

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

**Das Team als Schutzfaktor
bei Belastungen von Pflegenden im Hospiz**

-

**Eine vergleichende Untersuchung
von Teams im Hospiz und im Krankenhaus**

Bachelorthesis

Tag der Abgabe: 1. Juni 2015

Vorgelegt von:

Lena Prehn

Matrikelnummer: [REDACTED]

[REDACTED]
Kontakt: [REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Zweite Prüferin: Kathrin Dehning

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
1. Einleitung.....	1
2. Einführung Hospiz.....	3
2.1 Institutionelle Rahmenbedingungen.....	3
2.2 Anforderungen an die pflegerische Versorgung.....	4
3. Potentielle Belastungen für Pflegende im Hospiz.....	8
3.1 Bedeutung von Belastungsfaktoren.....	8
3.2 Belastungsfaktoren im Hospiz.....	10
3.2.1 Häufung von Todesfällen.....	10
3.2.2 Anspruch der Palliative Care.....	12
3.2.3 Beziehung zum Gast.....	14
3.3 Auswirkungen der Belastung.....	17
4. Schutz vor potentieller Belastung.....	20
4.1 Bedeutung von Schutzfaktoren.....	20
4.2 Schutzfaktoren im Hospiz.....	23
4.2.1 Privatleben.....	23
4.2.2 Humor.....	24
4.2.3 Team.....	26
5. Vergleich: Teams im Hospiz – Teams im Krankenhaus.....	29
5.1 Definition Team.....	29
5.2. Gegenüberstellung der Teams.....	32
5.2.1 Rahmenbedingungen der Institution und der pflegerischen Arbeit.....	32
5.2.2 Fähigkeiten und Kompetenzen.....	34
5.2.3 Ziele.....	37
5.2.4 Teamidentität.....	38
5.2.5 Kommunikation und Kooperation.....	40
5.2.6 Selbstpflege.....	42
6. Fazit.....	44
Literaturverzeichnis.....	47
Eidesstattliche Erklärung.....	55

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Definition von Palliative Care nach der WHO	4
Abb. 2:	Kontinuität der Palliative Care	5
Abb. 3:	Bedürfnisse der Gäste im Hospiz	6
Abb. 4:	Belastungsfaktoren im Hospiz	10
Abb. 5:	Belastungssymptome im Hospiz	18
Abb. 6:	Schutzfaktoren im Hospiz	23
Abb. 7:	Darstellung von multi-, inter- und transprofessioneller Zusammenarbeit	28

1. Einleitung

Pflege von Menschen, die dem Tod sehr nahe stehen und die letzte Lebensphase bestreiten, ist in Krankenhäusern nicht alltäglich und stellt ein sensibles Thema dar, da ärztliches Personal und Pflegende grundsätzlich die Heilung des Menschen anstreben.

Pflegende in der palliativen Versorgung, insbesondere im Hospiz, sind in ihrem pflegerischen Alltag stark mit dem Tod konfrontiert. Die Begleitung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bis zum Lebensende und ihren Angehörigen ist eine besondere Aufgabe und stellt immer wieder an das gesamte Team große Anforderungen, welche die Beteiligten individuell belasten können. Insbesondere Pflegende stehen rund um die Uhr als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung und werden meist als vertraute Bezugspersonen und GesprächspartnerInnen von den Betroffenen und ihren Angehörigen wahrgenommen (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 150f.). Allein durch diese erhöhte Anforderung ist die potentielle Belastung jeder Pflegekraft ein relevantes Anliegen, insbesondere da die Entwicklung der Palliativstationen und der stationären Hospizpflege in Deutschland in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (n.d.)). In Hamburg sind aktuell sieben stationäre Hospize für Erwachsene sowie ein teilstationäres und ein stationäres Kinderhospiz zu verzeichnen (vgl. HOSPIZFÜHRER 2013, S. 51).

Die angeführte Problematik, die u.a. MÜLLER & PFISTER in ihrer Ausarbeitung zu PFISTERS Studie *Wie viel Tod verträgt das Team? Befragung der Palliativstationen in Deutschland und der Hospize in Nordrhein-Westfalen zu Belastungsfaktoren, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod* (vgl. PFISTER 2012) vertiefen, kann die eigene und hier insbesondere die psychische Gesundheit von Pflegenden negativ beeinflussen. Studien belegen hingegen, dass Pflegende und andere MitarbeiterInnen in Hospizen sowie auf Palliativstationen geringere Anzeichen von Überforderung und Belastung bzw. Anzeichen von Burnout im Vergleich zu Pflegenden in anderen Feldern aufzeigen (vgl. VACHON 1995, S.109; vgl. PAYNE 2001, S. 402).

Um Belastungen und der Burnout-Problematik entgegenzuwirken, können verschiedene Schutzfaktoren von Pflegenden herangezogen werden, damit eine Regeneration in der dienstfreien Zeit möglich ist (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 153).

Hierbei ist insbesondere das Team hervorzuheben, welches in Studien als wichtigste Ressource und Entlastungsfaktor identifiziert wurde (vgl. PFISTER 2012, S. 15). Dies wirft die Frage auf, warum insbesondere das Team als stärkster Schutzfaktor bei Belastungen von Pflegenden in der Palliative Care und insbesondere im Hospiz genannt wurde.

Ein Hauptaspekt der vorliegenden Arbeit besteht darin, Belastungs- und Schutzfaktoren der Pflegenden im Hospiz darzustellen. Als Einführung in die Thematik und das spezifische Setting Hospiz werden die Rahmenbedingungen der Arbeit der Pflegenden sowie die Bedürfnisse der schwerkranken, sterbenden Menschen im stationären Hospiz aufgezeigt. Anschließend wird ein Überblick über potentielle Belastungsfaktoren sowie Auswirkungen von Erschöpfung und Belastung auf Pflegende gegeben. Daraufhin werden potentielle Schutzfaktoren von Pflegenden vorgestellt. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf dem Schutzfaktor »Team«. Dieses wird im Rahmen einer Gegenüberstellung näher beleuchtet. Es werden die Funktionen und die charakteristischen Merkmale des Teams im Hospiz beschrieben und diese mit denen von Teams auf Allgemeinstationen im Krankenhaus verglichen. Ziel der Arbeit ist es, Unterschiede zwischen den Teams sowie Eigenschaften bzw. Merkmale des Teams im Hospiz herauszustellen, die dafür verantwortlich sein könnten, dass von diesem eine starke Schutzfunktion bei potentiellen Belastungen ausgeht.

Folglich werden im Verlauf der Arbeit folgende Fragestellungen untersucht:

- Welchen potentiellen Belastungen sind Pflegende in der Arbeit im Hospiz ausgesetzt und wie äußern sich diese?
- Wie kann das Team als Schutzfaktor dienen?
- Welche Eigenschaften bzw. Unterschiede zeigt das Team im Hospiz im Vergleich zum Team im Krankenhaus?

Die Recherche von Literatur und Studien erfolgte u.a. anhand ausgewählter Suchbegriffe im Katalog der HAW sowie im Campus-Katalog der Universität Hamburg, in Medline, Google Scholar und der Cochrane Library.

2. Einführung Hospiz

2.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Im Folgenden wird zur Einführung ein Überblick über das Hospiz und dessen institutionelle Rahmenbedingungen gegeben. Hospize in Deutschland sind in der Regel mit sechs bis zwölf Betten ausgestattet und arbeiten unter der Leitung einer ausgebildeten Palliative Care-Pflegekraft unabhängig von einer größeren Institution (vgl. STUDENT & NAPIWOTZKY 2011, S. 17).

Im SGB V wird deutlich, wer in einem Hospiz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt werden kann:

„Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert“ (SGB V, §39a, Absatz 1).

Die restlichen 10% werden von dem Hospiz selbst übernommen, welche durch Spendengelder finanziert werden. Stationäre Hospize werden bis zu zweimal im Jahr durch die Heimaufsicht geprüft, da sie im Heimgesetz erfasst sind. Zusätzlich überprüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in gelegentlichen Abständen das Qualitätsmanagement und die Erfüllung von Qualitätskriterien (vgl. LEXA 2013, S.79).

Die pflegerische Arbeit wird im Schichtdienst ausgeführt, sodass jederzeit eine kontinuierliche Anwesenheit von Fachkräften gewährleistet ist. Der Stellenschlüssel sowie die Fachkraftquote sollen laut Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bei kleineren Hospizen mit sechs Betten 1:1,5 und 100% und bei größeren Hospizen mit bis zu 16 Betten 1:1,2 und 75% betragen, was als gut befunden wird, jedoch keiner Verpflichtung unterliegt (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 153; vgl. LEXA 2013, S. 81).

Ein besonderer Aspekt der Palliative Care und insbesondere in Hospizen stellt die Ehrenamtlichkeit dar. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen ergänzen die begleitende Arbeit der Pflegenden und anderer Professionen, da sie sich mit viel Zeit in Momenten, wenn Angehörige und Freunde nicht da sind, dem Gast zuwenden können (vgl. SEEGER 2011, S. 188).

2.2 Anforderungen an die pflegerische Versorgung

In diesem Kapitel soll ein Einblick von der pflegerischen Versorgung und der Situation der sterbenskranken Menschen im Hospiz sowie ihren Bedürfnissen gegeben werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte im Jahr 2002 eine Definition und somit den Anspruch an Palliative Care auf (s. Abb. 1):

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications“ (WHO 2002, S. 84).

Abb.1: Definition »Palliative Care« (WHO 2002, S. 84)

In der Definition wird deutlich, dass Heilung nicht das Ziel der Palliative Care (palliativ = ummanteln) ist. Sie bietet dem Menschen ihren schützenden Mantel, nachdem dieser eine infauste Diagnose erhalten hat. Durch die Palliative Care erfährt der schwerkranke Mensch eine effektive Linderung von körperlichem und seelischem Leid sowie Schutz und Entlastung. Palliative Care ist nicht ausschließlich in den letzten Lebenswochen oder -monaten relevant, sie wird bewusst ausgeübt, wenn kurative Maßnahmen allein nicht genügen (s. Abb. 2). Ziel ist es, Wohlbefinden, Lebensqualität und letztendlich ein autonomes und selbstbestimmtes Leben des Menschen aufrechtzuerhalten (vgl. FALCKENBERG 2007, S. 296; vgl. KRÄNZLE, SCHMID & SEEGER 2011, S. 225).



Abb. 2: Kontinuität der Palliative Care
(erstellt nach WHO 2002, S.84 & EMANUEL, GUNTEN & FERRIS 1999, S.12)

Eine Aufnahme in ein Hospiz ist möglich, wenn eine schwere, unabwendbar fortschreitende Krankheit vorliegt, welche eine geringe Prognose von wenigen Lebenstagen, -wochen oder -monaten mit sich zieht und an der die Betroffenen versterben werden. Zum großen Teil sind dies Krebserkrankungen oft im metastasierten Stadium, neurologische Erkrankungen oder Betroffene mit fortschreitender Erkrankung der Nieren, des Herzens, des Verdauungstraktes oder der Leber (vgl. STUDENT & NAPIWOTZKY 2011, S. 18). Der schwerkranke Mensch zeigt weiter erhebliche Symptome wie Schmerz, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Obstipation, Wunden, Angst etc. (vgl. SCHNELL & SCHULZ 2014, S. 59-140), die in der eigenen Häuslichkeit von spezialisierten ambulanten Palliativteams (SAPV-Teams) und Angehörigen bzw. im Pflegeheim nicht hinreichend zu lindern sind. Zudem können im fortschreitenden Verlauf der Erkrankung gravierende Probleme wie pathologische Frakturen, Blutungen, Ileus etc. auftreten (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 149f.). Aus diesen diversen möglichen Symptomen des schwerkranken Menschen und aus seiner Situation, sich am Ende des Lebens zu befinden, resultieren viele Bedürfnisse, welche individuell ausgeprägt sein können (s. Abb. 3).

Menschen, die in einem Hospiz aufgenommen werden, werden nicht als PatientIn sondern als Gast bezeichnet (vgl. LEXA 2013, S. 22). Dies begründen STUDENT & NAPIWOTZKY damit, dass die Palliative Care den Menschen als Ganzes sieht und dieser nicht auf seine Krankheit reduziert wird. Die Krankheit des Menschen stellt hier eine Eigenschaft dar, der genauso Sorge getragen werden muss wie anderen Aspekten, die nicht im engeren Sinne mit der Krankheit zusammenhängen (vgl. STUDENT & NAPIWOTZKY 2011, S. 23).

Art des Bedürfnisses	Bedürfnisse des schwerkranken Menschen in der Palliative Care, insbesondere im Hospiz
physisch	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentöse und komplementäre Kontrolle sowie Linderung von: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schmerzen ○ Atemnot ○ Übelkeit und Erbrechen ○ Obstipation oder Diarrhoe ○ Obstruktion, z.B. Ileus, der Bronchien, Speiseröhre ○ Flüssigkeitsansammlungen (Ödeme) ○ Unwohlsein, z.B. aufgrund von Inkontinenz, Frieren, Schwitzen, Jucken ○ Verwirrtheit, Delir ○ Epileptische Anfälle ○ Wunden, Dekubiti • Appetit & Inappetenz, Durst <ul style="list-style-type: none"> ○ bei Bedarf angepasste Nahrungszufuhr sowie Flüssigkeitssubstitution, ggf. über eine Magensonde oder PEG • Körper- und Mundpflege • körperliche Verfassung und Erschöpfung, Müdigkeit (Fatigue) • (eingeschränkte) Mobilisation • allgemeines Wohlbefinden • Erholung, Entspannung und Schlaf • Schlafstörungen
psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl von Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität • Freude und Glückseligkeit • Begleitung und bei Bedarf medikamentöse Therapie bei Angst, Unruhe, Verzweiflung vor Tod und Sterben, Depression
sozial	<ul style="list-style-type: none"> • Familiäre und freundschaftliche Beziehungen, zufriedenstellende Rollenverteilung • Zuneigung vs. Isolation • Freizeit-, gesellschaftliche Aktivitäten • (Arbeit, Finanzen)
spirituell	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung der Krankheit • Hoffnung und Unsicherheit, z.B. bezüglich verbleibender Zeit • Gott nah sein

Abb. 3: Bedürfnisse der Gäste im Hospiz
(modifiziert nach SCHULTE 2006, S.124-131 und SCHNELL & SCHULZ 2014, S. 59-126)

Die Verweildauer von sterbenskranken Menschen in deutschen Hospizen liegt bei durchschnittlich 20 Tagen. Umso wichtiger ist es, dass das Hospiz für die letzte Zeit des Lebens eine wohnliche Atmosphäre vermittelt, damit die Gäste sich wohl und gut aufgehoben fühlen. Der Tagesablauf ist individuell auf den Gast abgestimmt, sodass lediglich die Medikamenteneinnahme und das Umlagern von

bettlägerigen Gästen zu festen Zeiten (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 149f.) und Pflegemaßnahmen zeitlich auf Wunsch des Gastes erfolgen.

Im Hospiz steht vor allem die Betreuung durch Pflegende im Vordergrund, welche durch die notwendige palliativmedizinische Behandlung gestützt wird. Nach Möglichkeit erfolgt diese weiterhin durch den eigenen Hausarzt bzw. Hausärztin oder durch einen im Hospiz niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin, welche/r im Idealfall ausgebildete/r Palliativ- und SchmerzmedizinerIn ist (vgl. LEXA 2013, S. 22f.). Neben individuellen Pflegemaßnahmen zur Symptomlinderung und ergänzend zur medikamentösen Schmerztherapie zählen vor allem die Beobachtung sowie die Kommunikation mit den Gästen und Angehörigen zu den Aufgaben der pflegerischen Begleitung. Die Gäste befinden sich zum Teil in einem psychisch schlechten Zustand (s. Abb. 3), was mit den fünf Sterbephasen (Verleugnung, Aggression, Verhandlung, Depression und Akzeptanz) nach Kübler-Ross im Zusammenhang steht und von großer Angst geprägt sein kann. Auch die Angehörigen sind durch die Situation angespannt und betroffen. Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit zur Reflexion sind hier bedeutende Eigenschaften von Pflegenden. Die psychosoziale Begleitung zählt größtenteils zur Aufgabe der Pflegenden, da diese während der pflegerischen Tätigkeiten unmittelbar mit den Kranken und Angehörigen ins Gespräch kommen und als direkte AnsprechpartnerInnen dienen. Unterstützend wirken hierbei SeelsorgerInnen sowie insbesondere Ehrenamtliche (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 18f. und 150f.), die eine wichtige Stütze der Palliative Care sind.

