

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)


Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal Erkrankter am Lebensende


**Eine qualitative Studie aus der Perspektive von Pflegenden in der
palliativen Versorgung**

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 1. Juni 2017

Vorgelegt von: **Lea Maria Theresia Ecke**

Matrikelnummer: 

Adresse: 

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Uta Gaidys

Zweiter Prüfer: Dipl. med. päd. Bernd Sens-Dobritsch

Inhaltsverzeichnis

I.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	I
1.	EINLEITUNG	1
1.1	Problembeschreibung	1
1.2	Ziel	3
1.3	Fragestellungen	4
1.4	Aufbau der Bachelorarbeit.....	4
2.	METHODIK.....	5
2.1	Literaturrecherche	5
2.2	Qualitative Experteninterviews	6
2.2.1	Durchführung	7
2.2.2	Datenerhebung und -aufbereitung	8
2.2.3	Datenauswertung und -analyse	8
3.	ERGEBNISSE	9
3.1	Vorstellung der Interviewpartnerinnen.....	9
3.2	Ergebnisse aus den Experteninterviews	10
3.2.1	Selbstbestimmung im palliativen Pflegesetting	10
3.2.2	Ausdruck der Selbstbestimmung	11
3.2.3	Schwierigkeiten der Selbstbestimmung im Falle der Entscheidungsunfähigkeit.....	12
3.2.4	Vorsorgedokumente	13
3.2.5	Die Rolle der Angehörigen im Falle der Einwilligungsunfähigkeit	14
3.2.6	Einschränkungen von Selbstbestimmung.....	16
3.2.7	Förderung der Selbstbestimmung durch Pflegende.....	18
3.2.8	Ansätze für Veränderungen der Rahmenbedingungen zur Förderung der Selbstbestimmung	21

4. DISKUSSION.....	21
4.1 Diskussion der Ergebnisse.....	22
4.2 Limitationen.....	30
4.3 Weiterer Forschungsbedarf.....	31
5. SCHLUSSFOLGERUNG.....	32
6. LITERATURVERZEICHNIS.....	34
II. ANHANG.....	II
A. Interviewleitfaden.....	II
B. Transkriptionsregeln.....	III
C. Transkribierte Interviews.....	IV
Eidesstattliche Erklärung.....	XXXV

I. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACP	Advance Care Planning
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
GG	Grundgesetz
HPG	Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung
ICN	International Council of Nurses
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch

Gender Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. EINLEITUNG

1.1 Problembeschreibung

Bis vor wenigen Jahrzehnten war es gängige Praxis, dass Ärzte paternalistisch, ohne vorher Rücksprache mit den Patienten zu halten, wichtige Entscheidungen bezüglich der Behandlung trafen (Husebø & Mathis, 2017; Marckmann, 2013). Doch heutzutage spielt die Autonomie und somit das Recht auf Selbstbestimmung eine entscheidende Rolle in der medizinischen Ethik (Husebø & Mathis, 2017). Deshalb ist es wichtig zu hinterfragen, welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal Erkrankte Menschen am Lebensende derzeit haben.

Die Stärkung der Selbstbestimmung von Patienten am Lebensende ist eine der größten Errungenschaften des letzten Jahrhunderts (Geck, 2012). Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist seit 1949 die Selbstbestimmung als ein Grundrecht der Menschen verankert. Das Grundgesetz schützt die Würde und die Freiheit des Menschen und spricht jedem Menschen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu (§§ Art.1 Abs.1 und Art.2 Abs.2 GG). Dementsprechend kann jeder über sich und seinen Körper bestimmen und durch Zustimmung oder Ablehnung über mögliche pflegerische oder ärztliche Maßnahmen selber entscheiden. Des Weiteren trägt die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung seit 2009 dazu bei, dass die Selbstbestimmung im Falle der Entscheidungsunfähigkeit berücksichtigt werden kann. Einwilligungsfähige, volljährige Bürger können in ihrer Patientenverfügung schriftlich ihre Entscheidungen für bestimmte Situationen festhalten, die im Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit berücksichtigt werden sollen. Wünsche und Moralvorstellungen können in der Patientenverfügung ebenfalls mit eingebracht werden (§1901a Abs.1 BGB). Auch die Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 förderte noch einmal die Selbstbestimmung von Patienten. Das Gesetz stärkt vor allem die Patienten darin, dass sie durch Aufklärung und Beratung medizinische Behandlungen mitbestimmen sollen und Informationen hierzu erhalten (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016; BMG, 2014). Die letzte große Errungenschaft war im November 2015 die Etablierung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) (BMG, 2017). In diesem Gesetz sind vielfältige Maßnahmen zur Förderung

des flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands enthalten (BMG, 2017). Hiermit soll erreicht werden, dass jeder die Gewissheit hat, am Ende des Lebens gut betreut und versorgt zu werden (BMG, 2017).

In den letzten Jahren hat die Diskussion um die Selbstbestimmung am Lebensende immens an Bedeutung gewonnen. Die Wichtigkeit der Selbstbestimmung steht unter anderem im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einem Lebensende, das durch Selbstbestimmung geprägt ist (ROLAND Rechtsreport, 2016). In einer Podiumsdiskussion des Marienkrankenhauses Hamburg zum Thema „Selbstbestimmt Sterben – Vorsorge für das Ende des Lebens“ bestanden im April 2017 bei den Teilnehmern Ängste und Zweifel, dass Selbstbestimmung am Lebensende nicht umgesetzt werden kann. Die Ängste und Zweifel sind unter anderem darin begründet, dass die moderne Medizin es ermöglicht, mit Hilfe komplexer intensivmedizinischer Maßnahmen, das Leben zu verlängern. 76 % der deutschen Bevölkerung möchte laut einer Umfrage des ROLAND Rechtreportes (2016) nicht, dass ihr Leben mit allen Mitteln verlängert wird, wenn sie einmal schwer pflegebedürftig sein sollten.

Mit Hilfe von freiwillig erstellten Vorsorgedokumenten wie der Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten oder der Betreuung (§§ 1896-1908d BGB) kann jeder einwilligungsfähige, volljährige Bürger für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit vorsorgen. Vorsorgedokumente erreichen derzeit eine immer größere Bekanntheit und Beliebtheit. Im Jahr 2016 wurden über 3 % mehr Vorsorgeanträge als im vorherigen Jahr neu im zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert (Bundesnotarkammer Zentrales Vorsorgeregister, 2016). Am 6. Juli 2016 wurde vom Bundesgerichtshof (BGH) ein schwer wiegendes Urteil über eine unkonkret formulierte Patientenverfügung gefällt (BGH, Beschluss vom 6. Juli 2016 - XII ZB 61/16). Infolgedessen sind deutschlandweit der überwiegende Teil aller Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten für wirkungslos erklärt worden. Grund dieses Urteils sind unpräzise hinterlegte Handlungsanweisungen. Für alle Betroffenen bedeutet dieses Urteil, dass ihre in der Patientenverfügung hinterlegten Behandlungswünsche aufgrund von fehlender Aussagekraft im Falle ihrer Entscheidungsunfähigkeit nicht umgesetzt werden können (Brandenburg, 2016). Auch auf-

grund dieses Ereignisses nehmen die Ängste und Zweifel der Bevölkerung in Hinblick auf die Selbstbestimmung bis zum Lebensende zu.

Bei einer letal verlaufenden Erkrankung (von lateinisch ‚letalis‘, deutsch ‚tödlich‘) (Pschyrembel, 2007, S.1092) steht das Lebensende meist in absehbarer Zukunft bevor. Durch den tödlichen Verlauf der Krankheit haben die Patienten häufig einen palliativen Behandlungsansatz, bei dem nicht mehr die Heilung der Krankheit im Vordergrund steht, sondern die Beschwerden, die durch ihre Erkrankung entstehen, gelindert werden sollen (Pschyrembel, 2007). Die Palliativ- und Hospizarbeit beschäftigt sich mit den Anliegen von letal erkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Im Mittelpunkt der Palliativ- und Hospizarbeit steht unter anderem als Leitsatz „die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie“ (Seeger, 2014, S.16).

Problematisch ist anzusehen, dass die Selbstbestimmung meistens in Bezug auf ärztliches Handeln untersucht wird. Diese Arbeit soll den Schwerpunkt auf die pflegerische Perspektive der Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen am Lebensende legen. Pflegende in palliativen Einrichtungen bemühen sich, ihre Patienten und deren Angehörige auf mögliche Szenarien am Ende ihres Lebens vorzubereiten (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., 2016). Jeder Patient soll nach seinen Vorstellungen und Wünschen bis zum Lebensende begleitet werden, um in Würde sterben zu können.

Durch diese Bachelorarbeit wird erhofft, von Pflegenden zu erfahren, mit welcher Bedeutung sie in der Versorgungsrealität die Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen wahrnehmen. Ebenfalls wird untersucht, wo Pflegende Unterstützungsmöglichkeiten sehen, die perspektivisch zu einer weiteren Verbesserung und Förderung der Selbstbestimmung führen könnten.

1.2 Ziel

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, durch Experteninterviews mit professionell Pflegenden in der palliativen Versorgung zu identifizieren, wie sie in ihrem Versorgungsalltag die Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen wahrnehmen und beschreiben. Daraus sollen pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten analysiert und geschlussfolgert werden.

1.3 Fragestellungen

In dieser Arbeit werden zum Erreichen des Ziels (s. Kapitel 1.2.) folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Wie beschreiben Pflegende die Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen am Lebensende?
- Welche Möglichkeiten beschreiben Pflegende zur Unterstützung der Selbstbestimmung?

1.4 Aufbau der Bachelorarbeit

Um die handlungsleitenden Fragestellungen zu beantworten, wird im Folgenden der Aufbau der Arbeit erläutert.

Methodik: Das methodische Vorgehen gliedert sich in zwei Komplexe. Im ersten Komplex wird die Literaturrecherche beschrieben. Diese bildet die Grundlage für den theoretischen und den empirischen Hintergrund der Arbeit. Der zweite Komplex begründet, weshalb Experteninterviews für die Ergründung des Forschungsthemas genutzt werden. Im weiteren Verlauf werden die Durchführung sowie die Datenerhebung und -auswertung der qualitativen Experteninterviews beschrieben.

Ergebnisse: In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews mit den Pflegenden analysiert. Im Hinblick auf die Fragestellungen werden in acht Kategorien die Vielfältigkeit der Möglichkeiten von Selbstbestimmung aus Sicht von Pflegenden beschrieben, sowie Aspekte zur pflegerischen Unterstützung der Selbstbestimmung am Lebendende durch Pflegende aufgezeigt.

Diskussion: Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt durch eine Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Interviews und der Literatur. Es folgt eine kritische Betrachtung der angewandten Methodik und der eigenen Vorgehensweise. Ebenso wird der weitere Forschungsbedarf bezüglich der Selbstbestimmung am Lebensende aufgezeigt.

Schlussfolgerung: Dieser abschließende Abschnitt der Bachelor-Arbeit fasst die wichtigsten Aussagen und Erkenntnisse aus dieser Arbeit noch einmal zusammen.

2. METHODIK

Im Methodik-Kapitel wird zuerst der Vorgang der Literaturrecherche, die zur Erarbeitung des theoretischen und empirischen Hintergrundes benötigt wurde, beschrieben. Nachfolgend wird dargestellt, wie im empirischen Teil dieser Arbeit vorgegangen wurde und welche Überlegungen hierfür getroffen wurden.

2.1 Literaturrecherche

Um einen theoretischen und empirischen Hintergrund bezüglich der Fragestellungen für diese Arbeit zu erlangen, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Für die Literaturrecherche wurden der HAW-Katalog, der beluga-Katalog sowie in die Datenbanken MEDLINE und CINAHL durchsucht. Zu Beginn der Recherche wurden Hauptsuchbegriffe für die Literaturrecherche festgelegt.

Die deutschen Hauptsuchbegriffe umfassten „Selbstbestimmung“ „Autonomie“, „Lebensende“, „palliativ“ „Palliative Care“ und „Pflege“. Die englischen Hauptsuchbegriffe waren „self-determination“, „autonomy“, „end of life“, „Palliative Care“ und „nurs*“. Zur Eingrenzung der Trefferzahlen wurden die Begriffe mit den Bool'schen Operatoren AND und/oder OR kombiniert. Bei der Recherche wurden keine Limitationen in den Datenbanken gesetzt, um die Trefferzahlen zu erhöhen. Zur Identifikation geeigneter Studien wurden zuerst die Titel gelesen und schließlich von relevanten Titeln die Abstracts. Waren die Abstracts hilfreich in Bezug auf die Fragestellung, so wurde die Original-Studie angeschafft. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich mit Kindern oder geistig behinderten Menschen befassten, oder nicht die Selbstbestimmung thematisierten.

Zusätzlich wurde eine Handsuche in ausgewählten E-Zeitschriften der Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt. Auch eine Internetrecherche, in der nach Publikationen bekannter Verbände gesucht wurde, fand statt. Dabei wurde nach Stellungnahmen von Ethikräten sowie nach Leitlinien, Handlungsempfehlungen und gesetzlichen Vorschriften gesucht. Abschließend wurde vereinzelt eine Suche mittels Schneeballsystem durchgeführt (Pieruschka, o. J.).

Diese Bachelorarbeit befasst sich hauptsächlich mit deutscher Literatur. Dies ist dadurch zu begründen, dass das Thema Selbstbestimmung letal Erkrankter am

Lebensende in anderen Ländern anders aufgefasst wird (Bsp.: BeNeLux-Staaten und die Schweiz erlauben aktive Sterbehilfe) (Preidel, 2016).

2.2 Qualitative Experteninterviews

Um die Forschungsfragen dieser Bachelorarbeit zu beantworten, bietet sich ein qualitatives Forschungsdesign an. Selbstbestimmung findet ihren Ausdruck in sozialen Interaktionsprozessen zwischen Individuen (Salloch & Breitsameter, 2011). Durch den explorativen Charakter dieser Studie können somit die subjektiven Sichtweisen von Pflegenden in der palliativen Versorgung zu der gegebenen Thematik ermittelt werden. Deshalb wird zur Erhebung qualitativer Daten die Befragung von Experten mittels eines halbstrukturierten Interviews gewählt.

Laut Bortz zu Döring (2009) sind Teilnehmer eher zu halbstrukturierten mündlichen Befragungen bereit, als zu schriftlichen. In Interviews werden die Befragten nicht so sehr in ihren Antworten eingeschränkt, sodass eher spontane, weniger durchdachte Antworten gegeben werden können. Hierdurch ist es möglich, ein breiteres Spektrum von Antworten zu erhalten (Bortz & Döring, 2009). Ein weiterer entscheidender Vorteil von halbstrukturierten Interviews ist die Interaktion zwischen der Interviewerin und den Befragten (Brandenburg, Panfil & Meyer, 2007). Bei unklaren Aussagen können von der Interviewerin Nachfragen gestellt werden. Die Sichtweisen der Teilnehmenden können dadurch deutlich dargestellt werden und nicht das Vorverständnis, welches sich beispielsweise in einem vorformulierten Fragebogen zeigt.

Zu Experten werden die interviewten Pflegenden, da sie in einem palliativen Pflege setting arbeiten und somit über spezielles Wissen von Situationen und Prozessen verfügen, die letal erkrankte Menschen am Lebensende erleben (Gläser & Laudel, 2010). Die Perspektive der Pflegenden ist von großer Bedeutung, da die Einstellungen, Erfahrungen und Gefühle von den Pflegenden die Darstellung der Selbstbestimmung letal erkrankter Menschen beeinflussen. Sie sind somit Zeugen, die erleben, wie Selbstbestimmung am Lebensende ermöglicht wird (Gläser & Laudel, 2010).

2.2.1 Durchführung

Für die Befragung mittels Interviews wurde eine Stichprobe von fünf Pflegenden angestrebt. Die Stichprobe ist für den Zweck dieser Bachelorarbeit angemessen, da die zeitlichen Ressourcen aufgrund der begrenzten Bearbeitungsphase nicht ausreichend für eine größere Stichprobe sind. Die Pflegenden sollen in palliativen Settings – wie zum Beispiel auf einer Palliativstation im Krankenhaus oder im Hospiz – arbeiten. Ausgeschlossen wurden „normale“, periphere Stationen und Intensivstationen sowie Funktionsbereiche. Ebenfalls wurde erwünscht, dass die Pflegenden über eine Palliativ Care Weiterbildung verfügen. Zur Genehmigung einer Mitarbeiterbefragung im Krankenhaus wurde hierzu ein Antrag bei der Pflegedienstleitung und der Mitarbeitervertretung am 21.02.2017 gestellt. Dem Antrag wurde nach einmaliger Überarbeitung am 28.03.2017 zugestimmt. Zur Kontaktaufnahme wurden am 30.03.2017 und 31.03.2017 die Pflegedienstleitungen von fünf Hospizen und zwei Stationsleitungen von Palliativstationen im Krankenhaus angerufen. Im Anschluss wurde eine E-Mail mit zusammenfassenden Informationen verschickt, mit der Bitte sich nach einem Wochenende Bedenkzeit zu melden, um bei Interesse an der Teilnahme einen gemeinsamen Termin zu vereinbaren. Es gab Rückmeldungen aus drei Hospizen. Unter den Rückmeldungen befanden sich zwei Zusagen, eine davon erfüllte jedoch nicht die Anforderungen an die Teilnehmer. Zudem gab es eine Absage aufgrund von fehlenden personalen und zeitlichen Kapazitäten. Die Palliativstationen im Krankenhaus erklärten sich beide für die Teilnahme an den Interviews bereit. Auf einer geriatrischen Palliativstation konnten drei Interviewteilnehmerinnen gewonnen werden und auf einer onkologischen Palliativstation noch eine weitere. Die Interviewteilnehmerinnen werden in Kapitel 3.1. vorgestellt. Da aufgrund fehlender Beteiligung kein Mann an den Interviews teilnahm, wird im Folgenden immer die weibliche Form benutzt, wenn von den befragten Pflegenden gesprochen wird.

Zum Führen der Interviews wurden die Pflegenden an ihrem Arbeitsplatz von der Interviewerin aufgesucht, um den Teilnehmenden einen größeren Aufwand zu ersparen und die Nähe zum palliativen Setting zu bewahren. Die Interviewteilnehmerinnen wurden vor dem Interview über das Ziel der Bachelorarbeit, die Anonymisierung und die jederzeit bestehende Möglichkeit das Interview abubrechen, von der Interviewerin aufgeklärt.

2.2.2 Datenerhebung und -aufbereitung

Die Interviews basieren auf einem selbst erstellten Interviewleitfaden (s. Anhang A). Die Fragen des Interviewleitfadens wurden aus den persönlichen Interessen der Autorin und der Sichtung der Literatur gebildet. Der Interviewleitfaden enthält zuerst vier geschlossene Fragen, um Informationen zur befragten Person zu erhalten. Durch diese sozialstatistischen Daten lässt sich ein Bild der Lebenssituation der Person bezüglich ihrer Arbeitserfahrung darstellen (Bortz & Döring, 2009). Im Interviewleitfaden sind vier Fragen, zur Identifizierung eines Problems bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung formuliert. Weitere drei Fragen wurden zum Themenkomplex „pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten der Selbstbestimmung“ zusammengestellt. Die Fragevorschläge sind in Form von offenen Fragen formuliert. Hiermit soll dem Interviewten die Möglichkeit geboten werden, den Inhalt und die Ausführlichkeit der Fragen selber zu bestimmen (Brandenburg, Panfil & Meyer, 2007). Die im Interviewleitfaden angesprochenen Themen sollen als Rahmen für die Datenerhebung und -auswertung dienen und eine Vergleichbarkeit der Antworten ermöglichen (Bortz & Döring, 2009).

Die Interviews wurden nach mündlicher Aufklärung und schriftlicher Einwilligung mit der Smartphone App „Smart Voice“ aufgezeichnet und im Anschluss an die Interviews mittels der Transkriptionssoftware „f4“ am Computer verschriftlicht (s. Anhang C). Durch eine Anonymisierung können (zum Schutz der Personen) keine Rückschlüsse auf Personen geschlossen werden. Für die Transkription wurden Transkriptionsregeln, die sich an Fuß und Karbach (2014) orientieren, aufgestellt (s. Anhang B), „um die in Form von Interviews [...] erhobenen Daten für die Analyse und für Dritte zugänglich zu machen“ (Fuß & Karbach, 2014, S.27).

2.2.3 Datenauswertung und -analyse

Die Datenanalyse beinhaltet ein systematisches Vorgehen. Hierzu bedarf es einer Festlegung eines konkreten Ablaufmodells für die Analyse. Das zentrale Instrument der Analyse bildet ein Kategoriensystem (Mayring, 2010). Dieses Kategoriensystem wurde bei der Auswertung der Transkripte durch induktive Kategorienbildung (Mayring, 2010) mittels des computergestützten Textverarbeitungsprogramms MAXQDA 12 erstellt. Im weiteren Verlauf der Analyse wurden die Kategorien konkretisiert.

Es wird für den Interpretationsvorgang die Grundform der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse genutzt. Das Ziel der Zusammenfassung beschreibt Mayring wie folgt: „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2010, S.65). Es wird versucht, das gesamte Material zu berücksichtigen, um die Aussagen „systematisch auf das Wesentliche zu reduzieren“ (Mayring, 2010, S.66). Diese Reduzierung auf das Wesentliche wird durch die Einteilung in Analyseeinheiten erreicht. Mittels Paraphrasierung werden die einzelnen Kodiereinheiten knapp und nur auf den Inhalt beschränkt umschrieben. Dabei werden die Sprachebenen der Paraphrasen einheitlich formuliert und in einer grammatikalischen Kurzform aufgeschrieben (Mayring, 2010). Im nächsten Schritt werden die vorliegenden Daten in inhaltsgleiche Paraphrasen zusammengefasst, sowie irrelevante, bedeutungslose Paraphrasen weggelassen. Die zweite Reduktion bündelt Paraphrasen mit gleichem Gegenstand und gibt diese Paraphrasen in einer neuen Aussage wieder (Mayring, 2010).

Zusätzlich fand eine inhaltliche Strukturierung statt. Hierdurch wurde Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst.

Durch die Zerlegung der Analyse in einzelne Interpretationsschritte, wird die qualitative Inhaltsanalyse „nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, [...] [sie wird] übertragbar auf andere Gegenstände [...] [und] für andere benutzbar“ (Mayring, 2010, S.59). Diese Eigenschaften machen die qualitative Inhaltsanalyse zu einer wissenschaftlichen Methode (Mayring, 2010).

3. ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden zunächst die Interviewteilnehmerinnen und anschließend die Ergebnisse aus der Analyse der Interviews vorgestellt.

3.1 Vorstellung der Interviewpartnerinnen

Es wurden insgesamt fünf Interviews im Zeitraum vom 03. April 2017 bis 11. April 2017 mit sechs Personen durchgeführt. Die Interviews fanden alle in Räumlichkeiten an den Arbeitsplätzen der befragten Personen statt. Drei Inter-

views wurden zu Beginn des Spätdienstes geführt, die anderen beiden am Ende des Frühdienstes. Eine Interviewteilnehmerin kam aus ihrem „frei“, um am Interview teilzunehmen. Die Interviews dauerten zwischen 12:28 Minuten und 22:29 Minuten. Alle Teilnehmenden waren weiblich und sind 38 bis 56 Jahre alt. Sie weisen alle als Krankenschwestern eine Berufserfahrung von mindestens 15 Jahren auf. Alle Krankenschwestern verfügen über mindestens eine Weiterbildung in der Palliative Care. Ebenfalls verfügen einige Teilnehmerinnen über weitere Weiterbildungen zum Beispiel in der Praxisanleitung, der Intensivpflege oder der Stationsleitung. Drei Interviewteilnehmerinnen arbeiten in Vollzeit auf einer Station mit palliativ-geriatrischem Schwerpunkt, eine in 75 % Teilzeit auf einer palliativ-onkologischen Station im Krankenhaus und zwei Teilnehmerinnen arbeiten in 75 % Teilzeit in einem Hospiz. Das Interview im Hospiz wurde auf Wunsch der beiden Teilnehmerinnen zusammen durchgeführt, alle anderen Interviews fanden in Einzelgesprächen statt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die beschriebenen Interviewpartnerinnen eine homogene Gruppe bezüglich der erhobenen Berufscharakteristik darstellen.

Die unterschiedlichen Interviewteilnehmerinnen sind an dem Buchstabe „E“ und einer zugeordneten Zahl (z.B. E1, E2) zu unterscheiden (s. Anhang B und C). Diese Vorgehensweise soll die Anonymisierung der Teilnehmerinnen gewährleisten.

Im weiteren Verlauf werden nun die Ergebnisse aus den geführten Interviews vorgestellt.

