sich mit der Thematik oder der Palliativpflege als primäre Versorgungsform für sterbenskranke Menschen befassen. Jene Literaturergebnisse wurden ausgeschlossen, die zu unpräzise für die Beantwortung der Leitfrage waren, dessen Erkenntnisse sich nicht auf Erwachsene palliativ Patienten*innen bezogen haben oder jene, die sich nicht mit den Themen Palliativpflege, Hospizarbeit oder Pflegekräfte*innen auseinandergesetzt haben.

4.1 Suchstrategien

Die Suche nach der passenden Literatur begann zunächst mit der Auswahl der richtigen Schlagwörter. Hierbei fiel primär die Schwierigkeit auf, dass im deutschsprachigen Raum eher von Empathie gesprochen wird, wohingegen im englischsprachigen Raum vermehrt der Begriff „compassion care“ verwendet wird. Dennoch waren diese Begriffe großräumig gewählt und führten zu für diese Arbeit irrelevanten Literaturergebnissen. Daher wurden verschiedene Begriffe und Synonyme gewählt, um die Suche zu erweitern und adäquate Ergebnisse zu erhalten. Verwendete Begriffe und Begriffssynonyme bei PubMed waren unter anderem:

1. hospice care, hospice worker, palliative nursing, or health providers
2. life quality or well-being
3. mindful language or compassionate language
4. compassion, compassion care, mindfulness, or empathy
5. potential, opportunities, boundaries, or limits
6. burnout or compassion fatigue

Nachdem diese Begriffe in diversen Kombinationen verwendet wurden, konnten geeignete Ergebnisse gesichtet werden.

In der folgenden Tabelle werden die Suchstränge der systematischen Literaturrecherche visualisiert.

Suchstrang	Schlagwörter	Ergebnisse
1	((hospice care OR hospice nurse) AND (communication)) AND (compassionate care) AND (empathy)	14
2	((hospice care OR hospice OR hospice nurse OR hospice nursing) AND (empathic communication OR compassionate care)) OR (healing environment)	15,330
3	((hospice care OR hospice nursing) AND (empathic communication OR compassionate care OR healing environment)) OR (compassion fatigue)	2047
4	((hospice care OR hospice nursing) AND (empathic communication OR compassionate care OR healing environment)) AND (opportunities OR burden OR boundaries OR limits)	63
5	((hospice care OR hospice nursing) AND (empathic communication OR compassionate care OR compassion fatigue OR healing environment))	319

Tabelle 1: Suchstrategie

4.2 Literatúrauswahl

Nachdem die passenden Begriffe für die systematische Literaturrecherche gefunden wurden, lag der Fokus folglich auf der Literatúrauswahl, um die Fragestellung der vorliegenden Arbeit präzise beantworten zu können. Innerhalb des ausgewählten Suchstrangs lagen zunächst 319 Literaturergebnisse vor. Daraufhin wurde als Ausschlusskriterium entschieden, dass die Literatur nicht älter als 10 Jahre sein

darf, um aktuelle Ergebnisse zu erhalten. Aufgrund dieses Kriteriums lagen folglich nur 214 Ergebnisse vor, welche daraufhin auf Duplikate überprüft worden sind. Im weiteren Verlauf wurden im primären Screening die Titel der Ergebnisse gesichtet. Es wurden zunächst 148 Titel ausgeschlossen, da diese unpassend waren. Darüber hinaus wurde bei 42 Titeln der Abstract untersucht, welche jedoch ausgeschlossen wurden, da sie die Beantwortung der Leitfrage nicht voranbringend beantworten würden. Aufgrund dieses Screenings und der Anwendung der Ausschlusskriterien, konnten 24 Texte auf ihre Eignung überprüft werden. Es wurden erneut 18 Texte ausgeschlossen, da sich der Inhalt nicht primär auf Kommunikation, mitfühlende Pflege oder Erwachsene fokussierte. Somit konnten schließlich aufgrund der systematischen Literaturrecherche und der passenden Einschlusskriterien 6 Texte verwendet werden. Überdies war es möglich zwei weitere Texte durch das Schneeballsystem zusätzlich einzuschließen. Die folgende Abbildung stellt die systematische Literaturrecherche durch ein Flowchart da.

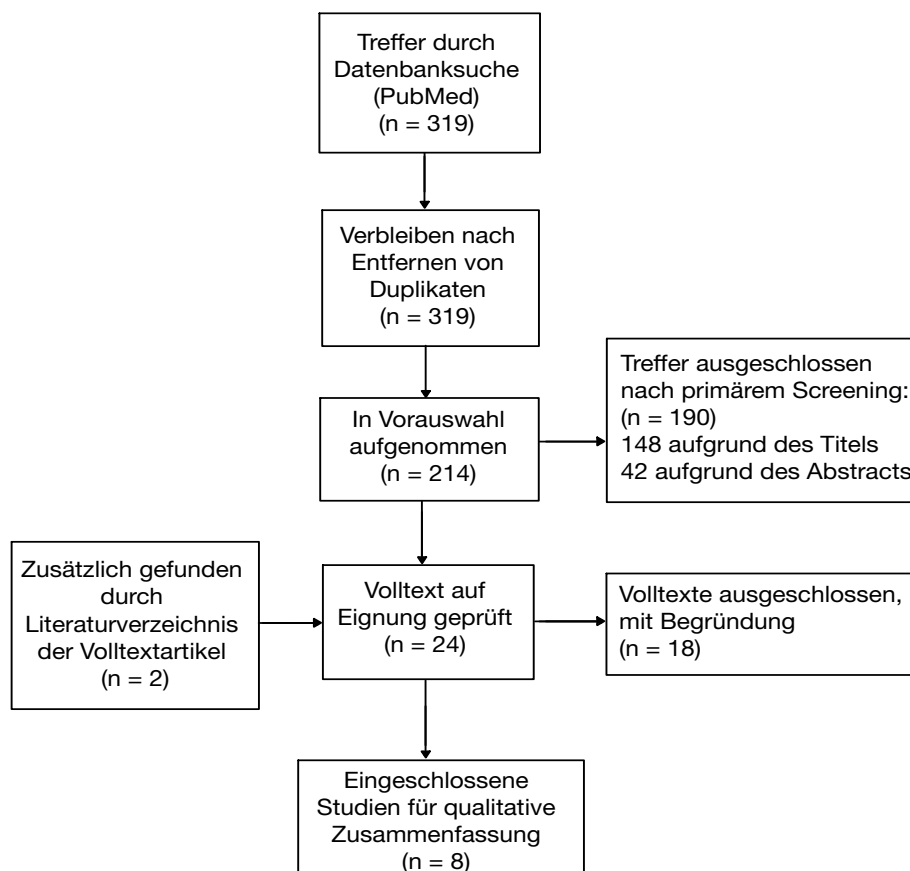


Abbildung 1: Flowchart

5. Empathisches Handeln im Hospizsetting

Im Folgenden werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche dargestellt. Letztendlich konnten acht Studien mit verschiedenen Designs eingeschlossen werden. Hierbei handelt es sich um ein Buch, eine qualitative Studie, eine Fallstudie ein Artikel und vier Reviews. Die anschließende Tabelle stellt die oben genannten Studien anschaulich dar.

