

Danksagung

Beim Schreiben dieser Arbeit haben mir viele Personen auf unterschiedliche Weise geholfen. Ihnen allen gilt mein Dank.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Elim Krankenhauses, die durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an den Interviews einen wesentlichen Teil zu dieser Arbeit beigetragen haben. Hervorzuheben sind ihr Mut und ihre Offenheit, über das Thema Sterben im Krankenhaus zu sprechen, was für viele Menschen immer noch ein Tabuthema ist. Die Interviews haben deutlich gemacht, mit wie viel persönlichem Engagement die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase zur Seite stehen und dafür gebührt ihnen Respekt und Anerkennung.

Ohne die Zustimmung und das Vertrauen der Pflegedirektorin Frau Kallenbach und dem Geschäftsführer Herrn Wessel wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen, deshalb gilt auch ihnen mein Dank.

Herzlich bedanken möchte ich mich ebenfalls bei meiner Professorin Frau Weber für die Betreuung dieser Arbeit und bei Frau Prof. Dr. Busch für die Zweitbegutachtung.

Meinen Eltern danke ich für ihre Unterstützung, die sie mir während des gesamten Studiums entgegengebracht haben.

Ein ganz herzliches Dankeschön gilt Alex, Julia und Kerrin, die sich der Korrektur dieser Arbeit angenommen haben und mir stets mit ihrer moralischen Unterstützung zur Seite standen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
2. Sterben in der heutigen Gesellschaft.....	6
2.1 Die Situation in Deutschland.....	6
2.2 Der moderne Mensch und das Sterben.....	7
2.3 Die Hochbetagten.....	8
2.4 Veränderungen im Bewusstsein der Menschen.....	9
3. Erkenntnisleitendes Interesse und Darstellung der Untersuchungsfragen.....	11
4. Diakonie – Klinikum Elim.....	13
4.1 Gynäkologische Station 2a.....	14
4.2 Internistische Station 3.....	15
4.3 Intensivüberwachungseinheit ITÜ.....	15
5. Unterstützungsangebote.....	15
5.1 Die Krankenhausseelsorge.....	16
5.2 Der palliativmedizinische Konsildienst.....	16
5.3 Das Ethik-Komitee.....	18
5.4 Der Abschiedsraum.....	20
6. Methodik.....	20
6.1 Qualitative Sozialforschung.....	21
6.2 Das qualitative Interview	22
6.3 Das Experteninterview.....	25
6.4 Ethische Prinzipien.....	26
7. Datenerhebung.....	27
7.1 Die Auswahl der zu Befragenden.....	28
7.2 Der Interviewleitfaden.....	30

7.3 Die Durchführung der Interviews.....	33
8. Datenauswertung.....	34
8.1 Die Transkription.....	34
8.2 Die Qualitative Inhaltsanalyse.....	35
8.3 Die Kategorien.....	39
8.3.1 Erste Kategorie: Ist-Situation.....	39
8.3.2 Zweite Kategorie: Unterstützungsangebote.....	49
8.3.3 Dritte Kategorie: Veränderungswünsche der Mitarbeiter.....	55
9. Ergebnisse.....	61
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	61
9.2 Diskussion der Ergebnisse.....	64
10. Empfehlungen.....	69
11. Gütekriterien qualitativer Forschung.....	71
12. Schlussbetrachtungen.....	72
13. Quellenverzeichnis.....	74
14. Anhang.....	77
15. Eidesstattliche Erklärung.....	82

1. Einleitung

Das Sterben ist die letzte Lebensphase eines Menschen, die den Übergang zum Tod darstellt.¹ Vielen Menschen fällt es in unserer heutigen Gesellschaft schwer, sich der Gewissheit des eigenen Todes auszusetzen und sie leben so, als beträfe der Tod nur die anderen und nicht sie selbst. Diese Einstellungen haben zu einer Verdrängung und Tabuisierung des Todes geführt², was sich auch daran zeigt, dass ca. neunzig Prozent der Menschen heutzutage in der Bundesrepublik Deutschland in Institutionen des Gesundheitswesens sterben.³

Im Krankenhaus versterben derzeit etwa fünfzig Prozent der Deutschen, und allein diese Tatsache stellt die Krankenhäuser vor neue Herausforderungen. Das Krankenhaus als eine medizinische Institution ist räumlich und personell nicht auf die Sterbebegleitung und den Tod ausgerichtet. Aus diesem Grund müssen die Krankenhäuser zukünftig versuchen, mit neuen Ideen und Konzepten dieser schwierigen Aufgabe gerecht zu werden.

Die Enquete – Kommission des Deutschen Bundestages sieht es als ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel an, sterbenden Menschen einen würdigen Lebensraum zu schaffen und eine bessere Orientierung an deren Wünschen und Bedürfnissen zu erreichen.⁴

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Sterben in dem Hamburger Diakonie-Klinikum Elim. Das übergeordnete Ziel der Arbeit soll eine Verbesserung der Situation sterbender Patienten im Krankenhaus Elim sein. Um dem Leser⁵ einen Einstieg in das Thema zu ermöglichen, wird zunächst auf das Sterben in der heutigen Gesellschaft näher eingegangen. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung des erkenntnisleitenden Interesses sowie der Fragen, die dieser Untersuchung zugrunde liegen. Es folgt die Vorstellung des Diakonie-Klinikums Elim und der einzelnen Stationen, die an der Untersuchung teilgenommen haben.

¹ Vgl. Nationaler Ethikrat (2006), S. 10

http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_a_m_Lebensende.pdf, Zugriff am 26.07.2008

² Vgl. J.-C. Student u.a. (2004), S. 12-13

³ Zu den Sterbeorten liegen bislang keine repräsentativen Daten für die Bundesrepublik Deutschland vor, die Daten beruhen auf Schätzungen Vgl. hierzu: Enquete – Kommission des Deutschen Bundestages (2002), S. 273

<http://dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf>, Zugriff am 21.07.2008

⁴ Vgl. Enquete – Kommission des Deutschen Bundestages (2002), S. 197

<http://dip.bundestag.de/btd/14/090/1409020.pdf>, Zugriff am 20.07.2008

⁵ Der besseren Lesbarkeit halber, wird im Folgenden stets nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer auch weibliche Personen gemeint.

Im weiteren Verlauf werden die vorhandenen Unterstützungsangebote des Elim Krankenhauses im Umgang mit sterbenden Patienten vorgestellt. In einem nächsten Schritt wird das methodische Vorgehen der Arbeit in Bezug auf den Untersuchungsvorgang und der zum Einsatz gekommenen Instrumente erläutert. Dem schließen sich die Auswertung der erhobenen Daten und die Darstellung der Ergebnisse an. Im letzten Abschnitt dieser Arbeit werden Handlungsempfehlungen an die Einrichtung formuliert und es folgt eine Schlussbetrachtung.

2. Sterben in der heutigen Gesellschaft

Das folgende Kapitel beschäftigt sich damit, wie sich Sterben und Tod seit Mitte des 20. Jahrhunderts verändert haben. Es soll einen Einblick über die Hintergründe dieser Veränderungen geben und aufzeigen, welchen Anforderungen unsere Gesellschaft im 21. Jahrhundert gegenübersteht.

2.1 Die Situation in Deutschland

Im Deutschland versterben jährlich durchschnittlich etwa 800.000 – 900.000 Menschen, im Jahr 2006 waren es 821.627.⁶ Obwohl es der Wunsch der meisten Menschen ist, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, sieht die Realität anders aus. In der Bundesrepublik Deutschland versterben ca. fünfzig Prozent der Menschen im Krankenhaus, vierzig Prozent im Pflegeheim und zehn Prozent zu Hause. Das Sterben ist aus dem alltäglichen Leben verdrängt und in Institutionen des Gesundheitswesens verlagert worden.⁷ Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich innerhalb der vergangenen fünfzig Jahre radikal verändert und für viele Menschen hat der Tod seine Selbstverständlichkeit verloren. Dafür lassen sich verschiedene Gründe aufführen. Zum einen ist dies auf die veränderten Familienstrukturen zurückzuführen. Die Familien wohnen oft weit voneinander entfernt, die Zahl der Single – Haushalte steigt an, und die berufliche Eingebundenheit lässt die Pflege von sterbenden Angehörigen nur begrenzt zu.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007)
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psm1>, Zugriff am 04.06.2008

⁷ Vgl. R. Gronemeyer (2007), S. 69

Die Familie tritt zurück, weil sie sich die Betreuung und Begleitung von Angehörigen am Lebensende kaum noch zutraut.

Ein weiterer Grund, für die genannte Situation ist der medizinisch-technische Fortschritt. Aus dem selbstverständlichen Sterben zu Hause ist ein medizinisches kontrolliertes Sterben geworden, das heutzutage seinen zentralen Ort im Krankenhaus oder im Altenpflegeheim findet. Der utopische Glaube an eine leid- und schmerzfreie Gesellschaft durch die Medizin führt zu einem Verdrängen von Krankheit und Sterben.

Hinzu kommt der fortschreitende Verlust an den Glauben und damit an eine einheitliche Kultur. Dies führt dazu, dass die geistlichen Kräfte immer mehr schwinden und es dem Menschen erschweren, Krisensituationen zu überstehen. Die Auflösung der Familie, der Fortschritt der Medizin und der Rückzug religiöser Orientierungen haben die heutige Einstellung zum Sterben und zum Sterbenden verändert. Verdrängungen, Unsicherheiten und Ängste haben in nahezu allen Industriegesellschaften zu einer Einsamkeit der Sterbenden geführt. Viele Sterbende erleiden heute vor dem physischen Tod den sozialen Tod. In ihrem Gefühl der Hilflosigkeit, der Angst und vielfältiger körperlicher und seelischer Schmerzen mangelt es Sterbenden an solidarischer Hilfe, an Zuwendung und Beistand aus der Gesellschaft.⁸ Der Tod wird zu einer Aufgabe, die der Sterbende in Zusammenarbeit mit seinen Experten bewältigen muss. Heutzutage ist der Mensch immer mehr auf die Hilfe ehrenamtlicher und professioneller Kräfte angewiesen. Jedoch verstärkt das Angebot solcher Hilfen zugleich den Rückzug derer, die bisher zuständig waren. Die Nachbarschafts- und Familienhilfe nimmt in dem Maße ab, wie auf professionelle Angebote zurückgegriffen wird. Dieses Problem zu bedenken, wäre eine wichtige Aufgabe für alle Beteiligten⁹

2.2 Der moderne Mensch und das Sterben

Es ist noch nicht lange her, dass die Menschen in Mitteleuropa in stabile persönliche und soziale Verhältnisse eingebunden waren. Ihr Charakter war durch moralische Prinzipien wie die ‚Zehn Gebote‘ oder die Bereitschaft zu Gehorsam, Fleiß und Sparsamkeit gekennzeichnet. Diese alten Tugenden und Werte waren für die Arbeitswelt und die Familie überlebenswichtig. Auch das Lebensende war

⁸ Vgl. G. Fasselt in: Lexikon der Bioethik (2000), S. 440-441

⁹ Vgl. R. Gronemeyer (2007), S. 40-41

in diese stabile, starre Welt eingebettet. Der Pastor oder Priester begleitete das Lebensende und die Familie wurde zeitweise von der Gemeindeschwester unterstützt, wenn es einen Sterbenden im Haus gab. Das Sterben verlief gewissermaßen in den gleichen geordneten Bahnen ab, wie das Leben selbst.

An die Stelle dieses stabilen, charakterfest gedachten Menschen ist ein moderner, flexibler Mensch getreten, dessen Umwelt durch eine wachsende Beschleunigung gekennzeichnet ist. Diese Beschleunigung bleibt dem Menschen nicht nur äußerlich, sondern sie geht auch in seinen Charakter über und setzt ihn selbst und seinen Charakter unter Flexibilisierungsdruck. Wenn man in der modernen Lebenswelt überleben will und erfolgreich sein möchte, muss man diesem Druck gewachsen sein. Das Innere des Menschen gerät aus dem Gleichgewicht, der ehemals feste Charakter wird instabil und auch seine Umwelt. Familien zerfallen, Arbeitsplätze und Prinzipien der Lebensführung gehen verloren. Sie werden von einer Schnelllebigkeit abgelöst.

Der Mensch muss auch in seinem letzten Lebensabschnitt flexibel und mobil bleiben. Das zeigt sich daran, dass viele Menschen noch im hohen Alter in ein Heim oder in ein Hospiz umziehen, wobei der Weg dorthin nicht selten über das Krankenhaus führt. Man kann sagen, dass sich die gegenwärtigen Prozesse, die unser Leben ausmachen, zunehmend auch im Sterben des Menschen und im Umgang mit dem Sterben abbilden.¹⁰

2.3 Die Hochbetagten

In der Bundesrepublik Deutschland wird die Zahl der Hochbetagten, die achtzig Jahre und älter sind, bis zum Jahr 2050 um das Dreifache ansteigen. 15 % der in Deutschland lebenden Menschen werden dann Hochbetagte sein, mit denen eine wachsende Zahl von pflegebedürftigen und sterbenden Menschen einhergehen wird. Der Anteil der Achtzigjährigen und Älteren wird dann genau so hoch sein wie die Gruppe der unter Zwanzigjährigen in unserem Land.¹¹ Die höhere Lebenserwartung ist ein Ergebnis verbesserter Lebensbedingungen und des medizinisch-technischen Fortschrittes. Hinzu kommt, dass den vielen alten

¹⁰ Vgl. ebd., S. 23-27

¹¹ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2008), S. 29

http://www.bib-demographie.de/cln_050/nn_749852/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Broschueren/bev3_2008.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/bev3_2008.pdf, Zugriff am 10.06.2008

Menschen durch die geringe Heiratsneigung in Deutschland, den steigenden Scheidungszahlen und den rückläufigen Kinderzahlen ein sinkendes familiäres Pflegepotential gegenübersteht. Dem zu Folge wird auch die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen steigen und dies bedeutet, dass der Ort des Sterbens auch in Zukunft in Institutionen wie dem Krankenhaus und dem Pflegeheim seinen zentralen Punkt finden wird.¹²

Die Zunahme der Hochaltrigen geht ebenfalls mit einem Anstieg der Gesundheitskosten einher. Nach Einschätzung der Krankenversicherer fallen heute zwei Drittel der Krankenhauskosten in den letzten Lebenswochen und –monaten für teure Therapien, wie beispielsweise auf Intensivstationen, an.¹³ Ein großer Prozentsatz der Einnahmen eines Krankenhauses stammt aus der Verlängerung des Sterbeaktes, und so ist diese letzte Lebensphase eines Menschen für die Krankenhäuser oft äußerst lukrativ.¹⁴ Unter dieser Erkenntnis werden die Stimmen in unserem Land lauter, die eine Begrenzung der Gesundheitskosten für Hochaltrige fordern. Die Gruppe der Hochbetagten gerät ins Blickfeld und ruft sozialpolitische Probleme und damit die Frage nach Grenzziehung hervor. Diese könnte dann von der Zuteilung der Gesundheitsleistungen über die Absenkung von Standards bis hin zum sanften Druck auf Lebensverzicht gehen. Die Frage nach dem Umgang mit den vielen hochaltrigen Menschen in unserer Gesellschaft, wird zu einer zentralen kulturellen und humanen Frage.¹⁵

2.4 Veränderungen im Bewusstsein der Menschen

In den letzten Jahren lässt sich in Deutschland ein Wandel beobachten. Die medizinische Versorgung von Menschen am Lebensende ist in den vergangenen Jahren immer perfekter und professioneller geworden. Hochmoderne Apparatedizin und der Fortschritt in der medizinischen Forschung haben den Tod hinausgeschoben und damit auch das Sterben verlängert, manchmal auch qualvoll. Dies hat dazu geführt, dass die Menschen irgendwann misstrauisch

¹² Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2004), S.65-66

http://www.bib-demographie.de/cin_051/nn_750448/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Broschueren/bev2_2004,templateld=raw.property=publicationFile.pdf/bev2_2004.pdf, Zugriff am 10.06.2008

¹³ Vgl. R. Gronemeyer (2007), S. 16

¹⁴ Vgl. ebd., S. 49, zit. nach Bernhard Lown: Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken, 2. Auflage Stuttgart 2004, S. 250f.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 49-53

gegenüber der medizinischen Behandlung geworden sind. Eine große Zahl von Menschen lehnen lebensverlängernde Maßnahmen ab und halten diesen Wunsch in einer Patientenverfügung fest. Nach einer Studie der Deutschen Hospizstiftung im Jahr 2005 besaßen 8,6 Millionen Deutsche eine Patientenverfügung.¹⁶

Auf diese Veränderungen im Bewusstsein der Menschen reagieren neue soziale, pflegerische, medizinische und kulturelle Bewegungen. Dazu gehört unter anderem die Hospizbewegung, die das Problem wahrgenommen und den Versuch unternommen hat, neue Wege zu gehen. Die Hospizbewegung versucht durch ambulante Hospizdienste das Sterben zu Hause wieder zu ermöglichen. In Fällen, wo dies nicht gelingt, bieten stationäre Hospize Sterbenden und deren Angehörigen einen würdevollen Ort die Menschen auf ihrem letzten Lebensweg zu begleiten.¹⁷

Im Mittelpunkt aller Hospizdienste stehen neben pflegerischer und medizinischer Betreuung die Personenwürde, die Wünsche und das Wohlbefinden sterbender Menschen sowie die Bedürfnisse ihrer Angehörigen. Die Hospizarbeit nimmt das Sterben als einen Teil des Lebens an und sieht ihre Hauptaufgabe in der Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Zusammen mit der Hospizidee ist eine neue medizinische Fachrichtung entstanden, die Palliativmedizin. Sie behandelt Menschen mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Symptome und Beschwerden unheilbar Kranker zu lindern und für die verbleibende Zeit Leben zu ermöglichen, das von den Betroffenen selbst als lebenswert erfahren wird. Mit der Errichtung palliativmedizinischer Abteilungen hat das Sterben in vielen Krankenhäusern einen neuen Ort gefunden.¹⁸

Die Institution Krankenhaus ist im Selbstverständnis der Medizin ein Ort der Heilung und nicht des Todes.¹⁹ Wie jedoch im vorherigen Abschnitt erläutert wurde, versterben gegenwärtig ca. 50 Prozent der Menschen in Deutschland im Krankenhaus. Dies bedeutet für die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, insbesondere der Pflegenden und der Ärzte, dass sie vor einer besonderen Herausforderung stehen. Sie sind herausgefordert, neben ihren anderen

¹⁶ Vgl. Deutsche Hospizstiftung (2005), S. 3
http://www.hospize.de/ftp/tns_studie_05.pdf, Zugriff am 22.07.2008

¹⁷ Vgl. R. Gronemeyer (2007), S. 20-21

¹⁸ Vgl. G. Fasselt in: Lexikon der Bioethik (2000), S. 234-236

¹⁹ Vgl. R. Gronemeyer (2007), S. 76

vielfältigen Tätigkeiten im Krankenhaus Sterbebeistand und Sterbebegleitung zu leisten.

3. Erkenntnisleitendes Interesse und Darstellung der Untersuchungsfragen

Aufgrund meiner eigenen Erfahrungen als Krankenschwester habe ich oft erlebt, wie schwierig es ist, den unterschiedlichen Anforderungen im Krankenhausalltag gerecht zu werden. Man bewegt sich zwischen zwei Extremen. Einerseits tragen Krankenschwestern dazu bei, Leben zu retten, und andererseits begleiten sie die Menschen im Sterben.

Als problematisch erlebe ich häufig die Auswüchse des medizinisch-technischen Fortschrittes, die eine Lebensverlängerung ermöglichen – manchmal auch um jeden Preis. Es ist oft ein Gefühl der Hilflosigkeit, der Überforderung und des Alleingelassenseins. Ich habe mir als Krankenschwester in vielen Situationen mehr Unterstützung und Zeit in der Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen gewünscht und habe diesen Wunsch auch häufig bei Kollegen wahrgenommen.

Seit zwei Jahren arbeite ich im Diakonie – Klinikum Elim in Hamburg auf der Intensivüberwachungseinheit und auch hier sehe ich Handlungsbedarf in der Begeleitung sterbender Patienten.

Ich habe beobachtet, dass Unterstützungsangebote, die im Umgang mit sterbenden Patienten angeboten werden, vom Krankenhauspersonal selten oder gar nicht wahrgenommen werden. Bestätigt wurde diese Beobachtung durch eine offizielle Anfrage des palliativmedizinischen Konsildienstes des Diakonie – Klinikums, warum dieser so selten vom Standort Elim angefordert wird. Bestärkt wurde dies ebenfalls durch das Wissen der Pflegedirektorin um die seltene Inanspruchnahme der vorhandenen Unterstützungsangebote. Es stellte sich mir die Frage, warum die Mitarbeiter vorhandene Unterstützungsangebote nur selten oder gar nicht in Anspruch nehmen?

Weiterhin berichtete die Pflegedirektorin über Probleme, die es in der Betreuung und im Umgang von sterbenden Patienten auf verschiedenen Stationen des Krankenhauses gebe. Von den Problemen erfahren hatte sie durch einige

Mitarbeiter der betroffenen Abteilungen. Meine eigenen Erfahrungen, meine und die Beobachtungen anderer sowie mein persönliches Interesse an diesem Thema haben zu der Themenfindung und den Untersuchungsfragen beigetragen.

Das übergeordnete Ziel der Arbeit soll eine Verbesserung der Situation und des Umgangs mit sterbenden Patienten im Diakonie-Klinikum Elim sein. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine empirische Erhebung, die im späteren Verlauf der Arbeit erläutert wird, unter der Berücksichtigung von drei Fragestellungen durchgeführt. Dazu sollte zunächst einmal erfasst werden, wie die derzeitige Situation bzw. der Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim ist und wie dies von unterschiedlichen Mitarbeitern des Krankenhauses wahrgenommen wird. Im Anschluss daran wurde gefragt, ob es Unterstützungsangebote gibt, die für die Mitarbeiter des Krankenhauses im Umgang mit sterbenden Patienten hilfreich sein könnten. Abschließend ging es um mögliche Verbesserungsvorschläge, die von den Mitarbeitern benannt werden sollten.