Die Motivation von Pflegenden, die in der Palliative Care und im Hospiz arbeiten, ist oftmals mit persönlichen Erfahrungen bezüglich des Sterbens von nahen Verwandten verbunden und damit, wie Pflegende deren pflegerische Versorgung empfunden haben. Eine sehr gute Versorgung motiviert dazu, anderen Menschen diese ebenfalls zu ermöglichen. Eine nicht zufriedenstellende Versorgung motiviert wiederum dazu, anderen schwerkranken Menschen eine qualitativ bessere Pflege zukommen zu lassen (vgl. ABLETT & JONES 2006, S. 736). Hierbei besteht jedoch die Gefahr, dass sich die Pflegenden und andere Professionen zu sehr verantwortlich fühlen und dazu neigen, sich für die Betroffenen aufzuopfern. Die Versorgung von Menschen im Hospiz stellt jeden Tag an die Pflegenden und das gesamte Team große Herausforderungen, was u.a. in Belastungen resultieren

kann (vgl. LEXA 2013, S. 85f.). Mögliche Belastungsfaktoren von Palliative Care, insbesondere im Hospiz, werden im Folgenden näher betrachtet und die mit ihnen verbundene Problematik beschrieben.

3. Potentielle Belastungen für Pflegende im Hospiz

3.1 Bedeutung von Belastungsfaktoren

Dass die Arbeit im Hospiz für Pflegende und andere Berufsgruppen mit potentiellen Belastungen zusammenhängen kann, lässt sich unabhängig von Studien vermuten. »Belastung« kann und wird im weiteren Verlauf mit dem Begriff »Stress« gleichgesetzt. Nach LAZARUS & FOLKMAN steht psychischer Stress in einer Beziehung zur Umwelt. Zum einen beurteilt das Individuum diese Beziehung als wichtig für sein Wohlbefinden, zum anderen können aus dieser Anforderungen entstehen, die die vorhandenen Ressourcen des Individuums zur Bewältigung dieser sowohl strapaziert als auch überschreitet (vgl. LAZARUS & FOLKMAN 1986, S. 63). Ebenso erwähnt LAZARUS, dass solche Anforderungen vom Individuum dann als belastend wahrgenommen bzw. mit Stress verbunden werden, wenn diese als bedrohend, deprimierend oder herausfordernd empfunden werden (vgl. LAZARUS 1995, S. 204).

„Die Ursache von Stress ist nicht isolierten Person- und/oder Umweltmerkmalen zuzuschreiben, sondern einer mangelnden Übereinstimmung zwischen individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Kompetenzen auf der einen Seite und Anforderungen, Gegebenheiten und Möglichkeiten der Situation auf der anderen Seite“ (BAMBERG, BUSCH & DUCKI 2003, S. 40, zit. nach EPEL 2007, S. 16). Im transaktionalen Stresskonzept nach Lazarus wird ersichtlich, dass Person und Umwelt sich in einer wechselseitigen Beziehung befinden (vgl. BALZ & SPIEB 2009, S. 81f.). EPEL verdeutlicht, dass Stress durch die subjektive Verarbeitung von jeweiligen Situationen (Umwelt) sowie durch Differenzen im Inneren (Person) entsteht. Daraus folgt, dass Person und Umwelt sich nicht im Gleichgewicht befinden. Stressoren stellen in diesem Zusammenhang Störgrößen dar, die das Gleichgewicht beeinflussen und letztendlich sowohl das Wohlbefinden reduzieren als auch die Handlungsfähigkeit jedes Einzelnen gefährden können (vgl. EPEL 2007, S. 16-20), sodass das einwandfreie physische, psychische sowie soziale

Funktionieren des Einzelnen beeinträchtigt ist. Stressoren bzw. Belastungsfaktoren (im Kontext der vorliegenden Arbeit) können in der Arbeitsaufgabe, den Faktoren der Arbeitsorganisation, den physischen sowie sozialen Bedingungen sowie in den organisatorischen Rahmenbedingungen begründet sein. Wann eine Beanspruchung zum Belastungsfaktor wird, ist abhängig von persönlichen Voraussetzungen, wie dem Anspruchsniveau an sich und an die Arbeit, der Motivation und den Kompetenzen jedes Einzelnen sowie situativer Arbeitsbedingungen (vgl. BALZ & SPIEB 2009, S. 81), was darauf schließen lässt, dass jede Person ein individuelles Stressempfinden aufzeigt (vgl. LEXA 2013, S. 43).

Im Folgenden werden spezifische Belastungsfaktoren im Umgang mit sterbenden Menschen vorgestellt, die in einer Befragung zu Belastungsfaktoren, -symptomen sowie Schutzfaktoren von MitarbeiterInnen auf Palliativstationen (n=873) und im Hospiz (n=214) von PFISTER erhoben wurden. Die Berufsgruppe der Pflegenden stellt einen großen Teil der Befragten dar, jedoch ist unklar, warum über 50% der Befragten im Hospiz keine Angaben zur Berufsgruppe gemacht haben (vgl. PFISTER 2012, S. 4 Tabelle 1).

Interessant ist, dass MitarbeiterInnen im Hospiz im Vergleich zu Palliativstationen eine signifikant geringere Belastungsrate aufzeigen, was darauf schließen lässt, dass eine Kultur des Sterbens in größeren Institutionen schwieriger umzusetzen ist (vgl. PFISTER 2014, S. 47). Im Rahmen dieser Arbeit werden die drei von den MitarbeiterInnen im Hospiz am häufigsten genannten Belastungsfaktoren näher betrachtet (s. Abb. 4).

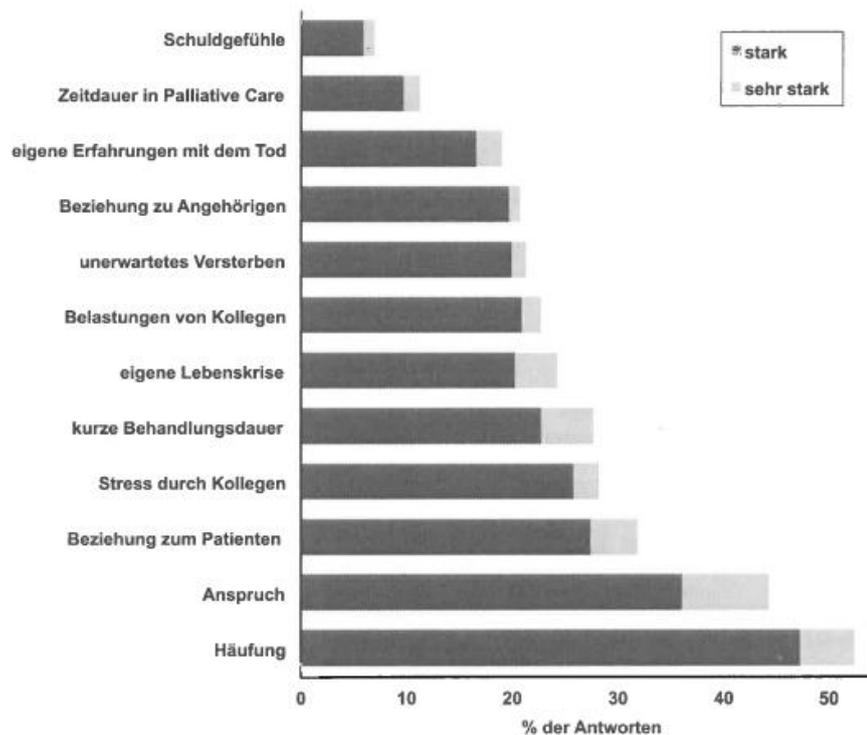


Abb. 4: Belastungsfaktoren im Hospiz (PFISTER 2012, S. 11)

3.2 Belastungsfaktoren im Hospiz

3.2.1 Häufung von Todesfällen

Die Verweildauer von Menschen im Hospiz liegt bei durchschnittlich 20 Tagen (s. 2.2). Dies bedeutet eine phasenweise sehr hohe Anzahl von Verstorbenen sowie in Einzelfällen eine sehr kurze Begleitdauer, was wiederum für Pflegende belastend und nicht zufriedenstellend sein kann. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass insbesondere die Häufung von Todesfällen im Hospiz zu den am stärksten belastenden Faktoren zählt. 47,2% der Befragten gaben eine starke, 5,2% der Befragten eine sehr starke Belastung durch diesen Faktor an. Die Zahl der ertragbaren Todesfälle lag beim Pflegepersonal bei 4,2 Fällen innerhalb einer Woche (vgl. PFISTER 2012, S. 10 und 17f.). Bereits vor einigen Jahren stellte PAYNE den Aspekt »Tod und Sterben« als häufigsten und problemreichsten Faktor bei Pflegenden im Hospiz in Großbritannien fest (vgl. PAYNE 2001, S. 400).

Nach Versterben eines Gastes wird dieser vom Pflegepersonal das letzte Mal versorgt. Zu dem Menschen, der Tage bis Monate im Hospiz verweilte, hat sich während der Begleitung eine mehr oder weniger intensive Beziehung aufgebaut. Nach dem Tod bleibt zuletzt der tote Körper als Hülle des Menschen zurück, zu dem sich die vorher gelebte Beziehung bzw. die MitarbeiterInnen nun wieder

distanzieren müssen. Dieser innere Prozess der Distanzierung ist bedeutend, um den verstorbenen Gast aus der geborgenen Umgebung des Hospizes verabschieden zu können. Dies benötigt Zeit und Ruhe, damit die Versorgung nach dem Tod und die Verabschiedung gewürdigt und die Begleitung bis dahin reflektiert werden kann, um das Ende der Beziehung zu verinnerlichen und abzuschließen (vgl. MONTAG & KERN 2014, S. 96). Demzufolge scheint es besonders schwierig und belastend zu sein, wenn in Phasen von gehäuften Todesfällen die letzte Versorgung, die Betreuung der Angehörigen sowie die eigene Verarbeitung und Distanzierung durch die Pflegenden aufgrund von fehlender Zeit nicht zufriedenstellend erfolgen können (vgl. LANG 2006, S. 242).

Der Häufung von Todesfällen kann jedoch nicht entgegengewirkt werden. Umso wichtiger ist es, dass ein starker und unterstützender Zusammenhalt im Team vorhanden ist und ein gemeinsamer sowie ein einzelner, individueller Abschied durch jedes Teammitglieds stattfinden kann, nicht nur vom Gast selbst, sondern ebenso von seinen Angehörigen und Freunden. Deren weitere Betreuung nach Versterben des geliebten Menschen (s. Abb. 2) kann von Begleitung zu Begleitung unterschiedlich intensiv und belastend sein (vgl. MONTAG & KERN 2014, S. 96).

Hinzu kommt ein Aufnahme- und Belegungsdruck, welcher mit der Ökonomisierung einhergeht und auf eine bestmögliche Bettenauslegung sowie ein schnelles Wiederbelegen abzielt. Dies versetzt das Personal in Bedrängnis, welches wiederum Angehörige z.B. in Form von Zeitmangel zu spüren bekommen (vgl. LEXA 2013, S. 82). Zudem lässt sich vermuten, dass es eine Herausforderung für Pflegende darstellt, sich in kurzer Zeit einem neuen Gast zu widmen und eine Beziehung aufzubauen. Der Aspekt der Beziehung zum Gast wird im späteren Verlauf näher thematisiert (s. 3.2.3) und steht unmittelbar im Zusammenhang mit dem hier angeführten Belastungsfaktor.

Entscheidend für die Entlastung von Pflegenden können Rahmenbedingungen sein. Ausreichend Personal und eine hohe Qualifikation durch stetige Fort- und Weiterbildung sowie der direkte Austausch innerhalb des Teams können Entlastung schaffen (vgl. MONTAG & KERN 2014, S. 100).

3.2.2 Anspruch der Palliative Care

Einen weiteren und den zweitstärksten Belastungsfaktor für Pflegende im Hospiz stellt der hohe Anspruch der Palliativmedizin dar (s. Abb. 4). 36,1% der Befragten fühlten sich stark sowie 8,2% sehr stark durch diesen Faktor belastet. Insbesondere der psychosoziale (37,4% der Befragten), medizinische (34,1%) und spirituelle (20,9%) Anspruch konnten nicht im vollen Maße erreicht werden (vgl. PFISTER 2012, S. 10).

In der angeführten Definition der WHO (s. 2.2) lässt sich ein hoher Anspruch der Palliative Care erkennen. In der Geschichte der Hospizbewegung wurde dieser oft mit Formulierungen wie „geborgen an der Hand eines anderen Menschen sterben“ (vgl. PFISTER 2014, S. 44f.) gleichgesetzt und ist laut PFISTER rückblickend auf den Beginn der Hospizbewegung nachzuvollziehen, kann aber andererseits, durch Studienergebnisse belegt, sehr belastend sein.

Der ganzheitliche und patientenzentrierte Anspruch stellt Pflegende und weitere Professionen vor große Herausforderungen in der täglichen Arbeit mit den Gästen. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, dass die medizinische Betreuung durch die Haus- oder niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt. Das palliative Können der Pflegenden ist jedoch unerlässlich und bedeutsam für die Versorgung (vgl. STUDENT UND NAPIWOTZKY 2011, S. 17), da MedizinerInnen nicht zu jeder Zeit vor Ort sind. Daraus lässt sich schließen, dass Pflegende einen wesentlichen Anteil dazu beitragen, den hohen Anforderungen einer hochwertigen palliativen Versorgung gerecht zu werden. Zeitgleich stellt der hohe Anspruch deren Qualität sicher. Dieser ist u.a. ein Grund dafür, dass viele MitarbeiterInnen sich mit der Palliative Care identifizieren und in diesem Bereich arbeiten möchten. Schwierig wird es, wenn die Ansprüche im Arbeitsalltag aufgrund von Idealisierung, schlechten Arbeitsbedingungen oder weil diese schlichtweg falsch sind, nicht realisiert werden können (vgl. RADBRUCH & ROLKE 2014, S. 60). Mit falschen Ansprüchen sind falsche Grundannahmen gemeint. Pflegende müssen in der Lage sein, die Bedürfnisse der Sterbenden individuell wahrzunehmen und mitunter von regelhaften Einstellungen Abstand zu nehmen, damit sie den Wünschen und Bedürfnissen der Gäste mit Akzeptanz und Respekt begegnen können. Es besteht z.B. oft die Annahme, dass Gäste über ihren Tod und das Sterben sprechen möchten. Pflegende sollten dieses Bedürfnis aufmerksam wahrnehmen und eine

Balance zwischen „(fremde) Bedürfnisse sehen [...] [und] (eigene) Bedürfnisse erfüllen“ (RADBRUCH & ROLKE 2014, S. 63) finden, um den Gast nicht zu überfordern und zu bevormunden.

In PFISTERS Studie zeigte sich, dass Mitglieder des Palliative Care-Teams eine schlechtere Zukunft für das Team sehen, wenn diese sich durch den Anspruch, den Bedürfnissen der Gäste gerecht zu werden und ihnen eine hohe Lebensqualität zu ermöglichen, belastet fühlen (vgl. PFISTER 2014, S. 44). Äußere Rahmenbedingungen entscheiden, ob Ansprüche an die eigene Arbeit sowie an das gesamte Team zu Belastungen führen oder nicht, da diese ausschlaggebend dafür sind, ob das Personal dem Anspruch, genügend Zeit für den Gast zu haben, gerecht werden kann. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist, ob die Pflegenden sich auf Einschränkungen durch Rahmenbedingungen einstellen können und zur Akzeptanz und zu Kompromissen in Hinblick auf Normen und Werte bereit sind, damit verminderte Rahmenbedingungen in der Arbeit nicht zur generellen Einschränkung des Anspruchs und zum Auslöser für Belastungen werden. Letztendlich darf das Ideal bzw. der hohe Anspruch der Palliative Care nicht aus den Augen verloren werden (vgl. RADBRUCH & ROLKE 2014, S. 62). Laut PFISTER wird deutlich, dass der existierende Stress in Hospizen und auf Palliativstationen, der nach vorangegangenen Studien größtenteils aus organisatorischen Bedingungen resultiert, vermehrt in palliativspezifischen Faktoren, wie bspw. die Beziehung zwischen Pflegenden und Gästen, begründet ist (vgl. PFISTER 2012, S. 34).

Um die Belastung bezüglich dieses Faktors, der hohe Anspruch der Palliative Care, zu reduzieren, sollte jedoch nicht der Anspruch selbst herabgesetzt werden, da dieser für das Ergebnis einer guten palliativen Betreuung unabdingbar ist. Wichtig ist, dass das Bewusstsein für dieses Dilemma bei den MitarbeiterInnen steigt und Ziele möglichst klar definiert, erreichbar und überprüfbar sind, was in Hinblick auf psychosoziale Ziele wiederum kritisch zu sehen ist (vgl. PFISTER 2014, S. 45).