Autoren*innen, Jahr	Titel	Design
Mary E Ashby & Chris Dowding, 2015	Hospice care and patients' pain: communication between patients, relatives, nurses and doctors	Review
Tarberg et.al, 2020	Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway.	Qualitative Studie
M. Bhanagar & K. R. Lagnese, 2023	Hospice Care	Buch
Irene M. Estores & Joyce Frye, 2015	Healing Environments: Integrative Medicine and Palliative Care in Acute Care Settings	Artikel
E. L. Mroz, 2022	Empathic Communication in Specialty Palliative Care Encounters: An Analysis of Opportunities and Responses	Review
Sara Sanders et.al., 2012	Exploring Professional Boundaries in End-of-Life Care: Considerations for Hospice Social Workers and Other Members of the Team	Fallstudie
Michael D. Barnett et. al., 2019	Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses	Review
Lori P. Montross-Thomas et. al., 2016	Personally Meaningful Rituals: A Way to Increase Compassion and Decrease Burnout among Hospice Staff and Volunteers	Review

Tabelle 2: Darstellung der Literaturergebnisse

5.1 Potenziale des empathischen Handelns im Hospizsetting

1. Hospice care and patients' pain: communication between patients, relatives, nurses and doctors

Das Ziel des Reviews von Mary E. Ashby und Chris Dowding aus dem Jahr 2015, war es zu untersuchen, ob Patienten*innen, Pflegekräfte*innen, Angehörige und Ärzte*innen im Hospiz dieselbe Wahrnehmung von Schmerzen und Schmerzmanagement haben und ob die aufgenommenen Unterschiede akzeptabel beziehungsweise erklärbar sind.

Die Studie wurde in einem Hospiz in Südengland durchgeführt, in welchem Gäste*innen mit einer niedrigen Symptomkontrolle, den nötigen Palliativpflegekriterien oder zur Entlastung der Angehörigen aufgenommen werden. Innerhalb dieses Hospizes hat der Erhalt der Lebensqualität und die Pflegepartnerschaft einen hohen Wert.

Die Ergebnisse weisen unter anderem auf, dass Kommunikation ein elementares Instrument ist, um die Bewertung der Schmerzen von Gäste*innen einzuschätzen und zu einer positiven Schmerzkontrolle beizutragen. Des Weiteren kann eine einwandfreie Kommunikation zwischen Gäste*innen, Ärzte*innen, Pflegekräfte*innen und Angehörigen eine solide partnerschaftliche Versorgung bilden, wodurch die Bedürfnisse der betroffenen Person erfasst und abgedeckt werden können.

Die Studie beschreibt ebenfalls die wichtige Rolle von offenen Gesprächen und Diskussionen, um die Bewältigung von schwierigen Situationen dieser Art zu gewährleisten und durch den Informationsaustausch sowie durch Kommunikationsmöglichkeit das Gefühl zu bekommen im Pflegeprozess miteinbezogen zu werden. Durch die offenen und transparenten Gespräche haben die Gäste*innen eine weitere Möglichkeit die Situationen langfristig zu verarbeiten. Die Autor*innen erklären, dass durchaus verschiedene Faktoren einen Einfluss auf die Schmerzen der Betroffenen haben können. Durch diese offene Kommunikation und das nun aufgebaute Vertrauen zu der Pflegekraft entsteht eine bessere Möglichkeit die Schmerzkontrolle gemeinsam und effektiver zu planen. Neben den körperlichen Schmerzsymptomen leiden die Gäste*innen eines Hospizes auch häufig unter emotionalen Schmerzen, welche ebenfalls schwierig zu beurteilen und bewerten sind. Dementsprechend befasst sich die Studie zusammenfassend mit der Notwendigkeit von Kommunikationsfähigkeiten, um eine emotionale Schmerzlinderung zu erzielen. Durch eine

mitfühlende Kommunikation und ein aktives Zuhören, fühlen sich die Gäste*innen in ihrem Leidensweg unterstützt, welches ebenfalls zu einer Schmerzlinderung führen kann.

2. Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway.

Der Review von Tarberg et. al. aus dem Jahr 2020 untersucht, welche Erfahrungen Pflegekräfte*innen mit mitfühlender Pflege für Patient*innen und pflegenden Angehörigen innerhalb der palliativen Begleitung erleben.

Diese Untersuchung steht vor dem Hintergrund, dass Mitgefühl für die Palliativpflege von grundlegender Bedeutung ist und ein sicheres Umfeld für die Patient*innen schaffen kann. Um relevante Ergebnisse zu erheben, wurden 2018 in Mittelnorwegen vier Fokusgruppen mit jeweils drei bis sieben Pflegenden pro Gruppe befragt, wobei das Alter der Pflegekräfte*innen zwischen 28 – 60 Jahren lag. Des Weiteren ist eine Voraussetzung der Pflegekräfte*innen, dass sie gewisse Erfahrungen in verschiedenen Phasen der Palliativversorgung besitzen und mindestens drei Jahre in der Palliativpflege tätig waren.

Für die Erhebung der Ergebnisse wurde ein offener Fragekatalog entwickelt, der beispielsweise Fragen beinhaltete wie: *„Wie erleben Sie die Palliativversorgung?“*, *„Worauf kommt es bei der Kommunikation mit Patienten*innen und Angehörigen an?“*, *„Was ist wichtig bei der Art der Pflege in verschiedenen Phasen der Palliativversorgung?“*.

