

Herausforderungen für Pflegende bei der Betreuung und Unterstützung von Angehörigen palliativ versorgter und sterbender Menschen in Akutkrankenhäusern

Vorgelegt am 04. Juni 2018

Vorgelegt von Nico Fickler

1. Prüferin: Prof. Dr. Uta Gaidys
2. Prüferin: Angela Büttner-Beinlich

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

Zusammenfassung

Die vorliegende qualitative Studie untersucht, vor was für Herausforderungen professionell Pflegende, die palliativ versorgte Patienten und deren Angehörigen in einem Akutkrankenhaus betreuen und begleiten, stehen. Eine angemessene palliative Versorgung ist in Deutschland noch nicht flächendeckend und ausreichend vorhanden, obwohl gerade die Betreuung von Menschen in diesen Situationen besondere Fähigkeiten und Kompetenzen benötigt. Unter dem Gesichtspunkt, dass ein Großteil der Menschen in einem Krankenhaus sterben und dort nicht auf einer Palliativstation, werden in dieser Arbeit die Aufgaben, Pflichten und Chancen der pflegerischen Versorgung der Betroffenen identifiziert und analysiert. Dafür wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit examinierten Pflegenden durchgeführt, die alle in dem gleichen Hamburger Krankenhaus arbeiten. Die Aussagen aus den Interviews wurden mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring hinsichtlich der Bedürfnisse und Anliegen der Angehörigen von palliativ versorgten Menschen, sowie der Kompetenzen und Fähigkeiten, die Pflegende aufweisen sollten, um die Bedürfnisse adäquat befriedigen zu können, analysiert. Das Ziel war es herauszufinden, wie Pflegende trotz widriger Begleitumstände im Krankenhaus, wie den chronischen Personal- und Zeitmangel und die damit oftmals einhergehende Überforderung, den Bedarfen der Betroffenen gerecht werden können und wie sie ihr Wissen, sowie ihre Kompetenzen hierbei aktiv einbringen können. Nach Aussage der Pflegenden können durch Strukturen wie eine Palliativeinheit und die Einführung eines palliativen Konsildienst die Qualität der palliativen Versorgung der Patienten, sowie der Begleitung der Angehörigen erheblich verbessert werden. Zeitmangel und fehlendes Wissen von Pflegenden, aber auch anderen Berufsgruppen im Umgang mit palliativen Situationen wurden als Gründe für eine unzureichende palliative Versorgung identifiziert. Die Bedürfnisse der Angehörigen beziehen sich auf die Kommunikation mit den Pflegenden und dem Wunsch nach Teilhabe an pflegerischen Tätigkeiten. Angehörige brauchen Zeit und Ruhe für die Verarbeitung der Situation und trauern. Dabei können sie von Pflegenden durch empathische und gesprächsleitende, kommunikative Fähigkeiten unterstützt und aufgefangen werden. Pflegende können ihre Kompetenzen durch Weiterbildungen erweitern, um Angehörigen und Patienten helfen zu können. Gegen andere

Faktoren, wie den Zeit- und Personalmangel können sie nichts ausrichten. Hier könnten Strukturen wie Palliativdienste, die in vielen Krankenhäusern eingerichtet werden müssten, helfen, die palliative Versorgung zu zentralisieren. Dadurch könnten alle von einer palliativen Versorgung betroffenen Menschen in einem Krankenhaus, egal auf welcher Station sie sind, gezielter und adäquater betreut und begleitet werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Theoretischer Rahmen.....	1
1.2 Forschungsfragen und Forschungsziele	3
1.3 Aufbau der Arbeit	4
2. Methodik.....	4
2.1 Literaturrecherche.....	4
2.2 Qualitative Datenerhebung und -auswertung.....	5
2.3 Rekrutierung der Teilnehmer	6
3. Ergebnisse	7
3.1 Bedeutung des palliativen Konsildienstes.....	7
3.2 Versorgung in der Palliativeinheit.....	11
3.3 Bedürfnis nach Kommunikation.....	15
3.4 Unterstützung durch Pflegende.....	21
3.5 Zeit als limitierender Faktor	26
3.6 Wunsch nach Teilhabe.....	28
4. Diskussion	30
4.1 Bezug zur Literatur	30
4.2 Diskussion der Methode und Limitationen.....	33
5. Schlussfolgerung und Ausblick.....	35
6. Literaturverzeichnis.....	37
7. Anhangsverzeichnis.....	39

1. Einleitung

1.1 Theoretischer Rahmen

In der Versorgung kranker Menschen treten Situationen ein, in denen medizinische Interventionen, die auf Kuration ausgelegt sind, an ihre Grenzen gelangen (Bundesärztekammer 2011). In diesen Fällen können bestimmte Krankheitsbilder nicht mehr mit Aussicht auf Heilung behandelt werden (Kempa 2011). Wenn feststeht, dass eine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann und somit zum Tod führt, verändert sich die Situation und die Lebensperspektive der betroffenen Patienten entscheidend (George et al. 2013). George et al. (2013) führen weiter aus, dass dies auch eine einschneidende Situation für die Angehörigen und engen Kontaktpersonen darstellt.

Kempa (2011) legt dar, dass die Medizin und die Pflege auf besondere Art und Weise gefordert sind, wenn eine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Weiterhin beschreibt Kempa (2011), dass sich die Therapieziele und Maßnahmen der medizinischen Fachrichtung bedeutend ändern. In diesen Fällen wird eine palliativmedizinische Versorgung angestrebt und durchgeführt (Bundesärztekammer 2011). Die Aufgaben und Anforderungen der Pflege ändern sich ebenfalls, hier ist vor allem die Unterstützung der betroffenen Personen in der Bewältigung der neuen Lebenssituation zu nennen (George et al. 2013). Der palliative Versorgungsansatz beinhaltet im Kern die weitestgehende und möglichst lange Erhaltung der Lebensqualität und die einfühlsame Begleitung der Menschen bis zum Tod (Kempa 2011). Nach Aussage von Kempa (2011) stehen dabei die Erkrankten im Mittelpunkt, ungeachtet dessen schließt eine palliative Versorgung ganz entscheidend die ganzheitliche Betreuung von Angehörigen mit ein, die nach dem Tod des Erkrankten nicht aufhören sollte. Grossenbacher-Gschwend und Eychmüller (2007) beschreiben, dass die Sterbephase, die in der palliativen Versorgung früher oder später eintreten wird, auch für professionelle Begleiter eine Herausforderung darstellt, da ihre Kompetenzen diesbezüglich oft wenig ausgebildet sind.

Laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und dem deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) (2015) wurden in den letzten 30 Jahren in

deutschen Krankenhäusern vorwiegend die spezialisierte Palliativversorgung strukturell und finanziell entwickelt. Diese umfasst unter anderem Strukturen wie spezielle Palliativstationen in Krankenhäusern und dort eingesetzte multiprofessionelle Palliativdienste. Allerdings ist diese Entwicklung noch nicht abgeschlossen und diese speziellen Versorgungsformen existieren zurzeit nur in wenigen Krankenhäusern (DGP, DHPV 2015). Knapp die Hälfte aller sterbenden Menschen in Deutschland befinden sich beim Eintritt des Todes in Krankenhäusern (Stand 2013), der mit Abstand größte Teil dieser Gruppe wird auf allgemeinen Stationen betreut und versterben meistens auch dort (DGP, DHPV 2015). In diesen Settings können die besonderen Bedürfnisse von Sterbenden und deren Angehörige nicht oder nur unzureichend zufriedengestellt werden (Thönnies, Jakoby 2011). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2002) beschreibt, dass die umfassende palliative Versorgung die Linderung von Symptomen und Beschwerden der Erkrankung ermöglicht, die die Lebensqualität und Autonomie der Erkrankten stark mindern. Die Bewältigung von Problemen aus allen Lebensbereichen der Betroffenen steht ebenso im Mittelpunkt. Die Erreichung dieser Ziele und die adäquate Erfüllung der Bedürfnisse der Erkrankten, sowie deren Angehörigen, sind auf Normalstationen vom vorhandenen Personal fachlich und zeitlich meistens nicht zu leisten (George et al. 2013). Ein ähnliches Bild ergab sich während der im Laufe des Studiums absolvierten Praxiseinsätze auf Stationen unterschiedlicher Fachrichtungen in einem Hamburger Akutkrankenhaus. Die meisten Pflegenden waren überfordert, wenn Patienten palliativ versorgt werden mussten oder gar kurz vor dem Sterben waren. Vor allem der Umgang mit den Angehörigen, als auch der zeitliche Faktor waren besonders große Herausforderungen. Es gab einfach zu wenig Personal und dadurch Zeit, um während eines Dienstes die betroffenen Patienten angemessen versorgen zu können, sowohl was körperliche Pflege, als auch was psychische Unterstützung betraf. Hinzu kam, dass viele Pflegende mit so einer Situation und der entstehenden Belastung überfordert waren. Dies äußerten selbst examinierte Pflegende mit langjähriger Berufserfahrung, die sich über die Situationen auf der Station in den Übergaben austauschten und die Missverhältnisse verurteilten.

Eine inhaltlich, kommunikativ und organisatorisch unzureichende Sterbebegleitung führt bei zurückbleibenden Angehörigen in vielen Fällen zu einer Trauerreaktion, die

über eine normale Trauerreaktion hinausgeht und daher als krankhaft eingestuft wird, sowie zu hohen damit assoziierten Todesraten (Grossenbacher-Gschwend, Eychmüller 2007). Die DGP und der DHPV (2015) legen dar, dass die Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen und der Zugang zu einer angemessenen Palliativversorgung in einem Krankenhaus in den meisten Fällen dem Zufall überlassen werden, obwohl eine adäquate Versorgung in Form von Behandlung und Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen so elementar wichtig ist. Zu erklären ist dies, neben den nur unzureichend vorhandenen strukturellen Rahmenbedingungen, vor allem dadurch, da ein leistungsrechtlich relevanter Anspruch auf allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung in einem Krankenhaus in Deutschland zurzeit nicht besteht (DGP, DHPV 2015). Die DGP und der DHPV (2015) tragen weiter vor, dass verbindliche systematische und strukturelle Bedingungen geschaffen werden müssen, um diese Probleme bewältigen zu können und um den Erkrankten ein menschenwürdiges Sterben, sowie den Angehörigen ein menschenwürdiges Abschiednehmen und Trauern gewährleisten zu können.

1.2 Forschungsfragen und Forschungsziele

In der Arbeit werden gezielt die Bedeutung und die Rolle der Pflegenden für palliativ versorgte Patienten und deren Angehörigen aus der Sicht der Pflegenden untersucht. Die Forschungsfragen sollen den Fokus der Arbeit auf die Kompetenzen der professionell Pflegenden in der palliativen Versorgung von Menschen richten. Neben diesem Schwerpunkt steht die Unterstützung der Angehörigen von palliativ versorgten Menschen im Mittelpunkt. Dabei ist die Versorgung und Betreuung der Patienten selber ein wichtiger Bestandteil der Arbeit, da sich die Angehörigen nicht isoliert von den Patienten betrachten lassen. Viele Fähigkeiten und Qualitäten benötigen Pflegende gleichermaßen für die Pflege der Patienten, als auch für die Begleitung der Angehörigen. Die Ergebnisse sollen dadurch spezifiziert und konkretisiert werden, indem die Forschungsfragen auf die Versorgung der Betroffenen in einem Akutkrankenhaus bezogen werden. Das ist wichtig, da es viele Formen der palliativen Versorgung gibt und die Versorgung in einem Akutkrankenhaus hierbei eine herausragende Rolle einnimmt. Wie im theoretischen Rahmen beschrieben, stirbt ein Großteil der Menschen in Deutschland in einem

Akutkrankenhaus. Um die vorgestellten Elemente der Untersuchung gleichermaßen zu berücksichtigen wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

- Wie können Pflegende Angehörige von palliativ versorgten Patienten im Akutkrankenhaus unterstützen?
- Welche Kompetenzen brauchen Pflegende für die Betreuung und Unterstützung der Angehörigen?

Konkret soll herausgearbeitet werden, was für Bedürfnisse und Anliegen die Angehörigen haben und wie man diese im Setting Akutkrankenhaus gezielt und effizient befriedigen kann. Dabei soll der Schwerpunkt auf der Verantwortung und die Möglichkeiten der Pflegenden liegen, wie sie den Angehörigen Hilfestellungen in der schweren Zeit geben können.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im folgenden Abschnitt wird die Methodik erläutert, die für die Generierung der Ergebnisse angewendet wurde. Danach folgen die Ergebnisse. Diese wurden aus den Aussagen aus den Interviews herausgearbeitet und werden nach Kategorien sortiert vorgestellt, die der Autor herausgearbeitet hat. Im Anschluss daran schließt sich die inhaltliche Diskussion an, in der die Ergebnisse der Interviews mit Erkenntnissen aus der aktuellen Literatur verglichen und vorhandene Übereinstimmungen bzw. Unterschiede aufgezeigt werden. Hiernach folgt die methodische Diskussion. Im Abschnitt Schlussfolgerungen wird ein Fazit aus der Untersuchung gezogen und gewonnene Antworten und Sachverhalte werden auf die Forschungsfragen bezogen, um diese zu beantworten.

2. Methodik

2.1 Literaturrecherche

Für den theoretischen Rahmen und die Problembeschreibung, sowie vergleichende Literatur wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken ‚pubmed‘ und ‚CINAHL‘ durchgeführt. Gesucht wurde nach deutscher und englischer Literatur. Dafür wurde Schlagwörter und Stichworte gewählt, die mithilfe eines Lexikons ins Englische übersetzt wurden. Suchbegriffe waren *care*, *caring*, *nursing*, *nurse*, *palliative care*, *palliative treatment*, *palliative therapy*, *hospital*, *clinic*,

acute care hospital, family, relatives, family members. Die Worte wurden einzeln eingeben und in verschiedenen Kombinationen mit AND und OR verknüpft. Ergänzt wurde die Suche durch die Eingabe der Suchworte in die ‚beluga‘-Datenbank des Hamburger Bibliothekssystems. Auch hier wurden unterschiedliche Kombinationen eingegeben.

2.2 Qualitative Datenerhebung und -auswertung

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden qualitative Daten erhoben. Dafür wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit examinieren Pflegenden in einem Hamburger Akutkrankenhaus durchgeführt. Der qualitative Ansatz der Arbeit ermöglichte es, die Thematik, die in dieser Studie behandelt wird, aus Sicht von Pflegenden darzulegen und zu analysieren. Sie werden regelmäßig mit Situationen, die Gegenstand der Arbeit sind, konfrontiert und müssen sich mit diesen auseinandersetzen. Die Datenerhebung fand durch leitfadengestützte Interviews statt. Dafür wurden im Vorfeld ein Interviewleitfaden erstellt, der der betreuenden Dozentin vorgelegt und von ihr angepasst wurde. Der Interviewleitfaden ist dieser Arbeit im Anhang angefügt. Der Leitfaden diente als Orientierung für den Durchführenden. Den Interviewteilnehmern wurde die Funktion des Leitfadens erklärt. Die Interviews wurden von dem Autor dieser Arbeit durchgeführt, digital aufgezeichnet und transkribiert. Ein Transkript ist dieser Arbeit im Anhang beigelegt. Die Teilnehmer wurden vor Beginn der Interviews über das Ziel und den Nutzen der Durchführung der Interviews informiert. Sie wurden darum gebeten, frei zu erzählen, Nachfragen des Durchführenden wurden im Verlauf der Interviews gestellt, um ein Thema zu vertiefen oder Unverständliches aufzuklären. Nach den ersten zwei Interviews wurde der Interviewleitfaden leicht angepasst, um die Rolle der Angehörigen im Prozess der palliativen Versorgung eines Patienten sicherer in die Datenerhebung mit einbinden zu können.

Für die Auswertung der Transkripte der Interviews wurde die Methodik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse verwendet (Mayring 2010). Jede Aussage eines Interviewtranskriptes wurde kodiert, das heißt zusammengefasst und verallgemeinert. Aus den entstandenen Kodierungen erfolgte für jedes Interview die Bildung von Kategorien (Mayring 2010). Dabei wurden Kodierungen, die thematisch und inhaltlich zusammenhängen, einer Kategorie zugeordnet. Dieses Vorgehen wurde für jedes Transkript der sechs Interviews wiederholt. Durch den Vergleich der

Kategorien der einzelnen Transkripte wurden sechs Hauptkategorien erstellt, die als Ergebnisse in Abschnitt 3 dieser Arbeit dargelegt werden. In den Kategorien werden die wesentlichen Aussagen der Teilnehmer der Studie synonym dargestellt (Mayring 2010). Die Erhebung der Daten erfolgte vom 16.04.18 bis zum 23.04.18. Ein Interviewtranskript und die Kategorienliste ist dieser Arbeit im Anhang beigefügt.

2.3 Rekrutierung der Teilnehmer

Potenzielle Teilnehmer an der Studie wurden durch den Autor auf ausgewählten Stationen im Krankenhaus persönlich angesprochen oder über die jeweiligen Stationsleitungen erreicht. Die möglichen Studienteilnehmer mussten Kriterien erfüllen, um in die Datenerhebung für die Studie miteinbezogen werden zu können. Da die Ergebnisse aus der Sicht professionell Pflegender in einem Akutkrankenhaus erhoben werden sollten, mussten die potenziellen Teilnehmer examinierte Pflegende sein, die ihre Ausbildung oder ihr Studium in Deutschland absolviert hatten. Außerdem sollten sie nach Abschluss ihrer Ausbildung mindestens drei Jahre in einem Akutkrankenhaus gearbeitet haben. Zu den Stationen, auf denen die möglichen Studienteilnehmer angesprochen wurden, gehörten zwei chirurgische Stationen, zwei innere Stationen, eine herzchirurgische Station und eine Station für Kurzlieger, in der Menschen verschiedener Fachabteilungen betreut werden. Die Stationsleitungen wurden über die Ziele der Interviews und der Studie informiert. Sie haben dann innerhalb ihres Teams die Informationen weitergegeben und den Kontakt zu Pflegenden hergestellt. Meistens erfolgte nach der Information an die Stationsleitung eine direkte Ansprache des Durchführenden an die Pflegenden. Dafür wurde in günstigen Situationen, wenn z.B. Übergabe zwischen zwei Diensten war und viele Pflegende anwesend waren, die Studie vorgestellt und gefragt, wer sich bereit dazu erklären würde, an den Interviews teilzunehmen. Pflegenden, die Interesse zeigten, wurden mündlich ausführlicher über die Datenerhebung und das Ziel der Studie informiert. Außerdem wurden ihnen ein schriftliches Informationsschreiben über das Vorhaben und eine schriftliche Einverständniserklärung ausgehändigt. Beide Dokumente sind der Arbeit im Anhang beigefügt. Die Kontaktdaten des Durchführenden wurden den potenziellen Teilnehmern übermittelt. Wenn sich die Pflegenden bereit dazu erklärten, an dem Interview teilzunehmen, wurde ein Termin und ein Ort für die Durchführung abgesprochen. Auf diese Weise konnten sechs Pflegende gewonnen

werden, die sich auf vier verschiedene Stationen des Krankenhauses verteilen. Die Interviews wurden alle außerhalb der Dienstzeiten der Teilnehmenden und somit in ihrer Freizeit durchgeführt, um rechtliche Konsequenzen zu vermeiden. Bevor ein Interview begonnen wurde, wurden die unterschriebenen Informationsschreiben und Einverständniserklärungen eingesammelt.

