

BACHELORARBEIT

Emotionale Herausforderungen und Resilienz in der Palliativversorgung – eine qualitative Untersuchung



vorgelegt am 19.03.2025

Lara Waller



1. Prüfer:in: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine Wöhlke
2. Prüfer:in: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Johanna Buchcik



**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Ulmenliet 20, 21033 Hamburg

Abstract

Hintergrund

Der demografische Wandel in Deutschland erhöht den Bedarf an Palliativversorgung, die in die allgemeine (APV) und spezialisierte Palliativversorgung (SPV) unterteilt wird. Belastungen und Bewältigungsstrategien in beiden Bereichen wurden bislang nur wenig miteinander verglichen. Diese Arbeit untersucht daher die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der APV und SPV.

Methoden

Es wurden vier halbstrukturierte Interviews mit Pflegekräften aus beiden Versorgungsbereichen leitfadengestützt durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker unter Verwendung von MAXQDA Version 2022.

Ergebnisse

Zentrale Belastungen in beiden Bereichen waren die Begleitung von An- und Zugehörigen und ethische Dilemmata bei Therapieentscheidungen. Strukturelle Belastungen wurden vor allem in der APV genannt. Die häufigsten Bewältigungsstrategien waren die Teamarbeit, eine emotionale Distanzierung und Selbstfürsorge. Zudem betonten die Pflegekräfte die Bedeutung der Akzeptanz des Todes als natürlichen Teil des Lebens, was zu einer positiven Veränderung ihrer Lebenseinstellung führte.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse stimmen überwiegend mit früheren Studien überein, besonders hinsichtlich der Belastung durch die An- und Zugehörigenbegleitung. Unterschiede zeigen sich in der Belastung durch Therapieentscheidungen, die in anderen Studien nur wenig Beachtung findet. In der SPV überwiegen emotionale Belastungen, während in der APV strukturelle Belastungen dominieren. Besonders in der APV bestehen noch Forschungslücken bezüglich der Bewältigungsstrategien, weshalb zukünftige Studien hier ansetzen sollten.

Schlüsselwörter: Palliativversorgung - Emotionale Belastung - Teamarbeit - Selbstfürsorge

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
Weitere Verzeichnisse.....	IV
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung.....	2
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Historischer Hintergrund der Palliativbewegung.....	3
2.2 Die heutige Palliativversorgung.....	4
2.3 Differenzierung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung ...	6
2.3.1 Die allgemeine Palliativversorgung: Charakteristika und Anforderungen	6
2.3.2 Die spezialisierte Palliativversorgung: Indikationen und Multiprofessionalität	7
2.4 Versorgungsstrukturen in der Palliativversorgung	8
2.4.1 Palliativstationen: Ein zentraler Baustein der spezialisierten Palliativversorgung ..	8
2.4.2 Die Rolle des Palliativdienstes im Krankenhaus.....	9
2.4.3 Die Betreuung in der Häuslichkeit: Ambulante spezialisierte Palliativversorgung.....	10
2.4.4 Eine kontinuierliche Begleitung durch stationäre Hospize.....	11
2.5 Der aktuelle Forschungsstand	12
2.5.1 Begriffsdefinitionen.....	13
2.5.2 Belastungen in der spezialisierten Palliativversorgung	15
2.5.3 Belastungen in der allgemeinen Palliativversorgung	17
2.5.4 Ressourcen in der Palliativversorgung.....	18
2.5.5 Vergleich zwischen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung.....	20
3. Zielsetzung und Fragestellung.....	21

4. Methodisches Vorgehen.....	22
4.1. Vorbereitung der Datenerhebung	22
4.1.1 Literaturrecherche.....	22
4.1.2 Sampling	22
4.1.3 Expert:inneninterviews als Erhebungsinstrument	23
4.1.4 Leitfadenentwicklung	24
4.1.5 Aufklärung und Schutz der Forschungsdaten.....	24
4.1.6 Feldzugang und Kontaktaufnahme	25
4.2 Durchführung der Interviews	26
4.3 Auswertung der erhobenen Daten	27
4.3.1 Transkription	27
4.3.2 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse.....	28
5. Ergebnisse	30
5.1 Stichprobenbeschreibung.....	30
5.2 Zwischen Zufall und Leidenschaft: Individuelle Wege in den Pflegeberuf und die SPV	32
5.3 Belastungen in der Palliativversorgung: Emotionale, ethische und strukturelle Herausforderungen	33
5.3.1 Die größte Herausforderung: Emotionale Belastungen durch An- und Zugehörige	33
5.3.2 Ethische Dilemmata: Therapieentscheidungen zwischen Lebensqualität und Hierarchie.....	35
5.3.3 Personalmangel und Arbeitsbelastung: Strukturelle Herausforderungen	37
5.3.4 Professionelle Distanz als Herausforderung in der Begleitung.....	38
5.4 Strategien zur Bewältigung: Professionelle Distanz, Selbstfürsorge und gemeinschaftliche Unterstützung	40

5.4.1 Emotionale Distanz, Akzeptanz des Todes und Selbstpflege.....	40
5.4.2 Das Team als Rückhalt: Bewältigung durch kollegiale Unterstützung	42
5.4.3 Die Bedeutung von Sinnhaftigkeit und Anerkennung in der beruflichen Tätigkeit.....	44
5.4.4 Individuelle und kollektive Bewältigungsstrategien: Humor, Rituale und private Ausgleichsaktivitäten	46
5.5 Verbesserungswünsche: Strukturelle Defizite und der Wunsch nach einem offeneren Umgang mit dem Tod	48
6. Diskussion.....	51
6.1 Zusammenfassung und Vergleich der Ergebnisse	51
6.2 Stärken und Limitationen.....	54
7. Fazit und Handlungsempfehlungen.....	56
Literaturverzeichnis.....	58
Rechtsquellenverzeichnis	61
Anhangsverzeichnis	62
Eidesstaatliche Erklärung	84

Weitere Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker, 2022, S. 132)30

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
APV	Allgemeine Palliativversorgung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC	European Association for Palliative Care
FBAS	Fragebogen zur Belastung von Ärzten und Schwestern
IPA	Interpretative phänomenologische Analyse
KOMPACT	KompetenzZentrum Palliative Care in Baden-Württemberg
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht weltweit bei etwa 57 Millionen Menschen ein Bedarf an Palliativversorgung. International betrachtet erhalten jedoch nur rund 14 Prozent derjenigen, die eine solche Versorgung benötigen, auch tatsächlich Zugang dazu. Die Palliativversorgung ist bei einer Vielzahl von Erkrankungen erforderlich, darunter chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, AIDS, Diabetes mellitus und viele weitere (WHO, 2020, o. S.).

In Deutschland führt der demografische Wandel, bedingt durch eine steigende Lebenserwartung, zu einer erhöhten Prävalenz chronischer Erkrankungen. Dies begünstigt das Auftreten von Multimorbidität, wodurch betroffene Patient:innen oft nicht mehr kurativ behandelt werden können und eine Palliativversorgung benötigen (Nowossadeck, 2012, S. 3). Gleichzeitig steigt die Pflegebedürftigkeit multimorbider Patient:innen, wodurch die Palliativversorgung zunehmend zu einem festen Bestandteil des Berufsalltags von Pflegekräften wird (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2024, o. S.).

Bereits bekannt ist, dass Pflegekräfte in ihrem Berufsalltag zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind. Dazu zählen physische Belastungen wie die Unterstützung bei Positionswechseln der Patient:innen. Die Arbeit mit unheilbar erkrankten Menschen bringt zudem eine Konfrontation mit dem Sterben und Tod mit sich, was emotional und psychisch belastend sein kann (Breinbauer, 2020, S. 19-22).

Internationale Studien zeigen jedoch, dass Pflegekräfte in der Palliativversorgung nicht zwangsläufig einem höheren Stresslevel ausgesetzt sind als Pflegekräfte in anderen Fachbereichen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sie auf vielfältige Ressourcen zurückgreifen können. Pflegekräfte in anderen Disziplinen neigen im Vergleich dazu häufiger dazu, den Beruf zu verlassen, und sind stärker von Burnout betroffen (Schmucker, 2019, S. 52-55).

Bislang existieren nur wenige vergleichende Studien zu Belastungen und Ressourcen zwischen den zwei Versorgungsformen der Palliativversorgung. Die Palliativversorgung wird dabei in folgende Bereiche unterteilt: die allgemeine Palliativversorgung (APV) und die spezialisierte Palliativversorgung (SPV) (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 58). Beide Versorgungsbereiche werden im Rahmen dieser Arbeit erläutert. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf dem Vergleich dieser beiden Versorgungsformen, um Belastungen sowie

Bewältigungsstrategien zu identifizieren. Die konkrete Zielsetzung und Fragestellung werden im weiteren Verlauf detailliert beschrieben. Zunächst werden die Strukturen der Palliativversorgung dargestellt. Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand anhand von Studienergebnissen zusammengefasst. Darauf folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens sowie die Darstellung der Ergebnisse. In der Diskussion werden die Ergebnisse mit denen anderer Studien verglichen, und abschließend werden im Fazit die Fragestellung beantwortet sowie Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der für die vorliegende Arbeit relevante theoretische Rahmen skizziert. Zunächst wird die historische Entwicklung der Palliativversorgung dargestellt, gefolgt von einer konkreten Differenzierung der beiden Versorgungsbereiche innerhalb der Palliativversorgung. Anschließend werden die Einrichtungen der Palliativversorgung erläutert und der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt.

2.1 Historischer Hintergrund der Palliativbewegung

„Die Begleitung sterbender Menschen ist so alt wie die Menschheit selbst.“ (Wasl, 2023, S. 138).

Denn schon im 4. und 5. Jahrhundert n. Chr. gab es Gasthäuser in Syrien, die sich auf die Betreuung sterbender Menschen ausrichteten (Müller-Busch, 2014, S. 4).

In der Spätantike erfüllten solche Einrichtungen die Funktionen heutiger Hospize, indem sie schwerkranken oder sterbenden Menschen Unterstützung gaben. Die Aufgaben der damaligen Herbergen unterschieden sich von denen der heutigen Zeit. Sie galten häufig als Einrichtung für Pilger:innen, da die medizinische Versorgung schwerkranker Menschen damals eher als Nebenaufgabe verstanden wurde. Durch Madame Jeanne Granier wurde im Jahr 1842 das erste Hospiz der Welt namens *„Calvaire“* gegründet. Seitdem werden Hospize als eine Institution zur Versorgung sterbender Menschen angesehen (Belan und Schiller, 2016, S. 15).

Begründet durch die damals unzureichende technische und medizinisch begrenzte Versorgung fand vor der Etablierung der modernen Medizin selten eine kurative Behandlung der Menschen statt. Ärzt:innen hatten häufig nur die Möglichkeit, Symptome zu lindern und sich damit auf eine palliative Betreuung zu konzentrieren. Anfang des 20. Jahrhunderts rückte die Versorgung von Menschen in den letzten Lebensphasen in den Hintergrund. Ursächlich dafür könnten die

fortschreitende Technisierung in der Gesellschaft sowie das zunehmend naturwissenschaftliche Denken und Handeln sein (ebd., S. 15).

Erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstand eine Gegenbewegung durch die Psychiaterin Dr. Elisabeth Kübler-Ross, die für die Einführung einer neuen Kultur der Kommunikation mit sterbenden Menschen verantwortlich war (ebd., S. 15). Daneben gilt Cicely Saunders, eine Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin als Begründerin der modernen Hospizbewegung. In den späten 1940er-Jahren betreute sie einen jungen krebskranken Patienten, der ihr sein Vermögen vermachte. Der Patient äußerte den Wunsch, ein „*Fenster der Erinnerung*“ zu schaffen, einen Ort, der eine würdevolle und ganzheitliche Betreuung von schwerkranken Menschen ermöglicht und Leiden lindert. Mit dem Geld gründete sie das St. Christopher's Hospiz in London, welches als Wegbereiter für die moderne Palliativpflege gilt (Müller-Busch, 2014, S. 5; Husebö et al., 2023, S. 1 f.).

In Deutschland etablierte sich die Palliativversorgung erst Jahrzehnte später. Im Jahr 1971 wurde im ZDF ein Film über das St. Christopher's Hospiz in London, mit hoher Zuschauer:innenquote, ausgestrahlt. Durch die Eindrücke aus dem Hospiz kam die Hospizidee nach Deutschland, die sich anfangs jedoch schwer integrieren ließ. Aufgrund der Euthanasieverbrechen während des Nationalsozialismus stieß die Hospizidee zunächst auf Widerstand, insbesondere bei den Kirchen und in der Öffentlichkeit. Ein Umdenken erfolgt erst durch die Erkenntnis, dass sterbende Menschen eine umfassende Versorgung benötigen (Kränzle et al., 2014, S. 5). Die erste Palliativstation wurde 1983 in Köln eröffnet, gefolgt vom ersten stationären Hospiz in Aachen im Jahr 1986. Inzwischen sind Hospize weltweit verbreitet und ein wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung (Müller-Busch, 2014, S. 5 f.; Kränzle et al., 2014, S. 6).

2.2 Die heutige Palliativversorgung

Um den Ansatz der Palliativversorgung umfassend zu verstehen, hat die WHO im Jahr 2002 eine Definition formuliert, die als ganzheitliches Betreuungskonzept gilt und die Lebensqualität von Patient:innen und deren Familien in den Mittelpunkt stellt: „*Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.*“ (Sepulveda et al., 2002, S. 94).

Die European Association for Palliative Care (EAPC) setzt sich für die Weiterentwicklung der Palliativversorgung ein, beispielsweise durch die Veröffentlichung von Empfehlungen zur Ausbildung in diesem Bereich. Die europäische Organisation hat ebenfalls eine Definition zur Palliativversorgung veröffentlicht, die teilweise Unterschiede zur Definition der WHO aufweist: *„Palliativversorgung ist die aktive, umfassende Versorgung eines Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle bzw. Linderung von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel. Palliativversorgung ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst den Patienten und dessen Zugehörige. In diesem Sinn bietet Palliativversorgung das grundlegendste Konzept der Versorgung – dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod hin zu erhalten.“* (EAPC, 2014, S. 7).

Die Definitionen greifen das grundlegende Verständnis der Palliativversorgung auf, deutlich wird dies insbesondere in der Betrachtung des Sterbens als normalen Prozess sowie in der Betonung der multi- und interdisziplinären Zusammenarbeit (Kränzle et al., 2014, S. 6). Beide Definitionen sind Gegenstand von Diskussionen. So wird beispielsweise in der Definition der EAPC die Formulierung *„auf kurative Behandlung nicht mehr anspricht“* kritisch betrachtet, da Palliativversorgung zunehmend frühzeitig und parallel zur kausalen Therapie eingesetzt wird (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), 2016, S. 2).

In Deutschland wurde zu Beginn der Begriff Palliativmedizin häufig als Synonym für Palliative Care verwendet. Dies führte jedoch in Deutschland zu Bedenken hinsichtlich einer potenziellen Medikalisierung der Palliativversorgung. Während international der Begriff Palliative Care etabliert ist, hat sich in Deutschland aufgrund dieser Vorbehalte der Begriff Palliativversorgung durchgesetzt und wird auch in der Gesetzgebung verwendet (Husebö et al., 2023, S. 2 f.). Die DGP empfiehlt ebenfalls die Nutzung des Begriffs Palliativversorgung (DGP, 2016, S. 2 f.). In dieser Arbeit wird daher dieser Ausdruck verwendet.

Die Palliativversorgung hat sich national stetig weiterentwickelt, so startete im Jahr 2008 die Entwicklung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland durch Expert:innen und über fünfzig Organisationen sowie Institutionen aus der Gesellschaft und dem Gesundheitssystem. Ziel ist es, die Charta in eine Nationale Strategie zu integrieren und gemeinsam mit der Politik zu verankern. Ein zentraler Baustein ist der Runde

Tisch, bestehend aus Vertreter:innen der Politik, der Gesellschaft und des Gesundheitssystems, der die Umsetzung und Priorisierung der Charta-Ziele koordiniert. Das Forum für Palliativ- und Hospizversorgung, welches im Jahr 2013 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gegründet wurde, unterstützt diesen Prozess und bindet alle politischen Ebenen ein. Der Schwerpunkt liegt auf der Integration von Hospizkultur und Palliativversorgung insbesondere in die allgemeine Palliativversorgung, da hier die meisten Menschen versterben und die Interventionsnotwendigkeit besonders hoch ausfällt (Kränzle et al., 2014, S. 8, 12 f.).

Neben der Entwicklung der Charta wurde im Jahr 2020 die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung veröffentlicht. Sie zielt darauf ab, die bestmögliche Behandlung und Begleitung zu gewährleisten. Die Empfehlungen und Hintergrundinformationen sollen alle an der Versorgung Beteiligten unterstützen. Die Leitlinie basiert auf evidenzbasierten Handlungsempfehlungen und der klinischen Expertise zahlreicher Fachleute, um eine Orientierung im aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand der Palliativversorgung zu bieten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 11).

2.3 Differenzierung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung

Die S3- Leitlinie zeigt zudem die Unterteilung der Palliativversorgungsangebote in die APV und SPV auf, die sich in Hinblick auf die Zielgruppen, Anforderungen, Qualifikationen der Leistungserbringenden und den Strukturen ihrer Umsetzung unterscheiden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 58-61). Im Folgenden wird diese Unterteilung näher dargestellt.

2.3.1 Die allgemeine Palliativversorgung: Charakteristika und Anforderungen

Die APV ist nicht einheitlich definiert, weist jedoch charakteristische Merkmale auf. Sie richtet sich an Patient:innen mit weniger komplexen Bedürfnissen und wird häufig von Behandelnden erbracht, deren Haupttätigkeitsfeld nicht primär in der Palliativversorgung liegt, wie etwa Allgemeinmediziner:innen. Diese Form der Versorgung erfordert keine spezifischen strukturellen Voraussetzungen und kann durch Gesundheitsberufe aus verschiedenen Bereichen sowohl ambulant als auch stationär geleistet werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 58, S. 64).

Die APV umfasst die Betreuung von Menschen mit nicht-heilbaren Erkrankungen durch unterschiedliche Gesundheitsberufe. Da die beteiligten Bezugspersonen häufig nicht spezialisiert sind, ist es essenziell, dass alle Berufsgruppen Grundkenntnisse in Palliativversorgung besitzen. Solche Kompetenzen sollten im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Beispielsweise existiert für examinierte Pflegekräfte neben der Vermittlung von Grundkenntnissen der Palliativversorgung in der Ausbildung eine anerkannte Weiterbildung zur Palliativpflege in Form eines 160-Stunden-Kurses (ebd., S. 61, S. 64).

2.3.2 Die spezialisierte Palliativversorgung: Indikationen und Multiprofessionalität

Die SPV wird bei komplexeren Patient:innensituationen eingesetzt, die spezifisches Fachwissen und besondere Strukturen erfordern. Beispiele für Indikationen sind die Anwendung spezieller parenteraler Applikationstechniken oder die notwendige kontinuierliche Erreichbarkeit der Fachkräfte bei krisenhaften Ereignissen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 64 f.).

Die SPV setzt zudem auf eine multiprofessionelle Zusammenarbeit, die für die Qualitätssicherung in der Versorgung entscheidend ist. Ein typisches SPV-Team besteht aus Vertreter:innen mindestens dreier Professionen, darunter einer Pflegekraft, einer Ärztin oder einem Arzt sowie einer weiteren Fachkraft, beispielsweise aus den Bereichen der sozialen Arbeit, Psychologie oder künstlerischen Therapien. Besonders wichtig ist, dass Ärzt:innen und Pflegekräfte über spezialisierte palliativmedizinische Qualifikationen verfügen, die durch eine mehrjährige Aus-, Fort- oder Weiterbildung und einer mindestens einjährigen praktischen Tätigkeit in der SPV besteht (ebd., S. 60, S. 66).

Die SPV wird in spezialisierten Strukturen umgesetzt, zu denen Palliativstationen, Palliativdienste im Krankenhaus, spezialisierte Palliativambulanzen, palliativmedizinische Tageskliniken, Tageshospize und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gehören (ebd., S. 58, S. 66).

Im Folgenden werden die Einrichtungen der Palliativversorgung erläutert, wobei ausschließlich die Einrichtungen berücksichtigt werden, die die Berufsfelder der befragten Pflegekräfte sowie der Studien in Kapitel 2.5 widerspiegeln. Dies bedeutet, dass weitere Einrichtungen wie Tageshospize zu den Institutionen der Palliativversorgung gehören, aber in dieser Arbeit nicht weiter erläutert werden.

2.4 Versorgungsstrukturen in der Palliativversorgung

2.4.1 Palliativstationen: Ein zentraler Baustein der spezialisierten Palliativversorgung

Palliativstationen sind spezialisierte Einrichtungen der stationären Palliativversorgung, die einen geschützten Raum für Patient:innen und deren An- und Zugehörige bieten. Sie repräsentieren die palliativmedizinische Maximalversorgung, vergleichbar mit der Funktion von Stroke Units in der Neurologie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 70).

Die Aufnahme auf eine Palliativstation erfolgt bedarfsgerecht und orientiert sich an der individuell empfundenen Symptombelastung. Wesentliche Kriterien hierfür sind komplexe Symptom- oder Problembelastungen, Unsicherheiten bezüglich des Therapieziels, aufwändige medizinische oder pflegerische Anforderungen sowie Überforderung oder Unsicherheit in der häuslichen Versorgung. Komplexe Symptom- oder Problembelastungen umfassen sowohl die Intensität als auch die Simultanität von Beschwerden, beispielsweise starke Schmerzen oder Atemnot, die ein schnelles und nachhaltiges Handeln erfordern. Für eine adäquate Betreuung bedarf es eines strukturell abgesicherten Rahmens mit ausreichender Zeit für Patientenbeobachtung, emotionaler Unterstützung und hoher fachlicher Kompetenz (ebd., S. 71).

Unsicherheiten hinsichtlich des Therapieziels treten vor allem in ethisch herausfordernden Situationen oder bei ambivalenten Therapieentscheidungen auf. Hier bietet die Palliativstation einen geschützten Raum, um Dilemmata wie den Umgang mit parenteraler Ernährung zu klären. Durch die Begleitung des Entscheidungsprozesses können Patient:innen sowie An- und Zugehörige ermutigt werden, Therapieziele zu überdenken und neue Handlungsoptionen kennenzulernen (ebd., S. 71).

Darüber hinaus erfordern aufwändige medizinische oder pflegerische Maßnahmen, wie die Behandlung exulzierender Tumorwunden oder die Lagerung bei Hirndrucksymptomatik, eine zeitintensive Betreuung durch ein multiprofessionelles Team, welche auf einer Palliativstation gegeben sein sollten (ebd., S. 71).

Zudem kann die Palliativstation bei Überforderung oder Unsicherheit in der häuslichen Versorgung unterstützen. Wenn spezialisierte ambulante Palliativversorgung nicht mehr ausreicht, bietet sie einen stabilisierenden und entlastenden Ort, um die oftmals angespannte Situation von Patient:innen sowie deren An- und Zugehörigen zu entschärfen (ebd., S. 71 f.).

Die Qualifikation des Pflegepersonals ist dabei von zentraler Bedeutung. Über 75 % der Pflegekräfte sollten berufsspezifisch in der Palliativversorgung geschult sein, um den komplexen Anforderungen gerecht zu werden. Dazu zählen fundierte Kenntnisse im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen, Fähigkeiten in der Symptomkontrolle sowie Kompetenzen im Bereich der emotionalen und psychosozialen Unterstützung. Zudem ist eine 24-stündige Präsenz von spezialisierten Pflegekräften essenziell, um jederzeit eine qualifizierte Versorgung gewährleisten zu können. Die Arbeit im multiprofessionellen Team wird durch regelmäßige externe Teamsupervision unterstützt, um die Zusammenarbeit zu fördern und die emotionalen Belastungen des Pflegealltags zu bewältigen (ebd., S. 72 f.).

2.4.2 Die Rolle des Palliativdienstes im Krankenhaus

Ein Palliativdienst im Krankenhaus ist ein spezialisiertes, multiprofessionelles Team, das Patient:innen mit komplexen Symptomen und Bedürfnissen außerhalb einer Palliativstation kontinuierlich betreut. Diese Betreuung geht über eine rein beratende Konsultativität hinaus und umfasst eine kontinuierliche palliativmedizinische Mitbehandlung. Der Begriff „*Palliativdienst*“ wurde hierbei bewusst gewählt, um die umfassendere Funktion im Vergleich zu einem „*Konsildienst*“ zu verdeutlichen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 76).