In dem Review greifen die Ergebnisse verschiedene relevante Themen auf, die von den Pflegekräfte*innen innerhalb der mitfühlenden Pflege und Betreuung als wichtig angesehen werden. Zum einen werden die Informationen und der Dialog als ein relevantes Thema benannt, des Weiteren wird die Schaffung des Raumes zum Sterben und zuletzt die Akzeptanz des Todes durch pflegende Angehörige erwähnt. Besonders die ersten beiden Themen stehen in engem Zusammenhang mit der Patientenbetreuung. Hierbei wird zudem betont, dass Mitgefühl, frühzeitiger Kontakt und die Informationsvermittlung eine hohe Wichtigkeit bei der Betreuung aufweisen. Darüber hinaus kann durch den frühzeitigen Kontakt und einen ausreichenden Informationsaustausch der weitere Verlauf der pflegerischen Versorgung für die Beteiligten einfacher gestaltet werden. Die Pflegekräfte*innen betonen ergänzend die

Wichtigkeit des Dialogs zwischen Pflegenden, Patient*innen und Angehörigen. Es wird beschrieben, dass die Kommunikation die Einfühlsamkeit der Pflege verbessert. Außerdem ermöglicht die Kommunikation eine patientenzentrierte Versorgung und gibt den Patient*innen ein Gefühl von Sicherheit, da über die Kommunikation ein gemeinsamer Pflegeplan erstellt werden kann.

Die Autor*innen des Reviews stellen daher fest, dass es von immenser Wichtigkeit ist eine mitfühlende Pflege im Palliativbereich zu etablieren. Dadurch kann ein gewisses Maß an Vertrauen geschaffen werden, um die Zusammenarbeit zu erleichtern, das Einfühlungsvermögen zu erhöhen und durch einen Informationsaustausch die Symptome der Patient*innen zu lindern.

3. Hospice Care

Die Autoren M. Bhatnagar und K. R. Lagnese beschreiben in einem Kapitel ihres Buches „Hospice Care“, aus dem Jahr 2023, welche Unterstützung ein Hospiz den Schwersterkrankten in verschiedenen Bereichen bieten kann. Des Weiteren wird thematisiert welche Wünsche und Bedürfnisse der Gäste durch die Unterstützung der Hospizmitarbeiter*innen abgedeckt werden können.

Es wird zunächst erläutert, dass die medizinische Versorgung einen immensen Vorteil innerhalb des Hospizes darstellt. Hierbei steht ein Team von Ärzt*innen, Pflegenden, Seelsorger*innen, etc. zur Verfügung, welches ein planvolles Fachwissen über die Palliativpflege besitzen. Darüber hinaus bietet ein Hospiz durch die ständige Betreuung die Möglichkeit den Gäste*innen eine vertraute Umgebung zu schaffen, sodass sie ein Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden entwickeln können.

Anschließend werden die Möglichkeiten zur Unterstützung der Gäste*innen durch die Pflegekräfte*innen aufgewiesen. Zunächst wird aufgezeigt, dass die Pflegekräfte*innen im Hospiz die Gästebetreuung als zentrale Aufgabe übernehmen und organisieren. Dabei werden durch den engen Kontakt zu den Gäste*innen ihre Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt und der Pflegeplan dementsprechend angepasst. Auch auf der sozialen, körperlichen und psychologischen Ebene werden die Gäste von den Pflegenden unterstützt. Bei der körperlichen Ebene geht es hauptsächlich um die Schmerzen der Gäste*innen, welche sowohl medizinisch als auch homöopathisch von den Pflegenden reduziert werden. Daneben steht bei der

sozialen und psychologischen Ebene der emotionale Aspekt im Vordergrund. Darin wird beschrieben, wie Pflegende die Gäste*innen in ihrer Realisation über das Sterben unterstützen. Durch eine offene Kommunikation, welche durch Mitgefühl geprägt ist, können Pflegende, Familie, Freunde und die Gäste*innen in Zusammenarbeit diese sensible Zeit für den Gast angenehmer gestalten.

4. Healing Environments: Integrative Medicine and Palliative Care in Acute Care Settings

Der Artikel von Irene M.Estores und J. Frye aus dem Jahr 2015, stellt integrative medizinische Methoden und palliative Ansätze vor, um ein heilendes Umfeld für Patient*innen in der Akutversorgung zu schaffen. Hierbei stehen besonders die körperlichen, geistigen und emotionalen Leiden im Vordergrund, welche mit lebensbedrohlichen beziehungsweise lebensbegrenzenden Krankheiten einhergehen.

Zum einen wird die spirituelle Unterstützung beschrieben, welche über verschiedene Praktiken einen Weg bietet mit dem Leiden umgehen zu können und das allgemeine Bewältigen der Situation zu erleichtern. Die Aufgabe Patient*innen in Krankenhäusern spirituell zu begleiten wird in der Regel von Krankenhausseelsorgern übernommen.

Des Weiteren beschreibt der Artikel, dass die spirituelle Begleitung in die klinische Versorgung integriert werden sollte, um eine ganzheitliche und mitfühlende Pflege gewährleisten zu können, da man so den Patient*innen auf verschiedenen Ebenen unterstützen und begleiten kann.

Ein weiterer Punkt, der in dem Artikel erwähnt wird, sind die Beziehungen und Gespräche zwischen den verschiedenen Beteiligten im Hospiz Setting. Innerhalb von Gesprächen mit Patient*innen und Angehörigen besteht die Möglichkeit durch eine angenehme Kommunikationsart die Präferenzen und Praktiken zu erfragen, um das allgemeine Wohlbefinden zu steigern.

Darüber hinaus wird betont, dass ein achtsamer Sprachgebrauch mit den Patient*innen die angeborene Heilungsreaktion fördert. Insgesamt kann Mitgefühl und professionelle Achtsamkeit die Patientenversorgung ersichtlich verbessern.

5. Empathic Communication in Specialty Palliative Care Encounters: An Analysis of Opportunities and Responses

Die Autoren E. Mroz et al. untersuchen in ihrer Sekundäranalyse aus dem Jahr 2022 die verschiedenen Arten und die Häufigkeit empathischer Kommunikation im Klinik Setting und darüber hinaus den Zusammenhang zwischen den empathischen Möglichkeiten und Reaktion der Klinker*innen in der Palliativpflege. Empathie kann auf der einen Seite Emotionen wie Angst, Trauer, Wut oder andere Gefühlsäußerungen darstellen, die von Gäste*innen ausgedrückt werden. Auch können positive Entwicklungen und Ereignisse als Möglichkeit gesehen werden, Empathie auszudrücken.

Auf der anderen Seite zeigen sich für die Klinker*innen die Möglichkeiten empathische Situationen entstehen zu lassen, durch Herausforderungen, die körperliche oder psychische Probleme hervorbringen und somit negative Veränderung im letzten Lebensabschnitt der Patienten*innen verursachen.

Die empathischen Antworten beinhalten zum einen das Teilen von Erfahrungen und Emotionen mit den Patienten*innen, das Reagieren mit Empathie in angebrachten Momenten und das Bestätigen von Emotionen und Erfahrungen.