3.2 Ergebnisse aus den Experteninterviews

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews vorgestellt. Es wird darauf eingegangen, inwiefern Pflegende in der palliativen Versorgung die Selbstbestimmung ihrer Patienten wahrnehmen. Außerdem werden die in den Interviews genannten Aspekte beschrieben, die Pflegende zur Unterstützung der Selbstbestimmung letal Erkrankter nennen.

3.2.1 Selbstbestimmung im palliativen Pflegesetting

Pflegende E2 berichtet, dass die Selbstbestimmung der Patienten das Leitbild in der palliativen Pflege ist: *„Also das ist ja im Grunde genommen unser Leitmotiv sozusagen oder unser Motto, dass die Leute hier selbstbestimmt und würdig ihre*

letzte Lebensphase bestreiten.“ (Interview 02, Z.4-6). Im Mittelpunkt steht für Pflegende E1 der eigene Wille des Patienten. Sie betont, dass auf ihrer Station nichts gemacht wird, was *„explizit gegen den Willen des Patienten ist“* (Interview 01, Z.11-12).

3.2.2 Ausdruck der Selbstbestimmung

Um das Selbstbestimmungsrecht in Anspruch zu nehmen, beschreiben die Pflegenden E2 und E3, dass sie ihre Bewohner im Hospiz zur Selbstbestimmung ermutigen: *„Und ich würde sagen, wir ERMUTIGEN sogar zur Selbstbestimmung!“* (Interview 02, Z.14). Es wird deutlich, dass die Patienten hierzu ihre Wünsche äußern sollen: *„Das wir sie [...] halt ermutigen die Wünsche auch zu äußern“* (Interview 02, Z.131-132). Als einen der meist geäußerten Wünsche empfindet die Pflegende E2 den Wunsch nach Ruhe. Hinzu fügt sie, dass es wichtig ist, dass Pflegende diesen Wunsch auch respektieren sollten (vgl. Interview 02, Z.146-147).

Aus den Äußerungen von der Pflegenden E1 geht hervor, dass die Wünsche des Patienten in den Tagesablauf integriert werden können: *„Und das fängt bei der Körperpflege oder Grundpflege morgens an und geht übers Essen, wo wir auch sagen, ja hier klar können sie sich halt wünschen, was sie gerne mögen“* (Interview 01, Z.12-14). Eine große Rolle spielt dabei für die Pflegende E6, dass ihre Patienten auf der Palliativstation gut über ihre Situation informiert werden. Die Informationen bei der Aufklärung empfindet die Pflegende E6 bedeutsam, damit die Patienten anhand der Informationen eigene Entscheidungen fällen können (vgl. Interview 05, Z.21-27). Denn ohne die Grundlagen der Aufklärung wissen die Leute oftmals *„gar nicht, was noch alles möglich ist“* (Interview 02, Z.21-22). Wenn die Möglichkeiten der Selbstbestimmung von den Pflegenden allerdings aufgezeigt werden, dann können die Patienten selber bestimmte Situationen entscheiden (vgl. Interview 02, Z.191-192; Interview 05, Z.21-27).

Solange die Patienten einwilligungsfähig sind und ihre Wünsche äußern, stehen die Patientenwünsche an erster Stelle und es wird von den Pflegenden versucht diese zu ermöglichen (vgl. Interview 03, Z.4-13; Interview 04, Z.36-37).

3.2.3 Schwierigkeiten der Selbstbestimmung im Falle der Entscheidungsunfähigkeit

Als Hindernis der Selbstbestimmungsmöglichkeiten sieht Pflegende E5 die Rahmenbedingung auf der Station an. Das bedeutet für sie, dass sich Patienten auf der Palliativstation teilweise an die Tagesstruktur der Station anpassen müssen. Dies macht folgendes Zitat deutlich: *„Zum Beispiel im Frühdienst wird hauptsächlich gewaschen. Wir versuchen schon, wenn Patient schläft morgens noch, dass wir das dann ein bisschen herauszögern, aber im Großen und Ganzen wird das schon am Vormittag gemacht.“* (Interview 04, Z. 5-8). Auch ein bestimmtes Patientenklientel kann durch ihre Grunderkrankung und deren Symptomatik einschränkende Bedingungen zur Ausübung der Selbstbestimmung mitbringen. Als Beispiel nennt Pflegende E6 Patienten, *„die COPD halt haben und grenzwertig sind und natürlich meistens dann auch kardial dekomponiert sind. Was zu einer UNGLAUBLICHEN körperlichen Schwäche führt, impliziert, dass sie in der Psyche auch geistig dann nicht so fähig sind, über ihre eigene Situation nachzudenken.“* (Interview 05, Z.6-9).

Als eine große Schwierigkeit, welche Patienten daran hindert, gut überlegte, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, sehen Pflegende die kognitive Einschränkung der Patienten: *„Also das ist für mich, ganz klar als aller erstes die Demenz.“* (Interview 05, Z.76-77). Die unterschiedlichen Formen der Demenz führen laut den Aussagen der Pflegenden E6 dazu, dass die Patienten kaum noch ermessen und einschätzen können, in welcher Situation sie sich derzeit befinden und dementsprechend auch keine eigene Entscheidungen mehr treffen können. Eine weitere Problematik stellen Patienten dar, die schwer Lungenkrank sind, so dass sie kaum noch Luft bekommen und deswegen, nicht mehr reden können: *„Also wenn jemand dann kognitiv eingeschränkt ist, also die verschiedensten Formen der Demenz, führen halt dazu, dass ein Patient kaum noch für sich entscheiden kann. Der kann ja gar nicht mehr ermessen, in welcher Situation er sich jetzt gerade befindet und was man da tun sollte und manchmal wollen die dann ja auch Dinge, die wirklich absurd sind, weil sie auch gar nicht mehr entscheidungsfähig sind. Dann kommen natürlich zu diesen körperlichen Schwächen, die ich durch die Erkrankung halt dann verursacht ist, das ist dann, was ich meine, so schwer Lungenkrank zu sein, dass man halt kaum noch Luft kriegt, kaum noch*

reden kannst, alles anstrengend (...) so auch kardiale klar, macht das ja das Gleiche letztendlich.“ (Interview 05, Z.77-86).

Pflegende E1 schildert eine beispielhafte Situation von einer Patientin, bei der das gesamte Behandlungsteam weder in der Mimik noch in der Gestik der Patientin Äußerungen dieser wahrnehmen konnten. Auch verbal konnte keine Kommunikation zu der Patientin aufgenommen werden. Da keine Informationen außer Befundbögen aus der Notaufnahme zu dieser Person bekannt waren, konnte auf keine bestimmten Wünsche der sterbenden Patienten eingegangen werden. In so einer Situation fehlt der Pflegenden E1 das gewisse Ambiente der palliativen Arbeit (vgl. Interview 01, Z.66-99).

Eine Herausforderung stellen Situationen dar, in denen Patienten nicht mehr einwilligungsfähig sind und ihre Meinung selbstbestimmt verbal ausdrücken können. Im Interview schildert Pflegende E2: *„Also besten Falls kennen wir die Leute ja schon. Besten Falls waren die wirklich schon eine ganze Zeit bei uns und wir lernen die ja kennen. Und zwar würde ich sagen: Je länger die da sind, auch umso intensiver oftmals“* (Interview 02, Z.33-35). In diesem Fall haben die Pflegenden bereits *„ein Gefühl dafür entwickelt, was dem Menschen wohl am Liebsten oder was ihm wichtig ist.“* (Interview 02, Z.36-38) oder sie können *„schon erahnen, was sie möchten“* (Interview 02, Z.36). Als weitere Alternative nennt Pflegende E4 die Möglichkeit *„die Augen ein bisschen weiter auf[zuj]machen und dann ein bisschen [zu] erraten auch, was jetzt gewünscht ist.“* (Interview 03, Z.26-28).

3.2.4 Vorsorgedokumente

Über Entscheidungen im Falle der Entscheidungsunfähigkeit machen sich einige Personen bereits Gedanken, bevor sie im palliativen Pflegesetting aufgenommen werden. Diese Patienten bringen ihre Vollmachten – für den Fall, dass sie nicht mehr selber entscheiden können – mit auf dieser Station: *„Ein Teil bringt natürlich auch schon gewisse Vollmachten mit oder hat sich schon Gedanken gemacht darüber“* (Interview 03, Z.31-32). Die Pflegende E6 erklärt, dass es auf dem Anamnesebogen extra eine Spalte gibt, in der das Vorhandensein von Vorsorgedokumenten wie der Patientenverfügung oder Vollmachten notiert werden kann. In dieser Spalte werden die wichtigsten Ansprechpartner und deren Erreichbarkeit notiert und es wird eine Kopie des Originaldokumentes angefertigt (vgl. Interview

05, Z.50-56). Die Vorsorgedokumente dienen dazu, dass *„man eine Richtung kriegt, wie hat der Patient vorher wirklich über solche Situationen GEDACHT?“* (Interview 05, Z.33-34). Des Weiteren wird erwähnt, dass in einer Patientenverfügung existentielle Informationen bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen beschrieben werden (vgl. Interview 01, Z.42-45). Hervorgehoben wird in diesem Kontext, ob im Falle einer Verschlechterung des Zustandes eine Reanimation und ein Aufenthalt auf einer Intensivstation gewünscht ist (vgl. Interview 01, Z.42-47; Interview 03, Z.51-53; Interview 05, Z.57-60). Es wird beschrieben, dass in Situationen, in denen der ein Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, überdacht werden muss, ob der in der Patientenverfügung beschriebene Wille noch aktuell ist (Interview 02, Z.49-60). Denn *„Wichtig ist es trotzdem immer nochmal zu überdenken, weil dass, was er vor Jahren oder Monaten der Patient sich überlegt hat, was mit ihm passieren soll in dieser oder jenen Situation, weiß man nicht, ob diese Situation auch jetzt so IST? Ja, so, wie er sich das damals gedacht hat“* (Interview 05, Z.34-37).

Dem Begriff des „Mutmaßlichen Willens“ schreibt Pflegende E3 eine Bedeutung im Zusammenhang mit der Einwilligungsunfähigkeit von letal Erkrankten zu. Sie betont, dass in dem Rahmen eine enge Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Ärzten wichtig ist, um gemeinsam herauszufinden, was der Patient gerne möchte (vgl. Interview 02, Z.40-46).

3.2.5 Die Rolle der Angehörigen im Falle der Einwilligungsunfähigkeit

Es wird deutlich, dass die Angehörigen eine große Rolle bezüglich des Willens des Patienten zugeschrieben wird. Die Angehörigen sind besonders wichtig, sobald sich der Patient nicht mehr verbal äußern kann. In diesem Zusammenhang übernehmen die Angehörigen die Verwaltung der Vorsorgedokumente und stellen dem Behandlungsteam die Patientenverfügung oder die Vollmachten zur Verfügung (vgl. Interview 01, Z.25-26; Interview 03, Z.31-34). Angehörige werden oftmals von Patienten als Vertreter oder sogar Bevollmächtigte ausgesucht, die im Falle der Entscheidungsunfähigkeit ihre Interessen vertreten sollen (vgl. Interview 04, Z.47-49; Interview 05, Z.40-44). Ebenfalls beschreibt die Pflegende E4, dass Angehörige gefragt werden können ob, aus zu einem früheren Zeitpunkt geführten Gesprächen, als der Patient noch einwilligungsfähig war, Wünsche des Patienten

geschildert werden können: *„Mit Angehörigen muss dann geklärt werden, ob eine Reanimation oder ein Intensivaufenthalt irgendwie noch gewünscht wird überhaupt oder ob schon vorher mal Gespräche gelaufen sind untereinander.“* (Interview 03, Z.40-42). Der frühere Austausch und das Wissen, welches Angehörige über die Patienten haben, bekommen eine entscheidende Bedeutung für den Versorgungsablauf der entscheidungsunfähigen Patienten von Pflegenden zugeschrieben. Die Angehörigen werden dementsprechend *„ganz stark mit involviert [...] in die Pflege, in Gespräche mit Seelsorger und Psychoonkologen und eben in Arztgespräche“* (Interview 04, Z.22-23). Die Pflegende E1 empfindet die Angehörigenarbeit als sehr wichtig. Die Angehörigen können den Pflegenden helfen, die Pflege an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen, wenn sich dieser nicht mehr eigenständig äußern kann: *„Da ist halt [...] Angehörigenarbeit sehr wichtig, dass man da versucht, die Informationen halt so rauszukriegen. Was mochte er? So beim Liegen oder mochte er auch mal Musik hören? Oder solche Sachen“* (Interview 01, Z.29-31).

Eine Herausforderung stellen Angehörige hingegen für Pflegende in dem Moment dar, in dem sie nicht mit den vor der Entscheidungsunfähigkeit festgelegten Wünschen der Patienten konform gehen. In diesem Zusammenhang sehen Pflegende die Arbeit mit Angehörigen als eine große Herausforderung an, weil die Selbstbestimmung des Patienten und die Meinung der Angehörigen in Konfrontation zueinander stehen. Die Unfähigkeit der Patienten, nicht mehr spontan verbal für sich entscheiden können, erschwert die Situation zusätzlich: *„Und was vielleicht die größte Schwierigkeit dabei ist, sind eher die Angehörigen, die das nicht immer so mitgehen können, weil sie noch natürlich andere Vorstellungen auch teilweise haben [...], dass es den Angehörigen oftmals UNHEIMLICH schwer fällt, bestimmte Dinge auch so einzuhalten, wie vielleicht der Bewohner das gerne möchte oder hätte also, wenn wir den Willen nicht mehr von ihm direkt hören können.[...] Deshalb ist eigentlich so die Arbeit mit Angehörigen auch ein riesen Teil unserer Arbeit.“* (Interview 02, Z.49-59) Auch Pflegende E6 betont, dass in diesem Zusammenhang die Angehörigenarbeit ein schwieriger Aufgabenbereich ist (vgl. Interview 05, Z.88-114).

Pflegende E1 bedauert, dass Vorsorgeinstrumente nicht hinreichend bei der Bevölkerung bekannt sind, sich die Menschen nicht damit beschäftigen und sich kei-

ne Gedanken über Vorsorge am Lebensende machen: *„Naja, das ist ja eine Gesellschaftssache. Also das ist meine Ansicht. Sprich, wenn da zu Hause, wenn sich die Menschen damit nicht, nicht damit beschäftigen, in welcher Form auch immer, können sie es nicht wissen“* (Interview 01, Z.117-119). Wenn die Menschen auf einer Palliativstation aufgenommen werden, *„ist es manchmal dann schon zu spät“* (Interview 01, Z.125) zum Anfertigen solcher Vorsorgeinstrumente. Sie fordert außerdem: *„das muss DRAUßEN irgendwo so ein Ding geben, wo man sagt. Jo, da kann man sich hinwenden. Und halt diese ganzen Dinge dann mal besprechen. Auch in RUHE“* (Interview 01, Z. 249-251). Beratung soll von jemandem erfolgen, *„der einem das neutral erklären kann“* (Interview 01, Z.254-255). Pflegende E1 spricht die Aufklärung über Vorsorgedokumente in dem Zusammenhang an, dass in ihrer Familie noch keine Patientenverfügungen angefertigt wurden, sie es sich aber für ihre Großmutter wünschen würde. Sie zweifelt, ob sie als Angehörige ihrer Großmutter bei der Anfertigung der Patientenverfügung helfen kann (vgl. Interview 01, Z.201-258). *„Aber es ist halt auch die Sache, will man das dann auch so?“* (Interview 01, Z.253).

3.2.6 Einschränkungen von Selbstbestimmung

Eine Diskrepanz sieht Pflegende E4 zwischen Wünschen und der Ermöglichung dieser. Die Aufwendungen, die zur Erfüllung einiger Wünsche von Nöten sind, können von Seiten der Pflegenden nicht geleistet werden *„es ist ja, von uns aus ist es nicht möglich, jemanden irgendwie jetzt ans Meer zu fahren oder nochmal einmal an die Alster“* (Interview 03, Z.64-65). Dementsprechend ist es nicht immer möglich, die Wünsche zu erfüllen. Als Vorschlag gibt Pflegende E4 eine *„abgeschwächte[...] Form von Wünschen“* (Interview 03, Z.74-75) an. Als Beispiel nennt sie *„wegen der frischen Luft einfach mal nach draußen schieben, das Bett oder so“* (Interview 03, Z.73-74).

Als weiteres Hindernis wird von der Pflegenden E5 beschrieben, dass einige Patienten sich selbst und ihre Fähigkeiten am Lebensende überschätzen. Mit diesen Ansprüchen überfordern sie nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Angehörigen, die Angst vor den Forderungen und Vorstellungen haben, die an sie gestellt werden (vgl. Interview 04, Z.30-36). Weiter berichtet Pflegende E5, *„dass man [manchmal] dann wirklich dem Patientenwunsch nachgibt und die nach Hause*

entlässt und die dann drei Tage später wieder hier sind, weil es halt wirklich nicht geht.“ (Interview 04, Z.61-63).

Schwieriger wird es für die Pflegenden, wenn der Wunsch nach Suizid oder aktiver Sterbehilfe von den Patienten geäußert wird. Diesem Wunsch kann im Gegensatz zu dem Wunsch nach palliativer Sedierung nicht nachgegangen werden: *„Und dann gibt es noch einen Punkt und da ist unsere Haltung aber ganz klar, also der Wunsch nach Selbsttötung, den können wir hier nicht umsetzen“* (Interview 02, Z.108-109). Die Pflegende E2 fügt hinzu, dass Patienten den Wunsch nach Selbsttötung oft erwähnen, da sie in diesem Umstand eigentlich bloß eine große *„Angst, vor dem was kommt“* haben (Interview 02, Z.114).

Auch Grenzsituationen stellen Hindernisse dar, in denen Selbstbestimmung eingeschränkt werden kann oder Kompromisse gefunden werden müssen. Aus den Schilderungen der Pflegenden E2 und E3 aus dem Hospiz geht hervor, dass Hausregelverstöße nicht geduldet werden können. Auch Situationen in denen eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, *„wenn es A den Bewohner und auch andere Bewohner gefährdet“* (Interview 02, Z.67-68), können nicht akzeptiert werden. In diesem Zusammenhange wird von der Pflegenden E2 das Thema Rauchen als Beispiel erwähnt. Wenn Patienten in ihrem Zimmer rauchen möchten, hingegen nicht mehr genügend Kraft haben, ihre Zigarette festzuhalten, so besteht Brandgefahr. Deshalb gibt es im Hospiz die Regel, dass immer eine Person vom Pflegepersonal das Rauchen beaufsichtigen muss: *„Aber oftmals ist es so, dass sie in einem Zustand sind, wo die Zigarette dann eben runterfällt oder sie nicht mehr aus dem Bett können und eigentlich alleine Rauchen wollen aber im Bett haben wir nun mal die Regel: Nur, wenn einer vom Pflegepersonal dabei ist.“* (Interview 02, Z.73-76). In diesem Kontext werden Grenzsituationen von den Pflegenden erlebt, die die Selbstbestimmung und die Ausübung der selbstbestimmten Handlungen einschränken und die Pflegenden in Schwierigkeiten bringen (vgl. Interview 02, Z.67-83).

Des Weiteren kommt es vor, dass Kompromisse gefunden werden müssen: *„genau da müssen wir halt so ein bisschen einen Weg finden. So Kompromisse.“* (Interview 01, Z.94-95). Als Beispiel führt die Pflegende E3 abführende Maßnahmen auf, welchen letal erkrankte Personen ablehnend gegenüberstehen. Pflegende E3

weiß aber, dass fehlende Ausscheidungen zu Komplikationen führen können: *„Das ist tatsächlich dann wirklich so kurz vor dem Ileus“* (Interview 02, Z.93-94) Somit entsteht ein Dilemma zwischen dem Wunsch des Patienten und dem Wissen, dass eine Komplikation droht (vgl. Interview 02, Z. 84-95). Auch Situationen, wie unästhetisches Verhalten beim gemeinsamen Essen sieht Pflegende E3 als Hindernis der Selbstbestimmung an *„zum Beispiel [wenn] jetzt das Essen wieder aus dem Mund trieft oder er einfach auch nicht Schlucken kann, also die Sachen isst und wieder ausspuckt, sodass es für die anderen halt auch schon unangenehm wird, also teilweise zum Beispiel gab es Situationen, wo dann anderen Bewohnern ÜBELKEIT gekommen ist in dieser Situation“* (Interview 02, Z.98-102). In solchen Situationen müssen von den Pflegenden Lösungen gefunden werden, damit die Mitmenschen nicht durch das Verhalten einer Person belastet werden. In diesen Grenzsituationen kann es sein, dass die Person, sein Verhalten aufgrund seiner Erkrankung nicht ändern kann, jedem Bewohner des Hospizes wird allerdings das Recht zugesprochen, am gemeinsamen Essen teilzunehmen, was die Situation zusätzlich erschwert (vgl. Interview 02, Z.96-108).

3.2.7 Förderung der Selbstbestimmung durch Pflegende

Pflegende E6 betont, dass die Pflege *„der zentrale Punkt“* (Interview 05, Z.131) für sie sei, um letal erkrankte Menschen in der Wahrung ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen. Durch Unterstützung, Förderung und Vermittlung können Pflegende ihren Patienten helfen, das Selbstbestimmungsrecht bis zum Lebensende wahrzunehmen.

Die Unterstützung kann *„in jeglicher pflegerischer Tätigkeit“* (Interview 03, Z.81) stattfinden, berichtet Pflegende E4. Die Unterstützung kann Kleinigkeiten wie zum Beispiel das Assistieren beim Aufsitzen im Bett betreffen oder einen größeren organisatorischen Aufwand mit sich bringen (vgl. Interview 03, Z.81-92).

Pflegende E5 erachtet es als wichtig, dass die Patienten in ihren Ressourcen von Pflegenden gefördert werden, anstatt ihnen einfache, persönliche Entscheidungen wie zum Beispiel die Auswahl eines eigenen T-Shirts abzunehmen: *„Das wird hier oft ja alles abgenommen. Da [...] ziehen wir ihr T-Shirt aus dem Schrank. Also, dass man in solchen Kleinigkeiten einfach auch ein bisschen sensibler wird und fragt, wie sie es gerne haben und das ist ja nun nicht so das Problem zu fragen:*

Was hätten sie jetzt gerne für ein T-Shirt?“ (Interview 04, Z.83-87). In den Vordergrund stellt Pflegende E2, dass von Seiten der Pflege die Patienten ermutigt werden sollten, ihre Selbstbestimmung wahrzunehmen (vgl. Interview 02, Z.14). Dafür braucht es manchmal die Darstellung der Möglichkeiten oder auch einfach einen Bewusstseinsanstoß, dass selbstbestimmtes Entscheiden erwünscht ist: „Das können sie so entscheiden, wie sie das möchten und genau [...], also man muss halt die Möglichkeiten auch mal darlegen. Manchmal kommen die Menschen ja gar nicht drauf“ (Interview 02, Z.133-139). Zur Förderung der Selbstbestimmung und zum Schutz vor möglicher Überforderung, findet Pflegende E5, dass ein enger Austausch mit den Patienten von Nöten ist. Hier ist eine „Gradwanderung“ der Pflegenden zwischen Unterstützen und Begleiten gefragt (vgl. Interview 02, Z.169-174; Interview 04, Z.98-100). Als Herausforderung sieht Pflegende E6 in diesem Zusammenhang die Begleitung von Patienten mit Demenz. Pflegende benötigen ein besonderes Einfühlvermögen, um einen Zugang zu dieser Patientengruppe zu erhalten, denn auch Menschen mit Demenz sollen möglichst selbstständig Entscheidungen fällen können: „Auch beim dementen Patienten, also da müssen wir ja auch Wege finden, Zugang zu jemandem zu finden, um / also wir müssen ja die aller letzte Situation ausreizen können, die noch da ist, damit der Patient irgendwie für sich entscheiden kann“ (Interview 05, Z.250-253).

Ein Schwerpunkt zur Förderung der Selbstbestimmung wird auf die Patientenbeobachtung gelegt. Dadurch, dass Pflegende viel Zeit mit ihren Patienten verbringen, ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten zur Beobachtung (vgl. Interview 05, Z.131-140). Anhand von Patientenbeobachtung kann nonverbale Kommunikation gedeutet werden. *„Da müssen wir halt einfach dann auf bestimmte Mimik oder Gestik achten, Unruhe, Entspanntheit.“* (Interview 03, Z.25-26). Die Pflegende E2 und E4 behaupten, dass sie anhand der Interpretation von Mimik, Gestik und Körperspannung die Selbstbestimmung der Patienten ausmachen können (vgl. Interview 02, Z.200-202; Interview 03, Z.100-102).

