

Aus der Medizinischen Universitätsklinik, Abteilung Innere Medizin II
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

Wenn Patienten sterben – Umgang mit Tod und Trauer bei Krankenpflegekräften

**Eine qualitative Studie durchgeführt am Universitätsklinikum
Freiburg i. Br.**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg i.Br.

Vorgelegt 2009
von Nicole Halfpap
geboren in Frankfurt a.M.

Dekan : Prof. Dr. med. Christoph Peters

1. Gutachter : PD Dr. med. Dipl.-Theol. Dipl.-Caritaswiss. Gerhild Becker,
Master of Palliative Care (King's College/University of London)

2. Gutachter : Prof. Dr. med. Felix Momm

Jahr der Promotion : 2009

*Gewidmet dem Andenken an meine Großeltern,
Lieselotte Klebe und Dr. med. Dieter Klebe*

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Probanden und Methoden	6
2.1	Probanden	6
2.2	Rahmenbedingungen	8
2.3	Methoden	9
2.3.1	Datenerhebung	9
2.3.2	Transkription	11
2.3.3	Auswertung	11
3	Ergebnisse	14
3.1	Die Verarbeitung erschwerende Faktoren	14
3.1.1	Tod junger Patienten	14
3.1.2	Beziehung zum sterbenden Patienten	15
3.1.3	Plötzlicher und unerwarteter Tod eines Patienten	15
3.1.4	Besonders qualvoller Tod eines Patienten	16
3.1.5	Langer Leidensweg eines Patienten	16
3.1.6	Private Probleme der betreuenden Pflegekraft	17
3.2	Bei der Verarbeitung potentiell auftretende Probleme	17
3.2.1	Mitnahme ins Privatleben	17
3.2.2	Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit	18
3.2.3	Einfluss eigener Trauererfahrungen	20
3.2.4	Besondere Schwierigkeiten unerfahrener Pflegekräfte	21
3.2.5	Verbesserungswünsche: psychologische Unterstützung für Pflegekräfte	22
3.3	Bewältigungsstrategien	22
3.3.1	Reden	22
3.3.1.1	<i>Gesprächspartner</i>	23
3.3.1.2	<i>Gespräche mit Kollegen</i>	23
3.3.2	Den Tod als Erlösung betrachten	24
3.3.3	Abstand und Routine	25
3.3.4	Rituale	26
3.3.4.1	<i>Sich verabschieden</i>	26
3.3.4.2	<i>Den Verstorbenen und das Zimmer herrichten</i>	27
3.3.4.3	<i>Das Fenster öffnen</i>	27
3.3.4.4	<i>Andere</i>	28
3.3.5	Ausgleich finden und zur Ruhe kommen	28
3.3.5.1	<i>Sport, Hobbys</i>	28
3.3.5.2	<i>Stabiles soziales Umfeld</i>	29
3.3.5.3	<i>Abschalten auf dem Heimweg</i>	29
3.3.5.4	<i>Sich zurückziehen</i>	29
3.3.6	Den Tod akzeptieren	29
3.3.7	Gute Begleitung des Patienten in der Sterbephase	30
3.3.8	Religion	30
3.3.9	Emotionen zulassen	31
3.4	Ausbildung und Fortbildung zum Thema „Tod und Sterben“	31
3.4.1	Ausbildung zum Thema „Tod und Sterben“	31
3.4.1.1	<i>Vorhandensein, Gestaltung und Inhalte</i>	31
3.4.1.2	<i>Anwendung des Gelernten in der Praxis</i>	32
3.4.1.3	<i>Ausbildung durch erfahrene Kollegen</i>	33
3.4.1.4	<i>Verbesserungswünsche zur Ausbildung</i>	34
3.4.2	Fortbildung	35
3.4.2.1	<i>Wahrgenommene Fortbildungsangebote</i>	35
3.4.2.2	<i>Verbesserungswünsche zur Fortbildung</i>	35
3.5	Umgang mit anderen am Sterbeprozess Beteiligten	36

3.5.1	Angehörige	36
3.5.1.1	Umgang mit Angehörigen	36
3.5.1.2	Verbesserungswünsche zur Ausbildung im Umgang mit Angehörigen	38
3.5.1.3	Verbesserungswünsche für Angehörige	38
3.5.2	Ärztliche Kollegen	39
3.5.2.1	Kommunikation und Zusammenarbeit in Bezug auf sterbende Patienten	39
3.5.2.2	Uneinigkeit über die Einstellung der kurativen Therapie eines schwerkranken Patienten	41
3.5.2.3	Besondere Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit jungen Ärzten	43
3.5.2.4	Angehörigen-Kontakt der Ärzte	43
3.5.2.5	Umgang der Ärzte mit dem sterbenden Patienten	44
3.5.2.6	Verbesserungswünsche für ärztliche Kollegen	45
3.6	Potentiell problematische äußere Aspekte im Umgang mit Tod und Sterben	45
3.6.1	Ablauf der Sterbephase	45
3.6.2	Räumliche Situation	46
3.6.2.1	Räume zur Sterbebegleitung	47
3.6.2.2	Abschiedsräume	47
3.6.2.3	Leichenkammern	48
3.6.3	Religion des Patienten	49
3.6.4	Tabuthema Tod	50
4	Diskussion	51
4.1	Bewältigung der Erlebnisse bei der Betreuung Sterbender	52
4.2	Ausbildung, Fortbildung und psychologische Unterstützung	63
4.3	Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen in Bezug auf sterbende Patienten	67
4.4	Ausblick	69
4.5	Diskussion der Methode	70
5	Zusammenfassung	73
6	Literaturverzeichnis	74
7	Danksagung	83
8	Lebenslauf	84
9	Anhang	85
9.1	Anhang A: Fragebogen „Soziodemographische Daten“	85
9.2	Anhang B: Einladung zum Interview	86
9.3	Anhang C: Interviewleitfaden	87

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Probanden	6
--	---

Abbildungen

Abbildung 1: Datenanalyse mit MAXQDA	13
--	----

1 Einleitung

Jedes Jahr versterben in Deutschland knapp 400.000 Menschen (*Statistisches Bundesamt 2008a*). Fast die Hälfte dieser Todesfälle ereignet sich im Krankenhaus, welches somit heutzutage den häufigsten Sterbeort darstellt (*Statistisches Bundesamt 2008b*). Folglich spielt das Pflegepersonal der Krankenhäuser eine zentrale Rolle, wenn es um die Betreuung Sterbender geht. Umso mehr verwundert es, dass hierzulande bislang nur wenige Erkenntnisse darüber gewonnen wurden, wie die betroffenen Krankenpflegekräfte mit der wiederholten Konfrontation mit Sterben und Tod umgehen.

Nach einer lange bekannten, heute noch uneingeschränkt gültigen Definition ist Trauer „regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion“ (*Freud 1967*). Wenn ein Mensch in einem Krankenhaus verstirbt, erleben jedoch nicht nur dessen Angehörige einen Verlust, sondern oft auch die betreuende Pflegekraft. Dementsprechend empfindet diese in einer solchen Situation ebenfalls eine Form von Trauer (*Kaplan 2000, Lerea und LiMauro 1982, Papadatou et al. 2001, Papadatou et al. 2002, Yam et al. 2001*). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn der Verstorbene über einen längeren Zeitraum begleitet wurde und zwischen Pflegekraft und Patient eine Beziehung entstanden ist (*Tan et al. 2006*).

Diese Beziehung ist allerdings nicht mit der eines nahestehenden Angehörigen zu einer „geliebten Person“ vergleichbar, denn sie ist meist temporär und weniger tiefgehend. Zudem gehören Ereignisse wie Schmerz, Leid und Tod zum professionellen Alltag einer Krankenpflegekraft und werden somit schon mit der Berufswahl antizipiert. Aus diesen Gründen unterscheidet sich auch die vom Pflegepersonal erlebte Trauerreaktion von der eines Hinterbliebenen. Sie ist nicht so stark, intensiv und überwältigend und zudem bedeutend kürzer (*Kaplan 2000, Papadatou 2000*). Wäre dies nicht der Fall, müssten Pflegende schon nach wenigen Sterbefällen ihren Beruf aufgeben, da eine Trauerarbeit solchen Ausmaßes nicht zu leisten wäre (*Müller 2006*).

Unzweifelhaft ist jedoch, dass Pflegekräfte Verlusterfahrungen machen und in vielen Fällen eine Form von Trauer empfinden, die in ihrer Symptomatik der Reaktion Angehöriger ähnelt. Sie äußert sich meist in psychischen Symptomen wie wiederholtem Reden bzw. Nachdenken über den Verstorbenen, Hilflosigkeit, Schock, Weinen oder Sich-Zurückziehen, aber auch in physischen Anzeichen wie Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit oder Appetitverlust. Diese

Symptomatik kann schon nach wenigen Stunden beendet sein, in vielen Fällen aber auch mehr als einen Monat andauern (*Lerea und LiMauro 1982*).

Der Verlust der Beziehung zum Verstorbenen ist jedoch nicht die einzige Verlusterfahrung, die Krankenpflegekräfte im Zusammenhang mit dem Tod von Patienten machen können (*Papadatou 2000*). Auch das professionelle Selbstbild als Helfer und Heiler kann Schaden nehmen. Die Unvermeidlichkeit des Todes und nur schwer zu beherrschende Schmerzen sind gleichbedeutend mit einem Macht- und Kontrollverlust. Denn oft wird der Erfolg in Gesundheitsberufen an einer Heilung oder zumindest einer Verbesserung des Gesundheitszustandes bemessen und bleibt infolgedessen in der Betreuung Sterbender aus. Darüber hinaus sind durch fehlende Mittel zur umfassenden Begleitung des Patienten in der letzten Lebensphase berufliche Erwartungen und Ziele zum Teil nicht realisierbar. Diese Faktoren können zu fehlender Anerkennung durch sich selbst und andere führen, sowie zu Gefühlen von Versagen und Frustration, aber auch Schuld und Wut.

Zudem wird das Krankenhauspersonal im alltäglichen Umgang mit Krankheit und Tod fortwährend mit der eigenen Mortalität und Morbidität konfrontiert. Ebenso wird durch die Identifikation mit dem Schmerz der Hinterbliebenen die Angst vor dem Verlust naher Angehöriger ausgelöst oder verstärkt (*McKay 1991*). Nicht verarbeitete eigene Trauererfahrungen, die bei Todesfällen im Familien- und Freundeskreis gemacht wurden, können durch die Arbeit mit Sterbenden wieder hervorgerufen werden und die Trauer verlängern oder komplizieren (*Irvin 2000*).

Trotz dieser wiederholten Verlusterfahrungen werden Pflegekräfte nur selten als Trauernde anerkannt, da der Tod zu ihrem beruflichen Alltag gehört und aufgrund dessen erwartet wird, dass sie professionell damit umzugehen wissen. Weder die Gesellschaft, noch die Vorgesetzten und Kollegen im Krankenhaus gestehen den Pflegenden das Recht zu, zu trauern (*Brosche 2003, Brosche 2007, Wakefield 2000*). Auch die betroffenen Pflegekräfte selbst denken meist ähnlich und versuchen deshalb ihre Emotionen zu unterdrücken oder nur im privaten Bereich zu zeigen. Doka beschreibt dieses Phänomen mit dem Begriff der „entrechteten Trauer“ (*eigene Übersetzung, Doka 1989*). Als Folge dieser fehlenden Akzeptanz haben die Pflegekräfte meist weder Raum noch Zeit, Emotionen zu zeigen und Trauer auszuleben. Es mangelt an Unterstützung und die von den Betroffenen entwickelten Bewältigungsstrategien sind oft unzureichend.

Trauer ist jedoch „die normale Reaktion, wenn wir einen Verlust erleben“ und „dient dem Schutz des Individuums, sie unterdrücken oder ‚unsichtbar‘ machen zu wollen, wäre eine Verhaltensweise, die unmöglich und unsinnig ist.“ (*Husebø 2006*). Aus diesem Grund ist es nicht

verwunderlich, dass die vollständige Verdrängung von Trauer und anderen Emotionen, die beim Tod eines Patienten auftreten, zu Stress, emotionaler Erschöpfung und Depression führen kann (*Brosche 2003*). Daraus kann letztendlich sogar ein Burnout-Syndrom oder eine sekundäre posttraumatische Belastungsstörung resultieren (*Papadatou 2001*). In einer Studie über Faktoren, die bei Onkologie-Pflegekräften Stress auslösten, stand der Tod eines Patienten an erster Stelle (*Rodrigues und Chaves 2008*). Eine weitere Untersuchung mit Pflegekräften der Kinderonkologie zeigte ebenfalls, dass die nach dem Tod eines Patienten empfundenen Emotionen, wie Verzweiflung, Wut, Kontrollverlust und Angst vor dem eigenen Tod, positiv mit dem wahrgenommenen Stress korreliert waren (*Hinds et al. 1994*). Insbesondere die Anhäufung von Verlusterlebnissen und das wiederholte Durchleben von Trauerprozessen, sowohl des eigenen als auch des Patienten und seiner Angehörigen, kann zu einer größeren Verletzlichkeit führen (*Newton und Waters 2001*).

Deshalb ist es von besonderer Bedeutung für die physische, psychische und spirituelle Gesundheit der Krankenpflegekräfte, die Tatsache anzuerkennen, dass diese beim Tod eines Patienten oft ebenfalls einen Trauerprozess durchleben (*Brunelli 2005*). Denn eine Beeinträchtigung der emotionalen Stabilität des Pflegenden führt zu einer Minderung seiner Arbeitskraft und damit letzten Endes zu einer schlechteren Patientenversorgung. Nur Pflegenden, „die selbst auch an der Erhaltung und Verbesserung der eigenen Lebensqualität arbeiten können und denen seitens der Institution dafür die entsprechende Möglichkeit geboten und die erforderliche Aufmerksamkeit geschenkt wird“ (*Schmandt 1997*), können eine hohe Qualität der Pflege gewährleisten.

Die gute Begleitung eines Sterbenden ist aber auch ohne eigene emotionale Probleme in Zeiten einer hohen Lebenserwartung, einer steigenden Anzahl an unheilbar kranken Patienten und einer schnell voranschreitenden Veränderung der Medizintechnik und Behandlungsmöglichkeiten keine leichte Aufgabe. Sterbende und ihre Familien haben oft besondere physische, psychosoziale, soziale und spirituelle Bedürfnisse, die spezielle Fähigkeiten im Bereich Sterbebegleitung erfordern (*Caton und Klemm 2006*). Dass die Ansprüche an das Krankenhauspersonal in diesem Bereich besonders hoch sind, zeigt auch eine Studie, in der fast die Hälfte der befragten Pflegekräfte und Ärzte angaben, dass sie es bevorzugen würden, nicht mit unheilbar kranken Patienten zu arbeiten (*Perez-Carceles et al. 1999*). Diese Situation wird in Deutschland noch durch den starken Personalmangel im Pflegebereich verschärft. Während die Zahl der Sterbefälle konstant blieb und die Zahl der Fälle insgesamt anstieg, wurden im Zeitraum von 1997-2007 13,2 Prozent der

Vollzeitäquivalente für Pflegepersonal in allgemeinen Krankenhäusern abgebaut (*Statistisches Bundesamt 2008c*).

Zudem belegen verschiedene ausländische Studien, dass Pflegekräfte in ihrer Ausbildung oft gar nicht oder nur unzureichend auf die Arbeit mit unheilbar kranken und sterbenden Patienten vorbereitet werden (*Araujo et al. 2004, Brisley und Wood 2004, Caton und Klemm 2006, Gardner 1999*). Insbesondere auf die Aneignung von Bewältigungsstrategien, die den Pflegenden bei der Verarbeitung von Erlebnissen mit Tod und Sterben helfen sollen, wird meist zu wenig Wert gelegt (*McCreight 2005*). Technische Gesichtspunkte stehen dagegen im Vordergrund.

In Deutschland wurde die „Pflege und Begleitung des sterbenden Menschen“ in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege von 1985 als Unterrichtsthema festgelegt (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 1985*). Auch in der Neuauflage dieser Verordnung von 2003 finden sich entsprechende Lerninhalte. Überdies wird dort gefordert, dass die Schüler lernen sollen, „berufliche Anforderungen zu bewältigen“ und „zur eigenen Gesundheitsvorsorge beizutragen“. Es wird ebenfalls betont, dass die praktische Ausbildung nicht nur in kurativen, sondern auch in palliativen und rehabilitativen Gebieten zu absolvieren ist (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003*). Es gibt jedoch keine Daten darüber, inwieweit diese geforderten Themen in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger auch umgesetzt werden und wo Verbesserungsbedarf besteht.

Trotz der immanenten Belastungen kann die Arbeit mit sterbenden Patienten aber auch zu Zufriedenheit, beruflichem Erfolg und persönlichem Wachstum führen (*Davies et al. 1996, Eakes 1990, Field 1984, Field 1989, Mok und Chiu 2004*).

Es ist daher unerlässlich, zu erkunden welche Faktoren zur Entstehung einer solchen Zufriedenheit beitragen und welche Aspekte dem beruflichen Erfolg entgegenstehen und zu einer verstärkten Belastung führen. Während in verschiedenen Ländern schon einige Studien zu dieser Thematik durchgeführt wurden, ist der Doktorandin keine entsprechende Untersuchung in Deutschland bekannt. Führend auf diesem Gebiet der Forschung sind die U.S.A., gefolgt von Großbritannien.

Das diese Thematik betreffende Forschungsdefizit in Deutschland könnte seinen Ursprung in der hieszulande verzögerten Entwicklung der Palliativmedizin und der Pflegeforschung haben. Während in den U.S.A. schon Anfang des 20. Jahrhunderts der erste Lehrstuhl und in Großbritannien 1956 der erste Studiengang für Krankenpflege eingerichtet wurde, gab es in Deutschland erst 1991 den ersten Diplomstudiengang für Pflegemanagement (*Mayer 2007, S.38-41*).

Auch die Palliativmedizin begann sich hierzulande erst gegen Ende der 1980er/ Beginn der 1990er Jahre mit den Anfängen der Hospizbewegung zu entwickeln (*Klaschik 2006*). Seitdem wurden in der Betreuung Sterbender zum Wohle des Patienten große Fortschritte erzielt. An die Pflegenden wurde dagegen in diesem Zusammenhang bislang nur wenig gedacht. Die Bedeutung des Themas und das gleichzeitige Wissensdefizit erfordern aber, dass es nun auch in Deutschland in den Blickpunkt der Forschung rückt.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist demzufolge, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Krankenpflegekräfte mit Erlebnissen umgehen, die sie bei der Betreuung unheilbar kranker und sterbender Patienten machen. Hierzu gehören Erfahrungen mit den Patienten selbst, aber auch mit Angehörigen, Kollegen, Ärzten und den institutionellen Gegebenheiten. Die Untersuchung soll über dabei auftretende Probleme und Belastungen Aufschluss geben, sowie über die von den Pflegenden entwickelten Bewältigungsstrategien. Ein weiterer Schwerpunkt soll die Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte zum Thema „Tod und Trauer“ sein.

Auf diese Weise soll dargestellt werden, welche Aspekte einer guten Bewältigung im Umgang mit sterbenden Patienten entgegenstehen und welche sie begünstigen. Nur so kann eine ausreichende Unterstützung der Pflegekräfte gewährleistet und ihre emotionale Stabilität und uneingeschränkte Arbeitskraft erhalten werden. Dies kommt letztendlich auch dem Wohl der Patienten zu Gute.

Da dieses Gebiet bislang nur wenig erforscht ist, wurde ein qualitativer Forschungsansatz in Form von problemzentrierten Leitfadeninterviews gewählt. Die hierbei generierten Kategorien sollen die Grundlage für die Erstellung eines Fragebogens bilden, mit dem in einem Folgeprojekt eine quantitative Befragung des gesamten Pflegepersonals des Universitätsklinikums Freiburg durchgeführt werden soll.

2 Probanden und Methoden

2.1 Probanden

An der Studie nahmen 28 Pflegekräfte des Universitätsklinikums Freiburg i. Br. teil, 17 davon weiblich und 11 davon männlich. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und die erhobenen Daten wurden anonymisiert ausgewertet. Zur epidemiologischen Charakterisierung der Gruppe und zur Erfassung möglicher Einflussfaktoren wurde jeder Proband mithilfe eines soziodemographischen Fragebogens (siehe Anhang A) zu Geschlecht, Alter, Familienstand, Kindern, Lebensumständen, Religionszugehörigkeit und Dauer der Berufstätigkeit als Pflegekraft nach Abschluss der Ausbildung sowie am Universitätsklinikum Freiburg befragt. Die dabei von den Teilnehmern gemachten Angaben sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Daraus geht hervor, dass der Hauptteil der Interview-Partner zwischen 20 und 40 Jahren alt und unverheiratet ist, einer christlichen Religion angehört und über mehr als fünf Jahre Berufserfahrung verfügt.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Probanden

Geschlecht		Alter (in Jahren)		Familienstand		Kinder		Lebensumstände		Religions- zugehörigkeit		Berufstätigkeit als Pflegekraft nach Abschluss der Ausbildung (in Jahren)		Berufstätigkeit am Universi- tätsklinikum (in Jahren)	
												<1	7%	<1	7%
weibl.	61%	<20	0%	ledig	50%	ja	46%	allein lebend	32%	röm.-kath.	39%	<1	7%	<1	7%
männl.	39%	20-30	39%	verheiratet	39%	nein	54%	mit Partner/in	25%	evang.	32%	1-2	7%	1-2	11%
		31-40	32%	Lebensgem.	7%			mit Familie	36%	islam.	0%	3-5	21%	3-5	32%
		41-50	18%	getrennt	4%			WG	7%	buddhist.	0%	6-10	14%	6-10	11%
		51-60	7%	geschieden	0%					jüd.	0%	10-15	14%	10-15	14%
		>60	4%	verwitwet	0%					keine	25%	>15	36%	>15	25%
										andere	4%				

Um einen großen Teil der medizinischen Fachgebiete abzudecken, sollten Pflegekräfte möglichst vieler verschiedener Abteilungen des Universitätsklinikums befragt werden. Der Schwerpunkt wurde jedoch auf Bereiche gelegt, die besonders häufig mit dem Tod von Patienten konfrontiert sind, wie Intensivstationen, onkologische Stationen und Wachstationen. Zunächst wurden die Pflegedienstleitungen der entsprechenden Abteilungen angesprochen und über die geplante Studie in Kenntnis gesetzt. Der größte Teil erklärte sich bereit, die Befragung zu unterstützen und stellte Mitarbeiterlisten der von Ihnen geleiteten Stationen zur Verfügung. Die Auswahl der Probanden aus diesen Listen erfolgte mittels Blockrandomisation. Einschlusskriterien waren eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegekraft und die Tätigkeit als solche am

Universitätsklinikum Freiburg i. Br. in Vollzeit. In der folgenden Auflistung sind alle teilnehmenden Stationen aufgeführt, sowie die Anzahl der jeweils befragten Pflegekräfte (in Klammern):

- **Medizinische Klinik:**
 - **Abteilung Innere Medizin I: Hämatologie & Onkologie**
 - Stationen Benitia, Holthusen, Löhr, Schönheimer, Thannhauser und Naunyn (2)
 - **Abteilung Innere Medizin II: Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie und Infektiologie**
 - Station Kußmaul (1)
 - **Abteilung Innere Medizin III: Kardiologie und Angiologie**
 - Intensivstationen Heilmeyer I und Heilmeyer II (3)
 - **Abteilung Innere Medizin IV: Nephrologie**
 - Dialysestation, Stationen Minkowski und Morawitz (2)
- **Chirurgische Klinik:**
 - **Allgemein- und Viszeralchirurgie**
 - Stationen Czerny und Kraske (1)
 - Intensivstationen 3/4 und 5 (3)
 - Poliklinik (1)
 - **Herz- und Gefäßchirurgie**
 - Intensivstation 2 (1)
- **Frauenklinik:**
 - **Klinik für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie**
 - Stationen Hegar und Pankow (2)
 - Wachstation Kneer (1)
- **Hals-, Nasen- und Ohrenklinik:**
 - Wachstation Zange (2)
- **Neurozentrum:**
 - Stationen Hoffmann und Jung (1)
 - Intensivstation II (mit Stroke Unit) (2)
- **Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin:**
 - **Klinik I: Allgemeine Kinderheilkunde, Neonatologie und Jugendmedizin**
 - Intensivstation Keller (2)

- **Klinik IV: Pädiatrische Hämatologie und Onkologie**
 - Station von Pfaundler **(1)**
- **Strahlenklinik:**
 - Stationen Marie Curie I und Marie Curie II **(3)**

Ursprünglich war eine Teilnehmerzahl von 25 angestrebt. Um diese trotz eventueller Absagen bzw. Nichterreichbarkeit zu realisieren, wurden dreimal so viele Pflegekräfte wie benötigt mit einem per Hauspost versendeten Schreiben über die Studie informiert und zum Interview eingeladen (siehe Anhang B: Einladung zum Interview). Ein bis zwei Wochen später wurden die angeschriebenen Pflegekräfte von der durchführenden Doktorandin persönlich auf Station aufgesucht und gefragt, ob sie sich eine Mitarbeit an der Studie vorstellen könnten. Wurde dies bejaht, wurde gleich ein Interviewtermin vereinbart. Dieses Verfahren wurde solange durchgeführt, bis die in den jeweiligen Bereichen angestrebte Zahl der Interview-Partner erreicht war. Zusätzlich wurden 3 weitere Interviews in die Studie aufgenommen: Ein Interview, das zu Beginn zur Erprobung des Interviewleitfadens durchgeführt wurde, konnte uneingeschränkt verwendet werden, da dieser nicht verändert werden musste. Zwei Pflegekräfte erklärten nach Vereinbarung der 25 Interviewtermine, dass sie sich ebenfalls gerne an der Befragung beteiligen würden und wurden daher ebenfalls in die Studie aufgenommen. So erhöhte sich die Summe der Interviews auf 28.