3. Ergebnisse

3.1 Bedeutung des palliativen Konsildienstes

Während der Interviews mit den professionell Pflegenden wurde deutlich, dass die Implementierung eines palliativen Konsildienstes wichtig ist, um die Versorgung und Begleitung von palliativ zu versorgenden Menschen und deren Angehörigen im ganzen Krankenhaus gewährleisten zu können: *„Ich [...] habe dann erst mal Zahlen und Fakten gesammelt und habe festgestellt, der Bedarf ist riesig hier im Haus, auf jeder Station sind palliative Patienten, die wir begleiten können.“* (Frau F, Abs. 3). Abgesehen von der Palliativeinheit des Hauses, auf die in Abschnitt 3.2 eingegangen wird, stellte sich auf vielen Akutstationen des Hauses heraus, dass das interdisziplinäre Team große fachliche Defizite bei der Versorgung von palliativen Patienten aufweist: *„Hier auf Station ist es [...] schon ziemlich schwer. [...] würde ich schon sagen, dass Pflege, Ärzte ziemlich weit hinten noch mit der Versorgung liegen.“* (Frau E, Abs. 1). So kommt es häufiger vor, dass sich unerfahrene oder unsichere Pflegenden Hilfe von Kollegen der Palliativeinheit holen, um palliative Patienten zu versorgen: *„[...] ich habe auch eine Schwester von Palliativstation geholt zur Hilfe [...], welche wirklich so Erfahrung hat und arbeitet jeden Tag mit solchen Situationen.“* (Frau A, Abs. 5). Der Zustand, dass auf vielen Akutstationen offenbar Wissen beim Umgang mit palliativen Patienten und deren Angehörigen fehlt und die Mitarbeiter dort überfordert sind, wenn es um palliative Versorgung geht, führte zu zwei Lösungsansätzen, die den oben angesprochenen Bedarf an palliativer Versorgung decken sollen. Sogenannte Multiplikatoren sollen dafür sorgen, dass auf jeder Station des Hauses Pflegenden mit der Palliativ Care-

Weiterbildung¹ arbeiten und so alle Mitarbeiter der Station beraten und unterstützen können: *„[...] wir haben ja auch mittlerweile Multiplikatoren hier im Haus. Das sind die, die die Palliative Care-Ausbildung gemacht haben, ohne auf der Palliativeinheit zu arbeiten. Es sollte eigentlich so sein, dass auf jeder Station zwei sind, sodass das Team bei besonderen Patienten auch auf diese Mitarbeiter zurückgreifen kann.“* (Frau F, Abs. 19). Allerdings ist dieses auf einigen Stationen noch nicht umgesetzt worden. Dort gibt es zurzeit keine Mitarbeiter mit der Palliative Care-Weiterbildung: *„[...] Palliative Care, da wird jetzt halt auch daran gearbeitet, dass eine Mitarbeiterin von uns diese Ausbildung macht, um halt auch gerade wirklich Fachwissen darüber zu haben. Das ist halt einfach ein Thema, was meistens ziemlich schwammig behandelt wird.“* (Frau E, Abs. 2).

Um die Stationen zu unterstützen, die zurzeit noch keine Mitarbeiter mit entsprechender Weiterbildung haben, wurde im Jahr 2017 der palliative Konsildienst gestartet, der eben alle Stationen im Haus bei Bedarf unterstützen kann. Auch die, die gegenwärtig schon Mitarbeiter mit der Weiterbildung beschäftigen. Aber ein oder zwei entsprechend qualifizierte Mitarbeiter sind nicht immer im Dienst und sie sind nicht für die Versorgung der palliativen Patienten freigestellt, sondern übernehmen einen ganz normalen Bereich einer Station. Der palliative Konsildienst befindet sich selbst noch in der Pilotphase: *„Deshalb hatten wir im April 2017 eine Pilotphase gegründet mit einem Konsildienst hier im Haus. Da war ich dann mit im Boot und die beiden Ärzte [...]. Das sind beides Palliativärzte und die sollen jetzt erstmal so in der Pilotphase noch das Projekt begleiten. Und unser Ziel ist es eigentlich, diese Patienten auch so gut wie möglich aufzufangen und zu begleiten und zu betreuen.“* (Frau F, Abs. 1-2). Neben den beiden Medizinerinnen ist eine examinierte Pflegerin Bestandteil des Konsildienstes. Sie wurde für diese Aufgabe von der Arbeit auf ihrer Station entbunden: *„[...] du bist jetzt freigestellt [...], arbeite[st] jetzt Vollzeit für das ganze Haus übergreifend als palliative Koordinatorin, unterstütze Pflege, Ärzte, Angehörige.“* (Frau F, Abs. 3). Als

¹ Die Weiter- oder Fortbildung in Palliative Care oder palliativer Pflege ist kein geschützter Begriff und wird von unterschiedlichen Arbeitgebern in der Gesundheitsbranche angeboten. Auch der Umfang ist von Kurs zu Kurs verschieden. Bestandteile sind in dem Haus, in dem die Interviews durchgeführt wurden, das Erlernen bzw. Erweitern der Fähigkeiten bei der Kommunikation mit Betroffenen und die Gesprächsführung. Des Weiteren die Aneignung von speziellem, pflegerischen Handlungswissen, das Achten von ethischen und rechtlichen Aspekten, sowie der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (Albertinen Diakoniewerk)

Koordinatorin ist sie für die Verteilung der palliativ zu versorgenden Menschen im Krankenhaus zuständig. Dabei versucht sie, wenn der Zustand des Patienten und die Kapazitäten der Palliativeinheit dies zulassen, palliativ versorgte Menschen auf die Palliativeinheit zu verlegen: *„[...] und dann hält sie [die Koordinatorin] immer Verbindung mit uns [der Palliativeinheit], Sag mal, habt ihr hier noch Platz, [...] auf der B3 liegt noch eine Patientin [...]‘. ‚Ja, ok, die [Patientin] geht morgen weg und dann kann die [Patienten von der B3] morgen hierher kommen.‘“* (Herr C, Abs.23). Dabei besucht sie regelmäßig alle Stationen des Hauses routinemäßig. Allerdings wird sie in akuten Problemsituationen auch von den Stationen angerufen: *„[...] die geht im ganzen Haus rum und guckt sich auch Situationen an. Also die bestellt man dann auch, wenn man wissen möchte, ist dieser Patient auf einer Normalstation, ist [der] eigentlich ein Palliativpatient für die Palliativstation oder können Ärzte und Schwestern ihn auch da [auf Normalstation] versorgen?“* (Frau B, Abs. 11). Die zweite Aufgabe der Koordinatorin, außer der Organisation der palliativen Versorgungsstrukturen im Haus und somit auch erste Ansprechpartnerin in diesen Angelegenheiten für alle Mitarbeiter des Hauses zu sein, ist die aktive Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten bei palliativen Patienten. Dazu zählt auch die Betreuung und Begleitung der Angehörigen, für die diese Situation sehr belastend und schwer zu ertragen ist. In erster Linie wird sie von Stationen angefordert, die zurzeit noch keine oder nicht ausreichend Multiplikatoren der Palliative Care-Weiterbildung vorweisen und somit bei der Versorgung von palliativen Patienten und deren Angehörigen überfordert sind: *„[...] Lückenbüsser, wenn ich das so bezeichnen darf, obwohl ich das nicht negativ sehe, bin ich [die Palliativkoordinatorin der Pflege] oft. Ja, dann rufen die [Stationen] mich an und sagen ‚Ich habe hier einen Patienten mit einer Portnadel, die läuft nicht. Kannst du die Portnadel wechseln?‘ Das können viele nicht. Dann sage ich ‚Klar, [...] ich mache das.‘ Oder ich unterstütze bei der Pflege, weil ich einfach manchmal ein bisschen mehr Luft und Raum finde, um das einzubinden. Ja, also da werde ich schon sehr oft von unseren Kollegen gefragt. [...] ich unterstütze. Und letzten Endes geht es ja um den Patienten, der dann einfach mehr Wohlbefinden hat.“* (Frau F, Abs. 20). Die Begleitung von sterbenden Menschen in der finalen Phase² nimmt

² Mit der Finalphase werden die letzten Stunden und Tage des Lebens beschrieben. Synonym wird in der Literatur oft der Begriff Sterbephase verwendet (Klaschik nach Nauck 2000). Auch in der vorliegenden Arbeit werden beide Begriffe synonym verwendet.

eine mindestens ebenso große Rolle in der Arbeit der Koordinatorin Pflege ein, wie die Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten: *„Ich möchte nicht einen sterbenden Patienten [...] als Außenlieger auf eine internistische Station fahren, einmal durchs ganze Haus, wenn er in so einer ganz, ganz existenziellen Phase ist, das geht nicht. Und dann bin ich aber auch diejenige, die sich dann daneben setzt und den Patienten begleitet. Dafür bin ich also auch da. Weil ich denke, das ist auch ein ethischer Faktor, den wir hier beachten müssen.“* (Frau F, Abs. 23).

Die beiden Psychoonkologen, die ebenso Bestandteil des palliativen Konsildienstes sind, unterstützen Betroffene noch mal auf einer anderen Ebene. Sie werden hinzugezogen, wenn Patienten oder Angehörige Gesprächsbedarf haben, dem normale Ärzte oder Pflegende nicht gerecht werden können, da sie selbst überfordert sind. Dann hilft der Konsildienst den Betroffenen bei der Verarbeitung der Ereignisse: *„Das haben wir häufiger hier in der Klinik, dass sie zu einer ganz normalen Ultraschalluntersuchung kommen und dann plötzlich kriegen sie eine Hammerdiagnose. Das ist für die Patienten selber dann manches Mal nicht realisierbar. Für manche Ärzte [...] auch oftmals überfordernd. Und da finde ich, ist ein Konsildienst ganz wertvoll, weil wir dann die Psychoonkologen auch auf anderen Stationen [...] einsetzen können.“* (Frau F, Abs. 4-5).

Nach Anfangsschwierigkeiten funktioniert die Konsultation des palliativen Konsildienstes der mittlerweile sehr gut: *„[...] sondern dass ich [Koordinatorin Pflege] angerufen werde oder dass Konsile geschrieben werden. Und der Ablauf ist eigentlich ganz gut.“* (Frau F, Abs. 21). Dennoch gibt es zurzeit noch einige Hürden und Probleme, die die Arbeit des Konsildienstes behindern. So steht zwar das Team, bestehend aus Palliativmedizinern, Psychoonkologen und der Koordinatorin der Pflege, aber es fehlt ein leitender Palliativmediziner. Hinzu kommen Herausforderungen im zeitlichen Bereich, sodass einige Bedürfnisse und Anliegen der Patienten und Angehörigen nicht immer in dem Moment befriedigt werden können, in dem es nötig wäre: *„Allerdings ist das Problem, dass die [Mitarbeiter des Konsildienstes] so viele Patienten hier im Haus haben, dass es manchmal schwierig ist, dass sie dann in DEM Moment noch auf die andere Station gehen können.“* (Frau F, Abs.16). Das Team des Konsildienstes müsste also noch aufgestockt werden, um den Bedarf in dem Haus decken zu können. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Psychoonkologen für die Versorgung von Betroffenen mit onkologischen

Erkrankungen bezahlt werden und das Haus auch nur diese Arbeit abrechnen kann. Nun gibt es aber viele Menschen, die palliativ versorgt werden, die unter anderen, nicht-onkologischen Erkrankungen leiden. Diese werden von den Psychoonkologen mitbetreut, wenn der palliative Konsildienst eingeschaltet wird: *„Und sie [Psychoonkologen] behandeln halt onkologische Patienten. Wir haben aber auch palliative Patienten, die auf anderen Fachabteilungen liegen, Kardiologie z.B. Also es muss nicht jeder Krebs haben, um in eine palliative Situation zu geraten. [...] Da muss man da ganz nüchtern sein, [...] dann schreibt der Kardiologe halt ein Konsil für die Psychoonkologen und die müssen dann schauen, ob sie das irgendwie einrichten können. Abrechenbar ist das dann in dem Moment für die Palliativeinheit nicht.“* (Frau F, Abs. 16-17). Dafür müssen Lösungen geschaffen werden, auch wenn dieses Problem die Versorgung nicht-onkologischer Palliativpatienten momentan nicht stark zu beeinträchtigen scheint: *„Aber es [das Geld] geht ja in den ganzen Topf, also im Grunde genommen, es geht uns ja immer um den Menschen. Und da schauen die [Mitarbeiter] dann auch nicht, ob das jetzt gerade abrechenbar ist.“* (Frau F, Abs. 17).

Um die Organisation der palliativen Versorgung und die Koordination der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter des Konsildienstes zu verbessern, wird daran gearbeitet, Fallbesprechungen einzuführen, in denen alle Mitarbeiter des Konsildienstes jeden Morgen alle betreuten und eventuell neu zu betreuenden Patienten und Angehörige besprochen.

3.2 Versorgung in der Palliativeinheit

Die Interviews ergaben, dass die Palliativeinheit, neben dem palliativen Konsildienst, das zweite wichtige Element für die Versorgung von palliativen Patienten und die Begleitung der Angehörigen darstellt. Die Palliativeinheit ist ein Bereich auf einer inneren Station des Krankenhauses, die durch eine Glastür vom akuten Bereich abgegrenzt ist. Sie ist offiziell keine eigene Station, wurde in den Interviews aber sehr oft so genannt. Das Pflegepersonal der Station ist sowohl für den Akutbereich, als auch für den Palliativbereich zuständig und wird auch so geplant. Dies führt dazu, dass alle Pflegenden der Station Dienste in beiden Bereichen absolvieren. Auf die Palliativeinheit werden Patienten nicht zum Sterben verlegt, sondern um eine angemessenen palliative Versorgung und Betreuung sicherzustellen: *„Es ist halt eine Zwischenstation. Viele denken, das ist das Ende,*

dabei ist es eigentlich noch mal ein spezieller Auffang, wo man sagt ‚Ok, die therapeutische Therapie ist zu Ende, aber man muss jetzt gucken, in welche Richtung es weitergeht‘. Einige versterben hier, andere bleiben noch Wochen hier, andere gehen nach Hause mit Pflegedienst und andere gehen ins Hospiz.“ (Frau B, Abs. 16). Viele Patienten werden von der Palliativeinheit auch wieder entlassen. Die Patienten kommen aus vielen verschiedenen Situationen auf die Palliativeinheit. Einige kommen aus dem Hospiz und einige von anderen Stationen des Krankenhauses, manchmal nur, um z.B. die Schmerzbehandlung zu optimieren. Nach der symptomlindernden Therapie werden sie wieder entlassen und kehren dahin zurück, wo sie hergekommen sind: „[...] hier werden sie [die Patienten] aufgefangen, [es wird geschaut], wie können sie wieder nach Hause kommen. Die können ja noch weiterleben, [...] oder Schmerzprophylaxe, das ist natürlich immer Nummer eins, also das sie schmerzfrei werden und dann wieder nach Hause können, das ist das Ziel.“ (Herr C, Abs. 22). Allerdings sind Begriffe der Palliativmedizin bei einigen Mitarbeitern des Krankenhauses unklar: „Es wird ein bisschen missverstanden auch, zwischen Palliativpatienten und auch finalen Patienten, das ist leider hier im Haus immer noch der Fall.“ (Frau F, Abs. 22). Dies führt häufig dazu, dass die Funktion der Palliativeinheit vom Personal im Haus missverstanden wird: „[...] weil das [Funktion der Palliativeinheit] immer so ein ganz großes Missverständnis ist. Die Leute kommen hier nicht her, um zu sterben. Also wir kriegen [...] immer noch Anrufe von anderen Stationen ‚Wir haben hier einen Präfinalen [Patienten]. Habt ihr Platz auf der Palliativ?‘. [...], das ist nicht palliativ. Das Ziel der Leute ist nicht, dass sie hier sterben, [...].“ (Herr C, Abs. 21).

Der Personalschlüssel ist im Palliativbereich besser, die Pflegenden betreuen hier pro Mitarbeiter weniger Patienten, auch weisen viele Mitarbeiter der Station verschiedene Weiterbildungen vor, die sie auf die Versorgung von palliativen Patienten und deren Angehörigen vorbereiten: „[...] wir haben hier [in der Palliativeinheit] sechs Patienten [...], eine Person [Pfleger] für sechs Patienten.“ (Herr C, Abs. 10). Dadurch ist eine patientennähere und intensivere Betreuung der Patienten möglich, auch die Begleitung der Angehörigen wird intensiver wahrgenommen: „[...] also diese Patienten werden besser betreut, weil wir hier in der Palliativeinheit wirklich einen besseren Personalschlüssel haben. Du bist diesen Patienten sehr, sehr nah dadurch. [...] Die Angehörigen ist das eigentlich genauso,

die werden ja mitbetreut.“ (Herr C, Abs. 1, 4). Die Kontakte mit den Betroffenen werden von den Pflegenden selbst auch stärker erfahren: „Also von daher erlebt man das [den Kontakt] intensiver, bewusster und du bist mehr gefragt, [...].“ (Herr C, Abs. 3). Dadurch dass die Pflegenden auf der Station, auf der die Palliativeinheit beheimatet ist, sowohl im Akut-, als auch im Palliativbereich arbeiten, fallen ihnen deutliche Unterschiede bei der Versorgung und Betreuung der Patienten zwischen den beiden Bereichen auf: „Also, ich habe ja hier jetzt immer diesen exakten Unterschied, einmal [Station] vorne [akut] und hinten [palliativ]. Es sterben hier ja allgemein viele auf Station. [...], weil wir halt viele onkologische Patienten haben, das ist halt leider oft der Tod und der Unterschied, finde ich, ist halt sehr deutlich hinten.“ (Frau D, Abs. 1).

Auf Akutstationen müssen die Pflegenden ihre Prioritäten anders setzen, es kommen viele Patienten aus der Notaufnahme oder aus dem OP, die vorrangig versorgt und überwacht werden müssen. Bedürfnisse von palliativ versorgten Patienten, die nicht akut sind, müssen warten: „[...] ich arbeite chirurgische Station, ganz viele frisch Operierte oder Patienten von der Intensivstation, dann muss ich mich irgendwie entscheiden, wer jetzt zuerst Hilfe braucht. Ich finde es schade und traurig, dass es hier so [ist]. [...], wenn wir sehen, dass jemand Palliativpatient ist, [...] versuchen wir ihn zu verlegen auf eine palliative Station, weil wir können jetzt nicht so palliativ pflegen, wie es sein muss.“ (Frau A, Abs. 7). Die Verlegung solcher Patienten ist in dem Haus in der Regel spätestens einen Tag nach der Anfrage an die Palliativeinheit möglich. Sofern es sich um einen palliativ zu versorgenden Menschen handelt: „Es geht um Betten, aber meistens, vielleicht nicht selber Tag, aber nächster Tag versuchen wir und machen wir das [Verlegung].“ (Frau A, Abs. 8).