Eine weitere Voraussetzung zur Unterstützung der Selbstbestimmungsrechte von letal Erkrankten ist die Fachkompetenz der Pflegenden (vgl. Interview 05, Z.139-143). Diese könnte durch Schulungen zur Weiterentwicklung der kommunikativen Fähigkeiten und der Wahrnehmung verbessert werden *„aber dazu braucht man halt erstens das Wissen, um, wie man mit umgehen kann. Also ich denke Schu-*

lungen auch in Kommunikation und in dieser Achtsamkeit und Wahrnehmung“ (Interview 04, Z.134-136). Betont wird von der Pflegenden E5, dass eine stetige Sensibilisierung notwendig wäre, um nicht *„in so einen Trott“* zu verfallen (Interview 04, Z.144). Zudem werden die Achtung vor dem Menschen und die Bewahrung der Würde in diesem Zusammenhang genannt (vgl. Interview 04, Z. 152-154).

Als Herausforderung für die Pflegenden wird das Spannungsfeld zwischen *„etwas zu lassen“* und *„immer zu tun und zu tun“* (Interview 04, Z.119-120) genannt. Es wird beschrieben, dass es für die Pflegenden sehr schwierig ist, Dinge auch mal einfach zu lassen, obwohl man aus der Theorie weiß, dass eigentlich eine pflegerische Handlung von Nöten wäre. Am Lebensende nimmt die Dringlichkeit dieser Handlungen jedoch ab und Pflegende müssen lernen dies zu akzeptieren (vgl. Interview 04, Z.108-115).

Auch durch den Austausch im interdisziplinären Team kann der Patient profitieren. Pflegende E1 bezeichnet die Pflegenden als *„ein Sprachrohr für den Patienten“* zur Vermittlung der Wünsche (Interview 01, Z.168-169). Pflegende tragen während Teambesprechungen direkt wichtige Informationen an das interdisziplinäre Team heran. Auch Fallbesprechungen im interdisziplinären Team in denen Selbstbestimmungsthemen angesprochen werden, ermöglichen einen Austausch der verschiedener Wahrnehmungen, um für den Patienten eine Lösung zu finden (vgl. Interview 02, Z.240-243 & Z.255-258).

Ebenfalls wird als wichtiger Punkt der reibungslose Kommunikationsaustausch an Schnittstellen des interdisziplinären Teams benannt. *„Na die ganzen Schnittstellen müssen funktionieren, dass man wirklich Ansprechpartner hat, um wirklich Wünsche auch ermöglichen zu können“* (Interview 03, Z.121-122). Der Kommunikationsaustausch ist ein wichtiges Erfordernis, damit Informationen über den Patienten weitergegeben werden können (vgl. Interview 01, Z.101-103). Denn den palliativ Pflegenden ist es wichtig, dass sie ihren Patienten etwas *„Gutes tun“* (Interview 01, Z.238) können, damit sie den Alltag am Lebensende *„ein bisschen angenehmer gestalten“* können (Interview 03, Z.20).

3.2.8 Ansätze für Veränderungen der Rahmenbedingungen zur Förderung der Selbstbestimmung

Pflegende E2 kennt verschiedene Situationen letal erkrankter Menschen am Lebensende und merkt an, dass Gespräche unglaublich wichtig für diese Menschen sind. Sie klärt auf, dass eine wichtige Voraussetzung, um tiefgründige Gespräche zu führen, ist, dass man sich genügend Zeit für die Menschen nehmen kann. Die ausreichende Zeit bedeutet wiederum, dass man einen guten Pflegepersonalschlüssel benötigt, damit eine intensive Auseinandersetzung mit jedem Patienten möglich ist: *„Und außerdem finde ich braucht es genug ZEIT und dafür braucht es halt einen guten Pflegeschlüssel, damit die Pflegenden überhaupt die Zeit haben sich auch mit den Bewohnern so intensiv auseinander zu setzen, um wirklich eben auch so ein bisschen zu ERFASSEN, was Sache ist [...] Da kommen oftmals so Sachen raus, die sonst im, ich sag mal, normalen Pflegeablauf einfach nicht angesprochen werden von den Bewohnern“* (Interview 02, Z.259-268). Pflegende E5 stellt fest, dass der Personalmangel ein Grund dafür sein könnte, dass das Pflegepersonal so viele Aufgaben für ihre Patienten übernimmt und ihnen somit keine eigenständige Entscheidungen und Handlungen überlässt (vgl. Interview 04, Z.128-129). Palliativpatienten brauchen aufgrund ihrer Begleitsymptome, wie zum Beispiel der Fatigue, mehr Zeit für alltägliches. Kann man ihnen diese Zeit schenken, so können die Palliativpatienten mehr für sich selbst entscheiden und so viel wie möglich eigenständig übernehmen (vgl. Interview 04, Z.89-95).

4. DISKUSSION

Im Diskussionskapitel werden zuerst die Ergebnisse aus den Interviews im Vergleich mit aktueller Literatur hinsichtlich der Fragestellungen dieser Bachelor-Arbeit diskutiert. Als nächstes werden Limitationen aufgeführt. Es wird beschrieben, welche Faktoren zu Einschränkungen der durchgeführten Studie geführt haben könnten. Abschließend wird möglicher weiterer Forschungsbedarf zur Thematik aufgezählt.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus der qualitativen Studie hinsichtlich der Fragestellungen „Wie beschreiben Pflegende die Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen am Lebensende?“ und „Welche Möglichkeiten beschreiben Pflegende zur Unterstützung der Selbstbestimmung?“ diskutiert.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass die Pflegenden Selbstbestimmungsmöglichkeiten am Lebensende sehr vielfältig und komplex wahrnehmen. Das bedeutet, dass die Pflegenden die Möglichkeiten der Selbstbestimmung auf verschiedene Art und Weise beschreiben.

Von den Pflegenden wird angegeben, dass die Selbstbestimmung das Leitmotiv von Palliative Care ist. Auch Geck (2012) gibt an, dass die Förderung und Respektierung der Patienten-Selbstbestimmung in der Palliativmedizin als Ziel zur Verbesserung der Lebensqualität schwerkranker Patienten angestrebt wird.

Die Selbstbestimmung am Lebendende wird von den Pflegenden als eine würdevolle letzte Lebensphase dargestellt. Hier ist eine Parallele zum Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland erkennbar. Das Grundgesetz schützt die Würde und die Freiheit des Menschen und spricht jedem Menschen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu (vgl. §§ Art. 1, Abs. 1 und Art. 2, Abs. 2 GG). Damit wird jedem deutschen Bürger das Recht zugesprochen über den eigenen Körper unabhängig von seiner Lebenslage zu bestimmen. Auch in den Interviews wird deutlich, dass keine Maßnahmen gegen den Willen des Patienten unternommen werden und somit die körperliche Unversehrtheit gewährleistet wird. Da sich das Selbstbestimmungsrecht von Patienten bis zum Lebensende erstreckt, schließt es auch das Recht zu sterben ein (Ambrosy & Löser, 2006). Maßnahmen, die den Tod hinauszögern, können von Patienten abgelehnt werden, denn das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (*voluntas aegroti*) hat Vorrang gegenüber dem Heilauftrag des Arztes (*salus aegroti*) (Stolz, 2014). Verstößt ein Arzt dagegen, so begeht er laut § 223 ff. StGB eine Körperverletzung. Es wird deutlich, dass der Wille des letal erkrankten Patienten an oberster Stelle steht und handlungsleitend ist (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015; Nationaler Ethikrat, 2006).

Die Pflegenden zeigen auf vielfältige Art und Weise, dass die Selbstbestimmung am Lebensende durch Äußerungen von Wünschen der letal Erkrankten mit in den Versorgungsalltag im Krankenhaus sowie im Hospiz integriert wird. Wahrnehmungen der Pflegenden bezüglich der Möglichkeiten der Selbstbestimmung umfassen diverse Bereiche des Versorgungsalltages. So schildern die Pflegenden, dass die Selbstbestimmung in Bereichen wie zum Beispiel Mobilität, Körperpflege, Besuch, Tagesgestaltung, Essen und Trinken eingebracht wird. Zu gleichen Ergebnissen kommen auch Salloch & Breitsameter (2011) in ihrer qualitativen Studie. Ergänzend können aus ihren Ergebnissen, die durch semistrukturierte Interviews mit zehn haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern stationärer Hospize gewonnen wurden, die Bereiche „medizinische und pflegerische Maßnahmen“, „Zeitpunkt und Umfang der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben“, „Gestaltung des Wohnraumes“ und „Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige“ aufgeführt werden, in denen Patienten selbstbestimmt mitentscheiden können (Salloch & Breitsameter, 2011, S.223-224).

Ambivalente Aussagen geben die Pflegenden hinsichtlich der selbstbestimmten Mitgestaltung des Tagesablaufs auf Station an. Eine Pflegende schildert, dass sich die Patienten auf der Palliativstation an den Tagesablauf anpassen müssen. Andere Pflegende nehmen wahr, dass sie die Patienten dabei unterstützen können, den Pflegealltag selbstbestimmt mitzugestalten und damit Abstand von der Tagesstruktur nehmen können. Dies kann dadurch ermöglicht werden, indem sie die Patienten dazu ermutigen, Wünsche mitzuteilen. Bedeutsam scheint hierbei, dass die Pflegenden oftmals die Patienten dazu auffordern müssen ihre Wünsche auch zu äußern. Es wurde von den Pflegenden bemerkt, dass Patienten sich zum Teil den Strukturen von Institutionen anpassen und verhindern somit, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse mit einbringen können.

Hinsichtlich der Äußerung von Wünschen ist festzustellen, dass die Pflegenden es als wichtig erachten, dass der Patient ausreichend über seine Situation informiert ist. Denn nur auf der Grundlage von Informationen, ist es abzuschätzen, welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung noch ausführbar sind. Auch das International Council of Nurses (ICN) (2010) hebt in seinen Grundelementen des „ICN-Ethikkodex für Pflegende“ die Bedeutsamkeit der Informationen für den Patienten heraus. Formuliert wird dies wie folgt: „Die Pflegende gewährleistet, dass die pfle-

gebedürftige Person ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann“ (ICN, 2010, S. 2). Diese Informationen, die als Grundlagen für Entscheidungen dienen, finden sich auch in ärztlichen Patientenaufklärungen wieder. Ärzte müssen ausführliche Gespräche mit ihren Patienten über medizinische Maßnahmen führen, damit diese eine informierte Einwilligung (informed consent) in die Maßnahmen geben können (Coors, Jox, in der Schmitt, 2015, S.13). Die Aufklärung des Patienten vor einer medizinischen Maßnahme ist im Patientenrechtegesetz seit 2013 rechtlich vorgeschrieben und stellt somit einen geschichtlichen Meilenstein in der Achtung der Selbstbestimmung von Patienten dar (BMG, 2016). Trotz der ärztlichen und pflegerischen Aufklärung können Entscheidungen vielfältig durch biografische, gesellschaftliche, politische und religiöse Vorstellungen, sowie durch Grenzen die durch Recht und Moral gezogen werden, beeinflusst werden. Auf dieser Grundlage gilt es die Autonomie des Menschen und die Entscheidungen der Menschen als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung zu respektieren (Deutscher Ethikrat, 2016).

Erwartungsgemäß bedeutsam ist der Zusammenhang der Selbstbestimmung und der Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Die Einwilligungsfähigkeit ist für die Pflegenden ein klares Indiz dafür, dass die Wünsche des Patienten geachtet werden und es versucht wird, diese zu ermöglichen. Auch Stolz (2014) beschreibt die Einwilligungsfähigkeit als eine Voraussetzung, damit der Patient sein Selbstbestimmungsrecht bezüglich pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen ausüben kann. Unter Einwilligungsfähigkeit versteht Stolz (2014) die Fähigkeit des Menschen, die „Art Bedeutung und Tragweite der fraglichen Maßnahme – nach entsprechender ärztlicher Aufklärung – [zu] erfassen und seinen Willen hiernach bestimmen“ zu können (Stolz, 2014, S. 93).

Eine weitere Erkenntnis aus den Interviews ist, dass Pflegende Grenzen der Selbstbestimmung wahrnehmen. Tritt der Fall der Entscheidungsunfähigkeit ein, sehen Pflegenden Schwierigkeiten. Besonders schwer werden die Situationen von Patienten mit Demenz wahrgenommen. Durch kognitive Einschränkungen ist die nötige natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben, sodass die Pflegenden ihren Patienten in dieser Situation keine Entscheidungsfähigkeit eingestehen. Es ist bereits bekannt, dass Menschen mit Demenz im Verlauf ihrer Er-

krankung die Fähigkeiten der verbalen Kommunikation verlieren und somit nur noch indirekt, nonverbal kommunizieren können (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016). Sie sind aber trotzdem empfindsame Menschen, die Emotionen verspüren und ausdrücken. Diese Tatsache beinhaltet, dass sie sich nonverbal ausdrücken können (Deutscher Ethikrat, 2012). In den Interviews wird erklärt, dass die Pflegenden versuchen, die Mimik und Gestik ihrer Patienten zu deuten. Auch ihr Bauchgefühl und die Tatsache, dass manche Patienten schon auf der Station bekannt sind, ermöglicht es den Pflegenden zu erraten, was ihre Patienten gerne möchten. Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ legt dar, dass der Zugang zu kognitiv eingeschränkten Personen durch Kenntnis und Anwendung adäquater Kommunikationsmittel (z.B. die Validation nach Naomi Feil und die integrative Validation nach Nicole Richard) ermöglicht werden kann. Eine besondere Bedeutung wird der Biografie der Menschen mit Demenz zugesprochen, denn daran können zum Beispiel Rituale, Vorlieben oder bekannte Lieder ermittelt werden, die in der letzten Lebensphase Anhaltspunkte zur Erfüllung von Wünschen und Bedürfnissen liefern können (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016).

Eine weitere Grenze der Selbstbestimmungsmöglichkeiten stellen Regelverstöße von Patienten dar. In diesen Fällen beschreiben die Pflegenden, dass sie einschreiten müssen, um Kompromisse für diese Situationen zu finden. Besonders die Eigen- und Fremdgefährdung kann von Pflegenden nicht akzeptiert werden und führt dazu, dass sie die Selbstbestimmung in diesem Moment unterbinden müssen. Salloch & Breitsameter (2011) kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass gefährdendes Verhalten der Patienten von den Pflegenden nicht befürwortet werden kann. Weiter führen sie auf, dass bei Wünschen, die eine Gefährdung für den Patienten darstellen und zu einer Komplikation führen, die Pflegenden manipulativ das Gespräch leiten können. Hiermit wollen die Pflegenden den Patient vor möglichem Schaden bewahren (Salloch & Breitsameter, 2011). In den Interviews wird Ähnliches deutlich. Auch hier wird als Beispiel aufgeführt, dass Pflegende Komplikationen erraten und in einem Dilemma zwischen den biomedizinischen Prinzipien „Non-Malifizienz“ (keinen Schaden zufügen) und „respect for autonomy“ (Respekt vor der Autonomie des Patienten) stehen (Beauchamp, Childress, 1989).

Die Pflegenden fühlen sich zur Fürsorge verpflichtet und suchen nach Lösungen. Dabei fällt es ihnen schwer, die Autonomie und somit die Selbstbestimmung des Patienten zu akzeptieren, was ein Dilemma zwischen den Prinzipien der „respect for autonomy“ (Respekt vor der Autonomie des Patienten) und der „Benefizienz“ (Fürsorge) darstellt (Salloch & Breitsameter, 2011).

Eine klare, ablehnende Haltung äußern die Pflegenden bezüglich der Unterstützung des Wunsches nach Selbsttötung. Die ablehnende Haltung geht konform mit der neuen Gesetzgebung, welche der Deutsche Bundestag 2015 beschlossen hat. Das Gesetz untersagt die „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ (§217 StGB) und setzt der Sterbehilfediskussion in Deutschland damit einen Rahmen.

Im Interview wird deutlich, dass der Wunsch nach Selbsttötung häufig im Zusammenhang mit einer Angst vor der Zukunft steht. Hudson et al. (2006) bestätigen in ihrer Studie die Angst vor der Zukunft und führen zusätzlich als Ursachen für einen Sterbe-/Todeswunsch Autonomieverlust, die Last physischer Symptome wie zum Beispiel Depression und Hoffnungslosigkeit, die befürchtete Belastung, die man für andere darstellt und existentielle Sorgen auf. Damit durch optimale Hospiz- und Palliativversorgung die Wünsche nach Suizid verringert werden können, wurde 2015 das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) eingeführt (Melching, 2017). Dieses Gesetz „bietet die Chance, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und derer Angehörigen an vielen Stellen zu verbessern“ (Melching, 2017, S. 9). So zum Beispiel auch in der Personalausstattung, sodass mehr Zeit für tiefgründige Gespräche bleibt. Bei dem Gesetz wird es in Zukunft entscheidend sein, inwiefern die Umsetzung davon gelingen wird (ebd.).

Die Möglichkeiten, Selbstbestimmung trotz Einwilligungsunfähigkeit wahrzunehmen, sehen Pflegende in Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Die Pflegenden schildern, dass in Patientenverfügungen im Voraus vom Patienten – für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit – Entscheidungen für bestimmte Maßnahmen getroffen werden. Als Beispiel werden in diesem Zusammenhang meistens Informationen zu existentiellen Entscheidungen am Lebensende bezüglich einer Reanimation oder eines Aufenthaltes auf einer Intensivstation genannt. Zenz & Zenz (2016) stellten in ihrer Studie fest, dass Intensivmedizin, Reanimation, Be-

atmung und Ernährung mehrheitlich von Patienten abgelehnt wird. Tritt der Fall der Entscheidungsunfähigkeit ein und der Patient hat keine Vorsorgevollmacht und auch keine Patientenverfügung vorbereitet, welche sein Selbstbestimmungsrecht stellvertretend durchsetzen könnten, so wird ein gesetzlicher Betreuer (§§1896-1908d BGB) für ihn bestellt (Ambrosy & Löser, 2006). Hierzu ist anzufügen, dass niemand dazu verpflichtet werden kann, eine Patientenverfügung für sich anzufertigen (§ 1901a Abs. 4 BGB). Die Pflegenden schildern jedoch, dass sie relativ viele Patienten haben, die Patientenverfügungen für das palliative Pflegesetting mitbringen. Auffällig ist, dass in den Interviews mit den Pflegenden nicht die aktuelle Brisanz der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht geschildert wurden. Aufgrund von unkonkret formulierten Handlungsanweisungen konnte im Juli 2016 eine Patientenverfügung nicht berücksichtigt werden und der Bundesgerichtshof entschied somit, dass diese unpräzise formulierten Dokumente nicht wirkungsvoll sind (Brandenburg, 2016). Die Pflegenden in den Interviews schildern bezüglich der Inhalte lediglich, dass man sich an den formulierten Wertevorstellungen gut orientieren könnte. Inwiefern diese handlungsleitend für ärztliche Entscheidungen sind, bleibt in dieser Studie jedoch offen.

Auch wenn der Patient einwilligungsunfähig ist, kann er mit entsprechender Unterstützung im Gespräch mit seiner Betreuung seinen Willen kenntlich machen. Die Betreuung gibt in diesem Fall für den einwilligungsunfähigen Patienten die Einwilligung in eine Maßnahme oder lehnt diese ab (Deutscher Ethikrat, 2016). Das Ziel für einen einwilligungsunfähigen Patienten ist, ihn in seiner Situation so zu fördern, dass seine Selbstbestimmungskompetenzen wieder hergestellt werden können (Deutscher Ethikrat, 2016). Aus den Interviews wird deutlich, dass bei jeder Entscheidung, die für einen einwilligungsunfähigen Patienten mit einer Patientenverfügung getroffen wird, geprüft werden muss, ob sein dort beschriebener Wille noch aktuell ist. Schaidler et al. (2013) stellten fest, dass zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens Pflegende von Ärzten konsultiert werden, da die Pflegenden besonders auf das Erscheinungsbild und das aktuelle Verhalten des Patienten achten und dieses in die Entscheidungsfindung mit einbringen können. Auch wichtige Gespräche die Pflegende mit ihren Patienten vor der Entscheidungsunfähigkeit geführt haben, können für diesen Fall wichtig sein (Schaidler et al., 2013). Die Pfl-

genden bestätigen in den Interviews die Bedeutsamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Einen großen Einfluss auf die Selbstbestimmung der Patienten wird in den Interviews den Angehörigen zugeschrieben. Die Angehörigen übernehmen die Verwaltung von Vorsorgedokumenten, sodass diese im Fall der Entscheidungsunfähigkeit dem Behandlungsteam vorliegen. Zenz & Zenz (2016) unterstreichen in ihrer Studie die Wichtigkeit der Angehörigen. Sie legen dar, dass 62,2 % der Angehörigen von der Existenz von Vorsorgedokumenten Bescheid wussten und beim Anschaffen dieser helfen konnten (Zenz & Zenz, 2016).

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann aber auch ein Problem für die Pflegenden darstellen. Wenn die Meinungen der Angehörigen nicht mit den Entscheidungen der Patienten konform gehen, stellt dies eine Herausforderung für die Pflegenden dar. Die Wahrung der Selbstbestimmung der Patienten muss in diesem Fall von den Pflegenden unterstützt werden. Die Angehörigenarbeit nimmt deshalb einen großen Stellenwert in der palliativen Pflege ein. Salloch & Breitsameter (2011) bestätigen in ihrer Studie das hohe Konfliktpotential, welches Angehörige mit sich bringen können. Das Leitlinienprogramm Onkologie (2015) verdeutlicht, dass die Patienten und die Wünsche von ihren Angehörigen ernst zu nehmen sind, die „Wünsche und Meinungen des entscheidungsfähigen Patienten [allerdings] maßgebend und handlungsleitend sind“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S.143).

Als ein gesellschaftliches Problem wurde in den Interviews identifiziert, dass Vorsorgedokumente noch nicht hinreichend in der Gesellschaft bekannt sind. Es wird von einer Pflegenden behauptet, dass sich die Menschen noch nicht ausreichend damit beschäftigen. Eine Pflegende vermutet, dass Menschen Hilfe beim Anfertigen von Vorsorgedokumenten brauchen. Durch die Einführung HPGs wurden 2015 unter anderem die Voraussetzungen geschaffen, dass das Verfassen von Vorsorgedokumenten durch den Prozess des Advance Care Plannings (ACP) unterstützt werden kann (Marckmann & in der Schmitt, 2016). Das ACP, welches bereits erfolgreich in Neuseeland, Australien und der USA etabliert ist (Coors, Jox, in der Schmitt, 2015), hat das Potential, die derzeitigen Defizite der Vorsorgedokumente durch einen professionell begleitete vorausschauenden Behandlungspla-

nungsprozess erfolgreich zu kompensieren (Mackmann & in der Schmitt, 2016, S. 152). Mittels einer qualifizierten Gesprächsbegleitung sollen professionell unterstützte Vorsorgedokumente erstellt werden, die eine valide Vorausplanung für Entscheidungen am Lebensende ermöglicht. Die rechtlichen Voraussetzungen für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wurden bereits geschaffen (§132g SGB V). Für die professionellen Berater, die das ACP durchführen sollen, wird derzeit ein Curriculum erarbeitet (Melching, 2017). Ziel des ACPs ist es unter anderem, die Selbstbestimmung am Lebensende zu verbessern und die Qualität der Versorgung von Patienten und deren Angehörigen am Lebensende zu erhöhen (Mackmann & in der Schmitt, 2016). Auch das Leitlinienprogramm Onkologie (2015) beinhaltet bereits eine Empfehlung zur vorausschauenden Versorgungsplanung für letal erkrankte Menschen.

Hinsichtlich der Unterstützung der Selbstbestimmung letal erkrankter Patienten zeigt sich in den Interviews, dass die Pflege als zentraler Punkt angesehen wird. Die gemeinsame Zeit, welche Pflegenden mit den Patienten verbringen, kann dazu genutzt werden, dass die Patienten durch die Pflegenden in ihrer Selbstbestimmung gefördert und unterstützt werden. Herausragend ist in dieser gemeinsamen Interaktion ein gelingender Kommunikationsprozess. Den Pflegenden erscheint es sinnvoll, dass die kommunikative Kompetenz sowie die Achtsamkeit und Wahrnehmung durch Weiterbildungen beziehungsweise Schulungen stetig verbessert und „aufgefrischt“ werden muss. Auch der deutsche Ethikrat (2016) spricht die Empfehlung aus, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der „Kommunikationskompetenzen aller im Krankenhaus Beschäftigten systematisch“ (S.135) und regelmäßig zu schulen. Den Kommunikationsprozess sollten „Wohlwollen, Aufrichtigkeit, Einfühlbarkeit, Zuwendung und Orientierung auf größtmögliche Selbstständigkeit“ prägen (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 47). Die Gespräche sollten sich dabei „an den aktuellen Bedürfnissen, Problemlagen und Präferenzen von Patienten orientieren“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S.132). Die Pflegenden fordern hierfür mehr zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt zu bekommen, um sich für die Gespräche mit den Patienten mehr Zeit nehmen zu können. Es wird von den Pflegenden geschildert, dass nur mit genügend Zeit eine intensive Auseinandersetzung mit den letal erkrankten Patienten möglich ist und eine würdevolle Begleitung gewährleistet werden kann. Der deutsche Ethikrat (2016) empfiehlt,

„dass der zeitliche und organisatorische Aufwand bei den Vorgaben für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems entsprechend berücksichtigt“ (S.134-135) werden muss.