Auch in der Literatur gibt es zahlreiche Aufsätze, Artikel und Veröffentlichungen, die sich mit dem Sterben im Krankenhaus auseinandersetzen. Empirische Erhebungen, die zu einem differenzierteren Bild der Realität beitragen, sind hingegen jedoch noch selten.

Im Jahr 2006 wurde eine empirische Studie von Jens Kaluza und Gabriele Töpferwein im Trafo Verlag veröffentlicht, in der über vier Jahre im Bundesland Sachsen umfassende Befragungen zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen die institutionellen Rahmenbedingungen des Sterbens. Hierfür wurden als häufigste Sterbeorte das Krankenhaus, das Pflegeheim und der häusliche Bereich untersucht. Es geht darum, die realen Sterbebedingungen in den einzelnen Institutionen zu erforschen und Möglichkeiten zum Ziel eines humaneren Sterbens in den jeweiligen Institutionen zu entwickeln.

Als zentrale Berufsgruppen wurden Ärzte, Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen für die Befragungen herausgegriffen. Es ging vor allem um die Fragen, welchen Stellenwert die Begleitung Sterbender im beruflichen Selbstverständnis einnimmt, welche Anforderungen gestellt werden, wie diese bewältigt werden und ob die Mitarbeiter für diese Aufgabe ausreichend qualifiziert sind. Besondere Beachtung hat die eingehende Untersuchung der Kommunikation und Kooperation zwischen allen am Sterbeprozess beteiligten Berufsgruppen gefunden.

Die Ergebnisse des oben genannten Forschungsprojektes analysieren die alltägliche Praxis der Sterbebegleitung in Institutionen. Sie belegen, dass es Mängel in der Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten gibt. Hinzu kommen Wissensdefizite und die vorhandenen Rahmenbedingungen, die erhebliche Hindernisse für eine Verbesserung der Versorgung Sterbender darstellen. Die Studie vermittelt einen tiefen Einblick in die gegenwärtige Realität des Sterbens und sie dürfte über das Bundesland Sachsen hinaus Gültigkeit besitzen.²⁰

Ebenso gibt es Veröffentlichungen zu Unterstützungsangeboten im Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus. Ein Beispiel wäre die klinische Ethikberatung. Empirische Untersuchungen über den Effekt von klinischer Ethikberatung im Einzelfall konnten eine hohe Zufriedenheit der Betroffenen sowie eine verbesserte klinisch-ethische Entscheidungsfindung belegen. In der Stellungnahme der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer wird jedoch auch auf Vorbehalte und Widerstände bei der Einführung klinischer Ethik-Komitees und klinischer Ethikberatung hingewiesen. Oftmals sind es Ärzte, die sich in ihrer ärztlichen Identität und therapeutischen Entscheidungsfreiheit durch die klinische Ethikberatung beeinträchtigt fühlen, heißt es dort. Diese Ablehnung wird auf häufig unzureichende Informationen und Missverständnisse zurückgeführt.²¹

4. Diakonie-Klinikum Elim

Damit der Leser sich ein Bild von der Einrichtung machen kann, in der die Erhebung stattgefunden hat, wird zunächst das Krankenhaus Elim in seinen Strukturen beschrieben. Danach folgt eine kurze Vorstellung der an der Erhebung beteiligten Stationen des Krankenhauses.

Im Jahr 2003 haben sich die evangelischen Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien und Elim zum Diakonie-Klinikum Hamburg (DKH) zusammengeschlossen. Derzeit arbeitet das DKH noch an den bisherigen drei

²⁰ Vgl. H Goldbrunner, Rezension vom 11.01.2007
<http://www.socialnet.de/rezensionen/4248.php>, Zugriff am 19.06.2008

²¹ Vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in: Deutsches Ärzteblatt (2006), S. A1705-A1706

Standorten in Stellingen, Eppendorf und Eimsbüttel weiter. Als neuer gemeinsamer Standort ist ein Neubau auf dem jetzigen Gelände des Krankenhauses Elim geplant, der im Jahr 2010 bezugsfertig sein soll.

Das DKH wird von drei Gesellschaftern getragen. Zu 60 Prozent gehört es zu der 2002 gegründeten Aktiengesellschaft Agaplesion. Jeweils zu 20 Prozent beteiligt sind die Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt Alten Eichen von 1867 und das Evangelisch-Methodistische Schwesternheim Bethanien von 1879.

Das Krankenhausdirektorium des DKH bilden der Geschäftsführer Herr Wessel, der Ärztliche Direktor Herr Prof. Dr. Lindner und die Pflegedirektorin Frau Kallenbach.²²

Die vorliegende Arbeit bezieht sich ausschließlich auf das Krankenhaus Elim, dessen Strukturen im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

Das Elim Krankenhaus wurde 1927 gegründet und hat seinen derzeitigen Standort in der Hohen Weide in Hamburg - Eimsbüttel. Es verfügt über 103 Betten, die sich auf die Fachabteilungen Hand- und Fußchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin sowie Anästhesie und Intensivmedizin verteilen.²³ Für die Datenerhebung wurden die gynäkologische Abteilung, die innere Abteilung und die Intensivüberwachungseinheit ausgewählt, die jetzt in ihrer Größe und ihren Versorgungsschwerpunkten vorgestellt werden sollen.

4.1 Gynäkologische Station 2a

Die Station 2a verfügt insgesamt über 25 Betten. Hier werden überwiegend Patientinnen betreut, die sich einer gynäkologischen Operation unterziehen müssen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von onkologischen Patientinnen, insbesondere der Brustkrebspatientinnen, da im Elim Krankenhaus das Brustzentrum Hamburgs angesiedelt ist. Neben der gynäkologischen operativen Tätigkeit werden ebenfalls viele Methoden der konservativen Gynäkologie vorgehalten.

Zurzeit gibt es dort 11 Planstellen für die pflegerische Versorgung der Patienten. Es arbeiten sowohl examinierte Krankenschwestern als auch examinierte Krankenpflegehelferinnen in Teilzeit oder Vollzeit auf der Station.

²² Vgl. Diakonie-Klinikum-Hamburg
<http://www.d-k-h.de>, Zugriff am 26.05.2008

²³ Mündliche Auskunft des Sekretariates der Pflegedirektion des DKH am 26.05.2008

4.2 Internistische Station 3

Es gibt 34 internistische Betten und 15 Planstellen, die die pflegerische Versorgung der Patienten gewährleisten sollen. Auf der Station 3 sind die Planstellen ausschließlich durch examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger in Vollzeit oder Teilzeit besetzt.

Bei dem internistischen Patientenklitel handelt es sich häufig um multimorbide Patienten, bei denen mehrere Organsysteme gleichzeitig erkrankt sind. Hierzu gehören Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems, des Magen-Darmtraktes, der Atmungsorgane sowie Stoffwechsel- und Systemerkrankungen.

Die internistischen Patienten sind meist ältere Menschen, die häufig zusätzlich zu anderen Erkrankungen auch unter einer Demenzerkrankung leiden. Diese Patienten haben oft einen erhöhten Pflegebedarf.

4.3 Intensivüberwachungseinheit (ITÜ)

Auf der interdisziplinären Intensivstation werden Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Atmungsorgane und des Magen-Darmtraktes sowie Patienten, die nach großen Operationen überwacht werden müssen, versorgt.

Die Station verfügt insgesamt über fünf Bettenplätze, die alle mit einer Monitorüberwachung ausgestattet sind. Es besteht zudem die Möglichkeit, zwei Patienten künstlich zu beatmen.

Pro Schicht arbeiten zwei Pflegekräfte, die sich um die Versorgung der Patienten kümmern. Insgesamt stehen für die pflegerische Betreuung 9 Planstellen, die sich in Vollzeit- und Teilzeitstellen aufgliedern, zur Verfügung. Alle Mitarbeiter sind examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger, von denen zwei über die Fachweiterbildung in Anästhesie- und Intensivmedizin verfügen.²⁴

5. Unterstützungsangebote

Das Diakonie-Klinikum Hamburg sieht in der Versorgung und Begleitung sterbenskranker Menschen und ihrer Angehörigen eine Aufgabe von

²⁴ Vgl. Diakonie-Klinikum-Hamburg
<http://www.d-k-h.de>, Zugriff am 26.05.2008

herausragender Bedeutung.²⁵ Um diesem Anspruch gerecht zu werden, gibt es verschiedene Unterstützungsangebote, die vom Krankenhaus in Situationen, in denen Menschen sterben, angeboten werden. Diese Angebote richten sich gleichermaßen an die Mitarbeiter des Krankenhauses sowie an die Patienten und deren Angehörige. Was genau die einzelnen Unterstützungsangebote für den Standort Elim beinhalten, wird der Bestandteil des folgenden Abschnittes sein.

5.1 Die Krankenhausseelsorge

Die Krankenhausseelsorge ist ein offenes Angebot für alle Menschen im Krankenhaus Elim. Sie bietet den Patienten, den Angehörigen und den Mitarbeitern des Krankenhauses an, ihnen zuzuhören, mit ihnen zu reden, aber auch mit ihnen zu schweigen.²⁶

Wenn ein Patient im Sterben liegt oder bereits verstorben ist, besteht jederzeit die Möglichkeit, die Seelsorge telefonisch anzufordern. Es können gemeinsam Abschiede mit Ritualen gestaltet werden, unabhängig davon, ob ein Mensch einen Bezug zur Kirche und zum Glauben hat oder nicht.

In den vergangenen zwei Jahren war die Stelle des Krankenhausseelsorgers im Krankenhaus Elim vakant. Währenddessen haben sich die Seelsorger aus den Krankenhäusern Bethanien und Alten Eichen diese Aufgabe im Elim geteilt. Sie waren stundenweise vor Ort und in ihrer Abwesenheit bestand die Möglichkeit, eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen. Seit dem 01.04.2008 ist die Stelle der Krankenhausseelsorge im Elim neu besetzt, und es kann eine kontinuierliche seelsorgerische Betreuung gewährleistet werden.²⁷

5.2 Der palliativmedizinische Konsildienst

Der palliativmedizinische Konsildienst steht für die drei Betriebsteile des DKH zur Verfügung und ist im September 2006 gegründet worden. Er ist der sechs - bettigen Palliativstation des Krankenhauses Alten Eichen angegliedert und seine Organisation obliegt einer Palliativärztin.

Ziele des Konsildienstes sind die Verbesserung der medizinischen, pflegerischen, seelsorgerischen und psychosozialen Betreuung von sterbenden Patienten und

²⁵ Vgl. Projektplan zur Errichtung eines palliativmedizinischen Konsildienstes, 27.07.2006, S. 2

²⁶ Vgl. Diakonie-Klinikum-Hamburg <http://www.d-k-h.de>, 26.05.2008

²⁷ Mündliche Auskunft von einem Seelsorger des DKH am 21.04.2008

ihrer Angehörigen. Die Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender soll erhalten werden und es soll bei allen Mitarbeitern des DKH ein sensibler Umgang mit Sterbenden gefördert werden.²⁸

Auf den Palliativkonsildienst aufmerksam gemacht wurden die Mitarbeiter zum einen über die monatliche schriftliche Mitarbeiter – Info und zum anderen hat sich der Konsildienst auf den Mitarbeiterforen an den verschiedenen Standorten des DKH vorgestellt. Zusätzlich hat die Koordinatorin zu Beginn die Arbeit in den verschiedenen Ärztegremien der Häuser vorgestellt, ebenso in der Leitungsebene der Pflege.²⁹

Der Palliativkonsildienst setzt sich aus verschiedenen Berufsgruppen des Krankenhauses zusammen. Ihm gehören Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, eine Krankenschwester der Palliativeinheit, eine Sozialdienstmitarbeiterin und ein Krankenhausseelsorger an. Es besteht für Betroffene die Möglichkeit über den Palliativkonsildienst, einen Kontakt zu Ehrenamtlichen eines ambulanten Hospizdienstes herzustellen. Darüber hinaus soll es für alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus die Möglichkeit geben, den Palliativkonsildienst bei speziellen Fragen und Problemen anzufordern. Die Konsilanforderung wird über das hausinterne EDV System gestellt und jeden Tag von der Koordinatorin eingesehen. In ihrer Abwesenheit übernimmt dies eine andere Person des Palliativkonsildienstes. Das Konsil wird innerhalb von 24 Stunden bearbeitet und es wird je nach Problemschilderung vorab entschieden, welche Fachleute aus welchen Berufsgruppen zur Visite beim Patienten gehen sollen um eine erste Bedarfsanalyse zu machen. Die Visite erfolgt dann bei dem Patienten und nach Möglichkeit mit Teilnahme einzelner Mitarbeiter der Station. Im Anschluss daran werden Empfehlungen an das behandelnde Team abgegeben.

Der Palliativkonsildienst hat eine beratende Tätigkeit für den sterbenden Patienten, seine Angehörigen und alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen. Hierzu gehören Beratung bei speziellen Problemen in der Sterbephase eines Menschen, Beratung zur bestmöglichen Symptomkontrolle und Therapievorschläge sowie Beratung und Unterstützung bei der Organisation

²⁸ Vgl. Projektplan zur Errichtung eines palliativmedizinischen Konsildienstes, 27.07.2006, S. 2

²⁹ Mündliche Auskunft einer Palliativärztin des DKH am 05.05.2008

einer individuell angepassten gesicherten Entlassung, je nach Wunsch und Lebenssituation des Betroffenen.³⁰

5.3 Das Ethik-Komitee

Ethische Konflikte treten sowohl in der direkten Behandlung, Pflege und Versorgung von Patienten als auch in den administrativen und patientenfernen Bereichen des Krankenhauses auf.

Das DKH sieht es als eine Aufgabe aller Berufsgruppen im Krankenhaus an, sich mit ethischen Fragen und Problemen auseinanderzusetzen. Aus dieser Überzeugung heraus wurde im April 2007 das Ethik-Komitee des DKH gegründet. Das Ethik-Komitee hat sich zur Aufgabe gemacht, Ratsuchenden in einem konkreten Fallkonflikt bei einer Entscheidungsfindung zu unterstützen, zu beraten und zu begleiten. Ratsuchende können Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen des Krankenhauses oder auch die Angehörigen eines Patienten sein.

Das Ethik-Komitee hat lediglich einen beratenden Charakter für die Anfragenden. Es erarbeitet Leitlinien im Umgang mit ethischen Konfliktsituationen und Standpunkten zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen. Die letztendliche Entscheidungsfindung und Verantwortungsübernahme ist im ethischen und rechtlichen Sinne die persönliche Aufgabe der jeweiligen Verantwortlichen.³¹

Die Mitglieder des Ethik-Komitees gehören verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus an. Derzeit besteht es aus zehn Mitgliedern, die aus dem ärztlichen dem pflegerischen, dem seelsorgerischen, dem sozialdienstlichen sowie aus dem Verwaltungsbereich stammen. Die Mitglieder sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie sind in ihren Entscheidungen und Voten nur ihrem persönlichen Gewissen gegenüber verantwortlich.

Einrichtungintern gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten zur ethischen Beratung. Eine Möglichkeit ist die ethische Fallbesprechung, wobei es sich um eine zeitnahe Einzelfallberatung vor Ort handelt.

Es geht um einen speziellen Fall, bei dem in Form einer moderierten Fallbesprechung die ethischen Konfliktsituationen herausgearbeitet und Anregungen zur Lösung der ethischen Fragestellung zusammengetragen werden.

³⁰ Vgl. Projektplan zur Errichtung eines palliativmedizinischen Konsildienstes, 27.07.2006, S. 3-5

³¹ Vgl. Geschäftsordnung Ethik-Komitee des DKH vom 01.09.2007, S. 1-3

Bei einer ethischen Fallbesprechung erklären sich zwei Mitglieder des Ethik-Komitees bereit, diese Beratung zu übernehmen und setzen sich mit den Beteiligten auf der Station zusammen. Ein Mitglied des Ethik-Komitees übernimmt die Moderation des Gespräches und der andere führt ein Protokoll, das der Krankenakte beigefügt wird, und macht die Co-Moderation.

Ebenfalls an der Fallbesprechung nehmen Personen aus dem jeweiligen Behandlungsteam sowie gegebenenfalls auch Angehörige oder andere Personen, die wichtig für die Entscheidungsfindung sind, teil. Der Fall wird dann systematisch durchgesprochen und es wird versucht, verschiedene Handlungsalternativen aufzuzeigen. Letztendlich sind die Ergebnisse der Fallbesprechung aber nur Empfehlungen für die Ratsuchenden. Sie sollen ihnen bei der Entscheidungsfindung behilflich sein.

Im großen Ethik-Komitee, in dem alle zehn Mitglieder vertreten sind, werden hingegen bestimmte Themen besprochen, zu denen Standpunkte herausgearbeitet werden sollen. Die Ergebnisse werden an die Öffentlichkeit weitergeleitet.³²

Das Ethik-Komitee hat im Juni dieses Jahres ein Informationsblatt für die Mitarbeiter des DKH entworfen. Dort werden die Mitglieder, die Aufgaben sowie der Anforderungsweg des Ethik-Komitees vorgestellt. Die folgende Abbildung dient der Verdeutlichung der Ablaufstrukturen.

³² Mündliche Auskunft von einem Seelsorger des DKH am 21.04.2008

Wie organisiert das Ethik-Komitee die Beratung zu Ihrer Anfrage?

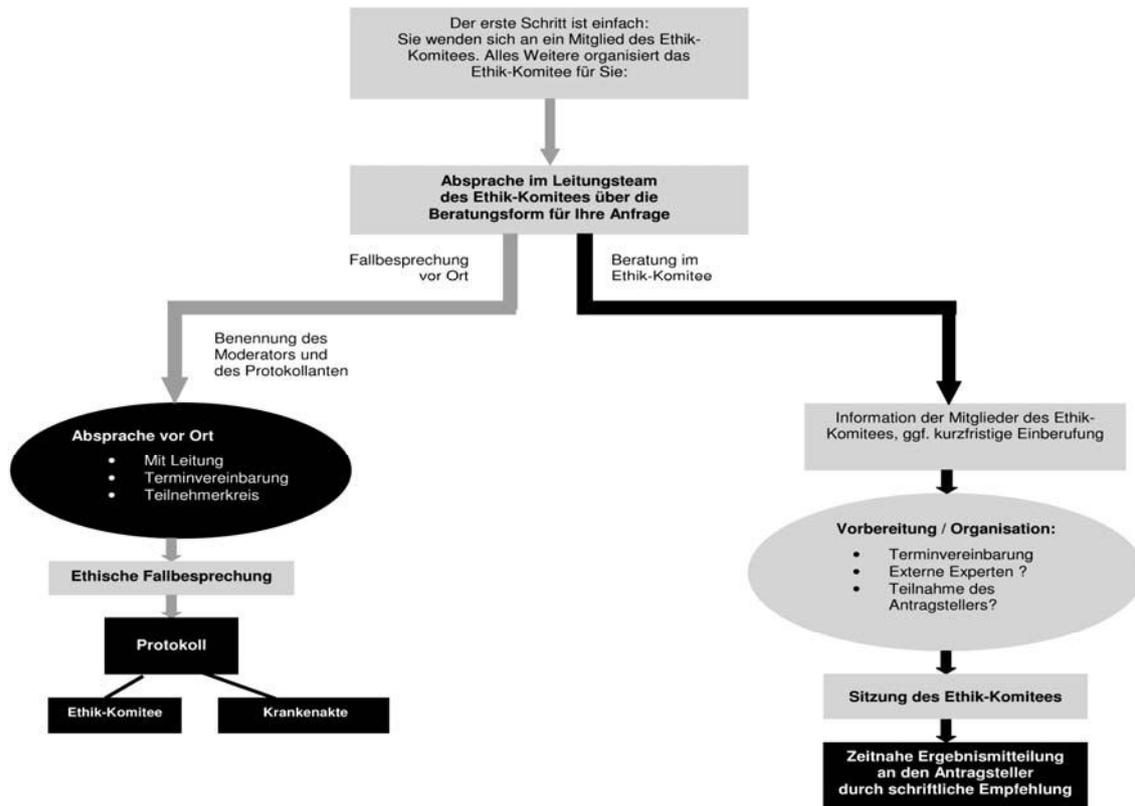


Abbildung 1, Flyer des DKH Ethik-Komitees, 2008

5.4 Der Abschiedsraum

Es gibt einen Abschiedsraum im Krankenhaus Elim, der Angehörigen und auch Mitarbeitern die Möglichkeit geben soll, in Ruhe von einem sterbenden bzw. verstorbenen Menschen Abschied zu nehmen. Zu diesem Zwecke wurde ein ehemaliges Patientenzimmer umgestaltet. Durch Farben, Bilder und Licht ist es freundlicher gestaltet als ein normales Patientenzimmer. Dieser Raum hat im Oktober 2007 einen neuen Ort im dritten Stockwerk des Krankenhauses gefunden.³³

6. Methodik

Für die vorliegende Arbeit wurde die qualitative Forschungsmethode angewendet, da es darum geht, soziale Situationen und Prozesse zu rekonstruieren, um sozialwissenschaftliche Erklärungen zu finden. Was die qualitative Methode im

³³ Mündliche Auskunft von einem Seelsorger des DKH am 21.04.2008

Einzelnen beinhaltet und welches Instrument bei dieser Untersuchung zum Einsatz kommt, wird der Bestandteil des folgenden Kapitels sein.

6.1 Qualitative Sozialforschung

Der Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung ist der Bereich unserer Welt, der durch das menschliche Handeln bestimmt wird. Die empirische Sozialforschung beobachtet einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen. Obwohl ‚empirisch‘ bedeutet ‚auf Erfahrungen beruhend‘, geht empirische Forschung von Theorien aus und trägt zu ihnen bei. Dies geschieht, indem sie entweder angeleitet durch Theorien die soziale Realität beobachten oder aus den Beobachtungen der sozialen Realität theoretische Schlüsse ziehen.