Dagegen werden die Bedürfnisse von palliativ versorgten Menschen im Palliativbereich in der pflegerischen Arbeit prioritär behandelt und es wird versucht, sie so gut wie möglich zu befriedigen: „[...] erwische ich mich manchmal, wenn im vorderen [akuten] Bereich, wenn da mich jemand fragt ‚Sag mal, ich mag diesen Nachtisch nicht, ich möchte jetzt lieber einen Erdbeerjoghurt‘, dann sag ich ‚Ja, tut mir leid, habe ich jetzt nicht‘. [...] hier hinten im Pallibereich, wenn mir da eine Patientin sagt ‚Mensch, ich möchte jetzt so gerne mal ein Erdbeereis [...]‘, dann setze ich alle Hebel in Bewegung und renn dann los, um dieser Patientin ein

Erdbeereis zu geben. Und du weißt auch immer irgendwie, die erleben die nächsten zwei, drei Monate vielleicht nicht mehr. Also gibt auch andere Dinge noch, die [...] wir alle auch noch zu ermöglichen versuchen, dass das funktioniert.“ (Herr C, Abs. 11-12). Durch den besseren Personalschlüssel können aber nicht nur die Patienten besser versorgt werden, auch der Einbezug und die Betreuung von Angehörigen können viel umfangreicher gestaltet werden: *„Und das ist hinten [im Palliativbereich] [...] deutlich mehr, man kann halt viel mehr andere Personengruppen mit einbeziehen.“* (Frau D, Abs. 5). Hervorgehoben wurde, dass der Pflegeauftrag in der palliativen Versorgung ausdrücklich die Betreuung der Angehörigen mit einschließt. Die Betreuung ist durch das Konzept der Palliativeinheit vom Umfang her angemessener möglich: *„Beim palliativ ist besonders bedeutend, dass man nicht den Pflegeauftrag hat, nur den sterbenden oder todkranken Menschen zu begleiten, sondern man ist auch verpflichtet, die Angehörigen mit zu betreuen. Also so steht es ja in dem Auftrag.“* (Frau D, Abs. 16).

Die Möglichkeit der Übernachtung von Angehörigen in Patientenzimmern stellt eine Besonderheit für ein Akutkrankenhaus dar. Dieses ist in der Palliativeinheit möglich. Es gibt vier Zimmer im Palliativbereich, zwei Einbett- und zwei Zweibettzimmer, also sechs Plätze: *„Also in den Einbettzimmern können wir das [Übernachtung von Angehörigen] machen und in den Zweibettzimmern eigentlich nur, wenn es wirklich nicht anders geht oder wenn der Patient vielleicht da im Sterben liegt oder so. Dann machen wir das da auch.“* (Frau B, Abs. 10). Wenn sich die Situation eines Patienten, der in einem Mehrbettzimmer liegt, so verschlechtert, dass der Patient final oder sterbend einzuschätzen ist, wird auf allen Akutstationen ein Einzelzimmer organisiert, in dem die Angehörigen von ihm Abschied nehmen können: *„[...] wir machen das dann schon mit Hin- und Hergeschiebe, ja dann haben wir immer großen Ärger mit den Privatpatienten, [...] ‚So, tut mir leid, sie müssen jetzt hier raus, weil wir einen sterbenden Patienten haben.‘ Wir versuchen das [Organisation eines Einzelzimmers] natürlich immer wieder hinzukriegen, das ist ja selbstverständlich.“* (Herr C, Abs. 24). Wenn in kleinen Einzelzimmern auf Akutstationen kein Platz für ein zweites Bett ist, damit Angehörige die letzten Lebensstunden mit dem Patienten verbringen können, werden andere Lösungen gesucht: *„Es gibt Einzelzimmer, aber da passen keine zwei Betten rein, aber dann versuchen wir es halt z.B. mit so einem Sieststuhl, wo man dann drauf schlafen*

[...] kann [...]. Wir hatten auch schon, dass dann hinten im Aufenthaltsraum welche, wir haben da ein Bett reingeschoben, dann haben da welche geschlafen und konnten halt jederzeit, wenn sie wollten, einfach [...] zu den Angehörigen ins Zimmer gehen, das haben wir auch schon gemacht. Und wir versuchen natürlich, dass niemand im Doppel- oder Mehrbettzimmer liegt, wenn man merkt, dass der jetzt sterben wird. Also dann wird immer umgeschoben.“ (Frau D, Abs. 6).

Damit ein effizienter Ablauf bei der Versorgung der Patienten und ihrer Angehörigen in der Palliativeinheit gewährleistet ist, besprechen die Mitglieder des interdisziplinären Teams jeden Tag gemeinsam den aktuellen Stand der palliativen Behandlung, sowie eventuelle Anpassungen. Bestandteil der Fallbesprechungen sind ausdrücklich die Patienten und, sofern vorhanden, die Angehörigen als ein gemeinsames Element: *„[...] hier im Pallibereich, [...] da gibt es erstmal an jedem Morgen eine Sitzung, Pflegepersonal, Seelsorger, Stationsarzt, Oberarzt, Krankengymnastin, alle sitzen hier [...] und dann wird halt gesprochen, über den Patienten natürlich in erster Linie, aber eben auch über die Angehörigen. [...] die [Angehörigen] werden immer mitbetreut.“ (Herr C, Abs. 18).* Die Kommunikation innerhalb des Teams und die Tatsache, dass alle Beteiligten immer auf dem neuesten Stand sind und ihre Ideen einbringen können, führt dazu, dass sich Patienten, die bereits längere Zeit palliativ versorgt werden und ihre Diagnose verarbeiten konnten, sehr schnell in der Palliativeinheit einleben und sich gut versorgt fühlen: *„Wenn die Patienten, die schon palliativ sind, [...] ist es häufig so, dass die sich nach ein bis zwei Tagen wohl fühlen und eingelebt haben. Dass sie wissen, sie sind gut betreut, gut versorgt, es ist immer jemand da. [...] sie merken, ok sie sind hier im Palliativbereich, sie wissen, sie sind angekommen [...].“ (Frau B, Abs. 1).*

3.3 Bedürfnis nach Kommunikation

Im folgenden Abschnitt werden die Bedürfnisse der Angehörigen und der Patienten aufgeführt, die mittels der Interviews identifiziert wurden. Die Bedürfnisse lassen sich hauptsächlich der Kommunikation mit den unterschiedlichen Mitgliedern des interdisziplinären Teams zuordnen und werden im Folgenden genauer beleuchtet. Der Bedarf an Gesprächen von Familien oder einzelnen Angehörigen ist sehr unterschiedlich. Einige haben sehr viel Redebedarf, andere wiederum wollen erstmal nur da sein, die Situation verarbeiten und keine Gespräche führen. Das muss immer

individuell betrachtet werden. In der Regel haben die Angehörigen und Patienten aber viele Fragen und Anliegen und somit einen hohen Bedarf an Kommunikation: *„Viele Gespräche hat man dann mit denen [den Angehörigen], aber wahrscheinlich nicht ausreichend, wenn man mal überlegt, wie es ist, wenn man selber in dieser Situation und Angehöriger wäre, glaube ich schon, dass es echt schwer ist. [...] auch schwer für die Pflegenden, die irgendwie versuchen dem [Gesprächsbedarf] gerecht zu werden und können es einfach nicht.“* (Frau E, Abs. 3). Daraus wird deutlich, dass die Fragen und Anliegen der Betroffenen von den Pflegenden nicht immer angemessen beantwortet werden können. Darauf wird in Abschnitt 3.4 und 3.5 genauer eingegangen.

Patienten und ihre Angehörigen, die im Krankenhaus betreut werden, stehen in vielfältigen Verhältnissen zueinander. Es gibt viele unterschiedliche Familiensituationen. Diese führen in Verbindung mit der existenziellen Situation, dass ein Angehöriger eine terminale Erkrankung hat und palliativ versorgt wird, oder gar im Sterben liegt zu komplexen, innerfamiliären Problemen, die nicht einfach zu lösen sind: *„Und für den einen ist das vielleicht gar nicht das Thema, dass der hier seinen Angehörigen betreut, aber vielleicht dann zu Hause die Bude am knallen ist [...], es gibt ganz viele interne Familienprobleme oder Existenzprobleme [...]. Das kann man im Vorwege gar nicht so klar äußern, was da auf einen zukommt. Wir haben hier ja auch junge Patienten, [...] die noch voll im Berufsleben sind, die Familie haben.“* (Frau B, Abs. 9). Das spielt auch bei der Versorgung des Patienten eine entscheidende Rolle. Ungelöste innerfamiliäre Probleme können die palliative Behandlung des Patienten behindern: *„[...] was da noch für Probleme innerfamiliär sind, die manchmal auch tatsächlich die Behandlung blockieren, dass Patienten nicht loslassen können. Oder Angehörige nicht loslassen können. Weil manches noch gar nicht geklärt ist.“* (Frau F, Abs. 27-28). Das wiederum hat großen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten und Angehörigen, aber auch auf die Arbeit der Pflegenden. Zu ungelösten, blockierenden Angelegenheiten zählen auch Uneinigkeiten zwischen Patient und Angehörigem oder direkt zwischen Angehörigen bezüglich existenziellen Entscheidungen: *„[...] es gibt ganz adäquate Patienten, die sagen ‚Es reicht mir, ich möchte jetzt sterben‘ und wenn die Angehörigen und Familien da sind und einverstanden sind, [...] das kommt für uns auch als Pflege so ruhig, wir [können] alles machen, was Patient wünscht, um diese*

Lebensqualität zu verbessern. Aber es gibt Situationen, [da ist das das] Gegenteil, [...] Patient wollte nichts mehr, aber die Familie konnte nicht so loslassen. Die Situation war für uns als Pflege ein bisschen schwierig, weil wir dazwischen standen. Diese Situationen, wenn die Familie nicht loslassen kann und der Patient auf der anderen Seite nichts will, er will nur Ruhe haben, das ist für uns schon belastend.“ (Frau A, Abs. 3).

Auch ohne innerfamiliäre Spannungen ist die Situation, dass ein Familienmitglied oder enger Freund palliativ versorgt und sterben wird oder im Sterben liegt, naturgemäß eine Schocksituation für alle Beteiligten. Sie müssen von den Fachkräften aufgefangen und gut betreut werden: *„Die Patienten merken selber, dass sie in einer guten Situation hier [in der Palliativeinheit] sind, [...] aber für die Angehörigen ist es dann immer noch so ‚Ok, das ist jetzt hier das Ende [...]‘, für die ist das hier erstmal ein einschneidendes Erlebnis, [...] für die ist das eher so eine Schocksituation als für die Patienten selber. [...] die Angehörigen muss man mehr oder weniger noch sehr auffangen.“ (Frau B, Abs. 2).* Vor allem wenn die terminale Diagnose noch nicht verarbeitet werden konnte, da sie erst kürzlich gestellt wurde. Manchmal sind die Krankheitsverläufe sehr schnell progredient und es vergeht nur wenig Zeit zwischen der Diagnose einer Erkrankung und der palliativen Versorgung, bzw. dem Tod: *„[...] es kommen einige Patienten von dem vorderen [akuten] Bereich der Station zu uns hier hinten [palliativ] hin. Die lagen manchmal nur ein paar Tage da, kriegen dann die Diagnose und dann geht es rapide. [...] es ist unterschiedlich, bei dem einen geht es ganz schnell und bei dem anderen geht es über Wochen, über Monate [...].“ (Frau B, Abs. 4).* Die Angehörigen sind stark belastet und überfordert und werden eng von den Pflegenden mitbetreut: *„Und die [Angehörigen], die selber sowas von überlastet und überfordert sind mit dieser schrecklichen Situation, die werden mit reingeholt [...], die gehören dazu, also man kennt die ja auch, man hat ein ganz nahes Verhältnis zu den Angehörigen [...].“ (Herr C, Abs. 20).* Viele Anliegen und Fragen der Betroffenen werden von diesen nicht gestellt, um fachliche Informationen zu erhalten. Vor allem im Palliativbereich haben die Angehörigen oft existenzielle Anliegen: *„[...] wie geht die Existenz weiter, worum muss man sich jetzt kümmern, wie lange dauert der Prozess hier? Also, das sind ja sämtliche Fragen des Lebens, die mit uns teilweise besprochen werden erstmal.“ (Frau B, Abs. 6).* Unsicherheit und Hilflosigkeit der Angehörigen führen

auch zu starker Verunsicherung im direkten Kontakt mit den Patienten: „[...] so existenzielle Probleme, wie hier hinten [Palliativbereich]. Hier hinten ist es wirklich so, dass die [Angehörigen] Fragen stellen ‚Soll ich ihm die Hand halten?‘ [...] oder ‚Was soll ich machen?‘ und die sind so auch in so einer Hilflosigkeit oft.“ (Herr C, Abs. 9). Um dieser Verunsicherung zu begegnen, bieten sich die Pflegenden immer wieder als Gesprächspartner an: „Ich glaube, ganz viel im Vordergrund stehen Gespräche bei Angehörigen. [...] manchmal sind es einfach die Fragen ‚Wie kann ich ihn am besten begleiten?‘ Manche erhoffen sich so eine klare Struktur. ‚Was muss ich tun, wenn jetzt jemand stirbt? Wie ist das Rezept dafür?‘ Das gibt es nun leider nicht, aber wir können immer nur das Angebot machen, dass wir da sind zum Reden und irgendwie beim Begleiten und Unterstützen [...].“ (Frau D, Abs. 11). Neben den existenziellen Fragen herrscht bei vielen Patienten und Angehörigen Unwissenheit über die Funktion einer Palliativeinheit und dem Sinn und den Chancen der palliativen Versorgung: „Die Angst vor der Begrifflichkeit ‚palliativ‘ ist irrsinnig groß. Und die [Angehörigen] haben immer Angst, dass das ein Hospiz ist, also sie vergleichen sofort mit Hospiz und letzte Zeit. Und dann muss ich oftmals erklären, dass das einen ganz anderen Ansatz hat, dass wir begleiten wollen und eigentlich Lebensqualität sichern möchten.“ (Frau F, Abs. 7).

Aber Angehörige brauchen in diesen Situationen nicht nur die Beantwortung ihrer vielen Fragen, sie benötigen ausreichend Zeit, Raum und Ruhe für die Verarbeitung der Situation. Dabei muss jeder für sich einen Weg finden, wie er mit seiner Unwissenheit und seiner Überforderung umgehen will: „Zeit. Das ist, glaube ich, so das Wichtigste. Zeit. Ruhe. Manchmal sind Angehörige in einem fürchterlichen Aktionismus [...]. Im Grunde genommen aber einfach, weil sie fürchterliche Angst haben vor all dem, was da gerade passiert. Und ich find, Zeit ist ein ganz großer Faktor, um Patienten [...], um Angehörige aufzuklären. Patienten geht es schlecht, Angehörigen geht es manchmal sogar schlechter.“ (Frau F, Abs. 25). Bei der Verarbeitung der Geschehnisse ist der Umgang mit Trauer ein wesentlicher Faktor. Angehörige wollen ihre Traurigkeit zeigen und aussprechen: „Sie [die Angehörigen] wollen manchmal einfach weinen dürfen oder diese Traurigkeit, die sie haben, aussprechen dürfen, [...] dann geht man mit denen in den Tagesraum [...].“ (Herr C, Abs. 15). Wenn Angehörige viel Zeit mit dem Patienten verbringen, fällt es vielen schwer, ihre wahren Emotionen zu zeigen, da sie für den Patienten stark und

hoffnungsvoll wirken wollen. Daher ist es wichtig für die Pflegenden, dass sie Angehörige auch mal bewusst aus der Interaktion mit dem Patienten lösen: „[...] weil in dem Zimmer, wo der Sterbenskranke liegt, da mögen die [Angehörigen] sich gar nicht so gehen lassen und bei uns dann manchmal, dann lassen die sich auch gehen, weil das tut denen auch oft sehr gut. Und da im Zimmer nehmen sie sich immer so zusammen und wollen noch Hoffnung, Mut und Stärke zeigen und hier bei uns lassen sie sich oft fallen.“ (Herr C, Abs. 15). Im Gespräch mit den trauernden Angehörigen können diese ihre Emotionen und Sorgen manchmal unvorhergesehen und schlagartig zu Ausdruck bringen. Dies stellt dann für Pflegende eine besonders herausfordernde Lage dar: „Und ich habe festgestellt, dieses ‚Ach Mensch, wie geht es Ihnen denn jetzt eigentlich Frau Meier [Bsp.], jetzt, wo Ihr Mann hier liegt und dem geht es gerade nicht so gut, aber für Ihren Mann tun wir ja alles, aber wie geht es Ihnen?‘, da wird manchmal so eine Welle ausgelöst, dass mich das selber oft überrollt, [...] Aber gleichzeitig musst du dich dem stellen und dann merkst du aber auch, dass die einfach nur auf so einen Satz mal gewartet haben. Und dann unterstützt man diese Menschen.“ (Frau F, Abs. 32).

Die identifizierten Bedürfnisse sagen für einzelne Angehörige oder Patienten nicht viel aus, da jeder Mensch in so einer existenziellen Situation anders reagiert. Was für Bedürfnisse der individuelle Mensch hat, was für Gesprächsbedarfe oder andere Wünsche müssen von Pflegenden erst herausgefunden werden: „[...] wo wir dann raushorchen ‚Diese und jene Themen betreffen jetzt den Angehörigen‘ und dann können wir auch so ein bisschen fühlen, reichen die Gespräche mit uns oder muss eben eine Stufe höher gegangen werden [...]? [...], dass man in den Gesprächen halt rausfiltert, wie doll ist der Gesprächsbedarf? Was will der Angehörige tun? Will er ihm [dem Patienten] noch helfen? Will er sich eigentlich lieber zurückziehen und selber Ruhe haben?“ (Frau B, Abs. 6-7). Das ist oft ein schwieriger Prozess, der viel Einfühlungsvermögen der Pflegenden erfordert. Vor allem die ersten Kontakte mit den Angehörigen sind für die Entwicklung eines guten Verhältnisses zwischen Pflegenden und Angehörigen von wichtiger Bedeutung. Die Kontaktaufnahme sollte offen, zwanglos und ruhig von Seiten der Pflegenden erfolgen. Zu beachten ist, dass der Kontaktaufbau und Gesprächsentwicklungen mit Betroffenen oft zufällig entstehen. Aber häufig können Pflegende gerade durch so einen Austausch Fragen, Probleme und Anliegen der Angehörigen identifizieren: „[...] also bei der Pflege

habe ich oft das Gefühl, dass das im Laufe einfach entsteht durch Gespräche oder man ist im Zimmer, man lernt sich kennen, die [Angehörigen] kommen zu Besuch und dadurch trifft man sich oft. Dann kommen sie auch zu uns und fragen ‚Wie geht es? Kann ich jetzt reingehen?‘ und dann passiert das im Laufe des Gespräches. Es wird nicht oft [...] angesprochen ‚Ich habe das und das Problem und will das jetzt mit Ihnen besprechen‘, sondern man unterhält sich und [...] dann entsteht ein Gespräch [...].“ (Frau D, Abs. 19-20). Die Reaktionen auf die Situation insgesamt der Betroffenen fallen sehr unterschiedlich aus. Einige sind sehr introvertiert und reden nicht viel oder gar nicht, einige reagieren wütend. Darauf muss man sich als Pflegender einstellen und wissen, wie man darauf reagiert: „Manche zeigen das hier gar nicht, dass sie traurig sind. Und manche sind total offensiv und können auch klar benennen ‚Die und die Sorgen habe ich‘.“ (Frau D, Abs. 14).