Die Kommunikation der Pflegenden ist hingegen auch im interprofessionellen Team wichtig. Hinsichtlich der Vermittlung von Wünschen der Patienten wird die Pflege als „*Sprachrohr für den Patienten*“ (Interview 01, Z. 168-169) von einer Pflegenden bezeichnet. In Fallbesprechungen und Visiten vertreten die Pflegenden die Meinungen der Patienten. Wichtig erscheint es auch die palliativen Kompetenzen anderer Berufsgruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Seelsorge, Psychologie, etc.) zu verbessern (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016). Denn die Pflegenden bewerten es positiv, dass auch andere Berufsgruppen Wahrnehmungen über den Patienten in interdisziplinären Fallbesprechungen anbringen und somit die Lösungssuche für den Patienten vereinfacht wird.

Besonders an Schnittstellen muss die Kommunikation reibungslos ablaufen, damit wichtige Informationen über den Patienten weiter gegeben werden können. Es wurde bereits analysiert, dass zum Beispiel sektorenübergreifende Kooperationen von stationären und ambulanten Angeboten weiter ausgebaut werden sollen, damit vermeidbare oder sich wiederholende Krankenhauseinweisungen während einer Palliativbehandlung vermieden werden können (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016; Deutscher Ethikrat, 2016).

4.2 Limitationen

Die Verallgemeinerung der Ergebnisse dieser Studie wird durch einige Faktoren in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Zum einen konnte aufgrund des zeitlich begrenzten Bearbeitungsraumes dieser Bachelorarbeit nur eine Anzahl von fünf Interviews durchgeführt werden. Mit dieser geringen Anzahl von Interviews wurde keine Datensättigung hinsichtlich der Aussagen erreicht. Zum anderen ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle Interviews als Einzelinterviews stattgefunden haben eine weitere Limitation. Interview 02 war ein Interview mit zwei Teilnehmerinnen. Die Teilnehmerinnen hatten in diesem Interview mehr Zeit, ihre Antworten vorzubereiten, da nur eine Person zurzeit sprechen konnte. Die Vergleichbarkeit

dieses Interviews mit den anderen vier ist daher in Frage zu stellen. Bei drei weiteren Interviews kannte die Autorin die Teilnehmerinnen bereits als ehemalige Arbeitskollegen vor dem Interview. Das Vertrauensverhältnis könnte dazu geführt haben, dass diese Interviewteilnehmerinnen Aussagen nach sozialer Erwünschtheit gegeben haben. Abschließend ist festzustellen, dass der Titel der Bachelorarbeit sehr groß gefasst wurde. Die „Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal Erkrankter am Lebensende“ umfassen wahrscheinlich viel mehr, als in dieser Studie untersucht wurde.

4.3 Weiterer Forschungsbedarf

Zum Thema „Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal Erkrankter am Lebensende“ bedarf es weiterhin an Forschung.

Interessant wäre es zu erfahren, welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung Pflegende aus dem ambulanten, palliativen Setting in Interviews aufzeigen würden. Auch ein Perspektivwechsel, der die Blickwinkel anderer Berufsgruppen die im palliativen Setting arbeiten (z.B. Ärzte, Therapeuten, Seelsorger, Ehrenamtliche) oder Patienten zu dem Thema betrachtet, wäre interessant zu erforschen.

Des Weiteren gibt es enormen Forschungsbedarf diverser Bereiche, die zur Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 4.1.) herangezogen wurden. Hier ist zum Beispiel die Evaluation des HPGs zu nennen. Interessant wäre es zu untersuchen, inwiefern das ACP in Deutschland schon integriert worden ist und ob bei Patienten, die in Deutschland Unterstützung mittels des ACPs bekommen haben, die Selbstbestimmung am Lebensende besser umgesetzt werden kann als ohne ACP.

Ebenfalls wäre es wissenswert zu erforschen, zu welchem Anteil Patientenverfügungen in Deutschland handlungsleitende Entscheidungen enthalten und wo Ärzte und Pflegende Ausbaufähigkeiten dieses Vorsorgedokumentes hinsichtlich der Selbstbestimmung sehen.

Weiterhin könnte man in Zukunft evaluieren, in welchem Ausmaß die kommunikativen Fähigkeiten von Akteuren im palliativen Setting geschult werden müssten. Indes müssten die Inhalte der Schulungen hinterfragt und gegebenenfalls überarbeitet und angepasst werden.

5. SCHLUSSFOLGERUNG

Für diese Arbeit wurden Pflegende, die im palliativen Pflegesetting arbeiten, zum Thema „Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal Erkrankter am Lebensende“ mittels Experteninterviews befragt. Daraufhin sollten die Fragestellungen „Wie beschreiben Pflegende die Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen am Lebensende?“ und „Welche Möglichkeiten beschreiben Pflegende zur Unterstützung der Selbstbestimmung?“ beantwortet werden.

Es lässt sich feststellen, dass die Pflegenden vielfältige Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal erkrankter Menschen am Lebensende wahrnehmen und beschreiben können.

Es wird deutlich, dass Pflegende die Selbstbestimmung während des Versorgungsalltages auf Station unterstützen und fördern können. Hierbei ist hervorzuheben, dass Pflegende Patienten dazu ermutigen, Wünsche zu äußern und diese in die Pflege zu integrieren. Bei einwilligungsfähigen Patienten wird der Wille des Patienten von den Pflegenden respektiert. Schwieriger wird die Selbstbestimmung in Situationen wahrgenommen, in denen Patienten nicht mehr einwilligungsfähig sind. Vorsorgedokumente können dabei unterstützen, die Selbstbestimmung in dieser Situation wahrzunehmen. Auch den Angehörigen wird eine große Bedeutung hinsichtlich der Selbstbestimmung zugeschrieben. Pflegende sehen die Arbeit mit Angehörigen als hilfreich an, um die Selbstbestimmung zu fördern, denn diese können aus Gesprächen mit dem Patienten die existentiellen Entscheidungen am Lebensende mitgestalten.

Ebenso werden durch Regeln und Gesetze jedoch auch Grenzen der Selbstbestimmung letal erkrankter Patienten wahrgenommen. In diesen Grenzsituationen fällt es schwerer, die Selbstbestimmung der Patienten zu bewahren. Bei Regelverstößen gehen die Pflegenden Kompromisse mit den Patienten ein. Aktive Sterbehilfe lehnen die Pflegenden ab, da diese gegen das deutsche Gesetz verstößt. Es wird angegeben, dass Gespräche mit den Patienten helfen, Ängste vor der Zukunft und dem Sterben zu bewältigen.

In Zukunft kann die Selbstbestimmung noch weiter von Pflegenden gefördert werden. Dazu müssen die nötigen Rahmenbedingungen angepasst werden. Pflegen-

de fordern mehr Personal, um mehr Zeit für die Patienten zu haben. Auch die Fachkompetenzen der Pflegenden müssen durch Schulungen und Weiterbildungen gefördert und erweitert werden. Besonderen Wert wird auf die Ausbildung der kommunikativen Kompetenz gelegt, da diese wichtig für Gespräche über existenzielle Situationen oder für Beratungen sind.

Abschließend ist festzustellen, dass die Selbstbestimmung ein bedeutsames Thema für die letzte Lebensphase des Menschen ist. Mittels zahlreicher Gesetze wurde die Selbstbestimmung in Deutschland im Laufe der Jahre gestärkt. Die Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung im Jahr 2015 war ein weiterer Meilenstein, um die Situation letal erkrankter Menschen am Lebensende zu verbessern. Für die Zukunft ist zu hoffen, dass die Ziele dieses Gesetzes erreicht und flächendeckend umgesetzt werden. Hierzu bedarf es in Zukunft einer Evaluation. Jede Person sollte am Ende des Lebens eine hochwertige palliativ-pflegerische Betreuung und Beratung erhalten können, um ein selbstbestimmtes würdevolles Sterben zu ermöglichen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Ambrosy, H. & Löser, A. P. (2006). *Entscheidungen am Lebensende. Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Beauchamp, T.; Childress, J. (1989) *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford: Oxford University Press.

Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler.* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.

Brandenburg, P. (2016). *BGH-Urteil: Millionen Patientenverfügungen wirkungslos.* Verfügbar unter: <https://www.dipat.de/bgh/> (16.11.2016).

Brandenburg, H.; Panfil, E.; Mayer, H. (2007). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung.* 1. Auflage. Bern: Huber.

Bundesgerichtshof. (2016). *Anforderungen an Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Zusammenhang mit dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen. Beschluss vom 6. Juli 2016 - XII ZB 61/16.* Verfügbar unter: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=75566&linked=pm&Blank=1> (24.05.2017).

Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG).* Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html> (11.05.2017).

Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Patientenrechte.* Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html> (11.05.2017).

Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Patientenrechtegesetz.* Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtegesetz.html> (11.05.2017).

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. (2017). Strafgesetzbuch (StGB). § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___217.html (18.05.2017).

Bundesnotarkammer Zentrales Vorsorgeregister (2016). *Jahresbericht 2016*. Verfügbar unter: http://www.vorsorgeregister.de/_downloads/Jahresberichte/2016-JB-ZVR.pdf (11.05.2017).

Bürgerliches Gesetzbuch. (2011). *Produkthaftungsgesetz. Wohneigentumsgesetz. Erbbaurechtsgesetz. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz.* 68., überarbeitete Auflage. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Coors, M.; Jox, R.J.; in der Schmitt, J. (Hrsg.). (2015). *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung.* Stuttgart: Kohlhammer.

Deutscher Bundestag. (2009). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.* Berlin.

Deutscher Ethikrat. (2016). *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus.* Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (18.05.2017).

Deutscher Ethikrat. (2012). *Demenz und Selbstbestimmung.* Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> (18.05.2017).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie.* Verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf (18.05.2017).

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2016). *Advance care planning (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG).* Verfügbar unter:

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf
(04.11.2016).

Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription*. Opladen & Toronto: Budrich Verlag.

Geck, S. C. (2012). *Selbstbestimmung bei Palliativpatienten am Beispiel von Entscheidungsfindungsprozessen - Eine qualitative Studie*. Verfügbar unter: <http://docplayer.org/45333934-Selbstbestimmung-bei-palliativpatienten-am-beispiel-von-entscheidungsfindungsprozessen-eine-qualitative-studie.html>
(11.05.2017).

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hudson, P.L.; Kristjanson, L. J.; Ashby, M.; Kelly, B.; Schofiels, P.; Hudson, R.; Aranda, S.; O'Connor, M.; Street, A. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliative Medicine*. 20 (7), 693-701. DOI: 10.1177/0269216306071799.

Husebø, S. & Mathis, G. (2017). Ethik. In: Husebø, S.; Mathis, G. *Palliativmedizin – Mitbegründet von E. Klaschik*. 6. Auflage. Berlin: Springer.

International Council of Nurses. (2010). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Verfügbar unter: <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> (18.05.2017).

Leitlinienprogramm Onkologie. (2015). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf (18.05.2017).

Marckmann, G. (2013). Ethische Grundlagen ärztlichen Handelns. In: Michalsen, A.; Hartog, C. S. (Hrsg.). *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Heidelberg: Springer.

- Marckmann G. & in der Schmitten, J.** (2016). Advance Care Planning. Mit vorausschauender Behandlungsplanung zur effektiven Patientenverfügung. *Bayrisches Ärzteblatt*. 70 (4), 152-153. Verfügbar unter: http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2016/04/komplettpdf/Baeb1_4_2016_komplettausgabe.pdf (24.05.2017).
- Mayring, P.** (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Melching, H.** (2017). Neue gesetzliche Regelungen für die Palliativversorgung und ihre Implikationen für Politik und Praxis. *Bundesgesundheitsblatt*. 60 (1), 4–10. DOI:10.1007/s00103-016-2480-y.
- Nationaler Ethikrat.** (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*. Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf> (18.05.2017).
- Pieruschka, M.** (ohne Jahr). *Literaturrecherche mit dem Schneeballsystem*. Verfügbar unter: <https://studi-lektor.de/tipps/literaturrecherche/schneeballsystem-literatur-recherche.html> (24.05.2017).
- Preidel, C.** (2016). *Sterbehilfepolitik in Deutschland: Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Pschyrembel.** (2007). *Klinisches Wörterbuch*. 261. Auflage. Köln: de Gruyter.
- ROLAND Rechtsreport.** (2016). *Einstellung der Bevölkerung zum deutschen Rechtssystem und zur Mediation, Vorbereitung der Bevölkerung auf eine mögliche Pflegebedürftigkeit und ihre Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe*. Verfügbar unter: https://www.roland-rechtsschutz.de/media/rechtsschutz/pdf/unternehmen_1/ROLAND_Rechtsreport_2016_Final.pdf (11.05.2017).
- Salloch, S. & Breitsameter, C.** (2011). Selbstbestimmung bis zuletzt – Möglichkeiten und Grenzen der Autonomieausübung im stationären Hospiz aus der Perspektive haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter. *Ethik in der Medizin*. 23 (3), 217-230. DOI 10.1007/s00481-011-0122-3.

Schaider, A.; Borasio, G.D.; Marckmann G.; Jox R. J. (2013) Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern. *Ethik in der Medizin*. 27, 107-121. DOI 10.1007/s00481-013-0285-1.

Seeger, C. (2014). Leitlinien von Palliative Care. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, Ch. (Hrsg.), *Palliative Care*. Berlin, Heidelberg: Springer, 15-20.

Stolz, K. (2014). Vorsorgende Verfügungen. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, Ch. (Hrsg.), *Palliative Care*. (5. Auflage). (S. 91-100). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Zenz, J. & Zenz, M. (2016). Survey on German Palliative Care Specialists' Experiences with Advance Directives. *Pain and Therapy*. DOI 10.1007/s40122-016-0063-0.

II. ANHANG

A. Interviewleitfaden

Vorabinformation über den/die Interview-Teilnehmer/in

- Geschlecht (m/w)
- Alter (__ Jahre)
- Arbeitserfahrung (__ Jahre + Institution _____)
- Beschäftigungsgrad (VZ/TZ __ %)

Identifizierung eines Problems:

1. Wie erleben Sie momentan die Möglichkeiten der Selbstbestimmung letal erkrankter Menschen in ihrem Arbeitsbereich?
2. Welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung werden denn genutzt, wenn Patienten/Bewohner/Gäste nicht mehr einwilligungsfähig sind?
3. Inwiefern werden Instrumente wie die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht oder die Möglichkeit der Betreuung von Sterbenden bedacht?
4. Wo sehen Sie, dass sich Hindernisse ergeben, durch die Selbstbestimmung schwer fällt?

Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten:

5. Was denken Sie: Wobei bräuchten Patienten Hilfe durch Pflegende, um ihr Selbstbestimmungsrecht bis zum Ende aufrecht zu erhalten?
Und inwiefern könnten Pflegende die Selbstbestimmung fördern?
6. Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, damit Pflegende sich in diesen Entscheidungsprozessen engagieren?

B. Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregeln wurden angelehnt an Fuß & Karbach (2014).

- (...) Wortfindung, Sprechpause (drei Punkte bedeuten 2-3 Sekunden Pause, wenn die Pause länger ist, steht die Sekundenzahl in Klammern)
- [] Aktionen /Reaktionen
- / Satzabbruch
- unv. Unverständliche Passage/ Wörter
- Großbuchstaben deutliche Betonung des Wortes
- I Interviewende Person
- E+Zahl Kürzel für befragte Person
- Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet und an das Schriftdeutsche angenähert.
- Signale des aktiven Zuhörens (hm, ja, etc.) werden aus Gründen einer besseren Lesbarkeit weggelassen.
- Alle Angaben, die Rückschlüsse auf eine befragte Person enthalten werden anonymisiert.

C. Transkribierte Interviews

Interviewnummer:	01
Datum der Aufnahme:	03.04.2017
Ort der Aufnahme:	Büro
Dauer der Aufnahme:	22:29 Min.
Befragte Person:	E1
Interviewerin:	Lea Ecke (I)
Besonderheiten:	keine

- 1 I Ok, also meine erste Frage wäre: Wie erlebt ihr momentan die Selbstbestimmung von
2 letal erkrankten Menschen in eurem Arbeitsbereich also in der palliativen Geriatrie?
- 3 E1 (...) Das ist ein weites Feld, das muss ich jetzt nochmal dazu sagen. Ich überlege
4 nämlich. Es gibt nämlich im Rahmen der Geriatrie und dieser interdisziplinären Zu-
5 sammenarbeit (...) ja verschiedene Aspekte. Es kommt halt immer darauf an, wie es,
6 erstens wie dem Patienten geht, ob der schon von vorne herein irgendwelche Patien-
7 tenverfügung oder so mitbringt oder das schon verfasst hat mit Lebenspartnern, Kin-
8 der oder irgendwelchen Betreuern oder aber sie sind halt aber noch so selbstständig
9 in ihrem Denken und Sein, dass sie es halt noch gar nicht brauchen. Aber Selbstbe-
10 stimmung ist auch ein Punkt von der Palliativarbeit an sich. Also wir machen hier jetzt
11 ja nichts, was jetzt gegen den Willen oder ja explizit gegen den Willen des Patienten
12 ist. Und das fängt bei der Körperpflege oder Grundpflege morgens an und geht übers
13 Essen, wo wir auch sagen, ja hier klar können sie sich halt wünschen, was sie gerne
14 mögen oder wo halt so ein Appetit drauf liegt, weil häufig ja auch, gekoppelt mit Er-
15 krankung, Appetitlosigkeit Thema ist. So da fließt das rein (...) ja und im Prinzip auch
16 in der Gestaltung. Also zumindest für den kleinen Rahmen den sie hier sind. Das man
17 Zimmer so einrichten, sich nette Sachen von zu Hause mitbringen lassen kann und
18 seine Angehörigen halt auch mit einbindet. Sofern da der Kontakt noch gut erhalten
19 ist, das ist ja auch mal so mal so.
- 20 I Ja, und welche Möglichkeiten werden jetzt genutzt, wenn der Patient sozusagen oder
21 der Bewohner wie auch immer ihr die hier nennt, nicht mehr einwilligungsfähig ist?
22 Also wenn der nicht mehr mit euch kommunizieren kann sondern wenn der so som-
23 nolent oder (...) ja vielleicht auch ja, wenn der halt nicht mehr mit euch kommunizie-
24 ren kann.
- 25 E1 Naja, da ist halt das A und O, dass wir halt von den Angehörigen oder Begleitperso-
26 nen halt so solche Verfügungen dann kriegen. Also die sind ja mittlerweile sehr gut
27 und auch sehr differenziert aufgestellt, wo man weiß, aha wenn jetzt der und der Fall
28 eintritt, machen wir zum Beispiel eine Reanimation oder eben auch NICHT oder dass
29 man sich also da ist halt, sag ich mal jetzt so, Angehörigenarbeit sehr wichtig, dass
30 man da versucht, die Informationen halt so rauszukriegen. Was mochte er? So beim
31 Liegen oder mochte er auch mal Musik hören? Oder solche Sachen oder was haben
32 wir denn noch? Oder wenn sie auch nicht mehr essen können, wenn man weiß sie

- 33 ein bestimmtes Getränk oder Speise als Favorit gehabt. Dass man sagt, man macht
34 halt mit den Sachen halt dann Mundpflege. Ja, das fällt mir jetzt dann so ein.
- 35 I Und wie werden diese Patientenverfügungen dann halt zum Beispiel genutzt hier?
36 Wird das gleich beim Eintritt sozusagen oder bei der Aufnahme werden die gleich mit
37 ausgehändigt?
- 38 E1 Nein, nicht immer. Aber wenn die Ärzte klären, ob es eine Patientenverfügung vor-
39 handen ist und in der Regel hast du es ein zwei Tage später, dass die Angehörigen
40 dann von selber dann damit ankommen. Ja und hier, dass geben wir als Kopie rein
41 oder kopieren sie es mal für sich. Das Original muss ja immer zu Hause oder beim
42 Patienten bleiben. Aber das man da die, Infos also die existentiellen sag ich mal, ge-
43 rade, wenn es darum geht Reanimation ja nein. So die meisten haben sich ja von
44 vornerein schon, dass sie ab einem bestimmten Punkt sagen, so ich will keine le-
45 bensverlängernden MAßNAHMEN mehr. So das sieht man gleich, dann ist das ge-
46 klärt. Klar machen wir dann auch wiederum alles, wenn es halt in eine Notfallsituation
47 geht, dass sie halt nicht leidend sterben. Aber, dass man sagen kann, so gut dann
48 kann, na ich nenne es jetzt mal ruhigen Gewissens, gehen.
- 49 I Okay und wird es zum Beispiel. Inwiefern also auch andere Instrumente wie zum Bei-
50 spiel es gibt ja noch Vorsorgevollmachten oder Betreuungen inwiefern werden diese
51 Möglichkeiten genutzt?
- 52 E1 Ja, Vorsorgevollmachten auch. Die haben, da läuft es eben wie bei den Patientenver-
53 fügungen. Darum weiß ich es nicht, weil das ist hauptsächlich Feld des vom Sozial-
54 dienstes hier bei uns. und die haben da auch die Connections. Die schreibt uns das
55 auch immer. Es gibt da so ein Computerformular, wo da halt drin steht, wer da halt
56 Kontaktperson sind. Das kommt halt auch bei uns, sofern es halt bekannt ist, in die
57 Kurve mit rein auf dem Deckblatt der und der, wenn jetzt keine Kinder zum Beispiel
58 da sind (räuspern) (...) Genau da sind die halt oder die Betreuer halt als Kontaktperson
59 meistens hinterlegt. Aber das ist jetzt/.
- 60 I Wird eher selten. Also Patientenverfügungen erlebt ihr hier häufiger als Vorsorge-
61 vollmachten und?
- 62 E1 Oh, da was mehr ist, kann ich jetzt nicht sagen (lacht) Also ich weiß nur, dass wir
63 Papiere halt reingereicht, na sowohl das eine als auch das andere geklärt.
- 64 I Und wo siehst du Hindernisse, wo sich also wo Selbstbestimmung schwer fällt?
- 65 E1 Ja, häufig bei dementen Patienten. Gibt ja welche, die oder die dement palliativen
66 Patienten gibt es ja auch. Ja oder Leuten die sich halt nicht selber äußern können
67 und die wir haben, wo man da so großes Rätselraten macht. Weißt du, die halt voll
68 Pflegebedürftig sind, weiß ich nicht, hast du mal apallisches Syndrom gesehen?
- 69 I Wenn die so total abwesend sind?
- 70 E1 Ja. Also das haben wir jetzt lange nicht mehr gehabt oder du hast ja auch im Rahmen
71 von Sterbeprozessen, dass die so wegdämmern. Das du auch nicht mehr weißt oder
72 so dämmerig schon kommen und du halt nicht weißt so hm.
- 73 I Und dann, wenn man auch keinen Angehörigenkontakt aufnehmen kann?