Die empirische Sozialforschung wird in quantitative und qualitative Forschung unterteilt.³⁴ Die quantitative Sozialforschung untersucht von einer Theorie ausgehend die Realität. Hierbei handelt es sich um ein deduktives Vorgehen, bei dem standardisierte Erhebungsmethoden zum Einsatz kommen. Die Ergebnisse werden numerisch dargestellt. Die qualitative Sozialforschung hingegen formuliert aufgrund der Realität eine Theorie. Dies geschieht mit Hilfe des induktiven Ansatzes.³⁵

Die qualitative Forschung versucht Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen heraus zu beschreiben, um zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beizutragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam zu machen. Sie ist in ihrer Zugangsweise zu den untersuchten Phänomenen offener als die quantitative Methode.

Die standardisierten Methoden benötigen für die Konzipierung ihres Erhebungsinstrumentes eine feste Vorstellung über den untersuchten Gegenstand, wogegen qualitative Forschung für das Neue im Untersuchten offen sein kann. Der qualitative Forschungsansatz liefert genaue, dichte Beschreibungen, die für ein konkretes, plastisches Bild sorgen und herausarbeiten, was es aus der Perspektive der Betroffenen heraus bedeutet.

³⁴ Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 22

³⁵ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 118

Dabei werden die Sichtweise der beteiligten Subjekte und die subjektiven und sozialen Konstruktionen ihrer Welt berücksichtigt.³⁶

Welche dieser zwei Methoden angewendet wird, hängt von dem Gegenstand und dem Ziel der Untersuchung ab. Wie eingangs bereits erwähnt, geht es in dieser Untersuchung darum, soziale Situationen und Prozesse zu rekonstruieren, um Erklärungen für bestimmte Sachverhalte zu finden. Zu diesem Zweck kommt die qualitative Forschungsmethode zum Einsatz.

6.2 Das qualitative Interview

Da es diverse Formen qualitativer Interviews gibt, werden jetzt die Charakteristika qualitativer Interviews herausgearbeitet und es erfolgt eine Einordnung des Experteninterviews.

Das Wort Interview stammt von dem französischen Wort „*entrevue*“ ab und bedeutet verabredete Zusammenkunft. Das Interview stellt eine Gesprächssituation dar, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird. Hierbei stellt einer der Beteiligten die Fragen und ein Anderer beantwortet diese. In der qualitativen Sozialforschung versteht man unter einem Interview ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem der Befragte durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen bewegt werden soll.³⁷

Interviews können nach der Technik der Datenerhebung klassifiziert werden.

Ein Unterscheidungskriterium für Interviews ist die vom Forscher beabsichtigte Richtung des Informationsflusses. Hierbei kann zwischen dem vermittelndem Interview und dem ermittelndem Interview unterschieden werden.

Das vermittelnde Interview hat zum Ziel, die Befragungsperson zu informieren bzw. zu beeinflussen. Es soll eine Erkenntnis- oder eine Bewusstseinsveränderung auf Seiten des Befragten provoziert werden. Der Informationsfluss geht vom Interviewer zum Befragten.

Im Gegensatz dazu wird beim ermittelnden Interview der Befragte als Träger abrufbarer Informationen, die den Forscher interessieren, verstanden. Der Informationsfluss ist bei dieser Interviewform einseitig vom Befragten auf den

³⁶ Vgl. U. Flick u.a. (2005), S. 14 - 17

³⁷ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 329-330

Interviewer gerichtet, der bestimmte Informationen erheben möchte. Ermittlende Interviews lassen sich in drei Untergruppen einteilen:

- Das informatorische Interview dient der deskriptiven Erfassung von Tatsachen aus den Wissensbeständen der Befragten. Der Befragte wird als Experte verstanden, dessen Fachwissen verhandelt wird. Er ist Informationslieferant für Sachverhalte, die den Forscher interessieren.
- Das analytische Interview versucht soziale Sachverhalte zu erfassen. Der Interviewer analysiert und beschreibt die Äußerungen des Befragten aufgrund theoretischer Überlegungen und Konzepte. In den Sozialwissenschaften ist dies die häufigste verwendete Form der Interviews.
- Das diagnostische Interview dient der Ermittlung eines fest definierten Merkmalprofils einer Person. Es ist hilfreich dabei Individualdiagnosen zu erstellen und diese als Basis für konkrete Entscheidungen zu nutzen. Diese Form des Interviews findet man häufig in der Psychologie oder Sozialtherapie.³⁸

Eine weitere Unterscheidung von Interviews ist die nach dem Grad der Standardisierung. Hierbei lassen sich folgende Standardisierungsgrade unterscheiden:

- Vollstandardisierte Interviews zeichnen sich dadurch aus, dass sowohl die Fragen als auch die Antwortmöglichkeiten für jedes Interview exakt gleich formuliert sind. Die Fragen stehen in einer festen Reihenfolge, in der sie vom Interviewer gestellt werden müssen. Beim vollstandardisierten Interview werden ausschließlich geschlossene Fragen gestellt, so dass der Befragte seine Antwort aus einer von mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen muss. Er hat nicht die Möglichkeit diese frei zu formulieren. Standardisierte Interviews werden in der quantitativen Sozialforschung eingesetzt.
- Teilstandardisierte Interviews beinhalten, dass die Fragen durch den Fragebogen standardisiert werden, jedoch ist die Reihenfolge der Fragen nicht vorgegeben. Der Interviewte hat die Möglichkeit, die Fragen frei zu beantworten.

³⁸ Vgl. ebd., S. 332 -334

- Nichtstandardisierte Interviews weisen weder standardisierte Fragen noch Antworten auf. Hierbei handelt es sich um offene Fragen und frei formulierte Antwortmöglichkeiten. Diese Form der Interviews wird der qualitativen Sozialforschung zugeteilt.³⁹

Befragungen können nach der Struktur der zu Befragenden klassifiziert werden. Hierbei kann man zwischen der Einzel- und der Gruppenbefragung unterscheiden. Qualitative Interviews werden in der Regel als Einzelbefragungen durchgeführt.

Ein weiteres Kriterium bei der Differenzierung von Befragungen ist die Form der Kommunikation. Bei der Kommunikationsform kann man zwischen der schriftlichen und der mündlichen Präsentation der Fragen unterscheiden. Beim Interview werden die Fragen mündlich gestellt und das Registrieren der Antworten erfolgt über den Interviewer.

Der Kommunikationsstil beschreibt das Interviewerverhalten. Bei den Kommunikationsstilen kann man zwischen dem weichen, harten und neutralen Interview unterscheiden.

Beim weichen Interview versucht der Interviewer ein Vertrauensverhältnis zum Befragten aufzubauen und sich in die Situation des Betroffenen einzufühlen.

Das harte Interview hingegen gleicht einem Verhör. Der Interviewer tritt als Autoritätsperson auf und übt Druck auf den zu Befragenden aus, um von ihm Antworten zu erhalten. Als Erhebungsmethode für qualitative Interviews muss es aus diesen Gründen ausscheiden.

Das neutrale Interview hat einen unpersönlichen, sachlichen Charakter, welches die soziale Distanz zwischen den Befragungspartnern hervorhebt und es deswegen unter qualitativen Gesichtspunkten zurückzuweisen ist. Das neutrale Interview ist die häufigste angewandte Interviewform.

In der qualitativen Sozialforschung wird die Methode des weichen bis neutralen Interviews angewandt. Die Neutralität zwischen dem Interviewer und dem Befragten wird dabei als solidarisch aufgefasst, wobei aber weder der Inhalt noch der Ablauf des Interviews durch den Interviewer prädeterniniert oder verzerrt wird. Für die Charakterisierung des qualitativen Interviews ist die Art der gestellten Fragen von Bedeutung. Es gibt zwei Arten von Fragen.

³⁹ Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 38 -39

Geschlossene Fragen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie Antwortmöglichkeiten vorgeben. Der Befragte muss sich für eine oder mehrere Antwortmöglichkeiten entscheiden, die seiner Einstellung oder seinem Verhalten entsprechen oder am nächsten kommen.

Bei offenen Fragen muss die Antwort des Befragten nicht in ein vorgegebenes Antwortschema eingeordnet werden. Der Befragte kann sie frei formulieren.

Da geschlossene Fragen vorab vom Forscher formuliert werden, entsprechen sie eher seinen Vorstellungen als denen der Befragten. Es würde eine Prädeterminierung der Forschungsergebnisse zur Folge haben, die von der qualitativen Forschung abgelehnt wird. Beim qualitativen Interview wird mit offenen Fragen gearbeitet.⁴⁰

Wenn man das Experteninterview in diese Klassifizierungen einordnet, lässt sich feststellen, dass es sich hierbei um ein informatorisches Interview handelt. Der Befragte wird als Experte verstanden, der dem Forscher Informationen über den interessierenden Sachverhalt vermittelt. Dies geschieht, indem der Forscher dem Experten mündlich teilstandardisierte Fragen stellt. Es sind offene Fragen, die ein frei formuliertes Antworten des Befragten zulassen. Experteninterviews werden in der Regel als Einzelbefragung durchgeführt, da es sich häufig um recht intime und persönliche Themen handelt. Das Interviewerverhalten ist dabei weich bis neutral.

6.3 Das Experteninterview

Um einen sozialen Sachverhalt rekonstruieren zu können, muss man alle Informationen zusammentragen, die man benötigt, um ihn zu verstehen.⁴¹ Zu diesem Zwecke wurden Experteninterviews angewandt, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden soll.

Zunächst einmal ist zu klären, wer eigentlich als Experte zu bezeichnen ist. Hierzu gibt es in der sozialwissenschaftlichen Literatur keine Einigkeit.⁴²

Die Frage, wer als Experte bezeichnet wird, muss in Relation zum konkreten Handlungsfeld, in dem der Experte agiert, und in Hinsicht auf den Untersuchungsgegenstand der empirischen Erhebung beantwortet werden. In

⁴⁰ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 342 - 346

⁴¹ Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 24 -35

⁴² Vgl. ebd., S. 11

gewisser Weise wird der Expertenstatus also vom Forscher verliehen, begrenzt auf eine spezifische Fragestellung.⁴³

Bogner und Menz definieren Experten und Expertenwissen wie folgt: „Der Experte verfügt über technisches Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht.“⁴⁴ Er wird in seiner Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld gesehen, in das er als Repräsentant einer Gruppe in die Untersuchung mit einbezogen wird.

Oft ist es nicht die oberste Ebene, auf der Experten in einer Organisation zu suchen sind, sondern die zweite oder dritte Ebene. Hier werden in der Regel die Entscheidungen vorbereitet und durchgesetzt. Hinzu kommt, dass auf diesen Ebenen das meiste und detaillierteste Wissen über interne Strukturen und Ereignisse vorhanden ist. So wurden auch für diese Untersuchung Mitarbeiter der zweiten und dritten Ebene als Experten ausgewählt, die ihr besonderes Wissen über die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten mitgeteilt haben.

Die Experten sind als Funktionsträger innerhalb eines organisatorischen oder institutionellen Kontextes von Interesse, ebenso wie ihre damit verknüpften Zuständigkeiten, Aufgaben und Tätigkeiten. Die daraus gewonnenen Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des Experteninterviews.

Das wissenschaftliche Interesse, das Experteninterviews zugrunde liegt, sind klar definierte Wirklichkeitsausschnitte und darüber hinausgehende Erfahrungen. In Experteninterviews geht es nicht um die Einzelperson und um individuelle Biographien, sondern darum, dass die Experten als Repräsentanten einer Organisation oder Institution gesehen werden. Dafür werden nur bestimmte Ausschnitte individueller Erfahrungen in den Mittelpunkt der Befragung gerückt. Die Experten sollen dem Forscher das besondere Wissen der in die Situationen und Prozesse involvierten Menschen zugänglich machen.⁴⁵

6.4 Ethische Prinzipien

Bei jeder Untersuchung ist es von Bedeutung, ethische Aspekte zu berücksichtigen, da sich ethische Fragen und Probleme dem Forscher in allen Phasen des Forschungsprozesses stellen. Sie reichen von der Entscheidung für

⁴³ Vgl. A. Bogner, W. Menz in: A. Bogner u.a. (2005), S. 46

⁴⁴ A. Bogner, W. Menz in: A. Bogner u.a. (2005), S. 46

⁴⁵ Vgl. M. Meuser, U. Nagel in: A. Bogner u.a. (2005), S. 72 - 74

ein Thema über die Festlegung eines Samples, der Durchführung der Forschung bis hin zur Verbreitung der Erkenntnisse.⁴⁶ Unter Forschungsethik versteht man im Allgemeinen all jene ethischen Prinzipien und Regeln, die bestimmen, in welcher Weise die Beziehungen zwischen dem Forscher und der in die Untersuchung einbezogenen Person zu gestalten sind. In Deutschland sind diese forschungsethischen Prinzipien und Regeln im Ethik-Kodex von 1993 festgelegt. Im Folgenden sollen die für diese Arbeit geltenden wichtigsten forschungsethischen Grundsätze dargestellt werden.

Das Prinzip der informierten Einwilligung (informed consent) besagt, dass die Teilnahme an sozialwissenschaftlichen Untersuchungen freiwillig sein muss. Dies soll auf der Grundlage einer möglichst ausführlichen Information über Ziele und Methoden des entsprechenden Forschungsvorhabens sichergestellt werden.

Ein weiteres Prinzip in der Forschungsethik ist die Nicht-Schädigung. Dieses Prinzip beinhaltet, dass Personen, die in eine Untersuchung einbezogen werden, durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden dürfen. Sie sind über alle Risiken aufzuklären, die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass die Anonymität der befragten oder untersuchten Person gewahrt wird.⁴⁷

Die Teilnehmer dieser Untersuchung wurden vor dem Beginn der Interviews mündlich sowie schriftlich über die Ziele und die Vorgehensweise der Untersuchung informiert und es wurde ihnen die Anonymität ihrer Daten zugesichert. Die Interviewteilnehmer haben die informierte Einwilligung⁴⁸ vor Beginn der Befragung gelesen und unterzeichnet.

7. Datenerhebung

Nachdem das Thema dieser Diplomarbeit feststand, habe ich mich für eine empirische Untersuchung entschieden. Sie sollte mit Hilfe der qualitativen Forschungsmethode und Experteninterviews zu den gewünschten Informationen führen.

⁴⁶ Vgl. U. Flick (2007), S. 56-63

⁴⁷ Vgl. U. Flick u.a. (2005), S. 589-595

⁴⁸ siehe Anhang

Im nächsten Schritt wurden die Pflegedirektorin, der Geschäftsführer und die Mitarbeitervertretung des Krankenhauses Elim über das Untersuchungsvorhaben informiert und um ihre Zustimmung gebeten. Die Pflegedirektorin, der Geschäftsführer und die Mitarbeitervertretung begrüßten das geplante Vorhaben und gaben ihr Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung. Jetzt sollte die Auswahl der zu Befragenden folgen, die im nächsten Abschnitt näher erläutert wird.

7.1 Die Auswahl der zu Befragenden

Da es in der qualitativen Forschung im Gegensatz zur quantitativen Forschung nicht um die Repräsentativität, sondern um die Typisierung bestimmter Fälle geht, werden keine Zufallsstichproben gezogen.⁴⁹

Die Entscheidung darüber, was ein Fall ist, wird auf der Grundlage theoretischer Vorüberlegungen und dem Erkenntnisinteresse des Forschers getroffen. Der Forscher entscheidet zu Beginn der Untersuchung, was ein Fall ist und grenzt damit zunächst die empirische Untersuchung ein. Wichtig ist, dass die Fälle so ausgewählt werden, dass sie die Beantwortung der Untersuchungsfragen ermöglichen.⁵⁰ Dies wurde auch in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt, indem bestimmte Kriterien, über die ein Interviewteilnehmer verfügen sollte, im Vorfeld bestimmt wurden.

Um einen möglichst vielseitigen Einblick über das Thema Sterben im Krankenhaus zu bekommen, habe ich mich entschieden, verschiedene Akteure aus dem Krankenhaus zu diesem Thema zu befragen. Es wurden Pflegekräfte der Intensivüberwachungseinheit, der gynäkologischen und der internistischen Station ausgewählt, da die Mitarbeiter dort häufiger mit dem Thema Sterben in Berührung kommen als z.B. die Mitarbeiter der Handchirurgie und der Entbindungsstation. Letztere wurden aus diesem Grund von vornherein von der Teilnahme an der Untersuchung ausgeschlossen.

Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme an einem Interview war, dass die pflegerischen Mitarbeiter seit mindestens sechs Monaten auf einer dieser Stationen arbeiten sollten und Erfahrungen im Umgang mit sterbenden Patienten gemacht haben, um auf die Fragen im Interview ausführlich antworten zu können.

⁴⁹ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 386

⁵⁰ Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 93-95

Weiterhin wollte ich eine Ärztin, einen Seelsorger, ein Mitglied aus dem Ethik-Komitee sowie ein Mitglied aus dem Palliativkonsildienst interviewen.

Der Zugang zu den Personengruppen, die den Gegenstand der Untersuchung bilden sollten, erfolgte auf unterschiedliche Art. Der Erstkontakt zu den Pflegekräften wurde über die Pflegedirektorin des Diakonie Klinikums hergestellt. Auf einer Stationsleitersitzung der Pflegekräfte stellte ich meine geplante Untersuchung vor, mit der Bitte, diese Informationen an die Pflegekräfte auf den Stationen weiterzuleiten. Dazu händigte ich jeder Stationsleitung ein Informationsschreiben⁵¹ an die Mitarbeiter aus, in dem genaue Informationen zu meiner Person, dem Ziel und der Vorgehensweise der Untersuchung standen. Im Anhang an dieses Schreiben befand sich eine Liste, auf die sich interessierte Pflegekräfte bis zu einem bestimmtem Datum eintragen konnten. Den Kontakt zu den Pflegekräften mittels eines Briefes aufzunehmen begründet sich dadurch, dass die Mitarbeiter sich so in Ruhe überlegen konnten, ob sie an der Untersuchung teilnehmen wollten. Indem sie nicht spontan reagieren mussten, sollte der Druck auf die Mitarbeiter verringert werden.⁵² Das Ziel bestand darin, pro ausgewählter Station zwei Pflegekräfte für ein Interview gewinnen zu können.

Nach Ablauf des Rückmeldezeitraumes haben sich von jeder der ausgewählten Stationen jeweils zwei und auf einer Station sogar drei Pflegekräfte freiwillig zu einem Interview bereit erklärt. Die erste Kontaktaufnahme mit den Interviewteilnehmern aus der Pflege erfolgte entweder persönlich oder am Telefon. Die Terminvereinbarungen für die Interviews verliefen weitestgehend unproblematisch.

Der Kontakt mit der Ärztin wurde persönlich aufgenommen und ein Interviewtermin vereinbart.

Der Seelsorger, der auch gleichzeitig Mitglied der Ethik-Kommission ist, wurde per E-Mail kontaktiert und eine Terminvereinbarung erfolgte telefonisch.

Der erste Kontakt zu einer Ärztin des Palliativkonsildienstes wurde über den Koordinator des Palliativnetzwerkes des Diakonie Klinikums hergestellt. Danach folgten ein E-Mail-Austausch mit der Palliativärztin und die telefonische Interviewverabredung.

⁵¹ siehe Anhang

⁵² Vgl. J. Gläser u.a (2004), S. 156

Daraus ergab sich insgesamt eine Stichprobe von zehn Interviewteilnehmern, für die ein Interviewleitfaden entwickelt wurde. Was man unter einem Interviewleitfaden versteht und wie dieser für die Experteninterviews konzipiert wurde, ist Bestandteil des nächsten Abschnittes.

7.2 Der Interviewleitfaden

Ein Interviewleitfaden ist ein Erhebungsinstrument zur Datenerfassung. Er kann als eine Art Richtschnur gesehen werden, die die unbedingt zu stellenden Fragen enthält. Dabei sind weder die Fragenformulierungen noch die Reihenfolge der Fragen verbindlich. Um das Interview so weit wie möglich an einen natürlichen Gesprächsverlauf anzunähern, können Fragen aus dem Leitfaden auch außer der Reihe gestellt werden. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn der Interviewpartner von selbst auf ein bestimmtes Thema zu sprechen kommt. Dann wäre es ungünstig, ihn von dort wegzulenken, weil die zu diesem Thema gehörende Frage noch nicht dran ist. Hinzu kommt, dass zur vollständigen Beantwortung einer Frage oftmals ein sofortiges Nachfragen erforderlich ist, welches nicht in den Interviewleitfaden mit aufgenommen werden kann. Bei einem Interviewleitfaden handelt sich um ein teilstandardisiertes Erhebungsverfahren.⁵³

Aufgrund der Vorüberlegungen, die hinsichtlich des Erkenntnisinteresses und der Strategie der empirischen Untersuchung bereits getroffen wurden, konnte nun der Interviewleitfaden⁵⁴ für diese Arbeit entwickelt werden.

Wonach gefragt wird, ergibt sich aus den theoretischen Vorüberlegungen und aus den Reaktionen des Gesprächspartners im Interview. Wie man fragt, ergibt sich vor allem aus dem Prinzip der Offenheit und aus dem Prinzip des Verstehens. Patton hat für das qualitative Interview die Forderung formuliert, dass Fragen offen, neutral, einfach und klar formuliert sein müssen.⁵⁵ Diese Anforderungen sollen auch für diesen Interviewleitfaden in weiten Teilen gelten.