Der Palliativdienst bietet Patient:innen, An- und Zugehörigen sowie dem primären Behandlungsteam ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten, darunter Symptomkontrolle, Klärung von Therapiezielen und Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung. Das Team setzt sich aus erfahrenen Palliativmediziner:innen, Pflegekräften und psychosozialen Fachkräften zusammen. Je nach Krankenhaussetting können auch Seelsorger:innen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, künstlerische Therapeut:innen und Case Manager:innen Teil des Teams sein (ebd., S. 77).

Die Integration eines Palliativdienstes ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung in Krankenhäusern, die Patient:innen mit nicht-heilbaren Erkrankungen behandeln. Für kleinere Krankenhäuser, die nicht über die notwendige Patient:innenzahl verfügen, um einen eigenen Palliativdienst zu betreiben, besteht die Möglichkeit, sich mit anderen Häusern einen Dienst zu teilen (ebd., S. 77).

Die Arbeitsweise eines Palliativdienstes basiert auf einer engen Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, die darauf abzielt, Patient:innen umfassend und individuell zu betreuen. Eine zentrale Maßnahme ist die individualisierte Therapieplanung, die auf die spezifischen

Bedürfnisse und Wünsche der Patient:innen abgestimmt wird. Die Therapiezielsetzungen sollten regelmäßig überprüft werden, um sicherzustellen, dass die Behandlung stets den aktuellen Gegebenheiten und Zielen entspricht. Ebenso ist eine kontinuierliche Evaluation der durchgeführten Maßnahmen notwendig, um deren Wirksamkeit zu beurteilen und bei Bedarf anzupassen. Ein integraler Bestandteil der Teamarbeit sind regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen, die eine strukturierte Diskussion der Patient:innenfälle ermöglichen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken. Dabei wird Wert auf eine gemeinsame Dokumentation gelegt, die als Basis für eine transparente Kommunikation innerhalb des Teams dient. Ergänzend hierzu sollte dem Team die Möglichkeit einer externen Supervision geboten werden, um die psychische Belastung der Mitarbeitenden zu reduzieren und deren professionelle Weiterentwicklung zu fördern (ebd., S. 77).

Darüber hinaus bewirken Palliativdienste bei Patient:innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung nachweislich positive Effekte in Hinblick auf klinische Parameter wie Symptomkontrolle und Lebensqualität sowie strukturelle Faktoren wie Liegedauer und Kosten. Daher sollten nach der S3-Leitlinie alle stationären Patient:innen mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen während ihres Aufenthalts einem Palliativdienst vorgestellt werden (ebd., S. 76).

2.4.3 Die Betreuung in der Häuslichkeit: Ambulante spezialisierte Palliativversorgung

Die SAPV verfolgt das Ziel, Patient:innen mit nicht-heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen, die eine hohe Komplexität und einen besonderen Versorgungsaufwand erfordern, eine spezialisierte Betreuung in ihrer gewohnten Umgebung, beispielsweise zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz, zu ermöglichen. Dieses Angebot soll sicherstellen, dass Patient:innen trotz schwerster Erkrankungen in ihrer vertrauten Umgebung leben und sterben können. Ein zentraler Aspekt der SAPV ist daher die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, selbst bei sehr komplexen Fällen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 81).

Die SAPV ergänzt die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) durch spezialisierte, beratende, koordinierende und behandelnde Maßnahmen. Dabei ist sie nicht mit der allgemeinen Palliativversorgung gleichzusetzen, sondern bildet deren spezialisierte Komponente. Das SAPV-Team vermittelt Sicherheit in schwierigen Lebenssituationen und ermöglicht es den Betroffenen, bis zuletzt ein Leben in der gewohnten Umgebung zu gestalten. Studien belegen, dass Home-Care-Programme, wie die SAPV, die Lebensqualität verbessern, Gesundheitskosten

senken und die Zahl der Menschen erhöhen, die auf eigenen Wunsch zu Hause versterben. Eine deutliche Linderung der Symptomlast und eine spürbare Entlastung der An- und Zugehörigen konnten bisher jedoch nur eingeschränkt nachgewiesen werden (ebd., S. 81).

Die Versorgung im Rahmen der SAPV erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, das aus speziell geschulten Ärzt:innen, Pflegekräften und weiteren Koordinationsfachkräften besteht. Hauptaufgabe des Teams ist die Palliativversorgung, die ein breites Leistungsspektrum abdeckt: von der Beratung von Patient:innen, deren An- und Zugehörigen und Versorgungspartner:innen über die Koordination der Versorgung bis hin zur umfassenden Betreuung mit einer 24-Stunden-Bereitschaft (ebd., S. 81).

Die Leistungen der SAPV umfassen zusätzlich notwendige Maßnahmen, wie anspruchsvolle Schmerztherapie, komplexe Wundversorgung, entlastende Punktionen, Anleitung und Unterstützung der An- und Zugehörigen sowie die vorausschauende Organisation weiterer Hilfen. Das SAPV-Team arbeitet ergänzend zur bestehenden Versorgungsstruktur und kooperiert eng mit Hausärzt:innen, Pflegediensten, Therapeut:innen und Hospizvereinen (ebd., S. 81).

In Deutschland haben gesetzlich Versicherte seit 2007 einen Leistungsanspruch gemäß §§ 37b und 132d SGB V auf die SAPV. Anspruch darauf haben Patient:innen mit nicht-heilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen, deren Lebenszeit begrenzt ist und die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Die SAPV gilt für die Versorgung in der häuslichen oder familiären Umgebung, einschließlich Pflegeheimen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und stationären Hospizen. Die Verordnung der SAPV erfolgt durch eine ärztliche Bescheinigung und bedarf der Zustimmung der Krankenkasse sowie des Einverständnisses der Patient:innen (ebd., S. 82 f.).

2.4.4 Eine kontinuierliche Begleitung durch stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind sowohl der APV als auch der SPV zuzuordnen, da sie in ihrer Funktion eine Schnittstelle zwischen beiden Bereichen bilden. Diese Einrichtungen sind organisatorisch und räumlich eigenständig und bieten in der Regel Platz für durchschnittlich 9,8 Patient:innen, mit einer Kapazität von mindestens 8 und maximal 16 Betten. Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner:innen in Deutschland beträgt etwa 20 Tage, wobei in der Praxis häufig eine Prognose von etwa 3 bis 6 Monaten genannt wird (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, S. 94).

Die gesetzliche Grundlage für die stationären Hospize bildet § 39a Abs. 1 SGB V, der in Verbindung mit einer entsprechenden Rahmenvereinbarung regelt, dass stationäre Hospize für Patient:innen mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung anbieten. Stationäre Hospize verfügen über eine umfassende Ausstattung, die neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch psychologische, soziale und spirituelle Begleitung ermöglicht (ebd., S. 94).

Ein wichtiges Merkmal der stationären Hospize ist ihre Integration in eine vernetzte Versorgungsstruktur des regionalen Gesundheits- und Sozialsystems. Sie sind als Teil eines ambulanten, ehrenamtlichen Hospizdienstes zu verstehen, der das Hospiz ergänzen kann. Die Aufnahme in ein Hospiz ist dann angezeigt, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung entweder zu Hause oder in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung aufgrund zu hoher Belastung für die An- und Zugehörigen oder zu anspruchsvoller Pflege nicht mehr möglich ist, und wenn keine Krankenhausbehandlung mehr erforderlich ist (ebd., S. 94).

Voraussetzungen für die Aufnahme in ein Hospiz sind, dass die Patient:innen über die Nichtheilbarkeit ihrer Erkrankung und ihre begrenzte Lebenszeit informiert sind und der Aufnahme sowie der Versorgung im Hospiz zustimmen. In der Regel verbleiben etwa 90 % der Patient:innen bis zu ihrem Tod im Hospiz, wo sie durch ein multiprofessionelles Team sowie ehrenamtliche Helfer:innen betreut werden. Die Arbeit dieses Teams orientiert sich an den Bedürfnissen der Patient:innen sowie ihrer An- und Zugehörigen, um eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende zu gewährleisten (ebd., S. 94 f.).

2.5 Der aktuelle Forschungsstand

In der modernen Gesellschaft wurde das Thema Tod und Sterben über lange Zeit hinweg wenig betrachtet (Belan und Schiller, 2016, S. 23). Zwar existieren seit den 1960er Jahren Publikationen zur Palliativversorgung, jedoch widmen sich nur wenige davon den Pflegekräften. Erst mit zunehmender Aufmerksamkeit für Belastungen und Gesundheit im Arbeitsumfeld nahm ab den 1980er Jahren auch die Anzahl der Veröffentlichungen zu, die sich speziell mit den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der Palliativversorgung auseinandersetzen (Jünger, 2014, S. 22). Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die Belastungen und Bewältigungsstrategien in der APV sowie der SPV untersuchen. Zu Beginn erfolgt eine Erläuterung der Begriffe „*Belastungen*“ und „*Bewältigungsstrategien*“. Daneben werden auch die sieben Säulen der Resilienz dargestellt.

2.5.1 Begriffsdefinitionen

2.5.1.1 Belastungen: Definition und Bezug zum Pflegeberuf

Der Begriff „*Belastungen*“ wird in der Literatur zur Untersuchung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der APV und SPV verwendet. In Anlehnung an diese Studien, die ab dem Kapitel 2.5.2 näher dargestellt werden, wird der Begriff auch für die vorliegende Arbeit benutzt.

Im arbeitswissenschaftlichen Bereich wird eine Belastung als die „*Gesamtheit der äußeren Bedingungen und Anforderungen im Arbeitssystem, die auf den physiologischen und/oder psychologischen Zustand einer Person einwirken*“ (Breinbauer, 2020, S. 18) angesehen. Arbeitsbelastungen sind zunächst neutral zu verstehende Arbeitsbedingungen, die nicht mit negativen Auswirkungen einhergehen müssen. Wirken die Belastungen hingegen überfordernd für Mitarbeitende so können Stressreaktionen entwickelt werden und sich negativ auf die Gesundheit von Pflegekräften auswirken (ebd., 2020, S. 18). Pflegekräfte sind nicht nur physischen Belastungen, etwa durch das Umpositionieren von Patient:innen, sondern auch psychischen Herausforderungen ausgesetzt. Die Rahmenbedingungen, strukturellen Probleme und der Mangel an Personal sorgen für Belastungssituationen. Darüber hinaus stellen die Schichtarbeit, zusätzliche Sonderschichten und der Ausfall von Pausen wenig Möglichkeiten für eine ausreichende Erholung. In der Palliativversorgung gehört es dazu, Patient:innen und deren An- und Zugehörige angemessen im Sterbeprozess und nach dem Tod zu begleiten. Die Arbeitsbedingungen machen es aber schwer, eine humane Sterbebegleitung auszuführen. Diese Diskrepanz zwischen beruflicher Idealvorstellung und Arbeitsrealität kann für Pflegekräfte psychisch belastend sein. Gerade deshalb sind viele Pflegekräfte häufig von Burnout betroffen oder unterliegen einem erhöhtem Burnout-Risiko (ebd., S. 19-22).

2.5.1.2 Strategien im Umgang mit Belastungen

Inwieweit Stress und Belastungen als solche angesehen werden, hängt überwiegend davon ab, wie eine Person gelernt hat, mit Stress- und Belastungssituationen umzugehen und welche Ressourcen zur Stressbewältigung zur Verfügung stehen (Breinbauer, 2020, S. 30). Die Reaktionen auf verschiedene Stressoren werden hierbei als Bewältigungsstrategie oder auch Coping bezeichnet. Dabei sollte der Begriff „*Bewältigung*“ neutral betrachtet werden, da dieser nicht zwangsläufig mit einer Reduktion von Stress einhergeht, sondern sowohl positiv, dysfunktional als auch negativ verlaufen kann (Klingenberg, 2021, S. 44 f.).

Dabei ist ein wichtiger Schritt das Erkennen einer Überlastungssituation und die Analyse der individuellen Belastungslage. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit Bewältigungsmethoden und Ressourcen, die bereits zur Verfügung stehen oder angeeignet werden müssen (Breinbauer, 2020, S. 33 f.). Bewältigung findet dabei nicht ausschließlich auf individueller Ebene statt, sondern kann auch gemeinschaftlich erfolgen, welche die Nutzung kollektiver Ressourcen umfasst (Klingenberg, 2021, S. 48 f.).

Zudem wird Bewältigung von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Persönliche Merkmale wie Persönlichkeit, Alter oder Geschlecht spielen hierbei eine Rolle. Beispielsweise entwickeln ältere Menschen oftmals durch die Lebenserfahrungen Fähigkeiten, um mit Stressoren einfacher umzugehen. Ebenso können soziale Faktoren wie das Umfeld Einfluss nehmen. Dazu hat sich gezeigt, dass Personen, die in ähnlichen räumlichen Gegebenheiten leben, oft vergleichbare Bewältigungsstrategien aufweisen. Auf betrieblicher Ebene können das Arbeitsklima und die Organisationskultur die Wahl und Wirksamkeit der Bewältigungsstrategien mitgestalten (ebd., S. 52).

2.5.1.3 Die sieben Säulen der Resilienz

Resilienz bezeichnet die Fähigkeit, trotz belastender oder stressreicher Lebensereignisse psychisch gesund zu bleiben und sich an herausfordernde Situationen anzupassen (Düpjohann et al., 2024, S. 46). Die individuelle Ausprägung von Resilienz wird durch genetische Dispositionen sowie durch den intrauterinen Entwicklungsverlauf geprägt. Gleichzeitig handelt es sich um eine dynamische Fähigkeit, die über die gesamte Lebensspanne hinweg weiterentwickelt werden kann (Matten und Pausch, 2024, S. 83).

Zur Stärkung der Resilienz werden in der Literatur sieben zentrale Faktoren beschrieben. Erstens fördert ein optimistischer Grundansatz die Überzeugung, dass belastende Situationen zeitlich begrenzt sind und bewältigt werden können. Zweitens wird die Akzeptanz von Belastungen als Voraussetzung für die Entwicklung von Handlungsstrategien betrachtet. Drittens spielt eine lösungsorientierte Perspektive eine entscheidende Rolle, indem sie eine ganzheitliche Analyse der Belastungssituation ermöglicht und den Fokus auf mögliche Lösungsansätze legt. Viertens wird betont, dass Herausforderungen nicht als unüberwindbar betrachtet werden sollten, sondern dass die eigenen Ressourcen und Stärken gezielt genutzt werden können. An fünfter Stelle ist die Übernahme von Verantwortung wesentlich, da eine Externalisierung von Schuldgefühlen die Resilienzentwicklung hemmen kann. Darüber hinaus wird das soziale Umfeld als bedeutender Schutzfaktor hervorgehoben, da es Sicherheit und emotionale Unterstützung bietet.

Schließlich beschreibt die siebte Säule die Zukunftsorientierung, bei der vergangene Erfahrungen genutzt werden, um zukünftige Belastungssituationen besser bewältigen zu können (Düppjohann et al., 2024, S. 46). Nachfolgend werden die Studienergebnisse aus der SPV und APV in Bezug auf die Belastungen und Bewältigungsstrategien vorgestellt.

2.5.2 Belastungen in der spezialisierten Palliativversorgung

Mehrere nationale Studien belegen, dass Pflegekräfte in der SPV unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt sein können. Eine Studie aus dem Jahr 2009 untersuchte die Frage, wie viel Tod ein Team auf einer Palliativstation verkraften kann. Hierfür wurde eine bundesweite explorative Befragung auf 95 Palliativstationen durchgeführt, an der insgesamt 873 Mitarbeitende aus der SPV teilnahmen. Die Stichprobe umfasste vor allem Pflegekräfte, die mit einem Anteil von fast 75 % die größte Berufsgruppe darstellten, sowie Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen, um berufsgruppenspezifische Unterschiede identifizieren zu können. Die Teilnehmenden wurden zu den Faktoren befragt, die sie als belastend empfinden. Als häufigster Belastungsfaktor wurde ein „*nicht erfüllbarer Anspruch der Palliativmedizin*“ genannt, der sich unter anderem in Zeit- und Personalmangel sowie psychosozialen Faktoren manifestierte. Der zweithäufigste Belastungsfaktor war die Beziehung zu den Patient:innen, wobei insbesondere emotionale Nähe, die Betreuung junger Patient:innen, Ähnlichkeiten zur eigenen Lebenssituation sowie die Versorgung von Patient:innen mit jungen Kindern als herausfordernd beschrieben wurden (Müller et al., 2009, S. 2–4).

Aktuellere Studien haben sich vertiefend mit Belastungs- und Schutzfaktoren in der Palliativversorgung beschäftigt, wobei der Fokus hier auf die Zielgruppe der Pflegekräften lag. In einer Pilotstudie von Ates et al. (2019) wurden Belastungs- und Schutzfaktoren in Teams der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen untersucht. Dabei kam ein Mixed-Method-Design zum Einsatz, das Expert:innenworkshops und eine Fragebogenerhebung umfasste (ebd., S. 7). Die befragten Pflegekräfte nannten als zentrale Belastungsfaktoren die hohe Patient:innenzahl sowie die zunehmende Anzahl organisatorischer Aufgaben. Darüber hinaus wurden die Unmöglichkeit, Rituale zu praktizieren, die emotionale Nähe zur eigenen Lebenssituation sowie die hohe persönliche Anspruchshaltung in der Versorgung als belastend beschrieben (ebd., S. 14).

Neben dieser Studie haben Diehl et al. (2019) sich bereits in mehreren Studien mit den Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften in der SPV auseinandergesetzt. Im Jahr 2019 untersuchten sie dieses Thema im Rahmen einer explorativen Querschnittstudie. Ziel der

Untersuchung war ein Vergleich der Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften aus der SAPV, Hospizen und Palliativstationen in Rheinland-Pfalz. Insgesamt beteiligten sich 148 Pflegekräfte an der Befragung, die mit einem selbst entwickelten halbstandardisierten Fragebogen durchgeführt wurde. Die Rücklaufquote variierte je nach Institution. An der Studie nahmen Pflegekräfte aus 19 Palliativstationen, 9 Hospizen und 7 SAPV-Teams teil (ebd., S. 211-214).

Zu den Ergebnissen zählten, ähnlich wie bei Ates et al., organisatorische Belastungen, darunter eine hohe Anzahl patient:innenferner Aufgaben, die von etwa der Hälfte der befragten Pflegekräfte als belastend angegeben wurden. Zusätzlich empfand jede dritte Pflegekraft die Wochenend- und Feiertagsarbeit sowie den häufigen Zeitdruck als herausfordernd. Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen: Pflegekräfte aus der SAPV und von Palliativstationen berichteten häufiger von einer Belastung durch die Betreuung einer hohen Anzahl von Patient:innen im Vergleich zu Mitarbeitenden in Hospizen, die diesen Aspekt seltener nannten (Diehl et al., 2019, S. 214).

Als emotional belastend wurden insbesondere der Umgang mit depressiven Patient:innen sowie Situationen, in denen Menschen allein verstarben, empfunden. Diese Erfahrungen wurden häufiger von Pflegekräften der SAPV und von Palliativstationen berichtet. Ebenso wurden qualvolle Todesumstände sowie der Tod von Patient:innen mit kleinen Kindern als besonders belastend wahrgenommen. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte empfand trauernde Eltern als eine besondere Herausforderung. Pflegekräfte auf Palliativstationen gaben zudem häufiger an, dass das Sterben und der Tod junger Patient:innen für sie belastender sei als für Mitarbeitende in der SAPV oder in Hospizen. Die Konfrontation mit vier oder mehr Todesfällen pro Woche wurde von über der Hälfte der Befragten als belastend beschrieben (ebd., S. 214 f.).

Darüber hinaus stellt die Betreuung von An- und Zugehörigen eine häufige Belastungsquelle dar. Über die Hälfte der Pflegekräfte fühlte sich durch An- und Zugehörige, die die Situation ihrer sterbenden Angehörigen nicht akzeptieren wollten, belastet. Für jede zweite Pflegekraft stellten auch aggressive oder Unruhe stiftende An- und Zugehörige eine Herausforderung dar. Pflegekräfte auf Palliativstationen berichteten zudem häufiger von einer Belastung durch mangelnde Zeit für Gespräche mit An- und Zugehörigen im Vergleich zu Mitarbeitenden in Hospizen oder der SAPV (ebd., S. 217).

Trotz der vielfältigen Belastungen stimmte die Mehrheit der Teilnehmenden der Aussage zu, dass die Belastung durch das Sterben und den Tod geringer ausfällt, wenn die Patient:innen gut versorgt wurden (ebd., S. 215).

In einer weiteren Studie, die in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Palliative Care in Baden-Württemberg (KOMPACT) durchgeführt wurde, wurden Pflegekräfte aus dem stationären Bereich auf Palliativstationen und dem ambulanten Bereich (hier aus der SAPV) hinsichtlich ihres subjektiven Gesundheitszustands und ihres psychischen Wohlbefindens verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass etwa 60 % der befragten Pflegekräfte eine signifikant hohe Belastung aufwiesen. Dabei konnte ein Zusammenhang zwischen dem psychischen Befinden und einem Gesamtbelastungswert festgestellt werden, der durch den Fragebogen zur Belastung von Ärzten und Schwestern (FBAS) ermittelt wurde (Herschbach, 1991, S. 434-438). Eine geringe psychische Belastung korrelierte mit einem niedrigen Gesamtbelastungswert, während eine erhöhte psychische Belastung mit einem höheren Gesamtbelastungswert einherging (Gencer et al., 2019, S. 94 f.). Im Vergleich zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zeigte sich, dass der Gesamtbelastungswert bei den Pflegekräften auf Palliativstationen im Vergleich zu denen im ambulanten Bereich signifikant höher ausfiel (ebd., S. 94).

2.5.3 Belastungen in der allgemeinen Palliativversorgung

Diehl et al. (2021a) beschäftigten sich auch mit den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der APV im Rahmen einer Querschnittsbefragung. Ziel der Studie war es, die zentralen Herausforderungen in der Pflege palliativversorgter Patient:innen sowie Unterschiede zwischen den Versorgungssettings Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser, aufzuzeigen (ebd., S. 81 f.).

Für die Befragung wurden 437 Pflegekräfte, darunter auch Pflegehelfer:innen, mittels eines Fragebogens interviewt, der in einer Pilotstudie zur Arbeitssituation und Gesundheit von Pflegekräften in der SPV entwickelt worden war. Rund 80 Prozent der Teilnehmenden arbeiteten in Pflegeheimen, während etwa 20 % in ambulanten Pflegediensten tätig waren. Der Fokus der Untersuchung lag auf der Belastungssituation, der Einschätzung der Versorgungsqualität und den palliativpflegerischen Kompetenzen der Befragten (ebd., S. 85 f.).

Als häufigste Belastung nannten die Pflegekräfte die beruflichen Rahmenbedingungen. So berichteten 54 %, dass sie sich durch die Betreuung von zu vielen Patient:innen belastet fühlen. Über die Hälfte der Befragten empfand ihre Arbeit als emotional stark belastend, während 52 % das Alleinstirben von Patient:innen als belastend wahrnahmen. Ebenso gaben knapp 50 % an, dass depressive Patient:innen eine Herausforderung darstellen. Wie auch in der SPV wurden unruhige An- und Zugehörige von 52 % der Befragten als belastend empfunden. Zudem wurde das Heben und Tragen von Patient:innen als körperlich herausfordernd bewertet (ebd., S. 86).

Die Qualität der palliativpflegerischen Versorgung wurde von über der Hälfte der Teilnehmenden als gut oder sehr gut eingeschätzt. Etwa 30 % bewerteten sie als teils/teils, während 12 % die Versorgungsqualität als schlecht oder sehr schlecht einstufen. Pflegekräfte in Pflegeheimen beurteilten die Versorgungsqualität dabei schlechter als ihre Mitarbeitenden aus ambulanten Pflegediensten (ebd., S. 86).

Die Unterstützung durch speziell ausgebildete Palliativpflegekräfte wurde von 77 % der Befragten als hilfreich angesehen. Ein Viertel der Pflegekräfte äußerten den Wunsch, ihre palliativpflegerischen Kompetenzen zu erweitern, erhielten jedoch keine Unterstützung durch die Arbeitgeber:innen. Zudem gaben 11 % der Befragten an, sich überfordert zu fühlen, wenn sie palliativpflegerisch tätig sind (ebd., S. 85).