Das „Empathic Communication Coding System“ wird angewendet, um empathische Gelegenheit auf drei Arten zu analysieren. Zum einen die Emotionen, Fortschritte und Herausforderungen die zum Beispiel als positive Lebensereignisse identifiziert werden können. Die Befragten Klinker*innen befanden sich in einem akademischen Gesundheitssystem und in einer gemeindenahen Hospiz- und Palliativ Care-Organisation in den Vereinigten Staaten.

Innerhalb der Ergebnisse fiel insbesondere auf, dass Empathie ein zentraler Aspekt der Palliativpflege ist. Sobald Patient*innen Empathie zeigen, reagieren oftmals auch die Klinker*innen mit Empathie. Außerdem zeigen Palliativpflege-Kliniker*innen häufiger empathische Reaktionen, wenn die Patient*innen eine Emotion ausdrücken.

Außerdem neigen Palliativmitarbeiter*innen eher dazu natürliche empathische Reaktionen zu zeigen, wenn ihnen positive Aspekte, wie erfreuliche Ereignisse der Gäste, anvertraut werden. Weiterhin argumentieren die Autor*innen, dass durch eine empathische Reaktion von Klinker*innen es beim Mitteilen von positiven Entwicklungen oder Ereignissen zu einer psychologisch wertvollen Situation für die Patienten*innen kommen kann.

Durch weitere empathische Begegnungen, welche sich nicht aktiv mit der Thematik der krankheitsbedingten Situation oder der Lebensqualität auseinandersetzen, haben die Klinker*innen als auch die Patienten*innen die Chance vertrauensvolle Beziehungen zu bilden und Gefühle, Emotionen, Fortschritte, sowie Herausforderung besser äußern zu können. Dies kann im weiteren Verlauf die ärztliche und pflegerische Versorgung drastisch vereinfachen.

Abschließend wird betont, dass nach den Ergebnissen der Studie ein authentisches Patient*innen-Management ein elementares Instrument darstellt, um eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Pflege im palliativen Sektor zu ermöglichen.

5.2 Grenzen des empathischen Handelns im Hospizsetting

1. Exploring Professional Boundaries in End-of-Life Care: Considerations for Hospice Social Workers and Other Members of the Team

Hintergrund der Untersuchung aus dem Review von Sara Sanders et.al., im Jahr 2012 war die therapeutische Beziehungsbildung von Gäste*innen und dem interdisziplinären Team, im Hospiz, während der Begleitung des Todesprozesses.

Während dieses Prozesses besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Situationen entstehen, die die Grenzen zwischen einer professionellen und persönlichen Beziehung herausfordern.

Anhand dieses Hintergrundes werden in der Studie berufliche Grenzen im Kontext der Hospizversorgung anhand von Fallstudien analysiert und die möglichen Herausforderungen und Grenzen der Hospizpfleger*innen aufgezeigt.

Außerdem wird in der Studie beschrieben, dass die beruflichen Grenzen nicht nur zum Schutz der Gäste*innen eingehalten werden sollten, sondern viel mehr auch zum Schutz der Pflegekräfte*innen gedacht ist. Im Weiteren wird der Ursprung der Beziehungsbildung zwischen Gäste*innen, Angehörigen und Pflegenden erläutert, welcher anfänglich auf der Erbringung der Pflegeleistung basiert. Die Fachkräfte*innen können innerhalb der Beziehung zu den Gäste*innen und Angehörigen unbeabsichtigt ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse verflechten und somit ihre Grenzen zum individuellen Dasein verwechseln. Dies liegt dessen zugrunde, dass die Hospizfachkräfte*innen sich nicht im Klaren darüber sind, bis zu welchem Punkt sich ihre professionellen Grenzen erstrecken.

Auch werden die emotional aufgeladenen Diskussionen von den Autor*innen benannt wobei die Pflegenden das psychische, emotionale und spirituelle Wohlbefinden der Gäste*innen unterstützen. Bei diesem Prozess der Unterstützung entstehen teils starke Emotionen, welche eine Gefühlsüberlastung zur Folge haben können. Bei einer zu hohen Gefühlsüberlastung können die Hospizkräfte*innen die Kontrolle über die Situation mit den Gäste*innen verlieren und die professionelle Unterstützung sowie ihr adäquates pflegerisches Handeln nicht mehr aufrechterhalten.

Zudem kann es durch unklare Grenzen zu einer Minderung des Hilfeprozesses für die Gäste*innen kommen, da die Pflegenden die Situationen im Hospiz mit der eigenen Sterblichkeit oder vergangenen Verlusten verbinden. Eine qualitätsgesicherte Pflege kann durch die Gefühlsüberlastung nicht mehr aufrechterhalten werden.

Letztlich wird beim Überschreiten der professionellen Grenzen in dem Review betont, dass folglich erhebliche berufliche Konsequenzen auftreten können. Pflegende verlieren die Kompetenz ein professionelles Urteilsvermögen beizubehalten und die Gäste*innen adäquat zu versorgen. Bei Missachtung der eigenen Grenzen kann es im äußersten Fall zur Schädigung der eigenen emotionalen Gesundheit, einem Burnout oder auch Mitgefühlsmüdigkeit kommen.

2. Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses

Das Review von Michael D. Barnett et. al. aus dem Jahr 2019 untersucht den Zusammenhang zwischen Mitgefühlsmüdigkeit, emotionaler Arbeit und emotionaler Darstellung bei Hospizpfleger*innen genauer. Grundlegend für die Untersuchung ist die emotionale Herausforderung den Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt qualitativ zu versorgen und hierbei nicht unter Mitgefühlsmüdigkeit zu leiden.

Der Begriff Mitgefühlsmüdigkeit bezieht sich hierbei auf eine emotionale und körperliche Erschöpfung, die primär durch die emotionale Unterstützung der Gäste und die Begleitung während des Sterbeprozesses verursacht werden.

Um inhaltsschwere Ergebnisse zu erzielen, wurden 90 Hospizpfleger*innen im Alter zwischen 22 – 70 Jahren aus dem Süden der Vereinigten Staaten befragt. Damit angemessene Antworten erzielt werden konnten, wurden zwei Skalen verwendet.