Der Beginn eines Interviews ist eine besonders wichtige Phase, da sich zu Beginn das Klima des Interviews herausbildet, die Rollen der Gesprächspartner definiert werden und sich ein bestimmtes Niveau der Kommunikation einstellt. Aus diesem Grunde ist es empfehlenswert, dass der Interviewleitfaden nicht gleich mit der

⁵³ Vgl. ebd., S. 39-40

⁵⁴ siehe Anhang

⁵⁵ Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 117, zit. nach Michael Quinn Patton: Qualitative Evaluation and Research Methods, Newbury Park, 1990, S. 295

ersten thematischen Frage beginnt sondern mit einer so genannten „Anwärmfrage“. Es sollte eine Frage sein, die für den Interviewpartner angenehm und leicht zu beantworten ist. Dadurch können Spannungen gelöst werden, die sich vermutlich aufgrund der ungewohnten Situation bei dem Interviewpartner aufbauen, da er nicht weiß, was ihn erwartet und ob er den Erfordernissen der Interviewsituation gerecht werden kann. Deshalb ist es wichtig, dass der Interviewpartner zu Beginn des Interviews das Gefühl bekommt, die Situation meistern zu können.⁵⁶ Für den vorliegenden Interviewleitfaden wurde als Anwärmfrage die Frage nach persönlichen Daten gewählt. Die Interviewteilnehmer wurden gebeten, sich kurz vorzustellen und etwas über ihre Tätigkeit im Krankenhaus zu erzählen.

Wichtig ist, dass die Fragen in einem Leitfadeninterview so angeordnet werden, dass inhaltlich zusammengehörende Themen nacheinander behandelt werden. Dies ermöglicht eine Annäherung an den natürlichen Gesprächsverlauf.⁵⁷ Der Interviewleitfaden beinhaltete drei große Themenbereiche, die sich aus den Untersuchungsfragen ableiten ließen. Zu den einzelnen Themen sollte zunächst jeweils eine offene Frage gestellt werden, die bei Erzählschwierigkeiten durch gezieltere Unterfragen ergänzt werden konnte. Die Unterfragen dienten als Erzählanregungen und sollten längere Beschreibungen oder Erklärungen auslösen.

Im ersten Themenbereich ging es darum, die Ist-Situation im Umgang mit sterbenden Patienten zu erfassen. Der Interviewpartner wurde aufgefordert zu erzählen, wie er diese Situation auf seiner Station bzw. in seinem Aufgabenbereich erlebt. Diese Frage wurde gewählt, um sich ein erstes Bild zu verschaffen, wie die derzeitige Situation mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim ist und wie sie von den einzelnen Mitarbeitern empfunden und erlebt wird. Für den Fall, dass ein Interviewteilnehmer Probleme hatte in den Erzählfluss zu gelangen, wurde er aufgefordert, eine konkrete Situation im Umgang mit sterbenden Patienten zu schildern und diese auch zu bewerten.

Der zweite Themenkomplex handelte von den Unterstützungsangeboten, die im Umgang mit sterbenden Patienten angeboten werden. Es sollte herausgefunden werden, ob die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter die verschiedenen

⁵⁶ Vgl. J.Gläser u.a. (2004), S. 143

⁵⁷ Vgl. ebd., S. 142

Unterstützungsangebote kennen oder diese auch als solche wahrnehmen. Ebenfalls von Interesse war, wie der genaue Ablauf war, wenn sie ein solches Unterstützungsangebot bereits in Anspruch genommen haben, und wie die Mitarbeiter diese Unterstützung empfunden haben. Falls die Interviewteilnehmer keine Unterstützungsangebote kannten, sollten sie welche benennen, die für sie hilfreich sein könnten. Die Vertreter der Seelsorge, des Ethik-Komitees und des Palliativkonsildienstes wurden als Anbieter solcher Unterstützungsangebote in diesem Bereich gebeten, genau zu beschreiben, was sie konkret anbieten können und wie diese Angebote angenommen werden. Des Weiteren wurde gefragt, für wen die Angebote gedacht sind und wie man sie einfordern kann. Dieser Themenbereich war von Interesse, um herauszufinden, warum die vorhandenen Unterstützungsangebote selten oder gar nicht von den Mitarbeitern des Elim Krankenhauses in Anspruch genommen werden.

Der dritte große Bereich handelte davon, wie die Situation und der Umgang mit sterbenden Patienten in Zukunft gestaltet werden kann. Die Interviewpartner sollten beurteilen, ob sie die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim für verbesserungswürdig halten. Wenn ja, sollten sie benennen, was genau sie wie verändern würden.

Bei der Abschlussfrage sollte ebenfalls wie bei der ersten Frage darauf geachtet werden, dass diese für den Interviewpartner angenehm ist. Sie sollte also weder schwer noch heikel sein, da sonst die Gefahr bestünde, dass das Interview einen unangenehmen Eindruck hinterlässt. Eine in vielen Fällen geeignete Abschlussfrage ist die, ob der Interviewpartner aus seiner Sicht noch etwas zu diesem Thema hinzufügen möchte. Diese Frage hat den Vorteil, dass man es dem Interviewpartner überlässt, über den Inhalt der Antwort zu entscheiden und sie deshalb für ihn wahrscheinlich angenehm ist. Außerdem wird hierdurch die Offenheit des Interviews erhöht, weil die Frage noch einmal die Generierung von Informationen anregt, die in der Vorbereitung nicht vorhergesehen wurden.⁵⁸ So wurde auch in diesem Interview am Ende die Frage gestellt, ob es aus der Sicht des Interviewpartners noch irgendetwas gibt, was er zu diesem Thema hinzufügen möchte. Mit dieser Frage war der inhaltliche Teil des Interviews abgeschlossen. Danach folgte noch eine Frage nach der Motivation der Interviewpartner, an

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 144-145

diesem Interview zu dem Thema Sterben im Krankenhaus teilzunehmen. Diese Frage sollte die Beweggründe der Interviewteilnehmer aufzeigen.

Der Interviewleitfaden bildet die Grundlage für die Interviews. Um den Interviewleitfaden auf seine Tauglichkeit hin zu überprüfen, ist es empfehlenswert, vor der Untersuchung einen Pretest durchzuführen. Ein Pretest ist ein Vortest zur Überprüfung der Gültigkeit und Verständlichkeit eines Untersuchungsinstruments.⁵⁹ Es können auch während der Interviewphase, im Gegensatz zu standardisierten Fragebögen, noch Veränderungen am Interviewleitfaden vorgenommen werden. Dies kann der Fall sein, wenn sich bei seiner Anwendung bestimmte Fragen, Frageformulierungen oder die Reihenfolge von Fragen als ungünstig erweisen.⁶⁰ Für diesen Interviewleitfaden wurde ein Pretest mit insgesamt drei Personen durchgeführt. Der Pretest hat gezeigt, dass die Fragen verständlich und nachvollziehbar waren. Es wurden einige wenige Änderungen hinsichtlich der Formulierung der Fragen vorgenommen. Veränderungen am Leitfaden während der Interviewphase waren nicht erforderlich.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit der Durchführung der Interviews.

7.3 Die Durchführung der Interviews

Insgesamt wurden zehn Experteninterviews zu dem Thema Sterben im Krankenhaus durchgeführt. Sieben Interviews wurden mit Pflegekräften der Intensivüberwachungseinheit, der Gynäkologie und der Internistischen Station geführt. Hinzu kamen jeweils ein Interview mit einer Ärztin für Innere Medizin, einem Seelsorger, der gleichzeitig auch Mitglied des Ethik-Komitees ist, und einer Ärztin für Palliativmedizin.

Wann und wo die Interviews stattfinden sollten, wurde nach Rücksprache mit den Interviewteilnehmern vereinbart. Dabei habe ich darauf geachtet, dass ich den Wünschen des Interviewpartners soweit wie möglich entgegenkomme und dass der Aufwand für den Interviewteilnehmer so gering wie möglich ausfällt, so dass er sich wohl und sicher fühlt. Ich habe versucht, ruhige Intervieworte auszusuchen, so dass eventuelle Störungen minimiert werden.

Zu Beginn der Interviews wurden die Teilnehmer noch einmal über das Ziel und die Vorgehensweise der Untersuchung aufgeklärt. Die schriftliche informierte

⁵⁹ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 731

⁶⁰ Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 145

Einwilligung wurde von allen zehn Teilnehmern zur Kenntnis genommen und unterschrieben. Die Interviews variierten zeitlich zwischen 14 und 50 Minuten.

8. Datenauswertung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Auswertung der Daten, die in den Interviews ermittelt wurden. Die Datenauswertung erfolgt in mehreren Schritten, die jetzt im Einzelnen erläutert werden.

8.1 Die Transkription

Nach der Datenerhebung folgt die Aufbereitung der Daten durch Transkription. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für die weiteren Analyseschritte.

Unter Transkription versteht man die lautgerechte Übertragung in eine andere Schrift. Transkriptionen werden benötigt, um das flüchtige Gesprächsverhalten für wissenschaftliche Analysen auf dem Papier dauerhaft verfügbar zu halten.

Ziel der Herstellung eines Transkriptes ist es, die geäußerten Wortfolgen, deren lautliche Gestaltung sowie redebegleitendes nichtsprachliches Verhalten genau auf dem Papier darzustellen, so dass die Besonderheiten eines Gespräches sichtbar werden. In den meisten Fällen wird beim Transkribieren von Sekundärdaten wie z.B. von einer Tonbandaufnahme ausgegangen.⁶¹ Dabei handelt es sich oft um sehr umfangreiches Material, das durch Abtippen in eine lesbare Form gebracht wird.

Da es bislang für die Transkriptionen von Interviewprotokollen keine allgemein akzeptierten Regeln gibt, ist es ratsam, im Vorfeld eigene Regeln aufzustellen, zu dokumentieren und bei der Transkription konsequent anzuwenden. Wie genau transkribiert wird, also was z.B. von den Geräuschen wie schriftlich festgehalten wird, hängt vom Ziel der Untersuchung ab. In dieser Untersuchung war es weniger von Bedeutung, wie etwas gesagt wurde, als was gesagt wurde. Deshalb wurden für diese Untersuchung folgende Transkriptionsregeln aufgestellt:

- Die Interviews werden vollständig transkribiert, um möglichst alle wichtigen Informationen aus dem Interview zu erfassen.

⁶¹ Vgl. S. Kowal u.a. in: U. Flick u.a. (2005), S. 438

- Die Verschriftlichung erfolgt in Standardorthographie, das bedeutet, dass man sich an den Normen der geschriebenen Sprache orientiert. Dies hat den Vorteil, dass die Standardorthographie das Transkribieren der Arbeit erleichtert und das Lesen des Transkriptes angenehmer gestaltet.
- Nonverbale Äußerungen werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben. Diese werden dann in Klammern vermerkt.
- Unterbrechungen im Gespräch werden ebenfalls vermerkt.
- Unverständliche Passagen werden in Klammern durch die Notiz (unverständlich) gekennzeichnet.
- Namen und Personen werden mit den Buchstaben xy anonymisiert und mit einer allgemeinen Berufskennzeichnung in Klammern versehen.
- ‚I‘ steht für Interviewer und ‚IP‘ für Interviewpartner.⁶²

8.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Das in Form der transkribierten Interviews vorliegende Textmaterial wird in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist die systematische Analyse von Kommunikationsmaterial. Dazu wird das Material in Einheiten zerlegt und nacheinander bearbeitet. Wichtig hierbei ist, dass das Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird. Im Zentrum der Analyse steht ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem, durch das diejenigen Aspekte festgelegt werden, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.⁶³

Mayring hat für das inhaltsanalytische Vorgehen ein allgemeines Ablaufmodell entworfen, das ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen ermöglicht. Dadurch wird die Analyse für andere Forscher nachvollziehbar und es besteht die Möglichkeit, dass ein zweiter Auswerter die Analyse unter gleichen Bedingungen durchführen kann und zu ähnlichen Ergebnissen kommt.⁶⁴

⁶² Vgl. J. Gläser u.a. (2004), S. 188-189

⁶³ Vgl. P. Mayring (2002), S. 114-115

⁶⁴ Vgl. P. Mayring (2007), S. 42-43

Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell

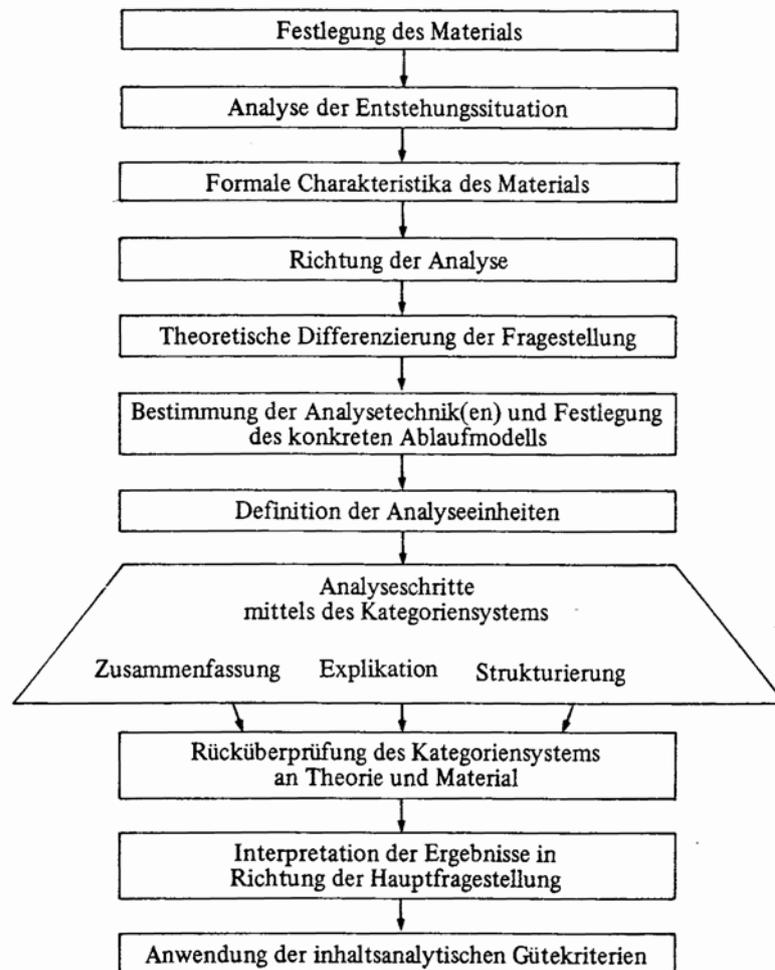


Abbildung 2, Mayring, Philipp, 2007, S.54

Das inhaltsanalytische Ablaufmodell besteht aus mehreren Stufen, die jetzt im Einzelnen erläutert und in ihrer Umsetzung auf das Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit dargestellt werden.

Zunächst einmal muss genau definiert werden, welches Textmaterial der Analyse zugrunde gelegt werden soll. Für die vorliegende Untersuchung sind dies alle zehn Interviews, die aber nicht komplett inhaltsanalytisch ausgewertet werden, sondern nur Ausschnitte, die sich auf den Gegenstand der Untersuchungsfragen beziehen.

Die nächste Stufe ist die Analyse der Entstehungssituation, die beschreibt, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde. Darauf wurde zuvor bereits ausführlich in dem Abschnitt „Durchführung der Interviews“ eingegangen.

Die formale Charakterisierung des Materials beschreibt, in welcher Form das Material vorliegt.⁶⁵ Die Interviews wurden mit einem Tonband aufgenommen und daraufhin transkribiert. Zu den einzelnen Transkriptionsregeln gibt das Kapitel „Transkription“ nähere Auskunft.

Nachdem das Ausgangsmaterial beschrieben wurde, muss im nächsten Schritt die Frage beantwortet werden, was aus dem Material heraus interpretiert werden soll. Ohne die Bestimmung der Richtung der Analyse ist keine Inhaltsanalyse denkbar. In der qualitativen Sozialforschung besteht die Richtung der Analyse darin, durch den Text Aussagen über den emotionalen Hintergrund, den kognitiven Hintergrund und den Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu machen. In den vorliegenden Interviews sollten die Teilnehmer über bisherige Handlungen bezüglich des Gegenstandes der Untersuchung, ihren Wissenshintergrund, ihren emotionalen Bezug zum Untersuchungsgegenstand sowie über Erwartungen, Interessen und Einstellungen zum Thema „Sterben im Krankenhaus“ berichten.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung bedeutet, dass die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in Unterfragestellungen differenziert sein muss.⁶⁶ Dazu gibt das Kapitel „Erkenntnisleitendes Interesse und Darstellung der Untersuchungsfragen“ Auskunft.

Im nächsten Schritt wird die Entscheidung über die spezielle Analysetechnik festgelegt. Mayring schlägt dazu drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse vor:

1. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse will das Material durch Abstraktion so reduzieren, dass ein überschaubarer Kurztext entsteht, der aber immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
2. Die Explikation hat zum Ziel, zu einzelnen unklaren Textbestandteilen zusätzliches Material heranzuziehen, um die Textstellen zu verdeutlichen.
3. Die strukturierende Inhaltsanalyse filtert bestimmte Aspekte aus dem Material heraus, um unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder um das Material unter bestimmten Kriterien einschätzen zu können.⁶⁷

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 46-47

⁶⁶ Vgl. ebd., S. 50-52

⁶⁷ Vgl. ebd., S. 53, 58

Für die vorliegende Untersuchung wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse als Analysetechnik gewählt, da vorwiegend die inhaltliche Ebene des Materials sowie die Komprimierung des Gesamtmaterials zu einem überschaubaren Kurztext von Interesse sind. Diese spezielle Technik der Zusammenfassung ist ebenfalls wieder in einzelne Analyseschritte untergliedert, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Zunächst einmal werden die Analyseeinheiten festgelegt. Sie legen fest, welche Textteile aus den Interviewprotokollen heraus ausgewertet werden sollen und bestimmen, wie ein Textteil beschaffen sein muss, damit dieser als Ausprägung für eine Kategorie genommen werden kann.⁶⁸ Dies geschieht, indem ein Selektionskriterium für die Kategoriebildung im Vorfeld festgelegt und mit theoretischen Erwägungen über Gegenstand und Ziel der Analyse begründet wird. Hierbei handelt es sich um ein deduktives Vorgehen.

Die Selektionskriterien für die Kategoriebildung ergeben sich aus den drei Untersuchungsfragen der Arbeit. Das erste Selektionskriterium bezieht sich darauf, wie die gegenwärtige Situation und der Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim ist und wie diese von den einzelnen Mitarbeitern erlebt wird. Ein weiteres Selektionskriterium ist, ob es Unterstützungsangebote gibt, die in Situationen, in denen Menschen sterben, für die Mitarbeiter hilfreich sein können, und endet mit dem Kriterium nach der Frage, was in Zukunft an der Situation noch verändert oder verbessert werden kann.

Nach diesen Kategoriedefinitionen werden die Transkripte nacheinander Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wenn eine Textstelle in Bezug auf die vorab definierten Kategorien gefunden wird, dann wird diese paraphrasiert, generalisiert und durch Selektion bedeutungsgleicher Einheiten reduziert. Anschließend werden ähnliche oder zusammenhängende Bedeutungseinheiten gebündelt, integriert und es wird eine Kategorie konstruiert. Wird im weiteren Analyseverlauf wieder eine dazu passende Textstelle gefunden, wird sie dieser Kategorie ebenfalls zugeordnet. Wenn die neue Textstelle allerdings die vorab allgemeine Kategoriendefinition erfüllt, aber zu der bereits induktiv gebildeten Kategorie nicht passt, so wird aus dem spezifischen Material heraus eine neue Kategorie induktiv gebildet.

⁶⁸ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 519

Das daraus entstandene Kategoriensystem muss jetzt dahingehend geprüft werden, ob die Logik klar ist und der Abstraktionsgrad zu dem Gegenstand und der Fragestellung der Untersuchung passt.

Das Ergebnis dieser Analyse ist ein Kategoriensystem zu einer bestimmten Thematik, dem spezifische Textstellen zugeordnet sind. Im Anschluss daran können die Auswertung der Kategorien und die Darstellung der Ergebnisse erfolgen, auf die im späteren Verlauf der Arbeit noch genauer eingegangen wird. Am Ende des Ablaufmodells steht die Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien.⁶⁹

8.3 Die Kategorien

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den aus den Interviews herausgearbeiteten Kategorien. Die Kategorien sind Merkmale der Interviewtexte, die durch die Analyse der Interviewprotokolle ermittelt wurden, um den Text in komprimierter Form beschreiben zu können.⁷⁰

Wie zuvor bereits erläutert, gliedert sich das Kategoriensystem in drei Oberkategorien, die aus den Untersuchungsfragen heraus gewonnen wurden. Zu den Oberkategorien sind nach der inhaltsanalytischen Vorgehensweise mehrere Unterkategorien entstanden, die jetzt im Einzelnen vorgestellt werden sollen. Um die getroffenen Aussagen zu verdeutlichen und zu belegen, werden Textstellen aus den Interviews zitiert.

8.3.1 Erste Kategorie: Ist - Situation

Die erste Kategorie geht der Frage nach, wie die Situation und der Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim gegenwärtig sind. Die Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen wurden gebeten, aus ihrer Sichtweise heraus zu erzählen, wie sie dies erleben. Die Unterkategorien, die sich daraus ergaben, sind bezeichnet als:

- *Rahmenbedingungen*
- *Sterbende und ihre Angehörigen*
- *Persönliche Empfindungen der Mitarbeiter*
- *Interdisziplinäre Zusammenarbeit*

⁶⁹ Vgl. P. Mayring (2002), S. 115-117

⁷⁰ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 519

Rahmenbedingungen

In dieser Kategorie geht es um Rahmenbedingungen der Einrichtung, die Einfluss nehmen auf die Betreuung und Begleitung sterbender Patienten.

Einige Interviewpartner empfinden die räumlichen Gegebenheiten im Krankenhaus Elim in Bezug auf eine angemessene Sterbebegleitung als hinderlich. Ein Mitarbeiter berichtet, dass häufig nicht die Möglichkeit besteht, sterbende Patienten in ein Einzelzimmer zu verlegen, um dem Sterbenden und seinen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich in Ruhe voneinander zu verabschieden.