2.2 Rahmenbedingungen

Der Erfassungszeitraum lag zwischen Mai und Dezember 2005. Die Interviews wurden in verschiedenen Räumlichkeiten (Personalküchen, Seminarräumen, Besprechungsräumen, Büros der Stationsleitung, Arztzimmern, Besucher-Warteräumen) und meistens außerhalb der Dienstzeit durchgeführt. Zum Teil gab es kleinere Störungen durch hereinkommende Personen, Anrufe oder Nebengeräusche.

2.3 Methoden

2.3.1 Datenerhebung

Als Instrument der Datenerhebung wurde die Methode des problemzentrierten Interviews (*Witzel 1982, Witzel 1989*) verwendet, die drei Grundprinzipien folgt. Das zentrale Merkmal ist hierbei die **Problemzentrierung**, welche eine „Orientierung des Forschers an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung“ (*Witzel 1989*) fordert. Im Mittelpunkt des Interviews sollen also die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen des Befragten zu einem ganz bestimmten Thema stehen; in der vorliegenden Studie ist dies der Umgang mit Trauererfahrungen im Krankenpflegeberuf. Die **Gegenstandsorientierung** des Verfahrens meint, dass die Methode dem Forschungsgegenstand entsprechend angepasst werden kann, um sinnvollere Ergebnisse zu erzielen. Das dritte Prinzip ist die **Prozessorientierung**, die beschreibt, dass die Erhebung und Auswertung der Daten als ein aufeinander bezogener Prozess verstanden werden sollen, in dem durch die „flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten“ (*Witzel 1982, S. 71*) die Methoden ständig weiterentwickelt werden sollen.

Das wichtigste Instrument des problemzentrierten Interviews ist der **Gesprächsleitfaden**, den der Interviewer nach vorheriger Analyse der Problemstellung zusammenstellt (*Mayring 1996, S. 50*). Dieser besteht aus offenen Fragen, die Struktur in das Gespräch bringen und dem Befragten Impulse für eine freie Erzählung geben sollen. Des Weiteren dient er dem Interviewer als „Orientierungsrahmen bzw. Gedächtnisstütze“ (*Witzel 1982, S. 90*) und gibt dem Forscher so einen Überblick über bereits angesprochene bzw. noch nicht angesprochene Themengebiete. Im Gegensatz zum standardisierten Interview müssen die Fragen jedoch nicht wortgetreu, vollständig und in einer bestimmten Reihenfolge gestellt werden, sondern es ist dem Interviewer erlaubt, den Wortlaut und die Reihenfolge der Fragen zu verändern, Zusatzfragen zu stellen (Ad-hoc-Fragen), nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wurde oder auch Fragen wegzulassen, die bereits im Verlauf des Gesprächs beantwortet wurden (*Hopf 2007*).

Der Leitfaden macht das problemzentrierte Interview zu einer Form des semistrukturierten Interviews und ermöglicht durch die teilweise Standardisierung eine kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise an den Forschungsgegenstand (*Witzel 1989*). Auch die Auswertung wird durch die bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews erleichtert; sie ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der direkten Vergleichbarkeit standardisierter Interviews, in denen

Reihenfolge und Formulierung der Fragen, Antwortmöglichkeiten und Interviewerverhalten genau festgelegt sind, um quantitative Messungen relevanter Sachverhalte vornehmen zu können.

Der Interviewleitfaden für die vorliegende Studie wurde von der Doktorandin in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für Palliativmedizin erstellt (siehe Anhang C). Das Gespräch beginnt mit zwei sogenannten Eisbrecher- oder Warming-Up-Fragen, deren Ziel es ist, dem Interview-Partner die Möglichkeit zu geben, sich warm zu reden und damit gleichzeitig eine kommunikative Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer und Befragtem zu schaffen (*Kruse 2006, S. 34*). Das zentrale Thema der Studie wird hier noch nicht angesprochen, da diese Fragen ausschließlich dazu dienen, die Gesprächssituation vorzubereiten. Im Anschluss daran folgen die eigentlichen Leitfadenfragen, die sich mit der Problemstellung befassen. Hierbei sind die Fragen 3 bis 7 zunächst allgemein gehalten, um den Interview-Partner behutsam auf das Thema einzustimmen und das Vertrauen zum Interviewer weiter zu verstärken. Außerdem soll in dieser Phase des Interviews mit sogenannten Sondierungsfragen (Fragen 3 und 4) eruiert werden, welche subjektive Bedeutung die Thematik für den jeweiligen Gesprächspartner besitzt (*Mayring 1996, S. 52*). Erst dann folgen die Fragen, die ermitteln sollen, wie der Betroffene persönlich mit Erfahrungen mit Tod und Trauer im Berufsleben umgeht. Bei den letzten beiden Fragen handelt es sich schließlich um offene Ausstiegsfragen (*Kruse 2006, S. 35*), die dem Interview-Partner die Möglichkeit geben sollen, bislang noch nicht erwähnte Themenbereiche anzusprechen, Wünsche zu äußern sowie seine Empfindungen und Eindrücke in der Gesprächssituation zu beschreiben.

Neben dem Leitfaden gehören zum Instrumentarium des problemzentrierten Interviews auch die **Tonbandgerätaufzeichnung**, die **Postkommunikationsbeschreibung (=Postskriptum)** und der **Kurzfragebogen**. Eine Aufzeichnung des Gesprächs bietet zwei Vorteile: Der gesamte Gesprächskontext kann erfasst werden, auch die Rolle des Interviewers. Zusätzlich kann sich dieser voll auf den Dialog konzentrieren und gleichzeitig situative und nonverbale Elemente beobachten (*Witzel 1989*). Nach jedem Interview wurde ein Postskriptum erstellt, in dem die wichtigsten Besonderheiten vor, während und nach der Interviewdurchführung festgehalten wurden (Ort, Atmosphäre, Störungen, Auffälligkeiten, Gesprächsverlauf, Befindlichkeiten u. ä.). Es soll die vom Tonband nicht aufgezeichneten Ereignisse erfassen und kann dazu beitragen „einzelne Gesprächspassagen besser zu verstehen und das Gesamtbild der Problematik inhaltlich abzurunden“ (*Witzel 1989*). Der Kurzfragebogen soll demographische und biographische Daten des Befragten erfassen, um diese nicht im Interview selbst ermitteln zu müssen. Eine solche Vorgehensweise könnte nämlich den Gesprächsverlauf empfindlich stören, da sich diese Fragen

nicht mit dem eigentlichen Thema befassen und durch ihre geschlossene Form ein Frage-Antwort-Schema aufbauen könnten (*Witzel 1989*). Der in der vorliegenden Studie verwendete und unter Punkt 2.1 bereits erwähnte Kurzfragebogen trägt den Titel „Soziodemographische Daten“ (Anhang A).

2.3.2 Transkription

Die Interviews wurden mittels eines digitalen Diktiergeräts aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Hierbei wurde eine von Kallmeyer und Schütze (*1976*) vorgestellte Notation verwendet, die es erlaubt, über das Wortprotokoll hinausgehende Auffälligkeiten der Sprache wie Pausen, Betonungen, Lachen u. ä. festzuhalten.

2.3.3 Auswertung

Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde der vom National Centre for Social Research in Großbritannien entwickelte *framework approach* gewählt. Dieser Ansatz zur Analyse qualitativer Daten ist für die vorliegende Studie besonders passend, da er speziell für die angewandte Forschung geeignet ist und auch immer häufiger im Gesundheitssystem eingesetzt wird. Denn obwohl der *framework approach* hauptsächlich auf den Berichten und Beobachtungen der Probanden basiert, beginnt die Analyse deduktiv mit den bereits festgelegten Zielsetzungen einer Studie. Außerdem ist der *framework approach* darauf ausgerichtet, von Anfang an strukturierter vorzugehen als die meisten anderen qualitativen Ansätze. Aus diesen Gründen ist er in der angewandten Forschung besonders gut einsetzbar, denn im Gegensatz zur Grundlagenforschung sind hier die Zielsetzungen einer Studie üblicherweise schon im Voraus festgelegt, die Zeiträume zur Durchführung begrenzt und die qualitative Analyse soll oft mit den Ergebnissen quantitativer Forschung verknüpft werden (*Pope et al. 2006*).

Nach dem *framework approach* ist die Analyse qualitativer Daten in *fünf Phasen* gegliedert (*Pope et al. 2006*):

1. Einarbeitung

Zuerst erfolgt ein Eintauchen in das Rohmaterial, indem z.B. Aufnahmen angehört oder transkribierte Daten und dazugehörige Notizen gelesen werden. Dabei werden Kerngedanken und sich wiederholende Themen festgehalten.

2. Festlegung eines thematischen Kategoriensystems

In dieser Phase werden Schlüsselthemen und –konzepte identifiziert, mit deren Hilfe ein detailliertes Kategoriensystem erstellt wird, dem die Daten später zugeordnet werden sollen. Es dient dem Zweck, die Daten in überschaubare Einheiten zu gliedern, um sie anschließend leichter wiederabrufen und untersuchen zu können. Zur Erstellung der Kategorien können die Zielsetzungen der Studie, in den Daten häufig wiederholte Ansichten und Erfahrungen oder auch von den Befragten eingeführte Themen verwendet werden.

3. Zuordnung

Die Daten werden nun dem erstellten Kategoriensystem zugeordnet, indem Textpassagen am Rand mit den Nummern der Kategorien gekennzeichnet werden und evtl. eine kurze Beschreibung hinzugefügt wird. Einzelne Textpassagen können hierbei verschiedene Themen umfassen und müssen somit auch mehreren Kategorien zugeordnet werden.

4. Auflistung

In dieser Phase werden die Daten den Kategorien entsprechend neu angeordnet und eine Auflistung aller zu einem Schlüsselthema gehörigen Ansichten und Erfahrungen der Befragten erstellt.

5. Entschlüsselung und Interpretation

Die Auflistungen werden nun genutzt, um Konzepte zu definieren, Größenordnung und Wesen von Erscheinungen zu entschlüsseln, Typologien zu entwerfen und Zusammenhänge zwischen Themen zu erkennen, mit dem Ziel, Erklärungen für die Ergebnisse zu finden.

Prinzipiell ist der framework approach ein eher deduktiver Ansatz der qualitativen Datenanalyse, wie bereits oben erwähnt. Da im Laufe der Analyse jedoch oft unpräzise Kategorien entstehen, muss das Kategoriensystem immer wieder überprüft und verfeinert werden. Dabei werden Kategorien neu entwickelt oder verworfen, sowie zusammenhängende Kategorien unter einer Rubrik zusammengefasst (*Pope et al. 2000*). Diese Bildung neuer Kategorien ausgehend vom vorliegenden Datenmaterial entspricht dann mehr einer induktiven Herangehensweise.

Grundsätzlich dient die qualitative Forschung nicht der Quantifizierung von Daten, daher sollte in der Auswertung qualitativer Daten von genauen Angaben relativer Häufigkeiten Abstand genommen werden. Einfache Zählungen können jedoch nützlich sein, um bestimmte Aspekte der Analyse zusammenzufassen (*Pope et al. 2000*). Dementsprechend werden im Ergebnisteil Angaben wie „mehrere“, „einzelne“ oder „weniger als die Hälfte“ gemacht, um Häufungen ähnlicher

Aussagen kenntlich zu machen. Diese Informationen sind jedoch keinesfalls als repräsentative Ergebnisse zu betrachten, da hierfür die Anzahl der Probanden viel zu gering ist und die Interviews aufgrund des halbstandardisierten Ansatzes auch nicht direkt vergleichbar sind.

Um den Auswertungsprozess angesichts der großen Mengen an Datenmaterial übersichtlicher zu gestalten und somit auch die Qualität desselben zu sichern, wurde die *Software MAXQDA* verwendet, die von der VERBI GmbH in Marburg (www.maxqda.de) speziell für die qualitative Analyse entwickelt wurde. MAXQDA unterstützt den Anwender in der systematischen Analyse und Interpretation der Texte, sowie bei der Herausarbeitung und Prüfung theoretischer Schlussfolgerungen. So können Texte wie beispielsweise Interviews in das Programm importiert werden und in Textgruppen organisiert werden. Des Weiteren erlaubt die Software dem Anwender die Erstellung eines hierarchischen Kategoriensystems (=Codes), dem anschließend markierte Textelemente (=Codings) zugeordnet werden können. Zur gezielten Suche nach einzelnen Textsegmenten, die einem oder mehreren Codes zugeordnet sind (=Textretrieval), ist es möglich, einzelne oder mehrere Codes und Texte zu aktivieren. Jedem Text können auch Attribute in Form von Variablen wie z.B. Alter oder Geschlecht zugeordnet werden, die als Differenzierungskriterium für das Textretrieval genutzt werden können. Zur besseren Übersichtlichkeit ist die Benutzeroberfläche in vier Hauptfenster gegliedert: Die Liste der Texte, den Textbrowser, die Liste der Codes und die Liste der Codings (Abb. 1).

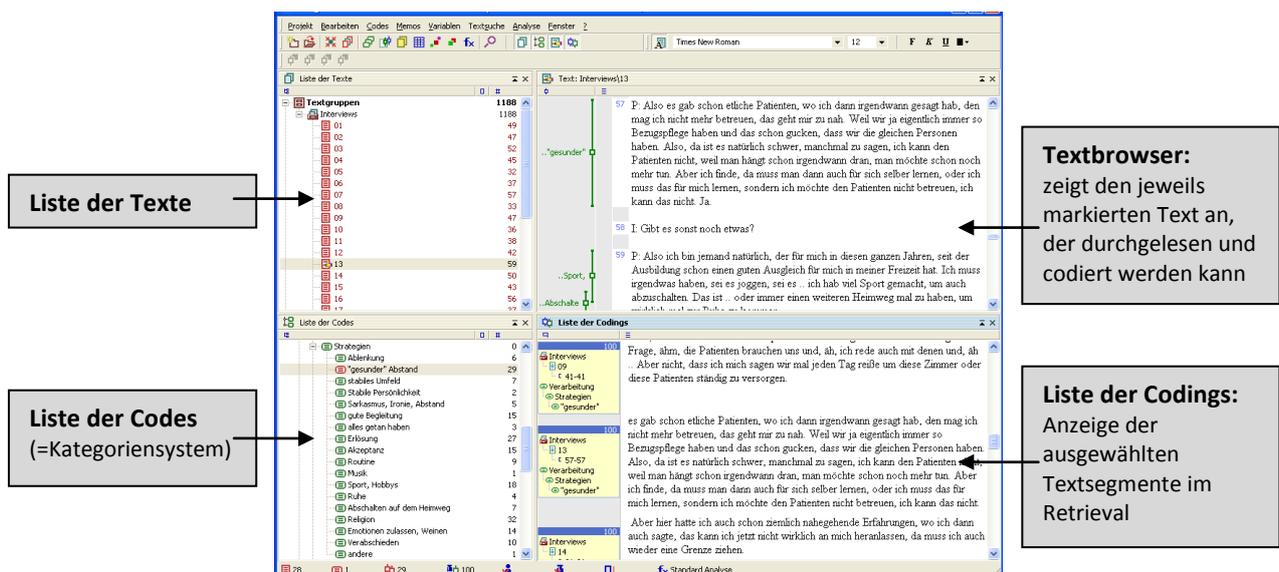


Abb. 1: Datenanalyse mit MAXQDA

3 Ergebnisse

Der Tod eines Patienten ist wie eingangs erwähnt ein im Krankenhaus häufig auftretendes Ereignis und gehört insbesondere auf onkologischen und intensivmedizinischen Stationen zum beruflichen Alltag von Krankenpflegekräften. Dennoch ist ein Sterbefall für viele der Befragten immer wieder ein einschneidendes Erlebnis, das verschiedenste Gefühle hervorruft und an das man sich nie ganz gewöhnen kann, wie eine Schwester der pädiatrischen Intensivstation erklärt: „Ich glaub das ist immer eine Situation, die einen, ja, mal mehr, mal weniger, ähm, völlig wieder an die .. mit dem Rücken an die Wand stehen lässt und ähm, man immer wieder wie neu das dann aufarbeiten muss“¹.

Jedoch kann die Verarbeitung eines solchen Erlebnisses nicht immer mit Schwierigkeiten behaftet sein, denn sonst wäre ein täglicher Umgang mit dem Thema Tod kaum möglich. Im Folgenden soll daher dargestellt werden, unter welchen Umständen die Auseinandersetzung mit solchen Erfahrungen aus Sicht der Interview-Partner erschwert sein kann und welche Probleme sich daraus ergeben. Darüber hinaus werden die Bewältigungsstrategien geschildert, die die Betroffenen entwickelt haben, um psychische Belastungen zu vermeiden. Die Aus- und Fortbildung zum Thema Tod und Sterben soll ebenfalls aus der Perspektive der Pflegekräfte kritisch beleuchtet werden, sowie eventuell auftretende Schwierigkeiten im Umgang mit anderen am Sterbeprozess Beteiligten Personen wiedergegeben werden. Zuletzt wird gezeigt, welche äußeren Umstände nach Auffassung der Interview-Partner den Umgang mit Tod und Trauer im Krankenhaus beeinflussen können.

3.1 Die Verarbeitung erschwerende Faktoren

3.1.1 *Tod junger Patienten*

Mehr als ein Drittel der Interview-Partner erklärte, dass insbesondere der Tod von jüngeren Patienten sehr schwer zu bewältigen sei.

Vor allem den Tod eines Kindes schilderten mehrere Pflegekräfte als einschneidende Erfahrung. Dies sei „noch mal ne andere Art Trauer [..], auch für einen selber [...], wo man merkt, dass man manchmal einfach an die Grenzen kommt.“²

¹ Interview 15, Absatz 33

² Interview 6, Absatz 9

Jedoch auch der Verlust eines jungen Erwachsenen ist für viele Pflegende nicht leicht zu verkraften, denn „dann betrifft einen das mehr, dann macht man sich auch mehr Gedanken darüber. Aber wenn jemand Älteres jetzt stirbt, [...] das ist dann einfach in Ordnung, weil die dürfen irgendwann mal gehen.“¹ Wenn jedoch „ein 45jähriger Familienvater auf der Arbeit umkippt mit einem Herzinfarkt [...] und irgendwie jemand [...] völlig aus dem Leben gerissen wird, das ist dann schon [...] schlimm.“²

Als besonders beängstigend empfanden es einige der Befragten, wenn Menschen der eigenen Altersgruppe versterben.

3.1.2 Beziehung zum sterbenden Patienten

Das Bestehen einer emotionalen Bindung zum sterbenden Patienten kann nach der Auffassung der Hälfte der Interview-Partner zu einer stärkeren psychischen Belastung der betreuenden Pflegekraft führen. Eine Schwester der Onkologie beschrieb dies folgendermaßen: „Wenn einem ein Patient besonders nahe liegt, umso mehr empfindet man dann auch. Und manchmal könnte man sich die Augen ausheulen. Umso näher, umso sympathischer einem ein Patient dann ist.“³

Vor allem in der Kinderheilkunde ist die notwendige emotionale Abgrenzung gegenüber den Patienten aber nur sehr schwer zu realisieren: „Man kriegt hier auf der Station eine unheimliche Beziehung zu einem Kind, weil man es von Anfang an, wenn es kommt, bis zu dem Zeitpunkt, wo es stirbt, pflegt. [...] man kriegt alle Stationen mit [...] wirklich bis zum kompletten Verfall eines Körpers. [...] man muss sich selber in Schutz nehmen, dass man da psychisch nicht zu arg reinrutscht.“⁴

Ein auf einer Intensivstation der Inneren Medizin arbeitender Kollege empfand es daher auch als Erleichterung, „dass man die Patienten meistens gar nicht kennt. Sie sind beatmet, [...] man kann gar [...] kein persönliches Verhältnis aufbauen zu den Leuten.“⁵

3.1.3 Plötzlicher und unerwarteter Tod eines Patienten

Als besonders tief gehendes Erlebnis bewerteten mehrere Pflegekräfte den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Patienten. Dies sei dann „sehr schlimm, weil man nicht vorbereitet ist.