Das gesamte Team sollte für die Begleitung das Ziel verinnerlichen, dem Sterbenden zur Seite zu stehen, sodass er möglichst uneingeschränkt von belastenden Symptomen und mit Hilfe seiner eigenen Ressourcen und

bestehenden Beziehungen in der Lage ist, sich seiner wohlmöglich größten Herausforderung, dem Sterben, zu stellen. Hierbei sind neben der physischen ebenso die psychische und soziale Symptomkontrolle von Bedeutung, worin die Schwierigkeit besteht, „ohne durch zu viel Nähe »bessere Angehörige« zu werden und dadurch gefühlt immer wieder »eigene Angehörige« zu verlieren“ (vgl. HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 58). Diese Herausforderung wird im nächsten Kapitel näher betrachtet.

3.2.3 Beziehung zum Gast

„Die Personen, die dem sterbenden Patienten über lange Zeit körperlich und oft auch emotional sehr nahe stehen – und das sind die Pflegenden zweifelsohne -, sind in dem sehr intimen und individuellen Prozess des Sterbens wichtige Vertraute für den Sterbenden. Vertraute, bei denen die Sterbenden Halt und Orientierung suchen, Vertraute, an die sie Fragen haben, und Vertraute, von denen sie sich Trost und Zuspruch erhoffen“ (KALUZA UND TÖPFERWEIN 2005, S. 362, zit. nach HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 51).

In dem angeführten Zitat wird deutlich, dass bei der Betreuung von sterbenden Menschen ihre Individualität und Bedürfnisse im Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung stehen, wodurch eine meist sehr intensive Beziehung entsteht, die im nichtpalliativen Bereich, z.B. auf Stationen im Krankenhaus, in dieser Form nicht üblich ist (vgl. HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 52). Dieser Faktor wurde von den MitarbeiterInnen im Hospiz in der Befragung von PFISTER am dritthäufigsten als belastend wahrgenommen. 27,4% der befragten MitarbeiterInnen führen eine starke sowie 4,5% eine sehr starke Belastung an (vgl. PFISTER 2012, S. 10).

Die therapeutische Beziehung zu anderen Menschen kann zwiespältig sein und Pflegende sowie andere Gesundheitsfachleute auf der einen Seite belasten und auf der anderen Seite bereichern (vgl. DAVY & ELLIS 2010, S. 115). Die Beziehung zwischen Pflegenden und Gästen stellt eine Asymmetrie dar. Die „Diversität (der [Betroffene] stirbt, der Begleiter lebt weiter) ist ein (auch durch noch so viel Nähe nicht aufzuhebendes) Faktum in der Beziehung zwischen Sterbenden und Begleitern“ (HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 50). Insbesondere der immer wiederkehrende Gedanke an die eigene Endlichkeit bleibt in Bezug auf diese Thematik und die Arbeit im Hospiz laut HIRSMÜLLER & SCHRÖER präsent.

Die Betreuung der Gäste in Form der Bezugspflege kann viele Vorteile mit sich bringen. Bezugspflege bedeutet zusammengefasst, dass jedem Gast bei

Aufnahme eine Bezugspflegekraft zugeteilt wird und diese für seinen gesamten Pflegeverlauf zuständig und verantwortlich ist, sodass dem ganzheitlichen und patientenzentrierten Anspruch der Palliative Care entsprochen wird. Diese fördert das Vertrauen und die Beziehung zum Gast, sodass seinen Bedürfnissen individuell nachgegangen werden kann (vgl. STANGE 2007, S. 25). Wie bereits erwähnt, erfolgt die psychosoziale Begleitung zum größten Teil unmittelbar durch die Pflegenden (s. 2.2) und es kann sich in kurzer Zeit eine starke Beziehung aufbauen, wie im oben angeführten Zitat angedeutet wird.

Im Hospiz selbst wird eine familiäre Nähe und Atmosphäre vorgefunden, die geprägt ist durch zivile Kleidung der MitarbeiterInnen, geringe Größe der Hospize (vgl. STUDENT & NAPIWOTZKY 2011, S. 17), wohnliche Räume, geringe Fluktuation der MitarbeiterInnen, Pflegenden als erste AnsprechpartnerInnen und vor allem der „Konstruktion von Sterben und Tod als gemeinschaftlich-soziales Ereignis“ (HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 51; vgl. KRÄNZLE 2011, S. 183f.). Daraus lässt sich schließen, dass durch diese familiäre Nähe und Atmosphäre, die allein durch das Hospiz selbst gegeben sind, eine Nähe bzw. Beziehung zum Gast gefördert wird.

Schwierige Aspekte, die die Beziehung zusätzlich beanspruchen können, stellen u.a. die Begleitung von Kindern, jungen Menschen (unter 40 Jahren) und Zu- und Angehörigen dar. Ähnliche emotionale Probleme oder Symptome (z.B. Trennungsgeschichten, Krankheitsfälle in der Familie usw.) der BegleiterInnen können zur Identifikation mit den Betroffenen führen, sodass sich aus Mitgefühl Mitleid oder eine zu starke Identifikation entwickelt (vgl. HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 55f., vgl. VACHON 1995, S. 12). „Zur professionellen Haltung gehört es, sich bewusst zu sein, dass die Gefühle der Patient[Innen] ausschließlich deren eigene Gefühle sind und keinesfalls die der Begleiter[Innen]. Die Aufgabe ist mitzutragen, nicht aber das fremde Leid auf sich zu nehmen“ (HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 55f.).

Nähe bzw. die Beziehung zu den schwerkranken Gästen bedeutet für Pflegenden jedoch nicht ausschließlich Belastung. Laut Aussagen von Pflegenden ist die Pflege von Menschen am Ende ihres Lebens für sie ein Privileg (vgl. ABLETT & JONES 2006, S. 736). Die Beziehung wird von Pflegenden mit großer

Wertschätzung gesehen, da diese sehr nah und intensiv wahrgenommen und oftmals als ein charakteristisches Merkmal der pflegerischen Arbeit angesehen wird. Die Beziehung kann für Pflegende eine wertvolle Ressource sein. Umso schwieriger scheint es, ein gesundes Maß an Nähe und Distanz zu entwickeln (vgl. HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 52f.). Eine zu stark distanzierte Haltung als Schutz wäre nicht zufriedenstellend, da es von großer Bedeutung ist, dass beide in Beziehung treten. LEXA formulierte 2011 in diesem Zusammenhang den Begriff der »professionellen Nähe«. Um diese gewährleisten zu können, sollten immer wieder die Ansprüche an die eigene Arbeit sowie an die Beziehung zum Betroffenen und zu seinen Angehörigen geklärt werden. Pflegende müssen in der Lage sein, für sich zu entscheiden, wie viel Nähe zugelassen werden kann und werden möchte. Des Weiteren sind das eigene Rollenverständnis und dessen ständige Reflexion von großer Wichtigkeit. Andernfalls würde die Gefahr bestehen, dass Pflegende zu sehr in eine Helferrolle verfallen und sich aufopfern würden (vgl. LEXA 2013, S. 66ff.), um die bestmögliche Lebensqualität für den Betroffenen zu erreichen.

Zuletzt stellt sich die Frage, wie Pflegende trotz der mit der Beziehung verbundenen Belastung und der Belastung durch Häufung von Todesfällen (s. 3.2.1) immer wieder neue Beziehungen zu Gästen eingehen können. Dies liegt darin begründet, dass die Beziehung zum Gast zum einen ebenso als Ressource im Arbeitsalltag dienen kann und zum anderen sich ihre zeitliche Begrenztheit von Beginn an vor Augen gehalten wird. Ebenso ist die Intensität und die Dauer der Beziehungen von Gast zu Gast unterschiedlich (vgl. HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 54), sodass nicht alle Beziehungen und der Tod der Gäste als belastend wahrgenommen werden, was wiederum eine Erklärung dafür sein könnte, dass dieser Belastungsfaktor nicht als stärkster angesehen wird.

Abschließend lässt sich in Hinblick auf den Anspruch der Palliative Care selbst und den Anspruch an die Gestaltung der Beziehung der Pflegenden sagen, dass letztendlich die Begleitung von sterbenskranken Menschen der Beruf der Pflegenden ist und sie diesen nach Dienstende mit ruhigem Gewissen hinter sich lassen können. Pflegende sollten die professionelle Nähe wahren und nicht versuchen, die engste Bezugsperson des Sterbenden zu werden. Dies bleiben Angehörige oder Freunde. Trotzdem ist es nicht weniger professionell bzw. zu

vermeiden, wenn in einzelnen Fällen Schicksale nahe gehen (vgl. RADBRUCH & ROLKE 2014, S. 66).

Im weiteren Verlauf werden die Anzeichen und Auswirkungen der angeführten Belastungen auf Pflegende sowie Burnout als mögliche Folge näher betrachtet.

3.3 Auswirkungen der Belastung

Wichtige Themen der Palliative Care betreffen nicht nur die Begleitung und Versorgung von sterbenden Menschen, sondern auch die damit verbundenen Schattenseiten und die Empfänglichkeit der Pflegenden für das Burnout-Syndrom (vgl. DAVY & ELLIS 2010, S. 115). Diese Problematik lässt sich auch in den zuvor betrachteten Belastungsfaktoren vermuten.

Die ersten Ansätze von Burnout (to burn out (engl.) „ausbrennen“ (vgl. DUDEN 2013)) in sozialen Berufen beschrieb FREUDENBERGER im Jahr 1974, indem er feststellte, dass vor allem „the dedicated and the committed“ (FREUDENBERGER 1974, S. 161) für Burnout anfällig seien. Hierzu zählen Menschen, die sich in ihrem Beruf bemühen, auf die von ihnen wahrgenommenen Bedürfnisse anderer Menschen einzugehen, wie z.B. in Kliniken, Kriseninterventionszentren, Frauenhäusern etc. Diese Menschen verspüren laut FREUDENBERGER einen inneren Drang, zu arbeiten und zu helfen, sowie durch die Gesellschaft, zu geben. Zusätzlich kann ein Drang zu mehr Leistung seitens des Vorgesetzten auf die MitarbeiterInnen ausgeübt werden (vgl. FREUDENBERGER 1974, S. 161). Dies hat zur Folge, dass Menschen solange arbeiten und geben, bis sie nicht mehr können und ausgebrannt sind. Das Burnout-Syndrom ist eine Antwort auf die chronische emotionale Belastung in Hinblick auf das Bemühen von Bedürfnissen anderer und ist durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und letztendlich einer reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit des Betroffenen gekennzeichnet (vgl. MASLACH 1982, S. 2).

Burnout ist heutzutage nicht nur in helfenden Berufen vorzufinden und kann durch verschiedenste Faktoren ausgelöst werden. Enttäuschungen im Beruf, ein zunehmendes Arbeitspensum, wenig befriedigende Beziehungen sowie das Nichterfüllen von eigenen Erwartungen an sich selbst sind Beispiele für Belastungen, die dauerhaft zur Erschöpfung führen (vgl. STRUNK-RICHTER & VON

SCHAPER 2006, S. 65). Hier lassen sich auch die Belastungsfaktoren im Hospiz (s. Abb. 4) zuordnen.

Erste Anzeichen von Überforderung äußern sich sowohl in einer starken Anstrengung bei einer weniger anspruchsvollen Anforderung, in einer langsameren Erholung und einer schnelleren Erschöpfung. Zu Beginn sind sich die Betroffenen ihrem veränderten Verhalten nicht bewusst, hingegen nehmen KollegInnen und nahestehende Personen Veränderungen wahr. Das Person-Umwelt-Gleichgewicht befindet sich nicht mehr in Balance. Um den Stress und die Belastung nicht weiter zunehmen zu lassen und um diese zu bewältigen, ist das Bewusstmachen und Eingestehen der Überforderung umso wichtiger (vgl. LEXA 2013, S. 45).

Laut PFISTERS Befragung wurde als häufigste Reaktion auf Belastungen im Hospiz die Überredseligkeit von den Befragten genannt. Ganze 81,6% empfanden das Vorkommen dieser als stark bzw. sehr stark. Hiermit ist das „Psychologisieren, Analysieren und das Ausplaudern von intimen Details der [Gäste] im Team“ (PFISTER 2012, S. 40) gemeint. Diese Kommunikationen sind nicht mehr entlastend, sondern stellen laut PFISTER selbst einen Aspekt der Belastung dar. 19,1% der Befragten gaben Reizbarkeit und 11,0% Spannungen zwischen den Berufsgruppen an (vgl. PFISTER 2012, S. 13). Weitere Belastungssymptome sind in Abb. 5 dargestellt.

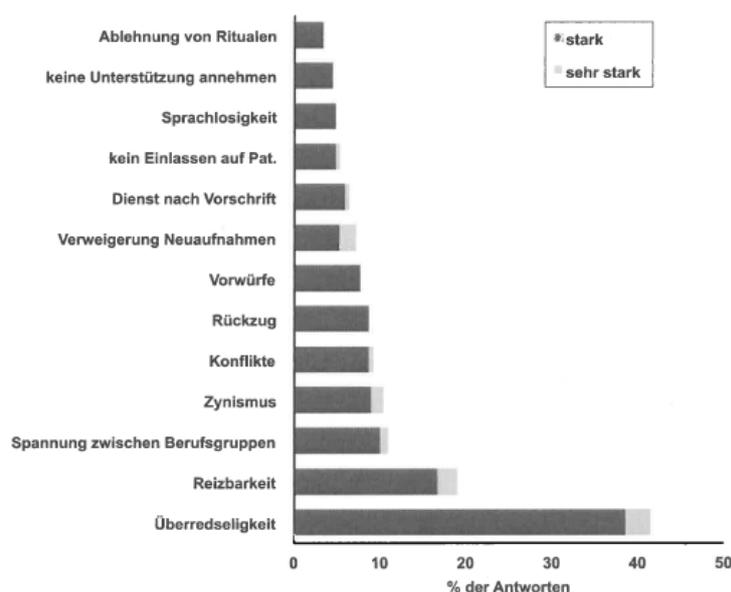


Abb. 5: Belastungssymptome im Hospiz (PFISTER 2012, S. 13)

LEXA führt weiter an, dass MitarbeiterInnen in der Palliative Care mit zusätzlichen Belastungsfaktoren als MitarbeiterInnen in Kliniken, Pflegeheimen etc. konfrontiert sind. Rückblickend auf die lediglich drei näher betrachteten Belastungsfaktoren ist ein professioneller, individueller Umgang mit eigenen Emotionen in der Begleitung von sterbenskranken Menschen von besonderer Bedeutung. Gefühle von Traurigkeit, Angst oder Schuld können von Fragen wie „»Darf ich mich so anrühren lassen?« [,] »Müsste ich vielleicht abgestumpfter sein?« [oder] »Bin ich mittlerweile zu abgestumpft?«“ (vgl. LEXA 2013, S. 60) begleitet sein, die wiederum Unsicherheiten hervorrufen können. Um eine Balance zwischen dem Zulassen und Vermeiden solcher Gefühle zu finden, ist es wichtig, achtsam und ausgeglichen mit sich selbst zu sein. Kann die eigene berufliche Rolle aufgrund von überwältigenden Gefühlen nicht mehr ausgeübt werden und verläuft die Beziehung zum Gast und dessen Angehörigen durch eine übermäßige Vermeidung nur auf sachlicher Ebene, ist eine Balance (vgl. LEXA 2013, S. 61) und die professionelle Nähe zum Gast (s. 3.2.3) nicht gegeben. Hier stellt sich z.B. die Frage, ob BegleiterInnen Trauer empfinden dürfen, wenn ein Gast verstorben ist und sich eine enge Beziehung aufgebaut hat. Diese Frage verspricht keine klare Antwort. „Ein flexibles, situativ angemessenes und intuitives Zulassen oder Vermeiden von Trauer“ (LEXA 2013, S. 62) ist unerlässlich. Dem Gefühl von Trauer können ebenso Gefühle der Erleichterung oder Zufriedenheit über die gute Begleitung sowie die Annahme, der Gast habe die bestmögliche Betreuung erfahren oder die Integration der An- und Zugehörigen wurde erreicht, gegenüberstehen (vgl. LEXA 2013, S. 62f.).