„Ja, das Problem ist halt immer, dass es manchmal relativ schwierig ist auch die Leute, die Sterbenden, optimal zu begleiten. Einmal sind die Örtlichkeiten auch gar nicht gegeben, heißt, es fehlen einfach die Einzelzimmer, in denen Angehörige Tag und Nacht sein können.“ (Interview 09, S. 1, Zeile 16-19)

In einem anderen Interview wird erzählt, dass sterbende Patienten aufgrund von Platzmangel in einem Mehrbettzimmer verbleiben müssen und die Mitpatienten es miterleben, dass ein Mensch verstirbt.

„Der hat aber leider aufgrund der Platzsituation da unten [Station des Interviewpartners] nicht die Möglichkeit gehabt in dem extra separaten Raum zu liegen... Ja, und nachdem er verstorben war, hat man das halt so provisorisch abgeschirmt mit Trennwänden und so. Daneben lagen Patienten, die das mehr oder weniger alles mitbekommen haben und das fand ich schon sehr, sehr erschreckend irgendwie, das so zu sehen.“ (Interview 01, S. 2, Zeile 44-49)

In vielen Interviews wird das hohe Arbeitspensum in Zusammenhang mit dem Faktor Zeit und der Sterbebegleitung genannt. Die Interviewteilnehmer berichten, dass sie aufgrund vieler administrativer Aufgaben immer weniger Kontakt zu den Patienten haben und durch die vorgegebenen Arbeiten wenig Zeit für die Begleitung Sterbender bleibt.

„... auch viele Aufgaben, die auch nicht so direkt mit dem Patienten zu tun haben, sondern so administrative Aufgaben. ... so dass man sich nicht so viel Zeit nehmen kann für sterbende Patienten, weil dann die Zeit einfach knapp ist. Man muss alles schaffen, damit morgens um sechs alles fertig ist und der Betrieb weiter gehen kann so. Wenn man dann einfach aufhört irgendwas nicht zu machen, weil man, ja, jetzt lieber bei dem Patienten sitzen möchte und die Hand halten. Das geht nicht, dann gibt es einfach Schwierigkeiten im Ablauf, im Tagesablauf. Also, die Arbeit muss gemacht werden.“ (Interview 02, S. 1, Zeile 21-30)

Ein anderer Interviewpartner berichtet, dass aufgrund der kurzen Liegezeiten der Patienten ein neuer Arbeitsaufwand in Bezug auf häufigere Aufnahmen und Entlassungen hinzugekommen ist. Dies wird als weiterer Grund für die mangelnde Zeit für sterbende Patienten angesehen.

„Durch die Schnelllebigkeit auf der Station. Wir haben ja die Patienten einen Tag mitunter nur da und dann gehen die ja schon wieder nach Hause, ne?! Und dadurch hat man natürlich einen Aufwand an Wechsel, dass man für diese Sachen [Sterbebegleitung] keine Zeit mehr hat...“ (Interview 05, S. 4, Zeile 119-122)

Auch die personelle Besetzung wird in Zusammenhang mit den hohen Arbeitsanforderungen, der Zeit und der Begleitung und Betreuung Sterbender in Verbindung gebracht. Ein Interviewteilnehmer schildert einen Tag auf seiner Station:

„... ich erinnere mich noch an einen Tag, der war ganz schlimm! Da waren wir zu zweit im Spätdienst, hatten unser normales OP Programm von zwölf OPs oder so, was eigentlich gar nicht so normal ist sondern irgendwie total über viel ist – eigentlich darf das nicht sein! Und dann nur zu zweit im Spätdienst, das ist eigentlich unmöglich zu schaffen. Und dann hatten wir, wie gesagt, auch noch die drei Palliativpatienten...“ (Interview 06, S. 2, Zeile 40-45)

Eine andere Situationsschilderung unterstreicht die vorherigen Aussagen in Bezug auf den vorherrschenden Personalmangel und es wird deutlich, wie unbefriedigend die Situation für die betroffenen Patienten und das Personal ist.

„... ich habe letztens eine Patientin in der Nacht gehabt, die ist jetzt auch schon verstorben. Schwer krebskrank und die saß halt, ich habe Nachtwache gehabt, ich glaube ich habe 80% der Nachtwache nur bei ihr verbracht, weil sie anders hingelegt werden musste dies und das. Und so jemandem z.B. kann man nicht gerecht werden, weil wir einfach das Personal dafür nicht haben. Das ist natürlich einerseits für den Patienten unbefriedigend und für uns natürlich auch.“ (Interview 09, S. 4, Zeile 123-129)

„Das Problem ist wirklich die Besetzung, die man hat. Ich meine, jeder ist ja gerne bereit, jemanden zu helfen, also sich intensiv um jemanden zu kümmern, nur man hat einfach die Zeit nicht.“ (Interview 09, S. 5, Zeile 146-148)

Die Mitarbeiter versuchen sich den Rahmenbedingungen anzupassen, oder diese soweit es ihnen möglich ist zu gestalten, um die Begleitung und Betreuung Sterbender zu realisieren, auch wenn die Bedingungen hierfür nicht immer optimal sind.

„Es gibt ja auch die Möglichkeit die Leute voneinander abzutrennen, denen eine gewisse private Atmosphäre trotzdem noch zu geben, obwohl es alles sehr klein und eng ist da unten [Station des Interviewpartners]. Aber, wir schaffen das schon ganz gut mit den Dingen, die uns da halt möglich sind.“ (Interview 01, S. 2, Zeile 37-39)

„Und ansonsten versucht man sich schon auf der Station Mühe zu geben, dass möglichst die Angehörigen auch bei Bedarf übernachten können bei ihren Angehörigen. Dass sie eben, wie gesagt, Tag und Nacht zu Besuch kommen können und dass man die möglichst halt, wie gesagt, auch in ein Einzelzimmer legt. Dass möglichst sanft auch ihnen gestaltet.“ (Interview 09, S. 1, Zeile 22-26)

Sterbende und ihre Angehörigen

Diese Unterkategorie bezieht sich auf den Sterbeprozess, auf die Sterbebegleitung, auf den Umgang mit Angehörigen sowie auf das Abschiednehmen.

In den Interviews wird unterschieden zwischen der Art und Weise, wie ein Mensch verstirbt und wie er im Sterben begleitet wird. In Bezug auf die Art und Weise wird berichtet, dass manche Patienten sehr schnell und plötzlich versterben. Andere wiederum gehen bis zu ihrem Tod einen langen Leidensweg, der häufig auch durch den medizinisch-technischen Fortschritt hervorgerufen wird. Dieser lange Sterbeprozess geht oft mit Schmerzen einher. Einige Interviewpartner sehen die Schmerzbehandlung bislang auf ihren Stationen als unzureichend und problematisch an.

*„... immer noch sind die Ärzte relativ vorsichtig, was z.B. Morphium angeht – was immer so kleiner Kampf bei uns ist. Dass die relativ niedrige Dosen eingehen, obwohl es eigentlich absehbar ist, dass die Leute auf kurz oder lang versterben werden. Das ist so unser Hauptproblem glaube ich, was ich jetzt so sehe.“
(Interview 09. S.1, Zeile 26-30)*

„Hat sicher nicht immer gleich von Anfang an geklappt, dass derjenige gut mit Schmerzmitteln oder mit Sedierungsmedikamenten abgedeckt war. Aber da sind wir dann schon ziemlich hinterher, auch wenn die Ärzte da noch recht vorsichtig noch mit sind.“ (Interview 01, S. 4, Zeile 106-109)

Die Begleitung sterbender Patienten wird von einzelnen Interviewpartnern unterschiedlich erlebt. Einmal in Bezug auf die Begleitung durch Angehörige und auf die Begleitung durch die Mitarbeiter des Krankenhauses.

Ein Interviewteilnehmer berichtet, dass Patienten häufig alleine sterben, da weder Angehörige noch Geistliche vorbeikommen, um einen Menschen am Lebensende zu begleiten. Er führt es darauf zurück, dass sich das Mitgefühl für andere Menschen verändert hat, was folgendes Zitat verdeutlicht:

„... schade finde ich auch z.B., dass, wenn man merkt, jemand ist am Sterben, dass da eigentlich überhaupt gar keine Verwandten kommen oder dass kein

Pastor kommt. ... Man stirbt, wenn man so will, eigentlich allein. ... Ich glaube die Sensibilität für dieses Einander, für einen anderen Menschen ist insgesamt verändert. So mit Gefühl und so, das ist auch echt nicht mehr so gefragt...“ (Interview 02, S. 2,3, Zeile 65-67, 69-70, 84-86)

In einem anderen Interview wird von einer Familie berichtet, die ihren Angehörigen im Sterben begleitet hat.

„Der [Patient] hatte eine sehr intakte Familie und die haben ihn auch während des Sterbeprozesses auch begleitet und die waren auch da, haben sich immer abgewechselt und so.“ (Interview 01, S.2, Zeile 52-54)

Dieser Interviewteilnehmer erlebt den Umgang und die Begleitung sterbender Patienten im Elim Krankenhaus wie folgt:

„... zurzeit noch als mangelhaft ... sie sind vom Pflegepersonal, so wie ich sehe, ganz gut betreut, aber es gibt nicht so etwas wie eine Sitzwache oder eine richtige Sterbebegleitung.“ (Interview 07, S. 1, Zeile 17-20)

Weiterhin wird davon berichtet, dass die Begleitung sterbender Patienten nicht als ein Teilbereich der alltäglichen Arbeit angesehen wird. Sie wird oft nicht als Arbeit wahrgenommen und den Mitarbeitern, die sich dem Sterbenden widmen, fehlt es an Anerkennung und Akzeptanz.

„... wenn ich gearbeitet habe in der Nacht, dann sieht man, was ich alles gemacht habe. Das sind meine Aufgaben, das, das, das ist erledigt. Aber diese Zeit z.B., die ich vielleicht mit dem Patienten verbringe, vielleicht hat der Patient Angst, ich halte die Hand oder so, die sieht ja niemand. Und deswegen habe ich natürlich auch Angst, also, die hat die Arbeit nicht geschafft und so, was hast du gemacht? Und wenn ich sage, ich war so lange bei der Patientin und habe die Hand gehalten, das ist einfach eine Arbeit, die nicht registriert wird.“ (Interview 02, S. 2, Zeile 55-62)

Der Umgang mit den Angehörigen des sterbenden oder verstorbenen Patienten fand in vielen Interviews Erwähnung. Oftmals wird dieser als schwierig empfunden, wenn es beispielsweise darum geht, die Todesnachricht zu überbringen. Wie sagt man es den Angehörigen und vor allem, wann sagt man Angehörigen, dass ein Mensch versterben wird. Es wird davon berichtet, dass Angehörige häufig erst benachrichtigt werden, wenn der Patient bereits verstorben ist.

„Oftmals ist es auch bei uns auf Station ja so gewesen, dass die Angehörigen erst angerufen werden, wenn der Patient verstorben ist. Also, das ist eigentlich so die Regel.“ (Interview 04, S. 4, Zeile 113-115)

Ein zentrales Thema in den Interviews waren Abschiedsrituale. In einem Interview wird deutlich, wie wichtig das Abschiednehmen für Angehörige ist.

„... die hat dann aber auch die Zeit bekommen sich zu verabschieden. ... sie saß da am Bett und hat gesagt, was sie sagen wollte und war mit ihm noch ein paar Minuten zusammen und ich glaub, das war ihr auch sehr wichtig. Ja, und dann ist sie glaube ich auch ganz zufrieden gegangen und hat sich noch mal ganz herzlich bedankt...“ (Interview 01, S. 3, Zeile 94-100)

Ein Interviewteilnehmer berichtet, dass sich das Abschiednehmen im Krankenhaus in den vergangenen Jahren sehr verändert hat. Früher war es im Krankenhaus üblich, dass bestimmte Abschiedsrituale durchgeführt wurden, wenn ein Mensch verstorben ist. Der Interviewpartner ist der Meinung, dass ein Abschied von einem Leben entsprechend gewürdigt werden sollte, und er empfindet es auch für sich selbst als hilfreich, Abschied zu nehmen. Heutzutage sind solche Abschiedsrituale selten und der Interviewteilnehmer erzählt, dass er sich nicht traut, diese Abschiedsrituale, die ihm eigentlich wichtig sind, durchzuführen, wenn andere Kollegen dabei sind.

„... wenn ich dann jetzt, ich z.B. alleine in einem Raum bin, mache den Menschen, der gestorben ist, fertig, dann mache ich das noch für mich ... Ist sobald aber jemand anderes dabei ist, dann traue ich mich das nicht ... Ja, weil ich dieses

Mutigsein und sagen, ich bete jetzt mal, ich meine vor denen denn, das mache ich dann auch nicht. Dann mache ich das ganz leise so oder sage, so, jetzt hast du das geschafft oder irgendwie so.“ (Interview 02, S. 4,5, Zeile 134-135, 138, 148-151)

Persönliche Empfindungen der Mitarbeiter

Die Unterkategorie beschreibt die Emotionen und Empfindungen, welche die Mitarbeiter bei der Versorgung Sterbender haben.

Viele Interviewpartner erzählen, dass sie den Umgang und die Betreuung sterbender Patienten oftmals als belastend empfinden. Sie leiden darunter, dass sie sterbende Patienten aufgrund der hohen Arbeitsdichte, der zeitlichen und der personellen Gegebenheiten nicht so betreuen können, wie sie es gerne tun würden und wie es ihnen angemessen erscheint. Folgende Interviewaussagen zu zuvor geschilderten Situationen verdeutlichen die emotionale Betroffenheit eines Interviewpartners:

„... das [eine zuvor geschilderte Situation] war schon mal extrem belastend, wo ich auch schon gesagt habe, dass das alles so nicht geht! Ich habe am nächsten Tag also mit meiner Stationsleitung gesprochen und das auch schon woanders hingetragen, dass sie das einfach nicht mit uns machen können und auch nicht mit den Patienten. Solche Patienten [Sterbende] können wir nicht betreuen und wenn wir das wollen und sollen, dann muss mehr Personal her. ... Also, das war ganz unangenehm alles!“ (Interview 06, S. 3, Zeile 83-88, 92)

„... da habe ich schon echt ja sehr gelitten irgendwie, weil dieses ganze, das komplette Drumherum – also das war einfach nur schrecklich! ... also das hat mich alles sehr schockiert irgendwie!“ (Interview 06, S.4,5, Zeile 132-134, 138-139)

Einige Mitarbeiter des Krankenhauses berichten von einer Hilflosigkeit, die sie gegenüber dem Patienten und der Situation verspüren. Sie wissen manchmal nicht, wie sie sich ihm gegenüber verhalten sollen und empfinden es als schwierig, nichts an der Situation des Patienten ändern zu können.

„... und dieses Leid, der ist, diesen Verfall ständig zu sehen, die Schmerzen des Patienten, ohne dass man jetzt irgendetwas groß machen konnte – das hat mich

*sehr mitgenommen! Diese, ja, wenn man so hilflos ist – so eine Hilflosigkeit.“
(Interview 08, S. 2, Zeile 41-44)*

Ein Interviewteilnehmer berichtet, dass er es als belastend empfindet, zu sehen, dass Patienten einen langen Leidensweg gehen müssen. Er wünscht sich dann manchmal den Tod für diese Patienten, um sie von ihrem Leid zu erlösen. Weiterhin erzählt er, dass er bestimmten Situationen gegenüber abgestumpft ist, er vermutet aus Selbstschutz, um die belastende Situation nicht zu nah an sich heran zu lassen.

Als große Belastung wird auch das Sterben jüngerer Patienten empfunden. Mehrere Interviewteilnehmer fühlen sich mit schweren Situationen allein gelassen und sie äußern den Wunsch nach Unterstützung, beispielsweise in Form von Gesprächen.

„... und die [Sterbende Patienten] ja immer jünger werden auch, ne?! Ist das natürlich eine sehr große Belastung für uns! Und ich, manchmal denke ich, ich pack das, aber mitunter denn habe ich doch so das Gefühl, dass man mitunter auch mal Hilfe braucht ... Man ist so allein damit...“ (Interview 05, S. 2, Zeile 49-51, 54)

Ein Interviewteilnehmer blickt zurück auf seine bisherigen Erfahrungen, die er mit dem Sterben von Patienten gemacht hat, und kommt zu dieser Aussage:

„... dass meine Erfahrungen damit [Sterben von Patienten] ja jetzt eher immer echt negativ waren. Das macht mich ein bisschen traurig.“ (Interview 06, S. 12, Zeile 399-400)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In dieser Kategorie geht es um die Zusammenarbeit einzelner Stationsteams. Es wird die Zusammenarbeit innerhalb des Pflorgeteams sowie die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den Ärzten angesprochen.

Häufig wurden Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen Pflege und Ärzten geschildert. Es wird beklagt, dass zu wenig miteinander gesprochen wird,

beispielsweise in Bezug auf die Diagnosen der Patienten und ob diese darüber aufgeklärt wurden oder nicht.

„Das ist natürlich da der Zwiespalt, das weiß ich dann ja halt nicht. Aber das ist, genau das Kommunikationsproblem dann, wir wissen nicht, ob sie dann wirklich so aufgeklärt worden ist.“ (Interview 06, S. 11, Zeile 339-341)

Weiterhin sagt dieser Interviewpartner, dass es eine klare Trennung zwischen den Behandlungsteams Pflege und Ärzten gebe. Die Berufsgruppen bilden kein Team miteinander. Dies wird als belastend bei der Behandlung sterbender Patienten angesehen, da wenig über geplante Behandlungsmaßnahmen der Patienten sowie über Gefühle und Emotionen der einzelnen Behandlungsteams gesprochen wird.

„... Ärzte und Pflege, das ist zwei ganz krasse Unterschiede da ... Erst der Chefarzt und die Ärzte hinterher und wir dann noch weiter hinterher und da ist eine ganz klare, strikte Trennung und da wird auch nicht über Empfindungen, Emotionen oder Sonstiges gesprochen – überhaupt nicht ... die Kommunikation ist auch ganz schlecht!“ (Interview 06, S. 8,9, Zeile 263-264, 265-267, 287-288)

Einige Mitarbeiter haben diese Kommunikations- und Kooperationsprobleme zwischen den Berufsgruppen auch offen angesprochen, aber sie bekommen dazu wenig oder gar kein Feedback.

Ein Interviewpartner hingegen erzählt, dass auf seiner Station eine Verbesserung bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden zu erkennen ist.

„... ich habe jetzt in letzter Zeit auch schon bemerkt, dass sich der eine oder andere auch schon ein bisschen geöffnet hat ... Also, es ist so ein kleine Wandel in Sicht ... ich habe schon das Gefühl, dass ich auch gesehen werde, wenn ich was sage ... also wirklich – ich finde schon, dass es [Kommunikation/Kooperation] besser ist - also für mich ... Und von daher lässt das schon hoffen, dass es vielleicht die anderen Kollegen auch mutiger macht, da mal mit zu reden oder so.“ (Interview 08, S. 2,3, Zeile 61-63, 64, 69-70, 70-71, 72-74)

8.3.2 Zweite Kategorie: Unterstützungsangebote

Die zweite Kategorie beschäftigt sich mit den Unterstützungsangeboten im Diakonie-Klinikum Elim. Die Mitarbeiter wurden gefragt, ob es unterstützende Angebote gebe, die für sie in Situationen, in denen Menschen sterben, hilfreich sein könnten. Daraus ergaben sich folgende Unterkategorien:

- *Vorhandene Unterstützungsangebote*
- *Gewünschte Unterstützungsangebote*

Vorhandene Unterstützungsangebote

In dieser Kategorie werden Unterstützungsangebote, die es bereits im DKH in Bezug auf sterbende Patienten gibt, von den Mitarbeitern benannt und bewertet.

Drei Interviewteilnehmer sind der Meinung, dass das Krankenhaus keine Unterstützungsangebote anbietet, obwohl sie im Verlauf der Interviews einige benennen, diese aber scheinbar nicht bewusst als unterstützend ansehen. Ein Interviewpartner antwortet auf die Frage nach Unterstützungsangeboten:

„Also, ich glaube nicht. ... Ist mir eigentlich jetzt nichts bekannt.“ (Interview 04, S. 5, Zeile 145, 151)

Als häufigstes unterstützendes Angebot wird die Seelsorge genannt. Einige Interviewpartner empfinden dieses Angebot als hilfreich und entlastend, sowohl für den Patienten, seine Angehörigen als auch für die Mitarbeiter selbst.

„... die kommt eigentlich auch regelmäßig auf Station und das finde ich eigentlich auch schon ziemlich hilfreich, wenn man den Leuten anbieten kann. Ich habe zwar keine Zeit, aber ich kann anbieten, Mensch, wenn sie wollen, sie können hier mit der Seelsorgerin sprechen. Das ist dann schon entlastend und ganz gut im Hintergrund zu wissen, Mensch, da gibt es ja jemanden, den man dann vielleicht dort hinschicken könnte. Das finde ich schon sehr hilfreich!“ (Interview 09, S. 6, Zeile 169-175)

Zwei Interviewteilnehmer haben die Seelsorge ebenfalls als Unterstützungsangebot für Patienten und Angehörige erwähnt, schließen das

Angebot für sich selbst jedoch aus. Ein Interviewteilnehmer begründet dies wie folgt:

„... ich bin da ganz ehrlich, ich würde es glaube ich nicht nutzen, weil ich ja in dem Sinne keinen christlichen Glauben habe - auch anderweitig keine kirchliche Angehörigkeit habe und ich es sicher nicht in Anspruch nehmen würde, weil es mir doch sehr zu kirchenlastig ist und ich es mir nicht vorstellen kann, dass es jetzt für mich eine große Hilfe ist.“ (Interview 01, S.4, Zeile 26-30)

Dieser und andere Interviewteilnehmer erzählen, dass sie sich alternativ zur Seelsorge lieber mit Kollegen, Freunden oder der Familie über den Tod und das Sterben austauschen. Diese Gespräche empfinden sie für sich selbst als hilfreicher. Ein anderer Interviewpartner berichtet, dass er sich neben dem Christentum auch mit anderen Religionen beschäftigt. Das Lesen von Büchern und Versen in seiner Freizeit hilft ihm seine Erfahrungen mit dem Sterben im Krankenhaus zu verarbeiten.