¹ Interview 20, Absatz 21

² Interview 25, Absatz 35

³ Interview 3, Absatz 7

⁴ Interview 18, Absatz 17

⁵ Interview 25, Absatz 35

Und dann, man fragt sich, hab ich etwas falsch gemacht, hab ich nicht richtig gehandelt, hab ich .. Also, da kommen noch dazu, nach dem Verlust der Patientin, auch mal die Gedanken, hab ich alles richtig gemacht.“¹

3.1.4 Besonders qualvoller Tod eines Patienten

Jedoch nicht nur der plötzliche, sondern auch der besonders leidvolle Tod eines Patienten ist für das Pflegepersonal oft nicht leicht zu verkraften: „Menschen können so schlimm, so wüst, so qualvoll sterben [...] das ist eher das, was beschäftigt.“²

Eine Schwester einer onkologischen Kinderstation beschrieb sogar, dass einige Kollegen auf Grund eines solchen Erlebnisses, bei dem ein Mädchen „elendig verstorben“ sei, „gegangen [sind] von der Station, weil das psychisch so hart war.“³

3.1.5 Langer Leidensweg eines Patienten

Aber nicht ausschließlich der Tod, sondern auch der gesamte Leidensweg des Patienten stellt eine besonders belastende Erfahrung für die Pflegekräfte dar.

So schätzten einige der Befragten die Phase, die dem Tod des Patienten vorausgeht, als schwerer zu verarbeiten ein als das Sterben selbst: „Das ist für uns eigentlich eine anstrengendere Zeit als dann dieses Sterben der Patienten. Dieses mühsame Zugucken, das finde ich irgendwie schlimmer. Das zieht sich über einen längeren Zeitraum hin, wo man, finde ich, mehr ausgepowert ist.“⁴

Eine Schwester beschrieb, dass sie insbesondere das lange Leiden eines Patienten besonders beschäftige: „Mir fällt das nicht schwer, wenn ein Patient tot ist, sondern mir fällt's schwer, dieses mitzuerleben, was ein Patient alles ertragen muss, bis er tot ist. Das finde ich ganz schlimm.“⁵

Dieses Leiden wird nach Meinung mehrerer Pflegekräfte durch eine unnötig in die Länge gezogene Therapie seitens der Ärzte noch verlängert (siehe Punkt 3.5.2.2) und führt somit zu einer noch schwerer zu bewältigenden Erfahrung des betreuenden Pflegepersonals, so empfand ein Befragter „den Tod zum Beispiel manchmal nicht so belastend wie einen Patienten, bei dem ich sehe, dass

¹ Interview 12, Absatz 7

² Interview 1, Absatz 85

³ Interview 18, Absatz 43

⁴ Interview 13, Absatz 17

⁵ Interview 16, Absatz 31

therapiert wird und therapiert wird und therapiert wird und ich [...] dann manchmal so den Sinn, die Sinnhaftigkeit vermisste.“¹

3.1.6 Private Probleme der betreuenden Pflegekraft

Auch Probleme im privaten Bereich können die Verarbeitung des Todes von Patienten erschweren. Nur wer auf ein stabiles soziales Umfeld zurückgreifen kann, ist nach der Meinung mehrerer Interview-Partner in der Lage, den Umgang mit sterbenden Patienten auf Dauer zu verkraften. Eine Schwester, die auf einer onkologischen Station arbeitete, beschrieb dies wie folgt: „das war so .. so ne Zeit, wo ich auch privat viele Probleme hatte [...] und [...] das hat [...] die Psyche wahnsinnig beansprucht. Und arbeiten musste ich. Und .. und grad auf dieser Station. Und ich hab's einfach gemerkt, hab ich gesagt, ich kann nicht, ich kann's nicht und irgendwann mal geh ich kaputt.“²

3.2 Bei der Verarbeitung potentiell auftretende Probleme

3.2.1 Mitnahme ins Privatleben

Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte gab an, dass sie der Tod eines Patienten nur gelegentlich nach der Arbeit weiter beschäftige.

Auch hier zeigte sich, dass die Umstände des Todes, das Alter des Verstorbenen und das zum Patienten aufgebaute Verhältnis von großer Bedeutung sind. So erklärte eine Schwester der Chirurgie: „Wenn jemand Junges verstorben ist, beschäftigt mich das schon auf jeden Fall weiter, weil das ist einfach unverständlich, dass jemand Junges jetzt gehen muss und .. Und bei Älteren, da, das verdrängt man einfach.“³

Obwohl man es nicht „immer ganz vermeiden kann“⁴, dass einem das im Krankenhaus Erlebte nach Arbeitsende weiter zu denken gibt, brachte dieser Teil der Befragten zum Ausdruck, dass diese Tatsache ihr Privatleben nicht in größerem Umfang belaste: „da denk ich dann vielleicht schon noch mal [...] drüber nach. Aber nicht, das ich jetzt .. depressiv nach Hause geh.“⁵

¹ Interview 25, Absatz 37

² Interview 9, Absatz 35

³ Interview 20, Absatz 74

⁴ Interview 11, Absatz 57

⁵ Interview 28, Absatz 83

Ein Viertel der Interview-Partner bemerkte allerdings, dass ihnen ein Todesfall fast immer auch zu Hause nicht aus dem Sinn gehe und dies zum Teil zu einer Belastung des Privatlebens führe. Eine Schwester der Gynäkologie schilderte diese Situation folgendermaßen: „dann steht man da und man nimmt alles, eigentlich alles mit nach Hause, gell, und dann muss man also ein paar Tage immer nacharbeiten, [...] dass man sich wohler fühlt.“¹

Auch die Berufserfahrung ändert an dieser Tatsache nicht immer etwas: „Ich hol das mit nach Hause. Ich [...] mach nicht die Tür zu und es ist weg. Kann ich nicht. Bis heute nicht.“²

Eine weitere Kollegin empfand es hingegen als durchaus positiv ihre Erfahrungen zu Hause mit Hilfe des Partners weiter zu verarbeiten: „Ich nehm sie mit nach Hause und mein Mann ist da auch Ansprechpartner. Und der ist auch ein guter Zuhörer und kann mir da dann auch noch mal .. Also das wird schon zu Hause auch verarbeitet.“³

Nur wenige Befragte erklärten, dass sie der Tod eines Patienten zu Hause gar nicht mehr beschäftige: „zu Hause hat die Uniklinik bei mir gar keinen Platz. [...] daheim ist daheim und hier ist Arbeit.“⁴

So war ein Pfleger der Neurologie der Meinung, dass man „so was nicht mit nach Hause nehmen [darf]. [...] Das ging mir am Anfang auch so. [...] Davon muss man weg. [...] Man muss damit professioneller umgehen. Man muss das da lassen, wo es stattfindet.“⁵ Ein Kollege aus der HNO begründete seine Entscheidung damit, dass das „privat niemand so richtig nachvollziehen“⁶ könne. Auch sollten die Angehörigen mit solchen Themen nicht belastet werden: „ich find 's schlecht, wenn man das nach Hause wirklich mitnimmt und das dann auch die ganze Familie beteiligt ist. Menschen, die eigentlich damit, äh, nichts zu tun haben. Und, äh, die sollen ja auch nicht drunter leiden.“⁷

3.2.2 Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit

Insbesondere die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit stellt für das Pflegepersonal im Umgang mit todkranken und sterbenden Patienten eine besondere Schwierigkeit dar.

Nur knapp ein Fünftel der Befragten erklärte, sich mit dieser Problematik nicht zu beschäftigen oder diese bewusst zu verdrängen.

¹ Interview 12, Absatz 7

² Interview 21, Absatz 69

³ Interview 1, Absatz 93

⁴ Interview 2, Absatz 45

⁵ Interview 4, Absatz 7

⁶ Interview 7, Absatz 29

⁷ Interview 9, Absatz 49

Der weitaus größere Teil gab dagegen an, sich mit der eigenen Sterblichkeit schon einmal auseinander gesetzt zu haben.

Fast die Hälfte der Pflegekräfte berichtete sogar, sich der eigenen Endlichkeit bewusst zu sein und diese akzeptiert zu haben, denn „das Geborenwerden und das Sterben, das gehört zueinander. So ist das einfach, ja. Irgendwann beginnt 's und irgendwann endet 's.“¹

Diese Einstellung führt nach Meinung mehrerer Interview-Partner zu einer bewussteren Lebensweise und zu einer anderen Perspektive im Alltag: „irgendwie merke ich [...], dass es mir unheimlich viel Vorteile bringt, dass ich vieles einfach aus ganz anderen Augen auch irgendwie sehe mittlerweile. [...] man erlebt vieles vielleicht intensiver und man sieht manches einfach nicht immer so eng und findet manches sogar belustigend irgendwie, über was sich manche Leute irgendwie Probleme machen. Also, man sieht das Leben vielleicht auch auf ne Art irgendwie auch entspannter teilweise.“²

Einige der zum Teil noch verhältnismäßig jungen Befragten erklärten, schon Vorsorge für den Fall getroffen zu haben, dass man krankheitsbedingt unfähig ist für sich selbst zu entscheiden, in Form einer Patientenverfügung oder einer Absprache mit den Angehörigen: „Ich hab mit meiner Frau einen Deal geschlossen, [...] wenn mir je irgendwas passiert, egal, wie alt ich bin, [...], dann kommen in mich keine Schläuche hinein. Weil ich weiß, was das dann für Konsequenzen hat. [...] Und das will ich nicht.“³ Ein Pfleger gab auch an, bereits ein Testament verfasst zu haben.

Einzelne Pflegekräfte beschrieben, dass ihnen vor allem ihre Religion helfe, mit der eigenen Sterblichkeit zurechtzukommen, wie diese Schwester einer Intensivstation der Inneren Medizin: „ich bin halt gläubig und ich glaub, dass danach was ist. [...] Und ich hab deswegen auch keine Angst vorm Tod. Also ich kann damit leben quasi, mit dem Tod“⁴

Jedoch löst die ständige Konfrontation mit Krankheit und Tod bei einigen Befragten auch Angst um die eigene Gesundheit aus. Eine junge Schwester der Gynäkologie schilderte dies folgendermaßen: „am Anfang, [...] da hab ich wirklich jeden Tag irgendwo meine Brust abgetastet oder sonst irgendwas, ja, aus Panik, wegen ich .. ja, mir war das nicht bewusst, dass so viele junge Leute oder junge Frauen schon Brustkrebs haben.“⁵ Deshalb dürfe man auch nicht zu intensiv über diese Thematik nachdenken, denn sonst „macht man sich wahnsinnig.“⁶

¹ Interview 16, Absatz 57

² Interview 7, Absatz 57

³ Interview 4, Absatz 55

⁴ Interview 17, Absatz 35

⁵ Interview 11, Absatz 63

⁶ Interview 11, Absatz 63

Für mehrere Interview-Partner spielte weniger die Angst vor dem Tod selbst eine Rolle, sondern vor allem die Angst vor einem qualvollen Tod und dem Sterben in einem Krankenhaus: „das Einzige, was ich mir wünsche, einen schnellen Tod, eigentlich. Aber wenn ich das sehe hier, dieses langsame, und mit Schmerzen, und keine Lebensqualität mehr .. ich weiß es nicht. Also da hab ich wirklich .. dann krieg ich Angstzustände.“¹

Letztendlich sei es nach Auffassung einer Schwester der Strahlenheilkunde aber in erster Linie wichtig, sich mit dem eigenen Tod auseinander gesetzt zu haben, um sterbenden Patienten adäquat begegnen zu können: „Hab ich selber Angst vor dem Tod, ist es für mich selber ein großes Tabu. Dann geh ich auch mit dem Tabu zum Patienten rein. Und lass das auch gar nicht so an mich hin und kann viele Sachen auch nicht offen ansprechen. Weil ich ja dann einfach auch selber Angst davor hab, ne.“²

3.2.3 Einfluss eigener Trauererfahrungen

Auch persönliche Erfahrungen, die bei Todesfällen in der Familie oder im Freundeskreis gemacht wurden, können den Umgang mit sterbenden Patienten beeinflussen oder unter Umständen diesbezüglich auch zu einer stärkeren psychischen Belastung führen.

Fast alle Pflegekräfte sagten aus, schon Todesfälle im Familien- oder Freundeskreis miterlebt zu haben.

Lediglich ein kleiner Teil der Befragten war der Ansicht, dass private Trauererfahrungen im beruflichen Umgang mit Sterbenden keine Rolle spielen, da der Tod von Familienmitgliedern oder Freunden nicht mit dem Tod von Patienten vergleichbar sei: „ich glaub, das sind irgendwie zwei verschiedene Paar Stiefel. Also mein Freund, der ist vor ein ein halb Jahren gestorben, [...] aber irgendwie, das ist was ganz anderes als die Patienten hier, weil die kennt man ja nicht und zu denen hat man keinen Bezug“.³

Die Mehrheit vertrat jedoch die Meinung, dass das im privaten Bereich Erlebte in verschiedener Weise Einfluss auf den beruflichen Umgang mit diesem Thema habe.

So empfanden zwei Drittel der Interview-Partner private Trauererfahrungen als hilfreich, insbesondere im Umgang mit den Angehörigen, aber auch mit den Sterbenden selbst, denn „da ist eine gewisse Sensibilität einfach für das Leid des anderen [...] eher gegeben.“⁴ Außerdem kann ein

¹ Interview 9, Absatz 73

² Interview 26, Absatz 57

³ Interview 17, Absatz 61

⁴ Interview 1, Absatz 79

miterlebter Todesfall in der Familie Berührungängste mit dem „Tabuthema Tod“ mindern, wie eine Schwester der Chirurgie beschreibt: „Ne Sicherheit bringt das für mich. Ne Sicherheit, ich hab das erlebt, ich hab es verarbeiten können, ich konnte damit umgehen.“

Allerdings berichteten mehrere Pflegekräfte auch, dass eine private Trauererfahrung eine größere psychische Belastung im beruflichen Umgang mit dem Tod zur Folge haben kann. Vor allem wenn die entsprechende Person erst vor kurzem verstorben und die eigene Trauerarbeit noch nicht abgeschlossen ist oder der aktuelle Todesfall dem erlebten ähnelt, kann es schwierig sein, die nötige Distanz zu bewahren. Dieses Problem schilderte eine Krankenschwester, die ihren Lebensgefährten verloren hatte und täglich mit ähnlichen Fällen in Berührung kam, wie folgt: „als der [*Vorname des Lebensgefährten*] dann verstorben war, hab ich weiter gearbeitet mit der gleichen Patientengruppe, was hinterher, so nach ein, zwei Jahren sehr schwierig war. Weil man kommt mit seiner Trauerarbeit nicht mehr voran. Man hängt irgendwie auf einem Level, man kann nicht loslassen. Ähm, ich wollte aber auch dort bleiben, weil ich dachte: „Du als Angehöriger kannst da vielleicht manches für die Angehörigen tun.“ [...] Bis ich dann irgendwann begreifen musste, dass ich einfach aus diesem Bereich raus musste, um einfach Abstand zu gewinnen.“¹

3.2.4 Besondere Schwierigkeiten unerfahrener Pflegekräfte

Mehrere Interview-Partner betonten, dass speziell junge, unerfahrene Pflegekräfte Schwierigkeiten im Umgang mit dem Tod von Patienten hätten. Oft bedeute dies für sie den ersten Kontakt mit dem Tod oder einer Leiche überhaupt und rufe Angst und Unsicherheit hervor. Eine Krankenschwester schilderte ihre Erfahrungen mit diesem Thema zu Beginn ihrer Ausbildung folgendermaßen: „Für mich war das ja, der Tod, ein ganz großes Problem, weil ich, ähm, Angst hatte vor Toten. Na, mit sechzehn hattest du den ersten Toten und dann musstest du alleine da die Sachen machen. [...] dich hat es geekelt, das war alles furchtbar. Ja und, äh, man hat halt Angst gekriegt, also .. das ist .. das war schlimm, was ich da manchmal so gemacht hab. Da hab ich vor der Tür einen Sessel gestellt, weil ich gedacht hab, der Tote kommt raus. Das war einfach eine Überforderung, bis mir mal eine alte Stationschwester gesagt hat: ‚[*Vorname der Schwester*], Du musst nicht vor den Toten Angst haben, sondern vor den Lebenden.‘“²

Insbesondere der erste Todesfall im Krankenhaus ist den meisten Befragten genau in Erinnerung geblieben und wurde von vielen als einschneidendes, oft schockierendes Erlebnis empfunden: „Ich

¹ Interview 13, Absatz 11

² Interview 16, Absatz 21

hatte an meinem zweiten Ausbildungstag auf Station den ersten Verstorbenen entdeckt. Und das ist was, was mich sehr geprägt hat. Und der ist mit .. sitzend mit offenen Augen verstorben. [...] Es war für mich ein Ereignis, wo ich auch damals dachte, ich häng die Ausbildung an den Nagel, das ist nichts. [...] Und dann lief die Infusion nicht und dann hat sie gesagt: ‚Der ist verstorben‘, und dann hab ich gesagt: ‚Das kann nicht sein, der hat die Augen auf.‘ Also ich war auch nicht vorbereitet, im Prinzip. Das war halt Unterkurs. Und mich hat das schon sehr schockiert so. Das ist auch ein Bild, find ich, was ich bis heute sehe, wenn ich an den Verstorbenen denke.“¹

3.2.5 Verbesserungswünsche: psychologische Unterstützung für Pflegekräfte

Knapp ein Viertel der Pflegekräfte hatte das Gefühl, in belastenden Situationen im Umgang mit Tod und Sterben nicht die nötige Unterstützung zu erhalten: „Das Problem ist, äh, man wird dann häufig damit allein gelassen. Und, äh, das wird als selbstverständlich, äh, hingenommen, dass, äh, man da .. das einfach so wegsteckt.“²

Mehrfach wurde deshalb der Wunsch nach einer psychologischen Betreuung für die Pflegenden geäußert; „dass man eine Stelle hat, an die man sich wirklich, äh, da wenden kann und das besprechen, [...] um das zu bewältigen“³.

3.3 Bewältigungsstrategien

3.3.1 Reden

Die vom Pflegepersonal am häufigsten genannte Methode, um sich mit ihren Erfahrungen mit dem Tod von Patienten auseinander zu setzen, war, darüber zu reden. Alle Befragten gaben an, schon einmal ein Gespräch über dieses Thema geführt zu haben.

Der überwiegende Teil der Interview-Partner erklärte, dass ihnen dies eine große Hilfe bei der Verarbeitung im Umgang mit Tod und Sterben sei: „Das ist etwas, was ich raus lassen muss. Ich muss darüber reden, sonst schluck ich das alles sehr tief.“⁴ Sie schätzten es als sehr wichtig ein,

¹ Interview 13, Absatz 37, 39

² Interview 25, Absatz 85

³ Interview 9, Absatz 7

⁴ Interview 21, Absatz 37

„dass man das nicht verdrängt“¹, denn „wenn es einmal thematisiert ist, [...] dann rutscht das so ein bisschen nach hinten im Kopf und dann ist das Thema in der Regel auch erledigt.“²

3.3.1.1 Gesprächspartner

Bis auf eine Ausnahme erzählten alle Pflegekräfte, dass sie mit ihren Kollegen auf Station darüber sprächen. Einige der Befragten wählten jedoch auch andere Gesprächspartner. So gab jeweils mehr als ein Drittel der Pflegekräfte an, mit Freunden oder dem Lebenspartner über diese Thematik zu reden. Diese waren jedoch oft auch in der Krankenpflege tätig und infolgedessen besser in der Lage, die Problematik zu verstehen. In einzelnen Interviews wurden auch andere Familienmitglieder oder ärztliche Kollegen als Konversationspartner genannt und in einem der Pfarrer oder katholische Schwestern.

Ein Großteil der Befragten empfand es aber auch als schwierig „mit völlig Unbeteiligten darüber zu reden“³, „weil es [...] sowieso meistens [...] privat niemand so richtig nachvollziehen“⁴ könne. Außerdem sollten „Menschen, die eigentlich damit [...] nichts zu tun haben [...] ja auch nicht drunter leiden.“⁵ Darüber hinaus bemerkte eine Krankenschwester, dass der Tod in ihrer Familie immer „ein Tabuthema [war], da hat man nicht drüber gesprochen. Auch jetzt noch nicht.“⁶

3.3.1.2 Gespräche mit Kollegen

Die Kommunikation mit ihren Arbeitskollegen empfanden viele Pflegekräfte als „in der Regel sehr gut“⁷, denn es sei ein „offenes Austauschen.“⁸

Jedoch beschrieben manche Interview-Partner diese Gespräche auch als „nicht ausreichend“⁹, da oft „mehr die technische, die professionelle Seite [...] angesprochen wird und es [...] selten ein Austausch“¹⁰ sei. Insbesondere war es vielen der Befragten wichtig, noch einmal darüber zu sprechen, „was gestört hat bei dem Verlauf und was gut war bei dem Verlauf“¹¹, denn „es macht einen schon ruhiger, dass man weiß, was hat man alles gemacht, was das O.K., fehlte was.“¹²

Viele Pflegekräfte erklärten aber auch, dass sie ihre durch den Tod eines Patienten ausgelösten Gefühle offen zeigen und mit ihren Kollegen darüber reden könnten: „was ich sehr schön finde

¹ Interview 17, Absatz 39

² Interview 24, Absatz 31

³ Interview 15, Absatz 41

⁴ Interview 7, Absatz 29

⁵ Interview 9, Absatz 49

⁶ Interview 16, Absatz 33

⁷ Interview 6, Absatz 41

⁸ Interview 27, Absatz 35

⁹ Interview 13, Absatz 17

¹⁰ Interview 2, Absatz 23

¹¹ Interview 23, Absatz 41

¹² Interview 13, Absatz 17

hier auf Station ist, dass jeder hier auch trauern kann. Also jeder darf hier auch weinen, wenn ein Kind gestorben ist und findet dann immer jemanden, der ihn auch in den Arm nimmt.“¹ Auf die Hilfe der Kollegen könne man ebenfalls zählen: „Es gibt [...] Momente, wo man empfindlicher ist als andere und wenn zum Beispiel eine Kollegin kommt und sagt: ‚Du, ich kann mich um die Patientin nicht kümmern heute‘, das mach ich [...], das ist kein Problem. Wir helfen uns gegenseitig.“²

Andererseits waren auch einige Befragte der Meinung, dass man nicht übermäßig viel über dieses Thema sprechen sollte, denn es sei „schon wieder fast schlimm, dass es so überdiskutiert wird und ausgelatscht“³, man solle lieber kurz darüber sprechen, aber „dann [...] muss es auch wieder gut sein.“⁴

Mehrere Interview-Partner gaben auch an, nicht bei jedem Sterbefall das Bedürfnis zu haben, sich mit den Kollegen darüber auszutauschen, sondern vor allem „wenn mal der ein oder andere Fall ist, [...] der uns tief berührt hat oder, ähm, wenn [...] uns was aufgefallen ist an diesem Sterben selber. [...] Dann gibt’s das natürlich schon.“⁵

3.3.2 Den Tod als Erlösung betrachten

Mehr als zwei Drittel der befragten Pflegekräfte erklärten, dass es ihnen leichter falle, mit dem Tod eines Patienten umzugehen, der in seiner Sterbephase lange leiden musste. Denn in einem solchen Fall empfänden sie dessen Tod als Erlösung, sowohl für den Patienten, als auch für das begleitende Pflegepersonal. Ein Pfleger erzählte, dass „man [...] mit dem Patienten [fühlt], man leidet den Weg einfach mit. Und dann ist man erleichtert, wenn er es geschafft hat.“⁶