- 74 E1 Doch ich habe ein Beispiel. Wir haben letztlich eine Patientin gehabt. Das ist auch
75 immer mal wieder Thema hier bei uns. Patient kommt halt drüben von der Notauf-
76 nahme. Ist schon im palliativen Setting angemeldet so und da kann man sich ja ver-
77 schieden darauf einstellen. Bloß die Dame war schon sterbend (*bedrückt*). Kam halt
78 am Nachmittag. Wurde dann hier noch nett aufgenommen. So und die konnte sich
79 aber nicht äußern. Also weder hast du in der Mimik oder im Gesicht was gesehen.
80 Verbal gleich gar nicht. So und da war halt nicht mehr viel, wo man sagen konnte, da
81 kann man sich Informationen rausziehen. Also man hat zwar die Befundbögen von
82 der Notaufnahme mit da gehabt, aber das war halt sehr nüchtern.
- 83 I Man wusste halt nichts von der Vorgeschichte? Keine Krankenversicherungskarte?
- 84 E1 Ne.
- 85 I Weil das ist ja auch nochmal was diskutiert wird, ob man solche sowas wie Patien-
86 tenverfügung oder ähnliches auf also zum Beispiel auf der Gesundheitskarte spei-
87 chern würde, aber/
- 88 E1 Genau, also das wäre halt so ein Fall, wo du, wo man auch hätte sagen können ja,
89 wenn man hier nochmal so ein bisschen was oder gewusst hätte. Man kann ihr noch
90 eine nette CD vom, ach was weiß ich, von Beethoven in Kassettenrecorder reinlegen,
91 dass sie da noch irgendwas spürt, mitkriegt. So und dann wäre es nochmal netter
92 gewesen. Das ist jetzt kein Muss, dass weiß ich, aber man guckt ja schon, was man
93 tun kann, wenn sie halt in diese Sterbephase rutschen, dass es den Leuten dann
94 möglichst gut geht. Und so mit allen Mitteln die so zur Verfügung stehen.
- 95 I Sind das sozusagen Situationen, in denen ihr euch so hilflos fühlt? Also oder wie sagt
96 man naja hilflos nicht sondern vielleicht/
- 97 E1 Ne, da fehlt so das Ambiente dann. Unv. Sphäre wie auch immer man das nennen
98 mag (*lacht*). Also so ein kleines Rundherum. So zumal es ja eh ärgerlich ist, wenn Pa-
99 tienten in so einem Zustand dann noch durch die Gegend gefahren werden.
- 100 I Also haben wir sozusagen das/
- 101 E1 Logistisches Problem und es ist halt auch so ein Informationsfluss-Problem. Aber wo
102 soll da der Doktor aus der Notaufnahme denn die Informationen herkriegern? Oder die
103 Schwestern dort.
- 104 I Okay. Jetzt habe ich so ein Bereich sozusagen, wo ich mir erhoffe, dass ihr, also die
105 Pflegenden, vielleicht Unterstützungsmöglichkeiten aufzeichnen können. Das muss
106 jetzt nicht unbedingt für den Fall sein, dass man, dass es in der Situation, wenn sie
107 hier sind sozusagen, sondern dass es vielleicht auch schon vorausschauend ist, also
108 vor dem Aufenthalt und da würde ich dich fragen: Wobei bräuchten Patienten HILFE
109 durch Pflegende, um ihr Selbstbestimmungsrecht bis zum Ende aufrecht zu erhalten?
110 Also wo glaubst du, kann die PFLEGE ansetzen oder können Pflegende ansetzen,
111 um Patienten sozusagen zu HELFEN, dass sie auch am Ende ihres Lebens halt
112 selbstbestimmt sein können.
- 113 E1 (6)

- 114 I Zum Beispiel in der Beratung oder (...) oder Ansatzpunkte, wann sozusagen man
115 vielleicht Menschen helfen kann, das vorzeitig in die Wege zu leiten, dass man
116 Selbstbestimmung bis zum Ende verwirklichen kann?
- 117 E1 Naja, das ist ja eine Gesellschaftssache. Also das ist meine Ansicht. Sprich, wenn da
118 zu Hause, wenn sich die Menschen damit nicht, nicht damit beschäftigen, in welcher
119 Form auch immer, können sie es nicht wissen. Klar kann ich dann hier sagen, so hier
120 ich beraten sie in dem und dem Bereich oder ziehe den Sozialdienst mit dazu bezie-
121 hungsweise wir haben hier auch (...) muss ich mal gucken (*schaut sich im Raum nach*
122 *dem Regal um*). Aber es gab mal so eine Broschüre, da sind dann halt so Anleitun-
123 gen drinnen, wie man das ausfüllt, wo man sich auf dem Amt hier die Vordrucke ho-
124 len kann, so mit Ankreuzsystem. Das ist schon ganz gut. Aber wie gesagt, wenn sich
125 die Leute keine Gedanken darum machen, hier ist es manchmal dann schon zu spät.
- 126 I Ja, aber glaubst du, dass gerade die PFLEGE also sozusagen nicht. Also es gibt ja
127 verschiedene Disziplinen zum Beispiel Ärzte, die sich mit so etwas beschäftigen kön-
128 nen oder auch Sozialarbeiter. Aber glaubst du, dass auch Pflegende sozusagen sol-
129 che Beratungsstellen anbieten könnten und dass die dafür geeignet wären, für sowas
130 aufzuklären? Oder inwiefern die dafür/.
- 131 E1 Ja doch schon. Also die Broschüre, was ich jetzt meine, die ist zum Beispiel hier von
132 der Hamburger Behörde. Da ist das gut verständlich dargestellt. Das kann man schon
133 den orientierten Leuten hier in die Hände drücken und sagen du hier (...) Wenn sol-
134 che Fragen mal am Wochenende oder so auftreten. Ich gebe ihnen das mal mit oder
135 sie können es sich übers Wochenende mal in Ruhe angucken und dann aber mit dem
136 und dem Besprechen, weil hier in der Geriatrie ist es schon so, dass es halt so struk-
137 turell durchorganisiert ist also und wir halt auch jetzt Sozialarbeiter zur Unterstützung
138 mit "zu Verfügung" stehen. Aber ich würde mich jetzt zum Beispiel auch nicht in die
139 Arbeit von Frau XY. dann einmischen. Weil die muss natürlich auch ihre Sachen dann
140 organisieren und machen, also unterstützend. Ja aber so, dass man sagt, man ist
141 dann der Hauptberater, das geht schon vom Organisatorischen nicht.
- 142 I Ne, hier auf der Geriatrie würde das zum Beispiel nicht gehen. Aber vielleicht in ande-
143 ren Settings? Sozusagen also, dass man sich als Pflegende an der Behörde ansie-
144 deln oder unv. ja, das man aus dem Praxisfeld ins das andere Praxisfeld also als
145 Pflegeberater sozusagen wechselt.
- 146 E1 Ja, im ambulanten Bereich könnte ich mir das vorstellen. So aber hier in so einer gro-
147 ßen Institution wie in dem Krankenhaus, da funktioniert das nicht. Natürlich arbeitet
148 man in den verschiedenen Berufsgruppen Hand in Hand aber, dass man sagt so,
149 wenn wir Unterstützung brauchen, dann holen wir sie uns ja auch und wiederum an-
150 ders herum ja auf dem umgekehrten Weg, dass wir dann den Sozialdienst uns ran
151 holen. Oder halt nochmal bei den Ärzten nachfragen, so was ist da überhaupt los?
- 152 I Ja, das knüpft auch/
- 153 E1 Das ist eine schwierige Frage.
- 154 I Ja, das ist auch so ein bisschen der Knackpunkt, sag ich jetzt mal. Also meine nächs-
155 te Frage ist eigentlich ähnlich schwierig. Das ist, das sind so. Also ich habe mir ge-

- 156 dacht: Welche Voraussetzung müssten geschaffen werden, damit Pflegende sich halt
157 in Entscheidungsprozessen engagieren? Weil man/
- 158 E1 Ja, das machen wir ja schon. Gibt ja, wir haben hier ja zum Beispiel diverse Bespre-
159 chungen. So und eine davon ist halt morgens die, gibt's halt so eine kurze Übergabe
160 von der Pflege an Ärzte, Therapeuten und sonstigen Menschen, die so auf Station tä-
161 tig sind und DA ist zum Beispiel, das finde ich halt sehr gut, da haben wir, das war
162 auch ein Lernprozess, aber dahin auch geimpft, dass man immer mal sagt, so nicht
163 also sich hinsetzt klar, in den meisten Fällen ist nichts, aber wenn mal was ist, wie
164 zum Beispiel Patient hat in der Nacht vor Schmerzen nicht schlafen können oder hat
165 Luftnot gekriegt und ist trotz Hilfe nicht besser geworden, dass man da anfängt so am
166 ersten Tag oder in den ersten Tagesstunden, dann halt die direkte Info an das Team
167 weiter zu geben. So da können sich einerseits die Therapeuten mit drauf einstellen,
168 die Ärzte wissen, was sie zu tun haben, so dass man im Prinzip ein Sprachrohr für
169 den Patienten ja so. Dann gibt es noch andere Instrumente, wenn wir zum Beispiel
170 unsere Visiten machen und oder speziell auch die Oberarztvisiten, da wird schon ge-
171 guckt, so hier, was ist denn da gerade bei den Palliativpatienten, was ist denn da ein-
172 getragen? Sind Schmerzen dokumentiert? Haben wir hier die BESD Skala angewen-
173 det? So, weil ich sag mal, gerade bei Patienten, die sich nicht äußern können, so eine
174 Fremdeinschätzung ist schwierig, aber wenn man es gut gelernt und verinnerlicht hat,
175 funktioniert das auch. So jetzt unabhängig von irgendwelchen Patientenverfügungen.
176 Was haben wir noch (...)
- 177 I Ja, also sozusagen Assessmentinstrumente wären ein guter Punkt und dann Pflege
178 als Sprachrohr sozusagen und glaubt ihr, dass ihr genug Zeit dafür habt und auch/
- 179 E1 Was, die Assessments auszufüllen?
- 180 I Ja, zum Beispiel oder dass man Fortbildung schaffen müsste, um diese Fremdein-
181 schätzung zu zum Beispiel zu üben oder also generell darüber informiert zu werden,
182 was für Möglichkeiten es gibt?
- 183 E1 (...) Das brauchen wir jetzt hier speziell nicht. Also dafür. Also das hier zum Beispiel
184 ich bleibe jetzt mal bei der BESD Skala, das haben wir hier im Team intern schulen
185 lassen. Der Oberarzt kam halt damit an. So, der hat uns einmal den Grundsatz dazu
186 erzählt, so, das haben wir ein, zweimal wiederholt und dann ist das im Team eigent-
187 lich so ein Selbstgänger geworden. (...) und mit den Besprechungen, da weiß halt
188 auch jeder Bescheid, beziehungsweise ist das ja eh eigentlich (...) ich sag mal naja im
189 Prinzip moderiert das jemand aus der Pflege und das ist halt im Falle von uns die
190 Pflegefachleitung. So meisten wird dann gesamt über, Gesamtüberblick über Station
191 hat.
- 192 I Ja, das war's eigentlich auch schon so weit von den vorbereiteten Fragen, die ich
193 habe. Hast du noch irgendwas, was dir noch zu diesem Thema einfällt, was dir auf
194 den Lippen brennt zum Thema Selbstbestimmung am Lebensende? Gibt es da ir-
195 gendwas, was dir (...)
- 196 E1 Ne, es wird halt immer dann schwierig, wenn die Leute sich halt nicht mehr äußern
197 können und es ist halt umso wichtiger, dass man im Vornerein halt guckt, so also
198 sprich für sich halt festlegt oder festlegen ja auch nicht als Muss, aber gucken, was
199 gibt es für Möglichkeiten, sich schon mal damit auseinander zu setzten.

200 I Ja. Sozusagen als/

201 E1 JA, also es gibt ein familiäres Beispiel (...) unv. meine Omi ist auch schon 88 so und
202 die ist noch so ganz rüstig, macht ihr Zeug so auch, kochen und den Haushalt, da, wo
203 sie Hilfe braucht, da meldet sie sich entweder bei meinem Papi oder bei ihrem Ver-
204 mieter, der ist handwerklich gut begabt. Und macht auch noch ihre Runden. So aber
205 die fängt halt im Moment an zu TÜDELN. So und die hat sich zum Beispiel nie einen
206 Kopf darum gemacht, was ist mal, wenn tatsächlich was ist? Bisher ist immer alles
207 gut gegangen, so was ist, wenn ich wirklich mal zu Hause leblos aufgefunden werde?
208 Oder von Nachbarn, die gucken ja dann immer mal, mein Papi guckt zwei, dreimal die
209 Woche hin. Was gibt es denn da noch. Mit dem GELD so ich meine das regelt sie ja
210 alles selber/

211 I Ja, das ist ja alles typisch, was alles in der Vorsorgevollmacht sozusagen/

212 E1 Genau. Und aber die hat sich halt nie darum gekümmert und gesagt, so ich schreibe
213 das mal AUF. Ich kann ihr immer als Enkelkind da so einen IMPULS geben, aber
214 wenn sie es nicht macht. Ich kann sie ja auch nicht dazu zwingen. So aber was ist,
215 wenn sie tatsächlich mal umkippt oder hat sie ja auch schon mal gehabt. So ihr ist
216 schwarz vor Augen geworden und ist sie ins Krankenhaus gekommen und selbst auf
217 DEM Wege damals wollte sie das nicht, das ist jetzt drei vier Jahre her. So wir uns da
218 jetzt in der Familie jetzt auch fragen, wie können das denn gut mit ihr lösen? Aber sie
219 will's nicht. So in der Hoffnung, dass sie tatsächlich irgendwann umkippt und weg ist
220 (*seufzt*). Schwierig.

221 I Also sozusagen dein, dein ja wie soll man sagen, dein Bedrücken, diesen Zeitpunkt
222 zu finden oder auch die Begeisterung zu finden sowas, also was aufzuschreiben, was
223 in der Hand zu haben für diejenigen oder Pflegenden, Ärzte, wie auch immer unv.
224 (*durcheinanderreden*)/

225 E1 Im Prinzip auch für einen SELBER so

226 I Für die ANGEHÖRIGEN, was habe ich in der Hand, um dir helfen zu können am En-
227 de?

228 E1 (*zustimmende Laute*) NEIN, auch generell also, weil du das vorhin mit Notfallsituation
229 so gemeint hast. Guck mal, ich habe jetzt wieder angefangen Fahrrad zu fahren, so
230 ich meine, ich will da nicht dran denken, aber das kann ja auch mal fix gehen, was
231 weiß ich, bretterst du über die Straße und rauscht dir dann jemand rein, hast dann
232 was. Ich hab's JA AUCH NICHT gemacht, weißt du, es ja auch immer weit weg
233 schiebe. Aber gut bei den Älteren (...) Also ich will das jetzt auch nicht als gut erach-
234 ten, vielleicht sollte ich mir auch einen Kopf darum machen. Aber bei der Omi ist es
235 schon so eine Sache. Da es ja hier auch häufig Leute, die schon weit fortgeschritten
236 sind im Alter auch ihr Zeug noch wieder lernen und dann auch können. Aber was ist
237 denn beim nächsten Mal? Weil die Abstände, die werden dann halt einfach so kurz.
238 So und unser eins möchte den Leuten ja auch was Gutes tun. Sage sie mal man
239 fängt nicht blöde, ich nenne es jetzt mal, blöde rum zu reanimieren, wenn man weiß,
240 in der Verfügung steht halt klar und deutlich, ich will das nicht. Ich will nicht noch auf
241 eine Intensiv kommen und/

242 I Und glaubst du, dass das hier ein Setting wäre, um sowas anzusprechen und sowas,
243 wenn es jemanden geben würde, der bei sowas sogar helfen würde, dass das hier
244 ein Setting wäre, wo man jemandem (...) ja, wo man hat so ein Begleiter sozusagen,
245 denjenigen stellen könnte, der sowas mit einem mal durchspricht, weil viele sind ja
246 über sowas gar nicht informiert. Was wäre wenn sozusagen?

247 E1 Ne, das muss aber schon VORHER passieren.

248 I BEVOR sie hier sind?

249 E1 Das muss DRAUßEN, das muss DRAUßEN irgendwo so ein Ding geben, wo man
250 sagt. Jo, da kann man sich hinwenden. Und halt diese ganzen Dinge dann mal be-
251 sprechen. Auch in RUHE nein so, weil klar, wenn ich nenn mich jetzt mal als Experte
252 in der Familie, der zu Omi hingehen kann, dass erklären kann, ist vielleicht auch
253 nochmal was anderes. Aber es ist halt auch die Sache, will man das dann auch so?
254 Oder ist es besser, es kommt jemand von außen, der einem das neutral erklären
255 kann. Aber ANGESIEDELT sehe ich das eher draußen (bei jedem Wort ein unterstüt-
256 zendes klopfen). Also außerhalb der Krankenhäuser und der Heime. Also wir würden
257 hier beraten auch schon mit einigen Sachen zur Seite stehen, dass sich was weiß ich
258 Tochter, Sohn, Enkelkinder mal mit kundig macht, aber an sich muss das/

259 I Ihr könntet dann so eine Adresse mitgeben, wenden sie sich zum Beispiel mal da und
260 da hin, wenn sie zu Hause wieder alles im/

261 E1 Lot ist.

262 I Ja, viel Dank, dann schließen wir das mal hier und ich stoppe.

Interviewnummer:	02
Datum der Aufnahme:	06.04.2017
Ort der Aufnahme:	Wohnzimmer
Dauer der Aufnahme:	21:37 Min.
Befragte Personen:	E2, E3
Interviewerin:	Lea Ecke (I)
Besonderheiten:	Die befragten Personen wünschten ausdrücklich ein gemeinsames Interview.

- 1 I Ok, und meine Frage wäre, wie ihr momentan die Möglichkeiten der Selbstbestimmung von tödlich erkrankten Menschen in eurem Arbeitsbereich erlebt?
- 2
- 3 E2 (...) Tja, je nachdem, wie wir die auch gestalten, wie wir das zulassen, die Selbstbestimmung und ich finde, dass wie die hier sehr weitreichend zulassen. Also das ist ja im Grunde genommen unser Leitmotiv sozusagen oder unser Motto, dass die Leute hier selbstbestimmt und würdig ihre letzte Lebensphase bestreiten. Würde ich sagen.
- 4
- 5
- 6
- 7 E3 Genau, da würde ich mich anschließen und genau das fängt ja beim Tagesablauf zum Beispiel an. Also es ist nicht irgendwie hier um 7:30 Uhr Wecken oder so, sondern da gibt es Wünsche von Bewohnern, ich will um 7 Uhr geweckt werden. Einige schlafen gerne bis 10 Uhr, dann sehen wir auch zu, dass wir möglichst da vorher wirklich nicht reingehen und also schon mal gucken, aber nicht großartig irgendwelche Maßnahmen da vornehmen oder irgendwie da groß herumklappern. Genau und das versuchen wir.
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14 E2 Und ich würde sagen, wir ERMUTIGEN sogar zur Selbstbestimmung!
- 15 I Ok, also, dass ihr sie UNTERSTÜTZT?
- 16 E2 Ja, dass wir ihnen sagen: Mensch wonach ist dir? Oder was möchten sie noch? Oder gibt es noch irgendetwas, was sie gerne noch machen möchten? Oder gibt es noch irgendetwas, was wir noch TUN können, um diese Lebensphase noch schöner zu gestalten? Also wir ermutigen auch, das noch zu nutzen, was da ist.
- 17
- 18
- 19
- 20 I Und das nehmen die Patienten dann auch an?
- 21 E2 Ja, würde ich so sagen, ja. Also es gibt auch Leute, die wussten halt gar nicht, was noch alles möglich ist und die machen dann wirklich noch, was weiß ich, noch große Ausflüge oder sonst was. Oder einer ist ins Fußballstadion gegangen, das war so sein innigster Wunsch, nochmal Abschied zu nehmen vom St. Pauli Stadion.
- 22
- 23
- 24
- 25 I Das ist schön.
- 26 E2 Weißt du noch?
- 27 E3 Ja, ist am nächsten Tag verstorben.
- 28 E2 Ja, genau an seinem Geburtstag.

- 29 E3 Ja.
- 30 I Das ist schön. Und welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung werden genutzt,
31 wenn Leute nicht mehr einwilligungsfähig sind? Also wenn die nicht mehr, so viel Be-
32 wusstsein haben, sag ich jetzt mal, wenn die so somnolent werden?
- 33 E2 Also besten Falls kennen wir die Leute ja schon. Besten Falls waren die wirklich
34 schon eine ganze Zeit bei uns und wir lernen die ja kennen. Und zwar würde ich sa-
35 gen: Je länger die da sind, auch umso intensiver oftmals. Und von daher können wir
36 schon erahnen, was sie möchten. Also in vielen Dingen, nicht in allen natürlich. Aber
37 vielfach haben wir schon ein Gefühl dafür entwickelt, was dem Menschen wohl am
38 Liebsten oder was ihm wichtig ist.
- 39 E3 Genau und dann gibt es ja noch die Patientenverfügung und die Sachen mit der Vor-
40 sorge, dass halt Leute dann also Angehörige halt für die Bewohner entscheiden. Also
41 so, wenn sie es nicht können. Und dann gibt es aber noch diesen Begriff vom mut-
42 maßlichem Willen, also dass man halt zum Beispiel, wenn, so, dass ist ein riesen
43 Thema um Flüssigkeitsgabe oder sowas geht. Das man dann halt versucht anhand
44 dieser Verfügung ganz eng mit den Angehörigen zusammen arbeitet. Und genau.
45 Und auch mit den Ärzten, dass man rauskriegt, was ist jetzt, was möchte der Bewoh-
46 ner jetzt?
- 47 I Und fällt euch das leicht? Sind die häufig vorhanden diese Patientenverfügungen?
48 Könnt ihr euch da gut dran orientieren?
- 49 E2 Also die sind, würde ich sagen, größtenteils vorhanden. Und was vielleicht die größte
50 Schwierigkeit dabei ist, sind eher die Angehörigen, die das nicht immer so mitgehen
51 können, weil sie noch natürlich andere Vorstellungen auch teilweise haben. Und ge-
52 rade so im Hinblick auf, was weiß ich, künstliche Ernährung oder sonst was, ist es so,
53 dass es den Angehörigen oftmals UNHEIMLICH schwer fällt, bestimmte Dinge auch
54 so einzuhalten, wie vielleicht der Bewohner das gerne möchte oder hätte also, wenn
55 wir den Willen nicht mehr von ihm direkt hören können. Und dann ist es halt so, ja so
56 ein Abwägen, das ist wirklich ganz SCHWIERIG oftmals. Auch dann vielleicht so die
57 Bewohner mitzunehmen zu dem Standpunkt, Entschuldigung die Angehörigen so
58 mitzunehmen, zu dem Stand, wo der Bewohner eigentlich ist. Deshalb ist eigentlich
59 so die Arbeit mit Angehörigen auch ein riesen Teil unserer Arbeit.
- 60 E3 Und wir müssen uns immer hinterfragen: Ist das jetzt noch aktuell? Genau, das/
- 61 I (...) Ok, das umfasst sozusagen auch schon meine dritte Frage wäre: Inwiefern wer-
62 den Instrumente wie die Patientenverfügung oder die Vorsorgevollmacht bei der Be-
63 treuung von Strebenden bedacht werden? Aber das war ja sozusagen die Nachfrage,
64 die ich eben gestellt hatte. Die andere Frage, die ich noch hätte, wäre: Wo seht ihr,
65 dass sich Hindernisse ergeben, durch die Selbstbestimmung schwer fällt?
- 66 *(Unreinheit, wer jetzt als nächstes Sprechen soll)*
- 67 E2 Genau, also zum einen ist es natürlich schwierig, wenn es A den Bewohner und auch
68 andere Bewohner gefährdet und dann geht es auch gleich über, wenn es gewisse
69 Regeln sozusagen gegen gewisse Regeln des Hauses verstößt und da ist es so das
70 große Thema Rauchen! Ganz klar, dass es für ganz vielen Bewohnern wichtig ist, zu

71 rauchen. Das ist so, wenn sie nicht mehr essen können oder sonst was, ist das so der
72 letzte Genuss und das letzte ZEICHEN so, ich bin am Leben! Und ich habe noch ein
73 Pfündchen Qualität und das ist das Rauchen. Aber oftmals ist es so, dass sie in ei-
74 nem Zustand sind, wo die Zigarette dann eben runterfällt oder sie nicht mehr aus dem
75 Bett können und eigentlich alleine Rauchen wollen aber im Bett haben wir nun mal
76 die Regel: Nur, wenn einer vom Pflegepersonal dabei ist. Und so und da kommt es
77 dann immer zu Grenzsituationen, wo es ganz, ganz schwer ist, weil wir auf jeden Fall
78 natürlich den Leuten auch das ermöglichen wollen, aber es zum einen teilweise wirk-
79 lich schwer umzusetzen ist, zum anderen ist es so, dass manche auch schon so ge-
80 schwächt sind, dass sie einfach aus Gewohnheit immer wieder diesen Drang zur Zi-
81 garette haben, aber ganz offensichtlich nicht unbedingt jetzt nicht diesen Genuss dar-
82 aus ziehen, sondern es ist einfach diese Gewohnheit, die sie haben seit vielleicht 50
83 Jahren oder so. Und das bringt uns manchmal wirklich in Schwierigkeiten.