2.5.4 Ressourcen in der Palliativversorgung

In der zuvor erwähnten Studie von Diehl et al. (2019) wurden neben den Belastungen auch die Ressourcen von Pflegefachkräften in der SPV analysiert. Als unterstützende organisatorische Ressourcen wurden Gedenkbücher, Rituale, Fortbildungen sowie Gruppensupervisionen identifiziert, die dazu beitragen, berufliche Belastungen besser zu bewältigen (ebd., S. 218). Zu den drei am häufigsten genannten persönlichen Ressourcen zählten die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit, Humor und Selbstfürsorge. Bei den sozialen Ressourcen wurde von Pflegekräften auf Palliativstationen und in der SAPV die eigene Familie häufiger als sehr hilfreich bewertet als von Pflegekräften in Hospizen (ebd., S. 218).

Darüber hinaus wurde das interprofessionelle Team als zentrale Ressource hervorgehoben. Über 80 % der Teilnehmenden gaben an, dass schwierige Situationen im Team gemeinsam bewältigt werden, und mehr als 90 % betonten, dass sie ihre Tätigkeit ohne ein gut funktionierendes Team nicht ausüben könnten (ebd., S. 218). Diese Befunde werden durch die Studie von Ates et al. (2019) gestützt, in der das Team ebenfalls als zentraler Schutzfaktor zur Bewältigung von Belastungen beschrieben wurde. Zusätzlich wurde in dieser Studie die Professionalität der Pflegekräfte als wichtige Ressource genannt (ebd., S. 15). Ähnliche Ergebnisse liefert die Studie von Müller et al. (2014), in der das Team als bedeutsamster Schutzfaktor identifiziert wurde, gefolgt von Humor und dem Privatleben als weitere Ressourcen (ebd., S. 3).

Neben diesen Ressourcen scheint auch die Resilienz eine entscheidende Rolle zu spielen, da sie Pflegekräften helfen kann, mit den vielfältigen Belastungen im Arbeitsalltag umzugehen und ihre psychische Gesundheit zu erhalten. Dies zeigt sich in der folgenden Studie von Ablett und Jones (2006) (ebd., S. 734).

In der qualitativen Studie aus England wurde untersucht, welche Faktoren Pflegekräften dabei helfen, Resilienz aufrechtzuerhalten und ihr Wohlbefinden zu bewahren, während sie mit unheilbar erkrankten Menschen sowie deren An- und Zugehörigen arbeiten (ebd., S. 733). Die Studie umfasste eine Stichprobe von zehn Pflegekräften aus einem Hospiz, mit denen halbstrukturierte Interviews auf der Grundlage eines Leitfadens durchgeführt wurden. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer interpretativen phänomenologischen Analyse (IPA) (ebd., S. 734 f.).

Zu den zentralen Ergebnissen gehörte die bewusste Entscheidung der Pflegekräfte, in der Palliativversorgung tätig zu sein. Einige Teilnehmende äußerten den Wunsch, langfristig in diesem Bereich zu arbeiten. Viele der Befragten betrachteten die Begleitung von Menschen am Lebensende als ein Privileg und zeigten ein hohes Maß an Engagement und Verpflichtung gegenüber ihrer Tätigkeit (ebd., S. 735 f.).

Darüber hinaus berichteten mehrere Pflegekräfte, dass sie durch ihre Arbeit ein stärkeres Bewusstsein für die eigene Sterblichkeit entwickelt hatten. Diese Reflexion schien bei einigen Teilnehmenden zu einer gesteigerten Lebensfreude zu führen, da sie versuchten, ihr eigenes Leben bewusster zu gestalten und Dankbarkeit für das eigene Dasein zu empfinden (ebd., S. 735 f.).

Als belastende Aspekte der Hospizarbeit wurde insbesondere die Kommunikation mit An- und Zugehörigen genannt, vor allem in Situationen, in denen diese Schwierigkeiten hatten, mit dem Sterben und Tod umzugehen (ebd., S. 736 f.).

Die Pflegekräfte beschrieben ihr Arbeitsumfeld als positiv, da sie ausreichend Zeit hatten, um mit den Patient:innen zu sprechen und ihnen zuzuhören. Als wichtige Bewältigungsstrategien wurde der Einsatz von Humor, die Aufrechterhaltung einer gesunden Work-Life-Balance sowie die Nutzung sozialer Netzwerke identifiziert (ebd., S. 736). Zudem betonten die Teilnehmenden die Notwendigkeit, professionelle Grenzen zu wahren, um sich vor emotionalen Belastungen zu schützen (ebd., S. 737).

Diese Studie unterstreicht die Bedeutung von individuellen Ressourcen und Bewältigungsstrategien für die Aufrechterhaltung von Resilienz und Wohlbefinden in der Hospiz- und Palliativversorgung.

Nach aktuellem Kenntnisstand existieren bislang keine Studien, die spezifisch Ressourcen oder Bewältigungsstrategien ausschließlich in der APV untersucht haben. Im Folgenden wird jedoch

eine Studie von Diehl et al. vorgestellt, die erstmalig in Deutschland einen Vergleich zwischen der APV und der SPV vornimmt und dabei auch Ressourcen in der APV berücksichtigt.

2.5.5 Vergleich zwischen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung

Diehl et al. (2021b) führten eine nationale Querschnittsstudie durch, in der Belastungen, Ressourcen, Gesundheitszustände und das Wohlbefinden von Pflegekräften in der APV und der SPV untersucht wurden. Die Studie basierte auf quantitativen Forschungsmethoden und umfasste eine Stichprobe von 1.753 Pflegefachkräften (ebd., S. 1).

Die Verteilung der Pflegekräfte in der APV ergab, dass etwa 80 % in Pflegeheimen und die verbleibenden 20 % in der ambulanten Pflege tätig waren. In der SPV arbeiteten knapp 40 % der Pflegekräfte in Hospizen, während sich die übrigen auf Palliativstationen oder Einrichtungen der SAPV verteilten (ebd., S. 13).

Die Studie zeigte, dass Pflegekräfte in der SPV im Vergleich zur APV höhere Werte in Bezug auf emotionale Anforderungen, pflegebedingte Belastungen sowie die Belastung durch die Betreuung von An- und Zugehörigen berichteten (ebd., S. 15). Dagegen litten Pflegekräfte in der APV häufiger unter chronischen Rückenbeschwerden, die von 52 % der APV-Pflegekräfte angegeben wurden, während der Anteil in der SPV bei 38,3 % lag (ebd., S. 16). Zudem äußerten mehr APV-Pflegekräfte die Absicht, den Beruf zu verlassen (ebd., S. 16). Obwohl SPV-Pflegekräfte insgesamt eine höhere Belastung berichteten, schätzten sie ihren subjektiven Gesundheitszustand besser ein und zeigten eine geringere Absicht, den Beruf zu verlassen (ebd., S. 22).

Der Gesundheitszustand wurde von den Pflegekräften in der APV als schlechter bewertet, und in dieser Gruppe wurden auch höhere Werte auf der Burnout-Skala festgestellt als bei den Teilnehmenden aus der SPV (ebd., S. 16).

Hinsichtlich der Ressourcen zeigte sich, dass SPV-Pflegekräfte häufiger Religiosität, Spiritualität, die Sinnhaftigkeit der Arbeit, sportliche Aktivitäten, Selbstfürsorge und die Dankbarkeit von An- und Zugehörigen als Ressourcen angaben. Zudem berichteten sie signifikant häufiger über Anerkennung durch das soziale Umfeld, Vorgesetzte, Mitarbeitende sowie Patient:innen und deren An- und Zugehörige als Pflegekräfte aus der APV (ebd., S. 15 f.).

Darüber hinaus wurde in dieser Studie die Resilienz der Pflegekräfte mithilfe der Resilienzskala-13 gemessen (Leppert et al., 2008, S. 13–17). Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Jeweils etwa 50 % der Pflegekräfte in der APV

und SPV wiesen eine hohe Resilienz auf, während in beiden Gruppen rund 28 % eine geringe Resilienz aufwiesen (Diehl et al., 2021b, S. 16).

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass SPV-Pflegekräfte häufiger von emotionalen Anforderungen berichteten, während APV-Pflegekräfte stärker durch quantitative Anforderungen belastet waren. Letztere umfassen Aspekte des Arbeitsumfelds, die sich auf den Umfang und die zeitlichen Bedingungen der zu erledigenden Arbeit beziehen (ebd., S. 19).

Aufbauend auf der dargestellten aktuellen Forschungslage werden im Folgenden die Zielsetzung und Fragestellung dieser Arbeit präzisiert

3. Zielsetzung und Fragestellung

Der aktuelle Forschungsstand macht deutlich, dass Pflegekräfte in der SPV und APV mit vielfältigen Belastungen konfrontiert sein können. Die Studien zeigen, dass diese Belastungen je nach Versorgungssetting unterschiedlich wahrgenommen werden. Insbesondere in der SPV spielen interprofessionelle Teams und die Sinnhaftigkeit der Arbeit eine entscheidende Rolle als Ressourcen, um den Herausforderungen des Arbeitsalltags besser begegnen zu können (Diehl et al., 2021; Ates et al., 2019; Ablett und Jones, 2006).

Allerdings fehlen bislang detaillierte Erkenntnisse zu den Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der APV. Während Diehl et al. (2019) gezielt die Belastungen und Ressourcen in der SPV untersuchten (ebd., S. 218), existieren vergleichbare Daten zur APV bisher nicht. Zudem wurde das Konstrukt der Resilienz, das als zentraler Schutzfaktor in der Bewältigung beruflicher Belastungen gelten kann, in bisherigen Studien zwar identifiziert, jedoch nicht vertiefend im Kontext der APV und SPV analysiert.

Vor diesem Hintergrund legt diese Bachelorarbeit den Fokus darauf, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der APV und SPV im Rahmen einer qualitativen Erhebung zu analysieren. Dabei soll untersucht werden, wie Pflegekräfte in beiden Versorgungsbereichen mit den Herausforderungen umgehen und welche Faktoren ihre Widerstandsfähigkeit fördern. Das Konstrukt der Resilienz dient dabei als theoretische Grundlage und wird mit den eigenen Ergebnissen in Beziehung gesetzt.

Die Forschungsfrage lautet:

„Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen in den Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung?“

In den folgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen detailliert dargestellt und erläutert. Dabei werden die einzelnen Schritte der qualitativen Untersuchung systematisch beschrieben, um eine nachvollziehbare Darstellung der angewandten Methodik zu gewährleisten.

4. Methodisches Vorgehen

4.1. Vorbereitung der Datenerhebung

4.1.1 Literaturrecherche

Um die Forschungsfrage zu bearbeiten, erfolgte zunächst eine umfassende Auseinandersetzung mit der aktuellen Studienlage. Hierzu erfolgte eine Literaturrecherche unter Nutzung des HAW-Katalogs sowie der Datenbanken PubMed, Livivo und Google Scholar. Als Suchbegriffe kamen hauptsächlich „*Palliative Care*“, „*Palliativversorgung*“, „*Palliativpflege*“, „*Psychological Stress*“, „*Stress*“, „*Belastungen*“, „*Bewältigungsstrategien*“ und „*Resilienz*“ zum Einsatz, die mit den Booleschen Operatoren „*AND*“ und „*OR*“ kombiniert wurden. Relevante Bücher, Studien und Artikel wurden durch Sichtung der Titel und Abstracts aus den Suchergebnissen ausgewählt und für die Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds sowie zur kontextuellen Einordnung der Ergebnisse verwendet.

4.1.2 Sampling

Im Folgenden wird die Auswahl der Fälle für die Datenerhebung des Forschungsvorhabens erläutert. Im Fokus des Forschungsinteresses standen Expert:innen aus der Palliativversorgung. Dabei ist hervorzuheben, dass grundsätzlich jede Person als Expert:in gelten kann, sofern sie in einem spezifischen Bereich über vertiefte Kenntnisse verfügt, die für die Forschung relevant sind. Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde angestrebt, die Perspektive der befragten Expert:innen auf das Forschungsinteresse möglichst einheitlich zu gestalten. Daher wurden gezielt Personen einbezogen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit eine besondere Expertise in der APV oder SPV aufweisen konnten (Bogner et al., 2014, S. 11).

In dieser Bachelorarbeit kam der Ansatz des purposive Samplings zum Einsatz. Hierbei wurden relevante Fälle gezielt aus der Grundgesamtheit ausgewählt und analysiert. Um ein zielgerichtetes Sampling sicherzustellen, wurden Pflegekräfte aus der APV und der SPV anhand klar definierter Kriterien rekrutiert, die eine inhaltliche Passung zur Forschungsfrage gewährleisten sollten. Dabei wurde entschieden, ausschließlich Pflegekräfte mit einer dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung einzubeziehen, die in der APV oder SPV tätig sind. Dies sollte sicherstellen, dass die Teilnehmenden über ausreichende Fachkenntnisse verfügen. Zusätzlich wurde die Beherrschung der deutschen Sprache vorausgesetzt, um Missverständnisse während der Interviews zu vermeiden. Alter und Geschlecht der Teilnehmenden wurden für die Erhebung als irrelevant angesehen, da die fachliche Expertise im Bereich der Palliativversorgung den entscheidenden Faktor darstellte. Zentral für die Auswahl war der regelmäßige Umgang mit Menschen, die palliativ betreut werden, da dieser Aspekt die Praxiserfahrung der Teilnehmenden unterstreicht (Misoch, 2015, S. 194-198).

4.1.3 Expert:inneninterviews als Erhebungsinstrument

Um die subjektiven Erfahrungen der Pflegekräfte zu erfassen, wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Da der Begriff „*halbstrukturierte Interviews*“ verschiedene Interviewtechniken umfasst, wurden die Interviews in Form von Expert:inneninterviews leitfadengestützt gestaltet (Misoch, 2015, S. 13, S. 65). Die Interviews wurden teilstandardisiert durchgeführt, um eine Balance zwischen strukturierten Vorgaben und offener Kommunikation zu gewährleisten. Dieser Ansatz ermöglichte es, den Gesprächsverlauf flexibel zu halten, während dennoch ein thematischer Rahmen vorgegeben wurde (Helfferich, 2014, S. 562).

Ein einheitlicher Interviewleitfaden wurde eingesetzt, um sicherzustellen, dass alle relevanten Themen systematisch behandelt und die Erhebung irrelevanter Daten weitgehend vermieden werden (siehe Anhang 3) (ebd., S. 563). Darüber hinaus trug der Leitfaden dazu bei, die Ergebnisse besser vergleichbar zu machen, da die Interviews durch die vorgegebenen Schlagworte und Frageoptionen eine ähnliche Struktur aufwiesen (ebd., S. 565 f.).

Um den Pflegekräften die Möglichkeit zu geben, eigene Impulse einzubringen und individuelle Schwerpunkte zu setzen, wurde der Leitfaden in den Interviews lediglich als Orientierungshilfe genutzt (ebd., S. 562).

4.1.4 Leitfadenentwicklung

Die Entwicklung der Fragen des Leitfadens erfolgte auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche sowie unter Berücksichtigung forschungsleitender Interessen. In einem ersten Schritt wurden potenzielle Fragen gesammelt und anschließend hinsichtlich ihrer Relevanz für das Forschungsinteresse überprüft, gegebenenfalls verworfen oder inhaltlich und sprachlich überarbeitet. Die finale Strukturierung der Fragen orientierte sich sowohl an der zeitlichen Abfolge des Interviews als auch an der inhaltlichen Kohärenz (Helfferich, 2014, S. 567).

Auf dieser Basis wurden vier thematische Blöcke definiert. Jeder Themenblock umfasste zentrale Leitfragen sowie optionale Vertiefungsfragen, die bei Bedarf, insbesondere im Falle einer unzureichenden Beantwortung der Hauptfragen, zum Einsatz kamen. Die Reihenfolge der Themenblöcke wurde bewusst flexibel gehalten, um auf den individuellen Gesprächsverlauf eingehen zu können, ohne diesen durch eine starre Struktur zu beeinflussen. Der erste Block diente der Gesprächseröffnung und der organisatorischen Einführung. Im zweiten Block erfolgte der Einstieg in das Interview mithilfe einer Frage. Der dritte Block thematisierte die Belastungen sowie die individuellen Bewältigungsstrategien der Teilnehmenden. Der vierte Block bildete den Abschluss des Interviews, in dem offene Fragen geklärt und die Verabschiedung vorgenommen wurde (Bogner et al., 2014, S. 27–30). Im Kapitel 4.2 wird die Durchführung der Interviews näher erläutert.

Vor der eigentlichen Datenerhebung wurde der Einsatz des Leitfadens in einem Pretest mit einer Pflegekraft aus der APV, die selbst nicht an der Studie beteiligt war, geprüft. Dadurch konnten sowohl der geplante Zeitrahmen als auch die Funktionalität des Leitfadens überprüft und angepasst werden (ebd., S. 34).

4.1.5 Aufklärung und Schutz der Forschungsdaten

Nach der Entwicklung des Leitfadens wurden Dokumente im Rahmen des Datenschutzes und der Vorbereitung zur Datenerhebung erstellt. Dazu zählte unter anderem ein Formular zur Erfassung sozio-demographischer Daten, auf dem die Teilnehmenden Angaben wie Berufserfahrung und absolvierte Fortbildungen machen konnten (siehe Anhang 1.2). Die erhobenen sozio-demographischen Daten der Pflegekräfte werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargestellt (Misoch, 2015, S. 19).

Um sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden ausreichend über die Studie informiert sind, wurde eine Studieninformation erstellt. Diese klärte die Pflegekräfte über Ziel und Inhalte des

Forschungsvorhabens auf und betonte die Freiwilligkeit an der Teilnahme. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Interviews nicht verpflichtend ist und die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Zusätzlich wurden eine Datenschutzerklärung und eine schriftlich zu unterzeichnende Einwilligungserklärung erstellt (siehe Anhang 1.3, 1.4) (Gebel et al., 2017, S. 18-22).

Für die Aufzeichnung der Interviews wurde ein digitales Aufnahmegerät der Hochschule genutzt. Um die erhobenen Daten sicher zu speichern, wurde ein passwortgeschützter USB-Stick vorbereitet, der nach der Datenerhebung in einem verschließbaren Schrank verwahrt wurde.

Die Daten wurden pseudonymisiert, das heißt die direkten Identifikationsmerkmale wurden durch Umschreibungen ersetzt, um die Bestimmung der Teilnehmenden auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (ebd., S. 15). In der folgenden Arbeit werden die Teilnehmenden als Pflegekraft 1-4 betitelt. Diese Darstellung wird im Kapitel 5.1 näher erläutert.

Bei Forschungen zu sensiblen Themen ist es heutzutage oft erforderlich, eine Genehmigung durch eine Ethikkommission einzuholen. Im Vorfeld wurde daher eine Checkliste für einen Ethikantrag ausgefüllt, die darauf hinwies, dass ein solcher Antrag aufgrund der Erhebung sensibler Daten erforderlich wäre (Misoch, 2015, S. 18). Nach Rücksprache mit den betreuenden Professorinnen wurde jedoch entschieden, im Rahmen dieser Bachelorarbeit keinen Ethikantrag einzureichen. Stattdessen erfolgte die Vorbereitung der Datenerhebung in enger Abstimmung mit der erstbetreuenden Professorin, um die Einhaltung der ethischen Standards zu gewährleisten.

4.1.6 Feldzugang und Kontaktaufnahme

Nach Festlegung der gewünschten Stichprobe wurden potenzielle Interviewpartner:innen kontaktiert. Über ein bestehendes berufliches Netzwerk konnten zwei Pflegekräfte aus der APV für ein Interview gewonnen werden. Diese wurden persönlich angesprochen und erklärten sich direkt bereit, an der Studie teilzunehmen. Zusätzlich unterstützte ein Gatekeeper, der in der SPV tätig ist, den Rekrutierungsprozess in diesem Bereich (Misoch, 2015, S. 187). Die Kontaktaufnahme mit den Pflegekräften der SPV erfolgte zunächst per E-Mail und wurde anschließend durch ein Telefonat ergänzt, in dem das weitere Vorgehen detailliert erläutert wurde.

Alle potenziellen Teilnehmenden wurden umfassend über das Forschungsvorhaben informiert. Dabei wurden auch die Rahmenbedingungen, wie die geschätzte Dauer der Interviews und die gewünschte Audioaufzeichnung, transparent kommuniziert. Insgesamt konnten sechs Personen

als potenzielle Interviewpartner:innen identifiziert werden. In Abstimmung mit den Pflegekräften wurden individuelle Termine für die Interviews vereinbart.

Trotz anfänglicher Bereitschaft entschieden sich zwei Personen aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen gegen eine Teilnahme. Schlussfolgernd erklärten sich vier Pflegekräfte bereit, an den Interviews teilzunehmen, jeweils zwei aus der APV und SPV.

In der qualitativen Forschung wird häufig der Begriff der Sättigung verwendet, der besagt, dass die Fallauswahl und Datenerhebung als abgeschlossen betrachtet werden, sobald bei der Einbeziehung weiterer Fälle keine neuen Informationen mehr gewonnen werden. In dieser Arbeit wird das Ziel der Sättigung verfolgt (Schreier, 2020, S. 27).

4.2 Durchführung der Interviews

Um eine angenehme und ungestörte Atmosphäre zu schaffen, wurden die Interviews im privaten Umfeld der Pflegekräfte durchgeführt. Dieses vertraute Setting erleichtert es Menschen oft, offen über sensible Themen zu sprechen, was die Qualität der erhobenen Daten positiv beeinflussen kann. Alle Interviews fanden daher bei den Teilnehmenden zu Hause statt, um mögliche Störfaktoren zu minimieren und eine hohe Datenqualität zu gewährleisten (Misoch, 2015, S. 209).

Nach der Begrüßung der Teilnehmenden wurden die Interviews sorgfältig vorbereitet. Zu Beginn der Gespräche wurde je nach Bedarf eine persönliche Vorstellung gegeben. Bei zwei Teilnehmenden aus der APV war dies nicht erforderlich, da bereits ein beruflicher Kontakt bestand. Anschließend wurden das Thema des Interviews, die geschätzte Dauer und das übergeordnete Forschungsvorhaben erläutert. Zudem wurde den Teilnehmenden für ihre Gesprächsbereitschaft gedankt (Misoch, 2015, S. 68).

Zur Unterstützung dieser Einführung wurde eine schriftliche Studieninformation bereitgestellt, die mündlich von der Forscherin erklärt wurde. Außerdem wurde das Formular für die soziodemografischen Daten überprüft, und eventuell fehlende Angaben wurden nachgetragen. Im nächsten Schritt wurden die Teilnehmenden über die Datenschutzerklärung informiert, insbesondere in Bezug auf die vertrauliche Behandlung der Daten, die Pseudonymisierung und die Freiwilligkeit der Teilnahme. Abschließend wurde die Einwilligungserklärung erläutert und von den Teilnehmenden schriftlich unterzeichnet (ebd., S.68). Nach der Zustimmung zur Teilnahme wurde die Audioaufnahme mit einem digitalen Aufnahmegerät gestartet. Das Interview begann mit der Einstiegsfrage aus dem Leitfaden, die speziell darauf ausgelegt war, die

anfängliche Nervosität zu reduzieren. Wie zuvor beschrieben, enthielt der Leitfaden neben den Hauptfragen auch potenzielle Nebenfragen, um den Erzählfluss zu fördern (ebd., S. 68).

Einige Interviewpartner:innen berichteten frei und ausführlich zu den verschiedenen Themenblöcken, sodass keine Nachfragen erforderlich waren. Andere hingegen benötigten gezielte Nebenfragen, um den Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten. Sobald der Eindruck entstand, dass alle relevanten Themen behandelt wurden, leitete die Forscherin das Ende des Interviews ein. Dabei wurde nochmals gefragt, ob es noch zusätzliche Aspekte gäbe, die berücksichtigt werden sollten (ebd., S. 68).

Nach Abschluss des Interviews wurde den Teilnehmenden für ihre Mitwirkung gedankt. Zudem wurde nach dem Befinden gefragt, um sicherzustellen, dass keine Belastung durch das Gespräch entstanden ist. Die durchschnittliche Dauer der Interviews lag bei 30 Minuten.