Insbesondere an bösartigen Tumoren erkrankte Patienten wurden in diesem Zusammenhang von den Pflegenden oft erwähnt: „Der Tod selber ist bei unseren Tumorpatienten, find ich manchmal, was so Befreiendes, wo ich denk, er hat’s endlich geschafft. Wo ich weiß, die Ärzte doktorn da nicht mehr, es kommt nicht noch ne OP und noch ne Bestrahlung und noch ne Chemo. Ähm, das find ich viel mühseliger, dem zuzuschauen.“⁷

¹ Interview 19, Absatz 43

² Interview 12, Absatz 37

³ Interview 11, Absatz 39

⁴ Interview 11, Absatz 39

⁵ Interview 8, Absatz 43

⁶ Interview 23, Absatz 15

⁷ Interview 13, Absatz 17

3.3.3 *Abstand und Routine*

Eine weitere wichtige Strategie, um eine psychische Belastung durch den Tod von Patienten zu vermeiden, ist nach Angaben von mehr als zwei Drittel des Pflegepersonals die Wahrung einer gewissen Distanz: „Man darf nicht mit jedem mitsterben [...], sonst ist man falsch in dem Beruf.“¹

Insbesondere zu Beginn der Berufslaufbahn falle diese emotionale Abgrenzung vielen Pflegekräften schwer, jedoch sei sie dringend notwendig, um diese Tätigkeit dauerhaft ausüben zu können. Eine Kinderkrankenschwester, die auf einer onkologischen Station arbeitet, schilderte dies folgendermaßen: „Du baust einen Bezug auf. Und das machst du am Anfang hier noch sehr extrem, wenn man noch nicht lang da ist. Ähm, durch Arbeitserfahrung und durch, ja, einfach dein Umfeld hier, merkst du, dass du die Arbeit nicht machen kannst, wenn du emotional so arg drinsteckst. Und ich hab gelernt, hier ist meine Arbeit, mit vollem Herz, vollem Einsatz und wenn ich rausgeh‘, ist mein Leben.“²

Eine andere Schwester stellte fest, dass es zum Selbstschutz auch manchmal nötig sei, die Pflege eines Patienten abzugeben, wenn man psychisch zu stark involviert ist: „Es gab schon etliche Patienten, wo ich dann irgendwann gesagt hab, den mag ich nicht mehr betreuen, das geht mir zu nah. [...] Also, da ist es natürlich schwer, manchmal zu sagen, ich kann den Patienten nicht [betreuen], weil man hängt schon irgendwann dran, man möchte schon noch mehr tun. Aber ich finde, da muss man dann auch für sich selber lernen, [...] ich kann das nicht.“³

Darüber hinaus berichtete eine Pflegekraft einer chirurgischen Intensivstation, dass man einer solchen Situation dort eher mit Sarkasmus begegne und darüber Scherze mache, um den nötigen Abstand zu gewinnen: „Auf einer Chirurgie geht es sehr hart zu und, äh, dort [...] wird auch oft mit Sarkasmus, Ironie gesprochen. Denk ich einfach, weil man das auch irgendwie nicht verarbeiten kann.“⁴ Aber man könne „es ja den Leuten nicht mal verübeln, [...] dass sie so kalt werden, dass sie so eine Wand dazwischen machen. Weil sonst [...] kommen sie ja gar nicht mehr damit klar.“⁵ Ein Kollege einer anderen chirurgischen Intensivstation beschrieb dies wie folgt: „was man allgemein macht, [...] ist [...] dass man’s witzig nimmt oder lustig nimmt. Eher einen Spaß macht drüber. [...] Ist für mich ganz O.K., weil ich verarbeit’s auch nicht anders.“⁶

Mehrere Interview-Partner bemerkten jedoch auch, dass es ihnen inzwischen leichter falle, mit dem Tod eines Patienten umzugehen, da dies zur Routine geworden sei und zum beruflichen

¹ Interview 27, Absatz 9

² Interview 18, Absatz 31

³ Interview 13, Absatz 57

⁴ Interview 16, Absatz 25

⁵ Interview 16, Absatz 79

⁶ Interview 28, Absatz 21-23

Alltag gehöre: „es soll jetzt nicht so hart klingen, [...] aber es ist Routine geworden. [...] Es ist nicht die Routine, wie so das Wort sagt. Ähm, es ist [...] jeder Sterbende anders und jeder Tod anders, aber ich hab mich dran gewöhnt, einfach.“¹ Insbesondere auf Stationen, auf denen viele Patienten versterben, sei dies der Fall: „Hier auf Heilmeyer [*Name einer medizinischen Intensivstation*] .. wo ich mal so davon ausgehen würd, dass ungefähr vierzig Prozent unserer Patienten versterben [...], ist es Tagesgeschäft. [...] ich nehm es dann hin. Ich mach mir auch nicht so sehr viel Gedanken mehr darüber. Also es ist jetzt nicht so, dass ich .. äh, dass es mir wurscht wäre oder so, aber, ähm, ich erleb's viel zu häufig, als dass es jetzt noch was wahnsinnig Besonderes wäre.“²

Außerdem sei der Berufsalltag wichtig, um sich vom Tod eines Patienten abzulenken, denn „man muss einfach, wenn man ins nächste Zimmer dann wieder gleich geht, dann wieder ein nettes, freundliches Gesicht machen [...] was ja ganz gut für einen selber auch ist, man ist dann einfach gezwungen, äh, das nicht so nahe an sich rankommen zu lassen.“³

3.3.4 Rituale

Die Durchführung bestimmter Rituale im Zusammenhang mit dem Tod eines Patienten hielten zwei Drittel der Interview-Partner für wichtig. Diese würden ihnen dabei helfen, mit der Situation besser umgehen zu können.

Zu einem großen Teil handelte es sich dabei um persönliche Rituale der einzelnen Pflegekräfte; auf vielen Stationen wurden jedoch auch gemeinsame Rituale des gesamten Pflorgeteams beschrieben. Einige Pflegekräfte, auf deren Station es keine gemeinsamen Rituale gab, äußerten den Wunsch, diese einzuführen: „Ich glaub Rituale würden helfen. Also jetzt in 'nem Team. Ähm, gleiche Rituale, mit denen man sich identifizieren kann.“⁴

3.3.4.1 Sich verabschieden

Für mehrere der Befragten war es von großer Bedeutung, sich von dem sterbenden oder verstorbenen Patienten zu verabschieden. Dies würde helfen, den Vorgang für sich abschließen zu können: „Wenn ich länger weg bin, dass ich mich ganz bewusst verabschiede von dem Patienten, weil ich einfach nicht weiß, wenn ich das nächste Mal wieder komm, ob er da ist. Wenn ich in der Betreuung drin bin, dann versuch ich, [...] dass ich ihn dann eben noch versorgen kann [...]. Weil

¹ Interview 23, Absatz 35

² Interview 25, Absatz 35

³ Interview 3, Absatz 51

⁴ Interview 1, Absatz 99

ich [...] das dann komplett rund haben möchte. [...] Und ich versuch mich immer wirklich zu verabschieden.“¹

Von den Pflegekräften wurden unterschiedliche Möglichkeiten genannt, wie sie sich von ihren verstorbenen Patienten verabschieden. Manche der Interview-Partner erklärten, dass sie dem Toten noch einmal übers Gesicht streichen würden. Andere fanden es wichtig den Verstorbenen ein letztes Mal anzuschauen, sich innerlich von ihm zu verabschieden und ihn loszulassen.

3.3.4.2 Den Verstorbenen und das Zimmer herrichten

Ein weiteres wichtiges Ritual, das ein großer Teil des Pflegepersonal beschrieb, ist das Herrichten des verstorbenen Patienten. So würden dem Toten nach der üblichen Versorgung noch die Hände zusammengelegt oder gefaltet und ihm Blumen, ein Kreuz oder ein persönlicher Gegenstand in dieselben gelegt: „Für mich ist ja sehr wichtig, dass die Hände immer zusammenkommen, ja, bei den Patienten .. dass die Augen geschlossen sind .. weil für mich ist es so, da finden die Frieden.“²

Außerdem waren viele Befragte der Ansicht, dass es wichtig sei, das Zimmer des Verstorbenen aufzuräumen und eine Kerze oder Blumen aufzustellen. Eine Kinderkrankenschwester beschrieb, dass insbesondere auf pädiatrischen Stationen auf solche Rituale großen Wert gelegt würde: „Teils laufen dann Kassetten von dem Kind, ähm, die Kuscheltiere sind einfach da um das Bett rum [...], aber so ein spezieller Ablauf, [...] das gibt es nicht. Weil jedes Kind individuell ist.“³

3.3.4.3 Das Fenster öffnen

Auch der Brauch, das Fenster im Zimmer des Verstorbenen zu öffnen, hatte für mehrere Pflegekräfte eine große Bedeutung. So erklärte eine Schwester, dass es für sie wichtig war, „dass man das Fenster aufgemacht hat, in diesem alten Glauben, die Seele kann dann raus und so. Wobei [...] das aber [...] für mich [...] auch, glaube ich, ein Bedürfnis war. Also, in einem geschlossenen Raum, hab ich mich dann auch nicht wohl gefühlt. Aber ich weiß gar nicht warum.“⁴

3.3.4.4 Andere

Einzelne Schwestern beschrieben, dass es ihnen helfen würde, wenn sie bei der Versorgung der Verstorbenen mit diesen reden würden „als ob sie quasi noch da sind. [...] dann ist es meist für

¹ Interview 26, Absatz 17

² Interview 9, Absatz 21

³ Interview 18, Absatz 21

⁴ Interview 3, Absatz 25

mich leichter [...]. Ich würd mir blöd vorkommen, wenn ich da auf einmal nur an denen rumrupfe und nix dazu [sage].“¹

Auf einer onkologischen Station der Inneren Medizin hat das Pflegepersonal ein Trauerbuch angelegt, in das jedes Teammitglied seine Gedanken über den verstorbenen Patienten eintragen kann.

Auf zwei weiteren Stationen ist es üblich, dass die Pflegkräfte Trauerkarten an die Angehörigen schreiben und auch zum Teil auf die Beerdigung des verstorbenen Patienten gehen.

3.3.5 Ausgleich finden und zur Ruhe kommen

Der größte Teil der befragten Pflegenden war der Ansicht, dass es unerlässlich sei, einen guten Ausgleich zum beruflichen Alltag zu haben, insbesondere im Umgang mit Tod und Sterben. Auf diese Weise könne man abschalten und wieder auf andere Gedanken kommen. Ein Pfleger fasste dies folgendermaßen zusammen: „Ich glaub, dass es wichtig ist, [..] nen, [..] Gegenspieler zu dem Berufsbild zu haben [...], gerade wenn man sich mit Sterbenden und Patiententod auseinandersetzt [...]. Und wenn man da nicht den Gegenspieler hat, dann kommt man aus dem Gleichgewicht und dann wird man diese Situation auch nicht meistern und wird dann entweder daran erkranken oder ungerecht werden oder ausgebrannt werden, wie auch immer.“²

3.3.5.1 Sport, Hobbys

Knapp die Hälfte der Interview-Partner erklärte, dass ihnen Sport am besten dabei helfe, wieder auf andere Gedanken zu kommen: „Wenn’s ganz schlimm ist, geh ich gleich joggen, aber dann ist mein Kopf wieder frei.“³

Auch andere Hobbys, wie Musik hören, lesen, malen oder musizieren, wurden in diesem Zusammenhang genannt.

3.3.5.2 Stabiles soziales Umfeld

Des Weiteren betonten viele der Befragten, dass ein stabiles soziales Umfeld sehr wichtig sei, um den notwendigen Ausgleich zu finden: „man braucht einen unheimlich festen Freundeskreis, eine

¹ Interview 11, Absatz 21

² Interview 10, Absatz 58

³ Interview 11, Absatz 55

Familie, die fest ist, ähm, Freizeit, die fest ist, [...] damit das ganze Leben [...] sich nicht mit Station einfach nur [...] verbindet und das ausmacht.“¹

3.3.5.3 Abschalten auf dem Heimweg

Ein Viertel des Pflegepersonals beschrieb, das sich der Heimweg besonders gut dazu eigne, um mit den Erlebnissen im Umgang mit sterbenden Patienten abzuschließen. In dieser Zeit könne man das Geschehene reflektieren und seine Gedanken ordnen: „Ich hab einen relativ weiten Nachhauseweg. [...] danach hab ich wieder einen klaren Kopf. [...] die Zeit brauch ich auch. Und ich glaub, für mich wär's gar nicht so gut, wenn ich so nah an der Klinik wohnen würde. Also, das ist für mich so was, wo ich dann .. klar Schiff mache in der Zeit.“²

3.3.5.4 Sich zurückziehen

Für einige Pflegekräfte ist es nach eigenen Angaben auch wichtig, sich nach dem Tod eines Patienten erst einmal zurückzuziehen und zur Ruhe zu kommen, entweder kurz auf Station oder später zu Hause. So erklärte eine Krankenschwester: „Ich brauch meine Ruhe. [...] Ich merk das irgendwie vom Körper her. Das ist ganz anders. Das ist nicht wie nach dem schweren Dienst, wo wirklich viel zu tun war. Sondern einfach, das ist ein .. ich weiß nicht, wie ich's beschreiben soll, das ist, ähm, das belastet einen und das nimmt auch einem die Kraft.“³

3.3.6 Den Tod akzeptieren

Besonders bedeutsam war für mehr als ein Drittel der Befragten auch die im Laufe des Berufslebens gewonnene Erkenntnis, „dass der Tod wirklich zum Leben gehört und dass das [...] [nichts] Ekliges und Schreckliches oder was Ansteckendes und Beunruhigendes ist. Das ist einfach eine Tatsache. Wenn jemand krank [...] und alt ist [...], dass man dann halt auch mal stirbt.“⁴

Doch nicht nur bei älteren Patienten sei es notwendig, den Tod als Bestandteil des Lebens zu akzeptieren, sondern auch bei Kindern. So beschrieb eine Schwester der Pädiatrie, wie sie damit umgeht, wenn einer ihrer jungen Patienten stirbt: „Das Kind hatte die Chance zu leben und es hatte einfach nur die Chance, so lange zu leben.“⁵ Sie erklärte, dass man irgendwann aufhören müsse, darüber nachzudenken, warum dieses Kind sterben musste: „Irgendwann ist es gut.

¹ Interview 18, Absatz 33

² Interview 24, Absatz 65

³ Interview 9, Absatz 75

⁴ Interview 3, Absatz 63

⁵ Interview 18, Absatz 23

Irgendwann muss man es stehen lassen, weil sonst ist das ein Kreislauf und man dreht sich immer, immer drumrum.“¹

3.3.7 Gute Begleitung des Patienten in der Sterbephase

Das Gefühl, einen Patienten in seiner Sterbephase gut begleitet zu haben, schätzte mehr als ein Drittel der Interview-Partner als hilfreich bei der Verarbeitung eines solchen Erlebnisses ein. Ein Pfleger schilderte eine Situation, die ihm besonders gut im Gedächtnis geblieben war: „Ich hab einmal mit Angehörigen [...] getrauert, da war eine Seelsorge dabei, da waren wir alle um's Bett gestanden, haben noch ein Abschluss-Gebet gesprochen, haben der Patientin die Hand gehalten, da waren so richtig alle, die sie betreut haben [...] dabei. Das war sehr herzlich. Und war ein richtig schöner Abschied [...] ich hab das dann sofort verarbeiten können.“²

Eine Kollegin erklärte dementsprechend, dass man nach dem Tod eines Patienten zwar „erst mal schockiert ist und dann sich aber sagt, wir haben wirklich alles getan, was in unserer Macht stand, ja. Und einen das dann wieder aufbaut.“³ Hätte man jedoch das Gefühl, dass der Patient in seiner Sterbephase nicht ausreichend begleitet wurde, „dann grübelt es eigentlich immer im Kopf, [...] dann ist man irgendwie unzufrieden. Und dann geht man auch unzufrieden nach Hause.“⁴

3.3.8 Religion

Ein Drittel der Befragten gab auch an, dass für sie das Thema Religion bei der Bewältigung von durch Tod eines Patienten ausgelösten Trauererfahrungen eine Rolle spiele. Insbesondere der Glaube an die Unsterblichkeit der menschlichen Seele war für viele Pflegekräfte von großer Bedeutung: „für mich steht [...] vom christlichen Punkt her ein Weiterleben nach dem Tod da. [...] das ist meine Hoffnung und mein Licht, was ich dann seh, sonst, glaub ich, könnte ich damit auch nicht so ohne weiteres umgehen.“⁵ Vor allem wenn der Tod eines Patienten besonders ungerecht und sinnlos erscheine, wie zum Beispiel der eines Kindes, helfe es, sich einer höheren Instanz anzuvertrauen: „Und da hilft mir echt nur beten und abgeben und sagen: ‚Herr, du hast das Leben geschenkt und du nimmst es.‘“⁶

¹ Interview 18, Absatz 73

² Interview 23, Absatz 53-55

³ Interview 19, Absatz 81

⁴ Interview 13, Absatz 41

⁵ Interview 21, Absatz 61

⁶ Interview 18, Absatz 43

3.3.9 Emotionen zulassen

Ein weiteres Drittel des Pflegepersonals stellte fest, dass es auch helfe, seine durch den Tod eines Patienten ausgelösten Emotionen zuzulassen. Bisweilen sei dies unvermeidbar, denn „manche Sachen gehen halt einfach unter die Haut. Das gehört dazu.“¹

Gerade in einer solchen Situation sei es wichtig, dass „man irgendwie ehrlich zu sich selber ist [...]. Und dass man [...] auch weinen darf [...]. Und dass man auch sagen kann: ‚Ja, und ich bin grad wütend‘, oder: ‚[...] ich versteh’s nicht und das ist ja so ungerecht.“² Darüber hinaus sei es auch notwendig, den eigenen Gefühlen Beachtung zu schenken, um nicht im Laufe des Berufslebens gleichgültig zu werden: „Ein bisschen muss ich es in mich rein lassen. Wenn ich es ganz von mir abblock, dann .. dann fühl ich nichts mehr. Ich muss [...] Traurigkeit für mich zulassen für diese Zeit.“³

3.4 Ausbildung und Fortbildung zum Thema „Tod und Sterben“

3.4.1 Ausbildung zum Thema „Tod und Sterben“

3.4.1.1 Vorhandensein, Gestaltung und Inhalte

Der größte Teil der Interview-Partner erklärte, dass das Thema „Tod und Sterben“ im Rahmen ihrer Krankenpflegeausbildung behandelt wurde, während nur ein Fünftel der Befragten angab, dass diese Problematik keine Rolle spielte. Auffällig war, dass dieser Teil der Pflegenden bis auf eine Ausnahme mehr als fünfzehn Jahre Berufserfahrung hatte. Dementsprechend vermutete ein Pfleger, dass die Bedeutung dieser Fragestellung in der Ausbildung heutzutage wesentlich größer ist: „In der damaligen Zeit, wo ich Ausbildung gemacht hab, gab’s da so gut wie nichts. Das war schlichtweg ne andere Zeit, muss man wirklich auch sagen. Die Themen sind erst nach und nach auch aufgegriffen worden, auch in ihrer Wichtigkeit dargestellt. Früher ist man da in der Ausbildung ziemlich drüber weggegangen.“⁴

In der Gestaltung des Unterrichts zeigten sich einige Unterschiede. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte nahm an einem von der Schule ausgerichteten zwei- bis fünftägigen Sterbeseminar teil. Dieses fand außerhalb des regulären Schulbetriebs auf einer Hütte, in einem Kloster oder

¹ Interview 24, Absatz 53

² Interview 15, Absatz 49

³ Interview 21, Absatz 59

⁴ Interview 6, Absatz 25

einem Landschulheim statt, wo die Gruppe auch übernachtete. Der Unterricht wurde hier nicht nur von Lehrern der Krankenpflegeschule übernommen, sondern auch von Geistlichen, Theologen und Psychologen. In Rollenspielen, Gesprächskreisen, Workshops und Diskussionsrunden wurden verschiedene Fragestellungen bearbeitet, wie z.B. die Sterbe- und Trauerphasen, die Versorgung eines sterbenden Patienten, die Beschäftigung mit dem eigenen Tod sowie die Frage nach Gott und einem Leben nach dem Tod. Auch von einem Besuch im Hospiz wurde berichtet.

Einzelne Pflegekräfte erzählten dagegen, dass das Thema „Sterben und Tod“ ausschließlich im normalen Unterrichtsgeschehen behandelt wurde, mehrere konnten sich an die diesbezügliche Ausbildung kaum oder gar nicht erinnern.

3.4.1.2 Anwendung des Gelernten in der Praxis

Was die Anwendung des in Sterbeseminaren oder im Unterricht erworbenen Wissens in der Praxis betrifft, waren die Befragten geteilter Meinung. So bewerteten viele die Auseinandersetzung mit theoretischen Hintergründen, der eigenen Sterblichkeit und Trauer sowie die praktischen Hinweise zum Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen als durchaus positiv und hilfreich im Berufsleben. Einige empfanden es als besonders wichtig, in dieser Lebensphase überhaupt einmal mit dem Thema konfrontiert zu werden, denn „normal, wenn man halt so jung ist, würde man sich nicht so Gedanken darüber machen.“¹

Genauso viele schätzten die Praktikabilität des Erlernenen aber eher gering ein: „Es war eine schöne Idee, denke ich, es war auch gut, sich damit auseinander zu setzen, aber es geht an der alltäglichen Praxis komplett vorbei.“² Eine Schwester begründete diese Einschätzung folgendermaßen: „Ich glaub, das war zu weit weg [...] da hatte ich selten mit Sterbenden zu tun und dann glaub ich, durch den ganzen Stress von der Ausbildung, wird das eher in Vergessenheit geraten. Ich glaub, wenn ich jetzt noch mal so was machen würde, würde es mir mehr bringen.“³

3.4.1.3 Ausbildung durch erfahrene Kollegen

Das Unterrichtsangebot der Pflegeschule in Bezug auf sterbende und tote Patienten wird durch die Ausbildung durch erfahrene Kollegen im Klinikalltag ergänzt. Der größte Teil der Interview-Partner zeigte sich mit deren Hilfestellung zufrieden, wie auch dieser Pfleger aus der HNO: „Man hat natürlich dann sich an seine Kollegen gewandt und, ähm, ja, aber es war insgesamt schon jetzt so,

¹ Interview 5, Absatz 27

² Interview 2, Absatz 33

³ Interview 22, Absatz 25

dass man da nicht so ins kalte Wasser geschubst wurde. Also es war schon etwas einfühlsamer, sag ich mal.“¹

Einzelne Befragte hatten jedoch auch negative Erfahrungen gemacht. So schilderte eine Pflegekraft einer chirurgischen Intensivstation folgende Situation: „Ich hab das erwähnt, meinen Kollegen gegenüber, dass das jetzt der erste Tote war. Und dann wurde halt nur gesagt: ‚Na ja, das wird ja nicht der einzige sein.‘“²

Grundsätzlich erklärten sich aber fast alle Pflegekräfte bereit, Schülern beim Umgang mit diesem Thema ihre Hilfe anzubieten. Von großer Bedeutung sei es dabei vor allem, dem Betroffenen Verständnis entgegen zu bringen und Rückhalt zu bieten.