Die Auswirkungen der Belastungen auf die Pflegenden können vielseitig und individuell sein. In Studien lässt sich jedoch entgegen der Vermutung feststellen, dass das Vorkommen von Burnout bei Pflegenden im Hospiz trotz des Einflusses der stark belastenden Faktoren im Vergleich zu anderen pflegerischen Settings gering ist (vgl. VACHON 1995, S.109; vgl. PAYNE 2001, S. 402). PAYNE zeigt auf, dass Anzeichen einer emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisierung in anderen pflegerischen Settings öfter vorzufinden sind als bei MitarbeiterInnen im Hospiz. Überraschend ist, dass die Ausprägung von emotionaler Erschöpfung bei Pflegenden im Hospiz relativ gering ist, da der ganzheitliche und patientenzentrierte Ansatz der Palliative Care eine starke emotionale Erschöpfung

vermuten lässt. Ein geringes Vorkommen der Depersonalisierung war zu erwarten, da eine aufrichtige Ausstrahlung für die Arbeit im Hospiz unerlässlich ist. Eine reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit hingegen ist im Vergleich ähnlich ausgeprägt (vgl. PAYNE 2001, S. 400).

Somit lässt sich aufgrund der Studienlage annehmen, dass Burnout bei Pflegenden im Hospiz kein grundsätzliches oder stärkeres Problem darstellt, wie zuvor angenommen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Burnout nicht näher betrachtet und untersucht werden sollte, da laut Untersuchungen einige Pflegende höhere Levels von Burnout aufzeigten (vgl. PAYNE 2001, S. 402). Des Weiteren ist es erforderlich, die unterschiedlichen Levels und Arten von Belastung bzw. Stress hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Individuum bzw. das Team näher zu betrachten (vgl. EKEDAHL & WENGSTRÖM 2007, S. 233ff.).

Generell kann angenommen werden, dass MitarbeiterInnen im palliativen Bereich sehr zufrieden mit ihrer Arbeit sind, obwohl sie täglich durch verschiedenste Belastungen herausgefordert werden (vgl. LEXA 2013, S. 59). Dies hängt auch damit zusammen, dass die Motivation in diesem Arbeitsfeld zu arbeiten sehr hoch und persönlich begründet ist (s. 3.2.2).

Im folgenden Kapitel wird die Bewältigung von Belastungen der Pflegenden sowie insbesondere Schutzfaktoren in Hinblick auf die Frage, warum und wie diesen Belastungen entgegengewirkt und diese vermindert werden können, betrachtet.

4. Schutz vor potentieller Belastung

4.1 Bedeutung von Schutzfaktoren

Pflegende in der Palliative Care werden tagtäglich mit dem Leid schwerkranker Menschen und ihren Angehörigen konfrontiert, was nicht immer einfach auszuhalten ist. Umso wichtiger ist es, dass Strategien gefunden und entwickelt werden, damit das fremde nicht zum eigenen Leid wird (vgl. LEXA 2013, S. 137) und Belastungen reduziert werden. Um Belastungen und ein Burnout-Risiko von Pflegenden zu reduzieren und entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass die Pflegenden sich selbst bzw. ihre Gesundheit pflegen, um lange gesund und zufrieden im Beruf arbeiten zu können.

Laut VACHON ist bei Pflegenden in der Palliative Care ein Verantwortungsbewusstsein vorhanden, dass sie für sich selbst in Hinblick auf körperliche, psychische und spirituelle Belange sorgen und eigene Reaktionen im Zusammenhang mit der palliativen Pflege beobachten müssen, um weiterhin in diesem Feld arbeiten sowie an der Vielzahl an Erfahrungen wachsen zu können (vgl. VACHON 1995, S. 109). Demzufolge stellt die Fähigkeit und das Bewusstsein zur Selbstpflege und der eigenen, kontinuierlichen Selbstreflexion eine wichtige Kompetenz von Pflegenden und weiteren MitarbeiterInnen im palliativen Kontext dar. Reflexion kann im Rahmen von Teamsupervisionen, Fallgesprächen, im täglichen Austausch mit KollegInnen oder auch für sich allein stattfinden (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 183).

In diesen Zusammenhang lässt sich auch das Konzept der Selbstpflege nach OREM anordnen, das besagt, dass der Mensch während seiner Entwicklung Fähigkeiten ausprägt und diese bewusst anwendet, um sowohl interne als auch externe entwicklungs- und entscheidungsbeeinflussende Faktoren zu ordnen sowie sich fortlaufend auf diversen Ebenen versorgen zu können (vgl. OREM 1997, in LEXA 2013, S. 134).

Stress bzw. Belastungen sind laut EPEL direkt mit dem Impuls verbunden, die zugrundeliegende Spannung aufzulösen oder zumindest zu reduzieren sowie die eigene Handlungsfähigkeit und Wohlbefinden wiederzuerlangen. Coping bzw.

„Bewältigung besteht sowohl aus verhaltensorientierten als auch intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen sowie den zwischen ihnen bestehenden Konflikten fertig zu werden (d.h. sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren, zu minimieren), die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen“ (LAZARUS & LAUNIER 1981, S. 244, zit. nach EPEL 2007, S. 44).

Coping bei zurückliegenden oder gegenwärtigen Belastungen hat das „Überwinden, Tolerieren, Erholen [sowie] Interpretieren in neuen Sinnzusammenhängen“ (EPEL 2007, S. 45) zum Ziel. Findet Coping in Hinblick auf bevorstehende Belastungen statt, liegt der Fokus auf der vorbeugenden Einflussnahme sowie dem Fördern von Ressourcen. Sind z.B. schlechte Arbeitsbedingungen, wie ein nicht ausreichender Personalschlüssel oder Überstunden, verantwortlich für Belastungen, ist es unabdingbar, gemeinsam, hier innerhalb des Teams des Hospiz, Veränderungen heranzuziehen, da das Individuum die Belastung allein nicht reduzieren kann. Hier wird von einer

bedingungsorientierten Bewältigung gesprochen, da viele Personen bzw. Pflegenden betroffen sind. Die individuumzentrierte Bewältigung geht von der einzelnen Person aus, die aus ihren bisherigen Erfahrungen heraus ein breites Handlungsspektrum anwendet (vgl. EPEL 2007, S. 46f.), um Belastungen, die bei fehlender Bewältigung letztendlich im Burnout bei Pflegenden resultieren können, entgegenzuwirken.

Laut JONES ist es wichtig, dass Pflegenden einen »Self-Care Plan« entwickeln, um somit ihre eigenen Bedürfnisse mit den Bedürfnissen der Gäste in Balance zu bringen, um Belastungssymptome bzw. letztendlich Burnout zu vermeiden. Der individuelle Self-Care Plan ist für MitarbeiterInnen im Hospiz eine Möglichkeit, aktiv vor allem im Privatleben dafür zu sorgen, eigene Talente bzw. Fähigkeiten zu fördern sowie Erfüllung zu erreichen und gleichzeitig Aspekte, die einen negativen Einfluss haben, zu minimieren. Beim Verfeinern und Entwickeln von individuellen Methoden lernen Pflegenden, Sorge für das beste Werkzeug, sich selbst, in der Palliativpflege zu tragen (vgl. JONES 2005, S. 125-128).

Im Vergleich zu MitarbeiterInnen auf Palliativstationen beurteilten die MitarbeiterInnen von Hospizen die Bedeutung von Schutzfaktoren als signifikant wichtiger (vgl. PFISTER 2012, S. 33), was auf ein hohes Bewusstsein der MitarbeiterInnen im Hospiz bezüglich der Reduzierung belastender Aspekte schließen lässt.

Im Folgenden werden einzelne Schutzfaktoren näher betrachtet. Es werden die drei Schutzfaktoren vorgestellt, welche im Rahmen der Studie von PFISTER von den Befragten im Hospiz am häufigsten genannt wurden (s. Abb. 6).

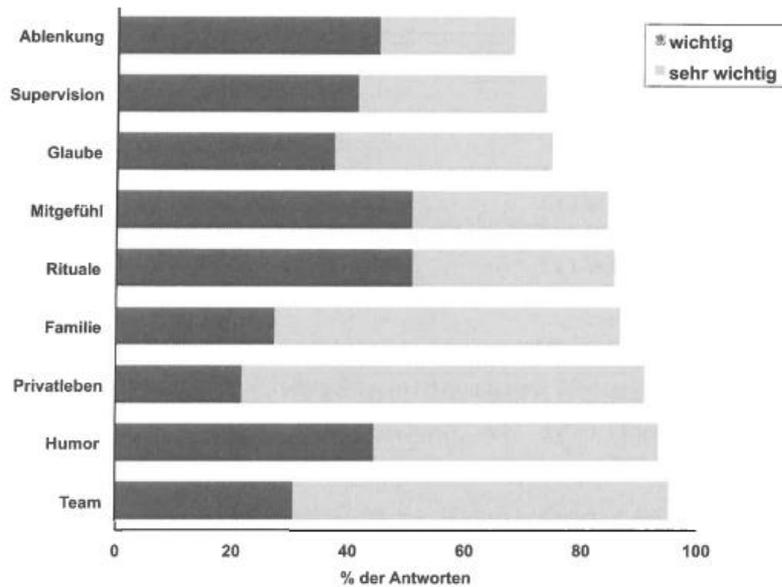


Abb. 6: Schutzfaktoren im Hospiz (PFISTER 2012, S. 15)

4.2 Schutzfaktoren im Hospiz

4.2.1 Privatleben

Als dritthäufigster Schutzfaktor bei Belastungen von MitarbeiterInnen im Hospiz wurde von den Befragten das Privatleben genannt (s. Abb. 6). Letzteres stellt somit eine bedeutende Ressource dar. Obwohl die Gesamtbelastung in ihrem Ursprung nicht reduziert wird, verkleinert sich diese, da ihr etwas Positives, das Privatleben, gegenübersteht (vgl. PFISTER 2012, S. 42). Die Selbstreflexion von Pflegenden ist insbesondere bedeutend, um eigene Bedürfnisse im Privatleben erkennen zu können, um mit diesen die Belastungen bei der täglichen Arbeit im Hospiz ausgleichen zu können (vgl. LEXA 2013, S. 105).

Um die Arbeitszufriedenheit und -motivation aufrechtzuerhalten, ist es demzufolge umso wichtiger, im Privatleben zufrieden zu sein. In diesem Zusammenhang ist ebenso der Stellenwert des Berufs im vollständigen Lebenskontext für jeden Einzelnen zu erwähnen. Ist die Lebenszufriedenheit trotz der Zentralität des Berufs im Leben von diesem allein bzw. stark abhängig, ist es wenig überraschend, dass die Psyche gegenüber Belastungen und Enttäuschungen weniger widerstandsfähig ist. Um die Lebenszufriedenheit zu fördern, sollte das aktive Bestreben um physische und psychische Gesundheit im Mittelpunkt des Privatlebens stehen. Maßnahmen der Psychohygiene liegen „in einer achtsamen

Gestaltung von Tagesabläufen, Arbeitsabläufen, Freizeit- und Konsumgewohnheiten, im konsequenten Unterbrechen berufsbezogenen Grübelns, regelmäßiger Entspannung, Sport, gezielten Selbstbelohnungen, angenehmen Aktivitäten etc.“ (LANG 2006, S.250; vgl. LANG 2006, S. 250ff.). Sich in der freien Zeit vergnügen stellt für viele MitarbeiterInnen nach Dienstende eine der verlässlichsten Möglichkeiten dar, sich von der belastenden Arbeit zu erholen (vgl. JONES 2005, S. 126).

So können Pflegende mit Freizeitaktivitäten, Hobbys, Verabredungen und Austausch mit Freunden und Familie Abstand gewinnen. Vor allem Bewegung innerhalb der Freizeit wurde von HospizmitarbeiterInnen zur Reduzierung des physischen und emotionalen Stresslevels angeführt. Walken, Schwimmen, Yoga oder anstrengende Fitnesskurse etc. können, neben Entspannungsangeboten, Musikhören und –machen sowie ausreichend Ruhe, dieses positiv beeinflussen. Ebenso können spirituelle Aspekte in der Freizeit etwas Positives bewirken. JONES beschreibt: „Most of the hospice workers have a spiritual belief system, which may not be connected to an organized religion or be well-defined, but consists of some belief in something beyond the self, some way of making meaning of the world and life“ (JONES 2005, S. 128). Dieses kann im Privatleben durch Naturverbundenheit, Singen, Musik, kreative Arbeiten, Meditation etc. gekennzeichnet sein. Des Weiteren sind Beten und Teilnahme an Gottesdiensten Möglichkeiten, spirituelle Bedürfnisse zu erfüllen (vgl. JONES 2005, S. 125-128).

4.2.2 Humor

Auch wenn Palliative Care bzw. Hospize und Palliativstationen für Außenstehende den Anschein erwecken mögen, dass diese Orte der Traurigkeit sind, werden hier Emotionen gelebt. Traurigkeit und Heiterkeit sind eng miteinander verbunden (vgl. LEXA 2013, S. 106). Die Vielfalt der Gefühle wird zum Lebensende hin von allen Beteiligten im palliativen Kontext nicht zwangsläufig weniger. Eine humorvolle Haltung zeichnet sich in der letzten Phase durch Gelassenheit statt Verzweiflung aus und wird von der Annahme des menschlichen Seins statt dem Trauern um nicht wahrgenommene Möglichkeiten im Leben getragen. Lachen und Heiterkeit sind im Hospiz und auf Palliativstationen erlaubt und müssen nicht unterdrückt oder als falsch empfunden werden. Humor bejaht das Leben und ist sich der Endlichkeit des Menschen bewusst und akzeptiert diese (vgl. HIRSMÜLLER UND

SCHRÖER 2014, S. 268). Krankheit ist kein Grund, unabhängig davon, wie viel Zeit noch zu leben ist, Humor auszublenden. Humor bedeutet Normalität (vgl. PROKSCH 2011, S. 213) und genau das geht aus der Definition von Palliative Care und dem Hospiz hervor, welche das Leben bekräftigen (s. 2.2).

Somit stellt Humor eine wichtige Ressource im palliativen Bereich für MitarbeiterInnen dar, mit der die eigene persönliche Betroffenheit für kurze Momente in den Hintergrund treten können (vgl. LEXA 2013, S. 106). Die Bedeutung des Humors wurde auch in PFISTERS Befragung deutlich. Als zweithäufigster Schutzfaktor bei Belastungen im Hospiz wurde hier Humor genannt (s. Abb. 6). MitarbeiterInnen gaben an, dass dieser sogar notwendig ist, um sich von Stress zu entlasten (vgl. JONES 2005, S. 126).

Humor kann mehrere Funktionen erfüllen. Zu den drei wichtigsten zählen die kommunikative sowie die soziale und psychologische Funktion (vgl. ROBINSON 2002, S. 46). Menschen mit Humor weisen oftmals bessere soziale Kompetenzen und Beziehungen auf (vgl. PFISTER 2012, S. 42), was für MitarbeiterInnen der Palliative Care von großer Bedeutung ist. Humor und Lachen „erleichtern den Aufbau und Erhalt von Beziehungen [zum Gast und seinen Angehörigen], helfen dabei, sich mit den jeweiligen Umständen zu arrangieren, und vermitteln Sensibilität und Wertschätzung“ (HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 272). Auf diese Weise können u.a. intensive und vertraute Beziehungen zwischen Pflegenden und Gästen erst möglich gemacht werden. Ebenso sind körperliche und psychologische Auswirkungen des Lachens für den Gast wichtig. Lachen ist gesund und kann insbesondere im Zusammenhang mit Gefühlen wie Angst, Trauer, Anspannung etc. entspannen und Freude bereiten, auch wenn es sich nur um kurze Momente handelt (vgl. PROKSCH 2011, S. 214f.).

Nicht nur in der Beziehung zum Gast ist Humor wichtig. Humor kann kollegiale Beziehungen stärken sowie das Gefühl von Zusammengehörigkeit fördern. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass Humor Abstand zu schwierigen und belastenden Erfahrungen und Erlebnissen, vermutlich auch zum hoch gesetzten Anspruch der Palliative Care, für Pflegende bieten kann (vgl. PFISTER 2012, S. 42).

Abschließend besteht die Annahme, dass Menschen bzw. Pflegende mit der Fähigkeit, verschiedenste Situationen „mit einer gesunden Portion Humor zu betrachten“ (LEXA 2013, S.108) und zu verstehen, vermutlich eher dazu fähig sind, beruflichen aber auch privaten Belastungen gegenüberzustehen. „Die Fähigkeit, Leichtigkeit und Unbeschwertheit zu erleben und zu genießen, verbindet Menschen und kann ein wirksames Mittel gegen dauerhafte Erschöpfungszustände darstellen und die bestehenden Teamstrukturen stärken“ (LEXA 2013, S.107).