4.3 Auswertung der erhobenen Daten

4.3.1 Transkription

Für diese Arbeit wurde eine inhaltlich-semantische Transkription gewählt, die sich auf eine gute Lesbarkeit und nicht zu umfangreiche Umsetzungsdauer fokussiert. Angaben zu para- oder auch nonverbalen Äußerungen finden daher weniger Beachtung. Bei dieser Art wurde wörtlich, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend transkribiert. Da beispielweise Dialekte oder die Betonung von Wörtern für das gewählte Forschungsdesign nicht essenziell waren, wurde diese Form der Transkription verwendet (Dresing und Pehl, 2018, S. 17, S. 19).

Im Vorgehen wurden Regeln für die Transkription standardisiert, sodass sie für alle Interviews und Verschriftlichungen gleichermaßen gelten konnten (Misoch, 2015, S. 260). Darunter wurden Dialekte ins Hochdeutsche übersetzt, Wortschleifungen an das Schriftdeutsch angenähert, was bedeutet, dass Satzformen wie „*So 'n Buch*“ zu „*so ein Buch*“ umformuliert wurden. Weiterführend wurden umgangssprachliche Partikel wie „*ne*“ mittranskribiert. Nicht vollendete Sätze erhielten eine Kennung durch das Abbruchzeichen „/“. Aufgrund einer verbesserten Lesbarkeit erfolgte eine Glättung der Interpunktion, das bedeutet, bei nicht eindeutiger Betonung wurde eher ein Punkt statt eines Kommas gesetzt. Rezeptionssignale wie „*hm*“, „*aha*“ oder „*ja*“ wurden nicht transkribiert, außer sie gelten als direkte Antwort auf eine Frage. Entstehen Pausen im Redefluss ab drei Sekunden, wurden durch „(...“ dargestellt. Zudem wurde durch Versalien eine besondere Betonung von Wörtern aufgezeigt. Nonverbale, emotionale

Äußerungen, welche die Aussage der Sprecher:innen verdeutlichen, wurden beispielweise bei einem Lachen durch den Einsatz von Klammern hervorgehoben „(lacht)“. Traten unvollständige Wörter auf, so wurde dies mit „(unv.)“ abgekürzt, dazu wurden längere Passagen mit einer Ursache erläutert. Wortdopplungen wurden nicht transkribiert. Zur Erkennung der Sprecher:innen wird im Transkript die interviewende Person mit „I“ und die befragte Person mit „B“ gekennzeichnet. Zwischen den Sprecher:innen gibt es eine freie Zeile (Dresing und Pehl, 2019, S. 21 f.). Mindestens zum Ende eines Absatzes wurden Zeitmarken eingefügt, um Passagen beispielweise für eine optimierte Interpretation leicht finden zu können. Im gesamten Dokument wurden die Zeilen durchgehend nummeriert, wodurch Ausschnitte zitiert werden können (siehe Anhang 2) (Misoch, 2015, S. 258).

Um relevante Informationen und Merkmale zum Interview darzustellen, wurde ein Transkriptionskopf eingefügt, welcher die Pseudonymisierung der interviewten Person, kurze sozio-demographische Daten, den Ort und die Dauer des Interviews, den Gesprächsmodus sowie eine kurze Charakterisierung wie Störungen, abbildete (Misoch, 2015, S. 259).

Die Transkription von Interviews stellt einen erheblichen zeitlichen Aufwand dar, der das 5- bis 10-fache der eigentlichen Interviewdauer in Anspruch nehmen kann (Dresing und Pehl, 2018, S. 27 f.). Zur Unterstützung des Transkriptionsprozesses wurde die Software „f4x Audiotranskription“ eingesetzt, welche die Audiodateien automatisch vollständig transkribierte. Im Anschluss erfolgte eine manuelle Bereinigung der transkribierten Daten. In einem weiteren Durchgang wurden die Daten erneut überprüft, um potenzielle Abweichungen oder Transkriptionsfehler zu identifizieren (Poland, 1995, zitiert nach Misoch, 2015, S. 252).

4.3.2 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) ermöglicht die Erfassung eines breiten Spektrums an Daten durch die Entwicklung von Kategorien. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Arbeit die Auswertung durch diese Form der Inhaltsanalyse gewählt, welche sich in sieben Phasen untergliedert (siehe Abbildung 1) (ebd., S. 129, S. 132).

Zur Unterstützung des Prozesses wurde das Programm MAXQDA Version 2022 verwendet. In diesem wurden die Transkripte hochgeladen und mit dem ersten Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse begonnen. Dabei wurden das Material sorgfältig durchgelesen, besonders relevante Textpassagen markiert sowie Memos und erste Fallzusammenfassungen im Auswertungsprogramm erstellt (ebd., S. 132 f.).

In der nächsten Phase wurden Haupt- und Subkategorien gebildet, um eine inhaltliche Strukturierung der Daten sicherzustellen. Die Kategorien wurden zu Beginn deduktiv auf Basis des theoretischen Bezugsrahmens aus dem Interviewleitfaden entwickelt. Hierfür wurde ein Kodierleitfaden erstellt, der die Kategorien mit Definitionen und Beispielzitate aus dem Material darstellte (siehe Anhang 4) (ebd., S. 133, S. 66).

Im ersten Codierprozess wurden die Texte sequenziell durchgelesen und Textabschnitte den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Textstellen, die für die Fragestellung nicht relevant waren, wurden nicht codiert und damit ausgelassen. In Fällen, in denen ein Textabschnitt mehrere Themen behandelte, erfolgte eine Mehrfachcodierung mit mehreren Kategorien am gleichen Textabschnitt (ebd., S. 134).

In der vierten Phase wurden weitere Subkategorien induktiv gebildet. Dazu wurden Kategorien ausgewählt, die anhand des Materials weiter ausdifferenziert wurden. Die neu gebildeten Subkategorien wurden in den Kodierleitfaden aufgenommen, wodurch ein hierarchisch strukturiertes Kategoriensystem entstand (ebd., S. 138, S. 61-63).

In der nächsten Arbeitsphase erfolgte der zweite Codierprozess, bei dem das bereits codierte Material erneut gesichtet und überarbeitet wurde. Nach dem Abschluss der Codierungen wurden fallbezogene thematische Zusammenfassungen in MAXQDA als Zwischenschritt erstellt. Zunächst wurden thematische Summaries verfasst, um das Material einzugrenzen und auf relevante Aspekte der Fragestellung Fokus zu nehmen. Anschließend wurde eine Themenmatrix erstellt, die es ermöglichte, die Inhalte der einzelnen Kategorien zwischen den Pflegekräften zu vergleichen (ebd., S. 142-146).

In den letzten Phasen erfolgte die Auswahl einer passenden Analyseform. Für diese Arbeit wurde die kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien gewählt. Die Ergebnisse wurden entsprechend der Struktur der Themenmatrix dargestellt, wobei die Kategorien mit den häufigsten Codierungen zuerst genannt wurden. Die Inhalte der Subkategorien wurden auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert. Diese Ergebnisse wurden direkt in der Arbeit verschriftlicht. Zusätzlich wurden Zitate als Beispiele für den Ergebnisbericht herangezogen (ebd., S. 147-149).

Die finalen Hauptkategorien, die gebildet wurden und im folgenden Ergebnisteil erläutert werden, sind:

- Zwischen Zufall und Leidenschaft: Individuelle Wege in den Pflegeberuf und die SPV
- Belastungen in der Palliativversorgung: Emotionale, ethische und strukturelle Herausforderungen
- Strategien zur Bewältigung: Professionelle Distanz, Selbstfürsorge und gemeinschaftliche Unterstützung
- Verbesserungswünsche: Strukturelle Defizite und der Wunsch nach einem offeneren Umgang mit dem Tod

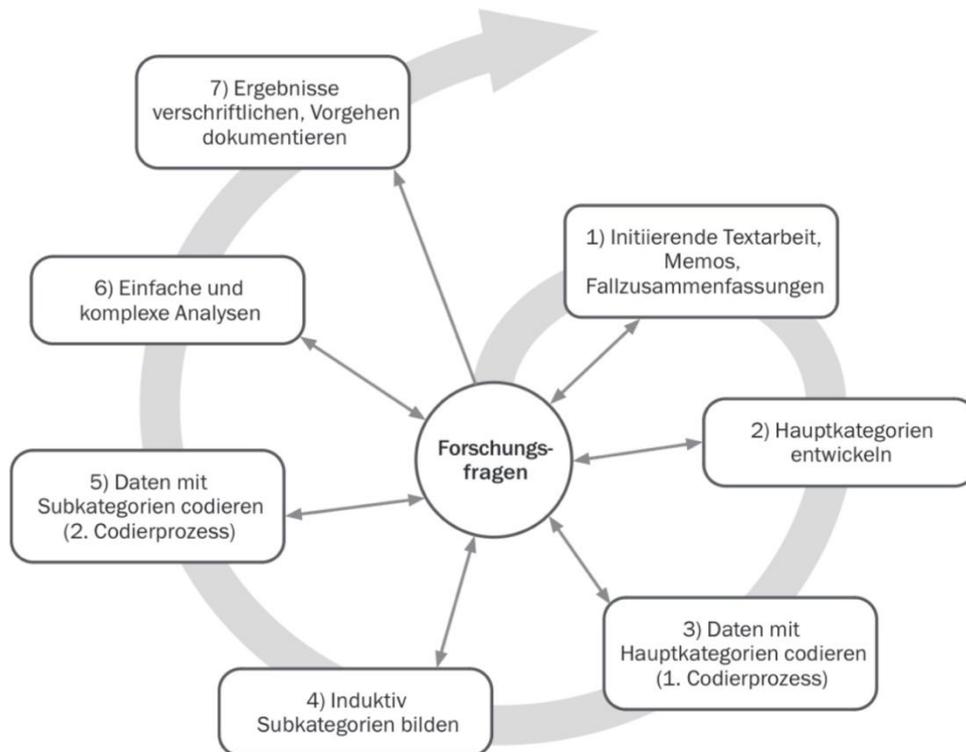


Abbildung 1: Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker, 2022, S. 132)

5. Ergebnisse

5.1 Stichprobenbeschreibung

Bevor die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert werden, erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe der interviewten Personen, die dem ursprünglich geplanten Sampling entspricht (siehe Kapitel 4.1.2). Insgesamt wurden vier examinierte Pflegekräfte aus den Bereichen der APV und SPV befragt. Zwei der Pflegekräfte aus der APV arbeiten auf kardiologischen Normalstationen in unterschiedlichen Krankenhäusern. Die beiden anderen Pflegekräfte aus der SPV arbeiten in derselben Einrichtung auf einer spezialisierten Palliativstation.

Die Gruppe der Pflegekräfte setzte sich aus einer Frau und drei Männern zusammen, die jeweils über unterschiedliche berufliche Vorerfahrungen verfügen.

Die Pseudonymisierung der Interviewpartner:innen erfolgte durch die Zuweisung der Bezeichnung „*Pflegekraft*“ in Kombination mit einer fortlaufenden Nummer, die der zeitlichen Abfolge der Interviews entspricht. Pflegekraft 1 und 3 sind in der APV tätig, während Pflegekraft 2 und 4 in der SPV arbeiten.

Die Pflegekraft 1 ordnet sich dem weiblichen Geschlecht zu und ist 27 Jahre alt. Sie ist seit acht Jahren auf einer kardiologischen Station tätig, übt zudem die Position der stellvertretenden Stationsleitung aus und ist als Praxisanleiterin auf der Station tätig. Das Krankenhaus, in dem die Person arbeitet, bietet einen Palliativkonsiliardienst an. Pflegekraft 3 ordnet sich dem männlichen Geschlecht zu, ist 26 Jahre alt und seit vier Jahren auf einer kardiologischen Station tätig. Im Krankenhaus, in dem Pflegekraft 3 arbeitet, steht eine speziell ausgebildete Palliativpflegekraft für alle Stationen zur Verfügung, um Anliegen zu unterstützen.

Pflegekraft 2 identifiziert sich als männlich, ist 38 Jahre alt und aus der SPV. Die Person war zunächst seit 2009 in der Intensivpflege sowie in der Zeitarbeit tätig und zum Zeitpunkt des Interviews erst seit zwei Monaten fest auf der Palliativstation angestellt.

Pflegekraft 4 ordnet sich dem männlichen Geschlecht zu, ist 46 Jahre alt und verfügt über umfangreiche Erfahrungen in der Palliativversorgung, da die Person seit sieben Jahren in diesem Bereich tätig ist. Seit zwei Jahren arbeitet die Person auf einer Palliativstation, zuvor war sie im Hospiz sowie im SAPV-Dienst tätig. Dazu bringt sie eine Weiterbildung als Pain Nurse in der Pflege mit, einschließlich Erfahrungen in Leitungsfunktionen und der Zeitarbeit.

Bezüglich der Arbeitszeitverteilung arbeitet Pflegekraft 4 auf der Palliativstation mit einem Umfang von 30 Stunden pro Woche, während die anderen drei Befragten in Vollzeit beschäftigt sind.

Im Folgenden werden die als relevant erachteten Ergebnisse der Interviews zusammengefasst dargestellt. Zu Beginn wird die Entscheidung für den Pflegeberuf und der Wechsel in die SPV beleuchtet.

5.2 Zwischen Zufall und Leidenschaft: Individuelle Wege in den Pflegeberuf und die SPV

Die Gründe für die Entscheidung zum Pflegeberuf wirken bei den Teilnehmenden sehr individuell. Pflegekraft 1 sieht die Hauptmotivation in der Unterstützung von Menschen, insbesondere in der Palliativversorgung. Ein zentraler Antrieb ist, schwerkranke Patient:innen am Lebensende zu begleiten, da viele durch fehlende An- und Zugehörige oder Familie vor Ort, in dieser Phase alleine sind. Die Pflegekraft beschreibt den beruflichen Antrieb durch die Begleitung der Menschen auf ihrem letzten Weg. Dazu möchte die Person die Menschen nicht allein lassen und eine bestmögliche Versorgung bieten (Pflegekraft 1, Pos. 6).

Pflegekraft 2 und 3 berichten, dass familiäre und soziale Einflüsse eine zentrale Rolle bei der Berufswahl gespielt haben. Pflegekraft 2 stammt aus einer Familie, in der mehrere Angehörige im Pflegebereich tätig sind oder waren. Diese familiäre Prägung sorgte dafür, dass die Person sich ebenfalls für den Pflegeberuf entschied, da andere Berufsfelder weniger attraktiv erschienen. Bei Pflegekraft 3 hingegen waren der Einfluss des Vaters, der als Biologielehrer tätig ist und dazu das Interesse an medizinischen Serien, die den Wunsch zur Medizin und Pflege weckten, entscheidend (Pflegekraft 2, Pos. 6; Pflegekraft 3, Pos. 4).

Pflegekraft 2 und Pflegekraft 4 beschreiben, dass die berufliche Entwicklung teils zufällig verlief und nicht immer auf einer bewussten Entscheidung beruhte. Pflegekraft 2 wechselte aus der Zeitarbeit in die SPV, wobei finanzielle und familiäre Gründe im Vordergrund standen (Pflegekraft 2, Pos. 5; Pflegekraft 4, Pos. 6, 7). Pflegekraft 4 erlebte nach einem Burnout eine Phase der beruflichen Unsicherheit, die schließlich durch einen Wechsel in die SPV überwunden wurde. Das Zitat, „*Also da habe ich mich ein bisschen verliebt nochmal in meinen Job*“ (Pflegekraft 4, Pos. 5) verdeutlicht, wie die SPV in der Pflegekraft eine neue Begeisterung für den Pflegeberuf entfachte. Diese Aussage zeigt, dass neue berufliche Herausforderungen zu einer positiven Neuorientierung führen können.

Ein direkter Vergleich zwischen den Pflegekräften aus der APV und SPV ist hier nicht möglich, da beispielweise Pflegekraft 3 zuvor bereits in der APV tätig war und die Interviewfrage allgemein auf die Berufswahl abzielte, unabhängig von den Arbeitsbereichen in der Palliativversorgung. Darüber hinaus lassen sich aber Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Teilnehmenden herausstellen. Für Pflegekraft 1 und 4 scheint die Entscheidung für den Pflegeberuf von persönlicher Erfüllung durch das Arbeiten mit Menschen getrieben zu werden. Pflegekraft 2 und 3 hingegen haben eher familiäre und soziale Einflüsse als berufliche Entscheidung

erwähnt. Gemeinsam stellt sich bei allen Pflegekräften heraus, dass sie trotz unterschiedlicher Ausgangspunkte und Motivationen eine Verbundenheit mit ihrem Beruf entwickelt haben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Beweggründe für die Wahl des Pflegeberufs zwar individuell sind, jedoch durch gemeinsame Muster wie humanitäre Werte, familiäre Prägung und pragmatische Überlegungen aufgezeigt werden. Die SPV stellt dabei einen Bereich dar, der eine emotionale Erfüllung bieten kann, wie das Zitat von Pflegekraft 4 verdeutlicht hat.

5.3 Belastungen in der Palliativversorgung: Emotionale, ethische und strukturelle Herausforderungen

Die folgende Ergebnisdarstellung beginnt mit den Belastungen in der APV, gefolgt von denen in der SPV, und schließt mit einem Vergleich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen beiden Bereichen ab.

5.3.1 Die größte Herausforderung: Emotionale Belastungen durch An- und Zugehörige

Die Pflegekräfte aus der APV beschrieben die Begleitung von An- und Zugehörigen als größte Belastung. Pflegekraft 1 betont, dass An- und Zugehörige oft hilflos und überfordert wirken, was für die Pflegekraft emotional belastend ist. Die Pflegekraft versucht dabei, durch Gespräche und praktische Ratschläge Ängste der An- und Zugehörigen zu lindern und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen (Pflegekraft 1, Pos. 16). Die interviewte Person sagt, dass die Belastung durch die Patient:innen selbst, die ein optimales Schmerzmanagement haben, weniger emotional fordernd sei: *„Für den Patienten ist ja oft/ Da ist eine palliative Situation ist/ zum Beispiel gut mit Schmerzmittel eingestellt sind oder so, dass man/ da kann man das so sagen (...) Ja für die ja auch eher eine Erleichterung ist, wenn es Richtung Tod geht, als wenn die sich nicht quälen müssen. Deshalb, da eher der Fokus liegt, das es denen halt gut geht und die nicht leiden müssen. Angehörigen finde ich kann man das schwerer nehmen.“* (Pflegekraft 1, Pos. 16)

Pflegekraft 3 beschreibt eine ähnliche Erfahrung, betont jedoch stärker die kommunikativen Herausforderungen. Hier wird die emotionale Bindung der An- und Zugehörigen an sterbende Patient:innen als häufiges Problem angesehen. Die Pflegekraft sieht sich mit der Schwierigkeit konfrontiert, An- und Zugehörige dazu zu bringen, die Realität der Situation zu akzeptieren, vor allem wenn das Loslassen schwerfällt. Die interviewte Person distanziert sich dabei von der emotionalen Belastung, die die Person als Herausforderung, aber nicht als persönliche

emotionale Involviertheit beschreibt. Dies könnte auf eine professionelle Abgrenzung und bereits auf eine Bewältigungsstrategie hinweisen (Pflegerkraft 3, Pos. 12).

Die Pflegekräfte aus der SPV beschrieben ebenfalls die Belastungen durch An- und Zugehörige als zentral. Pflegerkraft 4 bestätigt diese Beobachtung von Pflegerkraft 3 aus der APV und hebt zudem auch hervor, dass die größte Herausforderung die Begleitung von An- und Zugehörigen sei, vor allem wenn diese nicht ausreichend auf das Thema Sterben vorbereitet sind (Pflegerkraft 4, Pos. 19).

Darüber hinaus treten hier noch zusätzliche Faktoren wie kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren auf. Pflegerkraft 2 berichtet, dass die Belastung insbesondere dann zunimmt, wenn An- und Zugehörige aufgrund von Überforderung ungerecht oder fordernd werden. Dazu erzählt die Person von einer Situation mit einer Familie aus dem arabischen Raum, in der die An- und Zugehörigen trotz Erklärungen weiterhin Maßnahmen forderten, die keine Verbesserung mehr bei dem Patienten erzielen konnten. Die Kombination aus Sprachbarrieren und der hohen Anzahl an anwesenden An- und Zugehörigen machte die Situation besonders belastend (Pflegerkraft 2, Pos. 16, 24). Auch Pflegerkraft 4 erwähnt, dass die Kommunikation mit Familien aus anderen Kulturen eine Herausforderung darstellt und damit auch die optimale Versorgung von Patient:innen erschwert wird:

„Wir hatten jetzt auf der Arbeit gerade auch viele Familien aus Syrien und aus der Ukraine, wo Kommunikation ein Problem ist, was in der Palliativversorgung dann ein absolutes Problem ist, weil Kommunikation halt so der Schlüssel irgendwie ist und wenn das nicht funktioniert, ist es halt ganz schwierig, dann eine optimale Versorgung irgendwie anzubieten zu können und auch die Patienten abzuholen, genauso wie die Angehörigen. Das ist die größte Herausforderung, also die Begleitung würde ich sagen.“ (Pflegerkraft 4, Pos. 11)

In beiden Bereichen der Palliativversorgung wird die Begleitung als größte Belastung angesehen. Die emotionale Überforderung der An- und Zugehörigen spiegelt sich in der Belastung aller befragten Pflegekräfte wider, unabhängig davon, ob sie in der APV oder SPV tätig sind. Außerdem müssen die Pflegekräfte neben der Vermittlung von Informationen auch emotionale Unterstützung leisten und schwierige Gespräche mit den An- und Zugehörigen führen.

In der SPV scheinen zusätzliche Belastungen durch kulturelle Unterschiede zu bestehen. Diese Faktoren können die Komplexität der Situation zusätzlich erhöhen und fordern damit sowohl kommunikative als auch interkulturelle Kompetenzen der Pflegekräfte.

5.3.2 Ethische Dilemmata: Therapieentscheidungen zwischen Lebensqualität und Hierarchie

Neben der Begleitung der An- und Zugehörigen, die als emotional belastend angesehen werden kann, ist die ethische Auseinandersetzung mit dem Therapieverlauf von Patient:innen herausfordernd für die Pflegekräfte.

In der APV stehen die ethischen Auseinandersetzungen häufig im Zusammenhang mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen. Pflegekraft 1 berichtet, dass die Zusammenarbeit mit den Stationsärzt:innen, insbesondere in Hinblick auf die Schmerztherapie, herausfordernd sei. Die Person beschreibt, dass die Ärzt:innen oft zögerlich sind, höhere Dosierungen von Analgetika anzuordnen, aus Angst vor Nebenwirkungen oder einer möglichen Überdosierung. Diese Zurückhaltung führt bei der Pflegekraft zu Frustration, da die Person die Entscheidungen der Ärzt:innen nicht immer nachvollziehen kann, insbesondere wenn es um eine angemessene Linderung von Schmerzen für die Patient:innen geht (Pflegekraft 1, Pos. 28).

Ähnliche Herausforderungen beschreibt Pflegekraft 3. Sie betont jedoch stärker die ethischen Dilemmata bei der Therapie von sterbenden Patient:innen. Die Person kritisiert hierbei, dass Entscheidungen über die Behandlung häufig zu lange hinausgezögert werden, bis ein klarer Fokus auf die Palliativversorgung gelegt wird. Während Pflegekräfte oft schneller zu einer palliativen Therapie tendieren würden, zögern die Ärzt:innen häufig, da diese entweder Verantwortung für den Tod der Patient:innen nicht tragen möchten oder emotional involviert sind. Die Entscheidungen der Ärzt:innen sorgen dabei für ethische Konflikte, vor allem wenn intensive Therapien wie Antibiotika oder eine parenterale Ernährung den Sterbeprozess verlängern. Die Pflegekraft 3 betont hierzu die Notwendigkeit, objektive Kriterien zu bevorzugen, um Patient:innen nicht leiden zu lassen, was jedoch auch eine Grauzone der Sterbehilfe berühre (Pflegekraft 3, Pos. 22, 62, 64).