84 E3 Genau, das ist ein gutes Beispiel dafür. Und das zweite ist eigentlich, wo wir manch-
85 mal so an Grenzen kommen der Selbstbestimmung, zum Beispiel abführende Maß-
86 nahmen. Das halt Leute also die kriegen hier, fast alle Leute hier kriegen Opiate und
87 wir müssen das halt schon ein bisschen im Auge behalten und es ist natürlich klar,
88 dass dann auch sagen: Ne, ich möchte jetzt irgendwie nicht was einnehmen oder ich
89 möchte kein, kein, kein Zäpfchen oder irgendwas oder, dass sie dann sagen: Nein,
90 ich MAG nicht jetzt. Und das kann man, bis zu einem gewissen Grad, einen Tag
91 nochmal schieben, aber es ist halt so, wir schon wissen und ahnen, dass das wenn
92 man immer sagt: Ok, er will nicht. Dann kann man das natürlich dokumentieren, aber
93 wir wissen, dass es dann Komplikationen gibt. Das ist tatsächlich dann wirklich so
94 kurz vor dem Ileus oder, dass es halt Übelkeit gibt und solche Sachen und genau da
95 müssen wir halt so ein bisschen einen Weg finden. So Kompromisse. Genau.

96 E2 Und dann gibt es noch ein anderes Gebiet, das ist zum Beispiel ein großes Thema
97 Essen, gemeinsames Essen, wenn zum Beispiel mehrere Bewohner unten beim Es-
98 sen gemeinsam sitzen und einer aber entweder so ist, dass ihm teilweise zum Bei-
99 spiel jetzt das Essen wieder aus dem Mund trieft oder er einfach auch nicht Schlu-
100 cken kann, also die Sachen isst und wieder ausspuckt, sodass es für die anderen halt
101 auch schon unangenehm wird, also teilweise zum Beispiel gab es Situationen, wo
102 dann anderen Bewohnern ÜBELKEIT gekommen ist in dieser Situation. Und das sind
103 so Grenzsituationen, wo dann sozusagen immer wieder so gesehen werden muss,
104 wie können wir das lösen oder wie können wir irgendwie eine Situation schaffen, wo
105 sich alle möglichst wohl fühlen. Weil der Bewohner soll das Recht haben, zum Bei-
106 spiel an gemeinsamen Mahlzeiten teil zu nehmen. Aber wenn die anderen Bewohner
107 dann eben eingeschränkt sind, dann müssen wir einfach gucken, wie wir damit um-
108 gehen. Und dann gibt es noch einen Punkt und da ist unsere Haltung aber ganz klar,
109 also der Wunsch nach Selbsttötung, den können wir hier nicht umsetzen. Während
110 wir den Wunsch nach palliativer Sedierung hier mit Hilfe unserer Schmerztherapeutin
111 schon auch angehen können.

112 I Ok. Also, wenn man das äußert sozusagen, dann ist man hier fehl am Platz?

113 E2 Also den Wunsch nach Selbsttötung. Der wird ganz oft geäußert, aber tatsächlich
114 steckt hinter diesem Wunsch auch oft einfach so diese Angst, vor dem was kommt,
115 vor den Schmerzen und es wird ganz oft am Anfang, wenn die/. Nein nicht oft, es wird
116 manchmal bei Bewohnern am Anfang, wenn sie einziehen geäußert und wenn sie

- 117 sich dann aber eingelebt haben und so, dann fällt dieser Wunsch eigentlich weg. Also
 118 man merkt wirklich, dass es ganz eng verknüpft mit einer Angst, vor dem was kommt.
 119 Viele sind ja traumatisiert von dem Krankenhaus und haben eben auch diese Vorstel-
 120 lungen, wie es eben in Schmerzen und in Krämpfen und so enden könnte und die
 121 kann man dann auch verstehen. Oder ich kann das auch verstehen, wenn die dann
 122 irgendwie so sagen: Gib mir doch lieber jetzt den Gnadenschuss oder eine Pille oder
 123 so. Aber ich finde sehr oft lässt sich das auflösen, wenn die Leute merken, dass sie
 124 hier eigentlich getragen, gut aufgefangen werden und dass wir doch recht viel gegen
 125 die Symptome machen können, die das Ganze so schrecklich machen.
- 126 I (...) Also mein zweiter Block würde sich sozusagen um pflegerische Unterstützungs-
 127 möglichkeiten drehen. Ich weiß nicht, inwiefern ihr dazu jetzt gerade schon was auch
 128 erzählt habt sozusagen, was dazu passen würde. Aber da wäre meine Frage: Was
 129 denkt ihr, wobei bräuchten Patienten Hilfe durch Pflegende, um ihr Selbstbestim-
 130 mungsrecht bis zum Ende aufrecht zu erhalten?
- 131 E3 (...) Das wir sie, wie am Anfang schon gesagt wurde, halt ermutigen die Wünsche
 132 auch zu äußern. Genau, ja. Also zum Beispiel es ist wirklich, dass Leute einziehen
 133 und sagen halt: Wann muss ich denn hier aufstehen? Das können sie so entschei-
 134 den, wie sie das möchten und genau. Ja, dass man halt die Möglichkeiten halt auch
 135 darlegt oder es gibt manchmal Menschen, die ganz glücklich werden, wenn sie ihr
 136 Haustier da hätten. Auch das machen wir möglich. Also unter gewissen Bedingungen
 137 und so. Also es haben öfter schon Katzen hier gewohnt auch und das ist halt, also
 138 man muss halt die Möglichkeiten auch mal darlegen. Manchmal kommen die Men-
 139 schen ja gar nicht drauf.
- 140 I Also es die Menschen wissen lassen, dass sie Selbstbestimmt sein können
- 141 E3 Genau.
- 142 I Dürfen!
- 143 E3 Genau.
- 144 I Sollen!
- 145 E3 Ja auch sein sollen.
- 146 E2 Und vor allen Dingen, ich finde, was am häufigsten geäußert wird, so mit der größte
 147 Wunsch eigentlich ist, ist immer der Wunsch nach RUHE. Und das wir das respektie-
 148 ren. Das wir die Leute wirklich auch in Ruhe lassen, wenn sie es wollen. Also was
 149 weiß ich Grundpflege sein lassen, die nicht immer wieder bedrängen mit irgendwie
 150 Fragen nach dem Essen oder so, sondern wenn die sagen, dass sie Ruhe haben wol-
 151 len, dass wir das auch respektieren. Ich finde ein ganz schönes Zeichen dafür ist, wir
 152 haben so Filzschilder wo steht "Bitte nicht stören" und so und wenn das draußen
 153 hängt, dann ist irgendwie klar, dann werden die auch nicht gestört. So das ist so ein
 154 Beispiel finde ich, wo Leute wirklich sagen können: Ich will jetzt meine Ruhe. Und das
 155 ist häufig gewünscht.
- 156 I Und gilt das sozusagen euch gegenüber, dass die Ruhe vor euch haben wollen oder
 157 generelle Abschirmung, dass man auch dann zum Beispiel die Angehörigen, aber das

- 158 geht mir jetzt so durch den Kopf, dass man zum Beispiel Angehörige auch sagt: Ok,
159 der Patient oder der Bewohner möchte gerade seine Ruhe. Das IHR dann sozusagen
160 Anwalt /
- 161 E2 Ja, da halfen wir auch.
- 162 E3 Genau, da geben wir Information an den Empfang und dass halt die Pflege immer
163 gefragt wird, wenn ein Besucher da ist und dass man das dann halt besser also/
164 dass die nicht einfach im Zimmer stehen, sondern dass wir dann kurz mit den reden
165 und vielleicht dann doch nochmal gucken, ob der Bewohner jetzt diesen Menschen
166 sehen möchte, wenn er wach ist oder so, dass wir das halt so ein bisschen steuern.
167 Genau da gibt es tatsächlich Möglichkeiten oder wir geben, wie gesagt, das ist dann
168 unten im Empfang im Computer, dass das halt gesteuert wird.
- 169 E2 Ich glaube, wir haben auch ganz gute Sensoren, dass wir schon so kritische Situatio-
170 nen wahrnehmen, vielleicht bevor die überhaupt geäußert werden. Und wir dann von
171 uns aus schon ganz dezent mal anfragen, wie denn das ist und ob sich vielleicht Be-
172 wohner also wie das ist mit dem Besuch, ob das so ok ist und so. Oftmals ist es so,
173 dass das den Bewohnern selber sonst gar nicht klar ist, dass sie das auch äußern
174 können. Die denken, wenn Besuch kommt, dann muss ich auch für den Besuch da
175 sein und versuchen sich dann nochmal so richtig hochzurappeln, obwohl sie eigent-
176 lich vielleicht lieber Ausruhen möchten oder keinen Besuch haben möchten. Und ich
177 glaube, wir haben da wir schon so ganz gute Antennen und arbeiten auch als Team
178 ganz gut zusammen, um so Wahrnehmungen zu sammeln und dann auch das umzu-
179 setzen und in die Wege zu leiten, wenn es Not tut.
- 180 I (5) Das ist sozusagen dann auch, also meine andere Frage wäre: Inwiefern ihr
181 Selbstbestimmung fördern könnt? Das wäre dann ja auch ein Punkt, dass ihr sozusa-
182 gen sagt, dass ihr unterstützt, dass die, was habt ihr gerade gesagt? Das die Bedürf-
183 nisse auch eingehalten werden, wie von euch als auch von anderen. So würde ich
184 das jetzt auch sehen.
- 185 E2 Genau, dass sie überhaupt selbst sich bewusst gemacht werden, also dass die Be-
186 wohner, also manchmal ist es ja so, dass der Bewohner es gar nicht so merkt, dass
187 er überfordert ist. Und wir merken das dann nur, wenn er so komplett KO ist nach so
188 einer Besuch-Tour oder so wenn da irgendwie drei, vier Besucher da waren, vielleicht
189 auch nur einer. Aber dieser Bewohner dann einfach so in den Seilen hängt, dann
190 sprechen wir das halt auch mal so dezent an, weil unter Umständen merkt der Be-
191 wohner das gar nicht unbedingt, aber leidet dann halt irgendwie noch so zwei Tage
192 hinterher, weil er keine Kraft mehr hat. Naja und sowas sprechen wir einfach an und
193 dann kann der Bewohner aber selber ENTSCHEIDEN, was er möchte. Wenn er sagt:
194 Nein, ich will das so, dann ist das wunderbar. Schwierig wird es halt, wenn die Be-
195 wohner das nicht mehr äußern können. Also dann müssen wir uns auf unsere Intuiti-
196 on, auf unsere Wahrnehmung unseren Eindruck mit verlassen und ziehen natürlich
197 dann irgendwie Angehörige mit zu, aber gucken dann auch also wie wir das wirklich
198 so managen können, dass es im Sinne des Bewohners ist.
- 199 I Also auf nonverbale Zeichen zum Beispiel achten.

- 200 E2 Ja. Genau. Oder bei Schmerzen oder so auf die Gestik, Haltungen. Die kann man ja
201 an vielen Stellen oder so Körperspannung, die kann man einfach ablesen. Ob jemand
202 Schmerzen hat oder sonst geplagt ist.
- 203 I Habt ihr solche Assessmentinstrumente zu Beispiel Das ihr das hier so nutzt?
- 204 E2 Nicht direkt, nein. Wir haben eine Schmerzskala, die wir nur anwenden können, wenn
205 die Leute sich äußern können. Nein, ansonsten haben wir jetzt nichts.
- 206 I Verlasst ihr euch auf eure Intuition sozusagen?
- 207 E3 Genau, ich hab, also ich hätte vielleicht ein tatsächlich Beispiel. Wir hatten einen jun-
208 gen Mann, der sehr lange bei uns war, also richtig fast ein dreiviertel Jahr oder so und
209 der auch immer viele Besuch von Freunde gekriegt hat und dann ist der tatsächlich
210 dann sterbend gewesen, also das halt die Atmung sich verändert hat und alles und
211 das ging dann bei so einem jungen Mann dann relativ schnell und das es dann auch
212 DEUTLICH wurde und da stand ein Freund vor der Tür und sagte er wohne um die
213 Ecke und er kommt immer mal vorbei und dann hab ich halt ganz vorsichtig halt mit
214 ihm geredet und halt gesagt, dass (...) ach, dass ich das eigentlich jetzt nicht so gut
215 finde und dann hat er gesagt: Ich möchte meinen Freund nur besuchen, wenn er da-
216 von profitiert! Und dann hat sich für mich so, das war so eine tolle Vorlage eigentlich.
217 unv. Keiner von den beiden wird davon jetzt profitieren, dass er jetzt seinen Freund,
218 der dann wirklich auch in der Nacht verstorben ist, so sieht. Und das war für mich halt
219 einfach so dieses. Da hat sich was verändert und genau und der hat es so schön sel-
220 ber erklärt, was er eigentlich will. Also er hätte ihn gerne gesehen, aber ich denke er
221 war mir dann ganz sicher, dass er ihn so nicht sehen will und auch der Bewohner das
222 vielleicht nicht wollte, dass ihn jemand so sieht. Das wusste ich genauso ein biss-
223 chen.
- 224 I (...) und meine letzte Frage wäre: Welche Voraussetzungen müssten geschaffen
225 werden, damit Pflegende sich in Entscheidungsprozessen engagieren? Also es geht
226 vielleicht gar nicht hier nur um die Hospizarbeit, sondern auch größer gedacht sozu-
227 sagen.
- 228 E2 Also du meinst, dass die Pflegeperson sich im größeren Rahmen also zum Beispiel
229 mit Ärzten und sonst was im Kontakt beteiligen in Entscheidungsprozessen?
- 230 I Ja, oder auch, dass die für oder mit Patienten sozusagen in Beratungen zum Beispiel
231 sich einsetzen für, ja damit Patienten ihr Selbstbestimmung bis zum Lebensende auf-
232 rechterhalten können.
- 233 E3 Ja, da wir haben ja einmal Fallbesprechung, ich weiß nicht ob dir/, dass halt die Ärzte
234 auch dazu kommen, wenn es halt gerade um die Selbstbestimmungsthemen geht
235 und wir haben halt auch ethische Zusammenkünfte, dass wir halt, das kommt jetzt
236 nicht so regelmäßig vor, aber dass wir halt, eine Ethikberaterin auch haben und ge-
237 nau bei der wir dann so Sachen, die auch oben auf liegen und ganz oft ist es so, dass
238 wir Themen haben, die dann man dann mit ihr so besprechen könnte unv.
- 239 E2 Du meinst doch die Supervision oder?

240 E3 Ja, genau. Wir haben eine Supervision. Also die ist nicht regelmäßig. Aber wir haben
241 auf jeden Fall die Möglichkeit von so einer ethischen Fallbesprechung (...) Genau und
242 DA versuchen man dann ja wirklich multiprofessionell einfach dann drauf zu kommen.
243 Wenn da irgendwo Problematiken sind. Ich glaube Angehörige und Bewohner sind
244 nicht dabei, also bis jetzt noch nicht, also bei Fallbesprechungen.

245 E2 Doch also ich glaube bei XY war mal (...) oder?

246 E3 War sie dabei?

247 E2 Ich erinnere mich nicht mehr gut.

248 I Also eher nicht die Angehörigen dabei?

249 E2 Nein.

250 I Ich weiß nur, dass von Ethik-Komitees, dass da manchmal Angehörige dabei sein
251 können, die auch eine Stellungnahme sozusagen dazu/

252 E2 Also meisten gibt es dann als Konsequenz ein Gespräch zwischen Ärzten und Ange-
253 hörigen, ja.

254 I Nach der Ethik-Konferenz?

255 E2 Ja, genau. Nachdem wir so im Team besprochen, im Team heißt halt dann auch wirk-
256 lich alle. So zum Team gehören ja auch alle anderen Bereiche. Die haben ja auch
257 oftmals Eindrücke und gute Ansätze oder Ideen oder so und ja Ärzte sind halt alle
258 dabei. Und außerdem finde ich braucht es genug ZEIT und dafür braucht es halt ei-
259 nen guten Pflegeschlüssel, damit die Pflegenden überhaupt die Zeit haben sich auch
260 mit den Bewohnern so intensiv auseinander zu setzen, um wirklich eben auch so ein
261 bisschen zu ERFASSEN, was Sache ist und nicht nur reinstürzen ins Zimmer und ir-
262 gendwie eine Spritze geben und wieder raus fliegen aus dem Zimmer, sondern also
263 es ist für die Bewohner auch so wertvoll, wenn du reinkommst, nicht nur mit einer
264 Idee, was du jetzt gerade machen möchtest, sondern einfach sagst: Mensch, wie
265 geht's? Dich mal hinsetzt und dann einfach so ein Gespräch sich auch entwickeln
266 lässt. Da kommen oftmals so Sachen raus, die sonst im, ich sag mal, normalen Pfl-
267 geablauf einfach nicht angesprochen werden von den Bewohnern. Aber so dieses
268 Gefühl, dass du ihnen ZEIT GIBST oder ZEIT SCHENKST, dass ist glaube ich für die
269 Bewohner total wertvoll und wichtig. Und das muss halt erstmal durch einen Pflege-
270 schlüssel auch gegeben sein. Also wir können uns hier nicht beschweren. Im Ver-
271 gleich zu anderen Einrichtungen (*lacht*).

272 I Ja, das waren auch schon so die Fragen, die ich vorbereitet hatte. Dann bedanke ich
273 mich bei euch, dass ihr so aufrichtig geantwortet habt. Vielen Dank!

274 E3 Gerne.

275 E2 Gerne. Aber jetzt interessiert mich nochmal? Du studierst 8 Semester und bist dann
276 sowohl praktisch als auch theoretisch/

Interviewnummer:	03
Datum der Aufnahme:	07.04.2017
Ort der Aufnahme:	Stationszimmer
Dauer der Aufnahme:	12:28 Min.
Befragte Person:	E4
Interviewerin:	Lea Ecke (I)
Besonderheiten:	Ein Handwerker war mit im Raum. Er hat ein Telefon repariert, das kaputt war und etliche Male während des Interviews geklingelt hat.

- 1 I Ok, also meine erste Frage wäre: Wie erlebt ihr momentan die Möglichkeiten der
2 Selbstbestimmung von letal erkrankten Menschen hier in eurem Arbeitsbereich?
- 3 E4 (...) also es kommt immer ganz auf den Krankheitsverlauf des Einzelnen an, wie weit
4 fortgeschritten die lebensbedrohliche Krankheit schon ist oder nicht. Also, wenn je-
5 mand durchaus sich noch artikulieren kann, ist es natürlich leichter unv. sich zu äu-
6 ßern, was für Wünsche man hat, versuchen natürlich ganz viel unv zu ermöglichen.
7 Sei es mit Ernährung, Getränken, dass wir eine Wunschkost haben oder spezielle
8 Getränke oder irgendwas besorgen. Oder ob jemand gerne immer mal wieder aufste-
9 hen möchte oder mal nach draußen möchte, all sowas. Also wir versuchen schon, so
10 viel wie möglich zu ermöglichen. Oder, dass wir auch häufiger mal Angehörige anru-
11 fen, die dann mal vorbeikommen oder auch mal telefonieren miteinander und (...) ja.
12 Oder es DARF auch mal geraucht werden auf der Terrasse zum Beispiel, wenn das
13 halt der Wunsch ist oder die Möglichkeiten sind alle da.
- 14 I Also die Wünsche so weit wie möglich zu erfüllen?
- 15 E4 Genau, das ist immer da. Dann natürlich, wenn man sich nicht mehr artikulieren kann,
16 dann ist es natürlich schwieriger, da gucken wir, wenn jemand unruhig ist, hilft es viel-
17 leicht ihn mal rauszusetzen? Oder, dass die Unruhe vielleicht weniger wird. Oder,
18 dass wir bestimmte Mundpflegeartikel nehmen. Oder, dass wir auch mit gerne ge-
19 mochten Getränken zum Beispiel Mundpflege machen. Oder eben, dass man ein
20 bisschen den Alltag ein bisschen angenehmer gestalten kann. Das ist ja.
- 21 I Meine zweite Frage zielt nämlich darauf ab, was sind die Möglichkeiten oder welche
22 Möglichkeiten werden genutzt, wenn eure Patienten NICHT mehr einwilligungsfähig
23 sind?
- 24 E4 Genau, dann muss man einfach wirklich gucken: Hat derjenige Schmerzen? Oder
25 eine dolle Unruhe insgesamt? Oder da müssen wir halt einfach dann auf bestimmt
26 Mimik oder Gestik achten, Unruhe, Entspantheit. Muss man halt die Augen ein biss-
27 chen weiter aufmachen und dann ein bisschen ERRATEN auch, was jetzt gewünscht
28 ist.
- 29 I Und inwiefern werden hier Instrumente wie die Patientenverfügung, die Vorsorge-
30 vollmacht oder die Möglichkeit der Betreuung von Sterbenden bedacht.

- 31 E4 (...) Wird schon recht häufig genutzt. Ein Teil bringt natürlich auch schon gewisse
32 Vollmachten mit oder hat sich schon Gedanken gemacht darüber. Da bitten wir dann
33 Angehörige oder Ehepartner oder so oder Kinder die Papiere mitzubringen, dass wir
34 das Fotokopieren können. Die werden auch durchgelesen und auch dann berücksich-
35 tigt. Ansonsten können wir aus dem Internet irgendwie dann diese Patientenversor-
36 gung oder Patientenvollmachten auf jeden Fall ausdrucken und den Angehörigen und
37 den Patienten in die Hand drücken zum Lesen.
- 38 I Wenn die noch bei Bewusstsein, also einwilligungsfähig sind?
- 39 E4 Genau, ansonsten müssen wir natürlich gucken. Dann geht's natürlich um Symptom-
40 linderung oder sowas und (...) mit Angehörigen muss dann geklärt werden, ob eine
41 Reanimation oder ein Intensivaufenthalt irgendwie noch gewünscht wird überhaupt
42 oder ob schon vorher mal Gespräche gelaufen sind untereinander.
- 43 I Aber wenn jetzt zum Beispiel Patientenverfügungen vorhanden sind, dann seid ihr
44 schon darüber auch informiert, was da genau drinnen steht?
- 45 E4 Also wir sind ab dem Moment dann informiert, ab sobald wir die vorliegen haben. An-
46 ders geht es ja gar nicht. Also wir bitten schon, wenn da irgendwas irgendwie steht,
47 dass eine Patientenverfügung da ist, dass wir die auch irgendwann vorliegen haben,
48 dass die auch gefunden wird zu Hause. Ist ja auch nicht immer ganz einfach. Das,
49 nicht immer sind Kinder oder Angehörige informiert darüber. Man trägt sowas ja auch
50 nicht andauernd bei sich. Aber sonst, wenn wir sie vorliegend haben, dann berück-
51 sichtigen wir das auch. Also dann, wir klären auch bei jedem eigentlich ab, ob eine In-
52 tensivbegleitung stattfinden soll bei Verschlechterung oder auch eine Reanimation
53 sein soll, dass ist auf jeden Fall dabei. Also das wird berücksichtigt.
- 54 I Das sind ja auch die wichtigsten Punkte, sozusagen. Und wo seht ihr Hindernisse, die
55 sich ergeben, die durch Selbstbestimmung schwer/ also wodurch Selbstbestimmung
56 schwer fällt?
- 57 E4 (5) Na, ist natürlich alles, was irgendwie in Richtung ich möchte noch einmal ans
58 Meer oder sowas, sowas fällt auch ab und zu mal. Da gibt es aber glaube ich auch
59 inzwischen eine Einrichtung, die wir anrufen können, die dann auch mal. Wir hatten
60 hier mal so einen Flyer, deswegen gucke ich gerade an dir vorbei, wo sowas sozusa-
61 gen dann mal in Angriff genommen wird. Da haben sich ganz viele Ehrenamtliche zu-
62 sammengeschlossen, die dann sowas eventuell unv. mit organisieren würden.
- 63 I So letzte Wünsche erfüllen?
- 64 E4 Genau, weil es ist ja, von uns aus ist es nicht möglich, jemanden irgendwie jetzt ans
65 Meer zu fahren oder nochmal einmal an die Alster oder (...) oder ich möchte nochmal
66 einmal zu Hause sein, bevor es mir schlechter geht oder bevor ich sterbe oder bei
67 vielen ist dann, bei manchen kann man es noch möglich machen, dass man mal sagt,
68 man macht den Belastungsversuch oder Urlaub machen. Aber bei vielen ist das na-
69 türlicher dann ganz schwierig, weil die wirklich schon im Bett liegen und gar nichts mehr
70 können und wirklich Luftnot haben oder starke Schmerzen haben, da ist das schon
71 dann ganz schwierig, solche Wünsche noch zu erfüllen. Da sind dann auch irgendwo
72 Grenzen erreicht für uns jetzt. Und da muss man dann wirklich lange beratschlagen,
73 wie das (...) weitergeht oder ob man vielleicht einfach sagen kann, wegen der frischen