Nur eine Schwester einer chirurgischen Intensivstation hielt „es für sehr schwierig, da einen Schüler mit einzubeziehen. Weil ich denk, man merkt das auch nicht mehr, was man da manchmal so von sich gibt. Und ich denk, das kann sehr schockierend sein für jemand, der jetzt achtzehn Jahre ist.“³

In den Interviews wurden verschiedene Vorschläge gemacht, wie eine solche Hilfestellung aussehen könnte. Fast alle hielten es für wichtig, dem Betroffenen ein Gespräch anzubieten oder auch einfach nur zuzuhören. Phrasen wie „Das ist natürlich, jeder muss sterben“⁴ sollten dabei vermieden werden. Viele Befragte würden zunächst von eigenen Erfahrungen berichten, andere würden empfehlen, sich mit dem Thema aktiv auseinanderzusetzen, evtl. auch mit Hilfe von Literatur oder Fortbildungen. Ein Kollege riet dagegen, das Thema erst einmal zu meiden. Weitere Pflegende hielten es für wichtig, eine gewisse Distanz zum Patienten zu wahren und das Thema Tod auch irgendwann für sich abzuschließen.

Mehrere Befragte gaben an, sie würden professionelle Hilfe von Psychologen oder Geistlichen hinzuziehen, wenn sie sich selbst nicht imstande sähen, dem Schüler zu helfen.

Eine weitere Möglichkeit, die mehrere Pflegekräfte vorschlugen, um einen jungen Kollegen an das Thema Tod heranzuführen, war die gemeinsame Versorgung eines verstorbenen Patienten. Ein Pfleger schilderte dies wie folgt: „Das war immer .. also so am Anfang grad so diese Hemmschwelle, da ist jetzt jemand gestorben. Ne Leiche, und dann diese Leiche auch noch fertig machen. Also quasi, äh, betten und frisch machen und das Ganze. Und das ist ja schon krass. Und dann, äh, hab ich einfach irgendwie gemerkt, dass durch das Tun und das Darüber-Reden, vorher,

¹ Interview 7, Absatz 21

² Interview 23, Absatz 33

³ Interview 16, Absatz 25

⁴ Interview 1, Absatz 103

währenddessen, nachher, ähm, löst sich vieles von alleine.“¹ Allerdings sei es dabei wichtig, den betreffenden Schüler zu nichts zu zwingen und entsprechende Rückzugsmöglichkeiten zu bieten.

3.4.1.4 Verbesserungswünsche zur Ausbildung

Viele Pflegekräfte wünschten sich eine bessere, intensivere Vorbereitung auf den Umgang mit sterbenden Patienten im späteren Berufsleben. Ein Befragter sah die Ursache für die geringe Bedeutung dieses Themas in der Ausbildung darin, dass „eher so der lebende Patient als der gestorbene [zählt], der praktisch als Niederlage oder Verlust empfunden wird oft auch. Dem wird da weniger Zeit gewidmet.“²

Insbesondere die Hoffnung auf einen stärkeren Praxisbezug wurde mehrfach zum Ausdruck gebracht. Um dies zu erreichen, könne z.B. die Betreuung der Schüler durch Mentoren und erfahrene Kollegen erweitert werden. Außerdem wurde die Schulung durch Personen gewünscht, die selbst Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt haben. So schlug ein Pfleger vor, „dass man mal in Leidhäuser geht oder in .. in Hospize. [...] nicht jetzt, um Patienten im Sterbeprozess zuzukucken, sondern mehr um .. um einen Gesprächszirkel zu haben. Mit Leuten, die eigentlich täglich damit umgehen, ne.“³

Auch eine stärkere Beschäftigung mit verschiedenen Kulturen und Religionen speziell in Bezug auf das Thema Tod und Sterben wurde gefordert, „um halt auch einfach da niemandem auf die Füße zu treten.“⁴

Im Hinblick auf die Form des Unterrichts vertraten die Interview-Partner verschiedene Ansichten. Einige Pflegekräfte hielten ein Sterbeseminar für den geeigneten Weg, sich mit dieser Fragestellung zu beschäftigen, wie folgende Aussage verdeutlicht: „es war ne andere Atmosphäre als so im normalen Unterricht [...]. Man hat sich da doch so ein bisschen fallen lassen und sich so mit der .. mit der Materie mal auseinander setzen können, was ja doch so im Alltag immer so ein bisschen schnell irgendwie abgehandelt wird. Ähm, da kam man dann auch so mit seinen Mitschülern ein bisschen näher irgendwie so ins Gespräch und konnte sich damit mal einfach, ja, besser auseinander setzen, als das irgendwie so normalerweise der Fall war.“⁵

Andere waren dagegen der Auffassung, man solle das Thema über einen längeren Zeitraum immer wieder einfließen lassen, anstatt es aus dem normalen Unterrichtsgeschehen zu verbannen: „ich [...] denke, dass sich auch die Ausbildungsstelle für die .. für die Krankenpflege auf diesen Termin

¹ Interview 25, Absatz 77

² Interview 10, Absatz 23

³ Interview 4, Absatz 35

⁴ Interview 7, Absatz 25

⁵ Interview 7, Absatz 21

sozusagen rettet. [...] Da gibt es eben diesen Raum, diesen Ort, diese Zeit, ähm, da wird das thematisiert [...] und das war's dann auch.“¹ Außerdem sah eine Kollegin in dieser Unterrichtsform folgendes Problem: „Mit dieser Hütte, Sterbeseminar, ist alles schön und recht, aber ich glaub, das überlagert letztendlich den Inhalt der Sache. Also ich kann Ihnen noch sagen, wo die Hütte war, ich kann noch sagen, dass wir Donnerstag Freitag waren, ich kann Ihnen noch sagen, wie die Zimmer ausgesehen haben, wie das Essen war, aber, ähm, nichts vom Inhalt.“²

Des Weiteren erhofften sich einzelne Befragte mehr Hinweise bezüglich der Verarbeitung von Trauererfahrungen. Es solle stärker berücksichtigt werden, „dass wir nicht mehr nur so arbeiten, dass wir auch eine Seele haben.“³ Ein Pfleger betonte diesbezüglich aber auch: „Jeder muss für sich selber den Weg finden. Man kann verschiedene Möglichkeiten vorgeben. Welchen Weg man persönlich geht, ist, glaub ich, sehr individuell.“⁴

3.4.2 Fortbildung

3.4.2.1 Wahrgenommene Fortbildungsangebote

Knapp ein Fünftel der Befragten erklärte, auch nach Abschluss der Ausbildung an Seminaren oder Fortbildungen zum Thema „Tod und Sterben“ teilgenommen zu haben. Diese fanden im Rahmen einer Weiterbildung (Onkologie, Palliative Care), als innerbetriebliche Fortbildung für das Pflegepersonal oder auch direkt auf Station statt und wurden von den Teilnehmern durchweg sehr positiv bewertet.

3.4.2.2 Verbesserungswünsche zur Fortbildung

Viele Interview-Partner wünschten sich daher auch ein größeres Angebot an Fortbildungen auf diesem Gebiet.

Insbesondere eine gemeinsame Veranstaltung mit den ärztlichen Kollegen wurde mehrfach gewünscht. Ein Pfleger vermutete, „dass das im Medizinstudium nicht stattfindet und wahrscheinlich auch nicht danach. Und das wär so'n .. ich glaub dass das auch ne interdisziplinäre

¹ Interview 4, Absatz 29

² Interview 1, Absatz 43

³ Interview 9, Absatz 95

⁴ Interview 6, Absatz 27

Fortbildung sein könnte, wo Arzt und Pflege sich austauschen kann, gegenseitig befruchtet, das wär ne sinnvolle Situation.“¹

Andere forderten sogar die Einführung einer verpflichtenden Fortbildung mit folgender Begründung: „Man muss zur Rea-Fortbildung, man muss zur Brandschutz-Fortbildung, aber das find ich ein genauso wichtiges Thema.“²

Auch die oft eingeschränkten Möglichkeiten, an mehrtägigen Seminaren teilzunehmen, wurden kritisiert: „Zwei Tage ist schon immer relativ viel und wenn dann nur ein Kollege gehen kann, dann weiß der viel mehr, aber der Rest der Station nicht unbedingt.“³ Deshalb erhofften sich einige auch kürzere Seminare oder Vorträge, eventuell direkt auf Stationen, auf denen besonders viele Patienten versterben. Als weitere Möglichkeit, das Thema unmittelbar auf der betroffenen Station aufzuarbeiten, wurden Fallbesprechungen oder Supervisionen vorgeschlagen, „wo dann mal so ne Runde, äh, ist, die dann einfach .. die den Patienten betreut hat und sich einfach mal austauscht. Was ist gut gelaufen, was ist schlecht gelaufen. Wer .. wie fühlt jeder und .. so was würd ich gern begrüßen unter natürlich .. unter .. unter ner professionellen Leitung.“⁴

3.5 Umgang mit anderen am Sterbeprozess Beteiligten

3.5.1 Angehörige

3.5.1.1 Umgang mit Angehörigen

Ein Viertel der Pflegekräfte erklärte, keine Probleme beim Umgang mit Angehörigen von sterbenden Patienten zu haben. Eine Schwester einer onkologischen Kinderstation beschrieb, dass sich Angehörige und Pflegenden in einer solchen Situation sogar gegenseitig Kraft geben können: „Bis ein Kind stirbt, hat man eine unheimliche Beziehung zueinander aufgebaut [...] es ist ein Durch-Tragen miteinander. [...] Weil da ist in dem Moment so eine Hilflosigkeit da, wo man einander einfach Stütze gibt.“⁵ Mehrere Interview-Partner berichteten von ähnlichen Erfahrungen und bemerkten, dass sich ein harmonisches Miteinander mit den Angehörigen so auch positiv auf die Bewältigung der eigenen Trauer auswirken kann.

¹ Interview 10, Absatz 50

² Interview 13, Absatz 69

³ Interview 13, Absatz 81

⁴ Interview 23, Absatz 75

⁵ Interview 18, Absatz 49-51

Knapp ein Viertel der Befragten meinte dagegen, dass ihnen der Umgang mit den Angehörigen immer schwer falle. Ein Pfleger einer HNO-Wachstation machte dies folgendermaßen deutlich: „dieses Klammern so ein bisschen, von dem Angehörigen. [...] Das ist einfach unheimlich schwierig, sich auch dem Ganzen zu entziehen [...] Und dann merkt man schon den Unterschied, hab ich jetzt einfach nur gearbeitet oder hab ich, ähm, so’n Fall in meinem Tag mit drinne gehabt, [...] dass man das Gefühl hat, man hat irgendwie doppelt so viel gearbeitet. Also, es ist einfach sehr .. sehr .. körperlich nicht anstrengend, aber psychisch enorm belastend. [...] Ist eigentlich wirklich schwieriger [...] als die Patienten selber zu versorgen.“¹

Einzelne Kollegen erklärten sogar, aus diesem Grund den Kontakt mit den Angehörigen gezielt zu vermeiden: „Also ich selber drück mich gern davor. Ich biet dann halt höchstens, wenn sie dann halt am Bett sitzen irgendwie Kaffee, was zum Trinken und so und .. Aber so, dass ich jetzt da über den Patient selber rede oder .. das mache ich eigentlich nicht. Da geh ich aus dem Weg dann.“² Es sei auch nicht Aufgabe der Pflegekräfte die Angehörigen „da zu begleiten. Also, ich mein dafür bin ich auch nicht ausgebildet irgendwo.“³

Der übrige Teil der Interview-Partner, also mehr als die Hälfte, gab an, dass ihnen der Umgang mit den Angehörigen nur manchmal schwer falle, abhängig von der jeweiligen Situation. Für viele Befragte ist es immer dann besonders problematisch, wenn die Angehörigen den baldigen Tod des Patienten nicht akzeptieren können: „Was mir schwer fällt, ist einfach so dieses, ähm, Nicht-Wahrhaben-Wollen von Seiten der Angehörigen. [...] so die .. die Gratwanderung, ähm, zwischen Hoffnung nehmen und einfach ranführen, was jetzt Tatsache ist.“⁴

Auch Unstimmigkeiten zwischen Ärzten und Pflegenden bezüglich der Therapie des sterbenden Patienten würden den Umgang mit den Angehörigen erschweren. Dasselbe gilt für eine eigene emotionale Beteiligung, denn diese müsse dann vor den Angehörigen verborgen werden: „Wir sind auch traurig und wir müssen trotzdem, ähm, ja, so ruhig bleiben und das ist immer so ein schlimmer Moment. Wenn die .. die Verwandten kommen.“⁵

Von Vorteil sei dagegen eine gute Beziehung zu den Angehörigen, denn „wenn ich sie dann gut kenn, hab ich [...] die Möglichkeit besser auf sie einzugehen und sie besser zu trösten.“⁶

Ein weiterer wichtiger Punkt, der viele Interview-Partner beschäftigte, war die Kommunikation mit den Angehörigen. So empfand mehr als ein Drittel der Pflegenden eine große Unsicherheit

¹ Interview 7, Absatz 45-47

² Interview 17, Absatz 53

³ Interview 15, Absatz 55

⁴ Interview 26, Absatz 51

⁵ Interview 12, Absatz 45

⁶ Interview 19, Absatz 61

darüber, was man den Angehörigen sagen oder wie man sich ihnen gegenüber verhalten soll. Dies verdeutlicht die folgende Aussage: „Man weiß gar nicht so richtig, was man sagen soll. Es ist dann so .. wie peinlich .. bringt man sie dann noch mehr in so ne Trauersituation rein oder redet man jetzt dummes Zeug und so .. wie weit kann man da überhaupt als Schwester mit ihnen reden.“¹

3.5.1.2 Verbesserungswünsche zur Ausbildung im Umgang mit Angehörigen

Dementsprechend wünschten sich mehrere Befragte, dass das Thema „Angehörigenbetreuung“ auch in der Krankenpflegeausbildung eine größere Rolle spielt, um dieser bei vielen vorhandenen großen Unsicherheit entgegenzuwirken. Zusätzlich wurden Seminare für diejenigen gefordert, die besondere Schwierigkeiten auf diesem Gebiet haben.

Einzelne hielten solche Maßnahmen jedoch für überflüssig, da dies abhängig von der Persönlichkeit des Pflegenden wäre und somit auch nicht beeinflussbar; außerdem seien nicht alle Stationen so stark mit dem Thema Tod konfrontiert.

3.5.1.3 Verbesserungswünsche für Angehörige

Auch in der Betreuung der Angehörigen besteht nach Meinung der Befragten Verbesserungsbedarf. Dementsprechend forderten Sie vor allem eine frühere und bessere Aufklärung über den Zustand des Patienten, sowie eine intensivere Trauerbegleitung. Es sei „pflegerische wie ärztliche Aufgabe auch, da aktiv auf die Angehörigen zuzugehen.“² Jedoch fehle sowohl den Ärzten als auch der Pflege meist die Zeit, „die Angehörigen da mit einzubringen und anzuleiten. Weil es einfach ein Zeitaufwand ist. Und das würd ich mir manchmal schon auch wünschen, dass es mal anders ist.“³

Zusätzlich wurde der Wunsch nach einem verstärkten Angebot zur Trauerbegleitung durch speziell geschultes Fachpersonal, z.B. Psychologen und Seelsorger, geäußert.

Außerdem sollten Angehörige auch über die zu erledigenden Formalitäten, z.B. bezüglich Überführung und Bestattung des Toten besser informiert werden, denn dies falle ihnen in der Trauersituation meist besonders schwer und Ärzte und Pflege seien oft nur unzureichend informiert. Dies könne eventuell mittels eines Merkblatts geschehen.

Ein Pfleger machte des Weiteren deutlich, „dass es auf keinen Fall sein kann, dass ein sterbender Patient eben nur zur Besuchszeit besucht“ werden darf, auch auf Intensivstation. Die für den

¹ Interview 3, Absatz 59

² Interview 10, Absatz 56

³ Interview 13, Absatz 47

Sterbenden und dessen Angehörige zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten wurden ebenfalls mehrfach kritisiert (siehe Punkt 3.6.2).

Verschiedene Pflegekräfte der Strahlenheilkunde, der Pädiatrie sowie der neurologischen Intensivstation zeigten sich jedoch zufrieden mit der Qualität der Angehörigenbetreuung auf ihren Stationen und sahen kaum Verbesserungsbedarf, wie auch dieser Pfleger der Strahlenheilkunde: „Ich find das hier, in unserer Abteilung, läuft das recht gut, also durch, ähm, Sozialarbeiter, die wir hier im Haus haben, ärztliches Team, Pflege, ähm, Seelsorger, Tumorzentrum, wo beraten wird.“¹

3.5.2 Ärztliche Kollegen

3.5.2.1 Kommunikation und Zusammenarbeit in Bezug auf sterbende Patienten

Mehr als die Hälfte der Befragten äußerte sich kritisch über die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen in Bezug auf sterbende Patienten und Todesfälle.

So beschrieben die meisten Interview-Partner ihre ärztlichen Kollegen zwar als fachlich kompetent beim Umgang mit dem Tod eines Patienten, doch die Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal in diesem Zusammenhang schätzten sie dagegen eher als schlecht ein. Eine Pflegekraft empfand die Zusammenarbeit mit den Ärzten als „rein medizinisch“²; eine Kollegin meinte: „das sind zwei verschiedene Welten, wo auch nicht gemeinsam mal gesagt wird: ‚So, und darüber reden wir jetzt.‘ [...] gesprochen mit den Ärzten oder so wird nie.“³

Einige der Befragten vermuteten, dass dieser Mangel an Kommunikation darin begründet sei, dass „Ärzte [...] Schwierigkeiten [haben] [...], solche Dinge zu thematisieren“⁴ und „mit dem [Thema] nicht umgehen [können und dass dann] [...] das Medizinische eher in den Vordergrund [tritt].“⁵

Des Weiteren fühlten sich mehrere Pflegekräfte allein gelassen, wenn es um die Versorgung eines verstorbenen Patienten und die Betreuung der Angehörigen gehe. Die Ärzte würden dies mehr als „Pflichtübung“⁶ betrachten und zu wenig Zeit und Engagement aufbringen, um das Pflegepersonal hier angemessen zu unterstützen. Eine Schwester schilderte das Verhalten ihrer ärztlichen Kollegen wie folgt: „Das ist immer ein Problem [..], die Ärzte, die kommen da und die sind zwei Minuten da. Die schauen sich die Patientin an, füllen die Papiere aus und dann sind sie

¹ Interview 14, Absatz 23

² Interview 1, Absatz 67

³ Interview 13, Absatz 19

⁴ Interview 1, Absatz 105

⁵ Interview 6, Absatz 43

⁶ Interview 3, Absatz 53

verschwunden. Und der Rest, also die anderen Sachen, dann stehen wir alleine da.“¹ Daher wünschte sie sich, „dass die [...] sich ein bisschen mehr Zeit nehmen, wenn eine Person stirbt“ und „mehr Interesse zeigen und dass die uns nicht allein lassen da, wenn so was passiert“, denn sie hatte auch schon folgende Erfahrung machen müssen: „ich hab schon Ärzte [...] angepiepst nachts und hab gesagt: ‚Die Patientin ist gerade gestorben‘, und ich hab als Antwort gekriegt: ‚Ach ja, da kann nichts mehr passieren, dann komm ich erst morgen früh für die Papiere.‘ Und also das .. das sind so Situationen, wo ich kein Verständnis dafür habe.“²

Ein Kollege bemerkte, dass Ärzte „oft [...] mehrfach drauf hingewiesen werden [müssen], dass sie die Angehörigen anrufen“ und auch Schwierigkeiten mit der Erledigung der notwendigen Formalitäten haben: „Das kriegen sie irgendwie nicht gebacken, diese blöden Formulare auszufüllen. Und das .. das nervt dann einfach.“³

Knapp die Hälfte der Befragten äußerte sich jedoch positiv über die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den ärztlichen Kollegen. Ein Pfleger hatte die Erfahrung gemacht, dass „wenn die Pflegeseite sich der ärztlichen Seite öffnet und [auf sie] zugeht und fragt und die Situation auch einfach schildert [dass sie] [...] dann [...] auch ernst genommen“⁴ wird.

Insbesondere auf pädiatrischen Stationen empfanden die Befragten das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflege als besonders gut. Eine Krankenschwester begründete dies damit, „dass da [...] so dieses Miteinander [...] von Pflege- und Ärzteteam, [...] auf einer pädiatrischen Station irgendwie glaube ich, ja, wie intensiver oder, [...] näher einfach dran ist. Weil man viel über Emotionen, Gefühle und [...] die psychosozialen Aspekte halt einfach reden muss.“⁵ Auch die Pflegekräfte der Strahlenheilkunde schätzen die Zusammenarbeit als gut ein.

Eine Schwester der Gynäkologie zeigte sich ebenfalls zufrieden: „die sind ja so wie wir, wir von der Pflege, die von der ärztlichen Seite sind ja auch beteiligt, die sind ja auch immer dabei. Wir pflegen, die therapieren, die helfen auf andere Art und Weise [...] und geben alles und [...] die stehen auch da: ‚Und [...] was machen wir jetzt?‘ Ja, und das .. da gehen wir alle raus und egal wer das jetzt ist, sitzen wir erst mal und überlegen mal, ne. Und dann sprechen wir erst mal drüber, ne. Und die sind auch schon traurig, also, das ist .. ich hab noch keinen erlebt, der das einfach ignoriert hat.“⁶

¹ Interview 12, Absatz 41

² Interview 12, Absatz 43

³ Interview 24, Absatz 39

⁴ Interview 2, Absatz 63

⁵ Interview 15, Absatz 43

⁶ Interview 9, Absatz 55

Insgesamt wünschen sich viele Pflegekräfte eine „größere Vernetzung zwischen Ärzten und Pflege“¹ und eine bessere Kommunikation, weil „man [...] teils einfach oft nicht mit[kriegt], was Ärzte untereinander managen, was die miteinander besprechen, was für Befunde rauskommen.“²

3.5.2.2 Uneinigkeit über die Einstellung der kurativen Therapie eines schwerkranken Patienten

Ein weiterer Punkt, der in den Interviews besonders oft erwähnt wurde, war die Uneinigkeit zwischen Ärzten und Pflegekräften darüber, wann die kurative Therapie eines schwerkranken Patienten eingestellt werden sollte, um diesem ein humanes Sterben zu ermöglichen. Ein Pfleger beschrieb dies so: „in diesen Sterbeprozessen, gibt’s manchmal recht heftige Reibereien, was zu tun ist bei dem Patienten, der jetzt gerade stirbt. Da gibt es ganz andere Ansichten. Die stehen oft einmal diametral einander gegenüber.“³

Insbesondere auf den Intensivstationen der Chirurgie, der Inneren Medizin und der Neurologie, sowie auf Onkologischen Stationen und in der Strahlenheilkunde scheint dies ein großes Problem zu sein. Eine Schwester erzählte, dass sich das Pflegepersonal oft fragen würde: „warum wird denn der mit 94 noch so groß operiert. Da fehlt einfach für uns schon oft das Verständnis. Und die Ärzte sehen das einfach anders. Und dann baut sich dieser Frust schon so ein bisschen auf. [...] Und je nachdem, wie der Patient dann verstorben ist, wird man dann schon auch wütend über eine Situation, wo man denkt, das hätte doch jetzt nicht sein gemusst. Hätte man den Patienten rechtzeitig heimgeschickt, wäre er in Ruhe gestorben.“⁴

Über die Ursachen dieses Verhaltens ihrer ärztlichen Kollegen äußerten die Befragten verschiedene Vermutungen. So glaubten die Pflegekräfte, dass „Ärzte [...] sich schwer trennen [können] von einem Patienten, von ihrer Therapie [...] obwohl die ganze Sache [...] schon verloren ist“⁵ und den Tod eines Patienten als „Niederlage“⁶ auffassen würden. Eine Schwester der Chirurgie formulierte dies wie folgt: „in der Chirurgie [...] da stirbt man nicht so einfach [...] da ist Sterben nicht so einfach hinzunehmen.“⁷ Außerdem nahmen die Interview-Partner an, dass der Tod eines Patienten oft zur „Angehörigen-Beruhigung“⁸ hinausgezögert wird.