Die erste Skala ist dabei die „Fatigue-Short-Scale“, welche die Mitgefühlsmüdigkeit misst. Zum zweiten wurde die „Discrete-Emotions-Emotional-Labor-Scale“ verwendet, um die emotionale Belastung zu bewerten, sowie echte und vorgetäuschte Emotionen innerhalb des Pflegekontaktes zu differenzieren und identifizieren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen im Gegensatz zu vorausgegangenen Studien, welche ebenfalls diese Thematik untersucht haben, eine geringe Mitgefühlsermüdung auf. Dennoch wird durch diese Studie dargelegt, dass Hospizpflegekräfte*innen während des Pflegeprozess mit den Gäste*innen überwiegend echtes Mitgefühl und natürliche Emotionen zeigen. Es werden keine positive Emotionen für die gegenüberstehende Person vorgetäuscht. Diese Ergebnisse entstehen, nach der Aussage der Autor*innen, durch die gewollte professionelle und authentische Bindung zu den Gäste*innen. Ebenfalls wird betont, dass die Pflegenden häufig auf ein tiefgründiges Pflegehandeln achten. Hierbei wären vorgetäuschte Emotionen hinderlich, um eine ehrliche und vertrauensvolle Beziehung mit den Gästen aufzubauen und sie bestmöglich zu unterstützen.

Im Gegenteil werden im Hospiz eher selten negative Emotionen wie Traurigkeit und Verlustängste von den Hospizpfleger*innen gezeigt, da vielmehr negative Emotionen als positive Emotionen der Pflegenden zu Mitgefühlsmüdigkeit führen. Auch führen die negativen Emotionen und das Vortäuschen von positiven Emotionen oft zu einer hohen emotionalen Anstrengung der Hospizpflegekräfte.

3. Personally Meaningful Rituals: A Way to Increase Compassion and Decrease Burnout among Hospice Staff and Volunteers

Lori P. Montross-Thomas et. al. untersuchen basierend auf der Forschung die Bedeutung von Ritualen im Hospiz und deren Vermittlung des Gefühls einer Verbundenheit, ihre Verstärkung der Unterstützung im interdisziplinären Team besonders nach dem Tod der Gäste*innen und das Minimieren des Risikos an einem Burnout zu erkranken. Es wird außerdem thematisiert welche Rolle persönlich bedeutsame Rituale bei der Steigerung des Mitgefühls und der Verringerung des Burnout-Risikos bei Hospizmitarbeiter*innen und Ehrenamtlichen spielen.

Bei den sogenannten Ritualen handelt es sich um traditionelle sowie symbolische Aktivitäten, die von Feierlichkeiten, wie zum Beispiel Geburtstagen oder Schulabschlüssen bis hin zu Trauerfeiern reichen können.

Rituale können dazu beitragen Ängste zu lindern als auch Trost, Wertschätzung und Unterstützung bieten.

Um Ergebnisse erheben zu können wurden 390 Hospizmitarbeiter*innen und Ehrenamtliche aus 38 Bundesstaaten zu einer Online-Umfrage eingeladen. Die Mehrheit der Teilnehmer war weiblich und verfügte über durchschnittlich neun Jahre Erfahrung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie waren außerdem Mitglieder*innen der „National Hospice and Palliative Care Organization“. In der Online-Umfrage wurde nach persönlichen Ritualen gefragt und die Skala „Professional Quality of Life“ verwendet, um das aktuelle Niveau von Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und sekundärem traumatischen Stress zu messen.

Insgesamt konnte durch die Onlinebefragung festgestellt werden, dass die Mehrzahl von Hospizpflegekräften persönliche Rituale nach dem Tod von Gäste*innen anwendet. Dabei konnte durch das Verwenden von Ritualen eine signifikant höhere Mitgefühlzufriedenheit und ein signifikant niedrigeres Burnout-Risiko identifiziert werden, als bei den Hospizpflegekräfte*innen, die keine Rituale verwendeten. Darüber hinaus kann die Bereitstellung von Ritualen im Hospiz mit positiven Erfahrungen am Arbeitsplatz und einer höheren Arbeitsplatzzufriedenheit in Zusammenhang gestellt werden. Es wurde aufgewiesen, dass sich durch diese Zufriedenheit am Arbeitsplatz die Fluktuation der Hospizmitarbeiter*innen und ebenfalls die negativen Erfahrungen in Verbundenheit mit der Arbeit im Hospiz abnahmen.

Die von den teilnehmenden Pflegekräfte*innen beschriebenen Rituale, die verwendet werden, sind unter anderem: Teilnahme an der Beerdigung von Patient*innen, Anrufe bei den Hinterbliebenen, um Beileid auszusprechen, das Schreiben eines Gedichts oder eines Tagebuchs, das Anzünden einer Kerze oder das Sprechen eines Gebets.

6. Diskussion

Die empathische Kommunikation im Hospiz Setting ist ein elementares Instrument, um die Gäste*INNEN individuell und pflegerisch qualitativ zu unterstützen. Durch die Kommunikation zwischen den Pflegekräfte*innen und den Gäste*innen kann sich eine gewissenhafte Beziehung bilden. Innerhalb dieser Beziehung ist es für beide Parteien möglich über eine offene Kommunikationshaltung zu verfügen. Dies ermöglicht den Pflegenden die Gäste*innen in verschiedensten Situationen nachzuvollziehen, besser auf die vorliegende Situation einzugehen, sowie ihre Bedürfnisse zu verstehen und gewissenhaft abzudecken. Auch kann eine mitfühlende Kommunikation eine bessere Unterstützung bedeuten, da es ihnen möglich ist die Situation der Gäste*innen besser zu verstehen und somit den letzten Abschnitt ihres Lebens zu begleiten (Ashby & Dowding, 2015).

Durch einen Dialog und Austausch von Informationen innerhalb einer offenen Kommunikation, wird es den Pflegenden ermöglicht im Nachhinein die Betreuung qualitativer zu gestalten. Die Pflegenden entwickeln ein Wissen über die Wünsche und Bedürfnisse der Gäste*innen und können folglich besser agieren sowie personenzentrierte Pflege gewährleisten (Skorpen Tarberg et al., 2020). Neben diesen Aspekten steht besonders für die Hospizversorgung die ständige Betreuung im Vordergrund. Dadurch können das interdisziplinäre Team und die Pflegenden den Gäste*innen eine kontinuierliche, adäquate Versorgung bieten und die Angst vor der Einsamkeit minimieren. Hierbei ist mitfühlende Kommunikation ein elementares Instrument, da es diese sensible Zeit für die Gäste angenehmer gestaltet (Bhatnagar & Lagnese, 2023)

All diese empathischen und mitfühlenden Prozesse während der Kommunikationen beruhen vorwiegend auf Gegenseitigkeit, da die Pflegekräfte*innen durch Ehrlichkeit und authentische Emotionen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Gäste*innen aufbauen. Dies ist unerlässlich für das pflegerische Handeln, besonders in Bezug auf die Wünsche und Bedürfnisse für die Steigerung der Lebensqualität (Mroz et al., 2022).