- 74 Luft einfach mal nach draußen schieben, das Bett oder so. Ein bisschen abge-
75 schwächere Form von Wünschen dann.
- 76 I Ja, ok und was denkst du: Also jetzt gibt es so einen anderen Bereich, das zielt eher
77 so auf pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten ab. Da wäre meine Frage: Wobei
78 bräuchten Patienten Hilfe durch Pflegende, um ihr Selbstbestimmungsrecht am Ende
79 aufrecht zu erhalten? Also wo kann die Pflege unterstützen, um die Selbstbestim-
80 mung zu fördern?
- 81 E4 In jeglicher Handlung! In jeglicher pflegerischen Tätigkeit! Sei es einfach nur sitzen im
82 Bett oder frische Luft bekommen, raus aus dem Bett in den Stuhl setzen. Das sind
83 manchmal die einfachsten Sachen, wo wirklich Hilfe benötigt wird, weil die meisten,
84 die irgendwie wirklich dann hier auf Station sind, die können nicht mehr selber aufste-
85 hen, da sind wir einfach dann dabei und müssen das machen. Und die setzten wir
86 dann auch raus und gucken, dass wir dann auch eine bequeme Position finden oder
87 (...) ja. Oder wirklich, dass wir sagen nochmal irgendwie einen leckeren Geschmack
88 im Mund, sei mal ein Stückchen auf was lutschen oder ein Stückchen Kuchen in
89 Mund bekommen oder einfach nur, um irgendwie nochmal ein Erlebnis zu bekom-
90 men. Und da müssen wir bei helfen natürlich. Das sind so die Kleinigkeiten, bis natür-
91 lich die größeren Sachen wirklich Belastungsurlaub ermöglichen, wo dann mehr Or-
92 ganisation zu gehört.
- 93 I Und inwiefern könnt ihr wirklich die SELBSTbestimmung fördern, also, dass sie das
94 selbst entscheiden, ist das jetzt auch durch die Kommunikation oder gibt es vielleicht
95 noch andere?
- 96 E4 Also einmal wenn sich jemand äußern kann, dann sagt er das natürlich, was er gerne
97 möchte. Das ist ja dann überhaupt nicht mehr schwierig. Ansonsten (*säufst*) müssen
98 wir gucken, mag derjenige das? Verzieht er vielleicht das Gesicht? Dann ist es nicht
99 das richtige, dann nimmt man was anderes oder sei es ein Apfelsaft vielleicht dann
100 statt ein Rotwein (*lacht*). Weiß ich nicht, also da muss man dann wieder auf die Mimik
101 achten und wenn das nicht, wenn jetzt keiner sich mehr äußern kann, dann muss ich
102 natürlich die Selbstbestimmung irgendwie an Mimik, Gestik wieder klar machen. Oder
103 Angehörige fragen, was mochte derjenige gerne?
- 104 I Dass man die noch mehr einbezieht sozusagen, den Patienten schon gut kennen
105 oder den Angehörigen.
- 106 E4 Ich weiß ja nicht, ob das für dich jetzt so ausreicht?
- 107 I Doch.
- 108 E4 Oder, ob das jetzt mehr ausschweifend sein muss? Oder ich weiß es ja nicht?
- 109 I Das kannst du selbst bestimmen, also ob du jetzt noch weiter ausschweifen möchtest
110 also, das ist ja selbstverständlich das man/
- 111 E4 Hier ist es natürlich immer so auf diesen Klinikaufenthalt beschränkt (...) oder dass
112 man irgendwie für später versucht eine Einrichtung zu finden, wo derjenige sich am
113 ehesten wohlfühlt oder so. (...) Wo er irgendwelche Sachen mitnehmen darf, die er ir-

114 gendwie noch hätte. Sei es ein Hospiz oder im Altenheim oder zu Hause weiter woh-
115 nen. Geht ja auch um den Aufenthalt nach dem Besuch.

116 I (...) Ok meine letzte Frage wäre schon. Das geht um die Voraussetzungen: Welche
117 Voraussetzungen müssten geschaffen werden, damit Pflegende sich in Entschei-
118 dungsprozessen noch mehr engagieren können. Also wo siehst du sozusagen Poten-
119 tial oder Veränderungen, die geschaffen werden müssten oder die wünschenswert
120 wären, damit man sich noch mehr an diesen Entscheidungsproz/

121 E4 Na die ganzen Schnittstellen müssen funktionieren, dass man wirklich Ansprechpart-
122 ner hat, um wirklich Wünsche auch ermöglichen zu können. Sei es ein Ausflug ir-
123 gendwohin. Da muss es auch ein Ansprechpartner geben, wo es dann auch weiter-
124 gehen kann, weil wir können natürlich nichts weiter machen, als über den Klinikau-
125 fenthalt hinaus. Dass man dann wirklich die Kontakte auch hat. Da kann es weiter
126 gehen. Es muss ein reibungsloser Kommunikationsaustausch mit der Küche passie-
127 ren, dass man auch die Sachen dann wirklich bekommt, dass man vielleicht auch ei-
128 ne Möglichkeit hat, wenn das nicht über die Küche zu organisieren ist, dass man sagt
129 derjenige möchte jetzt gerne das und das haben oder eine bestimmte Musik hören
130 oder irgendwas, dass man diese Sachen heran bekommt und dass sowas dann über
131 Spendengelder finanziert wird, wenn das extra Kosten sind und die dann auch erstat-
132 tet bekommt. Das würde es wesentlich einfacher machen. Da ist es manchmal ein
133 wenig schwierig. An Gelder-Erstattung zu bekommen. Dann wäre wahrscheinlich die
134 Bereitschaft auf jeden Fall viel höher irgendwas mitzubringen. Das man das eben auf
135 dem Weg zur Arbeit macht oder so. Aber es sind halt diese Kleinigkeiten, die halt un-
136 glaublich schwierig sind, dann einen vernünftigen Fluss hinzubekommen. Also wir be-
137 kommen zwar schon immer eine ganze Menge über die Küche, aber halt nicht immer
138 alles. Das ist halt das Problem. Und ansonsten muss man halt gucken, dass man
139 immer ein Austausch mit anderen Kollegen etc. hat, wenn es wirklich besondere
140 Wünsche sind. Dass man sagt, bringen sie doch mal das und das mit, er hat gestern
141 geäußert, er würde vielleicht gerne mal ein Bier trinken oder eine Zigarette rauchen
142 oder irgendwas oder so.

143 I Das sind dann sozusagen diese spontanen Sachen.

144 E4 Genau, dass man auch den räumlichen, der Zeitraum für die Räumlichkeiten da sein,
145 dass man wirklich sagen kann, ich kann mich jetzt darum kümmern, dass der und der
146 das bekommt oder das man einfach sagt und irgendwas weitergibt und hier schaltet
147 euch mal mit ein, derjenige würde so gerne mal.

148 I Ja, das klingt ja schon recht (*lachen*). Ansonsten so glaubst du, dass ihr, also das
149 Pflegende, selbst dafür zum Beispiel genug ausgebildet sind, diese(...). Also jetzt
150 nicht ihr speziell, sondern vielleicht welche, die noch nicht so lange im Beruf sind und
151 (5).

152 E4 Ausbildung kann natürlich immer mehr sein, aber wir haben jetzt von der Akademie
153 eine Palliativfachkraft, die wirklich auch Lehrende ist dort. Die arbeitet auf XY das ist
154 die YX., die macht das zum Beispiel. Die gibt auch Seminare auch mal so zwei, drei
155 Tage Seminare nur. Wo wirklich die jetzt nicht diese riesen Ausbildung haben, dass
156 die so einen kleinen Einblick haben in Kommunikation, wie gehe ich mit Angehörigen

157 und Sterbenden um oder. Also das sollte auf jeden Fall definitiv eigentlich jeder be-
158 kommen. Ganz egal ob das eine Palliativstation ist oder eine Normalstation.

159 I Also die Basics sozusagen.

160 E4 Genau. Also es geht einfach um Empathie dabei, dass man nicht immer alles mit
161 Worten regeln muss, sondern dass man halt auch andere Kommunikation wählen
162 kann.

163 I Ja, das ist doch super.

164 E4 Ja, wenn dir das genügt, ich weiß es nicht.

165 I Doch das ist schon gut. Ich stoppe das mal.

166 E4 Ja mach mal (lacht). Ansonsten frag nach! Ich weiß es nicht, wenn dir /

Interviewnummer:	04
Datum der Aufnahme:	11.04.2017
Ort der Aufnahme:	Stationsküche / Aufenthaltsraum
Dauer der Aufnahme:	13:21 Min.
Befragte Person:	E5
Interviewerin:	Lea Ecke (I)
Besonderheiten:	Im Hintergrund hat am Anfang die Stationsklingel geläutet.

- 1 I Ok, also meine erste Frage wäre: Wie erlebt ihr momentan die Möglichkeiten der
2 Selbstbestimmung hier in eurem Arbeitsbereich von letal erkrankten Menschen?
- 3 E5 Wir versuchen schon viel Selbstbestimmung den Patienten zu lassen, haben aber
4 auch unsere Rahmenbedingungen, die wir irgendwie einhalten. Und das kollidiert
5 manchmal mit der Selbstbestimmung. Zum Beispiel im Frühdienst wird hauptsächlich
6 gewaschen. Wir versuchen schon, wenn Patient schläft morgens noch, dass wir das
7 dann ein bisschen herauszögern, aber im Großen und Ganzen wird das schon am
8 Vormittag gemacht.
- 9 I Ja, also, dass ihr so eine Tagesstruktur habt.
- 10 E5 Ja, die haben wir hier und so ein bisschen muss sich der Patient da auch anpassen.
11 (...)
- 12 I Und welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung werden genutzt, wenn eure Patien-
13 ten nicht mehr einwilligungsfähig sind? Also wenn sie nicht mehr sich äußern kön-
14 nen?
- 15 E5 Wir achten schon vorher darauf, dass die Vorsorgevollmachten dabei haben, dass wir
16 die hier vorliegen haben. Und das auch mit den Angehörigen gesprochen wird. (...)
17 Und meist kommen die Patienten auch hierher und sind noch bei Bewusstsein und
18 einwilligungsfähig und wenn wir merken, das zeichnet sich ab, wird dann hier über
19 den Sozialdienst eben Betreuer eingerichtet oder Vorsorgebevollmächtigte oder eben
20 auch, wenn es Not tut, das Gericht mit eingeschaltet.
- 21 I Und dann erfolgt das Ganze in enger Absprache mit den Angehörigen?
- 22 E5 Ja, also sowieso werden Angehörige ganz stark mit involviert (...) und in die Pflege,
23 im Gespräche mit Seelsorger und Psychoonkologen und eben in Arztgespräche. (...)
- 24 I Gut. Ja, das knüpft eigentlich auch schon an meine dritte Frage an. Inwiefern Instru-
25 mente wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und die Möglichkeit der Betreuung
26 hier genutzt werden?
- 27 E5 Ist ein wichtiger Punkt (...) obwohl wir, also meistens sind die ja noch klar (...) und das
28 in erster Linie wird noch auf den Patientenwillen gehört. Und es kommt auch selten
29 vor, dass das irgendwie auseinander driftet. Dass der Patient das anderes möchte
30 (...) als die Angehörigen. Die Patienten wollen ganz oft wieder nach HAUSE. Und das

31 ist oft nicht möglich. Weiß ich nicht, ist natürlich auch ein bisschen Eigenständigkeit
32 die wegen der Selbstbestimmung. Also es ist oft so, dass sie sich ein bisschen über-
33 schätzen in den Sachen, die sie noch können. Sagen, ich möchte nach Hause. Dann
34 sitzt oft eine Ehefrau da und kriegt schön Angst und sagt uns dann meist nicht im
35 Beisein des Patienten sondern später, das SCHAFFE ich aber nicht. Und DANN wird
36 es schwierig. Das irgendwie so hinzukriegen, dass man den Patientenwunsch erfüllen
37 kann, denn das steht erstmal an erster Linie. Dass man dann mit der Frau spricht und
38 dem Sozialdienst, der ist da ganz wichtig, dass man guckt, was kann man zu Hause
39 TUN, damit dann der Wunsch der Patienten dann eben noch ermöglicht wird.

40 I Und diese Vorsorgeformular, wenn ich darauf jetzt noch einmal zurückkomme, ist das
41 hier vielleicht auch ein Ort, wo man so etwas ansprechen kann, gerade wenn die hier
42 vielleicht nicht bis zuletzt bleiben, sondern wenn das so Zwischenstation ist?

43 E5 Viele haben das schon, wenn sie kommen.

44 I Also das ist dein Eindruck, dass das viele schon haben?

45 E5 Ja.

46 I Ja, das ist doch gut.

47 E5 Auch, dass sie schon wen ausgesucht haben, der ihre Interessen dann vertritt oder
48 das sie auch sagen, wie es weiter gehen soll, was an medizinischen Maßnahmen
49 noch gemacht werden soll. Und ich glaube, das ist wirklich auch, weil sie hier ja,
50 wenn sie hierhin kommen, dann sind sie ja auch schon lange in onkologischer Be-
51 handlung. (...)

52 I Dass das sozusagen schon vorher angesetzt hat?

53 E5 Ja.

54 I Schön zu hören. Meine vierte Frage ist nämlich, dass hast du vorhin auch schon ein
55 bisschen angesprochen, dass geht um: Wo siehst du Hindernisse, die sich ergeben,
56 durch die Selbstbestimmung schwer fällt? Also du hattest ja eben gesagt/

57 E5 Die eine eigene Eigenwahrnehmung haben, die nicht mit dem zusammen passt, was
58 sie wirklich können und das finde ich, ist sehr sehr oft, dass sie sich total überschät-
59 zen und sagen, ich kann das noch und das noch und mich noch selber waschen und
60 aufstehen und zur Toilette gehen. Aber eigentlich geht das überhaupt nicht und es ist
61 auch manchmal so, dass man dann wirklich dem Patientenwunsch nachgibt und die
62 nach Hause entlässt und die dann drei Tage später wieder hier sind, weil es halt wirk-
63 lich nicht geht. Aber ich persönlich finde das besser, als wenn die von hier aus dann
64 gleich ins Hospiz gehen.

65 I Sodass sie erst einmal die Chance kriegen, nach Hause zu kommen.

66 E5 Ja, denn sonst ist es oft so, dass die Patienten, den geht es schlecht zu Hause, dann
67 kommt der SAPV Dienst oder Angehörige oder ein Arzt sagen ich muss in Kranken-
68 haus. Die kommen dann ins Krankenhaus und kommen dann nie wieder nach Hause.

69 I Ja, also ein Abschied nehmen von zu Hause nochmal.

70 E5 Ja.

71 I Ist es dann so, dass die von hier, nach Hause und dann ins Hospiz kommen?

72 E5 Nein, meistens ist es dann gleich von hier ins Hospiz.

73 I Ach so, dass das FEHLT, diese/

74 E5 Ja, dass dieser kleine (...) Sodass das einfach noch fehlt, weil sich das oft Angehörige
75 nicht zumuten oder dann gesagt wird: Nein, das geht nicht. Und er dann gleich ins
76 Hospiz verlegt wird. (...)

77 I Ok. Jetzt habe ich so einen anderen großen Schwerpunkt, dass geht um die pflegeri-
78 schen Unterstützungsmöglichkeiten und da ist meine Frage: Was denkst du: Wobei
79 bräuchten Patienten Hilfe durch Pflegende, um ihr Selbstbestimmungsrecht bis zum
80 Ende aufrecht zu erhalten? Also wo kann die Pflege unterstützen?

81 E5 (6) Also ich finde ja schon in so Kleinigkeiten mit Essenwünschen, Vorlieben. Einfach
82 generell seinen Vorlieben, was sie das ganze Leben lang mal selbstbestimmt, was sie
83 essen, was sie anziehen und wie sie sich waschen. Das wird hier oft ja alles abge-
84 nommen. Da kriegen sie ihr essen vorgesetzt, (...) da ziehen wir ihr T-Shirt aus dem
85 Schrank. Also, dass man in solchen Kleinigkeiten einfach auch ein bisschen sensibler
86 wird und fragt, wie sie es gerne haben und das ist ja nun nicht so das Problem zu fra-
87 gen: Was hätten sie jetzt gerne für ein T-Shirt? Also in solchen Kleinigkeiten.

88 I Dass man nicht für den Patienten entscheidet?

89 E5 Ja! Das man nicht, weil es schnell gehen soll, für den Patienten alles entscheidet,
90 sondern, dass man manchmal sich da auch zurückstellt und ein Gespür dafür kriegt,
91 was er will und ihn nicht so überfährt. Denn es braucht ja auch alles LÄNGER, weil
92 die hier ganz oft ja auch unter der Faltige leiden und dann so müde und träge sind,
93 dass man die dann nicht einfach so überfährt. (...) Das sind so. Und dann Hilfestel-
94 lung geben und sie vielleicht auch selber machen lässt, auch wenn es länger dauert
95 und nicht alles, so viel übernimmt.

96 I Dass man ihnen sozusagen wieder ein wenig Eigenwahrnehmung, Eigeninitiative
97 wieder spüren lässt? Oder nochmal spüren lässt.

98 E5 Ja und wenn man/, muss man aber auch eingreifen, wenn man merkt, es geht wirk-
99 lich nicht. Dass sie auch nicht so das Gefühl haben, ich kann gar nichts mehr, also
100 das ist so eine Gradwanderung. Unterstützen und begleiten.

101 I Das hört sich spannend an und das ist ja auch häufig machen muss und was ja ei-
102 gentlich auch der Knackpunkt ist, dass man ein gutes, eingespieltes Team wird.

103 E5 Und geht natürlich umso besser, umso länger man mit dem Patienten zusammen
104 arbeitet und ihn kennt, weil bei ständigen Wechsel ist das kaum möglich. Das merkt
105 man eben, wenn man hier länger dann war, das ist ein wesentlich angenehmeres ar-
106 beiten für beide Seiten. Auch, weil der Patient dann weiß: Die kommt, die hilft mir,
107 aber ich kann hier auch erstmal alleine machen. (...) Und ich glaube, das habe ich
108 letztens in der Fortbildung auch erst gehört, dass man gerade, wenn man palliativ o-
109 der, ich denke, am Lebensende arbeitet, ist man immer in einer Spannung. Wenn

110 man DIE nicht hat, dann hat man was verkehrt gemacht (lacht). Also immer in der
111 Spannung auch mal was zu lassen. Dass wir eigentlich als Schwestern wissen, ich
112 muss einen lagern, aber wenn der im Sterben liegt, ist das nicht so wichtig, dass ich
113 ihn noch stündlich lagere, wenn er dabei keine Luft kriegt und auf der Seite liegt.
114 Sondern wenn er Luftnot hat, dass er dann eben auf dem Rücken liegen bleibt und
115 wenn's eben/

116 I Zwei Tage sind. Aber seine letzten zwei Tage.

117 E5 Ja. Und ich nicht sage, ich muss sie jetzt aber auf die Seite drehen, weil ich gelernt
118 habe, alle zwei Stunden muss ich sie hier bewegen (...) und das ist ein ganz großes
119 Spannungsfeld, weil wir natürlich in vielen Dingen es anderes gelernt haben und dann
120 etwas zu LASSEN, ist glaube ich oft schwieriger, also immer zu tun und zu tun.

121 I Und meine letzte Frage wäre noch, das geht um Voraussetzungen: Welche Voraus-
122 setzungen müssten deiner Meinung nach geschaffen werden, damit sich Pflegende
123 noch mehr in diesen Entscheidungsprozessen am Lebensende oder Selbstbestim-
124 mung, also dass man sich da einsetzen kann?

125 E5 Dass Pflegende.

126 I Also was für Voraussetzungen geschaffen werden, zum Beispiel habt ihr hier zu we-
127 nig Pflegende oder zu wenig Zeit oder (...)?

128 E5 Also einmal ist das da der Mangel an Personal, denke ich schon, dass eben so viel
129 auch übernommen wird (6) Aber gerade, wir haben einen Herren ,der kam aus der
130 neurologischen Frühreha und jetzt kam die Krankengymnastik hoch, um ihn ein biss-
131 chen zu mobilisieren und hat eben gesagt, das hat mich SEHR beeindruckt, geben
132 sie mal ihre Bettdecke. Ich würde reingehen und sagen: Ich nehme mal ihre Bettde-
133 cke. Weil also solche/ das sind ja solche Kleinigkeiten, wo man eigentlich schon et-
134 was drehen könnte, aber dazu braucht man halt erstens das Wissen, um, wie man mit
135 umgehen kann. Also ich denke Schulungen auch in Kommunikation und in dieser
136 Achtsamkeit und Wahrnehmung, was ist, fällt ja irgendwie völlig flach. Ich weiß nicht,
137 wie viel da jetzt in euren neuen Kursen ist? (...)

138 I Ja, ich glaube, dass wichtige daran ist, dass man das immer wieder kriegt. Also weil
139 man stumpft ja irgendwann ab, das kann man ja gar nicht sagen, weil wenn man das
140 in vier Wochen ist man ja auch schon irgendwie mehr drinnen/

141 E5 Also, dass man sowas einfach macht, dass man da auch selber mit am Ball bleibt und
142 nicht sagt: Ich bin jetzt hier 20 Jahren und ich mach das mal so und dann mit der De-
143 cke. (...) Dass man da immer neu für sensibilisiert wird. Ich glaube, das ist es. Dass
144 man dann nicht (...) in so einen Trott verfällt und dazu muss man sich aber auch sel-
145 ber irgendwie weiterbilden, finde ich und ein Interesse auch weiter daran haben (...)

146 I Ja, das fasst das doch gut zusammen. Also Schulung ist das A und O sozusagen.
147 Unv. (...) sich selbst zu schulen und dieses gar nicht von außerhalb, sondern das man
148 sich selbst immer/

149 E5 Und wenn ich irgendwie eine Fachzeitschrift lese. Also irgendwie, dass man so ein
150 bisschen (...) da drinnen bleibt und dass auch merkt, sensibel bleibt, weil man kann

151 auch nicht hier als Sensibelchen herumlaufen, dann wird einen das viel zu doll mit-
152 nehmen. Das geht auch nicht, aber man muss auch gerade da wieder einen Mittel-
153 weg finden, wie kriege ich das hin, dass ich die Patientenwünsche wahrnehme und
154 die auch achte als Menschen und nicht nur (...) Pankreas CA oder so.

155 I Ja, das ist ein interessanter Ansatzpunkt. Also ich habe ja jetzt schon einige Gesprä-
156 che geführt und das ist, meiner Meinung nach überzeugt mich das gerade, dass diese
157 Sensibilität und auch diese enge Gradwanderung, dass das eine Herausforderung ist
158 und eine Voraussetzung, die geschaffen werden muss, eigentlich so eine Gradwan-
159 derung hinzukriegen.

160 E5 Ja, ich glaube auch das wäre etwas, was helfen würde.

161 I I Ja, perfekt, das was es eigentlich auch schon. Das muss gar nicht ewig lang
162 sein.

Interviewnummer:	05
Datum der Aufnahme:	11.04.2017
Ort der Aufnahme:	Wohnzimmer /Aufenthaltsraum
Dauer der Aufnahme:	21:50 Min.
Befragte Person:	E6
Interviewerin:	Lea Ecke (I)
Besonderheiten:	keine

- 1 I Genau, die erste Frage wäre: Wie erlebt ihr momentan die Möglichkeiten der
2 Selbstbestimmung von letal Erkrankten mal Lebensende hier am Arbeitsplatz?
- 3 E6 Also das ist natürlich abhängig jetzt von unserem Patientenklitel, was wir halt
4 haben, wo im Prinzip die Grunderkrankung, die sie mitbringen, das heißt, die brin-
5 gen eben sehr vital einschränkende Bedingungen mit und Symptomatiken. Das
6 betrifft oft die COPD halt haben und grenzwertig sind und natürlich meistens dann
7 auch kardial dekomponiert sind. Was zu einer UNGLAUBLICHEN körperlichen
8 Schwäche führt, impliziert, dass sie in der Psyche auch geistig dann nicht so fähig
9 sind, über ihre eigene Situation nachzudenken. Das Dritte was dazu kommt, ist die
10 Demenz. Wir haben einige halt, die (...) naja ich kann das jetzt nicht prozentual
11 sagen, ein Großteil hat auch eine schwere Demenz, sodass da natürlich auch
12 schon die Einschränkung gegeben ist, dass sie halt über sich und ihre Situation
13 noch nachdenken können und geschweige denn gut für sich selbst entscheiden
14 können. Das ist schon absolut schwierig.
- 15 I Das sind sozusagen die einschränkenden Faktoren dann?
- 16 E6 Ja. Während wir jetzt schon auch Patienten hatten, die natürlich auch orientiert
17 sind, also sprich, denen was wir sind, sonst früher auch mit palliativ eher verbun-
18 den haben, diese ganzen onkologischen Patienten, das heißt, die ein Karzinom
19 mitbringen. Bei uns ist ganz klassischer Weise das Prostata- oder das Bronchial-
20 karzinom, das die Leute mitbringen. Klar, da ist nicht vordergründig die Demenz,
21 also auch nicht das Alter, das haben wir ja gerade momentan so gehabt. Ja, da
22 kann natürlich, also wenn die Leute orientiert sind, ist die Möglichkeit DA, soweit
23 die Dinge immer zu erklären, dass sie auch für sich alleine entscheiden können,
24 denn sie müssen ja informiert werden über ihre Situation und die kriegen ja nicht
25 einfach gerade immer alles mit, dass sie für sich selbst entscheiden können, das
26 heißt, du kannst informieren, du kannst die Argumente bringen und auf Grund
27 dessen kann der Patient oder die Patientin gut entscheiden.
- 28 I Und was für Möglichkeiten gibt es, wenn die Patienten nicht mehr einwilligungsfä-
29 hig sind? Also sei es jetzt, dass sie so somnolent werden oder so?
- 30 E6 Naja, da sind wir ja hier sehr stark dahinter her, weil das auch das ist, weil bei den
31 normalen Patienten, die jetzt nicht palliativ sind, dann auch gegeben ist. Dann
32 brauchen wir die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmachten müssen herbei.