In der SPV zeigt sich ein ähnliches Bild, hier treten die ethischen Auseinandersetzungen jedoch noch stärker in den Vordergrund, da hier oft komplexe Therapieentscheidungen im Fokus stehen. Pflegekraft 4 erläutert, dass die Notwendigkeit von Chemotherapien und Bestrahlungen bei manchen Patient:innen häufig aus wirtschaftlichen Gründen der Klinik weitergeführt werden, obwohl diese für die Patient:innen möglicherweise nicht mehr sinnvoll sind. Die Pflegekraft erlebt diese Diskussionen als emotional belastend und ermüdend, insbesondere weil die Person trotz des engen Kontakts zu den Patient:innen wenig Mitspracherecht hat. Dazu haben

die Gespräche im Team eine große Tragweite, da sie über das Leben und Sterben der Patient:innen entscheiden, was für die Pflegekraft zusätzlich mental erschöpfend ist (Pflegekraft 4, Pos. 13, 19, 39). Die Pflegekraft 4 beschreibt dies wie folgt:

„Also alles, was so in diesen ethischen Bereich reingeht, da wird halt immer viel diskutiert, weil jeder hat eine andere Meinung und jeder möchte auch gesehen werden und also man ist immer viel am Reden und das ist unheimlich, also erschöpfend. Also das hört sich so lächerlich an, aber gerade weil das ja auch immer Gespräche sind über einen Menschen in einer schwierigen Situation, wenn der nicht sogar kurz vorm Versterben ist oder wie auch immer, haben diese Gespräche halt auch immer eine Tragweite und das macht es so anstrengend, weil man redet jetzt nicht darüber, was die Patienten morgen essen wollen oder so, sondern das sind einfach Gespräche, die sind/ Also da hat man auch wirklich eine innere Haltung, die einem wichtig ist und man noch möchte, dass die gehört wird und so und man hat so eine gewisse Leidenschaft dabei und das ist auch/ das erschöpft einen manchmal so.“ (Pflegekraft 4, Pos. 39)

Dieses Zitat verdeutlicht, wie die ethischen Diskussionen nicht nur inhaltlich, sondern auch emotional belastend sind, da sie die persönlichen Werte und Haltungen der Pflegekräfte berühren.

Auch Pflegekraft 2 äußert Unverständnis darüber, dass auf der Palliativstation Patient:innen, die eigentlich eine akzeptable Lebensqualität haben, häufig weiterhin aggressive Therapien wie Chemotherapien erhalten. Die Person kritisiert, dass diese Behandlungen schwere Nebenwirkungen verursachen, ohne einen nennenswerten therapeutischen Nutzen zu bieten. Diese wiederholten Versuche, Patient:innen zu therapieren, obwohl sie offensichtlich nicht davon profitieren, sind für die Pflegekraft schwer nachzuvollziehen und stellen eine emotionale Belastung dar (Pflegekraft 2, Pos. 41).

Es zeigt sich, dass die Gemeinsamkeiten in den Therapieentscheidungen von APV und SPV vor allem in ethischen Auseinandersetzungen liegen. Alle befragten Pflegekräfte empfinden es als schwierig, die Therapieentscheidungen der Ärzt:innen nachzuvollziehen, da diese oft die Lebensqualität der Patient:innen negativ beeinflussen. In der APV scheinen Ärzt:innen Unsicherheiten und Ängste wegen möglicher Nebenwirkungen in der Schmerztherapie zu haben. Im Gegensatz dazu werden die ethischen Diskussionen in der SPV als ermüdend wahrgenommen, wie Pflegekraft 4 beschreibt. Zudem deutet sich an, dass hierarchische Strukturen in der APV und SPV eine Rolle spielen könnten, da die Pflegekräfte offenbar nicht direkt in Therapieentscheidungen einbezogen werden, obwohl sie den engsten Kontakt zu den Patient:innen haben.

5.3.3 Personalmangel und Arbeitsbelastung: Strukturelle Herausforderungen

Ein zentrales Problem für die Pflegekräfte in der APV ist der Personalmangel, der zu erschweren Arbeitsbedingungen und einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität für Patient:innen führt. Pflegekraft 1 äußert Unzufriedenheit darüber, dass sie gerne eine bessere Versorgung anbieten würde, dies jedoch aufgrund der aktuellen Arbeitsbedingungen nicht möglich ist. Neben einem steigenden Patient:innenaufkommen nimmt auch der Dokumentationsaufwand zu, während der Personalschlüssel gleich bleibt. Dies erschwert eine bedarfsgerechte Betreuung und führt dazu, dass Maßnahmen oft nicht umgesetzt werden können, was die Arbeitsbelastung weiter erhöht (Pflegekraft 1, Pos. 8, 22).

Dies unterstreicht Pflegekraft 3, indem die Person die Diskrepanz zwischen dem in der Ausbildung vermittelten Ideal der Pflege und der tatsächlichen Arbeitsrealität betont. Aufgrund von Personalmangel ist es oft nicht möglich, Patient:innen die angemessene Pflege zukommen zu lassen. Ein Beispiel aus einem Frühdienst zeigt, dass zwei examinierte Pflegekräfte für jeweils sieben bis neun pflegebedürftige Menschen zuständig waren, was eine umfassende Versorgung erschwerte. Pflegekraft 3 beschreibt, dass sinnvolle Arbeit darin besteht, sich ausreichend Zeit für die Patient:innen nehmen zu können, sei es für Gespräche, An- und Zugehörigenkontakte oder eine individuell angepasste Versorgung. Idealerweise sollte es möglich sein, Patient:innenbedürfnisse wie eine gewünschte Ernährung, Umpositionierung oder sogar ein Unterhaltungsangebot zu berücksichtigen. In der Realität fehlt jedoch oft die Zeit dafür, was die Qualität der Pflege einschränkt, und das Gefühl verstärkt, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können (Pflegekraft 3, Pos. 18).

In der SPV bestehen hierzu Unterschiede. Pflegekraft 2 reflektiert dazu auch die vergangene Arbeitssituation in der Intensivpflege, die der APV angehört und beschreibt, dass die Arbeitsbedingungen auf der Palliativstation deutlich besser seien als in der Intensivpflege: *„Also es gibt schon Herausforderungen, natürlich, aber ich finde in palliativen Bereich ist im Gegensatz zu einer peripheren Station oder in einer Akutklinik oder auch einer Intensivstation WESENTLICH entspannter deutlich, also ist eigentlich gut.“* (Pflegekraft 2, Pos. 28)

Während in der Intensivpflege Zeitmangel und Personalknappheit große Herausforderungen darstellen, ist die Situation in der SPV entspannter. Auf der Intensivstation müssen aufgrund begrenzter Ressourcen ständig Prioritäten gesetzt werden, was dazu führt, dass nicht alle

Patient:innen die gewünschte Aufmerksamkeit erhalten können. Diese strukturellen Probleme erschweren die Arbeit in der APV erheblich (Pflegerkraft 2, Pos. 36).

Daher besteht der Unterschied zwischen der APV und SPV in den vorhandenen Arbeitsbedingungen wie einem höheren Personalschlüssel. Die Pflegekräfte in der SPV sind hier für weniger Patient:innen zuständig als die Pflegekräfte in der APV, dies zeigt auch ein Beispiel von Pflegekraft 4: *„Ja, also wir sind immer gut aufgestellt, was die personelle Situation angeht.“* (Pflegerkraft 4, Pos. 14)

Die strukturellen Belastungen werden ausschließlich von Pflegekraft 1 und 3 aus der APV beschrieben. Da Pflegekraft 2 vor kurzer Zeit noch in der APV tätig war, schildert sie ebenfalls diese Belastungen, hebt jedoch zugleich die nun verbesserten Arbeitsbedingungen in der SPV hervor. Die strukturellen Belastungen führen zu einer erhöhten Arbeitsbelastung, die durch ein steigendes Patient:innenaufkommen und einen zunehmenden Dokumentationsaufwand zusätzlich verstärkt wird.

5.3.4 Professionelle Distanz als Herausforderung in der Begleitung

Darüber hinaus wird sowohl in der APV und SPV die emotionale Belastung durch die professionelle Nähe zu den Patient:innen als anspruchsvoll empfunden.

In der APV beschreibt Pflegekraft 3, dass die Betreuung schwerkranker Patient:innen als belastend empfunden wird, vor allem wenn diese noch in der Lage sind, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren. Diese Fähigkeit zur Kommunikation führt zu einer stärkeren emotionalen Bindung, die es der Pflegekraft erschwert, sich emotional zu distanzieren, vor allem wenn eine gute Beziehung besteht. Zusätzlich erhöht sich die Belastung durch die Identifikation mit den Patient:innen, wodurch die eigene Sterblichkeit in den Vordergrund gerückt wird. Dennoch wird die Begleitung des Sterbeprozesses als in gewissem Maße bewältigbar angesehen, auch wenn eine tiefere Begleitung über den rein pflegerischen Rahmen hinaus durch die Rahmenbedingungen nicht immer möglich ist (Pflegerkraft 3, Pos. 6).

Auch Pflegekraft 1 betont, dass durch die zum Teil langhaltende Betreuung von Patient:innen, insbesondere bei stationären Aufenthalten und häufige Anwesenheit der An- und Zugehörigen automatisch mehr Nähe entsteht. Die Nähe erschwert die emotionale Abgrenzung, wodurch die psychische Belastung der Pflegekraft erhöht wird (Pflegerkraft 1, Pos. 20).

Eine ähnliches Bild besteht in der SPV, da Pflegekraft 2 beschreibt, dass die Betreuung von Patient:innen über einen längeren Zeitraum von etwa vier Wochen als besondere

Herausforderung angesehen wird. Die Person berichtet, dass relativ schnell eine persönliche Bindung zu den Patient:innen aufgebaut wird, was oft auch in einem schnellen „Du“ resultiert. Diese Nähe macht es dann für die Pflegekraft schwierig, eine emotionale Distanz zu wahren. Belastend ist es dann, wenn ein:e Patient:in nach Wochen verstirbt, da die Beziehung zu diesem Zeitpunkt bereits eine persönliche und emotionale Dimension angenommen hat (Pflegekraft 2, Pos. 12).

Pflegekraft 4 schildert ähnliche emotionale Situationen, beispielsweise wenn junge Patient:innen mit schweren Diagnosen wie Tumoren im Endstadium betreut werden und versterben (Pflegekraft 4, Pos. 21). Die Pflegekraft beschreibt dies mit den Worten: *„Also es gibt immer wieder Situationen in der Begleitung, die mich triggern, so die mich irgendwie nachdenklich machen oder (...) wenn viel Liebe im Raum ist, sage ich immer so, also wenn da so ein altes Ehepaar ist oder kleine Kinder und dann irgendwie Papa stirbt.“* (Pflegekraft 4, Pos. 21)

Die ethische Tragweite der palliativen Begleitung und die ständige Konfrontation mit schweren Diagnosen stellt für die Pflegekraft eine Herausforderung dar. Pflegekraft 4 beschreibt dazu, dass die Person sich eine Vollzeitstelle in der SPV nicht vorstellen kann. Die Pflegekraft arbeitet bewusst nur 30 Stunden pro Woche, um die eigene Psychohygiene zu wahren. Diese Entscheidung basiert auch auf beruflichen Erfahrungen aus dem Hospiz, wo eine Vollzeitbeschäftigung aufgrund der Belastung nicht empfohlen wurde (Pflegekraft 4, Pos. 39). Die Pflegekraft betont, dass jeder, der lange in der Pflege arbeitet, irgendwann mit einer ähnlichen emotionalen Erschöpfung konfrontiert sein könnte: *„Aber es ist auch so ein Bereich, wo ich immer so ein bisschen auf mich aufpassen muss, weil ja mich das manchmal erschöpft, so viele Menschen und so, also das ist aber eher meine Geschichte, so. Also auch diese Burnout-Geschichte, die ich mal hatte und so. Aber ich glaube jeder der länger in der Pflege arbeitet, wird früher oder später (...) ist man gefährdet. Ja mal so eine so eine Erfahrung machen irgendwie.“* (Pflegekraft 4, Pos. 39)

Sowohl in der APV als auch in der SPV stellt die emotionale Distanzierung eine zentrale Herausforderung dar, insbesondere wenn eine engere Beziehung zu den Patient:innen besteht oder diese über einen längeren Zeitraum bis zu ihrem Tod begleitet werden. Im Vergleich zur APV scheint zudem die Betreuung von jungen, sterbenden Menschen, sowie der Umgang mit schweren Diagnosen von Patient:innen eine emotionale Belastung in der SPV darzustellen. Während diese Aspekte in der APV nicht explizit thematisiert werden, wurde hier die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit durch die Konfrontation mit Sterben und Tod beschrieben.

In beiden Versorgungsformen wird die Bedeutung professioneller Distanz herausgestellt. Eine Gemeinsamkeit ist hierbei die bewusste Abgrenzung vom Sterbeprozess, der in der APV als bewältigbar beschrieben wird. In der SPV wird betont, dass gezielt keine Vollzeitstelle gewählt wurde, um einen Selbstschutz zu gewährleisten. Diese Aussagen verweisen bereits auf spezifische Bewältigungsstrategien, die in den folgenden Kapiteln detaillierter erläutert werden.

5.4 Strategien zur Bewältigung: Professionelle Distanz, Selbstfürsorge und gemeinschaftliche Unterstützung

Die dargestellten Bewältigungsstrategien werden auch hier anhand der Aussagen der Pflegekräfte aus der APV und SPV analysiert. Zunächst werden die Ergebnisse für die APV dargestellt, gefolgt von denen der SPV. Abschließend werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen beiden Versorgungsbereichen gegenübergestellt.

5.4.1 Emotionale Distanz, Akzeptanz des Todes und Selbstpflege

In der APV gibt Pflegekraft 1 an, dass die Belastung durch den Umgang mit Patient:innen sowie deren An- und Zugehörigen bewusst wahrgenommen wird. Wenn die Person merkt, emotional zu sehr mit den Patient:innen oder An- und Zugehörigen involviert zu sein, zieht die Pflegekraft sich bewusst zurück, um besser damit umgehen zu können. Diese Strategie der emotionalen Selbstregulation zeigt eine bewusste Form der Bewältigung, die darauf abzielt, die eigene psychische Gesundheit zu schützen (Pflegekraft 1, Pos. 54).

Pflegekraft 3 betont, dass der Umgang mit sterbenden Patient:innen auf Station häufig eher körperlicher Natur ist, da in vielen Fällen wenig Kommunikation stattfindet. Die Person kann gut mit dem Sterbeprozess umgehen, da der Tod als natürlicher Bestandteil des Lebens betrachtet wird. Empathie gegenüber Patient:innen sowie An- und Zugehörigen wird als wichtig erachtet, jedoch ohne sich emotional zu sehr zu involvieren. Das Motto „*Mitfühlen, aber nicht mitleiden*“ hilft dabei, den Beruf professionell auszuüben, ohne die eigenen Emotionen zu stark einzubringen. Für Pflegekraft 3 ist der Tod das Schicksal anderer und nicht das eigene, was dabei hilft, emotionalen Abstand zu bewahren. Der Umgang mit dem Tod wird als eine Art Training gesehen, um sich selbst auf den eigenen Tod vorzubereiten. Der Kontakt mit sterbenden Menschen hat auch die Perspektive auf das Leben verändert, indem die Person der eigenen Sterblichkeit bewusster geworden ist. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, die Zeit im Alltag sinnvoller zu nutzen und die Bedeutung von Freundschaften sowie persönlichen Zielen stärker zu schätzen (Pflegekraft 3, Pos. 38, 56, 58).

Ähnlich beschreibt Pflegekraft 2 aus der SPV, dass es persönlich manchmal schwierig ist, wenn Patient:innen nach vier oder fünf Wochen versterben, da die Person in dieser Zeit ans Herz gewachsen ist. Trotzdem betont die Person, dass durch die Erfahrung aus der Intensivpflege, bisher nichts emotional mit nach Hause genommen wurde. Trotz der emotionalen Nähe, die im Laufe der Pflege entstehen kann, hat es die Person bisher geschafft, beruflich distanziert zu bleiben (Pflegekraft 2, Pos. 12).

Gleiches berichtet auch Pflegekraft 4. Der Umgang mit dem Tod und schwerkranken Patient:innen sei über die Jahre hinweg leichter geworden, da sie selbst viel Erfahrung in der Pflege hat. Die Person betont die Wichtigkeit von Selbstpflege im Beruf und sieht es als entscheidend an, dass Pflegekräfte auf sich selbst achten, um langfristig gesund zu bleiben. Dabei ist es wichtig, dass beispielsweise neue Mitarbeitende lernen, sich abzugrenzen und Belastungen zu erkennen. Pflegekraft 4 spricht außerdem davon, wie sich das eigene Lebensgefühl verändert hat, seit sie selbst in der SPV arbeitet (Pflegekraft 4, Pos. 21, 43, 55, 59, 77). Das Leben wird bewusster und einfacher gestaltet, was mit den Arbeitserfahrungen zusammenhängt: *„(...) Also so diese/ Das hört sich immer alles so komisch an das Leben genießen und (...) Aber man lebt schon bewusster, also habe ich vorhin auch noch gedacht, also wir könnten uns jetzt auch eine größere Wohnung leisten und eine schönere und so, aber irgendwie ist das gar nicht so unser Ding irgendwie, was wir hier irgendwie/ Also, man wird so ein bisschen demütiger und (...) Also lebt vielleicht bewusster oder einfacher. Also ICH, WIR, aber das gehört da vielleicht so ein Stück weit auch mit rein. Weil das vielleicht so eine Art ist, wie man damit umgeht, mit dem, was man erlebt auf der Arbeit.“* (Pflegekraft 4, Pos. 77)

Diese Aussage zeigt, wie die berufliche Auseinandersetzung mit dem Tod die persönliche Lebensführung nachhaltig geprägt und zu einer bewussteren Haltung geführt hat.

Alle vier Pflegekräfte betonen die Notwendigkeit einer emotionalen Distanzierung als zentralen Schutzmechanismus, um die Belastungen des Berufs zu bewältigen. Ein weiterer gemeinsamer Aspekt ist den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu betrachten. Diese Akzeptanz des Todes als unvermeidlicher Bestandteil des Lebens könnte zur Resilienz beitragen, da sie es den Pflegekräften ermöglicht, den Sterbeprozess als Teil ihrer Arbeit zu sehen, ohne sich persönlich überfordert zu fühlen. Darüber hinaus wird eine Gemeinsamkeit in der Reflexion der eigenen Lebensführung dargestellt. Hierbei wird sowohl in der APV als auch in der SPV beschrieben, dass der Alltag bewusster gestaltet wird und die eigene Sterblichkeit bewusster wahrgenommen wird. Diese Lebenseinstellung könnte zur Weiterentwicklung der Resilienz beitragen, da sie eine stärkere Sinnhaftigkeit und Reflexion im Leben fördern könnte.

Es lassen sich aber auch Unterschiede in der Art der angewandten Bewältigungsstrategien erkennen. In der APV agieren die Pflegekräfte überwiegend situativ, indem sie die Belastung zunächst wahrnehmen und daraufhin als Lösung eine Distanzierung von der spezifischen Situation wählen. Im Gegensatz dazu wird in der SPV eine langfristige Perspektive eingenommen. Dies zeigt sich insbesondere in der Betonung der Selbstpflege durch Pflegekraft 4, die möglicherweise durch die langjährige Erfahrung in der Pflege oder Palliativversorgung weiter gestärkt wurde.

5.4.2 Das Team als Rückhalt: Bewältigung durch kollegiale Unterstützung

Die Pflegekräfte in der APV heben die interdisziplinäre Zusammenarbeit als Bewältigungsstrategie hervor. Ein wichtiger Aspekt ist der Austausch innerhalb des Teams für Pflegekraft 1, insbesondere wenn die emotionale Belastung durch An- und Zugehörige zu groß wird. Dabei wird betont, dass sich in solchen Fällen gut abgewechselt werden kann, sodass immer jemand zur Verfügung steht, um mit den An- und Zugehörigen zu sprechen, damit die Belastung gesenkt werden kann. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich an Seelsorger:innen oder Pastor:innen zu wenden, wenn Bedarf an Gesprächen besteht. Allerdings bevorzugt Pflegekraft 1 in solchen Momenten zunächst den Austausch mit Mitarbeitenden im Team (Pflegekraft 1, Pos. 46, 48, 56). Dazu hebt Pflegekraft 1 auch die Bedeutung des Palliativteams hervor. Durch dieses Team ist die Versorgung deutlich verbessert worden, da die Mitarbeitenden besser ausgebildet sind und gezielt nach Schmerzen oder anderen wichtigen Aspekten fragen. Sie sorgen auch für einen regelmäßigen Austausch mit den An- und Zugehörigen und halten das gesamte Team stets auf dem Laufenden (Pflegekraft 1, Pos. 24, 28).

Auch Pflegekraft 3 sagt, dass im Team eine Reflexion über belastende Situationen möglich wäre. Allerdings hat Pflegekraft 3 persönlich nur selten das Bedürfnis verspürt, eine solche Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Obwohl es einige prägende Erlebnisse gab, mit denen sich die Person länger beschäftigt hat, hatte sie bisher keine Schwierigkeiten, diese eigenständig zu verarbeiten (Pflegekraft 3, Pos. 24, 38). Außerdem berichtet Pflegekraft 3 davon, dass es eine spezialisiert ausgebildete Pflegekraft für die Palliativversorgung gibt, die sich gezielt um Palliativpatient:innen kümmert. Diese Person zeichnet sich durch eine hohe menschliche Kompetenz aus und hat einen geschulten Blick dafür, welche Maßnahmen wirklich notwendig sind. Da diese Person ausschließlich für die Palliativversorgung im Krankenhaus zuständig ist, kann

die Pflegekraft den Patient:innen mehr Zeit widmen, was sich positiv auf die Versorgung auswirkt (Pflegekraft 3, Pos. 24).

Auch in der SPV beschreiben Pflegekraft 2 und 4 das Team als entscheidend bei der kollektiven Bewältigung von herausfordernden Situationen. Pflegekraft 2 beschreibt, dass es im Arbeitsalltag regelmäßige Möglichkeiten gibt, sich auszutauschen, insbesondere in Pausen oder nach Dienstschluss. In solchen Gesprächen werden belastende Situationen, wie zum Beispiel schwierige Erlebnisse mit Patient:innen besprochen, was für eine gewisse Entlastung sorgt. Das Team bietet dabei immer Rückhalt, und im Falle größerer Belastungen gibt es zusätzlich die Möglichkeit, die Psychoonkologie oder Supervision in Anspruch zu nehmen. Es gibt einen festen Rhythmus für Supervisionen, bei denen belastende Situationen durch Rollenspiele aufgearbeitet werden. Pflegekraft 2 hat dies einmal miterlebt und fand die Erfahrung positiv. Die Möglichkeit, sich mit Mitarbeitenden, der vorgesetzten Person oder der Psychoonkologie auszutauschen, wird als ausreichend empfunden. Pflegekraft 2 glaubt, dass weitere Angebote eher zu viel wären, da bereits genügend Ressourcen vorhanden sind, um mit schwierigen Situationen umzugehen und psychische Belastungen zu vermeiden (Pflegekraft 2, Pos. 49, 53, 55, 91).

Auch Pflegekraft 4 betont, dass ein gutes Team essenziell für die Verarbeitung belastender Ereignisse sei und in vielen Fällen die Notwendigkeit einer Supervision ersetzen kann. Zwar gibt es offizielle Supervisionsangebote, doch die meisten Herausforderungen werden innerhalb des Teams eigenständig gelöst. Aktuell empfindet die Person das Team als besonders gut und hebt die Bedeutung einer aufmerksamen und unterstützenden Leitung hervor (Pflegekraft 4, Pos. 57, 59, 81). Ein Beispiel für eine gelungene Nachbearbeitung war eine Situation mit einer syrischen Familie, in der es Herausforderungen gab: *„[...] diese eine Situation, die wir hatten mit der syrischen Familie, da war das so, da haben wir auch noch nachbearbeitet. Da habe ich das ein bisschen angeregt, dass wir uns noch mal so eine kleine Teambesprechung, noch mal nur über das Thema machen, was wir verbessern können und was vielleicht falsch gelaufen ist, weil da so ein paar Sachen waren, die nicht optimal waren. Wir kriegen jetzt auch noch eine Fortbildung zu kulturellen, also zu kulturellen Geschichten, was halt anders ist in anderen Kulturen und wie man da am besten drauf eingehen kann und wie wir uns auch verhalten können [...].“* (Pflegekraft 4, Pos. 57)

Insgesamt verdeutlichen die Aussagen der Pflegekräfte sowohl aus der APV als auch aus der SPV die zentrale Bedeutung des Teams als Bewältigungsstrategie. In beiden Versorgungsbereichen wird der kollegiale Austausch als essenziell für die emotionale Entlastung und Reflexion

beschrieben. Während in der APV spezialisierte Fachkräfte als Unterstützung fungieren und Teamstrukturen als ausreichend empfunden werden, ist die SPV durch ein erweitertes Unterstützungsangebot geprägt. Insbesondere Supervisionsformate und psychoonkologische Angebote sind hier etabliert. Dennoch betonen die Pflegekräfte in beiden Bereichen, dass die Qualität der Teamarbeit einen entscheidenden Einfluss auf die Bewältigung der emotionalen Belastungen hat.