Wenn der Gesprächsbedarf der Angehörigen oder Patienten klar ist und die Probleme und Anliegen, die sie belasten, bekannt sind, steht im Krankenhaus eine Vielzahl an Fachpersonal unterschiedlicher Fachrichtungen zur Verfügung, die die Pflegenden bei der Betreuung und Begleitung der Betroffenen unterstützen. Teilweise bieten sie sich selber bei den Betroffenen auf der Station an, teilweise verweisen Pflegende die Angehörigen und Patienten an die Kollegen, wenn sie erkennen, dass die Zeit oder die eigenen Kompetenzen nicht ausreichen, um die komplexen Bedürfnisse der Menschen zu befriedigen: „Wir haben Psychoonkologen, die wir denen [Angehörigen] auch anbieten [...]. Also, dass wir auch die Angehörigen fragen, in welcher Situation sie gerade stecken oder dass die Angehörigen auch zu uns kommen. Und wenn wir dann sehen, dass sie wirklich professionellen Gesprächsbedarf brauchen, dann bieten wir denen auch die psychoonkologische Hilfe an. Oder ärztliche Gespräche.“ (Frau B, Abs. 3). „[...] es gibt noch die Seelsorge, die man denen noch anbieten kann. Also, das sind ja unsere Pastoren. [...] Wir können manchmal gucken, dass man irgendwelche Kontakte herstellt. [...], dass man mit ihnen [den Angehörigen] darüber redet und sagt ‚Schließen Sie sich doch einer Selbsthilfegruppe an‘, also Tipps und Ratschläge können wir denen geben.“ (Frau B, Abs. 13). Neben den Pflegenden, Stationsärzten, Psychoonkologen und Pastoren, die sich um die Betroffenen kümmern, kann auch der Sozialdienst eingeschaltet werden, der bei speziellen Problemen hilft: „[...] man kann auch den Sozialdienst einschalten, wenn man sagt,

die Ehefrau braucht Hilfe, weil finanziell z.B. gar nicht die Möglichkeit besteht, dass sie jetzt noch das Haus halten kann.“ (Frau D, Abs. 17). Wie in Abschnitt 3.2 beschrieben, sind in der Palliativeinheit die räumlichen Gegebenheiten so angepasst, dass eine fördernde Gesprächsatmosphäre geschaffen wurde. Durch Familienzimmer bzw. ruhige Einzelzimmer entsteht für die Patienten und die Angehörigen, aber auch für das an den Gesprächen beteiligte Fachpersonal eine Entlastung. Gespräche können offener und zielführender geführt werden: *„Das ist dann auch eine Riesenentlastung für uns Pflegende. Und auch für die Ärzte, die können ganz andere Gespräche führen. Im Einzelzimmer Gespräche führen ist ja wesentlich befreiender als im Mehrbettzimmer [...]“* (Frau F, Abs. 34). Je nach Anliegen und Notwendigkeit werden die Gespräche gemeinsam mit Patienten und Angehörigen, oder eben nur mit Patienten oder nur mit Angehörigen geführt: *„Also das ist immer eine Betreuung von beiden [Patienten und Angehörige], [...] manchmal gibt es ja auch Sachen, die man nicht vor dem Kranken oder vor den Angehörigen sagen möchte und dann macht man das eben alleine.“* (Frau D, Abs. 18).

Aber nicht nur während der Zeit, in der der kranke Mensch als Patient im Krankenhaus liegt, pflegen die Betroffenen Kontakt zu den Mitarbeitern des Krankenhauses. Es kommt oft vor, dass Angehörige auch lange nach der Entlassung oder dem Tod des Patienten Fragen und Bedürfnisse haben, womit sie sich z.B. an den palliativen Konsildienst oder die Mitarbeiter der Palliativeinheit wenden: *„Wenn die Patienten nicht mehr hier im Haus sind [...]. Manchmal nach drei, vier Wochen kommt dann ein Anruf. Dann muss ich mich sortieren, Moment, wer war das überhaupt? Und das finde ich schön, wenn man eben hinterher immer noch ein bisschen unterstützen kann. Und das passiert häufig, [...]. Da [sind] hinterher oft noch Fragen, wenn es um das Bestattungsunternehmen geht oder um irgendwelche Abläufe, die unser Sozialdienst vielleicht noch mit organisieren könnte, [...]. Und das ist hilfreich. Ich glaube, dass Angehörige immer noch so einen kleinen Anker brauchen. [...] da ist immer jemand, den ich ansprechen kann.“* (Frau F, Abs. 29-30).

3.4 Unterstützung durch Pflegende

Der folgende Abschnitt behandelt die Kompetenzen von Pflegenden, die durch die Interviews ermittelt wurden. Die Kompetenzen tragen dazu bei, dass Pflegende

Menschen, die palliativ versorgt werden, und deren Angehörige angemessen versorgen und begleiten können.

Gute palliative Pflege basiert nicht auf einer Schlüsselkompetenz, ein ganzes Kompetenzbündel der Pflegenden gewährt eine adäquate Betreuung der Betroffenen: *„[...] ich denke mir, wenn man sich für den Weg entschieden hat, Palliativ Care zu arbeiten, dann beinhaltet das so viel. Das beinhaltet ein so großes, breites Spektrum, [...] du musst empathisch sein, du musst Haltung haben, du musst psychisch auch stark sein, weil da einiges auszuhalten ist. Ich finde du musst aufmerksam sein [...].“* (Frau F, Abs. 46). Vor allem ‚Empathie zeigen‘ für die Betroffenen wurde von den Pflegenden oft als Eigenschaft genannt: *„Das ist Sozialkompetenz, [...] du musst empathisch sein, ganz viele Sachen eigentlich, was dazugehört, [...] Mitgefühl [...].“* (Frau A, Abs. 14). Um seine pflegerischen und menschlichen Kompetenzen, mit Blick auf die palliative Versorgung von Menschen, zu optimieren, können Pflegende verschiedenen Fachweiterbildungen wahrnehmen. Diese bereiten sie auf die Arbeit mit Familien, in der ein Mitglied unter einer Erkrankung mit infauster Prognose leidet, vor: *„Und soweit ich weiß, haben fast alle Stationen mittlerweile palliativ ausgebildete Kollegen. Ich habe z.B. eine onkologische Fachweiterbildung, aber viele Themen überschneiden sich dann da ja auch.“* (Frau B, Abs. 12). Auch unabhängig von den Weiterbildungen hilft es den Pflegenden bei ihrer täglichen Arbeit, dass sie sich in dieser Thematik privat weiterbilden, um so z.B. auch Berührungsängste mit Betroffenen ablegen zu können: *„[...] , dass man sich mehr drauf einlässt und einfach mehr versucht, die Berührungsangst zu verlieren. Zu dem Thema auch einfach noch ein bisschen weiterbildet dazu, sei es durch irgendwelche Fachzeitschriften [...] und sich darüber einfach belesen kann und das dann auch hier mehr anwenden kann. Weil, ich glaube auch, vieles ist einfach, weil man ziemlich unwissend gerade bei dem Thema ist.“* (Frau E, Abs. 14). Es hat sich gezeigt, dass Pflegende, die nicht in der Palliativeinheit arbeiten, oft noch große Berührungsängste mit dem Thema Tod und Sterben aufweisen und im Umgang mit Betroffenen unerfahren sind. Dies beeinträchtigt dann eine ordentliche Betreuung dieser Menschen. Fehlende Kompetenzen in diesem Bereich werden auch auf eine unzureichende Ausbildung zurückgeführt: *„Ich glaube auch einfach, dass man so viele Berührungsängste hat, man hat zwar in der Ausbildung auch Thema Sterben, Sterbebegleitung, aber wie*

lange? Zwei Wochen? Dadurch lernt man ja jetzt auch nicht unbedingt damit gut umzugehen oder auch wie man Gespräche führt [...].“ (Frau E, Abs. 13).

Da die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen zu einem großen Teil auf Kommunikation beruhen, ist es für Pflegende sehr wichtig, eine angemessene und hilfreiche Kommunikations- und Gesprächskultur zu leben. Betroffene können ihre Anliegen und Fragen in der schweren Situation manchmal nicht klar formulieren, dann müssen Pflegende versuchen aus dem Gesagten abzuleiten, worum es dem Angehörigen zurzeit primär geht, wo er die größten Sorgen hat: *„Wir hören da ganz viel aus den Gesprächen raus, was wirklich jetzt gerade in dem Augenblick das Problem ist.“* (Frau B, Abs. 8). Es kommt vor, dass Pflegende die existenziellen Fragen und Anliegen der Angehörigen aus zeitlichen oder persönlichen Gründen nicht zufriedenstellend beantworten können: *„[...] oder über die [Sachverhalte] haben sie noch nie mit anderen Menschen gesprochen, [...] es gibt immer mal wieder so Situationen, wo [...] ich manchmal gar nichts zu sagen [kann].“* (Herr C, Abs. 6). Auch wissen Pflegende in einigen Situationen nicht, wie sie auf eine Frage oder Aussage eines Angehörigen oder Patienten angemessen reagieren sollen: *„[...] da musst du dann auch hören und da gibt es kein falsch und richtig und [es ist] immer schlecht da einen Rat zu geben, ich sage nur ‚Dann hören Sie mal auf sich selber.‘“* (Herr C, Abs. 8). Wenn Pflegende in einer Situation nicht konkret weiterhelfen können, ist es von großer Bedeutung, dass sie Verständnis zeigen für die Handlungen und Fragen der Angehörigen. Die Schwierigkeit besteht hier vor allem darin, die nötige Geduld aufzubringen und diese in den stressigen Arbeitsablauf zu integrieren: *„Was ich durch die Weiterbildung [Palliative Care] ganz stark noch mal nahegelegt bekommen habe, war der Umgang mit Angehörigen. Also auch die Validation und das Verständnis, weil man ja oft im Stress denkt, die nerven. Oft vergisst man, ja vielleicht nerven die gar nicht, oder vielleicht würden sie weniger nerven [...], wenn man einfach mal zuhört und darauf reagiert, was der Mensch eigentlich gerade sagt.“* (Frau D, Abs. 21).

Wie in Abschnitt 3.3 dargelegt, ist der erste Kontakt zu den Angehörigen entscheidend, um das Vertrauen der Betroffenen zu gewinnen und um sie im Verlauf adäquat unterstützen zu können. Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ist beim Beziehungsaufbau immens wichtig: *„Für mich sind es manchmal auch nur Momente, wo ich Menschen kennenlerne. Aber gerade*

dann musst du besonders sensibel sein, um zu erkennen, wo ist denn gerade die Not?“ (Frau F, Abs. 31). Dazu gehört auch, dass Pflegende im Umgang mit Familien, aus der jemand palliativ versorgt wird, eine innere Selbstverständlichkeit und ein inneres Gespür für solche Situationen entwickeln: *„Ich finde immer, das muss man so in sich haben, dieses Gefühl, es geht jemandem schlecht oder das Gefühl für palliative Patienten, das muss auch so ein bisschen in uns sein. Also, das habe ich nicht gelernt, das spürst du ja auch.“* (Frau F, Abs. 44). Die Sensibilität und Empathie von Pflegenden, die im Umgang mit Betroffenen von herausragender Bedeutung sind, tragen dazu bei, dass die Pflegenden auf die Anliegen und Sorgen dieser Menschen angemessen reagieren. Nicht immer wird von den Angehörigen oder Patienten erwartet, dass man konkret irgendwas antwortet, manchmal wollen sie einfach nur, dass man ihnen zuhört: *„[...] manchmal wollen die [Betroffenen] auch gar keine Lösung, sondern einfach nur ein ‚Oh, ich wurde gehört, dass es mir schlecht geht. Und es geht mir wirklich dreckig und das hat dieser Mensch jetzt gerade verstanden.‘ [...] drauf eingehen, wiederspiegeln und zeigen, dass man den Menschen einfach wahrnimmt mit dem, was er gerade äußert. [...] das ist für mich [...] Validation.“* (Frau D, Abs. 25). Eben diese Eigenschaft, sich mit den Angehörigen einfach mal zusammensetzen und zuzuhören, ohne immer gleich direkte Ratschläge zu erwidern, müssen Pflegende oftmals lernen: *„[...] das musste ich hier [in der Palliativeinheit] erstmal lernen, nichts zu tun [...]. [...] dass ich mich hinsetze und zuhöre. Und nicht weggehe, weil ich jetzt [...] dies und jenes machen muss. Meine Aufgabe ist es zuzuhören und das war für mich sehr schwer am Anfang. Muss ich ehrlich sagen. Weil ich war es gewohnt immer acht Stunden lang durch die Schicht zu hetzen, Gespräche wurden zwischendurch nebenbei geführt.“* (Herr C, Abs. 25).

Pflegende sind im Krankenhaus die Berufsgruppe, die für Betroffene am stärksten präsent ist. Für die Angehörigen und Patienten ist die Pflege immer erster Ansprechpartner, wenn sich für sie Unklarheiten und offene Fragen nach Arztgesprächen ergeben: *„Mehr Zeit mit den Patienten verbringen die Pflegenden, das Fachliche muss ein Arzt erklären. Aber danach gibt es oftmals Fragen, die dann auch noch beantwortet werden müssen und da sind gerade auf der Palliativeinheit dann doch oft die Pflegenden diejenigen, die auch diese Antworten geben. Weil ja auch nicht immer ein Arzt da ist. Einfach so das Gefühl, der ist nicht alleingelassen,*

der Angehörige oder auch der Patient.“ (Frau F, Abs. 35, 38). Pflegende sollten beim Austausch mit Betroffenen immer offen und ehrlich sein und Erklärungen, die z.B. medizinische oder andere fachliche Sachverhalte betreffen, auch für einen Laien verständlich vermitteln.

Neben den genannten Kenntnissen und Fähigkeiten im direkten Kontakt mit Angehörigen, haben Pflegende im Alltag der palliativen Versorgung von Menschen auch noch andere Aufgaben. So koordinieren sie die verschiedenen Hilfsangebote, die den Betroffenen im Krankenhaus zur Verfügung stehen, wie in Abschnitt 3.3 zu erkennen ist. In der Gesundheitsversorgung haben ethische Prinzipien einen hohen Stellenwert. Alle, an der palliativen Versorgung von Menschen beteiligten Personen, haben darauf zu achten, dass diese in allen Behandlungs- und Lebensphasen geachtet werden: *„Die Selbstbestimmtheit des Patienten, die bleibt erhalten bis zum Schluss. Wenn wir das nicht schaffen, dann machen wir was falsch. Weil ich denke, das ist auch ein ethischer Faktor, den wir hier beachten müssen. Und da ist die Würde des Menschen ganz, ganz hoch. [...] gerade in der Sterbephase müssen wir sensibel sein und auf Angehörige und Patienten achten.“ (Frau F, Abs. 11, 23-24).* Und gerade da nehmen Pflegende eine bedeutende Rolle ein, da sie oft zwischen Ärzten und Betroffenen stehen und vermitteln. Bei eigener Überforderung in bestimmten Situationen oder in komplexen Angelegenheiten können sich Pflegende Unterstützung in Supervisionen oder durch das Ethikkomitee holen: *„Was mir Unterstützung gegeben hat, wenn so existenzielle Situationen sind, die mich wirklich schwer belasten, dass ich für mich dann Hilfe bekommen kann, unter anderem durch eine Supervision, [...]. Durch das Ethikkomitee, was auch unterstützt, wenn es so extrem ist. Ja, das gibt mir dann auch Sicherheit, dass Entscheidungen, die da gefällt werden, dass ich die für mich auch mittragen kann.“ (Frau F, Abs.45).*

Ein weiterer Kompetenzbereich bezieht sich auch auf die Kommunikation und Interaktion mit Betroffenen, legt den Fokus aber darauf, dass sich Pflegende selbst schützen müssen. Pflegende bekommen oft den Zorn und die Wut der Angehörigen ab. Ihnen wird dann die Schuld dafür gegeben, dass das Familienmitglied krank ist: *„[...] bei manchen kriegt man irgendwie oft Schuld oder Zorn ab. Aber das ist halt oft einfach ein Weg der Verarbeitung [für die Betroffenen], weil irgendjemand muss Schuld kriegen, warum es dem Angehörigen jetzt schlecht geht und oft kriegt es nicht unbedingt der Richtige ab, aber manchmal muss man es einfach akzeptieren.“*

(Frau D, Abs. 13). Ruhe und Gelassenheit sind wichtige Eigenschaften der Pflegenden, um in solchen Situationen sachlich zu bleiben und diese auszuhalten: *„Man muss schon ein bisschen, nicht abgehärtet sein, aber man [...] muss sich bereit dazu fühlen. Man muss sich da eben berufen fühlen, diese Situationen auch für sich selber managen zu können. Also man muss so ein bisschen für sich sagen ‚Ich kann es [die Situation] aushalten, ich kann mich dann aber auch wieder ablenken und mit dem normalen Leben wieder klarkommen.‘ Wenn man selber ständig an so einer Situation zerbricht und dann immer heulend nach Hause geht, das bringt dann auch nichts.“* (Frau B, Abs. 15). Das gilt nicht nur für Situationen, in denen Pflegenden die Schuld gegeben wird, sondern im Grunde immer in der Arbeit mit Familien, in denen jemand palliativ versorgt wird. Pflegende müssen abgeklärt reagieren und sich klar von den Situationen der Betroffenen abgrenzen können: *„Man muss persönlich schon sehr abgeklärt sein. Wenn man selber gar nicht mit dem Tod umgehen kann [...], ist es sehr schwer und auch gerade, wenn man dieses abgrenzen nicht kann. Dieses zu sagen ‚Ok, das ist jetzt die Situation und man muss damit umgehen.‘ [...], da haben auch viele ein Problem, dass sie sich selber gar nicht abgrenzen können von so einem Fall und dann halt emotional zu viel gebunden dran sind, [...].“* (Frau E, Abs. 9). Eben in der Abgrenzung und der Einordnung der Situation besteht für viele Arbeitnehmer in der Pflege häufig noch eine große Schwierigkeit. Vor allem das richtige Verhältnis zu finden, zwischen Einfühlungsvermögen und Empathie, um den Betroffenen angemessen helfen zu können, auf der einen Seite und die Wahrung von ausreichend Distanz, um sich als Pfleger selbst schützen zu können, auf der anderen Seite, belastet die Pflegenden stark: *„[...] dass sie sich selber gar nicht abgrenzen können [...] und emotional zu viel gebunden dran sind, obwohl man halt auch wiederum, das ist so ein Widerspruch, viel Einfühlungsvermögen braucht, [...]. Das ist halt immer so, wie viel gebe ich und wie viel brauche ich dann auch, um mich zu schützen. Ich glaube, das ist sehr, sehr schwer.“* (Frau E, Abs. 9-11). Um diesen täglichen Herausforderungen zu begegnen, können sich Pflegende in Supervisionen beraten.