Im folgenden Kapitel wird die Bedeutung des Teams als Schutzfaktor näher betrachtet, welches bereits im Zusammenhang mit Humor herangezogen wurde.

4.2.3 Team

Durch die nähere Betrachtung der einzelnen Belastungsfaktoren scheint es unmöglich, dass diese allein durch die einzelne Person auf Dauer kompensiert werden können.

Obwohl von MitarbeiterInnen Konflikte mit KollegInnen als vierthäufigste Belastung genannt wurden, ergab die Befragung von PFISTER gleichzeitig, dass das Team als wichtigster Schutzfaktor seitens der MitarbeiterInnen anzusehen ist (s. Abb. 6). Dies ist u.a. darin begründet, dass trotz der bedeutenden Unterstützung durch Angehörige Mitglieder des Teams berufseigene Probleme besser nachvollziehen können (vgl. PFISTER 2014, S. 181f.). In der Befragung von PFISTER beurteilten die Befragten das Team mit 30,7% als wichtig und mit 64,6% als sehr wichtigen Schutzfaktor (vgl. PFISTER 2012, S. 15). Somit scheint das Team eine große Stütze und Halt für die MitarbeiterInnen bei Belastungen in der täglichen Arbeit mit Sterbenden zu bedeuten.

Die Wichtigkeit des Teams und dessen Funktionieren geht ebenso aus der Definition von Palliative Care durch die WHO (s. 2.2) hervor. Hier wird deutlich, dass durch die vielen unterschiedlichen Handlungsfelder die anspruchsvolle Betreuung von PatientInnen und Gästen nur durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet werden kann. Damit das Ziel der bestmöglichen Lebensqualität erreicht werden kann, ist es notwendig, dass die einzelnen Berufsgruppen kooperieren. Ein beständiges Team mit flachen hierarchischen Strukturen und

anerkennder Kommunikation, welches eine professionelle, bedürfnisorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten soll, kann vor dem Hintergrund der anspruchsvollen Arbeit unterstützend wirken (vgl. LEXA 2013, S. 109f.). Laut PFISTER bilden somit Stabilität und gute Kommunikationsstrukturen ein hochrangiges Ziel in der Palliative Care und insbesondere im Hospiz, da die Qualität vom Team, wie bereits angedeutet, sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken. Weiter sind Austausch sowie Diskussionen innerhalb des Teams von großer Bedeutung für die Teamarbeit. Ebenso sind Teamphilosophie und Arbeitsklima sowie Rollenklarheit und Selbstständigkeit der einzelnen Mitglieder wichtig für das Funktionieren eines Teams (vgl. PFISTER 2012, S. 41).

Das Vorhandensein eines gut aufeinander abgestimmten, multi- bzw. interprofessionell arbeitenden Teams zur ganzheitlichen Bedürfniserfüllung des schwerkranken Menschen ist in der Palliative Care unerlässlich und wurde im Verlauf bereits deutlich.

Bevor im weiteren Verlauf mit den Begriffen »multiprofessionell« und »interprofessionell« gearbeitet wird, bedarf es einer Unterscheidung. Der Unterschied zwischen einem multi- und interprofessionellen Team wurde in Abb. 7 dargestellt und liegt darin, dass multiprofessionelle (mehrere Berufe betreffend) Teams solche Berufsgruppen beschreiben, die u.a. im medizinischen bzw. Gesundheitsbereich selbständig und unabhängig voneinander arbeiten, um die Bedürfnisse des kranken Menschen und dessen Angehörigen zu erfüllen. Die Bedürfnisse werden oftmals nach den hierarchischen Strukturen der Professionen bestimmt. So stehen z.B. die Gabe einer Infusion oder Untersuchungen, die vom ärztlichen Personal verordnet wurden, vor der morgendlichen Grundpflege. Interprofessionelle Teams hingegen arbeiten eng und überschneidend zusammen, um den aktuellen Bedürfnissen des Schwerkranken nachzugehen. Hierbei richtet sich das Handeln der jeweiligen Profession nach dem, aus der Sicht des Betroffenen, aktuell stärkstem Bedürfnis. Insbesondere im palliativen Bereich kann hier oftmals die Bedeutung der Pflege über der Medizin stehen (vgl. NAGELE & FEICHTNER 2009, S. 32f.). Somit scheinen die Bedeutung und die Effektivität eines interprofessionell arbeitenden Teams über die eines multiprofessionell arbeitenden Teams hinauszugehen. Dennoch wird in der Literatur häufig das

»multiprofessionelle« Team angeführt. Für den weiteren Verlauf wird jedoch die interprofessionelle Sichtweise herangezogen, da diese laut angeführter Definition eine Erweiterung darstellt.

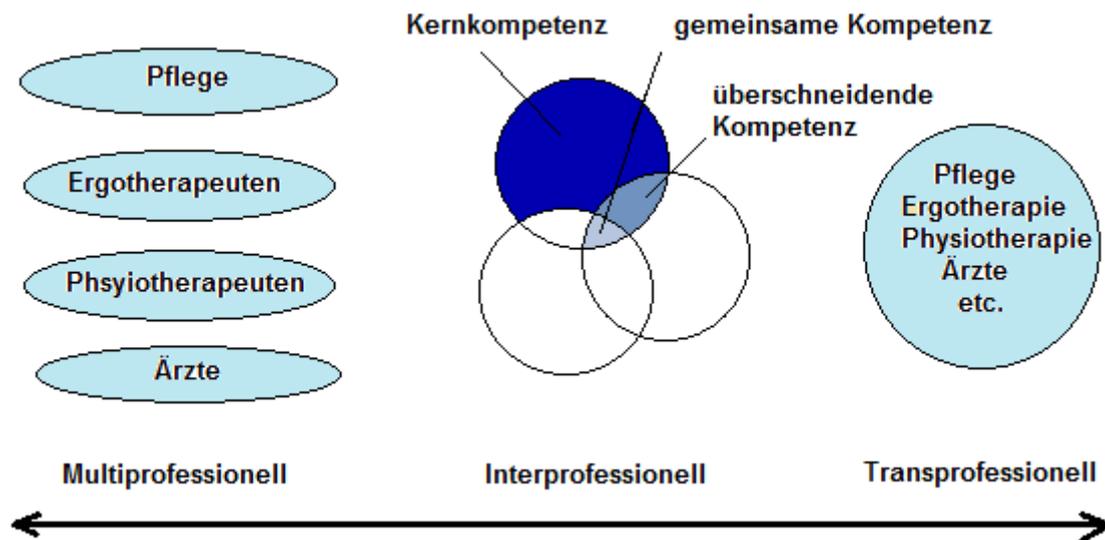


Abb. 7: Darstellung von multi-, inter- und transprofessioneller Zusammenarbeit (erstellt nach JAKOBSEN 2012, S. 13)

Interprofessionelle Teams in der Palliative Care setzen sich aus ÄrztInnen, Pflegenden, TherapeutInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen, hauswirtschaftlichem Personal, SozialarbeiterInnen zusammen. Des Weiteren bedeuten ehrenamtliche MitarbeiterInnen eine wichtige Stütze und Entlastung im Hospiz (vgl. SEEGER 2011, S. 186f.). Die Anzahl der beteiligten Professionen in der Versorgung sowie die Bedeutung ihrer Zusammenarbeit sind von der Komplexität der Bedürfnisse der PatientInnen bzw. des Gäste abhängig. Die beteiligten Professionen finden demzufolge nicht aus arbeitsökonomischen Gründen sondern aufgrund der verschiedenen Bedürfnisse zusammen (vgl. FALCKENBERG 2007, S. 297).

In stationären Hospizen ist die Arbeitsweise von interprofessionellen Teams nochmals zu unterscheiden von solchen auf Palliativstationen. Im Hospiz setzt sich der Kern des Teams aus Pflegenden zusammen. Diese sind aufgrund der Aufteilung in Schichten rund um die Uhr vertreten. Andere Professionen befinden sich nicht zu jeder Zeit bzw. an jedem Tag vor Ort. Die betreuenden ÄrztInnen kommen z.B. zu festen Tagen in der Woche ins Hospiz, um nach den Gästen zu

sehen, sind jedoch jederzeit telefonisch zu erreichen. Trotz der räumlichen Trennung wird von einem interprofessionellen Team gesprochen, welches die Herausforderung mit sich bringt, alle Professionen zu koordinieren (vgl. LEXA 2013, S. 113).

Im folgenden Kapitel wird dieser Aspekt, »das Team als (wichtigster) Schutzfaktor«, genauer analysiert. Ziel ist es, anhand des Vergleichs von Teams im Hospiz und Teams auf Allgemeinstationen im Krankenhaus herauszustellen, warum das Team im Hospiz für Pflegende und weitere MitarbeiterInnen eine so starke Unterstützungsfunktion bei Belastungen aufzeigt und welche Eigenschaften dazu beitragen. Da durch die Studienlage eine höhere Belastungsrate bzw. ein höheres Aufkommen von Burnout u.a. auf Allgemeinstationen im Vergleich zum Hospiz herausgestellt wurde, ist ein Vergleich bezüglich der Teams naheliegend. Das Team auf Allgemeinstationen wurde gewählt, weil auf diesen ebenso Erfahrungen von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit gemacht wurden und ein Vergleich eine interessante Aussicht bot.

5. Vergleich: Teams im Hospiz – Teams im Krankenhaus

5.1 Definition Team

In der Literatur lassen sich unzählige Definitionen von Teams finden. Hier wird oft das Team mit der Gruppe in Zusammenhang gebracht und gleichgesetzt (vgl. KRIZ & NÖBAUER 2006, S. 20). Um eine Definition von Teams und Unterschiede beider Begriffe zu erfahren, wird zuvor eine Definition der Gruppe angeführt.

Nach WEINERT ist eine „Gruppe“ eine begrenzte Anzahl an Personen, „die

- (1) miteinander über eine gewisse Zeitspanne hin interagieren;
- (2) sich einander bewusst und gewahr sind;
- (3) sich als Gruppe verstehen und wahrnehmen;
- (4) in Verhalten und Arbeitsleistung wechselseitig voneinander abhängig sind (interdependent);
- (5) ein gemeinsames Ziel oder einen gemeinsamen Zweck für ihre Existenz haben;
- (6) konkrete Rollen haben“ (WEINERT 2004, S. 393).

Die Anzahl der Mitglieder einer Gruppe liegt zwischen zwei und 20. Eine Gruppe von über 20 Mitgliedern wird als Großgruppe bezeichnet (vgl. BALZ & SPIEB 2009,

S. 95). Ein Team verkörpert eine Gruppe, dennoch ist nicht jede Gruppe gleichzeitig ein Team. Der Begriff »Team« geht mit einer positiven Bewertung einher. So wird das Team nach BALZ & SPIEß als eingeübte, aufeinander abgestimmte Gruppe verstanden, die effektiv kooperiert, flache hierarchische Strukturen aufzeigt und deren Mitglieder sich intensiver mit dem gemeinsamen Ziel auseinandersetzen (vgl. BALZ & SPIEß 2009, S. 98). Diese Erweiterung des Gruppenbegriffs und die damit einhergehende positive Wertung des Teambegriffs werden auch in der frühen Definition von SCHERPNER, FINK & KOWOLLIK deutlich. Diese begreifen ein Team bzw. Teamarbeit als eine

„Form reflektierter, partnerschaftlicher Zusammenarbeit, die im Rahmen gegenseitigen Sich-Akzeptierens die beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse jedes einzelnen Mitarbeiters konstruktiv nutzt und sich in ständiger spontaner Kooperationsbereitschaft gemeinsamen Zielen verpflichtet fühlt“ (SCHERPNER, FINK & KOWOLLIK 1976, S.12, zit. nach BALZ & SPIEß 2009, S. 97).

Dies lässt vermuten, dass einige Merkmale in einem Team stärker vorhanden sind als in einer Gruppe. KRIZ & NÖBAUER benennen fünf Gesichtspunkte, die den nicht genau definierten Unterschied erkennbar machen sollen (vgl. KRIZ & NÖBAUER 2006, S. 23ff.):

Das Ziel einer Arbeitsgruppe ist primär das Miteinander-Teilen und Erarbeiten von (neuen) Informationen und Wissen sowie das Treffen von Entscheidungen, die ein effizienteres Arbeiten des Einzelnen ermöglichen sollen. Teams hingegen haben neben dem Informationsaustausch, der Kommunikation und Kooperation das Ziel, gemeinsam zu arbeiten und zu agieren. Beim Team stehen Entscheidungen im Vordergrund, die ein effizienteres Zusammenarbeiten im kollektiven Arbeitsbereich ermöglichen. Laut KRIZ & NÖBAUER ist die funktionale Aufgaben- und Zielorientierung ausgeprägter als in Gruppen.

Ein weiterer Aspekt zur Unterscheidung ist der Synergieeffekt. Mit Synergie ist solche Energie gemeint, „die für den Zusammenhalt und die Erfüllung von Aufgaben zur Verfügung steht“ (DUDEN 2013). Durch die Summe der einzelnen Teammitglieder können die Teamleistungen optimiert werden und positive Synergieeffekte, wie z.B. eine höhere Arbeitszufriedenheit, im Sinne der Palliative Care eine höhere Zufriedenheit bzw. bessere Versorgung des Gastes, entstehen. Arbeitsgruppen hingegen zeigen im besten Fall neutrale Resultate der Zusammenarbeit. Es wird angenommen, dass Teams gruppenspezifische Gefahren zeitnah wahrnehmen und diese im Zusammenhang mit

Teamentscheidungen angehen, damit eine effektive Zusammenarbeit weiterhin gewährleistet wird.

Die Fähigkeiten bzw. Kompetenzen und das Wissen von Mitgliedern einer Arbeitsgruppe sind nicht immer aneinander angepasst. Für Mitglieder eines Teams ist das Ergänzen der jeweiligen Fähigkeiten essentiell, um ihr Ziel, trotz auftretender Symptome die bestmögliche Lebensqualität des Gastes zu gewährleisten, zu erreichen. „Interdisziplinarität sowie Perspektiven- und Kompetenzvielfalt spielen im Team eine größere Rolle als in der Arbeitsgruppe“ (KRIZ & NÖBAUER 2006, S. 99f.).

Verantwortung wird in einem Team geteilt, da ebenso Entscheidungen unter allen Teammitgliedern partnerschaftlich erfolgen. Die individuelle Verantwortung bei Fehlern etc. steht einer überwiegend zentralen, gemeinsamen Verantwortung für die Leistungen im Team gegenüber. In Gruppen ist die persönliche Verantwortung des Einzelnen stärker ausgeprägt. Weiter werden hier Führungsaufgaben nur bei Ausnahmen geteilt, da in Gruppen oft eindeutige Hierarchiestrukturen gegeben sind.

Als letzter Faktor zur Unterscheidung wird die Selbstorganisation genannt. Arbeitsgruppen sind in ihrer Autonomie und Entscheidungskompetenz im Vergleich zu Teams stärker eingeschränkt. Das Team kann hinsichtlich eigener Strukturen, Strategien zur Zielerreichung sowie seiner Arbeitsweise freier entscheiden, um letztendlich effizienter und flexibler arbeiten zu können.

GREIF kommt zu dem Fazit, dass eine Arbeitsgruppe als ein gut funktionierendes Team verstanden werden kann, wenn die aufgeführten Merkmale erfüllt sind (vgl. GREIF 1996, S. 164):

1. gegenseitige Wertschätzung unter den Teammitgliedern,
2. Einigkeit in Bezug auf Hauptziele und Werte,
3. Konflikte sind gering und werden konstruktiv bewältigt,
4. Hauptziele werden aktiv und gemeinsam verinnerlicht und vertreten,
5. kooperative Zusammenarbeit,
6. effizientes selbstorganisiertes Arbeiten,
7. die Mitglieder bewerten und verstehen sich als »gutes Team«.

Im weiteren Verlauf wird trotz der potentiellen, jedoch nicht klaren Unterscheidung in Gruppe bzw. Team der Begriff des Teams verwendet.