Ein Interviewpartner erzählt aus Sicht der Seelsorge, dass die Mitarbeiter das seelsorgerische Angebot nur selten wahrnehmen. Dafür liefert er verschiedene Erklärungsmöglichkeiten. Zum einen glaubt er, dass es in den vergangenen zwei Jahren für die Mitarbeiter des Elim Krankenhauses schwierig war, weil sie keine eigene Seelsorge mehr hatten. Sie mussten sich im Rahmen der Fusion die Seelsorger aus dem Bethanien- und dem Alten Eichen Krankenhaus teilen. Der Interviewpartner ist der Meinung, dass das Elim Krankenhaus durch den Verkauf einen Identitätsverlust erlitten hat, und die Mitarbeiter sich schwer tun, sich mit dem Neuen zu identifizieren, wozu eben auch die Seelsorger aus den beiden anderen Krankenhäuser gehören. Dass die Seelsorger gerade in Bezug auf die Mitarbeiterseelsorge so wenig angefordert werden, wird zum anderen aber auch auf die nicht alltägliche Präsenz der Seelsorger zurückgeführt.

„Vieles, was Ärzte und Pflegepersonal anbetrifft, da werden wir nicht gerufen, sondern das passiert durch das Schnacken auf der Station ... Und davon lebt die Krankenhauseelsorge und darunter haben wir hier in dieser Zeit, wo wir zwei aus Alten Eichen und Bethanien Vertretung gemacht haben, gelitten, wir waren ja einfach zu wenig präsent. Krankenhauseelsorge lebt davon, dass man mit den

Menschen lebt, dass wir mit den Mitarbeitern zusammen leben. Und was dann wichtig ist, das kommt von alleine.“ (Interview 07, S. 6, Zeile 184-186, 188-192)

Aus den Interviews geht ebenfalls hervor, dass eine weitere mögliche Ursache für die geringe Anforderung der Seelsorge, die Art des Anforderungsweges sein kann. Bislang war es so geregelt, dass die Mitarbeiter sich in dringenden Angelegenheiten am Empfang des Krankenhauses melden mussten, und dieser dann versucht hat, die Seelsorger telefonisch zu benachrichtigen. Ansonsten bestand die Möglichkeit, der Seelsorge eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen. Dieser war jedoch seit einiger Zeit kaputt und ist nicht repariert worden, so dass die Seelsorge außer in akuten Fällen nicht zu erreichen war und die Mitarbeiter warten mussten bis die Seelsorge auf die Station gekommen ist. Positiv hingegen wird in den Interviews erwähnt, dass das Elim Krankenhaus seit kurzem wieder über eine eigene Seelsorgestelle verfügt. Als weitere Unterstützungsangebote werden in zwei Interviews die ‚Grünen Damen‘ benannt, die als hilfreich und entlastend wahrgenommen werden.

„... die Grünen Damen und Herren, also die können ja auch sehr viel auffangen, ne?! Also das ist ganz toll, was die da leisten, ne?! Das hebe ich auch immer wieder hervor. Die sind uns mitunter eine große Hilfe.“ (Interview 05, S. 2, Zeile 37-40)

In mehreren Interviews wird die innerbetriebliche Fortbildung zum Thema Sterben und Tod als Angebot genannt. Ein Interviewpartner berichtet, dass die letzte Fortbildung zu dem Thema, mangels Teilnehmern abgesagt wurde, was er persönlich sehr bedauert hat.

Das Ethik-Komitee als unterstützendes Angebot fand in einem Interview Erwähnung. Die bislang geringe Anfrage des Ethik-Komitees, erklärt sich ein Interviewteilnehmer, der Mitglied dieses Komitees ist, dadurch, dass es dieses Angebot erst seit einem Jahr gibt und es noch nicht so bekannt bei den Mitarbeitern ist. Jedoch ist schon jetzt ein Bedarf erkennbar und er rechnet auch in Zukunft mit weiteren Anfragen. Weiterhin erklärt er, dass erste Hemmschwellen bei den Mitarbeitern überwunden werden müssen, um das Ethik-Komitee einzuberufen. Diese Hemmungen der Mitarbeiter erklärt er sich wie folgt:

„... damit wird ja auch deutlich gemacht, es gibt einen Konflikt im Team. Ja, und hinter jeder ethischen Fragestellung, die ins Ethik-Komitee kommt, steht ein Konflikt. Und damit gibt man zu, wir haben einen Konflikt oder Pflege hat einen Konflikt mit den Ärzten. Das möchte man nicht so gerne, dann könnte man auch, ja, was soll ich sagen als Petze (lacht) verrufen sein, wenn man zu oft das Ethik-Komitee anruft. Also das muss erst noch mal eine Kultur werden, dass das ein Hilfsinstrument ist.“ (Interview 07, S. 15, Zeile 480-486)

In einigen Interviews wurde der Palliativkonsildienst sowie die Palliativstation als Hilfsangebot erwähnt. Ebenso ging hervor, dass sowohl die Inanspruchnahme des Konsildienstes als auch die Verlegung von Patienten auf die Palliativstation nur selten von den Mitarbeitern des Elim Krankenhauses wahrgenommen werden. Auf die Frage, warum diese Angebote selten oder gar nicht in Anspruch genommen werden, liefert ein Interviewpartner, der der Palliativeinheit und dem Konsildienst angehört, folgende Erklärungsmöglichkeiten:

„Das ist eine Sache, die wir schon die ganze Zeit versuchen, raus zu finden ... das ist das ganz große Fragezeichen. Zum einen ist es natürlich so, warum werden die Patienten, die dort [Elim Krankenhaus] schon immer behandelt werden, warum sollten sie es jetzt nicht mehr tun - also warum? Das ist eine Erklärungsmöglichkeit, die ich mir vorstellen kann. Dass es eben heißt, wir haben schon immer die Patienten betreut weiter. Dann ist ein Problem, wie gesagt bestimmt das Ding, dass die Betten bei uns sind im Alten Eichen, Standort Alten Eichen, sind, so dass die Übernahme schwierig ist. Also das ist ja auch mal so, dass, zum einen ist es so, entweder habe ich keine Betten, wir sind ja auch sehr beengt, oder es kann auch durchaus sein, dass wenn ich gerufen wurde zu den Patienten, dass ich dann sagen konnte, es ist, macht keinen Sinn mehr die Patienten jetzt noch zu verlegen. Sie hätten eindeutig auf unsere Station [Palliativstation] gehört, aber im Haus hätte man sie verlegen können, aber über so einen Weg, dass man sie noch mal wieder einpackt und so. Und natürlich auch die Schwierigkeit z.B. Patienten, die dort im Haus [Elim Krankenhaus] in der Gynäkologie, da durch häufige Aufenthalte die Schwestern schon kannten. Warum sollten die jetzt plötzlich auf eine andere Station gehen? Das ist auch z.B. so, dass einige das eben nicht wollten. Und dadurch ist es für die ärztlichen Kollegen eben

so, das muss halt für die auch so wirken, als würde ich die Übernahmen immer abblocken. Das glaube ich hat die Akzeptanz runter gefahren ... Ob das eine Persönlichkeitsfrage ist, weil ich immer auftauche? Muss man sich alles überlegen, ne?! Also, ob das an meiner Person hängt, ob es einfach, wie gesagt dadurch, dass es nicht jeden Tag präsent ist gar nicht im Alltäglichen haften bleibt – ich kann es Ihnen nicht sagen.“ (Interview 10, S. 2-3, Zeile 51-74)

Ein Interviewpartner aus dem Elim Krankenhaus unterstützt mit seinen Aussagen die zuvor erwähnten Erklärungsversuche für die seltene Inanspruchnahme.

„Es werden zwar manchmal Konsile ausgestellt für Dr. xy [Arzt des Palliativkonsildienstes], xy kommt dann und schlägt dann vor, was man medikamentös machen kann. Aber eine Verlegung [auf Palliativeinheit] an sich habe ich wirklich bislang erst einmal erlebt. Auch wenn wir [Pflegerkräfte] es anregen und da passiert also innerhalb des Hauses [Elim Krankenhaus] relativ wenig. Na, ich glaube eher die Ärzte sagen, ja, wenn sie schon mal hier ist und dann wollen wir sie auch hier behalten. Sie haben immer so die, die verlegen die Leute [sterbende Patienten] relativ ungern, habe ich das Gefühl. ... ich glaube die Ärzte haben einfach diesen Ehrgeiz das [Schmerzmitteleinstellung] alleine hin zu bekommen so. Das ist glaube ich so, dass jeder so ehrgeizig denkt, ach, das kann ich ja eigentlich auch, ein paar Schmerzmittel ansetzen. Ich denke, das ist vielleicht noch so was, was die Ärzte gerne für sich beanspruchen.“ (Interview 09, S.3, Zeile 70-81, S. 8, Zeile 238-242)

Ein Interviewpartner erzählt, dass Anforderungen an den Palliativkonsildienst und die Palliativstation über das interne Computersystem ORBIS gestellt werden können. Er ist der Meinung, dass die Anforderungen nur von einem Arzt gestellt werden dürfen und nicht von den Pflegekräften. Ein anderer Interviewpartner, welcher der Palliativeinheit angehört, erläutert hingegen, dass es so gedacht ist, dass der Palliativkonsildienst von allen Mitarbeitern angefordert werden kann.

Als unterstützend wird die Stelle einer Psychoonkologin, einer Breastnurse und einer angehenden Onkologischen Schwester gesehen, die speziell für die Begleitung onkologischer Patienten ausgebildet sind.

Gewünschte Unterstützungsangebote

In vielen Interviews wurde der Wunsch nach mehr Angeboten, die in Situationen, in denen Menschen sterben, hilfreich sein könnten, geäußert. Um welche Unterstützungswünsche es sich handelt, wird in dieser Kategorie erläutert.

Mehrere Interviewpartner äußerten den Wunsch nach psychologischer Unterstützung. Die Mitarbeiter würden es beruhigend finden, wenn sie wüssten, dass es einen Psychologen im Haus gibt, mit dem sie bei Bedarf sprechen könnten. Manche Interviewpartner würden auch regelmäßige, berufsgruppenübergreifende Gesprächsrunden in Form von Supervision begrüßen. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Mitarbeitern erwähnt, dass sie es wichtig finden, Unterstützungsangebote ohne kirchlichen Hintergrund anzubieten.

„... könnte ich mir schon gut vorstellen eigentlich so eine Gesprächsrunde mit jemandem von außerhalb, Psychologin oder Supervision oder was auch immer – also das könnte ich mir sehr gut vorstellen! Das würde ich mir im Prinzip auch wünschen. ... Ja, in regelmäßigen Abständen finde ich, grundsätzlich würde ich mir das wünschen und auch dann, wenn Bedarf da ist noch mal. Vielleicht in so einem konkreten Fall, notfallmäßig – klar, das wäre super!“ (Interview 06, S. 7, Zeile 223-226, S.8, Zeile 250-252)

Als weiteres hilfreiches Angebot werden Fortbildungen zum Thema Sterben gewünscht.

„Also, ich finde eine Fortbildung in dem Bereich, fänd ich schon ganz schön. Nicht nur eine Fortbildung sondern vielleicht auch mehrere, die sich auf unterschiedliche Themen beziehen. Also Pflege von Sterbenden, Umgang mit den Angehörigen oder auch wie man selber so was verarbeitet, damit man das nicht mit nach Hause nimmt und zu sehr an sich ranlässt, find ich, das kann man ja schon in verschiedene Fortbildungen splitten, denk ich. Und so was würde ich mir schon wünschen ne, dann einfach auch mit Kollegen zu sitzen, die das Thema auch interessiert, das man einfach merkt, o.k., man ist damit jetzt nicht alleine so, sondern es gibt noch andere Kollegen, die sicherlich auch darüber sich Gedanken machen und das gerne ein bisschen mehr zum Thema machen würden, das

*würde ich mir schon wünschen. Ja, das könnte ich mir schon vorstellen.“
(Interview 01, S. 5, Zeile 142-152)*

Weiterhin ist es diesem Interviewpartner wichtig, dass die genannten Angebote freiwillig und nicht verpflichtend für die Mitarbeiter sind.

„Also ich denke, es sollte nicht verpflichtend sein, das würde ich nicht gut finden. Einfach um die Leute nicht unter Druck zu setzen, sondern einfach denen selbständig das Gefühl zu geben, sie können entscheiden, wann sie es in Anspruch nehmen möchten oder nicht und daher, denke ich, fänd ich so freiwillige Angebote mit Fortbildung oder auch Psychologentermine, die man freiwillig machen kann, schon ganz gut. Aber zur Pflicht würde ich das nicht machen wollen.“ (Interview 01, S. 6, Zeile 170-176)

Ein Interviewteilnehmer würde für sich persönlich, die Einführung von Sitzwachen als hilfreich und entlastend empfinden. Durch Sitzwachen kann gewährleistet werden, dass sterbende Patienten ihre letzten Lebensstunden nicht alleine verbringen müssen.

8.3.3 Dritte Kategorie: Veränderungswünsche der Mitarbeiter

In dieser Kategorie geht es darum, dass die Mitarbeiter zum einen die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten im Elim Krankenhaus bewerten und zum anderen haben sie die Möglichkeit, Veränderungswünsche und -vorschläge mitzuteilen.

In allen zehn Interviews wird die Meinung vertreten, dass die derzeitige Situation und der Umgang mit Sterbenden im Krankenhaus Elim verbesserungswürdig sind. Es werden Vorschläge und Wünsche zur Verbesserung der Situation unterbreitet, die sich auf ähnliche Themenbereiche beziehen, die bereits in der Ist-Situation beschrieben wurden. Deshalb wurden zum Teil dieselben Unterkategorien gewählt, wie zuvor in der ersten Kategorie.

- *Rahmenbedingungen*
- *Sterbende und ihre Angehörigen*
- *Interdisziplinäre Zusammenarbeit*

Rahmenbedingungen

Viele Interviewteilnehmer haben den Wunsch nach mehr Einzelzimmern geäußert. Dadurch soll dem Sterbenden und seinen Angehörigen eine Privatsphäre ermöglicht werden, in der sie in Ruhe voneinander Abschied nehmen können. Ebenso wichtig wird empfunden, dass Angehörige die Möglichkeit haben sollten, bei ihrem sterbenden Angehörigen zu übernachten. Diese Abschiedszimmer sollten wohnlicher als ein Krankenzimmer gestaltet sein. Es wurde der Vorschlag gemacht die Abschiedszimmer in die Stationen zu integrieren und nicht, wie es jetzt der Fall ist, am Ende eines Flures anzusiedeln.

„Das Zimmer [Abschiedszimmer] ist abgeschottet, irgendwo am Ende des Flures, wo sich kein normaler Mensch mehr bewegt und da hat man dann auch keinen Blick mehr drauf. Und auch als Pflegekraft gibt es einem ein ungutes Gefühl, dann auch nicht da zu sein, wenn man plötzlich gebraucht wird. Und das wäre sicherlich auch eine Möglichkeit, einen Abschiedsraum, ein Sterbezimmer in eine Station zu integrieren. Ja, weil es einfach dazu gehört. Weil man, ich glaube, man unterstützt damit das typische Denken oder dieses typische Klischee, ja, sterben, ist halt, ja, sterben - dann ist alles vorbei. Und das hat mit den anderen Patienten nichts mehr zu tun. Die wollen halt gesund werden, die werden therapiert, das muss man jetzt voneinander trennen. Das tut man automatisch schon, indem man diesen Raum einfach irgendwo ans andere Ende der Station verschafft. Ja, vielleicht fängt es damit eigentlich schon an, so, in den Köpfen der Leute.“ (Interview 01, S. 16, Zeile 522-533)

Ein anderer Interviewpartner äußert seinen Wunsch so:

„Also, was ich mir wünsche ist, dass Sterben zu etwas Normalem wird. Dass es nicht ausgegrenzt ist, was sich dann auch darin zeigt, dass es auch räumliche Orte bekommt. Also, dass es möglichst auf den einzelnen Stationen Zimmer geben wird, die nicht ganz dafür frei gehalten werden, aber die dafür prädestiniert sind, dass Sterbende und Angehörige [unverständlich] haben.“ (Interview 07, S. 16, Zeile 525-530)

Ein Interviewteilnehmer wünscht sich, dass es in Zukunft auch mehr Räumlichkeiten für Gespräche mit Angehörigen gibt. Derzeit finden solche persönlichen Gespräche oft auf den Fluren oder in den Patientenzimmern statt.

Erwähnung hat in einigen Interviews auch die Umgestaltung der Leichenraum gefunden. Dieser Raum wird von den Mitarbeitern als würdelos und unzumutbar empfunden, sowohl für die Verstorbenen als auch für die Mitarbeiter selbst. Es wird der Wunsch geäußert, diesen Raum würdevoller zu gestalten, indem beispielsweise die Müllsäcke, die dort lagern, entsorgt werden und ein Kreuz aufgehängt wird.

Wie in der ersten Kategorie bereits erwähnt wurde, werden der Zeitdruck und die personelle Besetzung häufig als Beeinträchtigung bei der Begleitung Sterbender gesehen. In diesem Zusammenhang wird der Wunsch nach mehr Personal geäußert und ein anderer Interviewpartner schlägt Folgendes vor:

„Ich denke, dass es gut wäre, wenn man sterbende Patienten und das ist manchmal ja nicht nur einer, sondern auch mehrere gleichzeitig, einfach nicht in den normalen Frühdienst oder Spätdienst mit einplant, sondern dass die eine extra Pflegekraft bekommen oder auch zwei, die sich nur um diese sterbenden Patienten kümmern und nicht noch die zusätzliche Belastung von den anderen Patienten zu tragen hat, weil sich das einfach in der Pflege, auch von den Sterbenden einfach widerspiegelt. Einfach die Zeit nicht zu haben, die Intensität nicht zu haben, das fände ich sicher, wäre eine gute Möglichkeit...“ (Interview 01, S. 6,7, Zeile 199-207)

Ein Interviewteilnehmer spricht das Thema Ernährung an. Er wünscht sich für sterbende Patienten, die Wunschkost erhalten sollen, dass sie diese auch wirklich bekommen. Oft können spontan geäußerte Essenswünsche nicht erfüllt werden, da die Küche abends nur mit einer Küchenhilfe besetzt ist, die nicht die Möglichkeit hat, entsprechende Wünsche zuzubereiten. Wenn Wunschkost angeboten wird, sollte es auch gewährleistet sein, dass die Küche flexibel reagieren kann.

Sterbende und ihre Angehörigen

In mehreren Interviews wird der Wunsch geäußert, mehr Zeit mit sterbenden Patienten zu verbringen und auch die Angehörigen stärker mit einzubeziehen. Ein Interviewpartner schlägt vor, Angehörigen die Möglichkeit zu geben sich aktiv an der Pflege des Betroffenen zu beteiligen. Ein anderer wiederum würde es wichtig finden, mehr Informationen von den Angehörigen über den sterbenden Patienten zu bekommen, um dem Betroffenen eine individuelle Begleitung im Sterben zu ermöglichen.

„Ja, vielleicht weiß man ja so ein bisschen was, über Gespräche oder Verwandte. Ist jemand z.B. gerne in die Kirche gegangen oder ist er katholisch, dann könnte man z.B. da so ein Duft von Weihrauch aufstellen ... Also, wenn jemand z.B. oft in die Kirche gegangen ist und er kennt den Geruch von Weihrauch. ... Man riecht jetzt z.B. bestimmte Gerüche und erinnert sich an das Schöne, dann ist das auch einfacher zu sterben oder dass der Mensch dadurch, wenn es jetzt Weihrauch ist, auch dadurch Hoffnung vielleicht hat. ... Das wäre gut, das wäre z.B. sehr gut, wenn man über denjenigen, der vielleicht am sterben ist, etwas mehr wüsste von den Verwandten oder so.“ (Interview 02, S. 14, Zeile 446-448, 449-450, 453-455, 457-458)

Es wird der Wunsch nach mehr Spiritualität geäußert. Ein Interviewpartner wünscht sich häufiger Besuche von einem Geistlichen, der mit sterbenden Patienten betet, ihnen vielleicht die Beichte abnimmt und einen Segen ausspricht. Dem Interviewpartner fehlt es in der Begleitung Sterbender an christlichen Elementen. Auch Rituale und Symbole, wie beispielsweise Gerüche und Kerzen werden als wichtig und hilfreich in der Sterbebegleitung angesehen, und es wäre wünschenswert, wenn diese mehr angewendet werden würden.

Ein häufig geäußertes Anliegen ist die Optimierung der Schmerzmitteleinstellung bei sterbenden Patienten. Diese wird bislang von vielen Mitarbeitern noch als unzureichend angesehen.

*„Also mein Wunsch wie gesagt ist einfach nur, eine freiere Handhabung mit Morphium oder dass die Ärzte sich dem [Schmerzmittleinstellung] mehr öffnen.“
(Interview 09, S. 8, Zeile 250-252)*

In einem anderen Interview wird das Thema Nähe und Distanz zum Patienten angesprochen. Der Interviewpartner ist der Meinung, dass es in manchen Situationen wichtig wäre, mehr Nähe zu den sterbenden Patienten aufzubauen. Er hat beobachtet, dass einige Mitarbeiter einer Konfrontation mit sterbenden Patienten nach Möglichkeit aus dem Weg gehen. In anderen Situationen hält er es für wünschenswert, dass die Mitarbeiter des Krankenhauses es auch lernen, dem Patienten und seinen Angehörigen eine gewisse Privatsphäre einzuräumen, besonders in der letzten Phase ihres Lebens.