3.5 Zeit als limitierender Faktor

Die Pflegenden äußerten, dass in ihrer Arbeit eine enorme Diskrepanz zwischen dem Anspruch der Pflegenden, eine adäquate palliative Versorgung der Familien gewährleisten zu wollen, einerseits, und dem großen Arbeitsaufkommen auf der

Station, sowie dem herrschenden Zeitmangel, andererseits, festzustellen ist: „[...] ich habe keine Zeit für diese [palliative] Pflege, was von mir erwartet wurde. Ich habe so viele schwere Patienten gehabt in diesem Moment und ich habe gesehen, dass diese Familie und dieser Patient richtig Ruhe brauchen. Der muss gewaschen werden, der muss gelagert werden und ich wusste, [...] ich kann sowas nicht geben.“ (Frau A, Abs. 16). Nicht nur für pflegerische Tätigkeiten fehlt die Zeit, auch mangelt es an Zeit, um nötige Gespräche mit den Betroffenen in erforderlicher Ausführlichkeit zu führen. Das belastet alle Beteiligten, sowohl die Familien, als auch die Pflegenden: „Das ist für uns richtig problematisch, [...] das belastet mich, weil ich keine Zeit habe in solchen Situationen für die Familie. [...] sie [die Familie] wollen dich auch was fragen und ein bisschen ein Gespräch haben. Aber wir haben dafür keine Zeit und jetzt die letzte Zeit ist es mit der Personal[besetzung] bei uns noch schlimmer geworden [...].“ (Frau A, Abs. 6). Ein wichtiger Bestandteil der Begleitung der Betroffenen, nämlich die psychische Unterstützung der Angehörigen durch Pflegenden, kann so nicht in dem Maße ausgeführt werden, wie es notwendig wäre: „Pflegende sind da [Begleitung der Betroffenen] manchmal an ihrer Grenze, weil sie eben aufgrund des hohen Pflegenotstandes oftmals tatsächlich die Zeit nicht haben. Obwohl mir auffällt, dass unsere Kolleginnen und Kollegen gerade bei solchen Patienten ganz sensibel sind. Dennoch, es fehlt Zeit.“ (Frau F, Abs. 6).

Während die Pflegenden die palliativen Patienten und die Angehörigen betreuen und versorgen, versuchen sie den starken Zeitdruck, unter dem sie stehen, zu verbergen. Sie probieren immer, sich die gebotene Zeit zu nehmen, um z.B. Fragen zu beantworten. Es sind Unterschiede zwischen Abteilungen des Krankenhauses aufgefallen. Im Palliativbereich haben Pflegenden, im Gegensatz zu den Akutstationen, mehr Zeit für Gespräche und die Befriedigung von Bedürfnissen der Betroffenen: „[...] der Unterschied ist sehr deutlich hinten [im Palliativbereich]. Man hat mehr Zeit, also ich habe auch Zeit, mich einfach mal hinzusetzen und eine halbe Stunde mit der Patientin zu sprechen oder einfach nur die Hand zu halten oder einfach diese Sterbebegleitung wirklich mit ihr zu durchleben, indem ich einfach da sein kann. Oder den Angehörigen ein Kännchen bringen kann, also man hat einfach viel mehr Zeit. [...] es ist alles ein bisschen entschleunigter, [...].“ (Frau D, Abs. 2). Wie in Abschnitt 3.2 erläutert, ist der Palliativbereich ein Abschnitt einer Akutstation und organisatorisch und personell mit dieser gekoppelt. Daher ist die Zeit, die

Pflegende für die Betroffenen im Palliativbereich haben, stark abhängig von der personellen Besetzung der gesamten Station: *„Es ist oft abhängig davon, ob wir genug Leute im Dienst sind, [...] Wenn man nur zu zweit auf der ganzen Station ist, kann man schlecht nur hinten [im Palliativbereich] sechs Patienten betreuen und der andere hier vorne [im Akutbereich] die 30 anderen. Und deswegen geht es [Anliegen und Bedürfnisse der Palliativpatienten, die nicht akut sind] dann unter, also dann ist es einfach so, man kann dann nicht individuell pflegen. Das ist dann typisch Krankenhaus.“* (Frau D, Abs. 7).

Auch die Mitarbeiter des palliativen Konsildienstes, der in Abschnitt 3.1 ausführlich vorgestellt wurde, haben mit zeitlichen Engpässen zu kämpfen. Die zwei zurzeit angestellten Psychoonkologen können den Arbeitsaufwand nicht bewältigen: *„[...] im Grunde brauchen wir noch eine Psychoonkologin hier im Haus.“* (Frau F, Abs. 18). Die Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitern in die Betreuung der Betroffenen hat sich im Haus bewährt. Sie können zwar keine fachlichen pflegerischen Tätigkeiten ausführen, aber sie sind sehr wertvoll bei der Begleitung von palliativ versorgten Menschen und deren Angehörigen. Die Interaktion der Betroffenen mit den Ehrenamtlichen ermöglicht manchmal einen ganz anderen Zugang zu den Familien und führt so zu wichtigen Erkenntnissen, die direkten Einfluss auf die Versorgung haben: *„Ehrenamtliche Mitarbeiter, die auch mal Gespräche führen oder so besondere Kleinigkeiten für diese Patienten und auch die Angehörigen übernehmen. Und da haben wir festgestellt, dass das super wertvoll ist. [...] Patienten und Angehörige diesen Mitmenschen [Ehrenamtlichen] gegenüber manchmal noch ganz anders öffnen als uns Pflegenden gegenüber. Da erfahren wir dann plötzlich Sachen aus dem familiären Bereich, die wir vorher noch nicht gewusst haben. Wo wir dann aber merken, genau das ist der Knackpunkt, wo wir die ganze Zeit überlegt haben, wo hapert es denn noch?“* (Frau F, Abs. 47-48).

3.6 Wunsch nach Teilhabe

Neben dem Bedürfnis nach Kommunikation konnte durch die Interviews ein großer Wunsch der Angehörigen nach aktiver Teilhabe und Beteiligung an pflegerischen Tätigkeiten identifiziert werden. Vielen Angehörige nehmen die Möglichkeit der Übernachtung wahr, die vor allem in der Palliativeinheit ermöglicht werden kann. So können sie die Patienten so lange und intensiv begleiten, wie es das Setting Krankenhaus zulässt. *„[...] die wollen da sein für die Patienten, für ihre Angehörigen,*

sie nutzen oft diese Möglichkeit, dass sie hier übernachten können bei den Patienten.“ (Herr C, Abs. 14). Aber auch auf anderen Stationen werden Möglichkeiten geschaffen, um sicherzustellen, dass die Angehörigen so viel Zeit mit den Patienten verbringen können, wie sie möchten. Angesprochen auf die Bedürfnisse der Angehörigen wurde dies von einer Pflegenden einer Akutstation geäußert: *„Viel Zeit noch, finde ich. Einfach viel Zeit im Zimmer zu sein, mit denen wirklich noch Zeit zu verbringen, hier zu übernachten. Einfach die Möglichkeit haben, hier zu sein. Wir schieben da [in ein Einzelzimmer] dann ein Bett rein oder wir haben große Stühle, die man nach hinten klappen kann. Das ist dann gar kein Problem, [...]“* (Frau E, Abs. 5). Durch das Schaffen von solchen Familienzimmern wird ein Raum gestaltet, in dem die Familie für sich sein kann.

In vielen Fällen wird der Kontakt zwischen Patient und Angehörigen intensiviert, indem die Angehörigen die Pflegenden bei pflegerischen Maßnahmen unterstützen oder diese selbst übernehmen: *„Ich würde sagen, das [Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege] ist relativ oft [...]. [...], dass das öfter mal vorkommt, das ist jetzt nicht eine Ausnahme, über die man sich wundert.“* (Frau D, Abs. 15). Oder auch: *„[...] Sie [die Angehörigen] haben einfach oft Bedürfnisse ‚Was kann ich denn noch Gutes tun für den Angehörigen [den Patienten]?‘. Und wenn es nur Mundpflege ist.“* (Herr C, Abs. 16). Die Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten trifft nicht auf alle Angehörigen zu. Die Entscheidung zu und der Umfang der Hilfe der Verwandten bei Pflegemaßnahmen ist abhängig von mehreren Faktoren und sehr individuell: *„Es gibt Leute, die sind sehr distanziert, die wollen das nicht, da sollen wir alles machen. Aber es gibt auch immer wieder die, die dann ganz froh sind, wenn wir denen zeigen, wie man dem Patienten mal den Mund auswischt oder wie man denen was zu trinken gibt, [...] da sind die oft sehr dankbar, dass sie auch was tun können für ihre Angehörigen. Das ist aber so unterschiedlich.“* (Herr C, Abs. 17). Einige Angehörige pflegen den Patienten über einen langen Zeitraum zu Hause, bis dieser ins Krankenhaus muss. Die Grundpflege übernehmen sie dann auch im Krankenhaus weiter. Andere würden ihre Angehörigen gerne pflegen, sind aber selber nicht in der Lage dazu: *„[...] es gibt Angehörige, die versorgen ihre schwerstkranken Angehörigen von oben bis unten bei Tag und bei Nacht. Die gibt es. [...] je nachdem, wie alt sie auch sind. [...] wo die Ehepartner das nicht schaffen, aus der Physis heraus.“* (Frau F, Abs.41-42). Die Qualität der Beziehung der

Angehörigen zu den Patienten hat ebenso Einfluss auf die Entscheidung, ob sie bei der Pflege helfen möchten oder nicht. Die palliative Versorgung eines Mitgliedes ist für die Familie eine existenzielle Situation. Einige Angehörige halten diese Lage wegen ihrer Trauer nicht aus und entscheiden sich aus diesem Grund gegen die Durchführung von Pflegemaßnahmen: *„Gibt aber auch Menschen, die das einfach nicht aushalten. Nicht, weil sie das nicht machen wollen, sondern weil es sie einfach viel zu traurig stimmt. Die dann sagen ‚Ach nein, das schaffe ich jetzt nicht, aber ich komme nachher wieder.‘. Das, finde ich, ist auch ganz legitim, diesen Raum muss man ihnen lassen.“* (Frau F, Abs. 40).

4. Diskussion

4.1 Bezug zur Literatur

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse, die aus den Interviews gewonnen werden konnten, dem aktuellen Stand der Literatur gegenübergestellt und mit diesem verglichen.

Wenn Menschen in einer Institution wie einem Krankenhaus sterben, müssen Voraussetzungen geschaffen, die ein würdevolles Sterben ermöglichen (AWMF 2015). Die AWMF (2015) beschreibt, dass dazu z.B. die Bereitstellung von angemessenen Räumlichkeiten, wie ein Einzelzimmer und entsprechend qualifiziertes Personal, das für den Umgang mit Menschen in einer palliativen Situation geschult wurde, gehört. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus den Interviews. In denen wird sowohl die bedeutende Rolle des Pflegepersonals, als auch weiterer Fachgruppen aufgezeigt. Eine entsprechende Zusatzqualifikation wie z.B. die Palliative Care-Weiterbildung oder die onkologische Fachweiterbildung ist wichtig. Auch werden die Belegungen der Krankenzimmer in notwendigen Situationen so angepasst, dass ein Raum entsteht, in dem Patient und Angehörige voneinander Abschied nehmen können. Es bleibt allerdings die Frage offen, ab welchem Zeitpunkt diese Notwendigkeit besteht. Es gibt auch Situationen, in denen sich der Zustand der Patienten sehr schnell verschlechtert und die dann schnell versterben. Hier kann nicht immer gewährleistet werden, dass diese wichtigen privaten Räume eingerichtet werden können.

Der Aufbau von Konzepten, die dem palliativen Konsildienst des Krankenhauses, in dem die interviewten Pflegenden arbeiten, ähneln, wird in der Literatur anhand einzelner Krankenhäuser thematisiert. Die Konzepte solcher Palliativdienste werden an die Organisationsstrukturen der Häuser, in denen sie eingeführt werden sollen, angepasst und modifiziert (Gerhard 2017). Beck (2007) führt aus, dass sich die Palliativversorgung außerhalb der Krankenhäuser, also in Hospizen und ambulanten Palliativdiensten in den letzten Jahren verbessert, da die Notwendigkeit erkannt wurde, dass mehr Einrichtungen für die Versorgung dieser Menschen gebraucht werden. So wurden neue Hospize eröffnet und Palliativdienste wurde ausgebaut Allerdings reicht die Versorgung noch nicht aus. Auch im Krankenhaus hat ein Umdenken stattgefunden. Laut George et al. (2013) hat sich die Versorgung von Sterbenden in Krankenhäusern bisher nicht wesentlich verbessert. Gerhard (2017) betont, dass sich die Situation für die wenigen Menschen, die auf einer Palliativstation sterben, zwar verbessert hat, die Bedingungen für Menschen, die außerhalb einer Palliativstation sterben, allerdings nicht. Und das ist immer noch der größte Teil der Patienten (DGP, DHPV 2015). Durch die Interviews wurden die Funktionsweise und die Chancen eines Palliativdienstes, der für alle palliativ versorgten Menschen innerhalb eines Krankenhauses, zuständig sein sollte, herausgearbeitet und erklärt. Der Aufbau eines Palliativdienstes in einem Krankenhaus kann nach entsprechender Planung alle Stationen entlasten und als Erweiterung des vorhandenen interdisziplinären Teams gesehen werden. Der Dienst kann sowohl die Mitarbeiter aller Berufsgruppen entlasten, als auch die Versorgung der Betroffenen adäquater leisten und sicherstellen (Gerhard 2017). Gerhard (2017) hebt hervor, dass ein Palliativdienst vor allem die palliative Basisversorgung in einem Krankenhaus sicherstellen kann, während die Palliativstation in Zuständen, in denen der Patient eine besonders intensive palliative Versorgung braucht, die richtige Versorgungsform ist. Der Bedarf an solch einer Versorgungsform ist groß, auch wenn Studien und Erhebungen zu diesem Thema unterschiedliche Bedarfe ermittelt haben. Außerdem können die Ergebnisse der Studien nicht auf Deutschland übertragen werden. Für Deutschland fehlen valide Zahlen (AWMF 2015).

Die Bedürfnisse von Angehörigen und Patienten wurden durch die qualitative Datenerhebung identifiziert. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass die

zeitlichen und personellen Ressourcen der Pflege oftmals nicht ausreichen, um den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen gerecht zu werden. Schmitz (2012) bestätigt, dass im Stationsalltag Palliativpatienten nicht adäquat versorgt werden können, hervorgerufen durch Personal- und Zeitmangel der Pflegenden. Auch die Unterbringung der Patienten in Einzelzimmern kann nicht immer gewährleistet werden, obwohl das so elementar wichtig für das Abschiednehmen und das Führen letzter Gespräche im privaten Raum ist. Weiterhin führt Schmitz (2012) aus, dass Angehörigen dadurch die wichtige Betreuung und Teilnahme an pflegerischen Tätigkeiten verwehrt wird.

Auch kommunikative Probleme werden in der Literatur beschrieben. So sind viele im Umgang mit Patienten und Angehörigen unsicher und wissen nicht, wie sie auf bestimmte Situationen reagieren sollen (Schmitz 2012). Ähnlich äußerten sich die Pflegenden in den Interviews. Die ist u.a. auch auf Wissensdefizite in der Thematik zurückzuführen. Abhilfe kann hier laut Schmitz (2012) die Weiterbildung von Pflegenden zu Palliative Care-Fachkräften bringen.

Die Bedürfnisse der Angehörigen sind so vielschichtig, komplex und individuell, dass darauf in der Diskussion nicht weiter eingegangen wird. Dies würde den Umfang der Arbeit erheblich überschreiten. Die Bedürfnisse und Anliegen der Betroffenen, die durch die Interviews herausgearbeitet werden konnten, decken sich mit den Informationen aus der Literatur zu diesem Thema zu einem großen Teil. So gehört laut Kränzle et al. (2014) die psychosoziale Unterstützung zu den wichtigsten Bedürfnissen, die Angehörige und Patienten in dieser Zeit haben. Diese lassen sich weiter aufteilen und beziehen sich bei Angehörigen nicht nur auf die Sorgen um den Gesundheitszustand des ihnen nahestehenden Menschen. Vielmehr beinhaltet dies auch Fragen und Bereiche des Lebens, die nichts direkt mit dem Tod des Nahestehenden zu tun haben. Dazu zählen z.B. die Ungewissheit in finanziellen Anliegen und die Frage um die wirtschaftliche Zukunft des eigenen Lebens (Kränzle et al. 2014). Aber auch weitere Familien- und Freundesbeziehungen, nicht nur die zu dem Angehörigen, der sterben wird, spielen in dieser Situation eine große Rolle. Auch das Bedürfnis nach Teilhabe der Patienten an pflegerischen Maßnahmen z.B. wird in der Literatur aufgegriffen und konkretisiert. So gibt es die Angehörigenedukation, bei der die Angehörigen in Kursen pflegeunterstützende Kompetenzen erwerben können. Das dort erworbene

Wissen können Angehörige in der Interaktion mit den Patienten in unterschiedlichen Bereichen anwenden. Kränzle et al. (2014) berichtet, dass die Angehörigenbildung das Verhältnis der Erkrankten und der Angehörigen so nachhaltig verbessert.

Bezüglich der Kompetenzen und damit der Art und Weise, wie Pflegende die Betroffenen im Krankenhaus auffangen und begleiten können, fällt in der Literatur auf, dass sie den engsten Kontakt aller Berufsgruppen zu den Betroffenen haben. Daher sind die Pflegenden, vor allem im stationären Bereich, die Menschen, die sowohl die Patienten, als auch die Angehörigen am meisten beeinflussen und somit die palliative Versorgung, als auch das Sterben gestalten (Müller et al. 2014). Somit sind die Pflegenden die Menschen, die die Angehörigen zur Teilnahme an pflegerischen Tätigkeiten motivieren können. Außerdem trägt Müller et al. (2014) vor, dass die Angehörigen oft über fachliche und medizinische Sachverhalte aufklären, wenn die Angehörigen nach einem Arztgespräch oder der Visite noch offene Fragen haben. Hier brauchen Pflegende eine hohe medizinisch-fachliche Kompetenz. Rest (2006) hebt die Bedeutung der individuellen Bedürfnisse der Angehörigen hervor, auf die vor allem in solchen existenziellen Situationen, wie das Sterben eines geliebten Menschen, besonders wert gelegt werden muss. Pflegende haben hier den Auftrag diese Bedürfnisse aus Gesprächen herauszufiltern und zu deuten, bzw. mit den Angehörigen zu besprechen, sofern sie dieses zulassen. Das ist eine sehr vielschichtige Aufgabe, die hohe kommunikative Kompetenzen erfordert, aber auch Empathie und Einfühlungsvermögen in die Situation des Betroffenen (Rest 2006). Wie oben in der Diskussion beschrieben mangelt es vielen Pflegenden an den entsprechenden Kompetenzen. Pflegenden müssen hier zu Weiterbildungen motiviert werden, um die erforderlichen kommunikativen und fachlichen Kompetenzen zu erlernen.