Um die Teams im Hospiz und im Krankenhaus im folgenden Kapitel miteinander zu vergleichen, wurden die zu vergleichenden Aspekte auf Grundlage der angeführten Definitionen thematisch zusammengefasst. Das Ziel der nachfolgenden Gegenüberstellung anhand der ausgewählten Gesichtspunkte ist, Unterschiede zwischen den Teams, vorwiegend bezogen auf die Profession der Pflege, herauszuarbeiten und anhand dieser Schlussfolgerungen zu ziehen, warum das Team im Hospiz eine starke Schutzfunktion bei Belastungen im Arbeitsalltag bietet. Hierbei kann aufgrund des zeitlichen Rahmens der Arbeit nicht fokussiert auf die Belastungen des Teams auf Allgemeinstationen im Krankenhaus eingegangen werden. Ohne Weiteres lassen sich Unterschiede in der pflegerischen Arbeit und den Bedürfnissen der PatientInnen feststellen. Jedoch wird versucht, die Herausforderungen der Pflegenden im Krankenhaus im Vergleich hervorzuheben. Im Vordergrund sollen weiterhin die Pflegenden bzw. die Pflgeteams stehen. Der Aspekt der Multi- bzw. Interprofessionalität mit anderen Berufsgruppen wird stetig einbezogen, da dieser als grundsätzliche Arbeitsbedingung von Pflegenden verstanden wird und somit nicht außer Acht gelassen werden kann.

5.2. Gegenüberstellung der Teams

5.2.1 Rahmenbedingungen der Institution und der pflegerischen Arbeit

Zunächst werden die Rahmenbedingungen, insbesondere hinsichtlich der Bedingungen durch die Institution, Größe sowie Dauer der Teams betrachtet. Das Team im Hospiz bzw. das Hospiz selbst ist wie bereits erwähnt in den meisten Fällen keiner größeren Institution, wie z.B. einem Krankenhaus, angegliedert und funktioniert unabhängig und eigenständig. Aufgrund der Größe von maximal 12 Betten ist das Hospiz selbst und bezüglich seiner Zahl an MitarbeiterInnen überschaubar. Dies vermittelt eine familiäre Atmosphäre sowohl für die Gäste als auch für die MitarbeiterInnen (s. 2.1). Im Vergleich dazu gehören periphere Stationen der großen Institution des Krankenhauses an. Unzählige Menschen sind von Aufnahme bis Entlassung am Aufenthalt und der Versorgung der PatientInnen beteiligt. Dass zwischen dem Pflege- und Ärzteteam sowie anderen Beteiligten wie PhysiotherapeutInnen, Servicepersonal etc. auf Station und weiter mit Beteiligten aus anderen Abteilungen des Krankenhauses diverse Schnittstellen bestehen und dadurch eine intensive Interaktionsarbeit essentiell ist (vgl.

ISERINGHAUSEN 2010, S. 118), um einen optimalen Ablauf der Versorgung zu gewährleisten, ist ohne Frage anzunehmen und vorauszusetzen. Somit lassen sich hier im Vergleich zum Hospiz, unabhängig vom Ausmaß der Interaktionen zu externen Institutionen, komplexere Strukturen feststellen.

Weiter sind insbesondere Hierarchiestrukturen, vor allem zwischen Pflegenden und ÄrztInnen, zu berücksichtigen. Das Gesundheitswesen, speziell Kliniken, sind in Deutschland noch immer „traditionell durch stark professionell und fachdisziplinär geprägte Unternehmenskulturen und Hierarchien in den drei Bereichen Verwaltung, Pflege und ärztlicher Dienst charakterisiert“ (ANTONI 2010, S. 18). ANTONI betont, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig für die diversen Aufgaben in der Patientenversorgung ist, vor allem da sich die Fachdisziplinen und deren Wissen fortlaufend weiter spezialisieren und aufgliedern (vgl. ANTONI 2010, S. 18f.). Der Aspekt der Hierarchie zwischen Pflegenden und ÄrztInnen wird aufgrund seines stetigen Einflusses in den folgenden Unterkapiteln immer wieder aufgegriffen. Im Hospiz hingegen wird deutlich, dass aufgrund der gemeinsamen Sichtweise, der Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit für die bestmögliche Versorgung der Gäste, und die damit verbundene Umsetzung Hierarchien zwischen den Professionen flacher zu sein scheinen. Die heutige Gesellschaft ist laut SEEGER ein gleichberechtigtes Arbeiten im Team nicht gewohnt. Dadurch können sich die interprofessionellen Teams in der Palliative Care lediglich mit großem Bemühen, viel Zeit sowie stetig zunehmendem Vertrauen bilden und erreichen so ihre Stabilität (vgl. SEEGER 2011, S. 13).

In diesem Zusammenhang ist der Aspekt der Fluktuation heranzuziehen. Teams im Hospiz unterliegen einer geringen Fluktuation der MitarbeiterInnen (vgl. HIRSMÜLLER & SCHRÖER 2014, S. 51). Diese über die Zeit entwickelte Stabilität und Vertrauen können eine wichtige Grundlage für die erfolgreiche Zusammenarbeit sein. Mit dieser Ausnahme ist jedoch die Fluktuation der MitarbeiterInnen in kaum einem anderen Berufsfeld so stark wie in der Pflege (vgl. STRASSMANN 2014, S. 2). Im Krankenhaus zeigte sich in den letzten Jahren ein deutlicher Abbau von Stellen in der Pflege als Folge der Einführung des DRG-Fallpauschalsystems. Zwischen 1995 und 2006 wurden bundesweit 52.200 Vollzeitstellen eingespart. Die Zahl der Angestellten reduzierte sich gleichzeitig auf lediglich 36.500, was einen

überproportionalen Anstieg von Teilzeitbeschäftigung zur Folge hat (vgl. SIMON 2012, S. 36). Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass Pflorgeteams im Krankenhaus im Vergleich zum Hospiz eine größere Gruppe bilden und damit u.a. einer potentiell geringeren Stabilität und Beständigkeit unterliegen, was wiederum die Teambildung erschweren kann.

Eine weitere wichtige Folge der Fallpauschalen für das Pflorgeteam im Krankenhaus sind gestiegene Patientenzahlen zusammen mit verkürzten Verweildauern. Dies zieht eine zunehmende Leistungsverdichtung mit sich und damit eine erhöhte Arbeitsbelastung. Die Arbeit der Pflegenden in Kliniken ist vermehrt an ökonomischen Richtlinien sowie Privatisierung und Wettbewerb ausgerichtet (vgl. HUNDENBORN 2009, S. 13), weiter unterliegen diesen Kriterien die Ansprüche an die Qualität der eigenen pflegerischen Arbeit (vgl. ISERINGHAUSEN 2010, S. 117f.). Häufige Unterbrechungen im Arbeitsablauf, ein permanenter Zeitdruck, fehlende Zuständigkeitsregelungen und insbesondere das Gefühl, nicht ausreichend für die PatientInnen da sein zu können, beschreiben belastende Arbeitsbedingungen (vgl. ISERINGHAUSEN 2010, S. 121). Umso schwieriger scheint es in diesem Zusammenhang zu sein, ein stabiles, unterstützendes Team aufzubauen, wenn die Rahmenbedingungen bereits erschwert sind.

Wie bereits angedeutet (s. 2.1) sind die Rahmenbedingungen für die Hospizarbeit laut Empfehlung der DGP gut aufgestellt. Jedoch stellt auch für das Hospiz die Finanzierung eine Belastung dar, da mindestens ein Eigenanteil von zehn Prozent durch Spendengelder erbracht werden muss. Auch wird von Seiten der Träger eine bestmögliche Bettenauslastung vorgegeben, was wiederum Druck auf die Pflegenden ausübt und belastend wirken kann (vgl. LEXA 2013, S. 78-83). Trotz des nicht immer erreichten und für gut befundenen Personalschlüssels und dem daraus potentiell resultierenden Zeitmangel wird davon ausgegangen, dass Pflegende im Hospiz ihrer Arbeit und den Gästen größtenteils ausreichend Zeit widmen können.

5.2.2 Fähigkeiten und Kompetenzen

Die berufliche Handlungskompetenz von Pflegenden entsteht allgemein durch das Zusammenkommen von fachlichen und methodischen, sozialen sowie personalen Kompetenzen (vgl. HUNDENBORN 2009, S. 9). Die Beziehung zum Menschen bildet

die Basis für alle pflegerischen Handlungen. Pflegende verfügen über drei Pflegekompetenzen »wahrnehmen, verstehen, schützen«, mit denen Pflegesituationen erhoben und dargelegt werden können. Hierbei ist u.a. die »systematische Erfassung von Pflege« erforderlich. Es werden vor allem wichtige, vorher nicht erwähnte Details zusammengetragen, um ein ganzheitliches Bild des Menschen und seiner Pflegesituation zu erhalten. Ein »konkreter, situativer und erfahrungsorientierter Ansatz« erlaubt es professionell Pflegenden, das Einbringen von Wissen an die aktuelle individuelle Situation sowie an die Symptome des kranken Menschen anzupassen. Zuletzt verfügen Pflegende über einen »multiprofessionellen Ansatz«. Unter diesem wird das Integrieren von eigenem pflegerischen Wissen und Wissen anderer Disziplinen, die an der Versorgung beteiligt sind, verstanden (vgl. STUDENT & NAPIWOTZKY 2011, S. 29f.).

Wie bereits angedeutet, sind die palliativen Fähigkeiten und Kompetenzen von Pflegenden im Hospiz entscheidend für die Betreuung des Gastes, da Pflegende das Kernteam aufgrund ihrer kontinuierlichen Anwesenheit im Vergleich zu anderen Professionen bilden und ihnen somit eine große Verantwortung zukommt (s. 3.2.2). STUDENT & NAPIWOTZKY bekräftigen die Wichtigkeit einer situationsspezifischen Pflege im palliativen Bereich. Da sich die Situation und die Symptomatik des Gastes schnell verändern können, ist es umso wichtiger, dass Pflegende auf diese individuell mit ihrem Erfahrungswissen reagieren und entschlossen handeln können und sich bei Bedarf mit anderen Professionen austauschen, damit der Gast nicht leiden muss. Hierbei schließen die palliativen Pflegeprobleme nicht ausschließlich die körperliche Dimension ein. Pflegeprobleme in der psychosozialen sowie der spirituellen Dimension werden gleichwertig betrachtet (vgl. STUDENT & NAPIWOTZKY 2011, S. 93) und benötigen in der letzten Lebensphase gleich viel, wenn nicht vermutlich mehr Zeit und Aufmerksamkeit als die Pflege körperlicher Bedürfnisse.

Auch Pflegenden im Krankenhaus sind die drei angeführten Kompetenzen zuzuschreiben. Sie sind jedoch aufgrund der Rahmenbedingungen oft nicht in der Lage, ihren Aufgaben und der Beziehungsgestaltung nach ihrem selbst gesetzten Anspruch mit ausreichend Zeit nachzugehen. Die Arbeit ist in den letzten Jahren laut Aussage einer Pflegekraft unpersönlicher geworden (vgl. ISERINGHAUSEN

2010, S. 123f.). Daraus lässt sich schließen, dass Pflegende im Krankenhaus größtenteils nur den körperlichen Bedürfnissen des kranken Menschen nachgehen können bzw. diese im Vordergrund stehen und der Mensch als Ganzes nicht gesehen werden kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Teamarbeit ist die Rollenklarheit, um so alle Fähigkeiten und Kompetenzen der einzelnen Mitglieder und Professionen einbringen zu können. Jedes einzelne Mitglied benötigt die Kenntnis, wer welche Rollen im Team übernimmt bzw. wer für welche Aufgaben verantwortlich ist und welche eigene Rolle ihm im Team zugewiesen ist. Wichtig ist außerdem, dass jeder Einzelne seine Aufgaben nach eigener Bestimmung bearbeiten kann und dies auch subjektiv wahrnimmt (vgl. PFISTER 2012, S. 41f.). Pflegende fungieren als primäre Bezugsperson für den Gast während seines Aufenthaltes (s. 3.2.3) und haben die Rolle der GeneralistInnen inne, da sie den Überblick über ihn und seine Angehörigen bewahren sowie über die gesamten Informationen, z.B. aktuelle Symptome und Bedürfnisse, Medikation, Anamnese etc., verfügen. Das stetige Beobachten des schwerkranken Menschen und dessen Symptom- und Schmerzmanagement, die Weitergabe von Informationen, Beratung und Anleitung liegen in den Händen der Pflegenden. So sind Pflegende in der Lage, aufgrund des Wissens über die Fähigkeiten der anderen Professionen, diese vor dem Hintergrund ihrer überwiegenden Abwesenheit zur entsprechenden Zeit bei Bedarf zurate zu ziehen. Diese GeneralistInnenfunktion muss von der Pflege sowie den anderen Professionen verinnerlicht werden. Diese soll die Pflegenden nicht als hierarchisch übergeordnet sondern lediglich die Wichtigkeit ihrer Rolle in der Aufgabenverteilung darstellen (vgl. STUDENT & NAPITWOTZKY 2011, S. 30f.). Daraus lässt sich schließen, dass Pflegende im Hospiz eine hohe Verantwortung tragen und eine ausgeprägte Selbstorganisation zeigen.

Im Vergleich dazu lässt sich auch bei Pflegenden auf Allgemeinstationen eine GeneralistInnenfunktion feststellen. Eine kontinuierliche Beobachtung der PatientInnen, das Informieren des Arztes bzw. der Ärztin bei Veränderungen sowie administrative Tätigkeiten gehören zu ihren Aufgaben (vgl. KIESCHNIK 2009, S. 37). Laut SCHWARZ funktionieren Pflegende immer wieder als eine Art Brücke zwischen PatientInnen und ÄrztInnen, da sie näher an den PatientInnen sind und wichtige Belange oder Informationen vermitteln können (vgl. SCHWARZ 2007, S.

46). Ein wichtiger Aspekt ist insbesondere die Delegation bzw. die Tätigkeitsverschiebung von ärztlichen Tätigkeiten an das Pflegepersonal. Delegation bedeutet nach Krüger die Übertragung von Aufgaben zwischen „zwei direkt aufeinanderfolgenden Hierarchieebenen einer Abteilung [...] und betrifft den Mitarbeiter im Verhältnis zu seinem direkten Vorgesetzten“ (WAGNER 2010, S. 14). Demzufolge können ÄrztInnen keine Aufgaben, wie z.B. Blutabnahmen, an die Pflege delegieren. Es handelt sich nach WAGNER um eine Tätigkeitsverschiebung (vgl. WAGNER 2010, S. 14f.). DAHLGAARD beschreibt, dass üblicherweise

„viele Aufgaben und Zuständigkeiten [bzw. Tätigkeitsverschiebungen auf [Allgemeinstationen] zwischen Ärzt[Innen] und Pflegenden informell geregelt [sind]; das führt dazu, dass z.B. bei Personalwechsel im ärztlichen Bereich (Weiterbildung) Prozesse ständig neu definiert und ausgehandelt werden müssen und sich dadurch eine stabile Organisation [bzw. ein interprofessionelles Team] nur schwer herausbilden kann“ (DAHLGAARD 2010, S. 33).

Daraus lässt sich schließen, dass es zu wiederkehrenden Unklarheiten bezüglich der eigenen Rolle, jeweiligen Tätigkeiten sowie des Verantwortungsbereichs und allgemein zur Überforderung der Pflegenden kommen kann. Hingegen kann die Prozessorientierung sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden (vgl. Wagner 2010, S. 16f. und S. 21).

5.2.3 Ziele

Das Festhalten an einem gemeinsamen Ziel (s. 5.1) ist essentiell für die Zusammenarbeit und das Funktionieren des Teams.

Das Ziel in der Palliative Care und somit im Hospiz ist mit dem Bemühen aller Beteiligten um die bestmögliche Lebensqualität des schwerkranken, sterbenden Menschen an seinem Lebensende verbunden. Diese kann nur erreicht werden, wenn der Mensch als Ganzes gesehen wird und alle Beteiligten unterschiedlichster Professionen eine intensive Kommunikation und Koordination pflegen (s. 2.2 – Definition Palliative Care). Das Ziel der Palliative Care stellt einen äußerst hohen Anspruch an die Pflegenden und andere MitarbeiterInnen und kann eine starke Belastung mit sich bringen (s. 3.2.2). Umso wichtiger ist es, dass das Team bewusst unter der Hospizleitung (s. 2.1) interprofessionell arbeitet, um dem Gast eine ganzheitliche, für ihn erfüllende Lebensqualität bieten zu können.