5.4.3 Die Bedeutung von Sinnhaftigkeit und Anerkennung in der beruflichen Tätigkeit

Auch mehrfach angesprochen wurde die erlebte Sinnhaftigkeit in der beruflichen Tätigkeit. In der APV betont Pflegekraft 1 die Bedeutung positiver Rückmeldungen von Patient:innen und deren An- und Zugehörigen für ihre Arbeitszufriedenheit. Ein einfaches „Danke“ oder sichtbare Wertschätzung kann kurzfristig dazu beitragen, Belastungen in den Hintergrund treten zu lassen. Diese Form der Anerkennung wird als Bestätigung der eigenen Arbeit und deren Sinnhaftigkeit wahrgenommen (Pflegekraft 1, Pos. 72).

Ein zentrales Motiv für die Berufswahl war für Pflegekraft 1 das Bedürfnis, Menschen zu helfen (siehe Kapitel 5.2). Besonders in Situationen, in denen sich die Symptomlast der Patient:innen verbessert, wird die eigene Arbeit als sinnstiftend erlebt. Ein konkretes Beispiel eines langfristig betreuten Patienten, dessen Familie sich besonders dankbar zeigte, wird als Bestätigung für die Relevanz der eigenen Tätigkeit genannt (Pflegekraft 1, Pos. 74). Obwohl Belastungen im Arbeitsalltag vorhanden sind, werden diese durch positive Erfahrungen relativiert. Die Motivation und Freude an der Arbeit bleiben erhalten, insbesondere durch die Rückmeldungen der An- und Zugehörigen. Pflegekraft 1 beschreibt damit eine Form intrinsischer Motivation, die aus der direkten Wahrnehmung der positiven Auswirkungen der eigenen Arbeit resultiert.

Im Unterschied dazu gibt Pflegekraft 2 an, aus pragmatischen Gründen in die Palliativversorgung gewechselt zu sein, ohne anfänglich ein besonderes Interesse für diesen Bereich zu haben (Pflegekraft 2, Pos. 71, 75). Erst im Berufsalltag entwickelte sich das Gefühl von Sinnhaftigkeit, dies zeigt das folgende Beispiel: *„Ja, sehr sinnstiftend, diese palliative Arbeit, hätte ich nicht gedacht. Ist aber so, weil die wirklich meistens super freundlich sind, super dankbar, du hast immer das Gefühl, wenn du aus der Klinik rauskommst, selbst wenn es ein etwas anstrengender Tag war, wo du dann vielleicht bei der Bewältigungsstrategie sind, dass es was gebracht hat und das fühlt sich gut an, da kann es einen Haken hinter den Dienst machen, einen positiven*

Haken und wenn es ein bisschen anstrengend war, fühlst du dich trotzdem gut.“ (Pflegerkraft 2, Pos. 75)

Ein zusätzlicher Aspekt, der die Zufriedenheit fördert, ist die angemessene finanzielle Vergütung. Pflegerkraft 2 beschreibt, dass die Kombination aus sinnstiftender Arbeit und guter Bezahlung zu einem stimmigen Gesamtbild beiträgt. Im Vergleich zu früheren Erfahrungen im Intensivbereich, wo die Person ihre Arbeit oft als wenig sinnvoll empfand, erscheint die Arbeit auf der Palliativstation als erfüllender (Pflegerkraft 2, Pos. 75).

Auch Pflegerkraft 4 beschreibt die Arbeit in der SPV als überwiegend positiv und erfüllend. Nach einer Phase der Unzufriedenheit hat die Person durch den Wechsel in die Palliativversorgung erneut eine starke Sinnhaftigkeit in der Arbeit gefunden. Die Pflegerkraft betont, dass sie in 95 % der Fälle mit einem guten Gefühl nach Hause geht, da das Empfinden besteht, eine wertvolle Arbeit geleistet zu haben. Besonders die Begleitung von sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen wird als sinnstiftend erlebt (Pflegerkraft 4, Pos. 29). Die Pflegerkraft reflektiert auch ihre eigene Kompetenz und Fähigkeit in der Sterbebegleitung. Obwohl es ihr zunächst schwerfiel, sich selbst als kompetent in diesem Bereich zu betrachten, erkennt sie inzwischen ihren eigenen Beitrag an und denkt darüber nach, diese Tätigkeit zukünftig auch ehrenamtlich fortzuführen. Herausforderungen, wie schwierige Familienkonstellationen oder aggressive Patient:innen, werden benannt, jedoch nicht als belastend genug empfunden, um die grundsätzliche Arbeitszufriedenheit zu beeinträchtigen (Pflegerkraft 4, Pos. 71).

Sowohl in der APV als auch in der SPV wird die Anerkennung durch Patient:innen und An- und Zugehörige als essenzieller Faktor für die Arbeitszufriedenheit betrachtet. Die Pflegerkräfte in beiden Bereichen betonen, dass diese Rückmeldungen dazu beitragen, Belastungen zu relativieren und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit zu erlangen.

Ein Unterschied zeigt sich jedoch in der Bewertung der finanziellen Aspekte. Während Pflegerkraft 2 in der SPV die angemessene Vergütung als wichtigen Faktor für ihre Zufriedenheit und Motivation nennt, spielt dies für Pflegerkraft 1 in der APV keine explizite Rolle. Auch in der Reflexion der eigenen Kompetenz zeigen sich Unterschiede. Während Pflegerkraft 4 in der SPV offen über ihre Weiterentwicklung in der Sterbebegleitung spricht und sogar eine ehrenamtliche Tätigkeit in Betracht zieht, liegt der Fokus in der APV eher auf der direkten Interaktion mit Patient:innen und An- und Zugehörigen ohne weitergehende Reflexion.

5.4.4 Individuelle und kollektive Bewältigungsstrategien: Humor, Rituale und private Ausgleichsaktivitäten

Die Pflegekräfte nutzen unterschiedliche Strategien zur Bewältigung von Herausforderungen sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext. Eine dieser Strategien ist der Einsatz von Humor, wobei individuelle Unterschiede in der Nutzung bestehen. Nicht alle befragten Pflegekräfte nannten Humor als eine bewusste Bewältigungsstrategie.

In der APV beschreibt Pflegekraft 3 Humor als einen zentralen Bestandteil des Arbeitsalltags. Das Team sei generell humorvoll und gehe offen mit den Themen Sterben und Tod um. Die Person betont, dass der eigene Humor gut in das Team eingebracht werden kann, wodurch eine entspannte Arbeitsatmosphäre gefördert werde. Das Team pflegt einen trockenen Humor, insbesondere im Umgang mit dem Tod. Dieser Umgang wird als hilfreich für die eigene Bewältigung der beruflichen Anforderungen beschrieben. Gleichzeitig stellt die Pflegekraft jedoch klar heraus, dass dieser humorvolle Umgang mit dem Tod nicht die angemessene Haltung gegenüber Patient:innen oder deren An- und Zugehörigen widerspiegelt, sondern ausschließlich der eigenen emotionalen Entlastung dient (Pflegekraft 3, Pos. 34, 36).

Pflegekraft 1 hingegen erklärt, dass Humor nur dann eingesetzt werde, wenn Patient:innen selbst eine Offenheit dafür zeigen oder humorvolle Bemerkungen machen. Die Person beschreibt, dass Humor häufig nicht angebracht sei, dies jedoch individuell vom Zustand und der Persönlichkeit der Patient:innen abhängt (Pflegekraft 1, Pos. 58, 60).

In der SPV zeigt sich auch ein gemischtes Bild. Pflegekraft 2 berichtet hier, dass Humor auf der Palliativstation als weniger angebracht wahrgenommen werde. Die Person erklärt, dass die Umgebung dort sensibler sei, da mehr Personen anwesend sind, insbesondere An- und Zugehörige sowie andere Patient:innen. Daher ist die Person in ihrer Wortwahl und im Umgang mit Humor bedachter, um Respekt zu wahren. Obwohl die Pflegekraft diesen respektvollen Umgang unterstützt, vermisst die Person den schwarzen Humor, der im Intensivbereich praktiziert werden konnte. Dort nutzte die Pflegekraft humorvolle Elemente, um belastende Erlebnisse zu verarbeiten und nicht mit nach Hause zu nehmen (Pflegekraft 2, Pos. 59).

Pflegekraft 4 hingegen hebt hervor, dass Humor bei der Bewältigung unterstützt. Interessanterweise arbeitet diese Person auf derselben Station wie Pflegekraft 2, hat jedoch eine andere Perspektive. Die Pflegekraft beschreibt, dass es paradox erscheinen mag, dass die Arbeit trotz der schweren Umstände Freude bereiten kann. Es gebe Situationen, in denen über absurde Gegebenheiten, beispielsweise mit Ärzt:innen, gelacht wird, obwohl die Gesamtsituation ernst ist.

Ein zentraler Aspekt ist die Normalisierung von Humor als Teil des Lebens und der Arbeit in der Palliativversorgung. Die Pflegekraft reflektiert, dass die Person seit der Tätigkeit in der SPV mehr lache als zuvor und dass im Hospiz gelernt werden musste, dass Lachen legitim ist. Dazu betont die Pflegekraft, dass Lachen, Weinen, Leben und Sterben zusammengehören und dass alle diese Emotionen ihren Platz haben. Der Humor wird somit als integraler Bestandteil der emotionalen Bewältigung wahrgenommen (Pflegekraft 4, Pos. 67). So erzählte die Person der Mutter: *„Mama, was meinst du denn, was ich da mache? Ich spreche nicht nur über schwere Themen, manchmal erzähle ich auch einen schmutzigen Witz, und dann lachen die Patienten.“* (Pflegekraft 4, Pos. 69)

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Einsatz von Humor sehr unterschiedlich ist. Weder in der APV noch in der SPV wird Humor als durchgängige Bewältigungsstrategie genutzt. Vielmehr hängt die Anwendung von Humor von der jeweiligen Person und der Arbeitsumgebung ab.

Als weitere Strategie dienen Rituale und Routinen zur Bewältigung. Sowohl in der APV als auch in der SPV werden gleiche Rituale wie das Öffnen des Fensters durchgeführt, um symbolisch die Seele des verstorbenen Menschen freizulassen (Pflegekraft 1, Pos. 44; Pflegekraft 2, Pos. 47; Pflegekraft 3, Pos. 34).

Was heraussticht ist das individuell beschriebene Ritual von Pflegekraft 4. Die Person betont, wie wichtig es für die eigene Psychohygiene ist, einen Abschluss zu finden, insbesondere bei Patient:innen, zu denen eine enge Beziehung aufgebaut wurde. Die Person geht nach dem Tod von Patient:innen immer noch einmal ans Bett, um sich zu verabschieden und bleibt dort für ein bis zwei Minuten, um das Geschehen emotional abzuschließen. Die Pflegekraft beschreibt dies als einen wichtigen Schritt, um den Tod und die Pflege der Menschen für sich selbst zu verarbeiten. Diese Handlung wird nicht bei allen Patient:innen durchgeführt, sondern nur bei denen eine engere Beziehung bestand. Zudem wird betont, dass nicht alle Mitarbeitenden für solche Rituale offen sind, dass es aber dennoch für das eigene Wohlbefinden und die Psychohygiene von Bedeutung ist, einen bewussten Abschluss zu finden. Die Pflegekraft hebt hervor, wie wichtig es ist, nach intensiven und emotional belastenden Begleitungen einen Abschluss zu finden. Besonders bei sehr herausfordernden Pflegeerfahrungen fühlt die Person sich unwohl, wenn dieser Abschluss fehlt. Die Pflegekraft glaubt, dass es langfristig negative Auswirkungen auf einen selbst haben kann, wenn solche Situationen nicht verarbeitet werden. Der bewusste Abschluss ist für sie ein entscheidender Teil des Prozesses, um psychisch mit den Erlebnissen umzugehen (Pflegekraft 4, Pos. 47, 51, 53).

Darüber hinaus werden die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld und Freizeitaktivitäten als weitere Bewältigungsstrategie angesehen. Die Pflegekräfte aus der APV beschrieben dazu, dass der Austausch mit dem Umfeld nach belastenden Situationen hilfreich sein kann. Auch Hobbys seien unterstützend, um das Berufliche vom Privaten trennen zu können (Pflegekraft 1, Pos. 64; Pflegekraft 3, Pos. 42).

Die Pflegekräfte aus der SPV beschreiben auch, dass Hobbys ein wichtiger Bestandteil neben der Arbeit im Alltag darstellen (Pflegekraft 2, Pos. 63; Pflegekraft 4, Pos. 61, 79). Darüber hinaus erzählt Pflegekraft 4 davon, dass Reden und der Austausch mit anderen eine wichtige Bewältigungsstrategie sind. Die Person betont, dass es wichtig ist, Hilfe anzunehmen und sich Unterstützung zu holen, wenn diese benötigt wird. Dies sei eine Fähigkeit, die die Pflegekraft im Laufe der Zeit erlernt hat (Pflegekraft 4, Pos. 61, 79).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass individuelle Bewältigungsstrategien einen wesentlichen Einfluss auf die Bewältigung beruflicher Belastungen haben können. Gemeinsamkeiten zeigen sich insbesondere in privaten Aktivitäten wie der Ausübung von Hobbys, die von Pflegekräften beider Versorgungsbereiche als wichtiger Ausgleich genutzt werden. Der Einsatz von Humor wird hingegen individuell und unterschiedlich praktiziert, wobei sich auch innerhalb der APV und SPV Unterschiede in der Anwendung zeigen. Ein Unterschied besteht in der Ausübung von Ritualen oder Routinen, die kollektiv gelebt werden. Individuelle Rituale wurden ausschließlich in der SPV von Pflegekraft 4 beschrieben, während in der APV keine entsprechenden Schilderungen beschrieben wurden.

5.5 Verbesserungswünsche: Strukturelle Defizite und der Wunsch nach einem offeneren Umgang mit dem Tod

Weiterführend berichteten die Pflegekräfte auch von Verbesserungswünschen in der Palliativversorgung.

In der APV äußerte Pflegekraft 3 Kritik an der unklaren Rolle und begrenzten Verfügbarkeit der Palliativpflegekraft. Das Team hat oft keinen ausreichenden Einblick in deren Aufgaben und Gespräche mit Patient:innen, was Unsicherheiten in der Versorgung schafft. Insbesondere fehlt ein Überblick darüber, wie Patient:innen ihre eigene Situation wahrnehmen, ob sie sich ihres Sterbens bewusst sind oder auf weitere Therapien hoffen. Obwohl die Palliativpflegekraft in Therapieentscheidungen eingebunden ist und Bedenken äußern kann, bleibt diese den ärztlichen Entscheidungen laut der Pflegekraft untergeordnet. Pflegekraft 3 stellt infrage, inwieweit diese Bedenken tatsächlich berücksichtigt werden. Zudem erschwert die eingeschränkte

Erreichbarkeit der Palliativpflegekraft, die nur stundenweise anwesend ist und mehrere Patient:innen betreuen muss, die Koordination der Versorgung. Während die Vorteile für Patient:innen durch die Palliativpflegekraft anerkannt werden, überwiegen für die Pflegekraft 3 die Herausforderungen, insbesondere durch fehlende Transparenz und die eingeschränkte Zusammenarbeit (Pflegekraft 3, Pos. 24, 26, 28).

Pflegekraft 1 hebt hervor, dass die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen stark von deren Verfügbarkeit abhängt. Während es tagsüber auf Station meist keine Probleme gibt, ist die Erreichbarkeit der Ärzt:innen beispielsweise während der nächtlichen Dienstzeit oft eingeschränkt, insbesondere bei Notfällen. Dies führt dazu, dass sich die Pflegekraft auf der Station mit belastenden Situationen alleingelassen fühlt. Die Person betont den Wunsch nach einem stärkeren interdisziplinären Austausch, da dieser aktuell hauptsächlich in informellen Gesprächen stattfindet. Besonders wertvoll ist der kollegiale Austausch über Bewältigungsstrategien, doch eine institutionalisierte Form könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig verbessern. Die Pflegekraft sieht Potenzial in regelmäßigen Treffen, in denen allgemeine Belastungen und Strategien zur Bewältigung besprochen werden, um sowohl die individuelle Resilienz als auch das Teamgefühl zu stärken. Darüber hinaus plädiert die Person für mehr Fortbildungen in der Palliativversorgung und für den Einsatz von speziell geschulten Pflegekräften auf der Station, um Unsicherheiten im Umgang mit sterbenden Patient:innen und dem Schmerzmanagement zu reduzieren. Ergänzend fordert die Pflegekraft regelmäßige psychische und emotionale Entlastungsangebote für Pflegekräfte, um die hohen Belastungen besser zu bewältigen (Pflegekraft 1, Pos. 36, 48, 76).

Darüber hinaus thematisiert Pflegekraft 3 den Personalmangel in der Einrichtung und die daraus resultierenden Herausforderungen bei der Betreuung sterbender Patient:innen. Die Pflegekraft beschreibt eine typische Situation, in der sich zwei Patient:innen gleichzeitig im Sterbeprozess befinden, und betont, dass es ideal wäre, wenn eine Pflegekraft ausschließlich für diese beiden Patient:innen zuständig sein könnte. Dies würde eine kontinuierliche und intensive Betreuung ermöglichen, die in der aktuellen Situation aufgrund von Personalmangel nicht gewährleistet werden kann (Pflegekraft 3, Pos. 54).

In der SPV hingegen kritisiert Pflegekraft 4 eher den Umgang mit verstorbenen Menschen in der Klinik. Die Person empfindet es als unwürdig, dass verstorbene Patient:innen möglichst unauffällig und spätabends von der Station gebracht werden. Dies widerspricht der eigenen Überzeugung, dass der Tod ein natürlicher Teil des Lebens ist und nicht versteckt werden sollte, dies beschreibt die Person wie folgt: „[...] weil ich denke, das muss man nicht verstecken, man

muss den Tod nicht verstecken, man kann das auch/ So, das gehört zum Leben dazu. Und auch wenn man in der Klinik arbeitet, die sich vielleicht mit Therapie und Diagnostik brüestet, ist das ja nicht/ Macht man ja keine schlechte Arbeit, weil da jemand stirbt.“ (Pflegerkraft 4, Pos. 49).

Die Erfahrungen aus dem Hospiz, wo eine individuellere und würdevollere Gestaltung des Abschieds erlernt wurde, prägen die Haltung der Pflegerkraft. Dort wurden beispielsweise bunte Säрге genutzt, um eine persönlichere Atmosphäre zu schaffen. Die Person wünscht sich eine ähnliche Herangehensweise in der Klinik, um den Tod zu enttabuisieren und das Bewusstsein für einen respektvollen Umgang mit Verstorbenen zu fördern. Zudem sieht die Pflegerkraft die Notwendigkeit, den gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod zu verändern. Erfahrungen mit öffentlichen Aktionen, wie Informationsstände auf Festivals oder Stadtläufe zur Thematisierung des Sterbens, haben die Person darin bestärkt, dass eine offene Auseinandersetzung mit dem Tod essenziell für ein gesellschaftliches Umdenken ist (Pflegerkraft 4, Pos. 49).

Dazu sagt Pflegerkraft 4, dass die Arbeitsbedingungen in der SPV schon sehr gut sind, die Person beschreibt dies so: *„Also gerade wenn man das mit anderen Bereichen im Gesundheitssystem vergleicht, ist das schon so eine Insel der Glückseligen auf eine komische Art und Weise. Also wirklich, also das ist so eine Bubble, die ist schon gut und natürlich kann man immer alles verbessern, aber ich glaube so/ Ich bin halt auch Realist und mache das schon zu lange und ja unser Gesundheitssystem ist ja jetzt auch nicht mehr ganz auf dem Punkt, also da/ Ich glaube, das ist schon das Beste, was geht.“ (Pflegerkraft 4, Pos. 87)*

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich in der Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen, ähnliche Ansichten wurden bereits im Kapitel 5.3.3 thematisiert. Während Pflegerkräfte in der APV strukturelle Defizite wie fehlende Transparenz, unzureichende Fortbildungen und Entlastungsangebote kritisieren, beschreiben Pflegerkräfte in der SPV ihre Arbeitsbedingungen insgesamt als vergleichsweise gut, auch wenn sie Verbesserungspotenzial sehen. Während die APV stärker mit grundlegenden Defiziten wie Personalmangel und fehlenden Ressourcen kämpft, wird in der SPV eher eine Weiterentwicklung im Umgang mit dem Tod und eine Enttabuisierung des Sterbens gefordert. Als eine Gemeinsamkeit kann daher der Wunsch nach einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit betrachtet werden.

6. Diskussion

Basierend auf den dargestellten Ergebnissen sollen diese im Kontext der Fragestellung im Folgenden diskutiert werden. Zunächst werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen. Anschließend werden die Stärken und Limitationen der Untersuchung aufgezeigt.

6.1 Zusammenfassung und Vergleich der Ergebnisse

In beiden Bereichen stellt die Begleitung von An- und Zugehörigen eine zentrale Belastung dar, besonders wenn diese Schwierigkeiten mit dem Sterben und Tod haben. In der APV wird die Herausforderung bei Therapieentscheidungen, wie der zögerlichen Entscheidung für eine palliative Therapie thematisiert. In der SPV stehen ethische Dilemmata im Vordergrund, vor allem bei fortgesetzten Therapien, die den Patient:innen laut den Pflegekräften mehr schaden als nutzen. In beiden Bereichen scheinen sich hierarchische Strukturen als gemeinsames Merkmal identifizieren, die es für die Pflegekräfte erschweren, in Therapieentscheidungen miteinbezogen zu werden.

Ein wichtiger Unterschied ist die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen und die dadurch entstehenden strukturellen Belastungen. Die Pflegekräfte in der APV betonen strukturelle Defizite, wie unzureichende Fortbildungen und mangelnde Entlastungsangebote, während Pflegekräfte in der SPV ihre Arbeitsbedingungen insgesamt als gut empfinden. Zudem wird in der APV ein niedriger Personalschlüssel im Vergleich zur SPV oft als problematisch beschrieben. Pflegekräfte in der APV berichten, dass dieser Personalmangel die Arbeitsbelastung steigert. Im Gegensatz dazu wird in der SPV die gute personelle Ausstattung als entlastend empfunden.

Als zentrale Bewältigungsstrategie wird in beiden Bereichen das Team genannt, welches als wichtiger Rückhalt beschrieben wird. Darüber hinaus wird die Sinnhaftigkeit der Berufsausübung als Ressource hervorgehoben, die den Pflegekräften hilft, mit den Herausforderungen umzugehen. Besonders die Entscheidung von Pflegekraft 4, von der APV in die SPV zu wechseln, verdeutlicht, dass die Arbeit in diesem Bereich zu einer stärkeren Sinnhaftigkeit geführt hat.

Die Ergebnisse decken sich mit denen aus der Studie von Diehl et al. (2021b), bei der auch herausgestellt wurde, dass Pflegekräfte aus der SPV eher emotionale Anforderungen aufzeigen, während bei Pflegekräften aus der APV vor allem organisatorische Belastungen, wie ein

niedriger Personalschlüssel, aufgrund der Rahmenbedingungen, in den Vordergrund gerückt werden (ebd., S. 15 f.).

Die vorgestellten Studienergebnisse in Kapitel 2.5 aus der SPV zeigten, dass Pflegekräfte insbesondere durch eine hohe Anzahl an Patient:innen sowie durch zunehmende organisatorische Aufgaben belastet sind (Ates et al., 2019, S. 14). Vergleichbare Ergebnisse fanden sich auch in Bezug auf die häufigen organisatorischen Belastungen, die aus patient:innenfernen Tätigkeiten resultieren und von Pflegekräften in der SPV berichtet wurden. Diese Ergebnisse unterscheiden sich von den Befunden dieser Arbeit, in der organisatorische Belastungen stärker in der APV verortet wurden. Die befragten Pflegekräfte aus der SPV äußerten hingegen keine vergleichbaren Belastungen und hoben die insgesamt gute Personalausstattung hervor. Dies könnte unter anderem auf die spezifischen Rahmenbedingungen der jeweiligen Institution zurückzuführen sein, in der die Befragten tätig sind. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Studien von Ates et al. und Diehl et al. breiter angelegt wurden und methodisch andere Ansätze verfolgten, sodass die direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich ist.