„Ein Punkt wäre sicher noch Nähe und Distanz, auch zum Patienten, sich darüber bewusst zu werden. Manchmal, das hatte ich vorhin schon mal so angedeutet, ist so, wenn da ein Patient so vom Gefühl her, man denkt, der nimmt nicht mehr viel auf, der liegt im Sterbeprozess ... Da können wir sicher lernen, mehr Nähe auch zu dem sterbenden Patienten zu haben und uns nicht davor zu drücken. Auf der anderen Seite müssen wir, glaube ich, auch lernen, würde ich mir wünschen, dem Patienten seine Privatsphäre zu lassen und in dem Sinne auch eine Distanz zu gewähren.“ (Interview 03, S. 11, Zeile 349-352, 354-357)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In fast allen Interviews wurde der Wunsch nach einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen der Pflege und der Ärzte geäußert. Die Kommunikation wird als unzureichend bezeichnet und zwei Interviewteilnehmer unterbreiten den Vorschlag, dass berufsgruppenübergreifende Teamsitzungen oder Supervisionen stattfinden sollten, um den Informationsfluss und den Informationsaustausch zu verbessern.

„... was man vielleicht auch verbessern könnte, wäre, wir machen ja eigentlich gar keine Teamsitzung zu Patienten. Wir machen wohl mal Pflege – Arzt – Runden oder so. Aber wir sprechen wenig darüber, wie ist dieser Fall, also, wie ist eigentlich der Verlauf gewesen. Wir machen wenig ... Supervision, ja oder

irgendwas in der Richtung. ... Aber wenn man natürlich in einem Prozess noch sich zusammensetzt und sagt, halt stopp, jetzt haben wir an drei Tagen dieses Problem gehabt und jetzt versuchen wir das mal anders anzugehen, würde man ja auch sehen, hat sich am 4. und 5. Tag vielleicht was verändert. Also auch da glaube ich, ist es manchmal einfach die Kommunikation, was uns hier ... nur bedingt gelingt in der Visite auch über so was zu sprechen. Dass wir nicht so nebeneinander stehen und die Pflege auf Anordnung wartet und wir uns auch wenig bemühen Dinge zu erklären oder so und wenn man da mehr aufeinander hört und sagt, wie kommt es an und habt ihr noch eine Idee, könnte man, ich glaube man könnte ganz viel verbessern. ... Man kann jeden mit dazu einbeziehen, aber ich finde am ehesten den Schwerpunkt jetzt auf Pflege und Ärzte ziehen.“ (Interview 03, S.8-9, Zeile 243-247, 258-267, 280-282)

Einige Interviewteilnehmer äußern, dass sie sich wünschten, dass die Ärzte sich ein bisschen mehr mit dem Thema Tod und Sterben auseinandersetzen würden. Sie haben das Gefühl, dass einige von ihnen Berührungängste im Umgang mit sterbenden Patienten haben.

„Vorschlag hätte ich. (lacht) Dass die Ärzte sich ein bisschen mehr mit dem Thema [Sterben] auseinandersetzen. So ein bisschen in ihr Schneckenhaus zurück. Das ist etwas, ich meine, es ist das Leben, sag ich, ne?! Ob man da eventuell mal guckt, ob man die nicht mal so ein bisschen wieder denen auch, ich weiß ja nicht, ob sie das in der Ausbildung jetzt lernen – ich glaube eher nicht. Diesen Umgang mit den Menschen, mit Sterbenden und so. Da ist diese Hemmschwelle bei denen [Ärzte] ungemein, ne?!“ (Interview 05, S. 14, Zeile 443-449)

Ein anderer Interviewteilnehmer beobachtet, dass es Ärzten oft schwer fällt, Patienten über ihre tödliche Diagnose aufzuklären. Mehrfach wird in den Interviews auch der Wunsch geäußert, dass von den Ärzten nicht Therapie um jeden Preis durchgeführt wird, sondern innerhalb des Behandlungsteams gemeinsam Handlungsalternativen zu lebensverlängernden Maßnahmen durchgesprochen werden.

„Da hätte ich nur einen Wunsch für die Ärzte, dass die auch mal lernen, Patienten gehen zu lassen und loszulassen. Also, da kämpfen die immer ganz schön drüber.“ (Interview 08, S. 6, Zeile 185-187)

In einem Interview besteht der Wunsch, einmal auf der Palliativstation zu hospitieren. Zum einen, um zu erleben, wie man sich in Ruhe und mit aller Intensität um sterbende Patienten kümmern kann, und zum anderen, um sich Anregungen für sich selbst und seine Arbeit zu holen.

Ein weiterer Wunsch bezieht sich darauf, dass Unterstützungsangebote, wie z.B. der Palliativkonsildienst in Zukunft häufiger und frühzeitiger angefordert werden, um die bestmögliche Betreuung und Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

9. Ergebnisse

Nachdem die umfangreiche Materialmenge der Experteninterviews mit Hilfe des Kategoriensystems auf ein überschaubares Maß reduziert wurde, folgt jetzt die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. Hierzu werden die individuellen Einzelfalldarstellungen der Interviewpartner fallübergreifend generalisiert und die Ergebnisse werden in Bezug auf die Fragestellungen dieser Arbeit interpretiert.⁷¹

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In allen zehn Interviews wird die Meinung vertreten, dass die derzeitige Situation und der Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim verbesserungswürdig sind. Dies wird auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt, die jetzt noch einmal zusammengefasst dargestellt werden sollen.

Die Mitarbeiter erleben es als belastend und nicht zufrieden stellend für alle Beteiligten, dass ihnen in ihrem Stationsalltag nur wenig Zeit für die Betreuung und Begleitung sterbender Patienten bleibt. Dies wird auf eine hohe Arbeitsdichte, zunehmende patientenferne Arbeiten, kurze Liegezeiten und zu wenig Personal zurückgeführt. Die Mitarbeiter wünschen sich mehr Zeit für die Begleitung Sterbender, da sie diese als wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit ansehen. Um eine intensive Betreuung und Begleitung zu ermöglichen, wird der Wunsch nach mehr Personal und nach einer speziellen Betreuungsform für sterbende Patienten

⁷¹ Vgl. S. Lamnek (2005), S. 528

geäußert. Ein Vorschlag von einem Interviewpartner in diesem Zusammenhang wäre, dass sterbende Patienten nicht in den normalen Stationsalltag mit eingeplant werden, sondern dass sie eine eigene Pflegekraft zugeteilt bekommen, die sich ausschließlich und individuell um sie kümmert. Ein weiterer Lösungsvorschlag bezieht sich auf die Einführung von Sitzwachen, durch die gewährleistet werden könnte, dass Sterbende ihre letzten Lebensstunden nicht alleine verbringen müssen. Dies würde auch die Mitarbeiter entlasten und ihnen ein beruhigendes Gefühl geben.

Bei der Begleitung Sterbender wird die Einbeziehung von Angehörigen als wichtig empfunden. Die Mitarbeiter wünschen sich Möglichkeiten für Angehörige, um auf Wunsch bei dem Sterbenden übernachten zu können. Um dieses Angebot zu realisieren, werden zusätzliche Einzelzimmer benötigt, die den Betroffenen ein Abschiednehmen in Ruhe ermöglichen. Außerdem sei es wünschenswert, Angehörige zukünftig mehr in die Pflege und die Betreuung des Sterbenden miteinzubeziehen. Die Mitarbeiter würden es als hilfreich ansehen, wenn sie durch Angehörige mehr Informationen über den Patienten bekommen würden, um diesem eine individuelle Begeleitung im Sterben zu ermöglichen.

Als problematisch wird empfunden, dass Angehörige häufig erst über den bevorstehenden Tod benachrichtigt werden, wenn der Patient bereits verstorben ist. Zukünftig sollten Angehörige so rechtzeitig benachrichtigt werden, dass sie die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, ob sie vorbeikommen möchten oder nicht.

Abschiednehmen und Abschiedsritualen wird eine wichtige Bedeutung in den Interviews eingeräumt, sowohl für Angehörige als auch für Mitarbeiter. Es sollte Angehörigen jederzeit die Möglichkeit gegeben werden, sich in Ruhe und nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu verabschieden. Ebenso sollte dies für die Mitarbeiter möglich sein. Einige Mitarbeiter schildern, dass es für sie hilfreich sei, wenn sie für einen Moment von einem verstorbenen Patienten Abschied nehmen könnten, es helfe ihnen, die Situation besser zu bewältigen und zu verarbeiten. In diesem Zusammenhang wird auch der Einsatz von Abschiedsritualen erwähnt. Einige Mitarbeiter setzen Rituale zum Abschied Verstorbener ein. Sie empfinden dies für sich persönlich als hilfreich und wünschen sich von anderen Kollegen, dass sie das Durchführen von Ritualen akzeptieren und respektieren, was nicht immer der Fall ist. Für das Abschiednehmen sollten so genannte

Abschiedszimmer zur Verfügung stehen, die einen wohnlichen Charakter haben und sich dadurch von einem Krankenzimmer deutlich unterscheiden. Ein Wunsch wäre, diese Zimmer auf die Stationen zu integrieren und nicht außerhalb einer Station anzusiedeln, wie es zurzeit der Fall ist.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Begleitung und Versorgung sterbender Patienten für die Mitarbeiter oft eine große emotionale Belastung darstellt. Sie würden sich in vielen Situationen mehr Unterstützung wünschen, um auch für sich selbst einen Weg zu finden, das Erlebte zu verarbeiten. Unterstützend würden sie Gespräche mit einem Psychologen, in Form von Einzelgesprächen oder Supervisionen, empfinden sowie Fortbildungen zu dem Thema Tod und Sterben. Wichtig wäre den Mitarbeitern, dass diese Angebote freiwillig und nicht verpflichtend angeboten werden würden.

Es werden in den Interviews aber auch Unterstützungsangebote benannt, die es bereits im Krankenhaus Elim gibt. Dazu gehören beispielsweise die Seelsorge, die ‚Grünen Damen‘, der Palliativkonsildienst, die Palliativstation sowie das Ethik-Komitee. In den Interviews wird deutlich, dass diese Angebote von einigen Mitarbeitern gar nicht als Unterstützung wahrgenommen werden, was sich auch in der geringen Inanspruchnahme einiger Angebote widerspiegelt. Einige Interviewpartner erklären sich diese Tatsache so, dass es sich bei Angeboten wie dem Palliativkonsildienst und dem Ethik-Komitee noch um relativ junge Angebote handelt, die bei den Mitarbeitern bislang erst wenig oder gar nicht bekannt sind. Hinzu kommt zum Teil die Unklarheit bei den Mitarbeitern, wie diese angefordert werden können und für wen diese Unterstützungsangebote gedacht sind.

Anders ist es hingegen mit dem Angebot der Seelsorge, diese ist den Mitarbeitern sehr wohl bekannt. Jedoch wird die Seelsorge in erster Linie als Unterstützung für die Patienten angesehen und nicht für die Mitarbeiter selbst. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass viele Mitarbeiter erwähnen, dass das Angebot ihnen zu christlich sei. Sie wünschen sich Unterstützung ohne religiösen Hintergrund. Hinzu kommt die zwei Jahre lange Vakanz der Stelle der Seelsorge im Elim. Zwar haben sich die Seelsorger aus den zwei anderen Krankenhäusern des Diakonieklinikums diese Aufgabe geteilt, waren aber aufgrund der Vertretungssituation nur zeitweise auf den Stationen präsent. Die telefonische Erreichbarkeit der Seelsorger war in der letzten Zeit ebenfalls erschwert, da der Anrufbeantworter, auf dem die Mitarbeiter ihre Nachrichten hinterlassen konnten, defekt war. Aus

den Interviews geht hervor, dass dies alles Gründe für eine geringe Inanspruchnahme der Seelsorge sein könnten. Positiv wird hingegen hervorgehoben, dass das Krankenhaus seit April dieses Jahres wieder über eine eigene Seelsorgerin verfügt, wovon sich die Mitarbeiter eine kontinuierliche Präsenz auf den Stationen versprechen.

Ein großes Problem stellt für viele Mitarbeiter die unzureichende Schmerzmittelversorgung von sterbenden Patienten dar. Die Mitarbeiter wünschen sich, dass sich die Ärzte der Schmerztherapie und ihren Möglichkeiten in Zukunft mehr öffnen und auch bereit sind, konsiliarische Unterstützung der Palliativeinheit des Krankenhauses Alten Eichen anzunehmen. Dieses Angebot wird laut einiger Interviewaussagen bislang nur selten oder gar nicht in Anspruch genommen. Mögliche Erklärungsansätze der Interviewpartner sind, dass es zum einen daran liegt, dass das Angebot des Palliativdienstes aus dem Alten Eichen Krankenhaus kommt. Zum anderen könnte es sein, dass die Ärzte aus dem Elim Krankenhaus Bedenken haben, dass mit einer Anfrage an den Palliativkonsildienst ihre ärztliche Kompetenz in Frage gestellt werden könnte.

In vielen Interviews wurde der Wunsch nach mehr Kommunikation und Kooperation geäußert, insbesondere ging es hierbei um die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Eine verbesserte Kommunikation wurde auch in Zusammenhang mit unterstützenden Entlastungsmöglichkeiten der Mitarbeiter genannt. Viele würden es als hilfreich empfinden, wenn schwierige Situationen, die eine psychische Belastung für die Mitarbeiter darstellen, auch innerhalb eines Behandlungsteams offen besprochen werden würden.

Trotz der nicht immer optimalen Bedingungen versuchen die Mitarbeiter ihr Bestmögliches, um den Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

9.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen lediglich einen Einblick in die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim geben. Aus diesem Grund und aufgrund der geringen Datenmenge sind die Ergebnisse weder repräsentativ noch haben sie den Anspruch allgemein gültig zu sein.

Die Interviewergebnisse zeigen, dass die vorhandenen Rahmenbedingungen im Krankenhaus Elim für die Mitarbeiter, in Bezug auf eine zufrieden stellende

Versorgung sterbender Patienten, nicht optimal sind. Bauliche Gegebenheiten, ein zu geringer Personalschlüssel, viele administrative Aufgaben sowie eine hohe Arbeitsdichte tragen dazu bei, dass für die Betreuung und Begleitung Sterbender nur wenig Zeit bleibt.

Der Vorschlag, den sterbenden Patienten eine eigene Pflegekraft zuzuteilen, um eine intensive Betreuung zu ermöglichen, ist meines Erachtens ein guter Ansatz. Jedoch glaube ich, dass dieser Vorschlag unter den personellen und finanziellen Gegebenheiten im Krankenhaus schwer zu realisieren sein wird. Ich denke, es sollte zukünftig viel mehr angestrebt werden, das vorhandene Angebot des Palliativkonsildienstes und der Palliativeinheit zu nutzen, da hier eine intensive Betreuung der Patienten gewährleistet werden kann. Auch wenn es auf der Palliativeinheit nur eine begrenzte Anzahl von Betten gibt, so ist eine Anfrage umso wichtiger, um mit Bedarfszahlen für eventuelle Aufstockungen der Palliativbetten argumentieren zu können.

Eine weitere Möglichkeit wäre, zukünftig intensiver mit Hospizen zu kooperieren, um eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu erreichen. Da es aber wesentlich weniger Hospizbetten gibt, als bislang benötigt werden, wird es auch hier problematisch werden. Nach den Berechnungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes kommen derzeit 17 Palliativ- und Hospizbetten auf 1 Millionen Einwohner. Der tatsächliche Bedarf im Stationären Bereich liegt aber bei 50 Betten pro 1 Millionen Einwohner. Dies zeigt, dass der Bedarf bei weitem nicht gedeckt ist.⁷²

Alternativ dazu gäbe es aber auch die Option ehrenamtliche Hospizhelfer oder Angehörige stärker in die Klinikversorgung sterbender Patienten mit einzubeziehen. Diese Möglichkeit hat beispielsweise auch das Städtische Krankenhaus Salzgitter – Lebenstedt für sich genutzt. Dort wird seit 1994 ein Konzept zur verbesserten Versorgung Schwerkranker und Sterbender umgesetzt, indem auf normalen Krankenhausstationen spezielle Hospizzimmer errichtet wurden. Diese Zimmer heben sich durch ihre Einrichtung von den anderen Krankenzimmern ab. Die umfassende Pflege sterbender Patienten gelingt bei gleichem Personalstand unter Einbezug der Angehörigen, entsprechend einem ‚Rooming - in‘, und eines Hospizdienstes. Voraussetzung ist eine Vorbereitung

⁷² Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
<http://www.hospiz.net/bag/hospizarbeit.html>, Zugriff am 22.07.2008

und eine supervisionsähnliche Begleitung der Pflegekräfte und der Ärzte sowie Kenntnisse im palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Bereich. Eine Evaluation des Konzeptes nach vier Jahren zeigte eine Ent- statt Belastung der Stationen durch die Unterstützung der Angehörigen. Weiterhin waren ein Anstieg der Arbeitszufriedenheit sowie eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften erkennbar. Zudem ließ sich ein geringer finanzieller Investitionsaufwand verzeichnen. Die Einführung dieses Konzeptes wurde von den Beteiligten als Bereicherung empfunden. Es bietet eine Möglichkeit, die Hospizidee und die palliative Versorgung im Krankenhaus zu integrieren.⁷³

Bezüglich der baulichen Veränderungsvorschläge ist der Umzug in einen Neubau als positiv zu bewerten. So können beispielsweise von vornherein wohnlich gestaltete Abschiedszimmer und Gesprächszimmer für Angehörige auf den Stationen errichtet werden und der Leichenraum sollte seinem Zweck angemessen gestaltet werden. Aber auch im jetzigen Gebäude halte ich die angesprochenen baulichen Veränderungswünsche ohne einen großen finanziellen Aufwand für umsetzbar.

Der zuvor angesprochene Zeitdruck führt bei den Mitarbeitern zu psychischen Belastungen, da sie den sterbenden Patienten nicht in der Art und Weise gerecht werden können, wie sie es gerne würden. Auf den Mitarbeitern lastet teilweise ein enormer Druck, da sie vielen Aufgaben und Situationen parallel gerecht werden müssen. Hier wäre zu überlegen, ob es Stationsabläufe gibt, die sich eventuell umstrukturieren lassen, um für die Begleitung Sterbender mehr Zeit zu haben.

Ebenfalls als starke emotionale Belastung werden problematische Sterbeverläufe empfunden, in denen die Mitarbeiter dem Betroffenen nicht oder nur in beschränkter Weise Linderung verschaffen können. Dies ruft oft ein Gefühl der Hilflosigkeit in den Mitarbeitern hervor und viele von ihnen fühlen sich damit allein gelassen. Die Mitarbeiter wünschen sich diesbezüglich mehr Unterstützung.

Die Einrichtung verfügt über umfangreiche Angebote, die sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Patienten in schwierigen Situationen eine Unterstützung anbieten. Mit diesen Angeboten ist eine gute Grundvoraussetzung geschaffen. Auffällig ist jedoch, dass viele Mitarbeiter die vorhandenen Angebote

⁷³ Vgl. Dr. med. R. Prönneke in: Deutsches Ärzteblatt (2000), S. A2156-A2157

nicht als hilfreich und unterstützend für sich wahrnehmen und sich dies auch in der geringen Frequentierung der Unterstützungsangebote widerspiegelt.

Es stellt sich die Frage, ob es sich bei den vorhandenen Unterstützungsangeboten um die richtigen Angebote für die Mitarbeiter handelt. Aus den Interviews geht hervor, dass sich die Mitarbeiter in erster Linie Unterstützung in Form von Gesprächen wünschen. Sie möchten über das Erlebte sprechen, sie möchten es sich von der Seele reden und sich mit Kollegen austauschen, die Ähnliches erlebt haben. Sie wollen über sich selbst und ihre Gefühle sprechen.

Die Unterstützungsangebote, die vom Haus angeboten werden, beschäftigen sich oft vordergründig mit dem betroffenen Patienten. Die Mitarbeiter und ihre persönlichen Empfindungen geraten dabei eher in den Hintergrund. Sicherlich wäre es für die Mitarbeiter hilfreich, wenn es Unterstützungsangebote gäbe, die sich an ihren speziellen Bedürfnissen orientieren. Vermutlich würden solche Angebote, die aus den Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter heraus entstehen, eine größere Akzeptanz erfahren als andere. Das soll die vorhandenen Angebote jedoch in keiner Weise in Frage stellen. Sie bieten wichtige Unterstützungen für die betroffenen Patienten, deren Angehörige und auch für die Mitarbeiter des Hauses an.

Mögliche Erklärungsversuche für die geringe Inanspruchnahme einiger Angebote könnten Informationsdefizite bezüglich der Angebotsinhalte, der Personengruppen, die diese Angebote in Anspruch nehmen können sowie der Unklarheiten über die Anforderungswege der Angebote sein. Es könnte aber auch sein, dass der Anforderungsweg einiger Unterstützungsangebote von den Mitarbeitern als zu umständlich, zu kompliziert oder zu zeitaufwändig empfunden wird, gerade in Bezug auf den Zeitdruck, unter dem viele Mitarbeiter des Krankenhauses stehen. Eine Möglichkeit in diesem Zusammenhang wäre, dass die vorhandenen Unterstützungsangebote in Zukunft niedrighwelliger angeboten werden, indem die Anbieter solcher Angebote beispielsweise zu den Mitarbeitern kommen und fragen, ob es einen Bedarf gibt. Das hätte den Vorteil, dass die Angebote regelmäßig bei den Mitarbeitern präsent sind.