4.2 Diskussion der Methode und Limitationen

Die an der Studie teilnehmenden Pflegenden wurden aus einer Gelegenheitsstichprobe heraus rekrutiert. Sie wurden angesprochen, weil sie gerade zu der Zeit im Dienst waren, als nach Teilnehmern gesucht wurde. Auch die Auswahl der Stationen erfolgte nicht zufällig, sondern wegen den Empfehlungen von Pflegenden, die in dem Krankenhaus arbeiten. So wurden Stationen ausgewählt, auf denen potenziell häufig palliativ versorgte und sterbenden

Menschen behandelt werden. Es ist wissenschaftlich nicht komplett nachvollziehbar, warum genau die sechs Pflegenden an der Studie teilgenommen haben. Es kann sein, dass sie besonders gute oder schlechte Erfahrungen mit Patienten, oder deren Angehörigen, gemacht haben und daher an der Studie teilnehmen wollten. Es ist auch möglich, dass Pflegende teilgenommen haben, weil gerade auf ihrer Station besonders viele palliative Situationen vorkommen und sie über das Thema gut berichten können. Das bedeutet, dass die palliative Versorgung von Menschen auf dieser Station eventuell schon entsprechend optimiert wurde und die Versorgung und Begleitung von Patienten und Angehörigen keine Station in einem Akutkrankenhaus abbildet, auf der seltener Patienten sterben. Ein Ziel der vorliegenden Studie ist aber genau dies abzubilden. Zufällig ausgewählte Teilnehmende und eine größere Stichprobe, also die Durchführung von wesentlich mehr als sechs Interviews, könnten zu anderen Ergebnissen führen. Für die Durchführung einer umfassenderen Datenerhebung fehlte aber die Zeit, da die Arbeit im Rahmen eines dualen Studiums geschrieben wird und feste Abgabefristen eingehalten werden müssen, die für größere Studien nicht ausreichen. Das Ziel war examinierte Pflegende zu interviewen. Alle sechs Teilnehmenden arbeiten im selben Krankenhaus verteilt auf vier Stationen. Es kann sein, dass die Ergebnisse dadurch verzerrt werden, dass die Abläufe bzw. die Gesamtorganisation auf allen Stationen gleich ist und sich die Versorgung und Betreuung von Menschen in einer palliativen Situation ähneln oder sogar gleich sind. Um das Feld der palliativen Versorgung in den Ergebnissen variabler und weiter abdecken zu können, hätten z.B. Interviews mit examinieren Pflegenden in weiteren Krankenhäusern in Hamburg durchgeführt werden können. Dadurch hätte man auch Prozesse und Möglichkeiten zwischen diesen Häusern vergleichen können. Aber auch hierfür fehlte die Zeit. Ziel war es, die Bedürfnisse betroffener Patienten und Angehöriger aus der Sicht der Pflege herauszuarbeiten. Und darauf aufbauend, wie Pflegende diese Bedarfe und Anliegen angemessen und zielführend befriedigen können. Dafür ist die gewählte Methode gut geeignet.

Ein limitierender Faktor bei der Literaturrecherche war der Umstand, dass mehrere Bücher, die für die Bearbeitung und den Vergleich mit den Ergebnissen der Interviews angewendet werden sollten, über den Zeitraum der Bearbeitungszeit bis zur Abgabefrist dieser Arbeit verliehen waren und somit nicht benutzt werden

konnten. Zudem waren mehrere digitale Texte, vor allem Studien, für den Autor aus lizenzrechtlichen Gründen nicht einsehbar oder nur nach dem Abschluss eines Abonnements für bestimmte Verlage oder Herausgeber. Diese Literatur wurde nicht berücksichtigt.

5. Schlussfolgerung und Ausblick

Menschen brauchen, wenn sie palliativ versorgt werden müssen, eine umfassende und kompetente Versorgung und Betreuung. Das gleiche gilt für die Angehörigen. Diese Versorgung ist in Deutschland zurzeit nicht ausreichend gegeben. Obwohl die meisten Menschen in Akutkrankenhäusern sterben, werden Betroffene auf den Stationen besonders mangelhaft versorgt und begleitet. Zudem muss in einem Krankenhaus zwischen der palliativen Versorgung und dem Sterben auf einer Palliativstation und dem Sterben auf Nicht-Palliativstationen unterschieden werden. Hier gibt es Unterschiede. Während es im Bereich der Palliativstationen in den letzten Jahren spürbare Verbesserungen gab, gibt es bei der Sterbekultur auf Akutstationen ohne palliative Ausrichtung kaum Veränderungen. Ein großer Faktor, der die Versorgung und Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörigen negativ beeinflussen ist die massive Personalknappheit im Bereich der Pflegenden. Dadurch fehlt den Pflegenden Zeit in allen Bereichen. In einem Akutkrankenhaus werden so besonders stark die besonderen Bedürfnisse der palliativ versorgten Menschen und deren Angehörigen vernachlässigt. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen des Bereiches der palliativen Pflege sind in dieser Arbeit jedoch nur ergänzend beschrieben.

Vielmehr soll diese Studie das Thema der palliativen Versorgung in einem Akutkrankenhaus aus der Sicht der Pflegenden, die täglich mit diesen Situationen konfrontiert werden, aufarbeiten. Bezugnehmend zu den Forschungsfragen brauchen die Pflegenden vor allem kommunikative Kompetenzen, um Betroffene angemessen beraten und begleiten zu können. Dass viele Pflegende diese Kompetenzen nicht effizient nutzen können, um Angehörige zu begleiten, liegt einerseits daran, dass die Pflegenden diese Kompetenzen nicht besitzen. Sie haben keine Weiterbildung in der palliativen Pflege erfahren und sind mit Situationen, in dem es um das Sterben von Patienten geht, häufig überfordert. Auf der anderen Seite fehlt den Pflegenden in einem Akutkrankenhaus oftmals auch die Zeit, um die

Betroffenen beraten und betreuen zu können. Selbst, wenn sie entsprechende Kompetenzen und Erfahrung mit dieser Thematik aufweisen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Möglichkeiten zu identifizieren und aufzuzeigen, wie Pflegende, vorausgesetzt sie haben die entsprechenden Qualifikationen und Kompetenzen, Patienten und Angehörige angemessen versorgen können. Neben der Arbeit auf Palliativstationen ist hier die Einführung eines palliativen Konsildienstes, welcher für Betroffene des ganzen Krankenhauses zuständig ist, vielversprechend. In so einem Palliativdienst können Pflegende ihre Kompetenzen gezielt einsetzen. Die Arbeit in einem interdisziplinären Team ermöglicht einen intensiven Austausch mit Ärzten und anderen Berufsgruppen. Die Betroffenen profitieren so von einer ganzheitlichen Versorgung, die gezielt für sie entwickelt wird. Direkt auf Station können Pflegende den Patienten und Angehörigen am meisten helfen, indem sie sich anbieten und präsent sind. Sie führen Gespräche, hören manchmal einfach nur zu oder vermitteln die Betroffenen, wenn es sein muss zu weiteren Hilfsangeboten im Krankenhaus. Durch das Angebot zur Einbindung der Angehörigen in pflegerische Maßnahmen geben, fühlen sie sich wichtig und ernst genommen. Außerdem stärkt es die Beziehung zwischen den Patienten und den Angehörigen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Pflegende selbst einen großen Teil zur Verbesserung der Versorgung von palliativen Patienten und deren Angehörigen beitragen können, indem sie sich in der Thematik weiterbilden. Ein großer Teil der Umstände allerdings, der die Arbeit der Pflegenden massiv beschneidet, kann ein einzelner Pflegender nicht ändern. So ist der Personal- und Zeitmangel nicht nur in der palliativen Versorgung ein großes Problem. Und auch an strukturelle Bedingungen, wie die Unterversorgung an palliativen Diensten in Deutschland, können einfache Pflegende erstmal nichts ändern. Durch die Implementation von Diensten und Einheiten, die die palliative Versorgung nachweislich verbessern, können das Wissen von entsprechend ausgebildeten Pflegenden und Ärzten, sowie die Ressourcen eines Krankenhauses gebündelt werden. Dazu gehören z.B. palliative Konsildienste. Diese können eingesetzt werden, um die palliativ versorgten Patienten aller Stationen eines Krankenhauses und deren Angehörigen die erforderliche Versorgung und Begleitung zukommen zu lassen, die benötigt wird.

6. Literaturverzeichnis

AWMF (2015). AWMF-Registernummer. 128/001OL. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Online abrufbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf; letzter Aufruf: 27.05.18

BÄK Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (7): S.346-348

Beck, Kerstin (2007): Pflegerische Praxis in Hospizen und auf Palliativstationen. Eine qualitative praxeologische Studie zur Strukturierung stationärer Schwerstkranken- und Sterbendenpflege. Hamburg: Verlag Dr. Kovac

DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; DHPV Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2015): Palliativversorgung im Krankenhaus. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). September 2015. Berlin

George, Wolfgang; Dommer, Eckhard; Szymaczak, Viktor (Hrsg.) (2013): Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag

Gerhard, Christoph (2017): Palliativdienst. Handbuch zur Integration palliativer Kultur und Praxis im Krankenhaus. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag

Grossenbacher-Gschwend, B.; Eychmüller, S. (2007): Der Liverpool Care Pathway of the dying. Gemeinsam für eine gute Qualität in der Betreuung am Lebensende. In: Der Onkologe 13 (4): S.343-349

Kempa, Sabine (2011): Leiden und Sterben lindern. In: Heilberufe 63 (3): S.53-54

Klaschik, E.; Nauck, F.; Radbruch, L.; Sabatowski, R. (2000): Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. In: Der Internist 41: S.606-611

Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hrsg.) (2014): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 5. Auflage. Berlin: Springer-Verlag

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Weinheim Basel: Beltz

Müller, Monika; Brathuhn, Sylvia; Schnegg, Matthias (Hrsg.) (2014): Handbuch Trauerbegegnung und -begleitung. Theorie und Praxis in Hospizarbeit und Palliative Care. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Ohne Autor (Ohne Jahr): Palliative Care für Pflegende. Albertinendiakoniewerk: online abrufbar unter https://www.albertinen.de/einrichtungen_angebote/albertinen_akademie/weiterbildung/palliativecare; letzter Aufruf: 18.05.18

Rest, Franco (2006): Sterbebeistand Sterbebegleitung Sterbegeleit. Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Schmitz, Andrea (2012): Würdevolle Betreuung. Multiprofessionelle Versorgung von Palliativpatienten – ein Erfahrungsbericht. In: Deutsches Ärzteblatt 109 (6): S.257-260

Thönnies, M.; Jakoby, N.R. (2011): Wo sterben Menschen? Zur Frage des Sterbens in Institutionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44 (5): S.336-339

WHO World Health Organization (2002): Definition of Palliative Care 2002. Genf: WHO online abrufbar unter <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>; letzter Aufruf: 02.06.18

7. Anhangsverzeichnis

Anhang 1	Interviewleitfaden	40
Anhang 2	Informationsschreiben und Einverständniserklärung	41
Anhang 3	Exemplarisches Transkript eines Interviews.....	43
Anhang 4	Gebildete Hauptkategorien aus den Analysen der Interviews	49

Anhang 1 Interviewleitfaden

- Wie erleben Sie das Sterben/ das Leben von palliativ versorgten Menschen in Ihrer Arbeit bzw. im Akutkrankenhaus?
- Wie nehmen Sie die Betreuung dieser sterbenden Menschen wahr?
- Welche Bedürfnisse von Angehörigen palliativ versorgter Menschen im Akutkrankenhaus haben Sie wahrgenommen/ sind Ihnen aufgefallen?
→ z.B. Kommunikation und Aufklärung
- Wie nehmen Sie die Betreuung von Angehörigen palliativ versorgter Menschen im Akutkrankenhaus wahr? Von der Pflege? Von anderen Berufsgruppen (Ärzte)?
- Welche Maßnahmen vonseiten der Pflege könnte die Pflege und Betreuung palliativ versorgter Menschen verbessern/ erleichtern?
- Was können Pflegende tun, um den Angehörigen bei der Bewältigung der Situation zu helfen?
- Welche Kompetenzen brauchen Ihrer Meinung nach Pflegende für die Versorgung von sterbenden Menschen?

Anhang 2 Informationsschreiben und Einverständniserklärung

Informationsschreiben

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Bachelorarbeit ist ein Teil der Abschlussprüfungen des Dualen Studienganges Pflege, welchen ich an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften studiere. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit, die von Frau Prof. Dr. Uta Gaidys betreut wird, würde ich gerne Interviews mit examinieren Pflegenden zum Thema ‚Herausforderungen für Pflegende bei der Betreuung und Unterstützung von Angehörigen palliativ versorgter und sterbender Menschen in Akutkrankenhäusern‘ führen. Das Ziel der Interviews und der daraus entstehenden Arbeit ist es, aufzuzeigen, welche professionelle Arbeit Pflegende bei der Unterstützung von Angehörigen palliativ versorgter und sterbender Menschen leisten und welche Kompetenzen Pflegende dazu benötigen. Während des Interviews wird nicht nur auf die Erfüllung der Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen, sondern auch auf die Pflege und die Betreuung der sterbenden Patienten selbst.

Den Interviews ist ein orientierender Interviewleitfaden zugrunde gelegt. Es müssen nicht alle Fragen beantwortet werden und über den Umfang Ihrer Antworten entscheiden Sie selbst. Es gibt auch keine richtigen oder falschen Antworten. Die Fragen sollen dazu dienen, über Ihre alltägliche Arbeit sprechen zu können.

Für das Interview sind 15 bis 20 Minuten geplant. Es wird aus rechtlichen Gründen außerhalb Ihrer Dienstzeit stattfinden, z.B. vor oder nach einem Dienst. Ich möchte das Interview gerne mittels eines Diktiergerätes aufzeichnen, damit ich es anschließend verschriftlichen kann. So muss ich während des Gespräches nicht mitschreiben und kann mich auf unser Gespräch konzentrieren. Nach der Verschriftlichung erfolgt die systematische Auswertung.

Die persönlichen Informationen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden pseudonymisiert. Dies bedeutet, Ihre Aussagen aus dem Interview können von Dritten nicht Ihrer Person zugeordnet werden. Dafür werden Ihre Daten und die dazugehörigen, aufgenommenen Aussagen mit einem Pseudonym versehen und kennwortgeschützt aufbewahrt. Sie sind nur mir als durchführender Student bekannt. Die Aussagen aus dem Interview werden in der Bachelorarbeit verwendet, sind hier aber niemals Ihrer Person zuzuordnen.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig und wird nicht vergütet. Die Teilnahme hat keine positiven oder negativen Einflüsse auf Ihre Arbeit und Ihr Verhältnis zu Ihrem Arbeitgeber. Sie werden nach dem Abschluss der Arbeit über die Ergebnisse in Kenntnis gesetzt und sie werden Zugang zu der Bachelorarbeit

bekommen, sofern Sie dieses wünschen. Das Interview kann jederzeit ohne Angabe von Gründen unterbrochen oder abgebrochen werden. Dies hat keine negativen Konsequenzen für Sie.

Durch die Teilnahme am Interview können Sie dazu beitragen, den Umgang und die Rahmenbedingungen für den Umgang mit Angehörigen von palliativ versorgten Menschen in einem Akutkrankenhaus besser zu gestalten und Möglichkeiten zu finden, diese Erkenntnisse in die Praxis zu integrieren.

Ort, Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview

Ich wurde schriftlich und mündlich über die Absicht, den Verlauf und das Ziel des Interviews aufgeklärt und darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Teilnahme am Interview weder positive, noch negative Auswirkungen auf meine Arbeit oder meinen Arbeitgeber hat.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Teilnahme/ Nichtteilnahme **freiwillig** ist und jederzeit abgebrochen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme nicht vergütet wird.

Personenbezogene und einrichtungsabhängige Daten und Aussagen aus den Interviews werden pseudonymisiert, das heißt, sie werden mit einem Kennwort verschlüsselt und sind dadurch von Dritten nicht auf Sie zurückzuführen. Die InterviewteilnehmerInnen sind nur dem durchführenden Studenten bekannt.

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname)

dass ich am Interview teilnehme.

dass ich nicht am Interview teilnehme.

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang 3 Exemplarisches Transkript eines Interviews

Transkript Interview #4

I: Interviewer

P: Professionell Pflegende; Frau D

I: Also in Grunde soll es ja, also ich möchte mich speziell eben auf die Angehörigen von palliativ versorgten Patienten konzentrieren und dann eben noch dieses besondere Umfeld im Akutkrankenhaus. Das ist natürlich noch mal etwas anderes, als wenn man jetzt im Hospiz ist oder so.

P: Ja.

I: Genau. Und vielleicht mal so als Einstieg die Frage erstmal, wie du so das Leben, bzw. wenn sie jetzt vielleicht auch kurz vor dem Tod sind, das Sterben von palliativ versorgten Patienten hier auf dieser Station jetzt erlebst?

P: Ja, also ich habe ja hier jetzt immer diesen exakten Unterschied, einmal B5 vorne und hinten. Es sterben hier ja allgemein viele auf Station.

I: Auch im vorderen Bereich?

P: Genau, weil wir halt viele onkologische Patienten haben, das ist halt leider oft der Tod, ähm, und der Unterschied finde ich ist halt sehr deutlich hinten. Erstmal man hat mehr Zeit, also ich habe auch Zeit, mich einfach mal hinzusetzen und ne halbe Stunde mit der Patientin zu sprechen oder einfach nur die Hand zu halten oder einfach diese Sterbebegleitung wirklich mit ihr zu durchleben, indem ich einfach da sein kann. Oder auch den Angehörigen irgendwie ein Kaffchen bringen kann oder so, also man hat einfach viel mehr Zeit. Nicht immer, das ist natürlich auch unterschiedlich, was für Patienten hinten sind, weil es sind ja sechs Betten, aber ja, es ist alles ein bisschen entschleunigter, wahrscheinlich noch nicht annähernd so wie im Hospiz, aber schon dichter dran. Und was ich jetzt so das Gefühl hatte, dass bei den Angehörigen, dass die uns hinterher oft wiedergespiegelt haben, dass das zwar was Schlimmes war, weil man natürlich einen Angehörigen verloren hat, aber sie immer noch was Schönes daran gefunden haben, weil sie dürfen hier übernachten, wenn es passt. Also wenn es ein Einzelzimmer ist oder das Bett frei ist nebenan und diese Begleitung ist ein bisschen intensiver und dieses Umfeld. Die Zimmer sind ja schon anders eingerichtet und es gibt extra eine Küche, wo man auch Kochen kann, also auch die Angehörigen könnten kochen oder so. Und es ist schon alles ein bisschen netter.

I: Ja. Und wie ist das jetzt z.B. im, der vordere Bereich ist ja wahrscheinlich eher stellvertretend auch für andere Stationen im Krankenhaus. Wenn da auch mal welche sterben, wie ist das da?