Auch die Hierarchie innerhalb des Ärzteteams führt nach der Auffassung mehrerer Pflegekräfte zu einer unnötig langen kurativen Therapie eines schwerkranken Patienten. Insbesondere

¹ Interview 1, Absatz 105

² Interview 18, Absatz 47

³ Interview 4, Absatz 27

⁴ Interview 13, Absatz 19

⁵ Interview 23, Absatz 49

⁶ Interview 10, Absatz 48

⁷ Interview 21, Absatz 45

⁸ Interview 22, Absatz 71

Assistenzärzte hätten es demnach „nicht leicht, weil die halt immer die Absegnung [...] vom Oberarzt brauchen“¹ und von diesem auch bewertet würden und dadurch „einfach auch erpressbar“² seien.

Zusätzlich wurde auch die Absprache innerhalb des Ärzteteams bezüglich der Therapie als sehr schlecht empfunden: „Der eine sagt: ‚Ja, das sieht ganz schlecht aus‘ und in der nächsten Schicht ist einer, der sagt: ‚Ja, also wenn wir jetzt hier noch ne Dialyse machen und dann, ähm, da noch das und das, dann könnte ja vielleicht wieder und ähm ..‘ Also wir hatten das letztens gerade wieder. Wo dann irgendwie noch Hoffnung gemacht wurde und plötzlich kam dann ein Arzt und sagte also, so sieht’s aus. Und [...] der Sohn [...] [sagte]: ‚Wie jetzt? Ich dachte, es ist schon ein Reha-Platz anberaumt und jetzt soll er plötzlich sterben?‘“³

Nach der Auffassung der Befragten beurteilen Pflegekräfte die Situation eines schwerkranken Patienten oft ganz anders, weil sie „länger am Bett“⁴ sind als ihre ärztlichen Kollegen. Sie würden es schätzen, wenn ein Arzt den Mut finden würde zu sagen „Wir machen jetzt nichts mehr“, aber dies sei „für einen Arzt ein großer Schritt.“⁵

Gleichzeitig waren sich mehrere Interview-Partner darüber bewusst, dass sie „in der glücklichen Situation [sind], das nur beurteilen [...] und nicht entscheiden zu müssen“⁶ und betonten, dass sie diese Entscheidung für die Beendigung einer lebensverlängernden Therapie auch nicht selber treffen wollten.

Deshalb wünschten sich viele Pflegekräfte von den Ärzten „das Eingeständnis, dass der Tod normal ist. Und dass es vielleicht auch einen Zeitpunkt gibt, wo man ein schönes Sterben ermöglichen sollte. Und nicht Therapie bis zur letzten Minute.“⁷ Außerdem würden sie gerne über die Gründe der Weiterführung der Therapie besser informiert werden, vielleicht in „Austausch-Runden mit den Ärzten“⁸, um Situationen wie die folgende zu vermeiden: „Man steht ganz blöd da. Und die Ärzte [...] haben oft keine Zeit für die Angehörigen. Ähm, und da sind wir die Ansprechpartner. Und dann sagt man automatisch irgendwann auch ein paar Dinge, aber manchmal möchte man am liebsten sagen: ‚ich weiß auch nicht, warum die das machen. Das bringt nichts.‘“⁹

¹ Interview 17, Absatz 49

² Interview 4, Absatz 41

³ Interview 25, Absatz 73

⁴ Interview 2, Absatz 59

⁵ Interview 14, Absatz 61

⁶ Interview 2, Absatz 59

⁷ Interview 6, Absatz 47

⁸ Interview 13, Absatz 69

⁹ Interview 13, Absatz 21

Außerdem würden es einige der Befragten begrüßen, wenn öfter „eine Ethik-Kommission mit einbezogen“¹ würde, auch auf den Vorschlag der Pflege hin. Dies würden Ärzte aber oft ablehnen.

3.5.2.3 Besondere Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit jungen Ärzten

Insbesondere bei jungen Ärzten beobachteten einige der Befragten Schwierigkeiten im Umgang mit dem Tod eines Patienten, vor allem auch mit der Einstellung der Therapie: „junge Ärzte, die haben [...] sehr große Angst, ähm, die .. die therapieren eigentlich fast bis zum Ende [...] Und so ältere Ärzte, [...] für die ist das, glaub ich, auch schon, ähm, Realität, bzw. die wissen damit gut umzugehen. Oder die sehen schon, wann das Leben ungefähr abgeschlossen ist, bzw. was man noch machen kann oder nicht.“²

Auch der Kontakt mit Angehörigen scheint für junge Ärzte besonders schwierig zu sein: „Da kommen die von der Uni, [...] sind dann hier Assistenzärzte und können mit der Situation überhaupt nicht umgehen“.³

Ein Pfleger der Intensivstation erklärte jedoch auch, dass es ihm „unheimlich Spaß“⁴ mache, „junge Kollegen [..], die hier auch eher so ins kalte Wasser fallen“⁵ zu unterstützen.

3.5.2.4 Angehörigen-Kontakt der Ärzte

Doch nicht nur junge Ärzte wurden von den Pflegekräften bezüglich des Umgangs mit Angehörigen kritisiert, sondern auch ihre erfahreneren Kollegen.

Mehrere Pflegekräfte der chirurgischen Intensivstationen, der Inneren Medizin und der Gynäkologie wünschten sich eine bessere und frühzeitigere Aufklärung der Angehörigen über den Krankheitsverlauf und den Tod: „Die Ärzte, die retten sich dann auf eine sehr sachliche Art [...]. Und dann steht die Verwandtschaft da und weiß, dass der Patient verstorben ist, aber das war es dann auch schon, ne. Und dann gibt es für den Arzt plötzlich wieder irgendein wichtiges Telefonat oder sonst was. Und dann ist dann doch die Pflege, die mit der Situation umgehen muss.“⁶

Deshalb waren viele der Befragten der Meinung, Ärzte sollten mehr Zeit in solche Gespräche investieren und „mehr auf die Angehörigen eingehen und die Angehörigen mehr mit einbeziehen und mit denen offener reden“⁷, um Situationen wie die folgende zu vermeiden: „Ich hab schon

¹ Interview 16, Absatz 43

² Interview 8, Absatz 47

³ Interview 4, Absatz 23

⁴ Interview 25, Absatz 49

⁵ Interview 25, Absatz 49

⁶ Interview 4, Absatz 23

⁷ Interview 16, Absatz 41

zwei, drei Situationen gehabt, wo wir dann reanimiert haben und dann sagten die Angehörigen, das wollten wir gar nicht mehr. Oder das wollte meine Mutter gar nicht mehr.“¹

Oft sei auch „die Bereitschaft mit den Angehörigen zu reden nicht bei allen ärztlichen Kollegen gegeben“². Eine weitere Pflegekraft vermutete dagegen, dass die Ärzte meistens aus Zeitmangel dieser Situation nicht gerecht werden könnten, „weil sie neben der Station noch nen Ambulanzdienst haben oder noch ein Labor und, und, und .. und sich vierteilen müssen.“³

Einige Interview-Partner waren jedoch mit den Angehörigen-Gesprächen ihrer ärztlichen Kollegen sehr zufrieden, insbesondere in der Pädiatrie und in der Strahlenheilkunde: „mit den Allermeisten, ähm, find ich die Zusammenarbeit gut, weil die einen unterstützen einfach auch, auch mit dem Gespräch mit den Angehörigen und von daher gibt es eigentlich nie Probleme.“⁴

3.5.2.5 Umgang der Ärzte mit dem sterbenden Patienten

Eine bessere Aufklärung und Begleitung des Patienten selbst wurde von verschiedenen Pflegekräften ebenfalls gewünscht: „also es ist häufig, dass, ähm, zum Beispiel Patienten, die eine Tumorerkrankung haben, wird halt häufig viel Hoffnung gemacht. Hoffnung ist auch was Wichtiges. Nur irgendwann ist offensichtlich, dass das nicht mehr klappt [...] Und da fehlt manchmal so ein bisschen das Darauf-Hin-Arbeiten.“⁵

Vor allem eine größere Sensibilität im Kontakt mit Patienten sei in diesem Zusammenhang angebracht: „Es gibt da einfach zu viele Hackklötze.“⁶

Außerdem bemerkten einige der Befragten, dass manchen Ärzten der Respekt vor dem sterbenden Patienten fehle. Eine Pflegekraft einer chirurgischen Intensivstation bezeichnete das Verhalten der Ärzte diesbezüglich sogar als „ganz schlecht, ganz schlimm“⁷ und „pietätlos“⁸ und würde sich deshalb „hier nicht herlegen.“⁹

In mehreren Interviews wurde auch eine bessere Schmerztherapie für die sterbenden Patienten gewünscht: „das ist ein großes Manko [...] dass man wenig oder zu spät mit Schmerzmitteln überhaupt was macht. Das man den Patient halt nicht für ernst nimmt.“¹⁰

¹ Interview 8, Absatz 51

² Interview 24, Absatz 39

³ Interview 2, Absatz 65

⁴ Interview 22, Absatz 51

⁵ Interview 25, Absatz 73

⁶ Interview 24, Absatz 81

⁷ Interview 16, Absatz 39

⁸ Interview 16, Absatz 41

⁹ Interview 16, Absatz 41

¹⁰ Interview 16, Absatz 43

3.5.2.6 Verbesserungswünsche für ärztliche Kollegen

Um mit sterbenden Patienten besser umgehen zu können, hielten die Pflegekräfte es für wichtig, dass dem Thema Tod auch im Medizinstudium eine größere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Insbesondere den Aufklärungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen, der Sterbebegleitung und den notwendigen Formalitäten nach dem Tod eines Patienten sollten dort mehr Beachtung geschenkt werden, damit Ärzte ausreichend auf solche Situationen vorbereitet seien.

Denn letztendlich gehe es dem Pflegepersonal nicht darum, ihren ärztlichen Kollegen die Schuld zuzuweisen, sondern die Situation für alle Beteiligten zu verbessern und auf Missstände aufmerksam zu machen: „Das hat ja dann nichts damit zu tun, ob er Arzt ist oder nicht, ja, sondern das hat ja was damit zu tun, wie er selber damit umgeht. Also, ich mein, das sind ja auch nur Menschen. [...] ich hass das, dieses ‚die Ärzteschaft‘, ‚die Pflege‘, ja, man grenzt sich ja hier so gerne ab und [...] ergreift dann gern Partei, weil das ist ja so schön einfach. Schublade auf, Mensch rein, Schublade zu. Und das, also, ähm, ist der Sache ja nicht sachdienlich, wir sind alle dazu da, um diesen Menschen hier zu helfen, die krank sind und das ist unser Job. Und jeder hat seine Ausbildung gemacht, um da, äh, hoffentlich das Bestmögliche für zu tun, ob es jetzt nun als Akademiker oder als Pflegekraft ist.“¹

3.6 Potentiell problematische äußere Aspekte im Umgang mit Tod und Sterben

3.6.1 Ablauf der Sterbephase

Nach der Auffassung vieler Interview-Partner könnte die Betreuung eines sterbenden Patienten in verschiedenen Punkten verbessert werden.

Ein Großteil forderte vor allem mehr Menschlichkeit und einen größeren Respekt vor der Würde des Patienten. Dementsprechend wünschte sich ein Pfleger der Inneren Medizin „den bewussteren Umgang mit, äh, dem Tod an sich in der Maschinerie der Wissenschaft. [...] es zählt der Mensch, der da drunter an den Kabeln liegt, eigentlich relativ wenig. Dass der noch mehr gesehen wird.“²

Außerdem sei es wichtig, die Möglichkeit zu haben, „in der Situation des Sterbens Ruhe einkehren zu lassen.“³

¹ Interview 25, Absatz 53

² Interview 2, Absatz 97

³ Interview 1, Absatz 99

Ein Viertel der Pflegekräfte äußerte auch den Wunsch, dass Patienten nicht alleine sterben müssen, denn dies sei vor allem im Krankenhaus meist der Fall: „Ich wollte als Kind immer im Krankenhaus sterben, weil ich dort nicht alleine sterbe. Ich hab immer Angst gehabt vor dem Alleine-Sterben. Und wissen Sie, wo man am meisten alleine stirbt? Morgens um sieben kommt man ins Zimmer und der Patient ist tot.“¹ Es sei von großer Bedeutung, dass man „demjenigen auch das, äh, Gefühl der Sicherheit geben kann. Es ist auch jemand für ihn da. Und er wird nicht allein gelassen.“²

Leider sei die Umsetzung dieser Ziele oft nicht möglich, da den Pflegekräfte hierzu die nötige Zeit fehle: „Das haben wir leider nicht. Gerade da brauchen die unsere Zuwendung, dass jemand kommt und sich die Zeit nimmt. Auch wenn man die fünfzehn Minuten oder die zwanzig Minuten die Hand hält.“³ Daher wäre es nach Meinung mehrerer Interview-Partner notwendig, ausreichend Personal zu haben, damit sich eine Pflegekraft fast ausschließlich um den Sterbenden kümmern kann, während die Kollegen die alltägliche Stationsarbeit übernehmen.

Des Weiteren wünschten sich die Befragten in der Sterbebegleitung eine Unterstützung durch entsprechendes Fachpersonal, denn „das geht ganz oft unter. Dann kommt halt der Pastor die letzten fünf Minuten noch herbei geeilt, aber eigentlich weiß man seit drei Tagen, dass es .. zu Ende geht.“⁴ Eine Schwester erhoffte sich darüber hinaus, dass es „in solchen Bereichen, wo man weiß, es sind viele Tumorpatienten da, [...] dass es automatisch eine psychologische Betreuung gibt. Dass wir zum Beispiel auch als Pflege mehr Kontakt zu Psychologen haben, ähm, die wir auch ansprechen können. Wenn ich jetzt keinen da hab, kann ich niemanden was fragen. Und die Hemmschwelle, jemanden einfach anzurufen, weil ich nur mal ne Frage hab, macht man nicht.“⁵

3.6.2 Räumliche Situation

3.6.2.1 Räume zur Sterbebegleitung

Ein großer Teil der Pflegekräfte zeigte sich unzufrieden mit der räumlichen Situation bezüglich der Begleitung eines sterbenden Patienten.

So sei es oft schwierig, dem Betroffenen und seinen Angehörigen ein Einzelzimmer zur Verfügung zu stellen, um die nötige Ruhe und Privatsphäre zu gewährleisten, denn „Sterben ist was sehr

¹ Interview 1, Absatz 99

² Interview 21, Absatz 73

³ Interview 9, Absatz 83

⁴ Interview 27, Absatz 73

⁵ Interview 13, Absatz 69

Privates.“¹ Insbesondere auf den Intensivstationen scheint dies ein großes Problem darzustellen; in diesem Punkt waren sich fast alle Befragten der Intensivstationen der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Neurologie einig. Ein Pfleger schilderte die Situation wie folgt: „Wir haben ne große .. große Einheit mit sieben Betten in einem großen Raum und äh, da sitzt quasi die Ehefrau neben ihrem sterbenden Mann und hält die Hand und nebendran reanimieren wir. Und die kriegt das voll mit. Das find ich, gelinde gesagt, scheiße. Das [...] ist einfach keine gute Situation.“² Eine Kollegin bestätigte: „das ist .. also, keine schöne Station zum Sterben.“³

Einige Interview-Partner äußerten daher auch den Wunsch, auf Stationen, auf denen besonders häufig Patienten versterben, spezielle Einzelzimmer einzurichten, die in ihrer Gestaltung den Bedürfnissen des Sterbenden und dessen Angehörigen entsprechen.

Auch ein Raum, in dem es möglich ist, mit Angehörigen in Ruhe Gespräche zu führen, wurde gefordert.

3.6.2.2 Abschiedsräume

Oft ist es nicht möglich, einen verstorbenen Patienten lange genug auf Station zu belassen, damit die Angehörigen in Ruhe Abschied nehmen können. Aus diesem Grund wurden spezielle Abschiedsräume eingerichtet, doch auch diese wurden von Pflegekräften der Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie und Gynäkologie stark kritisiert.

Ein Pfleger der Inneren Medizin beschrieb diesen Raum so: „So ’n bisschen Metzgersaal, sag ich mal, mit ’n bisschen Kunststoff. Also richtig schön war das nun auch nicht. Und wenn man dann durch die Katakomben unten läuft, ist das nun auch kein Eindruck, der da so .. nicht sein muss.“⁴

Ein Kollege konnte ihm da nur zustimmen: „in meinen Augen nicht sehr würdevoll, dass man, ähm, sie für Angehörige auch .. rein lassen kann. Obwohl sie jetzt renoviert worden ist. Und vielleicht ist auch was besser geworden, aber ich finde es nicht so. Nicht zufriedenstellend.“⁵ Ein Pfleger der Neurologie fand noch deutlichere Worte: „Ich schäme mich für die Klinik, die Leute dann da unten in diesen Raum zu bringen.“⁶

Die befragten Schwestern der Kinderheilkunde zeichneten jedoch ein komplett gegensätzliches Bild: „Das ist ein ganz schöner Raum. [...] der ist jetzt in schönen pastelligen Farben gestaltet worden. Da steht ein, äh, ja, ein großes Bett [...] für größere Kinder, ähm, das in einer Form von

¹ Interview 25, Absatz 73

² Interview 25, Absatz 61

³ Interview 17, Absatz 23

⁴ Interview 2, Absatz 57

⁵ Interview 8, Absatz 19

⁶ Interview 4, Absatz 63

einem Schiff gebaut ist und, ähm, ein Weidenkörbchen halt für Frühchen oder, ähm, neugeborene Säuglinge und in der Decke sind ganz viele so kleine Halogen .. ähm .. leuchten eingebaut und man kann es so dimmen, je nachdem, das sieht dann irgendwie aus wie so ein Sternenhimmel. [...] Also es ist wirklich schön. [...] Aber das ist natürlich auch ein Raum für uns, ähm, Pflegende, wo wir auch, ähm, hingehen und uns dann noch mal irgendwie .. wenn wir das wollen, verabschieden können so.“¹

Einzelne Pflegekräfte vertraten auch die Meinung, dass das Abschied-Nehmen besser auf Station stattfinden sollte und dass die Möglichkeiten hierfür geschaffen werden müssten.

3.6.2.3 Leichenkammern

Wenn sich die Angehörigen vom Verstorbenen verabschiedet haben, wird die Leiche von den Pflegekräften in eine Kühlkammer gebracht. Diese Räumlichkeiten wurden ebenfalls von verschiedenen Pflegekräften beanstandet, wie von diesem Pfleger der Neurologie: „Das ist für das Pflegepersonal eine absolute Zumutung. Da kann man keinen Schüler mitnehmen, es sei denn der ist wirklich abgebrüht“², denn man könne „noch nicht einmal den Patienten in, ich sag jetzt mal, in Würde vom Bett, wie wir ihn hier runterbringen, umlagern, auf diese Bahre, um ihn dann in diese Kühlbox zu schieben. Weil kein Platz vorhanden ist. Es ist eine winzige .. erstens ist die im Keller, zweitens ist die extrem winzig. Ich weiß nicht, was sich die Leute dabei gedacht haben. Da findet Sterben mal wieder nicht statt. Es wird nicht gestorben in der Klinik.“³

Auch die entsprechende Einrichtung in der Inneren Medizin fand nicht seine Zustimmung: „In der Inneren Medizin drüben, [...] da geht man durch drei, vier verschiedene verwinkelte Kellergänge, schlecht beleuchtet, Abwasserrohre an den Decken, an den Wänden. Man muss durch einen Raum, [...] wo die Leute, die Frauen vom Reinigungsdienst ihre .. ihre Sachen gebunkert haben. Die laufen schreiend in alle Richtungen davon, wenn die sehen, dass zwei vom Pflegepersonal mit einem zugedeckten Patienten da durch müssen, weil irgendwo weiter hinten dieser .. dieser Kühlraum ist. Also, das sind Zustände, das ist ganz unglaublich.“⁴

Ein Kollege der Chirurgie kritisierte vor allem den Weg dorthin: „das ist hinten in der Medizin, praktisch am Ausgang des Hauses, ist dieses Leichenkammerchen da. Das ist von der Chirurgie aus

¹ Interview 15, Absatz 19

² Interview 4, Absatz 61

³ Interview 4, Absatz 59

⁴ Interview 4, Absatz 61

ziemlich weit. Und wenn man dann, äh .. oft ist der Kellergang gesperrt, dann muss man mit der Leiche an der Cafeteria vorbei oder sonst irgendwas.“¹

3.6.3 Religion des Patienten

Knapp ein Viertel der Interview-Partner war der Ansicht, dass es im Rahmen der Sterbebegleitung von großer Bedeutung sei, die Religion des Patienten zu kennen und wenn gewünscht auf diese einzugehen und eventuell geistlichen Beistand zu organisieren. Dies würde häufig vernachlässigt: „Ich leg eigentlich auch schon Wert, dass der Pfarrer mit beikommt, ja, das wird auch immer, oder, äh, sehr oft, vergessen. Das man einfach mal fragt, was hat der Patient für eine Konfession, welchen Pfarrer müssen wir holen.“²

Jedoch sei die Einbeziehung der Religiosität bei einem veränderten Verhältnis zum Glauben, einer zunehmenden Anzahl an Atheisten und einem internationaler werdenden Patientengut immer schwieriger. Insbesondere fremde Kulturen und Religionen sollten nach der Auffassung einiger Pflegekräfte stärker berücksichtigt werden. So seien zwar evangelische und katholische Kapellen vorhanden, aber es fehle eine Räumlichkeit, in der Angehörige nicht-christlicher Religionen beten oder Rituale durchführen könnten.

Auch das diesbezügliche Wissen des Pflegepersonals sei zu gering, deshalb wünschte sich eine Schwester einen „richtig guten Standard über die unterschiedlichen Rituale von den unterschiedlichen Religionen, Ländern und so. Also, das fänd ich sehr sinnvoll, wegen der .. macht man manchmal echt grobe Fehler, ähm, die man eigentlich ja nicht will. Und die sind dann wirklich tödlich beleidigt.“³ Eine Kollegin der Gynäkologie berichtete, dass es auf ihrer Station einen entsprechenden Standard für muslimische Patientinnen gäbe und hielt diesen für sehr hilfreich.