Übereinstimmungen zwischen den vorliegenden Ergebnissen und den Studienergebnissen zeigen sich hingegen bei der Belastung durch die Begleitung von An- und Zugehörigen. Insbesondere wurden An- und Zugehörige, die den Sterbeprozess und Tod nicht akzeptieren können, sowohl in den Studien als auch in dieser Arbeit als belastend beschrieben (Diehl et al., 2019, S. 217; Diehl et al., 2021a, S. 86).

In der SPV wurde von den befragten Pflegekräften in dieser Untersuchung zudem verstärkt von emotionalen Belastungen berichtet, die entstehen, wenn Patient:innen mit jungen Kindern versterben oder wenn eine professionelle, längerfristige Beziehung zu den Patient:innen besteht. Diese Form der Belastung wird ebenfalls durch die Studie von Müller et al. beschrieben (Müller et al., 2009, S. 2–4).

Ein Unterschied zwischen den eigenen Ergebnissen und den Studien zeigt sich in den Belastungen durch ethische Dilemmata, die von allen Befragten, sowohl aus der APV als auch aus der SPV genannt wurden. Diese Belastung wurde in den vorgestellten Studien jedoch nicht thematisiert.

Bezüglich der Bewältigungsstrategien zeigen sich eine Gemeinsamkeit zwischen den Ergebnissen dieser Arbeit und den Ergebnissen der bestehenden Studien. In sämtlichen Studien wird das Team als zentrale Ressource sowohl in der APV als auch in der SPV hervorgehoben. Weitere relevante Ressourcen sind die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit, der Einsatz von Ritualen sowie

Maßnahmen der Selbstfürsorge. Ein Unterschied in den Unterstützungsmöglichkeiten wurde in dieser Untersuchung zwischen der APV und SPV in dieser Untersuchung festgestellt. Während Supervision in der SPV etabliert ist, fehlte dieses Angebot bei den befragten Pflegekräften in der APV. Diese Beobachtung wird durch bestehende Studien gestützt, die ebenfalls darauf hinweisen, dass Supervision in der APV häufig nicht verfügbar ist (Diehl et al., 2019, S. 218; Müller et al., 2014, S. 3; Diehl et al., 2021b, S. 15 f.).

Ein weiterer Befund dieser Arbeit zeigt, dass Humor eine individuell genutzte Bewältigungsstrategie sowohl in der APV als auch in der SPV darstellt. In den herangezogenen Studien wird Humor als zentrale Ressource beschrieben und findet dort teilweise eine noch stärkere Beachtung (Diehl et al., 2019, S. 218; Müller et al., 2014, S. 3).

Eine weitere Gemeinsamkeit stellt bei den befragten Pflegekräften aus der APV und SPV die emotionale Distanzierung und Selbstfürsorge dar. In dieser Arbeit wurde die Resilienz nicht direkt gemessen oder erfragt, jedoch könnten sich in den Aussagen der Pflegekräfte Hinweise auf resilienzfördernde Faktoren erkennen lassen, die im Umgang mit Belastungen eine bedeutende Rolle spielen könnten. Ein zentraler Aspekt ist die Akzeptanz des Todes als natürlicher Teil des Lebens, die eine Haltung darstellt, die mit den Säulen der Resilienz, wie sie von Düpjohn et al. (2024) beschrieben werden, übereinstimmen könnte. Diese Akzeptanz könnte den Pflegekräften helfen, mit den Belastungen umzugehen, ohne sich emotional zu sehr zu belasten. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die emotionale Distanzierung, die von mehreren Pflegekräften als Selbstschutzstrategie beschrieben wurde. Diese bewusste Abgrenzung scheint es zu ermöglichen, die psychische Gesundheit zu wahren und gleichzeitig mit den emotionalen Anforderungen des Berufs umzugehen. Die Pflegekräfte betonten die Notwendigkeit, auf sich selbst zu achten, um langfristig gesund und resilient zu bleiben. Diese gegenseitige Unterstützung im Team stellt einen weiteren Schutzfaktor dar, der die Resilienz stärken könnte. Zusätzlich spiegeln sich in den Ergebnissen die Reflexion der eigenen Lebensführung und eine Zukunftsorientierung wider. Pflegekräfte berichteten, dass die Arbeit mit sterbenden Patient:innen zu einer bewussteren Lebensgestaltung führte, was eine weitere resilienzfördernde Eigenschaft darstellt. Die Reflexion über das eigene Leben und die eigene Sterblichkeit scheint zu einer positiveren Haltung gegenüber Herausforderungen beizutragen (Düpjohn et al., 2024, S. 46).

Die Studie von Ablett und Jones (2006) führte ähnliche Ergebnisse, indem betont wurde, dass Resilienz durch eine bewusste Reflexion mit der eigenen Endlichkeit, professionelle Abgrenzung und eine positive Lebensgestaltung sowie durch soziale Unterstützung gefördert werden kann. Auch in dieser Arbeit konnten diese Aspekte identifiziert werden, die möglicherweise zur

Weiterentwicklung der Resilienz der Pflegekräfte aus der APV und SPV beitragen könnte (ebd., S. 733-737).

Als theoretische Grundlage wurde das Konstrukt der Resilienz verwendet. Neben diesem könnte auch das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky zur Erklärung der Gesunderhaltung von Pflegekräften im Kontext von belastenden Situationen herangezogen werden. Dieses Modell, das sich auf die Entstehung von Gesundheit konzentriert, bietet einen umfassenden theoretischen Rahmen, um zu verstehen, wie Individuen trotz belastender Umstände gesund bleiben können. Allerdings ist das Konstrukt der Salutogenese sehr komplex und wurde im Rahmen dieser Arbeit aufgrund der begrenzten Kapazitäten nicht weiter vertieft (Faltermaier, 2023, o.S.).

6.2 Stärken und Limitationen

Die vorliegende Bachelorarbeit weist sowohl Stärken als auch Limitationen auf, die im Folgenden diskutiert werden. Zunächst ist festzuhalten, dass die Ergebnisse dieser Arbeit nur begrenzt mit denen anderer Studien vergleichbar sind, da diese oft unterschiedliche methodische Ansätze verfolgten, unterschiedliche Berufsgruppen und Versorgungsbereiche untersuchten sowie in früheren Jahrzehnten durchgeführt wurden. Im Rahmen dieser Arbeit wurden aufgrund des begrenzten Umfangs lediglich vier Interviews durchgeführt, was die Generalisierbarkeit und die Sättigung der Ergebnisse einschränkt.

Ein weiterer limitierender Faktor liegt in der Heterogenität der untersuchten Stichprobe. Die Berufserfahrung der befragten Pflegekräfte variierte insbesondere in der SPV erheblich, was möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse hatte, da beispielsweise Pflegekraft 2 erst seit kurzer Zeit auf der Palliativstation tätig ist. Während das Alter und Geschlecht der Teilnehmenden als weniger relevant für die Ergebnisse eingeschätzt werden, ist anzunehmen, dass die unterschiedliche Berufserfahrung die Wahrnehmung von Belastungen sowie die Anwendung von Bewältigungsstrategien beeinflusst haben könnte. Eine mögliche Lösung wäre, bei der Rekrutierung verstärkt darauf zu achten, dass die Pflegekräfte vergleichbarere Berufserfahrungen aufweisen. Alternativ könnte die Stichprobe gezielt um weitere Teilnehmende mit einer ähnlichen beruflichen Erfahrung ergänzt werden, um eine größere Homogenität zu erreichen.

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff „*Belastung*“ wurde in Anlehnung an die bestehende Literatur gewählt (Breinbauer, 2020, S. 18), obwohl die befragten Pflegekräfte in ihren Antworten häufig auch von „*Herausforderungen*“ sprachen. Dies unterstreicht die professionelle Haltung der Pflegekräfte, die belastende Situationen oft nicht als persönliche Überforderung,

sondern als Teil ihrer beruflichen Rolle betrachten. Der Begriff „*Belastung*“ wurde bewusst gewählt, um Anschlussfähigkeit an die bestehende Forschung zu gewährleisten, obwohl er individuell unterschiedlich interpretiert werden kann.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die fehlende Intercoder-Reliabilität, die als Gütekriterium in qualitativen Studien dienen kann. Sie hätte die Objektivität und Transparenz der Datenauswertung erhöhen können (Kuckartz und Rädiker, 2022, S. 239). Aufgrund der begrenzten Kapazität dieser Bachelorarbeit wurde dieses Vorgehen nicht berücksichtigt. Für umfangreichere und tiefgehende Untersuchungen sollte es jedoch angewendet werden.

Zudem bestand eine gewisse Vertrautheit der Forschenden mit dem untersuchten Feld, was zu Rollenkonflikten geführt haben könnte. Darüber hinaus bestand zu zwei der interviewten Pflegekräfte ein sozialer Kontakt, was die Offenheit der Befragten möglicherweise beeinträchtigt haben könnte (Misoch, 2015, S. 202). Um potenzielle Rollenkonflikte und eine Beeinflussung der Offenheit der Befragten zu vermeiden, könnte in zukünftigen Studien darauf geachtet werden, ausschließlich Teilnehmende auszuwählen, zu denen keine vorherige soziale oder berufliche Beziehung besteht.

Trotz der genannten Limitationen weist die Studie auch mehrere Stärken auf. Die Vertrautheit der Forschenden mit dem untersuchten Feld ermöglichte es gleichzeitig auch, gezielte und fundierte Nachfragen zu stellen, was die Tiefe der Interviews erhöhte. Zudem wurde der Zugang zum Feld durch die bestehenden Kontakte erleichtert, insbesondere in der APV. In der SPV fungierte eine Pflegekraft als Gatekeeper, was nach einer längeren Suche zur Rekrutierung von zwei weiteren Teilnehmenden führte (Misoch, 2015, S. 203).

Ein weiterer Vorteil war die Wahl des Interviewortes. Alle vier Interviews wurden in der vertrauten Umgebung der Teilnehmenden durchgeführt, was eine entspannte und ungestörte Atmosphäre ermöglichte, und die Offenheit der Befragten förderte (ebd., S. 209).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Studie trotz ihrer Limitationen wertvolle Einblicke in die Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der Palliativversorgung bietet. Die Ergebnisse zeigen überwiegend eine Übereinstimmung mit dem aktuellen Forschungsstand in diesem Bereich. Die gewonnenen Erkenntnisse können als Grundlage für weitere Forschung dienen, insbesondere im Hinblick auf die APV, die in der wissenschaftlichen Literatur bisher weniger Beachtung gefunden hat.

Im folgenden Kapitel wird die Fragestellung auf Grundlage der gewonnenen Ergebnisse beantwortet und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen vorgestellt.

7. Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Zielsetzung und Fragestellung konzentrierten sich darauf, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der APV und SPV zu ermitteln. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den beiden Bereichen bestehen.

Beide Gruppen von Pflegekräften berichteten von der emotionalen Belastung durch die Begleitung der An- und Zugehörigen und der Nähe zu Patient:innen sowie der Herausforderung, eine professionelle Distanz zu wahren. Dabei könnte die Resilienz eine zentrale Rolle spielen, warum Pflegekräfte in diesem Bereich tätig sind und trotz der ständigen Konfrontation mit Sterben, Tod und emotional belastenden Situationen gesund bleiben. Diese Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Umstände ist ein wesentlicher Aspekt, der die professionelle Haltung der Pflegekräfte unterstreicht. Als professionelle Berufsgruppe verfügen die Teilnehmenden über spezifische Kompetenzen und Strategien, um mit den emotionalen und ethischen Herausforderungen ihres Arbeitsalltags umzugehen.

Ein Unterschied zwischen den beiden Bereichen liegt in der Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten. Während in der SPV regelmäßige Supervisionen und psychosoziale Unterstützungsangebote etabliert sind, werden in der APV vorhandene Angebote wie Seelsorge oder Gesprächsmöglichkeiten mit Pastor:innen kaum genutzt. Hier könnte die Etablierung von regelmäßigen Supervisionen und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit dazu beitragen, belastende Situationen besser aufzuarbeiten und die psychosoziale Gesundheit der Pflegekräfte zu stärken.

Ein gemeinsamer Aspekt ist die Sinnhaftigkeit der Arbeit, die von den Pflegekräften besonders hervorgehoben wird. Positive Rückmeldungen und Anerkennung spielen dabei eine wichtige Rolle. Um dies zu fördern, könnte eine Kultur der Wertschätzung etabliert werden, beispielsweise durch die regelmäßige Reflexion positiver Erfahrungen in Teambesprechungen, beispielsweise um die Motivation der Pflegekräfte zu fördern.

Strukturelle Belastungen wurden vor allem in der APV thematisiert. Ein niedriger Personalschlüssel, ein hoher Dokumentationsaufwand und die unzureichende Verfügbarkeit von spezialisierten Pflegekräften erschweren eine bedarfsgerechte Versorgung der Patient:innen. Hier wäre die Etablierung eines Palliativteams in der Einrichtung von Pflegekraft 3, wie es in einigen Einrichtungen bereits erfolgreich umgesetzt wurde, ein möglicher Lösungsansatz. Allerdings

ist der Personalmangel ein grundlegendes Problem, das nicht durch individuelle Maßnahmen allein gelöst werden kann.

Erwähnt wurde in der APV die Unsicherheit der Ärzt:innen bei Therapieentscheidungen sowie der Wunsch nach einer Fortbildung für Pflegekräfte. Hier könnte durch ein Angebot der Institutionen für regelmäßige Fortbildungen in der Palliativversorgung sichergestellt werden, dass sowohl Pflegekräfte als auch andere beteiligte Berufsgruppen über aktuelles Fachwissen und Handlungskompetenzen verfügen.

In der SPV wurden hingegen die Arbeitsbedingungen als gut beschrieben, allerdings stehen die Pflegekräfte dort vor ethischen Herausforderungen. Ethische Fallbesprechungen könnten transparenter und patient:innenzentrierter gestaltet werden, wobei Pflegekräfte stärker in Entscheidungsprozesse einbezogen werden sollten. Ein weiterer Wunsch der Pflegekräfte ist ein offenerer Umgang mit dem Thema Tod. Ein transparenterer Umgang mit den verstorbenen Patient:innen im Team könnten dazu beitragen, die Tabuisierung um den Tod zu senken und einen würdevolleren Umgang mit sterbenden und verstorbenen Menschen zu fördern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Pflegekräfte in der APV und SPV ähnlichen emotionalen Belastungen ausgesetzt sind, jedoch unterschiedliche strukturelle Herausforderungen bewältigen müssen. In beiden Bereichen sind das Team, die emotionale Distanzierung und die Selbstfürsorge zentrale Bewältigungsstrategien. Um die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität in der Palliativversorgung nachhaltig zu verbessern, sollten die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Ressourcenstärkung und die psychosoziale Unterstützung gefördert werden.

Inbesondere in der APV besteht weiterer Forschungsbedarf zu den Belastungen und Bewältigungsstrategien, da dieser Bereich bislang nur unzureichend untersucht wurde. Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die Arbeitsbedingungen und strukturellen Rahmenbedingungen in der APV im Vergleich zur SPV als deutlich verbesserungsbedürftiger wahrgenommen wurden. Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Palliativversorgung in der APV sollte diesem Bereich verstärkt wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, gezielte Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, um die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu optimieren und die Gesundheit der Pflegekräfte langfristig zu erhalten.

Literaturverzeichnis

- Ablett, J., & Jones, R. (14. Dezember 2006). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. S. 733-740. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.1130
- Ates, G., Jaspers, B., & Kern, M. (2019). Belastungs- und Schutzfaktoren in Teams der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen. Eine Pilotstudie. S. 1-102.
- Belan, D., & Schiller, C. (2016). Helfen ohne zu heilen. Berufsbedingte Belastungen und Bewältigungsstrategien von Palliativpflegekräften (Bd. 23). (G. Voß, Hrsg.) München und Mering: Rainer Hampp Verlag. S. 1-139.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS. S. 1-99. ISBN 978-3-531-19415-8.
- Breinbauer, M. (2020). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege: Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz. Wiesbaden: Springer-Verlag. S. 1-233
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2024). Palliativversorgung. Von <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/palliativversorgung-7535.php>. Am 16.02.2025 abgerufen
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). (2016). Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. S. 1-17.
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Nienhaus, A., & Pinzon, L. (2019). Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. Eine explorative Querschnittstudie. *Pflege*, S. 209-223. doi:<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000680>
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Pinzon, L., & Dietz, P. (2021a). Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der allgemeinen Palliativversorgung in Deutschland. *Pflege*, S. 80-91. Hogrefe Verlag. doi:<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000791>
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Pinzon, L., & Dietz, P. (2021b). Belastungen, Ressourcen, Gesundheit und Wohlbefinden von Pflegekräften in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland - Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie. S. 1-31. doi:10.1186/S12912-021-00687-Z
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (Bd. 8. Auflage). Marburg: Eigenverlag. Marburg. S. 4-59.
- Düpjohann, A., Rewer, E., & Berentzen, J. (2024). Stress, Ärger, Burnout und Resilienz. In W. Koppert, M. Eiß, S. Nitschmann, S. Rabenbauer, & M. Liehn, ATA-Lehrbuch. Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistenz (S. 41-46). Berlin: Springer-Verlag. doi:ISBN 978-3-662-54158-6

- European Association for Palliative Care (EPAC). (2014). Recommendations of the EAPC For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools. S. 6-24. <https://www.unav.edu/documents/2832169/85721ca8-2687-4ac7-acb6-d899154183a2>. Am 13.01.2025 abgerufen
- Faltermaier, T. (2023). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Salutogenese. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>. Am 16.02.2025 abgerufen
- Gebel, T., Habla, H., Lange, C., Meyermann, A., Riphahn, R., & Schmidutz, D. (2017). Handreichung Datenschutz. Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten. Berlin. S. 6-25. doi:10.17620/02671.6
- Gencer, D., Meffert, C., Herschbach, P., Hipp, M., & Becker, G. (2019). Belastungen im Berufsalltag von Palliativpflegekräften - eine Befragung in Kooperation mit dem KompetenzZentrum Palliative Care Baden Württemberg (KOMPACT). S. 92-98. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0043-109429>
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur, & J. Blasius, Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. (S. 559-574). Wiesbaden: Springer VS. doi:10.1007/978-3-531-18939-0
- Herschbach, P. (1991). Eine Untersuchung zur psychischen Belastung von Krankenschwestern und -pfleger. S. 434-438. Deutsche Krankenpflegezeitschrift.
- Husebö, S., Mathis, G., Masel, E., Likar, R., Neuwersch-Sommeregger, S., Sandgathe-Husebö, . . . Watzke, H. (2023). Palliativmedizin (Bd. 7. Auflage). Berlin. S. 1-405: Springer-Verlag.
- Jünger, S. (2014). Belastung des Teams in der Versorgung am Lebensende. Empirie, Konzepte, Erkenntnisse. In M. Müller, & D. Pfister, Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin (Bd. 3. Auflage, S. 22-30). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG. ISBN 978-3-525-40341-9.
- Klingenberg, I. (2021). Stressbewältigung durch Pflegekräfte. Konzeptionelle und empirische Analysen vor dem Hintergrund des Copings und Resilienz. Düsseldorf. S. 1-205: Springer Verlag. ISBN 978-3-658-37437-2.
- Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C., Beutel, H., Hill, S., Class, K., . . . Zieger, A. (2014). Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung (Bd. 5). Springer-Verlag. S. 3-13.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden (Bd. 5. Auflage). Weinheim Basel. S. 53-254: Beltz Juventa. ISBN 978-3-7799-6321-1.
- Leitlinienprogramm Onkologie. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. (2020). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung,

- Langversion 2.2. Von <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>. Am 23.12.2024 abgerufen
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*. S. 1-22.
- Matten, S., & Pausch, M. (2024). *Depression, Trauma und Ängste in Management und Öffentlichkeit*. Wiesbaden: Springer-Verlag. S. 83-86. ISBN 978-3-658-43965-1.
- Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin, München, Boston: Walter de Gruyter GmbH. S. 1-262. ISBN 978-3-11-034810-1.
- Müller, M., Pfister, D., Markett, S., & Jaspers, B. (2009). Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. *Der Schmerz*, S. 1-8. doi:10.1007/s00482-009-0845-y
- Müller-Busch, H. (2014). *Basiswissen Palliativmedizin: Kurze Geschichte der Palliativmedizin*. (M. Schnell, & C. Schulz, Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 4-9.
- Nowossadeck, E. (2012). *Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitssystem*. S. 1-6. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schmucker, R. (2019). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* (S. 49-59). Berlin: Springer-Verlag. ISBN 978-3-662-58934-2.
- Schreier. (2020). Fallauswahl. In G. Mey, & K. Mruck, *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 19-40). Wiesbaden: Springer-Verlag. ISBN 978-3-658-26886-2.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). *Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective*. S. 91-96. World Health Organization (WHO).
- Wasl, M. (2023). *Palliativpflege im Wandel - ein Blick auf palliativpflegerische Herausforderungen*. *Anästhesie Nachrichten*, Springer Verlag GmbH Austria. S. 138-140. doi:<https://doi.org/10.1007/s44179-023-00144-z>
- Weltgesundheitsorganisation. (5. August 2020). *Palliative Care*. Von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Am 03.03.2025 abgerufen

Rechtsquellenverzeichnis

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl.I S. 2477) § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl.I S. 2477) § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl.I S. 2477) § 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Vorbereitung der Datenerhebung.....	63
Anhang 1.1: Studieninformation.....	63
Anhang 1.2: Soziodemografische Daten.....	65
Anhang 1.3: Datenschutzerklärung.....	66
Anhang 1.4: Einwilligungserklärung.....	68
Anhang 2: Transkriptionsregeln.....	69
Anhang 3: Interviewleitfaden.....	71
Anhang 4: Kodierleitfaden.....	77

Ablauf

Der Termin für das Interview wird individuell mit Ihnen abgestimmt, so dass es für Sie passend ist. Das Interview dauert ca. 45 Minuten und kann auf Wunsch auch online durchgeführt werden. Es wird mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend verschriftlicht. Das bedeutet, dass die Gespräche Wort für Wort aufgeschrieben werden. Dieser Schritt ist notwendig, um ein wissenschaftliches Arbeiten mit den Aussagen zu ermöglichen.

Neben dem Interview werde ich allgemeine sozio-demografische Daten erheben, wie zum Beispiel ihre Dauer der Berufstätigkeit abfragen. Ich bitte Sie hierfür das beigefügte Dokument zur Erfassung der sozio-demographischen Daten bereits vor der Interviewdurchführung auszufüllen und mir über die E-Mail-Adresse [REDACTED] zukommen zu lassen.

Für die Interviews brauchen Sie kein Vorwissen. Sie werden nur dann in der Studie einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Einwilligung mündlich oder schriftlich widerrufen.

Zudem werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Personenbezogene Daten werden pseudonymisiert. Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Datenschutzerklärung. Die Studentin Lara Waller, die erstbetreuende Professorin Sabine Wöhlke und zweitbetreuende Professorin Johanna Buchcik, unterliegen der Schweigepflicht.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie meine Forschung im Rahmen der Bachelorarbeit unterstützen würden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Lara Waller

[REDACTED]

[REDACTED]

6. Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche durchschnittlich?

7. Haben Sie zusätzliche Verantwortlichkeiten oder Rollen? (z.B. Stationsleitung, Praxisanleitung). Wenn nicht, können Sie diese Frage auslassen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 1.3: Datenschutzerklärung

Datenschutzrechtliche Informationspflicht im Rahmen der Bachelorarbeit (nach Art. 13/14 DSGVO)

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben hat einen hohen Stellenwert für die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Ich möchte Sie über die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an dieser qualitativen Studie sowie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten während des Forschungsprozesses aufklären.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich im datenschutzrechtlichen Sinne ist die Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW Hamburg), vertreten durch Prof.‘ in Dr. Ute Lohrentz, Präsidentin der HAW Hamburg, Berliner Tor 5, 20099 Hamburg.

Fachlich verantwortlich für diese Studie und die Datenerhebung sind: Lara Waller, Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine Wöhlke (Erstbetreuung) und Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Johanna Buchcik (Zweitbetreuung) (Department Gesundheitswissenschaften, HAW Hamburg, Ulmenliet 20, 21033 Hamburg).