P: Ja genau. Also ich glaube sozusagen, da wir ja, viele von uns eigentlich regelmäßig auch im Palliativbereich sind, sind wir sehr sensibilisiert für den Tod und dann, und deswegen ist es wahrscheinlich nicht so ein Riesenunterschied, ob man jetzt im vorderen Bereich liegt oder hinten. Weil, ich habe das Ge., also was ich so mitbekommen habe, ich bin jetzt xx Jahr examiniert und nur hier auf dieser Station, dass halt oft auch andere Fragen und dass wir vielleicht manchmal ein paar Tricks haben, allein durch die Weiterbildung, was das Sterben erleichtert, sowohl für den Patienten, als

auch für die Angehörigen. Einfach so mit Mundpflege, wie man jemandem etwas Gutes tun kann, was für Angebote man machen kann und ich glaube, das ist halt der Unterschied, einfach dass man manchmal die Zeit hat oder wir uns die Zeit nehmen, weil für uns ist es egal, ob jemand hinten oder vorne stirbt, wir nehmen uns immer dieselbe Zeit. So, das ist unser Selbstanspruch, aber ähm, ich glaube sonst ist halt auch... Hier vorne sind die Zimmer nicht darauf ausgelegt, dass hier auch mal ein Ehemann mit schlafen kann oder dass man zwei Betten zusammenschiebt, wie ein Ehebett und dass sie dann Händchen haltend nebeneinander liegen können während der Andere geht. Oder halt stirbt. Und dass ist hinten glaube ich deutlich mehr, dass, man kann halt viel mehr andere Personengruppen mit einbeziehen.	39 40 41 42 43 44 45 46 47 48
I: Gibt es denn theoretisch die Möglichkeit, wird das manchmal versucht, gibt es denn hier vorne auch Einzelzimmer...?	49 50 51
P: Es gibt Einzelzimmer, aber da passen keine zwei Betten rein, aber dann versuchen wir es halt z.B. mit so einem Sieststuhl, so ein Lehnssessel, wo man dann drauf schlafen, wahrscheinlich nicht gut schlafen, aber man kann schlafen, wenn man will. Wir hatten das auch schon, dass dann hinten im Aufenthaltsraum halt welche, wir haben da ein Bett reingeschoben, dann haben da welche geschlafen und konnten halt jederzeit, wenn sie wollten einfach nach vorne in den Bereich gehen und da zu den Angehörigen ins Zimmer gehen, das haben wir auch schon gemacht. Und wir versuchen natürlich, dass nie jemand im Doppel- oder Mehrbettzimmer liegt, wenn man merkt, dass der jetzt sterben wird. Also dann wird immer umgeschoben.	52 53 54 55 56 57 58 59 60
I: Können auch so z.B., also ich hatte ja einen Hospizeinsatz, da wird ja versucht auf jeden Fall die individuellen Bedürfnisse, die ja jetzt normal im Krankenhaus von Patienten nicht immer, vielleicht einige schon, aber ja die meisten leider nicht aus Zeitgründen oder Personalgründen, wird versucht oder klappt das hier, die dann auch...	61 62 63 64 65
P: Ich glaube, das ist unterschiedlich. Also es ist oft abhängig davon, ob wir genug Leute im Dienst sind, weil wir sind ja, eigentlich ist ja immer eine Krankenschwester alleine im hinteren Bereich für sechs Patienten zuständig, also maximal. Wenn man aber nur zu zweit auf der ganzen Station ist, kann man ja schlecht nur hinten sechs Patienten betreuen und der Andere hier vorne die 30 anderen. Und deswegen geht es dann unter, also dann ist es einfach so, man kann dann nicht individuell pflegen. Das ist dann typisch Krankenhaus. Ich glaube, dass oft die Patienten das weniger mitkriegen, weil man ja irgendwie versucht, das immer nicht so zu zeigen, so, aber also von der Zeit her merken die das ja mit Sicherheit. Und es kommt glaube ich immer drauf an, also manche haben, wenn jemand viele Bedürfnisse hat oder viele Wünsche, dann wird es glaube ich auch für uns schwierig, das geht einfach nicht. Aber oft sind das so Kleinigkeiten, schon wie, dass man, heute hatte ich eine, die schminkt sich immer, also die ist, und ihr ist ihr Aussehen sehr, sehr wichtig. Und dann habe ich mir die Zeit genommen und wir haben uns ein Outfit zusammen rausgesucht, was denn gut aussehen könnte und die Haare geflochten und sowas geht halt eher. So, ich glaube das kommt auch immer drauf an, wer grad im Dienst ist, ich glaube, dass manchen Menschen liegt das nicht so und manche gehen darauf mehr ein. Aber ich glaube, wenn man so in die Pallirichtung denkt, dann sollte man schon diesen Gedanken haben, denen was Gutes tun zu wollen.	66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82
I: Mhm. Ich habe gehört schon von der Kollegin xx, mit der hatte ich gestern ein Interview, du hast ja die Palliativfachweiterbildung...	83 84 85

P: Ja.	86
I: ... ähm, merkt ihr vielleicht auch hier im Haus, ähm, wenn jetzt auf Stationen, wo das Sterben jetzt nicht so an der Tagesordnung liegt und da vielleicht die Pflegekräfte, die im Dienst sind vielleicht selbst überfordert sind, werdet ihr dann auch mal zur Hilfe gerufen, so als Experten oder so?	87 88 89 90 91
P: Also wir haben ja die Schwester xx, also die war mal auf unserer Station und ist ja jetzt Fachkraft für Palliativkoordination oder so, ungefähr so und sie wird jetzt häufig gerufen, nä, dadurch dass die Konsile jetzt an sie gehen oder dass auch mal Kollegen anrufen und fragen ‚Du, der hat Schmerzen oder Luftnot, was können wir jetzt tun?‘. Das haben wir schon ab und zu, auch dass mal die Ärzte an uns rantreten und sagen ‚Hier, ihr habt doch die Weiterbildung. Was habt ihr da, könnt ihr uns einen Tipp geben? Wie würdet ihr das am liebsten machen? Oder eher machen?‘. Das kommt schon mal vor, ja. Ich glaube, nicht immer, weil immer mehr Pflegekräfte auf allen Stationen, immer oft, gibt es einen, der auch die Weiterbildung hat.	92 93 94 95 96 97 98 99 100
I: Ah ja, ok.	101 102
P: Schon vermehrt, also es wird, glaube ich, immer mehr, dass Leute das möchten und es auch dürfen. Es darf ja jede Station die Weiterbildung machen, aber vorkommen tut es, ja öfter. Auch mit Portversorgung, weil viele Palliativpatienten ja einen Port haben und das ist ja auch nicht so üblich.	103 104 105 106
I: Ja, das stimmt. Jetzt mal speziell auf die Angehörigen. Was nehmt ihr da, oder du jetzt stellvertretend so an Bedürfnissen war von den Angehörigen, was hier so im Vordergrund steht im Krankenhaus?	107 108 109
P: Also ich glaube ganz viel im Vordergrund stehen Gespräche bei Angehörigen. Weil, das ist eine Situation, die, wenn du Glück hast, erlebst du die nicht oft in deinem Leben, dass du einen ja meistens wichtigen Menschen für dich verlierst oder begleiten kannst und manchmal sind es einfach die Fragen ‚Wie kann ich ihn am besten begleiten?‘ Manche erhoffen sich, glaube ich auch, so eine klare Struktur ‚Was muss ich tun, wenn jetzt jemand stirbt? Wie ist das Rezept dafür?‘. Das gibt es nun leider nicht, aber wir können halt immer nur das Angebot machen, dass wir da sind zum Reden und irgendwie beim Begleiten und Unterstützen und, also das meiste sind, glaube ich, Gespräche. Wir sind immer dafür, dass wenn jemand die Pflege übernehmen möchte oder bestimmte Sachen gerne macht mit dem Patienten, dann sollen sie das machen. Ich muss nicht jemanden Pflegen, wenn ich weiß, dass die Frau sich von ihrem Mann gerne pflegen lassen möchte. Dann muss ich den ja auch nicht wegdrängen, sondern dann freue ich mich, wenn der das macht und ja. Also ich glaube für Angehörige ist es halt einfach, ist unterschiedlich, manche sind sehr erfreut über auch über uns, bei manchen kriegt man irgendwie oft Schuld oder Zorn ab. Aber das ist halt oft einfach ein Weg der Verarbeitung, weil irgendjemand muss ja Schuld kriegen, warum es dem Angehörigen jetzt schlecht geht und oft kriegt es nicht unbedingt der Richtige ab, aber manchmal muss man es auch einfach akzeptieren. Weil ich weiß nicht, ob ich anders wäre, wenn ich jemanden verlieren würde, der in so einer Situation...der mir so wichtig ist. Und ähm, Angehörige können halt völlig unterschiedlich damit umgehen.	110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127
I: Ja.	128
P: Manche zeigen das hier gar nicht, dass sie traurig sind, dass man sich schon wundert ‚Ok, an den kommt man nicht so ran.‘. Und manche sind halt total offensiv und können auch klar benennen ‚Die	129 130 131 132

und die Sorge habe ich.' Oft ist es ja auch ,Mein Partner geht, ich muss die Wohnung jetzt alleine tragen.' Die haben ja auch oft selber noch Probleme.	133
	134
	135
I: Genau, die da alle im Hintergrund stehen...	136
	137
P: Ja genau, und von denen wir vielleicht gar nichts wissen, ja.	138
	139
I: Kommt es denn oft vor, du hattest ja eben schon angesprochen, dass viele Angehörige die Pflege auch selbst übernehmen. Kommt das denn oft vor oder ist das eher die Ausnahme?	140
	141
	142
P: Ich würde eigentlich sagen, dass ist relativ oft, also wenn, es kommt immer so ein bisschen drauf an, selten ist es, wenn die Familie nicht vorher schon sehr nah beieinander war, dann ist es eher selten.	143
Und also, ne ich würde schon sagen, dass das öfter mal vorkommt, das ist jetzt nicht eine Ausnahme, über die man sich wundert.	144
	145
	146
	147
I: Ok. Und du hast ja jetzt eben angesprochen, so Kommunikation und Verständnis und Gespräche steht so an oberster Stelle bei den Angehörigen. Gibt es denn noch irgendwelche anderen Maßnahmen, die vielleicht so auch von organisatorischer Natur sind, die den Angehörigen hier unter die Arme greifen?	148
	149
	150
	151
P: Ja, also beim palliativ ist ja besonders bedeutend, dass man nicht den Pflegeauftrag hat, nur den sterbenden oder todkranken Menschen zu begleiten, sondern man ist auch verpflichtet die Angehörigen mit zu betreuen. Also so steht es ja in dem Auftrag. Und man kann auch den Sozialdienst einschalten z.B. des Hauses um ja nicht, sozusagen rein theoretisch gar nicht zu klären, was mit dem Patienten wird, weil wenn z.B. klar ist, dass der bei uns versterben wird oder dass der auf jeden Fall ins Hospiz geht oder so, man kann auch den Sozialdienst einschalten, wenn man sagt, die Ehefrau braucht Hilfe, weil finanziell z.B. gar nicht die Möglichkeit besteht, dass sie jetzt irgendwie noch das Haus halten kann und das geht auch. Also die Psychoonkologen, es gibt ja oft auch Patienten, die selber gar nicht mehr sich äußern können und dann finden aber trotzdem viele Gespräche statt, da aber halt nur mit dem Angehörigen oder mit dem Zugehörigen, sind ja manchmal auch nur Freunde. Also das ist immer eine Betreuung von beiden, von allen und das heißt auch, jede Fachgruppe kann halt quasi auch sagen, also die Psychoonkologen oder der Seelsorger, der kann vielleicht nicht mit dem Patienten sprechen oder tut es auch, spricht aber auch zusammen dabei mit dem Ehemann oder auch alleine, manchmal gibt es ja auch Sachen, die man nicht vor dem Kranken oder vor den Angehörigen sagen möchte und dann macht man das eben alleine.	152
	153
	154
	155
	156
	157
	158
	159
	160
	161
	162
	163
	164
	165
	166
	167
I: Aha, ich nehme an, wenn ich mir das jetzt so vorstelle, ihr bietet den Angehörigen ja wahrscheinlich an, dass sie jederzeit zu euch kommen können, wenn sie irgendetwas auf dem Herzen haben...	168
	169
	170
P: Klar.	171
	172
I: ...und ist das eher die Regel, dass die dann auch auf euch zukommen wirklich und sich trauen oder müsst ihr meistens noch mal irgendwie...	173
	174
	175
P: Also ich weiß jetzt nicht, also bei der Pflege zumindest habe ich oft das Gefühl, dass das im Laufe einfach entsteht durch Gespräche oder man ist im Zimmer, man lernt sich kennen, die kommen zu Besuch und dadurch trifft man sich ja oft. Dann kommen sie auch zu uns und fragen ,Wie geht es? Kann ich jetzt reingehen?' oder so und dann passiert das so im Laufe des Gespräches. Es wird nicht oft, finde	176
	177
	178
	179

ich, also bei mir zumindest nicht, oft angesprochen ‚Ich habe das und das Problem und will das jetzt mit ihnen besprechen‘, sondern man unterhält sich und trifft sich vielleicht außerhalb des Zimmers und dann entsteht ein Gespräch und dann setzt man sich vielleicht mal kurz hin und bespricht das, weil man einfach merkt ‚Oh ok, das geht glaube ich grad ein bisschen weiter als nur die Frage „Alles in Ordnung?“	180
„Ja ok, gut““ sondern manche schütten dann ja auch plötzlich, ohne das zu planen, ihr Herz aus. So und sagen ‚Och, eigentlich ist es ja auch, nä, das ist der Mann meines Lebens, den habe ich 63 Jahre...‘ und dann fängt man halt an zu reden und dann, manchmal merkt man dadurch auch ‚Oh, der hat glaube ich einen Bedarf‘ und dann kann man das ja mal ansprechen und sagen ‚Hier, ich glaube es wäre schön, wenn du als Pastor da vielleicht mal das Angebot machst, dass du da bist‘ und dann passiert das so im Hintergrund.	181
	182
	183
	184
	185
	186
	187
	188
	189
	190
I: Aja. Ja, das war auf jeden Fall schon mal...meine abschließende Frage vielleicht noch. Als Pflegende braucht man ja, was heißt braucht man, aber sollte man ja schon gewisse Kompetenzen aufweisen, sag ich mal, um in diesem Beruf überhaupt zu arbeiten, egal wo. Gibt es vielleicht noch spezielle Kompetenzen, ich weiß nicht, die man vielleicht auch in der Weiterbildung lernt, die du gemacht hast, in dieser Palliative Care Weiterbildung, die jetzt bei dem Umgang mit, natürlich jetzt im Zusammenbund mit den Patienten und deren Angehörigen noch mal von besonderer Bedeutung sind?	191
	192
	193
	194
	195
	196
	197
P: Also, was ich durch die Weiterbildung ganz stark noch mal nahegelegt bekommen habe, war der Umgang mit Angehörigen. Also auch die Validation und auch das Verständnis, weil man ja oft im Stress denkt eher, ähm, die nerven und oft vergisst man, ja vielleicht nerven die gar nicht, sondern, oder vielleicht würden sie weniger nerven in Führungsstrichen, wenn man vielleicht einfach mal zuhört und darauf reagiert, was der Mensch eigentlich gerade sagt. Also das, Angehörige war auch ein ganz großes Thema, also die Weiterbildung an sich, ich habe die jetzt auch gerade erst im Februar fertiggemacht, und ich muss sagen das war Allgemein großartig, also für mich hat sich viel gebracht hinsichtlich Schmerz, weil das da einem super nahegelegt wurde nochmal, medikamentös, aber auch komplementäre Verfahren mit Aromatherapien und so. Das fand ich halt schön, dieses ganzheitliche, dass man so viel mit reinbringen kann und Sachen, die man, glaube ich, im Alltag auch einfach mal vergisst und die eigentlich ja, finde ich, auch für palliativ so ein bisschen stehen. Und was so ein bisschen, das hat auch ein Dozent halt da in der Weiterbildung gesagt, ist, dass man das Leben leider oft nicht in Jahren werten sollte, weil viele hier besonders bei uns nicht sehr alt werden, sondern vielleicht in Glücksmomenten. Und das fand ich für mich persönlich sehr schön, dass ich das Gefühl habe, ja, auf deutsch gesagt ‚Es geht ihnen scheiße. Sie werden sterben. Aber dann können wir ja wenigstens das Beste draus machen und irgendwie ganz viele Glücksmomente sammeln, die es lohnenswert gemacht haben, noch den letzten Rest zu erleben.‘	198
	199
	200
	201
	202
	203
	204
	205
	206
	207
	208
	209
	210
	211
	212
	213
	214
	215
I: Stimmt. Schön. Was meinstest du mit Validation?	216
	217
P: Ähm, ja. Eigentlich ist es wie bei der Demenz auch, dass man auf den Patienten eingeht oder auf den Angehörigen und das bedeutet ja eigentlich, Validation, dass man sich darauf einlässt. Man versteht...also, jemand ist erbost und man spiegelt ihm das auch wieder und sagt ‚Ich merke, sie sind wütend.‘ und ‚Welches Gefühl haben sie gerade?‘. Also, dass man den Angehörigen mitteilt, ich sehe dich und ich verstehe, was du sagst und du bist böse und das darfst du auch sein. Weil das ist eine doofe Situation für dich, aber was können wir tun, damit es besser wird oder manchmal wollen die auch gar keine Lösung, sondern einfach nur ein ‚Oh, ich wurde gehört, ich wurde gehört, dass es mir schlecht geht. Und es geht mir wirklich dreckig und das hat dieser Mensch jetzt gerade verstanden.‘. Und das ist für mich eigentlich...wahrscheinlich gibt es das noch viel besser ausgedrückt, aber das ist so,	218
	219
	220
	221
	222
	223
	224
	225
	226

was Validation für mich... drauf eingehen, widerspiegeln und zeigen, dass man den Menschen einfach wahrnimmt mit dem, was er gerade äußert.	227
	228
	229
I: Ja, super, das war es dann auch. Vielen Dank.	230
	231
P: Bitte.	232
	233
I: Dass du das mit mir gemacht hast.	234
	235
P: Ich hoffe, ich konnte dir helfen.	236
	237
I: Ja, auf jeden Fall.	238

Anhang 4 Gebildete Hauptkategorien aus den Analysen der Interviews

Die Ziffern für die Kennzeichnung der Kodierungen wurden für die Zitate in der Bachelorthesis in Buchstaben umgewandelt, sie dienen dem Autor nur als Orientierung während der Kategorienbildung (#1 → Frau A; #2 → Frau B etc.)

Die Kategorien drei und vier wurden für die Darstellung der Ergebnisse in der Thesis getauscht.