Das übergeordnete Ziel von Pflegenden und anderen Professionen im Gesundheitswesen, insbesondere im klinischen Bereich, stellt die Genesung der PatientInnen, vor allem unter Berücksichtigung des Kostenbudgets, dar. Hierbei

lässt sich beobachten, dass aufgrund der getrennten Führungsebenen (Verwaltung, Medizin und Pflege) Zielkonflikte, z.B. hinsichtlich des Vorgehens der Behandlung, entstehen und diese die Zusammenarbeit als interprofessionelles Team beeinträchtigen können (vgl. ANTONI 2010, S. 20). Dies hätte zur Folge, dass die Professionen multiprofessionell arbeiten, also unabhängig und eigenständig voneinander, und die Zusammenarbeit selbst als mangelhaft empfunden wird. Im Rahmen der Versorgung sollte, wie bereits angeführt, nicht nur physischen Symptomen nachgegangen werden. Ebenso sollte auch die psychische und, wenn auch nur in Einzelfällen, die spirituelle Dimension Raum im Setting des Krankenhauses finden (s. 5.2.2). Es wurde bereits bezüglich der Rahmenbedingungen der Pflege im Krankenhaus (s. 5.2.1) deutlich, dass Pflegenden oftmals einem permanenten Zeitdruck unterliegen und das Erreichen einer ganzheitlichen Betreuung mit den gegebenen Arbeitsbedingungen nicht möglich zu sein scheint. Dies ist vor allem durch den schlechten Stellenschlüssel in der Pflege in Deutschland erschwert. Aus der internationalen Pflegestudie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting) von 2011 geht hervor, dass ein/e Gesundheits- und KrankenpflegerIn die Verantwortung für durchschnittlich zehn PatientInnen trägt (vgl. STRASSMANN 2014, S. 1). Dies wäre in der Hospizpflege nicht realisierbar, da es dem ganzheitlichen Ansatz der Pflege keineswegs gerecht werden könnte.

Es fällt weiter auf, dass die Ablauforganisation im Krankenhaus sich vorwiegend nach den Interessen der Professionen orientiert, um das Ziel zu erreichen, und nicht in erster Linie nach den Bedürfnissen der PatientInnen, wie vergleichsweise im Hospiz. Beispielsweise erfolgt die Visite oftmals ohne Rücksichtnahme auf die Abläufe der Station bzw. der Pflegenden, was dazu führt, dass diese nicht regelmäßig an der Visite teilnehmen können (vgl. JACOBS 2009, S. 31). Von einer interprofessionellen, gut funktionierenden Zusammenarbeit kann demzufolge nicht gesprochen werden.

5.2.4 Teamidentität

Bezüglich der Teamidentität werden näher das Zusammengehörigkeitsgefühl, Normen und Werte sowie die Wertschätzung betrachtet. Mit der Rollenklarheit einhergehend stellen laut FALCKENBERG die kameradschaftliche Kollegialität sowie

Respekt und Anerkennung des Anderen wichtige Prinzipien für die Zusammenarbeit im Hospiz dar.

Das Streben nach Macht und Entscheidungsbefugnis und damit verbundenen Hierarchiestrukturen wird in einem gut funktionierenden Team im palliativen Setting unter den Mitgliedern durch ein stabiles Selbstwertgefühl jedes Einzelnen reduziert (vgl. FALCKENBERG 2007, S. 300). Ehrenamtliche und die einzelnen Professionen im Hospiz pflegen eine enge und auf Vertrauen basierende Zusammenarbeit. Die Mitglieder des Teams im Hospiz „unterstützen sich gegenseitig [und] wissen umeinander“ (SEEGER 2011, S. 13). Dieser Aspekt beruht sicherlich auch darauf, dass das Team aufgrund geringer Fluktuation der MitarbeiterInnen sehr beständig und stabil ist (s. 5.2.1). Demzufolge lässt sich schließen, dass Pflegenden unter sich sowie innerhalb des interprofessionellen Teams eine starke Teamidentität verspüren und sich auch als solches fühlen. Von Pflegenden wird insbesondere betont, dass Verlass auf ihre KollegInnen besteht und vor allem die Arbeit mit ÄrztInnen auf Augenhöhe stattfindet (vgl. LEXA 2013, S. 59 und S. 109). Die Bedeutung und Wichtigkeit, sich mit dem Team zu identifizieren, wird mit dem Ergebnis, das Team als stärkster Schutzfaktor bei Belastungen, durch die Studienlage bestätigt (vgl. PFISTER 2012). Ebenso führt PAYNE an, dass das Aufsuchen von Unterstützung eine wichtige Bewältigungsstrategie darstellt (vgl. PAYNE 2001, S. 401).

ANTONI erwähnt, dass die geteilte Einstellung und das Verständnis, dass durch das Zusammenkommen der diversen subjektiven Kenntnisse und Können der jeweiligen Professionen die Versorgung und Behandlung der PatientInnen auf Stationen im Krankenhaus qualitativ am besten erfolgen kann, eine interprofessionelle Zusammenarbeit fördern kann (vgl. ANTONI 2010, S. 23). Damit wachse das Teamverständnis und ein Zusammengehörigkeitsgefühl könnte entstehen. Hinderlich für die interprofessionelle Teamarbeit und damit für die Teamidentität können Hierarchiestrukturen sein, wie sie im Krankenhaus oft noch vorzufinden sind (s. 5.2.1). Wenn die Zugehörigkeit zur jeweiligen Profession als Anzeichen für Ungleichheit oder Abgrenzung angesehen wird, beispielweise wenn der Medizin mehr Einfluss zugeschrieben wird (vgl. ANTONI 2010, S. 23), ist eine Teamidentität beider Professionen kaum möglich.

Ein wichtiger Aspekt stellt die Wertschätzung im Zusammenhang mit der Teamidentität dar. Die fachliche und vor allem die soziale Anerkennung der anderen Berufsgruppe kann maßgeblich zum Belastungserleben beitragen (vgl. ISERINGHAUSEN 2010, S. 121). Obwohl das Krankenhaus von Hierarchie geprägt ist und sich in den letzten Jahren ein Wertewandel hinsichtlich der zunehmenden Ausrichtung an wirtschaftlichen Erfordernissen vollzogen hat, kommt insbesondere zwischen ÄrztInnen und Pflegenden „ein hohes Maß an Verständnis für die [zunehmend belastende] Arbeitssituation der jeweils anderen Berufsgruppe“ (ISERINGHAUSEN 2010, S. 124f.) auf. Die Ausrichtung auf ökonomische Ziele ist weiter kritisch zu sehen, da Professionen wie Medizin und Pflege der Herausforderung gegenüber stehen, diese mit ihren berufsbezogenen Werten auszubalancieren (vgl. ISERINGHAUSEN 2010, S. 126). Auch hier kann angenommen werden, dass die professionsbezogenen Werte nicht immer in Einklang gebracht werden können und diese gezwungenermaßen vernachlässigt werden müssen. Je nach Wichtigkeit der Werte für den Einzelnen kann dies wiederum zu Zielkonflikten führen (s. 5.2.3).

5.2.5 Kommunikation und Kooperation

Kommunikation und Kooperation innerhalb einer Profession können bereits herausfordernd sein und Probleme und Missverständnisse mit sich bringen. Umso anspruchsvoller scheint diese zwischen den Professionen zu sein. Unzureichende Interaktionen werden im klinischen Bereich als häufigste Ursache für Fehler gesehen (vgl. ANTONI 2010, S. 19, vgl. Simon 2012, S. 63). Ebenso werden eine schlechte Abstimmung und Koordination von den MitarbeiterInnen als Belastung empfunden (vgl. ISERINGHAUSEN 2010, S. 118). „Hierarchische Strukturen verbunden mit defizitären Kommunikationsmustern der Mitarbeiter[innen] untereinander, können zu Unsicherheiten und Konflikten zwischen Mitarbeiter[Innen] und Berufsgruppen führen“ (ISERINGHAUSEN 2010, S. 120). Ein Großteil der Belastungen von Pflegenden und anderen Professionen im Krankenhaus liegen Problemen der Organisation zugrunde. Es bestehen Informations-, Koordinations- und Kommunikationsprobleme sowohl innerhalb der Professionen als auch zwischen diesen. In diesem Zusammenhang betonen Pflegende, dass sich die tägliche Arbeitsbelastung mithilfe einer vorteilhafteren Organisation seitens der ÄrztInnen reduzieren ließe (vgl. ISERINGHAUSEN 2010, S.

121-124). Kommunikationsprobleme sind z.B. erkennbar an Desinteresse an gegenseitigen Problemen, Zuständigkeitsdiskussionen, Berufsgruppenrivalitäten und „Verlust der gemeinsamen Arbeitseinstellung und Berufsphilosophie“ (SCHWARZ 2007, S. 46). Eine Verbesserung der Kommunikation und damit der Kooperation zwischen beiden Professionen ist nach DAHLGAARD nur möglich,

„wenn die Handlungen des jeweiligen Partners vorhersehbar und berechenbar sind. Zu starke Individualisierungen von Aktionen behindern Kooperation und müssen durch formale Vereinbarungen zurückgedrängt werden, um Kooperation auch faktisch sicherzustellen“ (DAHLGAARD 2010, S. 34f.).

Eine direkte Kommunikation ist für die Arbeit in der Palliative Care ebenso wie in anderen Feldern der Pflege unverzichtbar, da eine offene und aufrichtige Gesprächskultur, in der Gefühle geäußert werden können, innerhalb des Teams unterstützend wirkt. Der Austausch über den Tod eines Gastes, z.B. wie er gestorben ist und wie er von der betreuenden Pflegenden wahrgenommen wurde, geben die Voraussetzung, über den Tod zu sprechen und können die Verabschiedung und Distanzierung vom Gast erleichtern. Dies ist entscheidend, um der Häufung von Todesfällen gegenüberstehen zu können. Offenheit in der Kommunikation ist ebenso wichtig in Hinblick auf andere Themen, wie z.B. Konflikte im Team, auf welche im weiteren Verlauf noch näher eingegangen wird. Um eine effektive Gesprächskultur aufkommen zu lassen, ist es unabdingbar, dass jedes Teammitglied sich der Bedeutung einer solchen bewusst ist und sich verantwortlich fühlt. Zudem kann diese maßgeblich von Vorgesetzten beeinflusst werden (vgl. LANG 2006, S. 249f.).

Für die Teamkommunikation unter den Pflegenden und zu anderen Professionen ist es unerlässlich, eine Streitkultur zu entwickeln. Diese ist Voraussetzung dafür, dass Konflikte wirksam angegangen werden. Es besteht oft die Einstellung, dass Auseinandersetzungen im Team aufgrund der Arbeit mit sterbenskranken Menschen nicht angebracht seien. Für die Entwicklung des Teams ist eine konstruktive Lösung von Interessenskonflikten unerlässlich, da durch das Meiden keine Übereinstimmung möglich ist (vgl. PFISTER 2012, S. 41). Da sich die Mitglieder eines Teams u.a. hinsichtlich des Erreichens von Zielen der Versorgung einigen müssen, kann dies zu Spannungen führen (vgl. LEXA 2013, S. 119), welche auf Dauer das Zusammengehörigkeitsgefühl beeinträchtigen können.

„Das Gleichgewicht zu finden zwischen der Gelassenheit, nicht alles zu problematisieren, und dem Entschluss, gezielt die Dauerthemen anzugehen, ist eine Herausforderung“ (BECKER & SCHLACHTER 2014, S. 210), sowohl für alle Beteiligten im Hospiz und auf Allgemeinstationen im Krankenhaus.

5.2.6 Selbstpflege

Die Sorge um die Gesundheit der Pflegenden ist entscheidend für das Wohlergehen und die Belastbarkeit des Teams (s. 4.1). In diesem Kapitel wird näher beleuchtet, inwieweit Selbstreflexion und Maßnahmen zur Selbstpflege umgesetzt werden.

„Wer täglich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer zu tun hat, braucht eine psychische Stabilität, die sich immer neu aufladen kann. Niemand bleibt unberührt zurück, der sterbenden Menschen und ihren Angehörigen begegnet“ (KRÄNZLE 2011, S. 184). Ein wichtiger Schutzfaktor, das Privatleben, bildet zugleich einen bedeutenden Bestandteil der Selbstpflege für Pflegende im Hospiz (s. 4.2.1). Es wird angenommen, dass dieser auch für Pflegende im Krankenhaus im engen Zusammenhang mit der Selbstpflege steht.

In Bezug auf die personale Kompetenz von Pflegenden stellt u.a. die Bereitschaft zur Selbstreflexion eine wichtige Eigenschaft dar (vgl. HUNDENBORN 2009, S. 9). Laut KRÄNZLE ist die kontinuierliche Selbstreflexion der/s Einzelnen eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Arbeit in der Palliative Care.

„Diese muss ständig geübt und erweitert werden, z.B. in der Teamsupervision, in Fallgesprächen, im informellen Austausch im Team, in der Reflexion über sich selber und die gemachten Erfahrungen sowie der eigenen Motivation, in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein“ (KRÄNZLE 2011, S. 183).

Weitere Aspekte der personalen Kompetenz von Pflegenden beinhalten die Bereitschaft zur Selbstentwicklung sowie die Lernbereitschaft (vgl. HUNDENBORN 2009, S. 9). Hier ist zu erwähnen, dass das eigene Fachwissen kontinuierlich zu erweitern und an den aktuellen Wissensstand der Forschung anzupassen ist. Dies kann anhand von Fachliteratur, Fort- und Weiterbildungen sowie durch den Austausch mit KollegInnen etc. geschehen. Eine wichtige Rolle kommt hierbei insbesondere den Vorgesetzten zu, die die Voraussetzungen z.B. für Fort- und Weiterbildungen schaffen müssen (vgl. KRÄNZLE 2011, S. 183).

Eine wichtige Maßnahme zur Selbstpflege, ebenso zum Austragen von Konflikten, des Teams im Hospiz stellt die gemeinsame Supervision dar, die in regelmäßigen

Abständen von vier bis sechs Wochen stattfinden kann (FARNUNG 2011, S. 201). Verstanden wird unter Supervision nach der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) „ein Beratungskonzept, das zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. Sie bezieht sich dabei auf psychische, soziale und institutionelle Faktoren“ (SCHWARZ 2007, S. 81). Das Ziel besteht darin, das eigene berufliche Handeln zu reflektieren. Dies geschieht innerhalb eines geschützten, von Kommunikation getragenen Rahmens,

„in dem Menschen [bzw. Pflegende] ihre beruflichen Probleme besser verstehen lernen mit dem Ziel, trotz aller Widrigkeiten nicht in Resignation, Angst, Wut, Krankheit zu versinken, sondern in Bewegung zu kommen durch mehr Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung“ (SCHWARZ 2007, S. 83).

Supervision bietet Pflegenden somit „Chancen zur emotionalen Entlastung des Einzelnen, zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit im Team, zur Personalentwicklung der gesamten Organisation - und somit zur Effizienzsteigerung von Arbeit“ (DGSV, zit. nach SCHWARZ 2007, S.82).

Pflegende und andere MitarbeiterInnen im Krankenhaus sind aufgrund der Rahmenbedingungen ihrer Arbeit ebenfalls einigen Belastungsfaktoren ausgesetzt (s. 5.2.1). Umso wichtiger ist es, dass die Pflegenden sich diesen bewusst sind, sich schützen und ihre eigene Gesundheit pflegen. Gesundheitsförderung durch den Betrieb sollte u.a. erkennbar sein an flexibleren Arbeitszeitmodellen (Teilzeit), Freizeitausgleich, Vergünstigungen für Fitnessangebote und psychosozialen Angeboten wie Supervision oder Coaching (vgl. MÖLLER 2013, S. 62).

Des Weiteren finden in Krankenhäusern sowie in anderen Pflegeeinrichtungen regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen statt. Im Krankenhaus erfolgen diese meist jedoch unter den MitarbeiterInnen der gleichen Profession (vgl. ADAM 2011, S. 79). Daraus lässt sich schließen, dass Konflikte, die beispielsweise zwischen ÄrztInnen und Pflegenden bestehen, nur innerhalb der einen und nicht mit der anderen Profession besprochen werden. Gemeinsame Besprechungen zwischen den Professionen könnten die Zusammenarbeit positiv beeinflussen. Des Weiteren beinhalten Mitarbeiterbesprechungen z.B. die Vorstellung von neuem Personal, Informationen zu Fortbildungen oder gesetzliche Vorgaben bzw. Regelungen (vgl. ROGALL-ADAM 2011, S. 213). Daraus folgt, dass weniger die Reflexion des beruflichen Handelns sondern eher formelle Angelegenheiten im Vergleich zur Supervision im Vordergrund stehen. Laut WITTICH ET AL. ist

Supervision in der Gesundheits- und Krankenpflege entgegen der Annahme eine häufig durchgeführte Maßnahme zur Unterstützung der MitarbeiterInnen im Krankenhaus. Diese zeigt insbesondere einen äußerst positiven Nutzen der Kooperation unter dem Pflegepersonal sowie der Beziehung zu den PatientInnen. Des Weiteren kann Supervision hilfreich bezüglich der Kooperation mit ÄrztInnen sein (vgl. WITTICH ET AL. 2006, S. 450-454).