3.6.4 Tabuthema Tod

Die Hälfte der Befragten wünschten sich vor allem „mehr Präsenz und mehr Offenheit“⁴ im Umgang mit den Themen „Tod“ und „Trauer“, denn es sei „einfach immer noch ein Tabuthema.“⁵ So werde das Sterben in der heutigen Gesellschaft nicht mehr als natürlicher Bestandteil des Lebens wahrgenommen, sondern als „was Ekliges und Schreckliches oder was Ansteckendes und

¹ Interview 24, Absatz 51

² Interview 16, Absatz 47

³ Interview 11, Absatz 69

⁴ Interview 18, Absatz 81

⁵ Interview 18, Absatz 81

Beunruhigendes.“¹ Die Wahrnehmung der Sterblichkeit des Menschen entspreche einfach nicht mehr unserem Selbstverständnis: „heute sieht man halt gut aus und ist, äh, ähm, auch noch mit achtzig total fit und geht segeln mit seinen Freunden, äh, beim .. beim .. beim Schwertfisch-, äh, Fischen, äh, irgendwie, in der Adria. Und ähm, ähm, das ist irgendwie so, das passt halt nicht dazu.“²

Die zunehmende Professionalisierung und Institutionalisierung der Sterbebegleitung trägt nach Meinung eines Pflegers der Neurologie dazu bei, diese Tendenz zu verstärken: „Da werden die Sterbenden aus der Gesellschaft rausgenommen, ne, einerseits kommen sie ins Krankenhaus, das ist der erste Schritt. Der nächste Schritt ist eben der, dass man sie sogar aus den Krankenhäusern rausnimmt, weil dort hat gefälligst niemand zu sterben, ne. Jetzt macht man den nächsten Schritt und tut sie noch [...] in spezielle Sterbehäuser. [...] Auf der einen Seite professionalisiert man das, das ist gut, auf der einen Seite, dass da Leute da sind, ähm, die da mit der Verwandtschaft und mit den Patienten gute Wege finden. Auf der anderen Seite nimmt man es wieder dermaßen raus aus der Normalität, ähm, dass letztendlich nur noch ein paar wenige Profis damit umgehen können. [...] wenn man das wieder normalisieren will, dann sollte man [...] das eigentlich wieder zurückholen, wenigstens in die Krankenhäuser, wenn man es schon nicht raus in die Gesellschaft bringen kann.“³

Um der Tabuisierung dieses Themas an den Krankenhäusern entgegenzutreten zu können, hoffte eine Schwester der Pädiatrie, „dass das vielleicht auch ein Stück weit ein bisschen mehr in .. in das Bewusstsein, auch vielleicht von Verantwortlichen hier [rückt] [...], was Finanzen oder irgendwie so was, äh, anbelangt, oder auch ja, mit Personalschlüssel.“⁴

¹ Interview 3, Absatz 63

² Interview 25, Absatz 27

³ Interview 4, Absatz 35

⁴ Interview 15, Absatz 81

4 Diskussion

Vor Beginn der eigentlichen Diskussion soll an dieser Stelle kurz auf die Resonanz des Pflegepersonals auf die Durchführung der vorliegenden Studie eingegangen werden. Insgesamt reagierten die angeschriebenen Pflegekräfte positiv auf die Einladung zur Teilnahme an der Untersuchung.

Nur vier Pflegende lehnten eine Mitarbeit von vornherein ab, deshalb ließen sich ohne weitere Schwierigkeiten durch Nachfrage auf den jeweiligen Stationen genügend Probanden für die Studie gewinnen. Vier weitere Pflegekräfte meldeten sich sogar von sich aus bei der durchführenden Doktorandin, um einen Interview-Termin zu vereinbaren.

Die meisten Befragten äußerten großes Interesse an dem Thema „Umgang mit Tod und Trauer bei Krankenpflegekräften“ und zeigten sich erfreut, dass dieses im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit Beachtung findet. Insbesondere empfanden es einige als positiv, dass die „ärztliche Seite“ diesem Gebiet ihre Aufmerksamkeit widmet.

Auch das Bedürfnis der Pflegekräfte, über dieses Thema sprechen und die eigene Meinung äußern zu können, schien groß zu sein. So begründeten mehrere ihre Teilnahme mit noch nicht verarbeiteten Trauererfahrungen im Privatleben oder im Beruf. Eine Pflegekraft berichtete, sie habe sich im Rahmen ihrer Ausbildung mit dem Thema „Trauer bei Pflegepersonal“ befassen wollen, habe aber kaum Informationen hierzu gefunden und habe auch von ihren Lehrern diesbezüglich keine Hilfestellung erhalten. Abschließend bekundeten daher die meisten Interview-Partner großes Interesse an den Ergebnissen der Arbeit.

Die mit Hilfe der Interviews erhobenen Daten konnten sechs Hauptkategorien zugeordnet werden: „Die Verarbeitung erschwerende Faktoren“, „Bei der Verarbeitung potentiell auftretende Probleme“, „Bewältigungsstrategien“, „Ausbildung und Fortbildung zum Thema ‚Tod und Sterben‘“, „Umgang mit anderen am Sterbeprozess Beteiligten“ sowie „Potentiell problematische äußere Aspekte im Umgang mit Tod und Sterben“. Die drei zuerst genannten Kategorien sollen zusammenfassend unter dem Punkt „Bewältigung“ diskutiert werden, da sie thematisch zusammen gehören. Auch die „äußeren Aspekte“ sollen hier Eingang finden. Die übrigen Themen werden gesondert behandelt.

4.1 Bewältigung der Erlebnisse bei der Betreuung Sterbender

Im Rahmen der Interviews nannten die Befragten verschiedene Faktoren, die die Bewältigung des Todes eines Patienten erschweren. So ist der Tod eines jungen Patienten, vor allem der eines Kindes, nach Meinung der Interview-Teilnehmer besonders schwer zu verarbeiten. Hierfür können verschiedene Gründe vermutet werden. Wenn ein junger Mensch stirbt, werden ihm große Teile seines Lebens vorenthalten, weshalb ein solcher Tod als besonders ungerecht und sinnlos empfunden wird. Die Trauer und Betroffenheit der Angehörigen ist in solchen Fällen meist ungleich größer als bei einem Menschen, der nach einem langen erfüllten Leben verstirbt und auch dies muss die betreuende Krankenpflegekraft bewältigen.

Darüber hinaus kann durch einen sterbenden Patienten, der genauso alt ist wie die Pflegekraft selbst oder deren Kind, eine große Angst vor der eigenen Sterblichkeit oder derjenigen naher Angehöriger geweckt werden (*Ekedahl und Wengström 2007*). Dementsprechend sind in besonderem Maße junge Pflegekräfte von dieser Problematik betroffen (*Cooper und Barnett 2005*).

Weiterhin schätzten die Befragten den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Patienten als besonders schwer zu bewältigen ein. Eine der möglichen Ursachen hierfür ist die fehlende Möglichkeit zur antizipatorischen Trauer. Denn laut *Husebø (2006)* ist „die vorbereitende Trauer [...] eine wichtige Vorbereitung auf den bevorstehenden Verlust des Lebens. Wenn der Kranke selbst stufenweise loslassen kann und die Angehörigen in den Prozess integriert werden, kann der Abschied eine psychische und seelische Bereicherung für alle Beteiligten sein.“

Außerdem wird ein sterbender Patient von den Pflegekräften meist auf besondere Art und Weise betreut und mit einer größeren Aufmerksamkeit bedacht. Diese spezielle Form der Begleitung wurde von den Pflegenden in der vorliegenden Studie als Bewältigungsstrategie genannt (siehe 3.3.7) und soll im Folgenden noch eingehend erörtert werden. Bei einem unerwarteten Tod wird den Pflegekräften diese Möglichkeit zur Verarbeitung jedoch genommen (*Cooper und Barnett 2005, Field 1984*).

Zudem berichteten die Befragten, dass sich bei einem plötzlichen, unerwarteten Todesfall oft die Frage aufdränge: „Habe ich alles richtig gemacht?“ Auch in der Literatur wird beschrieben, dass ein solches Erlebnis in besonderem Maße Gefühle wie Kontrollverlust, Unzulänglichkeit, Schuld oder Wut hervorruft (*Brysiewicz 2002, Onstott 1998*). Hierbei können Schuldzuweisungen und Wut sowohl gegen die eigene Person als auch gegen Kollegen, den Arbeitgeber oder das System gerichtet sein.

Weitere Situationen, die von den Interview-Partnern als sehr belastend eingeschätzt wurden, sind ein langer Leidensweg des Patienten sowie ein besonders qualvoller Tod. Dementsprechend bewerteten in der pädiatrischen Onkologie tätige Pflegekräfte und Ärzte in einer quantitativen Untersuchung die Betreuung eines Kindes, das Schmerzen hat und leidet, als die Situation, die mit weitem Abstand den meisten Stress verursacht (*Papadatou et al. 2002*). Besonders schwer zu ertragen ist es, die Schmerzen des Patienten nicht oder nur unzureichend lindern zu können (*Ekedahl und Wengström 2007, Halcomb et al. 2004*). Dies kann ebenso wie der bereits beschriebene unerwartete Tod zu Empfindungen wie Schuld, Wut, Unzulänglichkeit und Kontrollverlust führen. Symptome eines Patienten, die sehr schwer kontrollierbar sind, können die betreuende Pflegekraft überfordern, weil sie hierbei an die Grenzen der eigenen Fähigkeiten stößt (*Newton und Waters 2001*).

Zusätzlich werden Ängste vor Schmerz und Leid am Ende des eigenen Lebens provoziert. In einer Studie aus Singapur zeigte sich, dass zwar nur knapp ein Viertel der befragten Pflegekräfte Angst vor dem Tod hatte, über 80 Prozent fürchteten jedoch ein schmerzhaftes Sterben und sogar über 90 Prozent waren besorgt, anderen zur Last zu fallen oder einen langsamen Todesverlauf zu erleiden (*Merriman und Lau-Ting 1987*). Auch in der vorliegenden Untersuchung betonten mehrere Interview-Partner, mehr Angst vor einem qualvollen Sterben im Krankenhaus als vor der eigenen Endlichkeit an sich zu haben. Deshalb ist es verständlich, dass einige noch recht junge Pflegende angaben, sich schon detaillierte Gedanken zum eigenen Tod gemacht und eine Patientenverfügung oder ein Testament verfasst zu haben. Dies stellt eine Form der Bewältigung der gemachten Erfahrungen mit dem Tod dar, mit dem das Personal des Gesundheitswesens schon in jungen Jahren intensiv konfrontiert wird.

Den bisher genannten Aspekten, die die Verarbeitung des Todes eines Patienten erschweren, ist eines gemein: es ist nicht leicht, in solchen Sterbefällen einen Sinn zu finden. So fällt es schwer, dem Tod eines Kindes, das sein ganzes Leben noch vor sich haben sollte, eine Bedeutung beizumessen. Genauso wenig gelingt dies bei einem plötzlichen Tod, z.B. durch Unfall oder ein Gewaltverbrechen, oder dem unerträglichen Schmerz und Leid eines Patienten. Nach *Papadatou (2000)* ist ein Todesfall, der einen „Sinn“ ergibt, leichter zu verarbeiten. Dem Tod des Patienten eine Bedeutung zu geben, ist demnach eine Traueraufgabe, die die Pflegekraft bewältigen muss und die ihr hilft, das Erlebte einzuordnen und abzuschließen. Dies fällt im Gegensatz zu den oben genannten Umständen verhältnismäßig leicht, wenn der Sterbende zufrieden auf ein langes erfülltes Leben zurückblicken kann.

Da dies jedoch nicht immer der Fall ist, beschrieben die Interview-Partner andere Strategien, die sie entwickelt hatten, um dem Tod eine Bedeutung zu geben. So erklärten mehr als zwei Drittel der Befragten, dass es ihnen leichter falle, mit dem Tod umzugehen, wenn dieser als Erlösung für den Patienten zu betrachten sei. Der Tod erfüllt demzufolge in Fällen besonders langen oder qualvollen Leidens den Sinn, den Sterbenden und auch seine Angehörigen zu erlösen. „Den Tod als Erlösung betrachten“ stellt somit eine effektive und häufig genutzte Bewältigungsstrategie dar (*Dunn et al. 2005, Eakes 1990, Field 1984 und 1989, Rashotte et al. 1997*).

Eine weitere Möglichkeit, dem Tod eine Bedeutung zu geben, ist der Glaube an eine höhere Macht, die das Leben in sinnvoller Weise vorherbestimmt, auch wenn sich dieser tiefere Sinn dem Menschen nicht immer erschließt (*Papadatou 2000*). Diese höhere Macht kann z.B. Gott sein oder einfach das „Schicksal“. Eine solche Strategie ermöglicht es, die Suche nach einer Bedeutung abzugeben und darauf zu vertrauen, dass die höhere Macht den zugrundeliegenden Sinn kennt. Auch einige der Befragten nutzten bei der Bewältigung in dieser Weise ihre Religiosität und nutzten das Beten zu Gott und das Abgeben ihrer Sorgen und Ängste als Bewältigungsstrategie.

Zusätzlich nutzen viele Pflegenden eine andere Methode, um dem Tod eines Patienten einen Sinn beizumessen: die gute Begleitung des Sterbenden. Die betreuende Pflegekraft kann durch ihren Beitrag zur individuellen und intensiven Pflege dem Tod eine ganz persönliche Bedeutung geben und ihn so leichter verarbeiten (*Papadatou 2000*). Denn das Sterben ist die letzte wichtige Phase im Leben eines Menschen und deren angemessene Begleitung kann eine wertvolle, bedeutsame und erfüllende Aufgabe sein.

Diese „gute Begleitung“ eines Sterbenden wurde auch von einem großen Teil der Interview-Partner als wichtige Bewältigungsstrategie benannt. Der Tod eines Patienten sei besser zu bewältigen, wenn man alles in seiner Macht Stehende getan habe und der Patient in Würde gehen könne.

Die Effektivität dieser Methode der Bewältigung ist jedoch nicht allein darin begründet, dass dem Tod auf diese Weise leichter eine Sinnhaftigkeit beizumessen ist. Durch die gute Begleitung eines Sterbenden erfährt die betreuende Pflegekraft zusätzlich die Wertschätzung des Patienten, seiner Angehörigen und der Kollegen und erhält damit Motivation und Inspiration für zukünftige Aufgaben (*Mok und Chiu 2004*). Ebenso steigt die Zufriedenheit mit der eigenen Person, Selbstachtung und Selbstsicherheit werden gefördert und Schuldgefühle können nicht aufkommen. Auf diese Weise kann die Betreuung eines Sterbenden zu einem positiven Erlebnis für

die Pflegekraft werden und zu beruflicher und persönlicher Zufriedenheit führen (*Field 1989, Papadatou et al. 2002*).

Die „gute Begleitung“ eines Patienten beinhaltet nach Meinung der Pflegenden neben einer guten Pflege die Ermöglichung des Sterbens in Würde und Schmerzfreiheit (*Halcomb et al. 2004*). Überdies sei es unerlässlich, für den Patienten da zu sein, über längere Zeiträume bei ihm zu bleiben und den gesamten Sterbe- und Trauerprozess zu begleiten (*Davies et al. 1996, Gardner 1999*). Kultur und Religion des Patienten sollten bei der Pflege ebenfalls beachtet werden (*Ellis-Fletcher 2002*).

Jedoch ist es der Pflegekraft trotz großer Motivation nicht immer möglich, eine effektive und angemessene Palliativpflege, die die oben genannten Ansprüche erfüllt, zu gewährleisten. Die Hauptgründe hierfür sind strukturelle und organisatorische Defizite der Institution und des Gesundheitssystems (*James und Field 1996*). So mangelt es häufig an Zeit, Personal, Wissen und Teamarbeit (*Irvin 2000*). Diese Defizite führen dann bei den Pflegenden zu Emotionen wie Wut, Frustration, Hilflosigkeit und Ohnmacht, weil die von ihnen angestrebte gute Begleitung des Patienten nicht möglich ist (*Newton und Waters 2001*).

Auch in der vorliegenden Studie zeigten sich die Befragten vielfach unzufrieden mit den gegebenen äußeren Umständen. Sie forderten mehr Respekt und Menschlichkeit in der Begleitung und einen ruhigeren und würdevolleren Sterbevorgang. Dem Personal fehle es an Zeit und Wissen bei der Betreuung Sterbender und eine Unterstützung durch Fachpersonal wurde gewünscht. Vor allem wurde Kritik an den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten bestimmter Bereiche der Universitätsklinik Freiburg geäußert. Es fehle oft an geeigneten Räumen zur Begleitung Sterbender und deren Angehöriger sowie an würdevollen Abschiedsräumen und Leichenkammern. Ebenso solle die Religion des Sterbenden stärker beachtet werden und auf fremde Kulturen und Religionen solle vermehrt eingegangen werden. Die Bereiche Ausbildung, Fortbildung und Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen seien auch verbesserungswürdig.

Jedoch können nicht nur die Bedingungen im Krankenhaus die „gute Begleitung“ eines Sterbenden beeinträchtigen. Der Patient und seine Familie selbst können einen ruhigen, würdevollen Tod ebenfalls unmöglich machen. Denn „jeder stirbt seinen individuellen Tod, der geprägt ist von der jeweiligen Persönlichkeit. Das bedeutet auch bei bester Betreuung, dass Menschen in Unfrieden sterben können, wenn sie ihr Leben in Unfrieden gelebt haben.“ (*Albrecht 2007a*). Auf solche ungelösten psychischen Probleme des Patienten oder auch auf Spannungen zwischen den Angehörigen hat die Pflegekraft meist keinen Einfluss.

Obwohl die Pflegenden nicht für diese den Arbeitsplatz oder den Patienten betreffenden äußeren Aspekte verantwortlich sind, besteht dennoch die Gefahr, dass sie sich die Schuld am schlechten Verlauf einer Sterbesituation geben und verstärkt darunter leiden. Wenn die Vorstellung einer Pflegekraft vom „idealen Tod“ nicht mit der realen Situation übereinstimmt, kann dies somit zu einer verlängerten und verstärkten Trauerreaktion führen (*Rashotte et al. 1997*). Vor allem Menschen, die gerne mit Sterbenden arbeiten, haben oft besonders hohe Ideale, die nur selten erreicht werden können und so ungerechtfertigten Stress und Gefühle des Versagens hervorrufen (*McKay 1991*). Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass sehr idealistische und altruistische Pflegenden mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit im Laufe ihres Berufslebens ein Burnout-Syndrom erleben (*Wrenn et al. 1999*).

Deshalb ist es für die Pflegekräfte unabdingbar anzuerkennen, dass gewisse Aspekte der Begleitung eines Sterbenden und die Tatsache des Sterbens selbst nicht im eigenen Kompetenzbereich liegen, auch wenn der Wunsch besteht, den Patienten „ideal“ zu begleiten (*Müller 2006*). Es ist von großer Bedeutung, die persönlichen Grenzen zu kennen und eigene Motive, Ziele und Erwartungen im Vorfeld zu definieren. Diese Ziele müssen auch erreichbar sein, denn nur dann kann die „gute Begleitung“ eine effektive Bewältigungsstrategie sein und zu persönlicher und beruflicher Zufriedenheit führen.

Weiterhin kann man aus dem Dargelegten schließen, dass es durchaus im Interesse des Arbeitgebers liegen könnte, die genannten äußeren Gegebenheiten, die die Pflegekräfte in der guten Betreuung Sterbender einschränken, zu verbessern. Denn je besser die Begleitung, desto höher scheint die Zufriedenheit des Pflegepersonals zu sein und damit auch ihre Motivation und Leistungsfähigkeit. Und davon würden nicht zuletzt auch die Patienten profitieren.

Um die „gute Begleitung“ als Bewältigungsstrategie nutzen zu können, ist jedoch eine enge, vertrauensvolle Beziehung zum Sterbenden unabdingbar. Nur so kann die Pflegekraft Wertschätzung erfahren und die Betreuung eine besondere Bedeutung gewinnen. Bei der Pflege eines Sterbenden kann insbesondere die Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen als Bereicherung empfunden werden (*Irvin 2000, Mok und Chiu 2004*).

Andererseits war die enge emotionale Bindung zum sterbenden Patienten der in der vorliegenden Studie am häufigsten genannte Aspekt, der zu einer stärkeren psychischen Belastung der Pflegekraft bei der Verarbeitung führt. Denn je intensiver die Beziehung zum Sterbenden ist, desto stärker ist die empfundene Trauer und der Abschied fällt demzufolge schwerer (*Kaplan 2000, Katz et al. 2000, Newton und Waters 2001, Tan et al. 2006*). In besonderen Fällen kann die Pflegekraft

dem Patienten so nahe stehen, dass bei dessen Tod ein persönlicher Verlust erlebt wird, dessen Folge eine lang anhaltende und starke Trauerreaktion ist (*Rashotte et al. 1997*).

Wenn die Pflegekraft eine positive emotionale Beziehung zum Patienten hat, erlebt sie nicht nur eine stärkere Trauerreaktion, sondern es fällt ihr auch schwerer, Leid und Schmerz des Patienten und der Angehörigen vor dem Tod miterleben zu müssen. Dies führt zu einer starken emotionalen Belastung, die bewältigt werden muss. In einer griechischen Studie bewertete die Hälfte der befragten Schwestern und Ärzte der Kinderonkologie dementsprechend die Pflege eines Kindes, das man lange kennt, als eine der Situationen, die am meisten Stress verursachen. Dagegen wurde die Pflege eines Kindes, das man nicht kennt oder das im Koma liegt, als Gegebenheit eingeschätzt, die nur wenig Stress hervorruft (*Papadatou et al. 2002*).

Trotz der beschriebenen Ambivalenz, die eine vertrauensvollen Beziehung zum Sterbenden bedeutet, sollte diese nicht vollständig vermieden werden. Denn dann wäre die bereichernde Komponente dieser Arbeit für die Pflegekraft ebenso verloren. Zudem würde die Qualität der Pflege beeinträchtigt werden, denn ein Sterbender hat nicht nur physische, sondern in besonderem Maße auch psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse. Diese sind nur zu befriedigen, wenn die Pflegekraft bereit ist, den Patienten kennenzulernen und einen Bezug zu ihm aufzubauen.

Da beide genannten Extreme der Bewältigung des Todes eines Patienten nicht zuträglich sind, scheint es notwendig, einen Kompromiss zwischen Nähe und Distanz zum Patienten und zur Arbeit mit Sterbenden zu finden. In den geführten Interviews erwies sich dies als eines der zentralen Themen, dem sich viele der genannten Bewältigungsstrategien zuordnen lassen.

Der größte Teil des befragten Pflegepersonals hielt es für wichtig, eine gewisse Distanz zum Patienten einzuhalten und sich emotional abzugrenzen. Dies sei insbesondere im Bereich der Betreuung Sterbender nötig, da sonst die psychische Belastung zu groß werde. Ohne diesen Selbstschutz sei es nicht möglich, einen solchen Beruf auf Dauer auszuüben. Ein großer Teil der Befragten war jedoch auch der Ansicht, dass es unabdingbar sei, von Zeit zu Zeit Emotionen wie Trauer, Wut oder Angst zuzulassen und auch zu zeigen. In manchen Fällen sei dies ohnehin unvermeidbar. Außerdem schütze die Beachtung der eigenen Gefühle davor, im Laufe der Zeit gleichgültig zu werden.