1. Bedeutung des palliativen Konsildienstes

- Relevante Bedeutung des Palliativen Konsildienstes für die Unterstützung und Begleitung von palliativ versorgten Patienten und deren Angehörigen
- Unerfahrene Pflegende holen sich Hilfe von Kolleginnen der Palliativstation (#1, Abs.5)
- Auf vielen Stationen sind Pflegende mit einer Palliative Care-Weiterbildung, eine Kollegin ist Palliative Care-Expertin für das ganze Haus und hilft bei Problemen unterschiedlicher Art (#2, Abs.11)
- Weiterbildungen im Bereich Palliative Care auch von Pflegenden auf anderen Stationen (#4, Abs.10)
- Multiplikatoren sollen dafür sorgen, dass auf jeder Station des Hauses Pflegende mit der Palliative Care-Weiterbildung arbeiten (#6, Abs.19)
- Eine Pflegenden ist speziell für die Koordination und Betreuung von palliativ versorgten Patienten im ganzen Krankenhaus zuständig (#3, Abs.23)
- Implementation der Pflegeexpertin Palliative Care im Krankenhaus durch direkte Information auf Stationen (#6, Abs.21)
- Pflegeexpertin Palliative Care ist für alle Stationen des Hauses und für alle Mitarbeiter und Betroffene erste Ansprechpartnerin in diesem Gebiet (#4, Abs.9)
- Interdisziplinäres Team hat große fachliche Defizite bei der Versorgung von palliativen Patienten auf Akutstationen (#5, Abs.1)
- Pflegende machen Palliative Care-Weiterbildung, um auf der Station als Experten Ansprechpartner für Kollegen zu sein (#5, Abs.2)
- Bis die Station eine Kollegin mit Palliative Care-Weiterbildung hat, wird oft die Palliative Care-Expertin des ganzen Hauses zur Hilfe gerufen (#5, Abs.12)
- Pflegeexpertin begleitet akut sterbende Menschen in der finalen Phase auf allen Stationen (#6, Abs.23)
- Pflegeexpertin für Palliative Care unterstützt alle Stationen des Hauses bei pflegerischen Aufgaben von palliativen Patienten (#6, Abs.20)
- Einführung eines palliativen Konsildienstes im Haus aufgrund eines hohen Bedarfes an palliativer Versorgung (#6, Abs.1)
- Das Team ist vorhanden, es fehlt ein leitender Palliativmediziner für den Konsildienst (#6, Abs.2)
- Es gibt einen sehr großen Bedarf an palliativer Versorgung im Krankenhaus, verteilt auf alle Stationen (#6, Abs.3)

- In vielen Fällen liegt eine kurze Zeit zwischen Diagnosestellung und Einordnung in palliative Versorgung (#6, Abs.4)
- Konsildienst hilft den Patienten bei der Verarbeitung der eingetretenen Situation (#6, Abs.5)
- Mitglieder des Palliativkonsildienstes begleiten Betroffene auf allen Stationen (#6, Abs.8)
- Herausforderungen für das Palliativteam bei der Befriedigung der Bedürfnisse der Betroffenen, sowohl zeitliche, als auch bei der Zuordnung der Fachabteilungen (#6, Abs.16)
- Psychoonkologen betreuen auch Betroffene anderer Fachabteilungen (#6, Abs.17)
- Ein ähnliches Konzept wird für die palliativen Patienten außerhalb der Palliativeinheit, die vom Konsildienst betreut werden, angestrebt (#6, Abs.37)

2. Versorgung auf der Palliativeinheit

- Angemessenere Bedingungen für die Pflege der Patienten und die Betreuung der Angehörigen auf der Palliativstation
- Auf Akutstationen müssen Pflegende in ihrer Arbeit Prioritäten setzen, das ist meistens nicht die palliative Versorgung von Menschen (#1, Abs.7)
- Palliative Patienten werden so schnell es geht auf Palliativstation verlegt (#1, Abs.8)
- Bereits palliative Patienten leben sich auf der Palliativstation sehr schnell ein und fühlen sich gut versorgt (#2, Abs.1)
- In akuten, präfinalen Situationen auf Akutstationen wird palliativer Patient in Einzelzimmer geschoben, damit Angehörige Abschied nehmen können (#1, Abs.2)
- Präfinalen und sterbenden Menschen in den letzten Tagen/Stunden wird immer ein Einzelzimmer vorbereitet, in dem sie auch von Angehörigen Abschied nehmen können (#3, Abs.24)
- Auch im Akutbereich werden Lösungen für den Einbezug der Angehörigen gefunden (#4, Abs.6)
- Es gibt sechs Zimmer im Palliativbereich, Übernachtungen von Angehörigen werden in (prä)finalen Situationen in allen Zimmern in allen Bereichen ermöglicht (#2, Abs.10)
- Palliativstation ist eine Zwischenstation, viele Patienten werden von dieser auch wieder entlassen!!! (#2, Abs.16)
- Definitionen von Begriffen der Palliativmedizin im Haus unklar (#6, Abs.22)
- Patientennähere und intensivere Betreuung der Patienten in der Palliativeinheit (#3, Abs.1)
- Eigenes Erleben der Kontakte der Pflegenden mit Patienten stärker (#3, Abs.3)
- Betreuung der Angehörigen ebenso intensiver (#3, Abs.4)
- Personalschlüssel verbessert im Palliativbereich, Pflegende haben manchmal zusätzliche Weiterbildungen (#3, Abs.10)

- Unterschiede bei der Betreuung von Patienten im Akut- und Palliativbereich (#3, Abs.11)
- Befriedigung der Bedürfnisse von palliativ versorgten Menschen wird in der pflegerischen Arbeit prioritär behandelt (#3, Abs.12)
- Interdisziplinäre Sitzungen sprechen in Fallbesprechungen über die Situation der Patienten UND ihrer Angehörigen (#3, Abs.18)
- Patienten liegen nicht im Palliativbereich, um zu sterben, Rolle auch im Krankenhaus unklar (#3, Abs.21)
- Auf Palliativstation werden Patienten palliativ versorgt, symptomlindernde Therapien werden durchgeführt und dann entsprechend wieder verlegt (#3, Abs.22)
- Deutliche Unterschiede bei der Versorgung der Patienten zwischen dem Akut- und dem Palliativbereich (#4, Abs.1)
- Angehörige können der Situation und der Betreuung etwas Schönes abgewinnen durch die Möglichkeiten, die ihnen geboten werden (#4, Abs.3)
- Betreuung der Angehörigen von palliativen Patienten ist besonders wesentlich, ist verpflichtend (#4, Abs.16)
- In der Palliativeinheit wird im interdisziplinären Team jeden Tag über den aktuellen Stand und Veränderungen bei den palliativen Patienten und deren Angehörigen gesprochen (#6, Abs.36)

3. Unterstützung durch Pflegende

- Identifizierte benötigte/hilfreiche Kompetenzen der Pflegenden beim Umgang mit palliativ versorgten Patienten und deren Angehörigen
- Es gibt nicht die eine Kompetenz, die gute palliative Pflege ermöglicht, sondern ein großes Kompetenzbündel der Pflegenden gewährt eine gute Betreuung der Betroffenen (#6, Abs.46)
- Pflegende brauchen ein hohes Maß an Sozialkompetenz, Mitgefühl, Empathie (#1, Abs.14)
- Bedürfnisse der Angehörigen werden in Gesprächen manchmal klar formuliert und manchmal durch die Aussagen gedeutet (#2, Abs.8)
- Unterschiedliche Fachweiterbildungen im Palliativbereich (#2, Abs.12)
- Koordination der Hilfsangebote durch Pflege ist wichtig (#2, Abs.14)
- Angehörige haben existenzielle Fragen und Anliegen, die manchmal nicht zufriedenstellend beantwortet werden können (#3, Abs.6)
- Verständnis zeigen ist sehr wichtig (#3, Abs.7)
- Angemessene Reaktion auf die Anliegen der Angehörigen schwierig (#3, Abs.8)
- Pflege immer erster Ansprechpartner für alle Anliegen von Angehörigen (#3, Abs.13)
- Pflegende sind oft erster Ansprechpartner für die Betroffenen und bieten bei Bedarf Gespräche mit Ärzten an (#5, Abs.4)
- Pflegende sind für Patienten und Angehörige erster Ansprechpartner bei Unklarheiten und offenen Fragen nach Arztgesprächen (#6, Abs.35)

- Pflegende sind stetige Ansprechpartner für die Betroffenen (#6, Abs.38)
- Pflegende müssen lernen, einfach mal gar nichts zu tun, sondern sich mit Angehörigen/Patienten einfach mal zusammensetzen und zuzuhören (#3, Abs.25)
- Pflegende sind durch Arbeit im Palliativbereich und evtl. Weiterbildungen auch im Akutbereich sehr sensibilisiert für den Umgang mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen (#4, Abs.4)
- Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen wichtig für den Beziehungsaufbau und das Kennenlernen (#6, Abs.31)
- Erwartungen/Vorstellungen der Angehörigen vorsichtig fragend anbahnen (#6, Abs.43)
- Verständnis für die Situation der Angehörigen zu entwickeln und in den Arbeitsalltag zu integrieren ist besonders wichtig (#4, Abs.21)
- Validation ist beim Umgang mit den Patienten und den Angehörigen von großer Bedeutung (#4, Abs.24)
- Zuhören, was der Angehörige/Patient zu sagen hat, ist sehr wichtig, das reicht oftmals schon (#4, Abs.25)
- Pflegende brauchen viel Einfühlungsvermögen (#5, Abs.10)
- Von großer Bedeutung für den Umgang mit Familien in einer palliativen Situation ist für Pflegende eine innere Selbstverständlichkeit und ein inneres Gespür für die Situation (#6, Abs.44)
- Berührungängste mit dem Thema Tod und Sterben und die Unerfahrenheit vieler Pflegenden bei diesem Thema verhindern oft eine gute Betreuung der Angehörigen und Patienten seitens der Pflege (#5, Abs.13)
- Pflegende müssen sich weiterbilden und versuchen, die Berührungängste in diesen Situationen abzulegen, um eine adäquate palliative Versorgung der Familien gewährleisten zu können (#5, Abs.14)
- Die Selbstbestimmtheit der Patienten gilt bis zum Schluss und wird immer geachtet (#6, Abs.11)
- Es ist von großer Bedeutung, dass ethische Prinzipien und die Würde des Menschen in allen Behandlungs-/Lebensphasen geachtet und beachtet werden (#6, Abs.24)
- Offenheit und klare, verständliche Erklärungen sind wichtig, um Betroffene zu überzeugen und für die palliative Versorgung zu gewinnen (#6, Abs.13)
- Pflegende können sich Unterstützung und Hilfe bei Entscheidungen und eigener Überforderung/Belastung bei der Betreuung der Betroffenen bei Supervisionen und beim Ethikkomitee holen (#6, Abs.45)
- Passive Betreuung und aktive Angebote machen sind wichtig bei der Begleitung der Angehörigen (#6, Abs.28)
- Selbstschutz der Pflegenden durch emotionale Distanzierung von den Fällen der Betroffenen, während sie sich gleichzeitig auf die Situationen einlassen und empathisch sein sollen
- Pflegende bekommen oft den Zorn der Angehörigen ab und werden als Schuldige benannt (#4, Abs.13)
- Grundsätzliche Unterschiede innerhalb der Familien bei wichtigen Fragen belasten auch die Pflegenden stark (#1, Abs.4)

- Sehr wichtig ist es, dass sich die Pflegenden privat und emotional von den Familiensituationen abgrenzen können (#1, Abs.13)
- Wichtig für Pflegende bei der Arbeit mit Angehörigen und Patienten sind Ruhe, Gelassenheit und Abgrenzung zu den Situationen der Beteiligten!!!!!!! (#2, Abs.15)
- Sichtweise auf das Leben ändert sich bei der Arbeit mit palliativ versorgten Menschen und deren Angehörigen (#4, Abs.23)
- Pflegende müssen sich klar abgrenzen können von den Situationen der Betroffenen und abgeklärt sein, gerade das ist aber oft noch problematisch (#5, Abs.9)
- Große Schwierigkeit der Pflegenden besteht in der Diskrepanz zwischen Hilfe anbieten/auf die Situation einlassen und auf der anderen Seite Distanz wahren, um sich selbst zu schützen (#5, Abs.11)

4. Bedürfnis nach Kommunikation

- Zeit, Gespräche, Kommunikation, direkte und gezielte Ratschläge, Interaktion mit interdisziplinärem Team, Beantwortung medizinischer und pflegerischer Fragen
- Manchmal sehr schnelle Krankheitsverläufe bis zur palliativen Versorgung und zum Tod (#1, Abs.1)
- Patienten kommen in unterschiedlichen Situationen auf die Palliativstation, der Verlauf ist sehr unterschiedlich (#2, Abs.4)
- Konsens/Dissens bei existenziellen Entscheidungen zwischen Patient und Angehörigen haben großen Einfluss die Lebensqualität der Patienten und die Arbeit der Pflegenden (#1, Abs.3)
- Innerfamiliäre Probleme können die Behandlung/Versorgung des Patienten behindern (#6, Abs.27)
- Viele unterschiedliche Familien- und Problemsituationen (#3, Abs.19)
- Angehörige haben viele familiäre und existenzielle Probleme, von Fall zu Fall unterschiedlich (#2, Abs.9)
- Umfang der Gesprächsbedarfe der Familien sind unterschiedlich, einige brauchen/wollen nicht viel reden (#1, Abs.9)
- Die Angehörigen der Patienten haben einen hohen Gesprächsbedarf, den die Pflegenden nicht zufriedenstellend befriedigen können (#5, Abs.3)
- Patienten haben aus unterschiedlichen Gründen großen Redebedarf, dann unterstützt das Palliativteam die Station (#6, Abs.15)
- Alle beteiligten Berufsgruppen sprechen je nach Notwendigkeit mit Patienten und Angehörigen gemeinsam oder einzeln (#4, Abs.18)
- Reaktionen und Aktionen von Angehörigen sind sehr unterschiedlich und reichen von introvertiert, über fragend bis wütend (#4, Abs.14)
- Angehörige bringen ihre Emotionen und Sorgen manchmal unvorhergesehen und schlagartig zum Ausdruck, was zu einer herausfordernden Situation für die Pflegenden führt (#6, Abs.32)
- Unterschiedliche Reaktionen von Patienten und Angehörigen in der unbekanntem Situation (#6, Abs.10)

- Medizinische Fragen müssen vom Arzt beantwortet werden (#1, Abs.10)
- Es werden Gespräche mit Pastoren und Psychologen organisiert, wenn es nötig ist (#1, Abs.12)
- Unterstützungsangebote durch Gesprächsangebote mit Ärzten, Pflegenden und Pastoren und Herstellung von Kontakten zu weiteren Hilfsangeboten (#2, Abs.13)
- Bei tieferliegenden und komplizierteren Problemen und einem hohen Redebedarf werden von der Pflege weitere Experten hinzugezogen, z.B. Pastor (#4, Abs.20)
- Pastoren werden bei besonderen Bedarfen der Betroffenen informiert, bieten sich aber auch selber an (#5, Abs.7)
- Wenn Angehörige besonderen Gesprächsbedarf haben, um die Situation bewältigen zu können, werden die Psychologen hinzugezogen (#5, Abs.6)
- Sozialdienst kann hinzugezogen werden, der die Angehörigen bei Problemen unterstützt (#4, Abs.17)
- Für Angehörige ist das eine Schocksituation, sie müssen meistens aufgefangen und gut betreut werden (#2, Abs.2)
- Angehörige sind stark belastet und überfordert durch die Situation und werden dadurch eng mitbetreut (#3, Abs.20)
- Angehörige sind in großer Angst und Unwissenheit/Überforderung während der Zeit im Krankenhaus und brauchen vor allem Zeit und Raum für die Verarbeitung und Ruhe, sowie sachliche Aufklärung (#6, Abs.25)
- Für die Bewältigung von Problemen und zum Reden werden allen Beteiligten Gespräche mit Psychoonkologen und Pflegenden angeboten (#2, Abs.3)
- Angehörige haben viele verschiedene Fragen, die oft auch existenziell sind (#2, Abs.6)
- Gesprächsbedarf und -angebot der Angehörigen müssen herausgefunden werden, dies ist oft sehr schwierig und Gefühlssache, ebenso die Kontaktherstellung (#2, Abs.7)
- Kontaktaufbau und Gesprächsentwicklungen entstehen oft zufällig und unwillkürlich, ebenso die Identifikation von Fragen und Problemen/Anliegen (#4, Abs.19)
- Kontaktaufnahme der Palliative Care-Expertin mit Betroffenen offen, zwanglos und ruhig und ohne Verweis auf Palliative Care (#6, Abs.12)
- Große Unterschiede in den Bereichen bezüglich Anliegen und Fragen von Angehörigen (#3, Abs.5)
- Im Palliativbereich haben die Angehörigen existenzielle Anliegen und sind oft hilflos (#3, Abs.9)
- Wort ‚palliativ‘ löst bei vielen Bedrückung aus (#6, Abs.9)
- Klärende Gespräche und Antworten auf viele existenzielle Fragen stehen bei den Angehörigen im Vordergrund (#4, Abs.11)
- Angehörige wollen ihre Traurigkeit zeigen und aussprechen dürfen (#3, Abs.15)
- Angehörige werden manchmal aus der akuten Situation/Betreuung des Patienten herausgenommen, damit sie ihre Gefühle ausdrücken (#6, Abs.26)

- Befriedigung von kleinen Bedürfnissen und Wünschen im Alltag oft hilfreich (#4, Abs.8)
- Bei vielen Patienten und Angehörigen herrscht Unwissenheit und Angst über die Funktion einer Palliativstation und dem Begriff der Palliativversorgung (#6, Abs.7)
- Betroffene (Angehörige) brauchen Zeit für die Entscheidungsfindung und können ihre Ansichten ändern (#6, Abs.14)
- Angehörige haben auch lange nach dem Tod des Patienten Anliegen und Bedarfe, womit sie sich an das Palliativteam wenden (#6, Abs.29)
- Ansprechpartner im KH nach dem Tod des Patienten für Angehörige unterstützend (#6, Abs.30)
- Durch Familienzimmer/räumliche Gestaltung des Patientenzimmers entsteht eine Entlastung für alle Beteiligten, Gespräche können offener und zielführender geführt werden (#6, Abs.34)

5. Zeit als limitierender Faktor

- Zeitmangel der Pflegenden, um Gespräche mit den Familien zu führen belastet die Pflegenden (#1, Abs.6)
- Pflegende versuchen ihren starken Zeitdruck während ihrer Arbeit vor den Familien zu verbergen und nehmen sich Zeit, um Fragen zu beantworten (#1, Abs.15)
- Enorme Diskrepanz zwischen Anspruch der Pflegenden, eine angemessene palliative Versorgung der Familie zu gewährleisten und dem großen Arbeitsaufkommen auf Station, sowie dem gleichzeitig herrschenden Zeitmangel (#1, Abs.16)
- Viel mehr Zeit für die Betreuung, Unterschiede zum Akutbereich spürbar (#3, Abs.2)
- Im Palliativbereich haben Pflegende mehr Zeit für die Patienten und die Angehörigen, für Gespräche und kleine Aufmerksamkeiten (#4, Abs.2)
- Befriedigung individueller Bedürfnisse der palliativen Patienten stark abhängig von der Personalbesetzung der gesamten Station (#4, Abs.7)
- Pflegenden fehlt die Zeit, die Patienten und Angehörigen psychisch zu unterstützen (#6, Abs.6)
- Momentane Anzahl der Psychoonkologen kann den Arbeitsaufwand nicht bewältigen (#6, Abs.18)
- Ehrenamtliche Mitarbeiter sind bedeutend und wertvoll bei der Betreuung und Begleitung von palliativ versorgten Menschen und deren Angehörigen (#6, Abs.47)
- Die Interaktion der Angehörigen und Patienten mit Ehrenamtlichen ermöglicht manchmal noch einen ganz anderen Zugang zu den Betroffenen und führt zu wichtigen Erkenntnissen (#6, Abs.48)

6. Wunsch nach Teilhabe

- Unterstützung seitens der Angehörigen für die Patienten ist unterschiedlich stark ausgeprägt, vielfältige Gründe für Ablehnung (#2, Abs.5)
- Angehörige wollen präsent sein für die Patienten und übernachten im Krankenhaus (#3, Abs.14)
- Angehörigen werden auf allen Stationen des KH in der Sterbephase des Patienten ein enger Kontakt mit diesen ermöglicht, um einen Raum für die Familie zu schaffen (#6, Abs.33)
- Angehörige wollen bei der Pflege der Patienten helfen (#3, Abs.16)
- Einige Angehörige möchten bei der Pflege der Patienten nicht mithelfen, einige Angehörige wollen sich aktiv an der Pflege beteiligen (#3, Abs.17)
- Pflegende freuen sich, wenn Angehörige die Pflege des Patienten übernehmen (#4, Abs.12)
- Pflege der Patienten durch Angehörige kommt oft vor (#4, Abs.15)
- Angehörige möchten viel Zeit mit den Patienten verbringen, dafür werden auf Station Möglichkeiten geschaffen (#5, Abs.5)
- In einigen Fällen möchten die Angehörigen die Pflege der Patienten übernehmen (#5, Abs.8)
- Ausmaß der Beteiligung der Angehörigen an der Pflege und Versorgung des Patienten sehr individuell (#6, Abs.39)
- Einige Angehörige halten die Situation aus Traurigkeit nicht aus und helfen dementsprechend weniger/nicht (#6, Abs.40)
- Einige Angehörige pflegen den Patienten schon lange zu Hause selbst und übernehmen dementsprechend die Arbeit auch im KH (#6, Abs.41)
- Ausmaß der Hilfe der Angehörigen bei der Pflege abhängig von mehreren Faktoren und sehr individuell (#6, Abs.42)
- Einbezug von Angehörigen im Palliativbereich viel einfacher (#4, Abs.5)

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg

03.06.2018



Ort

Datum

Unterschrift