Aufgrund dieser Versorgungsart und dem pflegerischen Handeln in der Palliativpflege, besonders im Hospiz Setting, besteht die Empfehlung die empathische Kommunikation und die mitfühlende Grundhaltung in jeglichem pflegerischen Setting zu etablieren. Da jeder empathische und mitfühlende Prozess über die

Kommunikation, die Beziehung zwischen den erkrankten Personen und Pflegenden verbessern kann und den Heilungsprozess in akuten Settings fördert (Estores & Frye, 2015).

Daher ist die Empathie ein zentrales Merkmal der Palliativpflege als auch im Hospiz, um die Gäste effektiv zu unterstützen und die Lebensqualität je nach eigener Definition zu fördern.

Um die Potenziale der empathischen Kommunikation effizient ausschöpfen zu können, ist es von immenser Wichtigkeit, persönliche Grenzen zu setzen und Möglichkeiten für Ausgleich zu besitzen. Durch die emotionale Arbeit mit den Gäste*innen, kann es durch die Gefühlsüberlastung zu der Herausforderung kommen, die persönlichen Grenzen nicht mehr von den professionellen trennen zu können. Dabei können sich Erfahrungen und Erlebnisse der Pflegenden mit den Situationen der Gäste*innen verflechten und starke Emotionen entstehen. Innerhalb dieses Prozess verlieren die Pflegenden die Kontrolle über die Geschehnisse und eine qualitative Versorgung wird nahezu unmöglich. Im äußersten Fall kann eine Anhäufung dieser Situationen zur Verletzung eigener Emotionen oder zu Mitgefühlsmüdigkeit kommen, zudem steigt das Burnout-Risiko signifikant (Sanders et al., 2012).

Darüber hinaus können durch die gewollten echten Bindungen und Emotionen zwischen den Gäste*innen und Pflegekräfte*innen während des Sterbeprozesses körperliche Erschöpfung entstehen. Diese werden insbesondere durch die aktive Unterstützung der Wünsche und Bedürfnisse der Gäste*innen in Bezug auf die Lebensqualität hervorgerufen. Dieses pflegerische Handeln kann eine große Herausforderung darstellen, wiederum aber die Qualität der Pflege bedeutend erhöhen (Barnett et al., 2022).

Um Risiken zu minimieren, gibt es innerhalb des Hospiz Settings verschiedene Möglichkeiten. Eine Möglichkeit ist das Durchführen von gemeinsamen Ritualen. Hierdurch können gemeinsame Erfahrungen ausgetauscht werden und das Mitgefühl im Team gesteigert werden. Außerdem kann mit dem Tod eines Gastes abgeschlossen und Ängste gemindert, sowie Trost, Bedeutung und Unterstützung gefunden werden. Durch das regelmäßige Durchführen von Ritualen in Hospizen, wie beispielweise das Anzünden von Kerzen, Aufsagen von Gedichten und das

Sprechen von Gebeten, kann die Arbeitszufriedenheit gesteigert und Fluktuation der Pflegekräfte*innen minimiert werden (Montross-Thomas et al., 2016).

Aus den vorrausgegangen Literaturergebnissen lässt sich erschließen, dass empathische Kommunikation im Hospiz Setting diverse Möglichkeiten bietet die Gäste*innen im Hospiz zu unterstützen und infolgedessen, je nach eigenem Empfinden, ihre Lebensqualität zu steigern.

Beispielsweise können die Pflegenden durch die empathische Kommunikation eine bessere und vertrauensvolle Bindung zu den Gästen aufbauen und so die Bedürfnisse und Wünsche auf der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene besser nachvollziehen. Durch diesen Prozess und die Unterstützung auf verschiedenen Ebenen, wird ermöglicht personenorientiert zu pflegen und den Gäste*innen in dieser Zeit ein hohes Maß an Wohlbefinden zu verschaffen. Darüber hinaus gewährleistet die stätige Betreuung eine konstante Versorgung der Gäste*innen und ein Gefühl von Sicherheit und kann beispielweise Ängste in Bezug auf den Sterbeprozess mindern. Diese besondere Versorgung ermöglicht dementsprechend eine erkennbare Steigerung der Lebensqualität über verschiedenste Möglichkeiten.

Dennoch müssen auch die Grenzen betrachtet werden, bei deren Überschreitung im äußersten Fall eine Gefühlsüberlastung, Mitgefühlsmüdigkeit oder ein erhöhtes Burnout-Risiko auftreten können. Daher ist es unerlässlich verschiedene Optionen anzubieten, die Pflegende unterstützen und die Gefühlsüberlastung reduzieren. Hierbei können beispielhaft Rituale wie das Anzünden von Kerzen helfen, um einen Gefühlsausgleich zu bieten und die professionellen Grenzen aufrecht zu erhalten.

Diese systematische Literaturrecherche wurde zur Gewinnung präziser Ergebnisse in Hinblick auf die Forschungsfrage verwendet. Über PubMed wurden diverse Studien aufgewiesen, welche nicht durchweg über einen gleichwertigen qualitativen Standard verfügen. Dennoch konnte nicht vermieden werden auch diese Ergebnisse zu verwenden, da die Forschungsergebnisse sonst zu eingeschränkt dargestellt werden könnten. Auch durch die verschiedenen Sprachgebräuche im englisch- und deutschsprachigen Raum wurden viele Ergebnisse gesichtet, die dem Thema der vorliegenden Arbeit abwichen oder nicht signifikant beantwortet werden

konnten. Es lagen zusätzlich kaum Literaturergebnisse vor, die sich ausschließlich mit der empathischen Kommunikation im Hospizsetting in Bezug auf die Lebensqualität der Gäste beschäftigen.

Die eingeschlossenen Ergebnisse aus der systematischen Literaturrecherche waren daher wenig weitgreifend und beantworten die Forschungsfrage aus verschiedenen Blickwinkeln und Settings. Es handelte sich hierbei häufig um die allgemeine Palliativpflege oder es wurde sich nicht ausschließlich über Pflegende geäußert. Darüber hinaus wurde vielmehr von Bedürfnissen, Wünschen und Schmerzlinde- rung gesprochen, welche die Lebensqualität steigern können.

In der Studie von Mary E. Ashby und Chris Dowding wird beispielsweise überwie- gend von der allgemeinen und offenen Kommunikation gesprochen. Auch werden die Ergebnisse auf alle Beteiligten, wie Ärzt*innen, Patient*innen, etc. bezogen und nicht nur ausschließlich auf die Pflegenden. Der Fokus der Studie ist die Schmerzbehandlung, welches man dennoch durchaus auf die Lebensqualität be- ziehen kann, da vermehrte Schmerzen die Lebensqualität immens einschränken können.