6. Fazit

Aus dem Vergleich geht hervor, dass der Rahmen der Institution grundlegend unterschiedliche Voraussetzungen für die Arbeit beider Teams zur Folge hat. Hospize sind im Vergleich kleine Einrichtungen, die für alle Beteiligten eine familiäre Atmosphäre bieten. Eine geringere Fluktuation der MitarbeiterInnen ermöglicht eine wichtige Stabilität des Teams sowie unter den Mitgliedern wertvolles Vertrauen. Die Zusammenarbeit des Teams profitiert von flachen Hierarchien zwischen den Professionen und einem stabilen Selbstwertgefühl des Einzelnen. Des Weiteren wird ein ausgeprägtes Zusammengehörigkeitsgefühl durch eine kameradschaftliche, vertrauensvolle Kollegialität sowie durch eine aufrichtige, auf Augenhöhe erfolgende Gesprächs- und Streitkultur geprägt. Der intensive, reflektierte Austausch unter KollegInnen wirkt in Bezug auf die Herausforderungen und Belastungen der Arbeit mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase unterstützend und entlastend. Hierbei ist insbesondere die kontinuierliche, verinnerlichte Selbstreflexion der Pflegenden und anderer MitarbeiterInnen hervorzuheben. Laut SEEGER sind Offenheit für Veränderung der eigenen Sichtweisen, Haltungen und beruflicher Fertigkeiten sowie die Bereitschaft, sich Fachkompetenz und das notwendige Wissen anzueignen, wichtige Voraussetzungen des Einzelnen (vgl. SEEGER 2011, S. 13), um in der Palliative Care zu arbeiten und sich in dem multi- und interprofessionellen Team einzufinden und zu funktionieren. Auch wenn Hospize mit der Zeit zunehmend nach ökonomischen Richtlinien handeln müssen, sind diese noch lange nicht so stark ausgeprägt wie auf Allgemeinstationen im Krankenhaus. Dies ermöglicht es den Pflegenden, in Zusammenarbeit mit anderen Professionen den angestrebten ganzheitlichen Ansatz der palliativen Betreuung nachzugehen. Um die

bestmögliche Lebensqualität für den Gast zu erreichen, ist eine intensive Zusammenarbeit erforderlich und deren Notwendigkeit ist allen Mitgliedern bewusst.

Die angeführten Aspekte ergeben einen starken Zusammenhalt zwischen den Pflegenden, welcher hinsichtlich der beschriebenen Belastungen und Herausforderungen sehr unterstützend ist und allen Beteiligten Schutz und Entlastung bietet, sodass es nachzuvollziehen ist, dass das Team als stärkster Schutzfaktor im Hospiz gesehen wird.

Hervorzuheben ist jedoch auch, dass Pflegende und andere Professionen, sich bewusst entscheiden, im palliativen Feld zu arbeiten. Die Arbeit im Hospiz und das Dasein für die Gäste in ihrer letzten Lebensphase stellt insgesamt eine große Bereicherung für das Team und jeden Einzelnen dar (vgl. LANG 2006, S. 237ff.). Daraus ist zu schließen, dass jeder Einzelne sich mit der Palliative Care stark identifiziert (vgl. PFISTER 2012, S. 3) und den Belastungen und Herausforderungen der täglichen, sehr persönlichen Arbeit mit Sterbenden bewusst ist und aktiv daran arbeitet, die eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern (s. 4.1).

Limitationen für die Ausarbeitung der Thematik lagen darin, dass der aktuelle Forschungsstand in Deutschland sehr gering ausfällt und sich PFISTER dieser erstmals durch seine Erhebung in Nordrhein-Westfalen angenommen hat. Eine Übertragung von Studien aus anderen Ländern, wie z.B. USA, Großbritannien etc., ist nur eingeschränkt möglich, da Gesundheitssysteme, Kulturen und Mentalitäten usw. und letztendlich die Geschichte der Hospizbewegung in den Ländern Unterschiede zeigen. Dennoch kann angenommen werden, dass diverse Ähnlichkeiten bezüglich Belastungs- und Schutzfaktoren bestehen. Des Weiteren entspricht die Studienlage u.a. bezüglich des Vorkommens von Belastungen und Burnout in der Palliative Care bzw. im Hospiz, insbesondere in Deutschland, nicht dem aktuellsten Stand und lässt weiteren Forschungsbedarf erkennen. Weiter bestand die Schwierigkeit, geeignete Literatur bzw. Studien heranzuziehen, die die Pflege allein, abgegrenzt von anderen Professionen, hinsichtlich der Thematik betrachtet und bei der kein direkter Bezug zur Interprofessionalität gestellt wird. Folglich war es nicht immer möglich, ausschließlich die Position, Ansichten etc. der Pflege zu präsentieren. Aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens der

Bachelorarbeit konnten interessante Aspekte, z.B. weitere Belastungs- bzw. Schutzfaktoren oder Gesichtspunkte im Rahmen der Gegenüberstellung, nicht näher beleuchtet werden und nur einzelne hervorgehoben werden. In diesem Zusammenhang wäre es weiter interessant gewesen, die Belastung durch Kollegen und die unterschiedlichen Levels und Typen von Stress zu betrachten (s. EKEDAHL & WENGSTRÖM 2007). Weiter wären eine qualitative Erhebung in Hamburger Hospizen sowie Erfahrungsberichte hinsichtlich Belastungsfaktoren und dem Erleben des Teams als Schutzfaktor äußerst eindrucksvoll und aufschlussreich gewesen.

Letztendlich war es möglich, anhand der Gegenüberstellung mit dem Team auf Allgemeinstationen im Krankenhaus die Ansätze der Vorteile sowie der positiven Eigenschaften des Teams im Hospiz herauszuarbeiten, um somit dieses als wichtigsten Schutzfaktor für Pflegende und andere MitarbeiterInnen in der Palliative Care zu verstehen.

Literaturverzeichnis

ABLETT, J.R. & JONES, R.S.P. (2006): Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. In: *Psycho-Oncology* (2007) 16: 733–740.

ADAM, G. (2011): Grundlagen der Kommunikation. In: ROGALL-ADAM, R. JOSUKS, H., ADAM, G. & G. SCHLEINITZ (2011): *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden.* S. 15-86. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

ANTONI, C.H. (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* Volume 104, Issue 1, 2010, Pages 18–24.

BALZ, H.-J. & SPIEB, E. (2009): *Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit.* Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

BECKER, D. & SCHLACHTER, J. (2014): Ein persönlicher Blick. Teamarbeit in einem sensiblen Arbeitsfeld. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2014): *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin.* S. 207-218. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

BEHÖRDE FÜR GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ, LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ- UND PALLIATIVARBEIT HAMBURG E.V. & KOORDINIERUNGSSTELLE HOSPIZ & PALLIATIVARBEIT HAMBURG (2013): *Hospizführer Hamburg* [Online]. Verfügbar unter: <https://www.patientenberatung-hamburg.de/download/Hospizfuehrer.pdf>. (Zugriff: 14.01.15).

BIBLIOGRAPHISCHES INSTITUT GMBH (2013): *Duden. Burnout* [Online]. Verfügbar unter: http://www.duden.de/rechtschreibung/Burn_out_Raumfahrt_Syndrom. (Zugriff: 26.04.15).

BIBLIOGRAPHISCHES INSTITUT GMBH (2013): *Duden. Synergie* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Synergie>. (Zugriff: 07.05.15).

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (n.d.): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen [Online]. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__39a.html. (Zugriff: 20.05.15).

DAHLGAARD, K. (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Volume 104, Issue 1, 2010, 32-38.

DAVY, J. & ELLIS, S. (2010): Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. Bern: Verlag Hans Huber.

DEUTSCHER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERBAND E.V. (n.d.): Statistiken. Stationäre Einrichtungen [Online]. Verfügbar unter: http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html. (Zugriff: 14.05.15).

EKEDAHL, M. & WENGSTRÖM, Y. (2007): Nurses in cancer care-- Stress when encountering existential issues. In: European Journal of Oncology Nursing (2007) 11, 228–237.

EMANUEL, LL, VON GUNTEN, CF & FERRIS, FD (1999): EPEC. The Education for Physicians on End-of-life Care. Participant's Handbook. Plenary 3. Elements and Models of End-of-life Care [Online]. Verfügbar unter: http://www.ama-assn.org/ethic/epec/download/plenary_3.pdf. (Zugriff: 19.05.15).

EPPEL, H. (2007): Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer.

FALCKENBERG, M. (2007): Palliativmedizin. Multiprofessionelle Kooperation. In: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 2007; 42(4): 296-301.

FARNUNG, A. (2011): Supervision von Pflegenden im Hospiz: Innehalten, damit das Aufhalten endet. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S.201-206. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

FREUDENBERGER, H.J. (1974): Staff Burn-out. In: Journal of Social Issues. Mar1974, Vol. 30 Issue 1, p159-165.

GREIF, S. (1996): Teamfähigkeiten und Selbstorganisationskompetenzen. In: GREIF, S. & H.-J. KURTZ (Hrsg.): Handbuch Selbstorganisiertes Lernen. S.161-177. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen.

HIRSMÜLLER, S. & SCHRÖER, M. (2014): »Meistens schaff ich das ja gut, aber manchmal...« Die Beziehung zum Patienten als ein Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2014): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. S. 50-59. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

HIRSMÜLLER, S. & SCHRÖER, M. (2014): »Wer's mit Humor trägt, macht sich's leichter!«. Humor - ein wichtiger Schutzfaktor in der Arbeit mit Sterbenden. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2014): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. S. 268-276. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

HUNDENBORN, G. (2009): Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildung und Beruf. In: SCHEWIOR-POPP, S., SITZMANN, F. & ULLRICH, L. (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. S. 4-27. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

ISERINGHAUSEN, O. (2010): Psychische Belastungen und gesundheitliches Wohlbefinden von Beschäftigten im Krankenhaus. In: BADURA, B., SCHRÖDER, H., KLOSE, J. & MACCO, K. (Hrsg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. S. 117-127. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

JACOBS, P. (2009): Wandel der Arbeitsprozesse und Entwicklung neuer Handlungsfelder. In: SCHEWIOR-POPP, S., SITZMANN, F. & ULLRICH, L. (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. S. 29-35. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

JAKOBSEN, F. (2011): Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit [Online]. Verfügbar unter: http://fysio.dk/Upload/Fafo/PDF/Afhandlinger/Phd/2011/Ph.d._Flemming_Jakobsen.pdf. (Zugriff: 21.05.15).

JONES, S.H.J. (2005): A self-care plan for hospice workers. In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine Volume 22, Number 2, March/April 2005.

KIESCHNIK, H. (2009): Typische Arbeitsfelder in der Pflege. In: SCHEWIOR-POPP, S., SITZMANN, F. & ULLRICH, L. (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung. S. 35-41. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

KRÄNZLE, S. (2011): Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S. 3-8. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

KRÄNZLE, S. (2011): Qualität in Palliative Care. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S. 181-184. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

KRÄNZLE, S. (2011): Stationäres Hospiz. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S. 149-154. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

KRÄNZLE, S. (2011): Sterbephasen. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S.18-20. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

KRIZ, W.C. & NÖBAUER, B. (2006): Teamkompetenz. Konzepte, Trainingsmethoden und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

LANG, K. (2006): Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenamtliche Helfer – zwischen Belastung und Bereicherung. In: KOCH, U., LANG, K., MEHNERT, A. & SCHMELING- KLUDAS, C. (Hrsg.) (2006): Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. S.235-255. Stuttgart: Schattauer.

LAZARUS, R.S. (1995): Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: FILIPP, S.-H. (1995): Kritische Lebensereignisse. S. 198-232. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1986): Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. In: APPLEY, M. H. & TRUMBULL, R. (Hrsg.) (1986): Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives. 63-80. New York: Plenum Press.

LEXA, N. (2013): Burnout und Burnout-Prävention in der Palliative Care. Praxishandbuch für Gesundheitsfachpersonen. Bern: Verlag Hans Huber.

MASLACH, C. (1982): Burnout: The Cost of Caring. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall. Verfügbar unter: http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=Pigg1p-hJhgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=christina+maslach+definition+of+burnout&ots=DBrZ7hY_sK&sig=NQWaVQTmWtBcqHsVAU4Dphtyoo#v=onepage&q=christina%20maslach%20definition%20of%20burnout&f=false. (Zugriff: 26.04.15).

MÖLLER, S. (2013): Erfolgreiche Teamleitung in der Pflege. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

MONTAG, T. & KERN, M. (2014): »Irgendwann haben wir nicht mehr gezählt«. Häufung von Todesfällen – Perspektive Palliativstation. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2014): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. S. 90-100. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

NAGELE, S. & FEICHTNER, A. (2009): Lehrbuch der Palliativpflege. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

PAYNE, N. (2001): Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. In: Journal of Advanced Nursing 33(3), 396±405.

PFISTER, D. (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Befragung der Palliativstationen in Deutschland und der Hospize in Nordrhein-Westfalen zu Belastungsfaktoren, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod. In: Aachener Dissertationen zur Palliativmedizin. Aachen: Shaker Verlag.

PFISTER, D. (2014): Belastungsfaktoren. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2014): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. S. 43-49. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

PFISTER, D. (2014): Schutzfaktoren. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2014): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. S. 181-183. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

PROKSCH, S. (2011): Humor und Lachen in der Pflege. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S. 213-219. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

RADBRUCH, L. & ROLKE, R. (2014): Eine anspruchsvolle Tätigkeit. Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter. In: MÜLLER, M. & PFISTER, D. (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. S. 60-67. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

ROBINSON, V.M. (2002): Praxishandbuch Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Gesundheits- und Pflegeberufe. Bern: Verlag Hans Huber.

ROGALL-ADAM, R. (2011): Die Kommunikation im Pflorgeteam. In: ROGALL-ADAM, R. JOSUKS, H., ADAM, G. & SCHLEINIZ, G. (2011): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. S. 191-230. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

SCHNELL, M.W. & SCHULZ, C. (2014): Basiswissen Palliativmedizin. 2. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

SCHULTE, O. (2006): Herausforderungen an die palliative Pflege. In: KOCH, U., LANG, K., MEHNERT, A. & SCHMELING- KLUDAS, C. (Hrsg.) (2006): Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. S. 123-133. Stuttgart: Schattauer.

SCHWARZ, R. (2007): Supervision in der Pflege. Leitfaden für Pflegemanager und – praktiker. Bern: Verlag Hans Huber.

SEEGER, C. (2011): Leitlinien von Palliative Care. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S. 9-14. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

SEEGER, C. (2011): Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In: KRÄNZLE, S., SCHMID, U. & SEEGER, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. S. 185-198. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

SIMON, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat [Online]. Verfügbar unter: http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegerberufen.pdf. (Zugriff: 11.05.15).

STANGE, A. (2007): Pflegeorganisationsform Bezugspflege. Ein Konzept für das Hospiz Nordheide. Diplomarbeit [Online]. Verfügbar unter: http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2007/220/pdf/sp_d.pf.07.800.pdf. (Zugriff: 23.04.15).

STRASSMANN, B. (2014): Schluss mit Schwester! Die Not ist groß: Deshalb setzen Kliniken Kopfgeld für neues Pflegepersonal aus. Doch das zieht lieber ins Ausland. Was ist dort besser organisiert – was ist bei uns rückständig? [Online]. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2014/12/kopfgeld-pflegepersonal-klinik>. (Zugriff: 11.05.15).

STRUNK-RICHTER, G. & VON SCHAPER, A. (2006): Prävention von Burnout. In: BERGER, G., KÄMMER, K. & ZIMMER, A. (2007): Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. S. 65-70. Hannover: VINCENTZ NETWORK.

STUDENT, J.-C. & NAPIWOTZKY, A. (2011): Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

VACHON, M LS (1995): Staff stress in hospice/ palliative care: a review. In: Palliative Medicine, 9:91-121.

WAGNER, M. (2010): Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. Chancen für Pflege, Medizin und Assistenzberufe. Stuttgart: Kohlhammer.

WEINERT, A. B. (2004): Organisations- und Personalpsychologie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

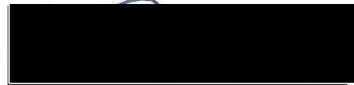
WHO (World Health Organization) (2002): National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines [Online]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. (Zugriff:26.04.15).

WITTICH, A., DIETERLE, W.E., SCHÜPBACH, H. & WIRSCHING, M. (2006): Teamsupervision in der Krankenpflege – Erwartungen, Effekte, Nutzen. In Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie 2006; 56(11): 450-456.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Weiter erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen hat.

Hamburg, 1. Juni 2015

A black rectangular box redacting the signature area.

Lena Prehn