In vielen Interviews wurden Kommunikations- und Kooperationsprobleme thematisiert. Der Hauptfokus der Kommunikationsprobleme liegt auf der Berufsgruppe der Pflegekräfte und der Ärzte. In diesem Zusammenhang wird ein mangelnder Informationsaustausch bezüglich Diagnosen und geplanter Therapien

bei Patienten genannt. Manchmal weiß der eine nicht, was der andere gerade gesagt oder getan hat. Dies kann zu unangenehmen Situationen gegenüber Patienten und Angehörigen führen, wenn beispielsweise unklar ist, ob ein Patient über seine tödliche verlaufende Erkrankung aufgeklärt wurde oder nicht. Jeder arbeitet für sich und es gibt wenige Absprachen im Team. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür wäre, dass es auf einigen Stationen um Hierarchie und Macht geht, was wiederum zu Belastungssituationen im Team führt. Einige Interviewteilnehmer schlagen diesbezüglich regelmäßige, berufsgruppenübergreifende Teamsitzungen vor, um eine verbesserte Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Es wird ebenfalls über Konflikte zwischen einzelnen Kollegen in Bezug auf die Akzeptanz für die Sterbebegleitung eines Patienten berichtet. Es wird erzählt, dass sich Mitarbeiter teilweise gegenüber Kollegen rechtfertigen müssen, wenn sie einen Patienten im Sterben begleiten. Dies signalisiert, dass das Thema Sterben für einige Mitarbeiter im Krankenhaus immer noch ein Tabuthema zu sein scheint.

Als unzureichend wird aber auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Palliativmedizin, angesehen. Eine mögliche Erklärung wäre, dass es hierbei um Fragen der Kompetenz gehen könnte. Diese Hürden gilt es in Zukunft zu überwinden, um eine bestmögliche, individuelle und zufrieden stellende Betreuung zum Wohle sterbender Patienten zu ermöglichen. Gelingen kann dies, indem die Berufsgruppen untereinander mehr miteinander kommunizieren, kooperieren und sich gegenseitig respektieren. Die vorhandenen Vernetzungen für eine zufrieden stellende Versorgung sterbender Patienten sollte mehr als bisher genutzt werden.

Die Ergebnisse zeigen derzeitige Probleme und Schwierigkeiten bei der Versorgung sterbender Patienten im Krankenhaus Elim auf. Die Mitarbeiter haben in den Interviews Vorschläge unterbreitet, die sich einerseits auf die Entlastung des Personals und andererseits auf eine verbesserte Versorgungssituation sterbender Patienten beziehen. Diese Vorschläge und meine eigenen Überlegungen fließen in die folgenden Handlungsempfehlungen mit ein.

10. Empfehlungen

Räumliche Veränderungen

Empfehlenswert ist, dass es auf jeder Station die Möglichkeit gibt, sterbende Patienten und ihre Angehörigen in Einzelzimmern unterzubringen. Diese Abschiedszimmer sollten nach Möglichkeit auf den einzelnen Stationen angesiedelt sein, damit sich die Mitarbeiter jederzeit um die Betroffenen kümmern können und das Sterben einen festen Platz auf den Stationen bekommt.

Es sollte darauf geachtet werden, dass sich die Abschiedszimmer deutlich von einem Krankenzimmer unterscheiden, indem sie freundlicher und wohnlicher gestaltet sind.

Ebenfalls erstrebenswert ist, dass es auf jeder Station ein Zimmer für Gespräche mit Angehörigen gibt, um auch hier eine ungestörte Atmosphäre zu gewährleisten. Ein weiteres Anliegen ist die Umgestaltung des Leichenraumes, um dem Verstorbenen und den Mitarbeitern Respekt und Würde entgegenzubringen.

Entlastungsangebote für Mitarbeiter

Um eine gute Betreuung und Begleitung sterbender Patienten zu gewährleisten, ist eine Entlastung der Mitarbeiter erforderlich. Hierfür müssen die personellen Ressourcen verbessert werden und es müssen Unterstützungsangebote, die den Bedürfnissen der Mitarbeiter entsprechen, angeboten werden. Dazu gehören Gespräche mit Psychologen in Form von Einzelgesprächen und Supervisionen, Teamsitzungen sowie Fort – und Weiterbildungen zu dem Thema. Diese Angebote sollten jedoch freiwillig und nicht verpflichtend für die Mitarbeiter sein.

Die bereits vorhandenen Unterstützungsangebote sind positiv hervorzuheben, jedoch sollten diese in Bezug auf Inhalt, Zielgruppe und die Kommunikationsform noch einmal überdacht werden, damit die Akzeptanz und die Annahme der Angebote in Zukunft steigt.

Weiterhin sollte darüber nachgedacht werden, ob durch strukturelle Veränderungen auf den Stationen mehr Kapazität für die Begleitung Sterbender frei gesetzt werden kann.

Darüber hinaus sollte ebenfalls über eine stärkere Einbindung Ehrenamtlicher und Angehöriger nachgedacht werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit ist wichtig, um die bestmögliche Betreuung für den sterbenden Patienten zu erreichen. In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen zum Wohle der Patienten und auch der Mitarbeiter in Zukunft mehr miteinander kooperieren und kommunizieren. Eine Möglichkeit wäre die Einführung von berufsgruppenübergreifenden Teamsitzungen. Die Förderung der Teamarbeit im Krankenhaus ist ein wichtiger Aspekt, da sie eine Möglichkeit bietet, die Belastung des Einzelnen zu reduzieren. Die vorhandenen Palliativangebote sollten stärker genutzt werden als bisher. Darüber hinaus sollte versucht werden, ein Netzwerk über das Krankenhaus hinaus im Palliativbereich aufzubauen, wozu der Grundstein bereits durch die Stelle des Koordinators für Palliativ Netzwerk gelegt wurde.

Sterbekultur

Es ist wichtig, dass das Krankenhaus eine eigene Kultur in Bezug auf das Sterben entwickelt. Sterbebegleitung muss auch in Zukunft im Krankenhaus Elim noch mehr Anerkennung und Respekt bekommen.

Es darf nicht zur Regel werden, dass sich Mitarbeiter gegenüber Kollegen rechtfertigen müssen, wenn sie sich intensiv um sterbende Patienten kümmern. Empfehlenswert ist, dem Sterben und der Trauer zukünftig mehr Raum zu geben, um die oft belastenden Alltagssituationen zu verarbeiten. Hierzu bieten sich Abschiedsrituale an, die eine Hilfe für Angehörige und Mitarbeiter darstellen. Ein bewusstes Abschiednehmen kann den Mitarbeitern dabei helfen, wieder frei für neue Aufgaben zu sein.

Entwicklung von Leitlinien und Konzepten

Um in Zukunft eine Verbesserung der Situation von sterbenden Patienten zu erreichen, schlage ich die Entwicklung von Leitlinien vor. Denkbar wäre, dass diese organisatorische Hilfen und Empfehlungen enthalten, was im Umgang mit Sterbenden zu beachten ist. Die Entwicklung von Leitlinien könnte im Rahmen einer Arbeitsgruppe entstehen.

Ebenso halte ich es für notwendig, neue Konzepte mit Handlungsalternativen für eine verbesserte Versorgung Sterbender zu entwickeln.

11. Gütekriterien qualitativer Forschung

Am Ende eines Untersuchungsprozesses ist es wichtig, die Ergebnisse anhand von Gütekriterien zu überprüfen. Die Gütekriterien müssen der Forschungsmethode angemessen sein und zum Vorgehen und Ziel der Analyse passen. Für die vorliegende Untersuchung wurden folgende Gütekriterien zur Überprüfung der Ergebnisse herangezogen:

Verfahrensdokumentation bedeutet, dass die Vorgehensweise der Untersuchung sehr detailliert dargestellt werden muss, damit der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar wird. Zu diesem Zweck wurde in dieser Arbeit ausführlich auf das Vorverständnis, die zugrunde liegende Forschungsmethode sowie auf die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung eingegangen.

Argumentative Interpretationsabsicherung ist ein wichtiges Kriterium bei qualitativ orientierten Ansätzen und beinhaltet, dass Interpretationen argumentativ begründet werden müssen. Dies wurde bei den Interpretationen der vorliegenden Arbeit berücksichtigt, indem sich die Interpretationen auf das Vorverständnis stützen und die Deutung somit sinnvoll theoriegeleitet und nachvollziehbar wird.

Regelgeleitetheit meint, dass sich auch die qualitative Forschung, trotz ihrer Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, an bestimmte Verfahrensregeln halten muss, um das Material systematisch bearbeiten zu können. Das Material der vorliegenden Untersuchung wurde anhand der qualitativen Inhaltsanalyse systematisch und regelgeleitet bearbeitet.

Die *Nähe zum Gegenstand* ist in der qualitativen Forschung von besonderer Bedeutung und wird dadurch erreicht, dass die Forschung möglichst nahe an die Alltagswelt der befragten Subjekte anknüpft. Hierzu geht der Forscher in die natürliche Lebenswelt der Befragten und versucht, eine Interessenübereinstimmung mit dem Befragten zu erreichen. Qualitative Forschung ist daran interessiert, an konkreten sozialen Problemen anzusetzen und Forschung für die Betroffenen zu betreiben.⁷⁴

In dieser Untersuchung wurden die Interviewteilnehmer in ihrer Arbeitswelt, also im Krankenhaus, aufgesucht und es wurden Probleme zu dem Thema Sterben im Krankenhaus erforscht, die auch für die Befragten von Interesse waren.

⁷⁴ Vgl. P. Mayring (2002), S. 140-146

12. Schlussbetrachtungen

Im abschließenden Kapitel dieser Arbeit wird die Vorgehensweise der Untersuchung beurteilt, und es erfolgt eine zusammenfassende Betrachtung der herausgearbeiteten Ergebnisse.

Diese Arbeit hat als übergeordnetes Ziel, die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim zukünftig zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden qualitative Interviews mit Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen des Krankenhauses durchgeführt. Die qualitative Forschungsmethode und der Einsatz von Experteninterviews erwiesen sich dem Untersuchungsvorhaben als angemessen. Durch die Interviews war die Möglichkeit gegeben, die gegenwärtige Situation sterbender Patienten im Krankenhaus Elim zu erfassen. In den Ergebnissen zeigte sich ein Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation Sterbender.

Die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich an den Interviews zu beteiligen, war, anders als von mir erwartet, sehr gut. Aus diesem Grund wurde ein Interview mehr als ursprünglich geplant durchgeführt. Diese positive Resonanz hat gezeigt, wie wichtig dieses Thema für die Mitarbeiter zu sein scheint.

Während der Interviews herrschten überwiegend eine gute Erzählbereitschaft und eine angenehme Gesprächsatmosphäre. Bei einigen Interviewteilnehmern merkte ich, dass sie die Gesprächssituation, insbesondere durch die Tonbandaufzeichnung, als befremdlich empfanden. Dies wirkte sich auf die Erzählbereitschaft aus, so dass ich häufiger als bei anderen Interviews nachfragen musste. Im Anschluss an die Interviews fanden häufig noch lange, sich auf das Thema beziehende Gespräche statt, was für eine angenehme Atmosphäre sorgte. Zum Ende der Interviews fragte ich die Teilnehmer nach ihren Motivationsgründen an diesem Interview teilzunehmen. In ihren Antworten wurde noch einmal die Relevanz des Themas deutlich und für viele Interviewteilnehmer war es von Bedeutung, sich einmal zu dem Thema äußern zu können. Den Mitarbeitern war es ein Anliegen, sich mitzuteilen und ihre bisherigen Erlebnisse, die sie im Umgang mit Sterbenden gemacht haben, zu erzählen. Es ist ihr Wunsch, dass diese Arbeit aufzeigt, wie die gegenwärtige Situation ist und sie hoffen, dass sich in Zukunft etwas verändern wird. Die Mitarbeiter machen in den Interviews deutlich, dass sie mit der jetzigen Situation nicht zufrieden sind und haben

diesbezüglich sehr konkrete Verbesserungsvorschläge, an deren Umsetzung sie sich gerne beteiligen wollen.

Es ist mir ein besonderes Anliegen, dass die Interviews der Mitarbeiter gelesen und ihre Bedürfnisse gehört werden, um die Situation für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, aber insbesondere für die sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim zukünftig besser zu gestalten.

Grundsätzlich finde ich, dass die Bemühungen und das persönliche Engagement der Mitarbeiter sowie zum Teil auch die Voraussetzungen im Krankenhaus Elim vorhanden sind, um ein menschliches Sterben zu ermöglichen. Um die Situation der Patienten, der Angehörigen aber auch der Mitarbeiter zu verbessern, sind bestimmte personelle, räumliche sowie organisatorische Voraussetzungen notwendig, die falls noch nicht vorhanden, auf jeden Fall zu realisieren sind.

Gerade unter dem Aspekt, dass ca. 50 Prozent der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland in einem Krankenhaus versterben (siehe dazu „Situation in Deutschland“), müssen die Krankenhäuser anfangen umzudenken und sich durch die Entwicklung von Konzepten zur Betreuung und Versorgung sterbender Patienten den Herausforderungen unserer Gesellschaft stellen.

Der Sterbeprozess jedes einzelnen Menschen kann nicht beeinflusst werden, aber die Rahmenbedingungen können so gestaltet werden, dass sie ein würdevolles Sterben im Krankenhaus ermöglichen.

Das Sterben muss als ein Teil des Lebens angesehen werden und die Begleitung und Betreuung Sterbender muss auch zukünftig in Institutionen wie dem Krankenhaus noch mehr an Beachtung und Wertschätzung erfahren.

13. Quellenverzeichnis

Bänsch, Axel: Wissenschaftliches Arbeiten Seminar- und Diplomarbeiten, 8. durchgesehene und erweiterte Auflage, München 2003

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Das Experteninterview Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden 2005

Der kleine Duden: Fremdwörterbuch, 2. Auflage, Mannheim, Wien, Zürich 1983

Flick, Uwe: Qualitative Sozialforschung Eine Einführung, Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, Reinbek bei Hamburg 2007

Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines: Qualitative Forschung Ein Handbuch, 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg 2005

Gläser, Jochen; Laudel, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden 2004

Gronemeyer, Reimer: Sterben in Deutschland Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt am Main 2007

Korff, Wilhelm (Hrsg.): Lexikon der Bioethik, Gütersloh 2000

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung Lehrbuch, 4. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel 2005

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken, 9. Auflage, Weinheim und Basel 2007

Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Weinheim, Basel 2002

Palliativärztin des DKH, Interviewgespräch am 05.05.2008

Prönneke, Rainer Dr. med.: Hospizidee im Krankenhaus Patienten bleiben beim Sterben nicht allein, in: Deutsches Ärzteblatt: Jg. 97, Heft 33, 18. August 2000

Seelsorger des DKH, Interviewgespräch am 21.04.2008

Sekretariat der Pflegedirektion des DKH, telefonische Auskunft am 26.05.2008

Student, Johann – Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care, München 2004

Wiesing, Urban Dr. med. Dr. phil.: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin, Deutsches Ärzteblatt: Jg. 103, Heft 24, 16. Juni 2006

Internetquellen

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt: Bevölkerung Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland, Wiesbaden 2008, Zugriff am 10.06.2008

http://www.bib-demographie.de/cln_050/nn_749852/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Broschueren/bev3_2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/bev3_2008.pdf

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Bevölkerung Fakten – Trends – Ursachen - Erwartungen Die wichtigsten Fragen, Sonderheft der Schriftenreihe des BIB, 2. überarbeitete Auflage, Wiesbaden 2004, Zugriff am 10.06.2008

http://www.bib-demographie.de/cln_051/nn_750448/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Broschueren/bev2_2004,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/bev2_2004.pdf

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Zugriff am 22.07.2008

<http://www.hospiz.net/bag/hospizarbeit.html>

Deutsche Hospizstiftung: Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen?, 2005, Zugriff am 22.07.2008

http://www.hospize.de/ftp/tns_studie_05.pdf

Diakonie-Klinikum Hamburg, Zugriff am 26.05.2008

www.d-k-h.de

Enquete – Kommission des Deutschen Bundestages: Schlussbericht der Enquete – Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14.05.2002, Zugriff am 20.07.2008

<http://dip.bundestag.de/btd/14/090/1409020.pdf>

Enquete – Kommission des Deutschen Bundestages: Schlussbericht der Enquete – Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ vom 28.03.2002, Zugriff am 21.07.2008

<http://dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf>

Nationaler Ethikrat: Stellungnahme zur „ Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ vom 13.07.2006, Zugriff am 26.07.2008

http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_a_m_Lebensende.pdf

Socialnet Rezensionen: Hans Goldbrunner: Rezension vom 11.01.2007 zu: Jens Kaluza, Gabriele Töpferwein: Sterben begleiten, Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende, Berlin 2006, Zugriff am 19.06.2008

<http://www.socialnet.de/rezensionen/4248.php>

Statistisches Bundesamt Deutschland: Sterbefälle, Wiesbaden 2007, Zugriff am 04.06.2008

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psm1>

14. Anhang

A.1 Informierte Einwilligung.....	78
A.2 Mitarbeiteranschreiben.....	79
A.3 Interviewleitfaden.....	80

A.1 Informierte Einwilligung

Lieber Interviewpartner,

vielen Dank für Deine Bereitschaft, an diesem Interview teilzunehmen.

Das Ziel dieser Untersuchung soll sein, die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim zu verbessern.

Um dieses Ziel zu erreichen, benötige ich Deine Erfahrungen, Anregungen und Dein Wissen als Pflegekraft, welche ich mit diesem Interview ermitteln möchte.

In dem Interview bist Du der Experte und teilst mir Dein besonderes Wissen über die Situation und den Umgang mit sterbenden Patienten in diesem Krankenhaus mit.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig und wenn Dir eine Frage unangenehm sein sollte, brauchst Du diese nicht zu beantworten. Die gewonnenen Informationen werden anonym und vertraulich behandelt und fließen anschließend in anonymisierter Form in meine Diplomarbeit ein. Damit keine Informationen aus dem Gespräch verloren gehen und eine präzise Auswertung möglich ist, wird das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet.

Ich bin über die Untersuchung informiert und erkläre mich mit der Teilnahme einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift des Interviewpartners

Ort, Datum, Unterschrift des Interviewers

A.2 Mitarbeiteranschreiben

Diplomarbeit zum Thema Sterbende Patienten im Krankenhaus Elim

Liebe Pflegekräfte der Station ...,

mit diesem Schreiben möchte ich Sie über das von mir geplante Projekt informieren und um Ihre Mithilfe bitten.

Mein Name ist Meike Lütjens und ich bin Studentin des Studiengangs Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg im 9. Semester. Neben meinem Studium arbeite ich als Krankenschwester in Teilzeit auf der ITÜ des Krankenhauses Elim.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich eine Untersuchung über die Situation von sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim durchführen. Ziel der Untersuchung soll sein, mit den Erfahrungen der Pflegekräfte herauszufinden, was zur Verbesserung der Situation noch getan werden kann.

Um an diese gewünschten Informationen zu gelangen möchte ich mit je 2 Pflegekräften der Station Interviews durchführen. Die Pflegekräfte sollten seit mindestens 6 Monaten auf der Station tätig sein und Erfahrungen im Umgang mit sterbenden Patienten gemacht haben.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig und die Informationen werden anonym und vertraulich behandelt. Die Daten fließen in anonymisierter Form in die Diplomarbeit ein.

Die Interviews werden voraussichtlich 1-1,5 Stunden dauern und sollten nach Möglichkeit während der Arbeitszeit durchgeführt werden. Geplant ist, ab April mit den Interviews zu beginnen. Da es schwierig ist, sich alles zu merken, was in diesen Gesprächen gesagt wird, werden die Interviews auf Tonband aufgenommen und anschließend abgeschrieben und analysiert.

Begleitet wird das Projekt wissenschaftlich durch meine Professorin Frau Weber von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Die Pflegedirektorin Frau Kallenbach, der Geschäftsführer Herr Wessel und die MAV des Krankenhauses Elim haben bereits ihre Einwilligung zu diesem Projekt gegeben.

Interessierte Pflegekräfte möchte ich bitten, sich auf der beigefügten Liste bis zum 07.03.08 einzutragen. Bezüglich einer genauen Terminabsprache werde ich mich anschließend mit den Teilnehmern persönlich in Verbindung setzen.

Für Rückfragen stehe ich gerne unter folgender Email-Adresse zur Verfügung: meikelue@web.de

Für Ihr Entgegenkommen möchte ich mich im Voraus herzlich bedanken!

Mit freundlichen Grüßen

A.3 Interviewleitfaden

1. Persönliche Daten

Zunächst einmal möchte ich Dich bitten, Dich kurz vorzustellen.

- Name, Alter?
- Ausgeübter Beruf?
- Wie lange schon im Elim-KH tätig und in welchem Bereich?

2. Ist-Situation

Gut, als nächstes möchte ich gerne erfahren, wie Du die Situation bzw. den Umgang mit sterbenden Patienten auf Deiner Station erlebst?

- Kannst Du mir eine Situation schildern, welche Dir z.B. aufgrund ihrer Besonderheit im Gedächtnis geblieben ist?
- Was waren die positiven und was waren die negativen Erfahrungen an dieser Situation?

3. Unterstützungsangebote

Mich würde interessieren, ob es Unterstützungsangebote vom Krankenhausträger gibt, die in Situationen, in denen Menschen sterben für Dich als Pflegekraft hilfreich sein könnten?

- Wenn ja, welche?
- Hast Du schon einmal so eine Unterstützung angefordert und wenn ja, wie sah das genau aus, wie lief das ab? Beschreibe den Vorgang!
- Wie hast Du die Unterstützung empfunden?

- Wenn nein, wie könnten mögliche Unterstützungsangebote aussehen?

4. Verbesserung der Situation von sterbenden Patienten

Mit der nächsten Frage möchte ich von Dir erfahren, ob Du die Situation bzw. den Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim für verbesserungswürdig hältst?

- Wenn ja, würde ich gerne wissen, was verändert werden kann/muss und wie diese Verbesserung aussehen könnte?
- Wenn nein, dann würde ich gerne erfahren, warum und was genau Du an der Situation für zufrieden stellend hältst?

5. Schlussfragen

Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch etwas, was Du aus Deiner Sicht zu dem Thema hinzufügen möchtest?

Abschließend würde mich noch interessieren, was Dich dazu bewegt hat, an diesem Interview zu dem Thema Sterben im Krankenhaus teilzunehmen?

Vielen Dank für das Gespräch und Deine Offenheit!

15. 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.

Datum

Unterschrift