Ebenfalls die Studie von Tarberg et. al. befasste sich im Allgemeinen hauptsächlich mit Mitgefühl in der palliativen Pflege. Sie bezieht sich hierbei nicht nur auf die Gäste*innen, sondern auch auf die Reaktion und das Empfinden der Angehörigen. Da die Palliativpflege die Hauptversorgungsform eines Hospizes ist, lassen sich die Ergebnisse der Studie auch auf die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit be- ziehen.

Weitere Limitationen zeigen sich in der Studie von Irene M. Estores und J. Frye, da diese nur empfehlen pflegerische- und versorgende Konzepte aus der Palliativ- pflege in die Akutpflege zu übernehmen. Hierbei wird aber besonders über die mit- fühlende Pflege gesprochen. Dies deutet darauf hin, dass die Pflegekonzepte aus der Palliativpflege und damit auch Hospizpflege einen hohen qualitativen Wert ha- ben und erkrankte Personen positiv unterstützen.

Zuletzt lassen sich auch in der Studie E. Mroz et. al. gewisse Limitationen aufwei- sen. Der Forschungsinhalt dieser Studie ist zwar ausgesprochen passend zur Be- antwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, jedoch wird in der Studie überwiegend über Klinker*innen gesprochen und nicht über Pflegende. Das Verhal- ten der Klinker*innen kann aber auf das Verhalten der Pflegenden gut übertragen

werden, da die Pflegenden ständig im Kontakt mit den Gäste*innen sind und vorherige Forschungen dies ebenfalls bestätigen.

Innerhalb der Literaturergebnisse in Bezug auf die Grenzen lassen sich keine nennenswerten Limitationen aufweisen, da sich diese mit den Pflegenden und dem Hospiz Setting auseinandersetzen.

Für diese Thematik der Grenzen und Potenziale bei einer empathischen Kommunikation im Hospizsetting, sollte die Forschung besonders in Bezug auf die Lebensqualität weiter ausgebaut werden. Vor allem im Hinblick auf die pflegerischen Leitlinien, qualitätsgesicherten Standards und Ziele der pflegerischen Versorgung im Hospiz Setting, kann durch den Ausbau der Erkenntnisse hinsichtlich der Lebensqualität der Gäste*innen das pflegerische Handeln angepasst und verbessert werden. Durch diese Verbesserung, kann sowohl positive Auswirkungen für die Pflegenden als auch für die Gäste*innen haben.

Auf Grundlage der festgestellten Ergebnisse lassen sich diverse Handlungsempfehlungen für die Pflege aussprechen. Es sollte diverse Möglichkeiten für die Pflegenden geben zu Erlernen und Verstehen, wie sich eigene Grenzen setzen lassen und diese bewahrt werden können. Darüber hinaus sollte dennoch gleichermaßen die Möglichkeit geboten werden, die eigene Empathie Fähigkeit aufzubauen, zu verbessern und professionell in Bezug auf die Gäste*innen im Hospiz anwenden zu können. Werden diese Fähigkeiten verbessert, kann eine professionellere Pflege gewährleistet und die Versorgung der Gäste*innen qualitativ hochwertig gestaltet werden.

Sollte diese Möglichkeit jedoch nicht bestehen, drohen auf Grundlage der Ergebnisse, die Gefahren einer Gefühlsüberlastung, Mitgefühlsmüdigkeit und ein gesteigertes Burnout-Risiko. Infolgedessen droht eine niedrigen Arbeitszufriedenheit, welche zu signifikanter Mitarbeiter*innen Fluktuation führen kann. Um diese Gefahr zu minimieren und die Qualität der Pflege zu steigern, ist es unerlässlich den Pflegenden verschiedene Möglichkeiten der Grenzen Wahrung und der Steigerung der Empathie Fähigkeit zu bieten. Durchführbare Maßnahmen, um dies gewährleisten zu können sind hierbei zum einen regelmäßige Schulungsangebote für die Pflegenden. Dort besteht die Möglichkeit zu erlernen, wie sich empathische Kommunikation richtig anwenden lässt, aber auch gleichzeitig erkennen lässt, wie weit mit der eigenen

Empathie gegangen werden kann, um eine professionelle Distanz zu bewahren. Des Weiteren sollten Superversionen angeboten werden. Die Pflegenden sollten sich innerhalb des Hospizes über die Situationen austauschen können, gemeinsame Erfahrungen teilen und auf emotionaler Ebene unterstützen. Dies kann eine angenehme Arbeitsatmosphäre und Zufriedenheit zur Folge haben. Außerdem können gemeinsame Rituale unter den Pflegenden durchgeführt werden, um Verluste und Trauer, durch beispielsweise das Schreiben von Briefen, aufzuarbeiten und verarbeitend abzuschließen.

Als letzte mögliche Maßnahme kann innerhalb der Versorgung eine regelmäßige Rotation der Gäste*innen durchgeführt werden. Dadurch kann eine zu enge Bindung zwischen einzelnen Pflegenden und Gäste*innen verhindert und die professionelle Distanz wiederum gewährleistet werden. Bei der Rotation der Versorgung, sollten aber stets die Wünsche der Gäste*innen berücksichtigt werden.

7. Fazit

Die empathische Kommunikation im Hospiz Setting und darüber hinaus auch in der Palliativpflege stellt ein zentrales Instrument der Gäste*innen Versorgung da. Durch diese Art der Kommunikation ist es den Pflegenden möglich die Gäste*innen auf verschiedenen Ebenen im letzten Abschnitt ihres Lebens zu unterstützen. Den Pflegenden werden dadurch die einzelnen Wünsche und Bedürfnisse erst anvertraut und es wird ihnen möglich gemacht diese besser zu verstehen. Es folgt eine Verbesserung der Lebensqualität der Gäste*innen auf vielen verschiedenen Ebenen. Darüber hinaus haben die Pflegenden die Möglichkeit durch ihre stetige Betreuung und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung den Gästen*innen eine angenehme Umgebung zu schaffen, in der sie sich wohl und sicher fühlen können. Besonders das Gefühl der Sicherheit kann ihnen durch die Begleitung im Sterbeprozess vermittelt werden und das Gefühl der Einsamkeit schwindet. Des Weiteren ist es möglich durch diese vertrauensvolle Beziehung eine bessere Schmerzkommunikation zu etablieren. Die Gäste*innen fühlen sich durch die empathische Kommunikation von den Pflegenden ernstgenommen und verstanden, wobei die Barriere der Schmerzäußerung fällt. Durch eine positive Schmerzkontrolle kann dann wiederum ein bedeutender Teil der Lebensqualität der Gäste*innen gesteigert werden. Jedoch weist die Forschung in der vorliegenden Arbeit auch auf bestehende Grenzen hin, die den Pflegenden eine adäquate Versorgung im Hospiz erschweren kann. Die ständige Konfrontation mit belastenden Emotionen und Empathie sowohl auf der Seite der Pflegenden als auch der Gäste*innen kann zu einer Gefühlsüberlastung und zu einem Verlust der professionellen Grenzen führen, welche eine Mitgefühlsmüdigkeit und ein erhöhtes Burnout-Risiko zur Folge haben. Daher sollte es, wie bei den Forschungsergebnissen identifiziert, Maßnahmen geben, die für einen Gefühlsausgleich sorgen und ein Austausch mit den Mitarbeitern*innen im Hospiz gewährleistet werden, um sich gegenseitig zu unterstützen und beraten. Insgesamt bietet die vorliegende Arbeit einen systematischen Überblick über die Thematik der empathischen Kommunikation Pflegender im Hospiz in Bezug auf die Lebensqualität der Gäste*innen mit aktueller Forschungsgrundlage. Dabei sollte Empathie im allgemein und besonders die empathische Kommunikation stetig ausführlicher erforscht werden, da diese einen wichtigen Grundpfeiler im pflegerischen Handeln der Hospizpflegenden darstellt. Es ist demnach unerlässlich