2. Datenschutzbeauftragte/r

Datenschutz Nord GmbH, Konsul-Smidt-Straße 8, 28217 Bremen, office@datenschutz-nord.de, www.datenschutz-nord-gruppe.de

3. Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Das Interview wird von mir, Lara Waller, durchgeführt. Es wird mithilfe eines digitalen Aufnahmeapparates der Hochschule aufgezeichnet, die Daten auf einem passwortgeschützten USB-Stick gespeichert und in einem Schrank verschlossen. Die Daten werden anschließend verschriftlicht. Das bedeutet, dass das Gespräch Wort für Wort aufgeschrieben wird. Die digitalen

Tonaufzeichnungen werden ausschließlich von den an der Studie beteiligten Personen und nur für diese Studie im Rahmen der Bachelorarbeit genutzt. Im Anschluss an die Verschriftlichung werden die Interviews pseudonymisiert und kodiert und mit Unterstützung der Software MAXQDA ausgewertet.

Für die Forschung erfolgt eine konsequente Pseudonymisierung aller verwendeten Daten. Pseudonymisierung bedeutet eine Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung, nur mit Nummern kodiert. Persönliche Informationen, die ggf. eine Person erkennbar machen, werden gelöscht bzw. sinnerhaltend geändert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden. Eine Entschlüsselung ist nur durch die obengenannten fachverantwortlichen Personen möglich, welche als einzige den Pseudonymisierungsschlüssel besitzen.

3.1 Zweck

Die Verarbeitung Ihrer Daten sind notwendig, um ein wissenschaftliches Arbeiten mit Ihren Aussagen zu ermöglichen und die Erfahrungen und Ansichten, die im Interview mitgeteilt werden, zu analysieren.

3.2 Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die von Ihnen unterschriebene Einwilligungserklärung.

3.3 Empfänger

Die Tonaufzeichnungen und die nicht-pseudonymisierten Transkripte werden ausschließlich von der für die Studie verantwortlichen Person sowie den an der Transkription beteiligten Person verarbeitet und von den Prüfenden eingesehen.

3.4 Dauer der Speicherung

Nach Beendigung der Bachelorarbeit werden Ihre Daten gelöscht.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie jederzeit widerrufen. Im Falle des Widerrufs werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht. Eine Weiternutzung findet dann nur noch in anonymisierter Form statt. Eine Rückverfolgung zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich.

4. Ihre Rechte

- Sie haben das Recht, von der Hochschule Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten und/oder unrichtig gespeicherte Daten berichtigen zu lassen.
- Sie haben darüber hinaus das Recht auf Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

Anhang 1.4: Einwilligungserklärung



Studentin: Lara Waller
[REDACTED]

Erstbetreuung: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine Wöhlke / **Zweitbetreuung:** Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Johanna Buchcik
Ulmenliet 20, 21033 Hamburg
[REDACTED]
[REDACTED]

Einwilligung in die Teilnahme an einem Interview

im Rahmen der Bachelorarbeit

„Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der Palliativversorgung“

.....

(Name, Vorname der teilnehmenden Person)

Ich habe den beiliegenden Informationstext sowie die Datenschutzerklärung (gemäß Art 13 DSGVO) zur o.g. Studie erhalten. Ich habe beide Texte gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an einem Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung ganz oder teilweise widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig für mich auswirken wird. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Der Widerruf kann an die folgende E-Mail-Adresse [REDACTED] oder telefonisch unter [REDACTED] erfolgen.

- Ich willige in die Teilnahme am Interview und die damit verbundene Datenverarbeitung ein.**

Ort, Datum, Unterschrift der teilnehmenden Person

Anhang 2: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln, eigene Darstellung (Quelle: Misoch, 2019, S. 261; Dresing und Pehl, 2018, S. 21 f.)

Inhaltlich-semantische Transkription	<ul style="list-style-type: none">- Wörtliche Transkription- Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt
Formatierungen	<ul style="list-style-type: none">- Schriftart: Calibri, Schriftgröße 12- Zeilenabstand: einfach- Ränder: 2cm links und 3cm rechts für Anmerkungen- Durchgängige Zeilennummerierung- Zeilennummern werden im Dokument eingefügt
Textkennzeichnung	<ul style="list-style-type: none">- Codierung der Gesprächsteilnehmer:innen: I = Interviewerin, B = Befragte:r- Kursiver Text für I = Interviewerin- Normalschrift für B = Befragte:r- Jeweils eine neue Zeile, wenn ein Sprecher:innenwechsel stattfindet
Bedeutung der Zeichen	<ul style="list-style-type: none">- „/“: Halbsätze- Rezeptionssignale (z.B. „hm, aha, ja“) werden nicht transkribiert mit Ausnahmen- Pausen ab drei Sekunden werden durch (...) markiert- Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ versehen- Emotionale Äußerungen werden in Klammer notiert (z.B. „(lacht)“)- Interpunktion wird geglättet

-
- Umgangssprachliche Partikeln wie z.B. „ne“ werden transkribiert
 - Wortschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert
 - Besonders betonte Wörter werden durch VERSALIEN gekennzeichnet
 - Wortdopplungen werden nicht transkribiert
-

Anhang 3: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden Bachelorarbeit

Titel: Emotionale Herausforderungen und Resilienz in der Palliativversorgung – eine qualitative Untersuchung

Forschungsfrage: *Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen in den Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung?*

Abschnitt	Inhalt	Notizen
1. Vorbereitung		
Begrüßung	<ul style="list-style-type: none">• Wie war Dein Tag bisher?• Wie geht es Dir im Moment?	
Ziel des Interviews	<ul style="list-style-type: none">• Ich bin Studentin des 7. Semesters Gesundheitswissenschaften an der HAW Hamburg und Gesundheits- und Krankenpflegerin• Bachelorarbeit zum Thema „Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften in der Palliativversorgung“• Mich interessiert besonders, welche Belastungen durch den Kontakt mit Sterben und dem Tod vorliegen und welche Bewältigungsstrategien eingesetzt werden	

	<ul style="list-style-type: none"> • Dazu bin ich heute hier und möchte gerne deine persönliche Erfahrung hören und freue mich, dass Du meine Arbeit unterstützt 	
Ablauf und zeitlicher Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich werde Dir gleich ein paar Fragen stellen und würde Dich bitten, mir einfach mal ein bisschen dazu zu erzählen • Es geht dabei ausschließlich um Dich und Deine Erfahrungen und Du darfst frei entscheiden, was und wie viel Du mir dazu sagst • Das Interview selbst soll mehr wie ein Gespräch sein, bei dem es aber um das genannte Thema gehen soll • Das Interview dauert ungefähr 45 Minuten 	
Aufklärung und Einverständnis	<ul style="list-style-type: none"> • Mündlich über Pseudonymität (<i>Das heißt dein Name und persönliche Informationen werden durch ein Kürzel ersetzt, sodass niemand auf deine Person schließen kann</i>) hinweisen, Daten werden ausschließlich für die Bachelorarbeit verwendet • Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung erläutern, Dokument für die sozio-demographischen Daten überprüfen und auf das Aufnahmegerät hinweisen • Zeit für Rückfragen lassen 	
2. Einleitung (Einstiegsfrage)	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Dich dazu bewegt in der palliativen Versorgung/Pflege zu arbeiten? 	
3. Hauptteil		
Belastungen in der Palliativpflege	<p>Mich würde interessieren, was Du in Deinem Arbeitsalltag als belastend empfindest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie erlebst Du deinen Arbeitsalltag in Bezug auf Herausforderungen und Belastungen im Umgang mit schwerkranken/sterbenden Menschen? 	

- Könntest Du Situationen aus Deinem Arbeitsalltag beschreiben, in denen Du dich im Umgang mit schwerkranken/sterbenden Menschen **besonders gefordert** fühlst?
- Welche **emotionalen Anforderungen/Belastungen** empfindest Du im Zusammenhang mit dem Begleiten von schwerkranken/sterbenden Menschen und deren Zu/-oder Angehörigen?
 - Wie gehst Du mit **Anliegen** (z.B. Sorgen, Ängsten) der Patient:innen und deren Zu/-oder Angehörigen um?
 - Wie wirkt sich die (professionelle) **Beziehung**, die Du zu den Patient:innen und deren Zugehörigen aufbaust, auf Deine Arbeit aus?
- Welche **körperlichen Anforderungen/Belastungen** stellen sich Dir bei der Pflege von schwerkranken/sterbenden Menschen?
- Gibt es Möglichkeiten, den Menschen in der Palliativversorgung eine **umfassende und intensive Betreuung** zu bieten? Wie erlebst Du diese Art der Pflege?
- Fühlst Du dich in Deiner Rolle **gut informiert und verstehst Du die Entscheidungen**, die im Umgang mit palliativ betreuten Menschen getroffen werden?
 - Wie gehst Du mit Entscheidungen der Patient:innen und deren Zu/-oder Angehörigen sowie anderer Berufsgruppen (z.B. Ärzt:innen) über den Therapieverlauf um?

	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist Deine Erfahrung mit der Erreichbarkeit von zuständigen Personen (z.B. Ärzt:innen) bei dringenden Anliegen? Gibt es hierbei Schwierigkeiten? • Wie bewertest Du die Thematisierung der Palliativversorgung-/pflege in deiner Pflegeausbildung? War das ausreichend oder hättest Du dir intensivere Auseinandersetzungen gewünscht? 	
Bewältigungsstrategien	<p>Ich würde nun gerne wissen, welche Bewältigungsstrategien Dir zur Verfügung stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie gehst Du und Dein Team mit Sterbeprozessen und dem Tod um? Welche Ansätze/Rituale nutzt Ihr dabei? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie gut kannst Du die Anforderungen/Belastungen in deinem Arbeitsalltag nachvollziehen und verstehen? • Inwiefern hilft Dir die Zusammenarbeit im Team, die Herausforderungen besser zu bewältigen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Unterstützung bieten die Einrichtung, deine Mitarbeitenden oder Vorgesetzten im Umgang mit den Belastungen im Zusammenhang mit Sterben und Tod? ○ Welche Strategien oder Methoden hat dein Team bereits in den Arbeitsalltag integriert, um mit den Anforderungen/Belastungen umzugehen? ○ Wie beeinflusst Humor den Berufsalltag im Umgang mit schwerkranken/sterbenden Menschen? • Welche persönlichen Ressourcen unterstützen Dich dabei, mit den Anforderungen/Belastungen umzugehen? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Welche (zusätzlichen) Qualifikationen oder Fortbildungen würdest Du als hilfreich empfinden/empfindest Du als hilfreich, um mit Fragen/Herausforderungen in der Palliativversorgung umzugehen? • Wie beeinflusst das Gefühl, sinnvolle Arbeit zu leisten, deine Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen? <ul style="list-style-type: none"> ○ In welchen Momenten hast Du das Gefühl einen wertvollen Beitrag zu leisten? 	
4. Schlussteil	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Unterstützung oder Ressourcen wären hilfreich, um deine Arbeit in der Palliativversorgung zu verbessern? • Gibt es noch etwas, das Du zu den Themen Belastungen und Bewältigungsstrategien in der Palliativversorgung ergänzen möchten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es spezifische Herausforderungen/Aspekte, die deiner Meinung nach noch nicht ausreichend angesprochen wurden? 	
Abschluss	<p>Dank aussprechen</p> <p>Fragen nach Wohlbefinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie fühlst Du dich jetzt nach dem Interview? • Fühlst Du dich mit den Antworten, die Du mir gegeben hast, wohl? • Gibt es jetzt noch Fragen, die Du an mich hast? <p>Weiteres Vorgehen erläutern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview verschriftlichen • Auswertung • Verschriftlichung zur Bachelorarbeit 	

Anhang 4: Kodierleitfaden

Hauptkategorie	Subkategorie	Sub-Sub-Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung der Kategorie	Beispiele für Anwendungen
Belastung (BL) (Deduktive Erzeugung)			Überbegriff für verschiedene Belastungen in der Palliativversorgung	Es werden alle Aussagen codiert, die Belastungserfahrungen in der APV und SPV beschreiben	
	Nähe und Distanz (Induktive Erzeugung)		Codiert werden alle Aussagen, die emotionale Anforderungen in der APV und SPV beschreiben.	Codiert werden alle Aussagen, die emotional belastende Situationen beschreiben, die durch den Umgang mit palliativ betreuten Menschen auftreten	P2: „[...] ja, dann sind natürlich auch manchmal Charaktere dabei, mit denen man sich wirklich dann auch anfreundet, gerade weil die Distanz mit dem Du dann ja nicht mehr so da ist. Es ist dann natürlich schon mal blöd, wenn die nach vier fünf Wochen versterben. (S.3, Z. 69-80)
	Herausforderungen im Umgang mit An- und Zugehörigen (Induktive Erzeugung)		Emotionale Belastungen, durch die Begleitung von An- und Zugehörigen der Patient:innen entstehen	Codiert werden alle Aussagen, die schwierige Interaktionen mit An- und Zugehörigen beschreiben	P4: „[...] Also eigentlich sind es mit die herausforderndsten Situationen, das Begleiten der Angehörigen und der Patienten, weil das schon ein sehr komplexer Bereich ist, der immer wieder anders ist.“ (S. 3, Z. 67-70)
	Belastung durch Therapieentscheidungen (Induktive Erzeugung)		Emotionale Herausforderungen, die durch Entscheidungen über medizinische oder pflegerische	Codiert werden alle Aussagen, die Unsicherheiten oder emotionale Spannungen in Bezug auf Therapieentscheidungen beschreiben	P2: „[...] in der Palliativmedizin kann ich das nicht nachvollziehen, ganz oft, dass viele Patienten, denen es eigentlich gut geht, so gut es ihnen gehen kann, Therapie

			Maßnahmen im interdisziplinären Team entstehen		bekommen mit irgendwie hammer Chemotherapeutikern [...] (S. 5f., Z. 174-182)
	Belastungen durch organisatorische Rahmenbedingungen (Deduktive Erzeugung)		Belastungen, die durch strukturelle und organisatorische Gegebenheiten der Arbeit entstehen und zur Belastung der Pflegekräfte führen	Codiert werden alle Aussagen, die Belastungssituationen durch arbeitsbedingte Rahmenbedingungen wie Personalmangel oder Zeitdruck in der Palliativversorgung beschreiben	P1: „Ich finde, die größte Belastung ist, dass man nicht die Zeit hat, die man gerne hätte. Die Dokumentation wird mehr, das Patientenaufkommen und eigentlich finde ich, müsste da ein höherer Personalschlüssel sein, um die zu betreuen.“ (S. 1, Z. 24-30)
	Physische Belastung (Deduktive Erzeugung)		Körperliche Belastung, die durch die Pflege von palliativ betreuten Menschen entstehen	Codiert werden alle Aussagen, die körperliche Belastungen in der Pflege von palliativ betreuten Menschen thematisieren	P2: „[...] also die war/ die wollte dann immer sich/ die wollte/die hat zum Beispiel eine DK-Anlage abgelehnt, ist in meinen Nachtdienst wirklich 15 mal aus dem Toilettenstuhl, hatte schon Ödeme, ich musste die da immer raustragen auf den Toilettenstuhl“ (S. 4, Z. 125-134)
	Bewältigungsstrategien (BS) (Deduktive Erzeugung)		Überbegriff für Bewältigungsstrategien der Pflegekräfte in der APV und SPV	Es werden alle Aussagen codiert, die Bewältigungsstrategien beschreiben, um emotional und physisch stabil zu bleiben	
	Teambezogene Strategien		Maßnahmen und Verhaltensweisen	Codiert werden Aussagen, die beispielsweise	P3: „Supervision haben wir, mit der Psychoonkologin kann man

	(Deduktive Erzeugung)		innerhalb eines Teams, die darauf abzielen, Unterstützung, Zusammenhalt und die Bewältigung zu fördern	gegenseitige Unterstützung, Teambesprechungen oder ein gemeinsames Problemlösen durch eine Supervision thematisieren	reden, wir können im Team auch nochmal immer evaluieren [...]“ (S. 18, Z. 639-643)
	Fördernde Arbeitsplatzbedingungen (Induktive Erzeugung)		Arbeitsplatz-bezogene Bedingungen, wie organisatorische oder soziale Rahmenbedingungen, die das Wohlbefinden fördern	Codiert werden alle Aussagen, die positive Bedingungen wie ein angemessener Personalschlüssel, ansprechen	P2: „Jein, also in unserer Klinik hast du halt das Gute, dass du bis auf wenige Ausnahmen, wenn jetzt Krankheitsausfälle sind, gute Arbeitsbedingungen, das heißt eine gute Personalstärke [...]“ (S. 9, Z. 319-328)
	Erlebte Sinnhaftigkeit in der beruflichen Tätigkeit (Deduktive Erzeugung)		Die individuelle Wahrnehmung der Arbeit als bedeutsam und wertvoll	Codiert werden alle Aussagen, die die Bedeutung der Arbeit in der Palliativversorgung aufzeigen beispielsweise durch Lob, Anerkennung oder Wertschätzung	P4: [...] „Eigentlich jeden Dienst habe ich das Gefühl, dass ich einen wertvollen Beitrag geleistet habe.“ (S. 19, Z. 679-680)
	Resilienz (Induktive Erzeugung)		Psychische Widerstandsfähigkeit, die es ermöglicht, mit Belastungen umzugehen	Codiert werden alle Aussagen, die Eigenschaften der Person wie Optimismus, die Einstellung das Leben als Endlichkeit anzusehen oder emotionale Abgrenzung zum Selbstschutz thematisieren	P3: „Also Menschen sterben, das ist normal, das gehört dazu und bietet vielleicht sogar eine Art Training dafür, sich selber auf den Tod eines Tages vorzubereiten [...] (S. 12, Z. 414-424)
	Fachliche Kompetenzen und professionelle Expertise		Fähigkeiten, die eine Pflegekraft für die Ausübung des Berufs	Wird codiert, wenn die Bedeutung von	P4: „[...] aber eigentlich ist ja im Palliativen immer, du weißt, was du bei einer Blutung machen

	(Induktive Erzeugung)		zur Verfügung hat, um mit Herausforderungen umzugehen	Berufserfahrung und fachlichem Wissen thematisiert werden	musst, du weißt eigentlich in der Schmerzsituation, wenn ein Patient Übelkeit hat oder so, du weißt eigentlich immer/ das ist ja, das ist meistens das Ende vom Weg oder das Stabilisieren und da kannst du eigentlich immer gut auch selbstständig arbeiten, wenn du so ein bisschen auf Zack bist. (S. 7, Z. 238-242)
	Individuelle Strategien (Deduktive Erzeugung)		Persönliche Strategien, die von einer einzelnen Person oder auch kollektiv verwendet wird	Codiert werden alle Aussagen, die sich auf den Einsatz individueller Strategien beziehen	
		Einsatz von Humor (Deduktive Erzeugung)	Die Nutzung von Humor, um Belastungen zu mildern, um eine positive Atmosphäre zu schaffen	Codiert werden alle Aussagen, die Humor als Strategie beschreiben, beispielweise durch Witze oder ironische Bemerkungen	P3: „Allgemein würde ich sagen, dass das Team sehr locker mit dem Tod umgeht und ich meine auch eine durch meinen schwarzen Humor einen recht lockeren Umgang damit zu haben, dass wird eine Bewältigungsstrategie sein, um die Sachen nicht ganz so nah an mich ran zu lassen.“ (S. 7-8, Z. 246-250)
		Rituale und Routinen (Deduktive Erzeugung)	Etablierte Handlungen oder Abläufe, die zur Verarbeitung schwieriger Erlebnisse beitragen	Codiert werden alle Aussagen, die Rituale oder feste Abläufe beschreiben, die eine emotionale Stabilität fördern	P4: „Also ich gehe eigentlich immer noch, wenn die Patienten noch auf Station sind, gehe ich eigentlich immer nochmal hin und verabschiede mich am Bett und bleibe da ein, zwei Minuten stehen.“ (S. 13, Z. 476-479)

		Freizeitaktivitäten als Ressource (Deduktive Erzeugung)	Nicht-berufliche Tätigkeiten, die zur Erholung und Förderung des persönlichen Wohlbefindens beitragen	Codiert werden alle Aussagen, die Hobbies oder soziale Aktivitäten als Mittel zur Erholung thematisieren	P1: [...], „Dass man sich da Ablenkung suchen muss, generell vom Job, dass einen das nicht so einnimmt, ich mache jetzt zum Beispiel Sport oder fahre zu meinen Pferden, wo ich wirklich mal abschalten kann.“ (S. 10, Z. 319-325)
Entwicklungsbedarf (EB) (Deduktive Erzeugung)			Aspekte des Arbeitsumfelds, die optimiert werden könnten, um den Umgang mit Belastungen zu verbessern	Codiert werden alle Aussagen, die Entwicklungspotenzial aufzeigen	
	Institutionelle Unterstützung (Induktive Erzeugung)		Verbesserung von Maßnahmen, die Mitarbeitende bei der Bewältigung unterstützen sollen	Codiert werden alle Aussagen, die den Wunsch nach Unterstützungsangeboten wie Fortbildungen oder Supervisionen aufzeigen	P1: „Also ich finde es sehr gut, dass diese Palliativteams gibt. Ich finde aber, dass es trotzdem zumindest ein, zwei Leute auf Station auch so eine Fortbildung haben sollten, die dann einfach auch vor Ort sind, wenn man irgendwie Fragen hat, irgendwas nicht versteht, dass man sich an die wenden kann [...] (S. 10, Z. 332-342)
	Zugänglichkeit und Kommunikationswege (Induktive Erzeugung)		Die Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit von Kommunikationsstrukturen	Codiert werden alle Aussagen, die Verbesserungswünsche zu internen Kommunikationsprozessen, wie	P1: „So Seelsorge haben wir wie gesagt, aber das ist irgendwie auch noch mehr stattfindet so im Austausch [...] S. 12, Z. 392-409)

			sowie der Zugang zu relevanten Informationen innerhalb der Organisation oder im inter-disziplinären Team	mit beispielsweise Ärzt:innen	
	Sonstiges (Induktive Erzeugung)		Themen und Aspekte, die nicht in die bestehenden Kategorien passen, aber im Kontext der Bachelorarbeit von Bedeutung sind	Codiert werden alle Aussagen, die neue Inhalte ansprechen, die weder dediziert in einer Kategorie erfasst werden noch irrelevant sind	P3: „[...] Ja, der Klassiker halt mehr Personal, so dass man wirklich sagen kann, okay wir haben jetzt hier zwei Sterbende gleichzeitig, irgendwie, dass man eine Pflegekraft hat, die sich nur um diese beiden Patienten kümmert, das wäre schön oder auch einen Arzt zu haben, der gut entscheiden kann [...]“
Beweggründe für die Berufswahl (BB) (Deduktive Erzeugung)			Motive und persönliche Erfahrungen, die zur Entscheidung für eine Tätigkeit in der Pflege geführt haben	Es werden alle Aussagen codiert, die persönliche Geschichten oder Werte hinter der Berufswahl thematisieren	
	Motivation für den Pflegeberuf (Induktive Erzeugung)		Anreize, die zur Aufnahme einer Pflegeausbildung und anschließender Tätigkeit geführt haben	Codiert werden alle Aussagen, die konkrete Anlässe wie familiäre Prägung oder berufliche Perspektiven aufgreifen	P2: „Meine Mutter ist Krankenschwester, mein Onkel ist Krankenpfleger, mein Bruder ist Krankenpfleger und ich bin Krankenpfleger, also kleine Familiendynastie [...] (S. 1, Z. 13-21)
	Gründe für die Wahl in die SPV (Induktive Erzeugung)		Persönliche Erfahrungen oder Werte, die dazu geführt haben, sich für die	Codiert werden alle Aussagen, die die Motivation für die Arbeit in der SPV ansprechen	P4: „[...] es war eigentlich nur ein Inserat in der Zeitung vom Hospiz und dann dachte ich, ich habe da schon länger drüber nachgedacht

			spezialisierte Arbeit in der Palliativpflege zu entscheiden		und habe mich da einfach beworben und mal hospitiert einen Tag und ja, das war dann schon. Der Rest ist dann Geschichte, so könnte man sagen, also da habe ich mich ein bisschen verliebt nochmal in meinen Job auch so (S. 1, Z. 19-21)
--	--	--	---	--	--

Kuckartz und Rädiker, 2022, S. 66 (Eigene Darstellung)

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel ohne Nutzung einer gKI-Anwendung (wie z.B. ChatGPT) angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Hamburg, den 19.03.2025