33 Also die Patientenverfügung ist ja, damit man eine Richtung kriegt, wie hat der Pa-
34 tient vorher wirklich über solche Situationen GEDACHT. Wichtig ist es trotzdem
35 immer nochmal zu überdenken, weil dass, was er vor Jahren oder Monaten der
36 Patient sich überlegt hat, was mit ihm passieren soll in dieser oder jenen Situation,
37 weiß man nicht, ob diese Situation auch jetzt so IST? Ja, so, wie er sich das da-
38 mals gedacht hat. Also das muss man immer mit bedenken. Dann trotzdem es gibt
39 eine Richtung halt an, schon mal so eine Grundsätzliche und wenn man glaubt,
40 der bewegt sich da auch drinnen, der Patient, dann hat man dann eine Grundlage.
41 Dann ist das sehr stark natürlich also auch primär im ärztlichen Bereich auch, dass
42 man die Richtung festlegt in Absprache dann natürlich mit den engsten Angehöri-
43 gen und wenn die dann tatsächlich Vollmachten haben, wird es halt einfacher, weil
44 dann diese Söhne, Töchter, wie auch immer dann bestimmen dürfen. Liegen die
45 nicht vor, liegt es halt rein im ärztlichen Bereich, was mit dem Patienten passiert.

46 I (...) ok, also das wäre ja jetzt schon eigentlich meine dritte Frage: Inwiefern diese
47 Vorsorgeinstrumente hier bedacht werden?

48 E6 Ja!

49 I Also das spielt schon eine große Rolle? Also gerade/

50 E6 Ohne Frage, also das ist in der Studie ja auch zu sehen. Jeder Patient der aufge-
51 nommen wird, also auf dem Anamnesebogen, dem Übersichtsbogen, der in jeder
52 Plannette drinnen liegt, ist unten auf jeden Fall eine Spalte: Gibt es eine Patien-
53 tenverfügung. Wir versuchen die dann auch immer in Kopie da zu haben. Gibt es
54 Vollmachten für, also Vollmachten können ja unterschiedlich sein, ja aber für die
55 Gesundheit auf jeden Fall. Liegen die halt vor? Gibt es das? Wer hat die natürlich?
56 Auch, dass der Namen und natürlich die Erreichbarkeit der wichtigsten Person ist
57 immer notiert. Und wir fragen dann natürlich auch, jedenfalls ist hier eine Notiz
58 immer, ob tatsächlich noch invasive Maßnahmen getätigt werden sollen und hier
59 ist es damit gemeint, will hier noch jemand auf Intensiv oder will jemand auf jeden
60 Fall, egal wie es ihm geht, noch reanimiert werden? Und das wird, relativ früh wer-
61 den die Patienten auch danach gefragt. Bedarf sehr viel Einfühlungsvermögen,
62 wenn hier jemand aufgenommen wird und im Erstgespräch wird nachgefragt: Ha-
63 ben sie schon mal darüber nachgedacht, wie ist das denn (lacht), wenn?

64 I Aber 10 Minuten später kann das passieren.

65 E6 Richtig, genau. Und das bedarf schon, denke ich mal, einer Gesprächsführung das
66 es auch zu einem trotzdem angenehmen Gespräch macht, obwohl, um so eine
67 existenzielle Angelegenheit geht und aber das wird hier gemacht. Wir sehen das
68 dann manchmal, dass das da nicht steht und sobald wir eine Ahnung davon krie-
69 gen, dass jemand doch so schwer krank ist, dass (...) man mit dem Tod rechnen
70 könnte, dass irgendwas passiert, haken wir auch nach. Also das wollen wir da ste-
71 hen haben. Nicht in dieser extrem Situation dann auf einmal solche Dinge klären
72 zu müssen. Das sollten möglichst denken alle, also Pflegepersonal, Ärzte alle da-
73 ran, dass die Dinge geregelt sind und eigentlich gehört es auch zum Erstaufnah-
74 megespräch.

75 I Und wo siehst du Hindernisse, durch die Selbstbestimmung schwerfällt? Also du
76 hattest eben schon gesagt, diese zum Beispiel Demenz oder auch die COPD.

77 E6 Also unv. das sind vielfältig. Also wenn man das auf den Patienten bezieht, dann
78 ist das für mich, ganz klar als aller erstes die Demenz. Also wenn jemand dann
79 kognitiv eingeschränkt ist, also die verschiedensten Formen der Demenz, führen
80 halt dazu, dass ein Patient kaum noch für sich entscheiden kann. Der kann ja gar
81 nicht mehr ermessen, in welcher Situation er sich jetzt gerade befindet und was
82 man da tun sollte und manchmal wollen die dann ja auch Dinge, die wirklich ab-
83 surd sind, weil sie auch gar nicht mehr entscheidungsfähig sind. Dann kommen
84 natürlich zu diesen körperlichen Schwächen, die ich durch die Erkrankung halt
85 dann verursacht ist, das ist dann, was ich meine, so schwer Lungenkrank zu sein,
86 dass man halt kaum noch Luft kriegt, kaum noch reden kannst, alles anstrengend
87 (...) so auch kardiale klar, macht das ja das gleiche letztendlich. Bewegungsfähig-
88 keit ist eingeschränkt, alles, das Ganze, die Dinge, die von außen voneinander
89 einwirken, können damit man vielleicht auch noch, Entscheidung für sich treffen zu
90 können. Dann kommt natürlich der zweite Part, das sind die Verwandten. Sind die
91 jetzt schon so, haben die schon so miteinander geredet, also Patient und seine
92 Angehörigen, dass da schon Konsens besteht? Wenn vielleicht irgendetwas pas-
93 siert? Ich meine immerhin sind das ja alles schon ältere Patienten, wenn, da denkt
94 man ja schon mal: Wie ist denn das, wenn du da schwerstkrank wirst? Und wenn
95 sie das getan haben, werden Angehörige sich der Meinung von vorher eben schon
96 angepasst haben, Vater, Mutter, was auch immer aber so anschließen können, so
97 vom Gefühl her oder ob sie natürlich so sind, dass sie selber den Vater oder Mut-
98 ter so brauchen, dass sie sich nicht loslösen können, dann wird das eine schwieri-
99 ge Geschichte, mit dem: Was soll man tun? Weil wenn der Patient nicht mehr so
100 ansprechbar ist und man das mit den Angehörigen natürlich, dann reinholen ins
101 Boot, bespricht so das mit den und dann gibt es welche, die verstehen das sofort
102 und sagen auch, die wollen NICHT, haben die ganz klar gesagt, das mein Vater
103 oder meine Mutter LEIDET. Und dann ist das für uns ja auch eine gute Marschrich-
104 tung, dass man sagen kann: Ja, also unsere Arbeit verstehen wir jetzt so, dass ihr
105 Vater oder ihre Mutter keine Schmerzen mehr hat, auf keinen Fall unter Luftnot
106 leidet und nicht gestresst dann diese Tage verbringen muss. Das wir da auch dann
107 handeln! Und der Rest ist klar auch wichtig, aber die drei Symptome die wollen wir
108 gut im Griff haben und dann ist man sich ganz schnell einig also auch mit den Din-
109 gen, die man tut. Also wenn man jetzt Morphin gibt und merkt: Vater wird ein biss-
110 chen schläfriger. Dass die damit umgehen können, dass man das denen erklären
111 kann. Ist das aber nicht so, dass jemand festhalten will an dem Vater, Mutter, An-
112 gehörigen, wer auch immer, dann da mit guckt und dann wird es schwierig. Ja,
113 weil das einfach unterschiedlich/ unsere große Erfahrung sagt, wir würden das
114 jetzt von uns aus so weitergehen, aber der Angehörige hängt mit seinen Gefühlen
115 noch LÄNGST hinterher, ist noch gar nicht dabei, dass sich jemand vom Leben
116 verabschiedet aus seinem engsten Kreis und dann steht man da. Das ist eine
117 ganz große Anstrengung! und eine Dritte, dass sage ich halt auch noch, dass ist
118 die Fachkompetenz derjenigen, also die mit dem Pateinten arbeitet. Das ist sowohl
119 im Ärztebereich als auch im Pflegebereich. Wie schätzt man jetzt die Klink bei Pa-
120 tienten wirklich ein? Der eine sagt: Oh, die Schmerzen sind stark. Der andere sieht
121 das gar nicht so eng, hat der nur Schmerzen, wenn man ihn anfasst? Also wo

- 122 dann die Situation des Patienten unterschiedlich interpretiert wird. Also du wirst öf-
123 ters eben tatsächlich auf die Leute drauf ankommt, die direkt am Patientenbett an
124 diesem Tag, in dieser Schicht, in dieser Nacht stehen. Ja.
- 125 I Ok, mein zweiter Komplex würde sich mit den pflegerischen Unterstützungsmög-
126 lichkeiten beschäftigen und da ist meine Frage: Was denkst du, wobei bräuchten
127 Patienten Hilfe durch Pflegende, um ihr Selbstbestimmungsrecht bis zum Ende
128 aufrecht zu erhalten?
- 129 E6 (5) Wo brauchen? Nochmal!
- 130 I Wobei brauchen Patienten Hilfe durch Pflegende, um ihr Selbstbestimmungsrecht
131 bis zum Ende aufrecht zu erhalten? Also wenn es jetzt gerade solche Hindernisse
132 gibt, sag ich jetzt mal, kann die Pflege irgendwas machen, dass sowas/
- 133 E6 Also für mich ist die Pflege der zentrale Punkt dafür. Die Pflege ist, die vermittelt.
134 Also erstmal ist die Pflege grundsätzlich vom zeitlichen her viel länger und öfter
135 beim Patienten, das heißt die Möglichkeit der Beobachtung, auch nach nach Krite-
136 rien, die nur ich als Pfleger hab und nicht mal der Patient, der da liegt, sondern
137 was ich mir angucke, was passiert also Angst, der Patient weiß ja auch nicht un-
138 bedingt das einzuschätzen, wann er jetzt auf einmal den Schmerz kriegt oder
139 wann er Luftnot kriegt, sondern das ist einfach vielleicht auch so ein ganz ängstli-
140 ches und wirrendes Gedankengut, was der so / hat, eigene Erklärungsmuster, die
141 nicht unbedingt mit dem zu tun haben, was tatsächlich passiert. Das obliegt schon
142 eher der Fachkompetenz der Pflegenden. Also das sage ich auch nochmal zu-
143 rückwirkend. Also jemand der durch Fachkompetenz gute Beobachtungsmöglich-
144 keiten sind Strategien, die / also auch WISSEN es wirklich / wird das halt beim Pa-
145 tienten gut aufgenommen und entsprechend halt auch weitergegeben und wenn
146 dann die Ärzte halt hinzukommen. Hier ist es ja so, dass die Ärzte relativ wenig am
147 Patientenbett stehen, es gibt Palliativeinheiten, da steht der Arzt viel mehr am Pa-
148 tientenbett, das ist ein bisschen schmalspuriger hier, dann bist du ja wirklich der
149 (...) die allerwichtigste Person und genau das hinzukriegen, dass man erahnen
150 kann, also mitkriegt und auch vermittelt an den Arzt, denn der ist ja letztendlich der
151 Anordnende. Ja, für die Maßnahme, die wir gerade, wenn es um die Symptomkon-
152 trolle geht, an Schmerzen, Angst und Luftnot, das zu behandeln, da ist meistens,
153 dass es tatsächlich unv. die intensivsten Möglichkeiten in Wirkung sind eben die
154 Medikamente dann halt auch. Die sind auch unser Bereich. Wir können zwar mit
155 Lagerung, natürlich mit Gesprächen und so weiter aber letztendlich, wenn es sich
156 in diesen Extremsituationen auch bewegt, dann kommt man ohne Medikamente
157 nicht aus und da sind wir natürlich immer an den Arzt gebunden, dass wir den da-
158 von überzeugen können, diese unv.so zu managen. Das heißt, dass ist eine ganz
159 große Teamarbeit! Und wenn der gegenseitige Respekt halt da ist, dann klappt
160 das ganz äußert, wunderbare, fruchtbare Zusammenarbeit auch für den Patienten
161 halt dann. (...)
- 162 I Weiter würde ich noch fragen, welche Voraussetzungen geschaffen werden, damit
163 man / oder geschaffen werden müssten, damit Pflegende das also sich noch mehr
164 einbringen können?
- 165 E6 (5) Welche Voraussetzungen? (...)

- 166 I Um die Selbstbestimmung halt zu fördern?
- 167 E6 Um den Patienten zu fördern, ja? (10) Naja, also man könnte schon (...) im Mo-
 168 ment fällt mir nur so eine Richtung ein, aber da müsste ich nochmal drüber nach-
 169 denken. Das ist natürlich immer so diese rechtliche Angelegenheit, was darf ich als
 170 Pflegende denn tatsächlich dem Patienten mitteilen? Da sind wir schon rechtlich
 171 relativ eingeschränkt. Das obliegt sehr stark dem Arzt, was vermittelt werden darf,
 172 was an Informationen rausgegeben hat. Oft muss man sich da ein bisschen zu-
 173 rückziehen in dem, was man dem Patienten erzählt. Also ich kann eigentlich nichts
 174 neues ihm berichten, sondern ich kann immer nur im NACHHINEIN noch das was,
 175 wo ich weiß, also ich rückversichere mich manchmal: Weiß der Patient schon dies
 176 und jenes? Bevor ich das nochmal bei dem anspreche und nicht dem Arzt zuvor
 177 zu kommen. Das ist rechtlich gesehen, meiner Ansicht nach, seine nur seine, nicht
 178 Kompetenz, unv. das darf auch nur der Arzt machen/
- 179 I Sein Aufgabenbereich.
- 180 E6 Sein Aufgabenbereich genau. Und da kann ich mich nicht einfach so reinmischen.
 181 Das heißt DA möglicherweise mehr Recht zu kriegen oder auch mehr Verantwor-
 182 tung da zu übernehmen, ist vielleicht nicht schlecht. Also in einem gut arbeitenden
 183 Team ist das kein Thema letztendlich.
- 184 I Ja, es wäre aber etwas, wo man sozusagen dann sagt, dass man so viel mit dem
 185 Patienten, also so engen Kontakt hat, sage ich jetzt mal so und der Arzt nur punk-
 186 tuell reinkommt, dann wäre man ja eine Ansprechperson, die solche Themen an-
 187 sprechen könnte?
- 188 E6 Ja und wenn natürlich der Arzt in seinen 5 Minuten, die er drinnen war, halt diesen
 189 Eindruck hat und ich in dieser Stunde, wo ich morgens den Patienten gewaschen
 190 habe, einen anderen Eindruck habe, würde ich gerne schon mehr /
- 191 I Auf den Weg geben.
- 192 E6 Ja, also da auch mehr Gewicht drinnen sehen wollen. Ja, also im Gegensatz zu
 193 den 5 Minuten, die der Arzt da drinnen steht. Auch, wenn die dann direkt von der
 194 Uni kommen und dann natürlich mir trotzdem weisungsbefugt sind und da stehen.
 195 Also da habe ich dann schon ein erhebliches Problem mit, wenn ich auch be-
 196 stimmte Qualifikationen halt mitbringe und mich hoch qualifiziert habe, dass ich
 197 aber rechtlich natürlich da nicht so eine Hand habe, sondern tatsächlich den jun-
 198 gen Arzt der direkt von der Uni kommt, kann mir da dann was sagen, wir machen
 199 das so und so mit dem Morphin. Ja, das geht nicht anders. Und DA, das ist schon
 200 schwierig. Und da kann nicht unbedingt für den Patienten arbeiten. Wenn der Pati-
 201 ent orientiert ist, klar kann man schon mal darüber reden, kann man ihn anspre-
 202 chen, fragen sie doch nochmal den Arzt, ob er das jetzt so oder so sehen würde
 203 vielleicht oder dass sie da Unterstützung suchen. Ja, aber wenn er jetzt nicht ori-
 204 entiert ist und schon relativ nah am Ende steht und auch die Kraft nicht mehr hat,
 205 irgendwie lange über seine Situation oder überhaupt in der Situation darüber
 206 nachdenken zu können, wenn man das so in die Hände kriegt, dann wird das
 207 schwierig. Also da, ja DA wäre ein Gewicht drinnen, dass man sagt, komm ja, die
 208 hat eine Qualifikation, die hat das und das, dann mache ich natürlich eine Weiter-

209 bildung. Dann könnte das halt auch alleine für unseren Beruf halt so ein bisschen
210 gut tun. Und auf einer anderen Augenhöhe arbeiten, als wir uns das jetzt erlaubt
211 wird.

212 I Und der Patient aber dann derjenige ist, der davon profitiert letztendlich.

213 E6 Ja sicher, natürlich. Also ich bin davon überzeugt, dass ich das besser kann, als
214 der junge Arzt! (lacht) Ganz sicherlich! Also da sitze ich hier und sage JA, ja dass
215 was ich sehe und was ich wahrnehme und wo ich denke auch und damit meine ich
216 das auch nicht nur im kommunikativen Bereich oder so, sondern auch im medizini-
217 schen Bereich ja, traue ich mir mehr zu als eben jetzt die jungen Ärzte, die hier
218 halt bei uns Palliativmedizin machen. Wo einmal der Oberarzt vielleicht noch
219 drüber guckt und sonst keiner und sonstiges so wurschteln und dann liegt es ja
220 auch an den Anordnungen, wo man dann doch manchmal oder öfter mal den Kopf
221 schüttelt. Das haben wir jetzt gerade gestern hinter uns. Da hättest du jetzt eben
222 gerade bei dem Gespräch mal mit dabei sitzen sollen. Du man merkt diese Vor-
223 sicht natürlich, die die jungen Ärzte haben in der Anordnung und dann mit Medi-
224 kamenten anfangen, wo ich dann sage, das ist ja ein gespielter Witz jetzt und also
225 DA kann man natürlich (...) wenn man da dem Pflegepersonal einfach mehr zu-
226 trauen würde, übrigens das Pflegepersonal sich auch mehr zutrauen würde, also
227 von beiden Seiten auch da souveräner agieren würde. Das wäre ein Gewinn für
228 die Patienten! Oft läuft es ja so, aber wir kriegen nicht die, rechtlich wird es uns
229 nicht anerkannt. Was wiederum für die Professionalisierung in unserem Beruf so
230 wichtig wäre. Ja, wir können ja so viel darüber reden, wenn wir die rechtliche An-
231 erkennung nicht bekommen Dinge zu verschreiben, ob der Arzt das will oder nicht,
232 werden wir immer (4) (klatscht in die Hände). Ja, werden wir immer (...)

233 I An zweiter Stelle stehen.

234 E6 Ja, an zweiter Stelle stehen, ist charmant ausgedrückt. Mir wäre jetzt nur etwas
235 anderes eingefallen, das sage ich jetzt aber nicht. Aber so das wäre schon ja na-
236 türlich im rechtlichen und juristischen Sinne auch wirklich, dass die Juristen auch
237 sagen JA, da kann Pflegepersonal in diesen Situationen auch (...) kompetent ent-
238 scheiden. Das wäre etwas, was für uns ein Gewinn wäre und erst recht für die Pa-
239 tienten. WEIL wir einfach mehr am Bett stehen, dann würde das Pflegepersonal
240 sich auch bemühen. In dem Moment, wo du in die Verantwortung reingenommen
241 wirst, (...) also wo du es wirklich entscheiden musst, tut sich auch was beim Pfl-
242 egepersonal in Sachen Kompetenz. So lange du immer den Arzt anrufen kannst
243 und sowieso nicht dafür verantwortlich bist, gibt es immer das, ich sag mal, das
244 verantwortungsfreie Diskutieren über die Dinge, weil du musst es ja eh nicht ent-
245 scheiden und auch nicht nachher die Entscheidung TRAGEN. Ja, also auch wenn
246 sie falsch war. Ja, dann musst du ja nicht dafür gerade stehen. Also was in den
247 Dienstzimmern da so abgeht blablabla, das ist wunderbar. Aber in dem Moment,
248 wo du sagt, so ich entscheide das, muss man ja auch für die Entscheidung GE-
249 RADE stehen, führt wiederum dazu, dass die Leute tatsächlich auch besser in ih-
250 ren Mitten im Job steht, dass was man nachher verantworten muss, da kümmert
251 man sich auch darum, dass ich das nachher besser kann. Und ich sehe auch
252 noch, um zur Selbstbestimmung des Patienten/ also für mich ist, ganz ganz oben
253 steht natürlich: Wie kann ich einen Patienten aufklären und informieren? Und wenn

254 ich das gut KANN und dem Patienten auch gut erklären kann, kann der dann auch
255 tatsächlich besser für sich entscheiden. Auch beim dementen Patienten, also da
256 müssen wir ja auch Wege finden, Zugang zu jemandem zu finden, um / also wir
257 müssen ja die aller letzte Situation ausreizen können, die noch da ist, damit der
258 Patient irgendwie für sich entscheiden kann. Diese Kompetenz müssen wir uns
259 auch aneignen. Und da sage ich auch, dass können wir besser, können wir jetzt
260 schon besser.

261 I Auch den zeitlichen Aspekt, den man bei solchen Patienten dann braucht, bei De-
262 menten zum Beispiel/

263 E6 Ja, also wir sind mehr da unterwegs sowieso, weil wir während anderen Dinge
264 beim Patienten sowieso da stehen müssen, und wenn wir jetzt morgens die
265 Grundpflege haben, wo du dann am Waschbecken stehst, wo du dann nachher im
266 Bett halt beim Ankleiden so viel Gelegenheit zu reden und rauszuhören, wie könn-
267 te ich denn jetzt ihn erreichen? Braucht er vielleicht gerade selber damit? Und so.
268 Also wir haben, dieser zeitliche Aspekt spielt da eine große Rolle und wenn ich
269 diesen fachkompetent füllen kann, kann ich genau das alles nutzen, damit der Pa-
270 tient seine Situation erfassen kann und vielleicht noch gute Entscheidungen treffen
271 kann. ‚Also ich will unbedingt jetzt nach Hause‘ und du siehst genau, das geht gar
272 nicht. Wie kann ich mit dem dann reden, damit der da so eine Entscheidung für
273 sich trifft? Und ich sage bewusst so eine Entscheidung. Also einfach nach Hause
274 zu gehen und zu sagen ‚Ich will jetzt nach Hause‘, geht nicht. So wie kriege ich
275 den dazu? Schafft man! Das können nur wir. (...) Deshalb, da finde ich ist das der
276 existenzielle Weg. Der geht nur über uns. Oder die Ärzte kriegen in Zukunft wieder
277 mehr Zeit, am Patientenbett zu stehen, das ist aber nicht der Fall. Das sind WIR.
278 Also ran an den Speck! Und auch nochmal wirklich den Mut zu haben, diese Dinge
279 sich anzueignen und zu wissen und Entscheidungen zu treffen. Und die Entschei-
280 dungen sind Verantwortung! unv.

281 I Klingt gut. (lacht) Ja, ich glaube das war's auch schon. Denn wenn wir, das waren
282 dann auch so ähnliche Punkte die ich mir, unv. die jetzt gut aufgegriffen worden
283 sind.

284 E6 Die du dir selbst gedacht hast.

285 I Genau.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig 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.

Quickborn, den 1. Juni 2017

Lea Ecke