tiergreifender in die Forschung zu gehen, um die Qualität des pflegerischen Handelns aufzuwerten.

Literaturverzeichnis

Ashby, M. E., & Dowding, C. (2015). Hospice care and patients pain: Communication between patients, relatives, nurses and doctors. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(2), 58–67. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.2.8916>.

Barnett, M. D., Hays, K. N., & Cantu, C. (2022). Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses. *Death Studies*, 46(2), 290–296. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1699201>.

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) (Hrsg.) (2018): Hospizführer Hamburg. Online: <https://www.hamburg.de/content/blob/127194/10d2bd8f04ef590028d5000895ee10ba/data/hospizfuehrer.pdf> [zuletzt eingesehen am: 28.05.2023].

Bernatzky, G. (Hrsg.). (2012). *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin* (3., erw.überarb. Aufl). Wien: Springer Verlag. ISBN: 978-3-211-88877-3.

Bhatnagar, M., & Lagnese, K. R. (2023). *Hospice Care*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537296/>.

Brysch, E. (2017). Beim Sterben lassen wir zu viele Menschen allein. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 159(19), 36–36. <https://doi.org/10.1007/s15006-017-0264-4>.

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV) (2023): Zahlen und Fakten. Online: https://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html [zuletzt eingesehen am: 28.05.2023].

Ditscheid, B., Krause, M., Lehmann, T., Stichling, K., Jansky, M., Nauck, F., Wedding, U., Schneider, W., Marschall, U., Meißner, W., Freytag, A., & die SAVOIR-Studiengruppe. (2020). Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(12), 1502–1510. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03240-6>.

Estores, I. M., & Frye, J. (2015). Healing Environments. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(3), 369–382. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.002>.

Frey, D. (Hrsg.). (2016). *Psychologie der Werte: Von Achtsamkeit bis Zivilcourage*. Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48014-4>.

Geiger, U. (2018). *Unruhe*. In: Riedel, A., Linde, AC. (eds). *Ethische Reflexion in der Pflege*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55403-6_13.

Habich, M. (2009). *Lebensqualität in der Palliativpflege*. Existenzanalyse. S. 56 – 61.

Kramer, L., Füre, J., & Stute, P. (2014). *Die gesundheitsbezogene Lebensqualität*. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12(2), 119–123. <https://doi.org/10.1007/s10304-014-0631-5>.

Kränzle, S., Schmid, U., & Seeger, C. (2011). *Palliative Care: Praxis, Weiterbildung, Studium*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. ISBN: 978-3-642-20933-8.

Kränzle, S., Schmid, U., & Seeger, C. (2018). *Palliative Care: Praxis, Weiterbildung, Studium*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56151-5>.

Lexa, N. (2019). *Palliativpflege*. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. ISBN: 9783170355743.

May, A. T., Kreß, H., Verrel, T., & Wagner, T. (Hrsg.). (2016). *Patientenverfügungen: Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-10246-2>.

Montross-Thomas, L. P., Scheiber, C., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2016). Personally Meaningful Rituals: A Way to Increase Compassion and Decrease Burnout among Hospice Staff and Volunteers. *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), 1043–1050. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0294>.

Mroz, E. L., McDarby, M., Arnold, R. M., Bylund, C. L., Kutner, J. S., & Pollak, K. I. (2022). Empathic Communication in Specialty Palliative Care Encounters: An Analysis of Opportunities and Responses. *Journal of Palliative Medicine*, 25(11), 1622–1628. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0664>.

Müller, M. & Renz, C. (2018) In Mitleidenschaft gezogen – *Empathie und Mitgefühl an der Grenze*. 1. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN: 978-3-525-40655-7.

Plate, M. (2021). *Grundlagen der Kommunikation: Gespräche effektiv gestalten* (3. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht <https://doi.org/10.36198/9783838556499>.

Riedel, A., & Linde, A.-C. (Hrsg.). (2018). *Ethische Reflexion in der Pflege*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55403-6>.

Sanders, S., Bullock, K., & Broussard, C. (2012). Exploring Professional Boundaries in End-of-Life Care: Considerations for Hospice Social Workers and Other Members of the Team. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 8(1), 10–28. <https://doi.org/10.1080/15524256.2012.650671>.

Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronæs, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4818–4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>.

Thiry, L., Schönefeld, V., Deckers, M., & Kocks, A. (Hrsg.). (2021). *empCARE: Arbeitsbuch zur empathiebasierten Entlastung in Pflege- und Gesundheitsberufen*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59472-8>.

Weissenberger-Leduc, M. (Hrsg.). (2008). *Ziel der Palliativpflege*. In Handbuch der Palliativpflege (S. 85–89). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-211-79908-6_10.

World Health Organization. Burn-out an „occupational phenomenon“: International Classification of Diseases. Department News (28. Mai 2019). Abgerufen 28.05.2023, von WHO website: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.

Willemse, J., & von Ameln, F. (2018). *Theorie und Praxis des systemischen Ansatzes: Die Systemtheorie Watzlawicks und Luhmanns verständlich erklärt*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56645-9>.

Woopan, C. (2014). *Die Bedeutung von Lebensqualität—Aus ethischer Perspektive*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108(2–3), 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.03.002>.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Sara Brusch, Hamburg, den 02.06.2023