Die Unterdrückung von Emotionen, die durch einen Sterbefall ausgelöst werden können, hat vor allem zwei Gründe. Zum einen dient sie dem Schutz der eigenen Person vor unangenehmen Gefühlen, zum anderen ist Trauer bei Pflegekräften meist nicht gesellschaftlich anerkannt. Gefühle

zu empfinden und zu zeigen wird als ein Zeichen mangelnder Professionalität gewertet, denn es wird erwartet, dass Pflegende stark bleiben und sich nicht von Emotionen beeinflussen lassen (*Wrenn et al. 1999*). Diese Ansicht wird oft nicht nur von Patienten, Angehörigen und Kollegen vertreten, sondern auch von den betroffenen Pflegekräften selbst.

Schon in der Krankenpflegeausbildung wird diese Haltung meist vermittelt. Den Pflegenden wird nicht das Recht zugestanden, zu trauern (*Brosche 2003, Brosche 2007, Wakefield 2000*). Doka beschreibt dieses Phänomen mit dem Begriff der „entrechteten Trauer“ (*eigene Übersetzung, Doka 1989*). Dies führt zu einer großen Unsicherheit darüber, wie die eigenen Gefühle zu bewältigen sind und ob, wann und wie man sie äußern kann.

Zudem fehlt im Klinikalltag meist die Zeit und der Raum zu trauern, denn es muss im Anschluss an einen Todesfall sofort weitergearbeitet werden, da andere Patienten zu betreuen sind (*Katz et al. 2000*). Durch die fehlende Akzeptanz der Trauer bei Krankenpflegekräften fällt es diesen auch schwer, sich bei Bewältigungsproblemen Hilfe bei Kollegen oder anderen zu suchen. Eine Schwester erklärte im Interview, dass sie zwar wisse, an wen sie sich zwecks psychologischer Betreuung wenden müsse, dass ihr dies aber zu peinlich sei.

Aus diesen Gründen wird Trauer oft nicht zugelassen und unterdrückt. Die vollständige Verdrängung von Emotionen kann aber auf Dauer zu schweren gesundheitlichen Problemen wie Stress, emotionaler Erschöpfung, Depression, Burnout oder einem sekundären posttraumatischen Belastungssyndrom führen (*Brosche 2003, Brunelli 2005, Kaplan 2000, Papadatou 2001*). Dementsprechend konnte in einer englischen Studie gezeigt werden, dass Vermeidungsstrategien bei der Stressbewältigung positiv mit psychischen und physischen Symptomen wie Angst, Schlaflosigkeit und schweren Depressionen korreliert waren (*Tyler und Ellison 1994*).

Dies ist unter anderem darin begründet, dass eine Pflegekraft, die durch nicht ausgedrückte und nicht verarbeitete Gefühle belastet wird, wesentlich mehr Energie aufwenden muss, um ihr professionelles Auftreten beizubehalten. Zudem erfährt sie keine Befriedigung in ihrer Arbeit, da sie sich dem Patienten und seinen Angehörigen nicht öffnen kann. Folglich leidet auch die Qualität der Betreuung, was zur Entwicklung von Schuldgefühlen führen kann. Die Pflegekraft macht also insgesamt eine negative Erfahrung und wird ähnliche Situationen in Zukunft noch stärker meiden und eventuell sogar das Berufsfeld wechseln (*Davies et al. 1996*).

Werden Emotionen dagegen bewusst zugelassen und ausgedrückt, kann der Tod eines Patienten besser verarbeitet werden (*Chiriboga et al. 1983, Eakes 1990*), denn Trauer ist ein aktiver Prozess, in dessen Verlauf verschiedene Traueraufgaben bewältigt werden müssen. Nur Pflegende, die ihre

Trauer durchleben und abschließen, können danach in neue Beziehungen mit Patienten investieren, anstatt diese zu meiden (*Davies et al. 1996*).

Durch die bewusste Konfrontation mit den eigenen Gefühlen kann die Pflegekraft lernen, welche Bewältigungsstrategien ihr helfen und wo ihre Grenzen sind. In der nächsten ähnlichen Situation kann sie dann das Gelernte anwenden und somit eine positive Erfahrung machen. Das Zulassen von Emotionen führt folglich zu einer persönlichen Weiterentwicklung (*Anderson und Gaugler 2006, Mok und Chiu 2004, Onstott 1998*).

Wie bereits oben dargelegt, ist eine gewisse emotionale Beteiligung ebenso wichtig für den Aufbau der Beziehung zum Patienten. Diese ist wiederum die Grundlage für eine gute Begleitung, welche Anerkennung und Zufriedenheit zur Folge hat. Eine gewisse Verletzlichkeit sollte deshalb nicht mit Schwäche oder Unzulänglichkeit gleichgesetzt werden, sondern beinhaltet vielmehr die Fähigkeit, offen und zugänglich für andere Personen zu bleiben (*Corr et al. 2006*).

Eine zu starke emotionale Beteiligung und Identifikation mit dem Patienten kann jedoch zu einer großen psychischen Belastung werden. Es ist deshalb unumgänglich, Grenzen in der Beziehung zum Patienten und im Engagement bei der Begleitung zu setzen. Insbesondere jungen Pflegekräften fällt dies anfangs schwer, was oft zu Überforderung und psychischen Problemen führt (*Newton und Waters 2001*).

Es ist also notwendig, eine Balance zwischen dem Zulassen und dem Unterdrücken von Emotionen zu finden, ebenso zwischen der Nähe und der Distanz zum Patienten (*Blomberg und Sahlberg-Blom 2007, Eakes 1990, Kaplan 2000*). *Papadatou (2000, 2001)* beschreibt dieses Prinzip, das bewusst angewendet werden sollte, als „fluktuierende Trauer“. So kann es in bestimmten Situationen notwendig sein, sich zu schützen und Emotionen zu verdrängen, z.B. um die beruflichen Aufgaben weiterhin erfüllen zu können, ohne von Gefühlen überwältigt zu werden. Diese unterdrückte Trauer tritt jedoch später wieder auf und sollte dann aktiv bewältigt werden.

Um die beschriebene Balance zu erreichen, ist die Anwendung von Bewältigungsstrategien erforderlich. In der vorliegenden Studie schilderten die Befragten verschiedene Methoden, um Gefühle auszudrücken und zu verarbeiten oder auch zu vermeiden.

Um aufkommende Emotionen zu unterdrücken, gaben einige Interview-Partner an, sich auf praktische Tätigkeiten zu konzentrieren und mit der alltäglichen Arbeit fortzufahren. Mit dieser Strategie gelingt es einerseits, sich von dem Erlebten kurzfristig abzulenken, andererseits kann die Kommunikation mit dem Patienten oder den Angehörigen vermieden werden.

Andere Befragte erklärten, dass es manchmal nötig sei, die Pflege eines Sterbenden an einen Kollegen abzugeben, wenn man selbst zu stark emotional involviert sei. Dies ist eine wirkungsvolle Methode zum Selbstschutz, die allerdings die Unterstützung der Kollegen voraussetzt.

„Schwarzer Humor“ wurde ebenfalls als Strategie genannt, um Abstand zu gewinnen. Dies scheint zunächst unangebracht und pietätlos. Der Schwarze Humor kann jedoch durchaus ein wirkungsvolles Mittel sein, um emotionale Spannungen zu lösen und sich über Gefühle hinwegzusetzen, die man sonst nicht aushalten könnte. Er kann damit ein Weg sein, die Kontrolle zu behalten (*Rashotte et al. 1997*), zur Normalität zurückzufinden und Ängste zu kanalisieren. Dies kann im Berufsalltag, in dem keine Zeit und kein Raum für die Verarbeitung von Emotionen bleibt, hilfreich sein und für kurzfristige Erleichterung sorgen. Jedoch sollte der Schwarze Humor nur mit größter Vorsicht genutzt werden und keinesfalls dem Patienten oder seinen Angehörigen zu Ohren kommen. Auch Kollegen könnten eine solche Reaktion als unangemessen empfinden. Außerdem impliziert die Verwendung Schwarzen Humors oft die Entstehung von Schuldgefühlen und wäre in diesem Fall keine gute Bewältigungsstrategie.

Mehrere Befragte berichteten, dass die Betreuung eines Sterbenden für sie zur Routine geworden sei und deshalb keine Gefühle mehr hervorrufe, die in einer besonderen Weise verarbeitet werden müssten. Dies ist insbesondere auf Stationen, auf denen häufig Patienten versterben, auch dringend notwendig. Denn eine solche Vielzahl von Emotionen wäre gar nicht zu bewältigen. Jedoch gibt es nach Meinung der Interview-Partner trotzdem immer wieder „besondere“ Fälle, die tiefer berühren und schwieriger zu verarbeiten seien. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass sie gerade diese Gegebenheiten meist auch zu Hause weiter beschäftigten, während ein Viertel sogar erklärte, jeden Todesfall „mit nach Hause zu nehmen“.

Diese besonderen Fälle sind meist Situationen, in denen einer oder mehrere der bereits diskutierten erschwerenden Faktoren (junger Patient, unerwarteter Tod, langer Leidensweg, starke emotionale Beziehung zum Patienten) gegeben sind. Ein weiterer genannter Aspekt, der die Bewältigung beeinträchtigen kann, ist das gleichzeitige Bestehen privater Probleme der Pflegekraft. Ist diese bereits durch persönliche Schwierigkeiten belastet, können zusätzliche negative Emotionen im Beruf zu einer Überlastung führen.

Ebenso können im privaten Bereich gemachte Trauererfahrungen nach Meinung der Interview-Partner die Verarbeitung erschweren. Dies trifft besonders dann zu, wenn es sich um einen ähnlichen Fall handelt oder die private Trauer noch nicht abgeschlossen ist (*Papadatou et al. 2001*). Dennoch bieten eigene Erfahrungen laut einem Großteil der Pflegekräfte auch den Vorteil,

dass mehr Verständnis für die Situation des Patienten und der Angehörigen gezeigt werden könne und somit die Qualität der Betreuung zunehme. Demgemäß gaben Pflegestudenten in einer Befragung an, dass sie durch ihre persönlichen Trauererfahrungen eine positivere Einstellung gegenüber Sterbenden gewonnen hätten (*Brent et al. 1991*).

Auf die hier geschilderten Fälle, die die Bewältigung potentiell erschweren können, sollte von Kollegen und Vorgesetzten besonders geachtet werden, damit eine übermäßige Belastung der betreuenden Pflegekraft frühzeitig erkannt wird und diese unterstützt werden kann. Dies kann beispielsweise durch eine Abgabe der Pflege an einen Kollegen oder durch eine psychologische Beratung geschehen. Auf diese Weise können weiterreichende gesundheitliche Schäden vermieden werden.

Nach der Darstellung der Möglichkeiten zur Vermeidung von Gefühlen, soll nun auf die Bewältigungsstrategien eingegangen werden, die es erlauben, Emotionen zuzulassen und auszudrücken. Die meistgenannte Methode war hier, mit jemandem über das bei einem Todesfall Erlebte zu reden. Alle befragten Pflegekräften gaben an, von dieser Strategie schon einmal Gebrauch gemacht zu haben. Die wichtigsten Gesprächspartner waren andere Pflegekräfte, gefolgt von Lebenspartner und Freunden.

Vor allem das Reden mit den Kollegen empfanden die Interview-Partner als sehr hilfreich, denn ein solches Gespräch erfüllt mehrere Funktionen. Zum einen kann das Ausdrücken und Teilen von Gefühlen und Gedanken eine befreiende Wirkung haben, zum anderen kann es helfen, sich die eigenen Emotionen bewusst zu machen und diese zu ordnen. Außerdem kann das Reden dazu genutzt werden, Rat einzuholen oder Unterstützung zu erbitten. Wichtig ist hierbei auch die Rückmeldung des Kollegen darüber, ob dieser ähnliche Gefühle empfindet (*Cooper und Barnett 2005*). Eine solche Bestätigung gibt der Pflegekraft die Erlaubnis zu trauern. Zudem können Bewältigungsstrategien verglichen und ausgetauscht werden.

Nicht nur Gefühle kommen bei solchen Gesprächen zum Tragen, sondern auch pflegerische Aspekte bei der Begleitung des Sterbenden. Dies kann insbesondere bei vorhandenen Schuldgefühlen eine wertvolle Hilfe sein, denn der Gesprächspartner kann die Richtigkeit des eigenen Handelns bestätigen. Ebenso kann er konstruktive Kritik üben und Verbesserungsvorschläge machen und so die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Pflegekraft fördern.

Vor allem für unerfahrene Pflegekräfte ist ein solcher Austausch wichtig, aber leider haben gerade diese oft noch kein unterstützendes Netzwerk im Kollegenkreis aufbauen können (*Rashotte et al.*

1997). Umso wichtiger ist es, dass sich die erfahreneren Pflegekräfte ihnen gegenüber offen zeigen und auf sie zugehen.

Durch die vielfältigen Möglichkeiten zur Verarbeitung eines Sterbefalls beizutragen, ist das Reden eine der effektivsten und am häufigsten genutzten Bewältigungsstrategien (Davies et al. 1996, Eakes 1990, Katz et al. 2000, Onstott 1998, Tyler und Ellison 1994).

Eine alternative Methode, um Emotionen zuzulassen, ist die Reflektion des Erlebten. Das bewusste Wahrnehmen von unangenehmen Gefühlen wie Trauer oder Wut kann der Pflegekraft helfen, diese als normal zu akzeptieren und zu verstehen (Wakefield 2000). Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, passende Bewältigungsstrategien ebenso bewusst zu suchen und anzuwenden.

Ein weiteres Gefühl, das der Reflektion bedarf, ist die Angst vor der eigenen Sterblichkeit, mit der man in der Palliativpflege zwangsweise konfrontiert wird. Der größte Teil der Befragten erklärte, sich schon einmal mit diesem Thema auseinandergesetzt zu haben, nur wenige vermieden die Beschäftigung damit. Knapp die Hälfte der Interview-Partner kam zu dem Ergebnis, dass der Tod als unausweichlicher Bestandteil des Lebens zu akzeptieren sei. Dies führe zu einer bewussteren Lebensweise und einer anderen Perspektive im Alltag. In gleicher Weise müsse man den Tod von Patienten akzeptieren.

Die Konfrontation mit den eigenen Ängsten führt hier also nicht nur zu einer besseren Verarbeitung, sondern auch zu einer persönlichen Weiterentwicklung. So erklärten die meisten der befragten Pflegekräfte in einer Studie aus Singapur, dass sie durch die Erinnerung an die eigene Endlichkeit gelernt hätten, das Leben mehr zu schätzen (Tan et al. 2006). Durch die Akzeptanz der Sterblichkeit wird das persönliche Wertesystem neu definiert und das Leben kann bewusster gestaltet und genossen werden.

Neben Gesprächen und Reflektion gaben die Interviewpartner an, persönliche oder gemeinsame Rituale zu nutzen, um ihre Gefühle auszudrücken. Solche Rituale können beispielsweise ein gemeinsames Trauerbuch oder eine im Krankenhaus durchgeführte Gedenkfeier sein. Sie bieten ein Ventil für den Ausdruck von Trauer in einer akzeptierenden Umgebung (Running et al. 2008). Gemeinsam mit anderen können Gefühle und Gedanken zugelassen werden, ohne diese in Worte fassen zu müssen und alle können daraus Kraft für einen Neuanfang schöpfen. Rituale bieten Trauernden eine gewisse Sicherheit, denn sie bilden eine stabile Struktur, an der sie sich angesichts ihrer komplexen Emotionen orientieren und festhalten können.

Weiterhin eröffnen Rituale die Möglichkeit, dem Toten noch einmal seine Wertschätzung zu zeigen und ihm einen letzten Dienst zu erweisen, beispielsweise durch das Herrichten des Leichnams und des Sterbezimmers (*Papadatou et al. 2002*).

Ebenso ist die Durchführung eines Rituals ein Weg, einen Abschluss für die eigene Trauer oder die Beziehung zum Patienten zu finden. Mehrere Befragte erklärten, dass es ihnen wichtig sei, sich von dem Toten noch einmal zu verabschieden oder auch die Beerdigung zu besuchen. Erst durch diesen Abschluss wird es möglich, wieder ins Leben und in neue Beziehungen zu investieren (*Kaplan 2000, Rashotte et al. 1997*).

Eine der befragten Pflegekräfte erzählte, dass sie während der Versorgung des Toten mit diesem rede, als sei er noch am Leben. Diese Geste kann ebenfalls eine Möglichkeit darstellen, sich zu verabschieden. Es ist allerdings auch möglich, dass das Reden eine Vermeidungsstrategie ist, um die schwierige Situation zu bewältigen. Die Realität, dass es sich nicht um einen lebendigen Patienten, sondern um eine Leiche handelt, kann auf diese Weise kurzfristig ausgeblendet werden. Nicht nur das Abschließen mit der eigenen Trauer wird von Pflegenden genutzt, um Abstand zu gewinnen. Genauso wichtig war es für einen Großteil der Befragten, einen Ausgleich zur Arbeit mit Sterbenden zu finden. Durch Sport und Hobbys können emotionale Spannungen gelöst werden und die Pflegekraft kann wieder zu sich selbst finden. Mindestens genauso wichtig für die Herstellung der nötigen Balance ist ein stabiles soziales Umfeld, zu dem Familie, Freunde und auch Kollegen zählen. So konnte in einer Studie mit auf Intensivstationen und in Hospizen tätigen Pflegekräften gezeigt werden, dass eine negative Korrelation zwischen Burnout und sozialer Unterstützung bestand (*Mallett et al. 1991*). Eine andere Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass Pflegenden, die verheiratet waren und / oder Kinder hatten, weniger unter Stress zu leiden hatten (*Tyler und Ellison 1994*).

4.2 Ausbildung, Fortbildung und psychologische Unterstützung

Der größte Teil der befragten Krankenpflegekräfte gab an, dass das Thema „Sterben und Tod“ im Rahmen der Krankenpflegeausbildung behandelt worden sei. Demnach wurde hier in den meisten Fällen die deutsche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege umgesetzt, die entsprechende Lerninhalte fordert (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit 1985, 2003*).

Die Ausbildung derjenigen Pflegekräfte, die diesbezüglich keinen Unterricht erhalten hatten, lag bis auf eine Ausnahme mehr als fünfzehn Jahre zurück. Aufgrund dessen liegt die Vermutung nahe, dass diese ihre Ausbildung zu einer Zeit absolvierten, zu der das Thema „Tod und Sterben“ dort noch keine Rolle spielte.

Viele Interview-Partner schätzten den Unterricht zum Umgang mit dem Tod als hilfreich für das spätere Berufsleben ein. Tatsächlich belegen verschiedene Studien, dass Aus- und Fortbildung zum Thema „Begleitung von sterbenden Patienten“ für die teilnehmenden Pflegekräfte von Vorteil sein können. So zeigte eine australische Untersuchung, dass Pflegekräfte, die ein entsprechendes Seminar besucht hatten, besser auf die Versorgung von sterbenden Patienten und deren Angehöriger vorbereitet waren und zudem über bessere Bewältigungsstrategien verfügten (*Brisley und Wood 2004*). Auch in einer afrikanischen Studie verbesserte sich die Bewältigung von Erlebnissen mit Tod und Sterben nach einem Seminar signifikant (*Brysiewicz und McInerney 2004*). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine amerikanische Untersuchung, in der durch den Umgang mit sterbenden Patienten ausgelöste Ängste und Depressionen durch fünf Ausbildungs- und Beratungssitzungen signifikant vermindert werden konnten (*Baker und Lynn 1979*). Eine Aus- oder Fortbildung zum Thema „Tod und Sterben“ kann jedoch nicht nur eine Verbesserung der persönlichen Bewältigung und der Qualität der Patientenversorgung bewirken. Dies verdeutlichte eine Studie mit den Teilnehmern eines interprofessionellen Master-of-Science-Kurses, welche nach dessen Beendigung einen signifikanten beruflichen Aufstieg erlebten. Der größte Teil der Teilnehmenden war der Meinung, dass der Studiengang hierzu maßgeblich beigetragen hätte (*Koffmann und Higginson 2005*).

Eine Aus- und Fortbildung kann demnach den Umgang mit Tod und Sterben in vielerlei Hinsicht verbessern. Dennoch erklärte ein Teil der Befragten, dass ihnen der diesbezüglich erhaltene Unterricht im späteren Berufsleben nicht oder nur wenig weitergeholfen hätte oder schon wieder vergessen worden sei. Die Gründe hierfür sind wahrscheinlich vor allem in der zeitlichen und inhaltlichen Gestaltung zu suchen. So wurde von vielen Interview-Partnern eine bessere und intensivere Ausbildung gewünscht. Insbesondere ein stärkerer Praxisbezug wurde gefordert, ebenso Hilfestellungen zur Bewältigung von Trauererfahrungen, zum Umgang mit anderen Kulturen und Religionen, sowie zur Kommunikation mit Angehörigen.

Die Ausbildung zur Begleitung von sterbenden Patienten muss also neben der Vermittlung der pflegerischen Fähigkeiten noch verschiedene andere Themenbereiche umfassen. Hierzu gehört Wissen über Schmerz- und Symptomkontrolle, über physiologische Vorgänge in der Sterbephase

und über ethische und rechtliche Aspekte des Sterbens. Weiterhin sollten Fähigkeiten zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen sowie deren Begleitung geschult werden. Auch grundlegendes Wissen über Trauer sollte vermittelt werden, wobei auf die Besonderheiten anderer Kulturen und Religionen eingegangen werden sollte. Diese grundlegenden theoretischen und praktischen Kompetenzen sollen den Pflegeschülern Selbstvertrauen geben und Ängste reduzieren.

Nicht zuletzt sollte den Pflegekräften gezeigt werden, dass auch sie das Recht haben zu trauern. Es sollten Strategien zur Bewältigung dieser Trauer aufgezeigt werden und auf Möglichkeiten zur Unterstützung sollte hingewiesen werden. Desweiteren ist die Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit von großer Wichtigkeit. Um Sterbende und deren Angehörige betreuen zu können, sollte man sich mit seinen diesbezüglichen eigenen Ängsten auseinandergesetzt haben.

Nach Angaben der Interview-Partner fand der Unterricht zum Thema Tod und Sterben meist als mehrtägiges Sterbeseminar in einem Kloster oder Landschulheim statt. Dies scheint durchaus sinnvoll, denn so ist es möglich, sich außerhalb des normalen Schulbetriebs intensiv mit dieser Fragestellung zu beschäftigen. Es bietet Zeit und Raum für Rollenspiele, Diskussionen und Vorträge. Jedoch kritisierten die Pflegenden, dass eine solche einmalige Unterrichtseinheit schnell in Vergessenheit gerät und nur wenig Möglichkeiten für praktische Erfahrungen bietet.

Deshalb sollte das in einem solchen Seminar erworbene Wissen durch in regelmäßigen Abständen folgende Unterrichtseinheiten wiederholt und ergänzt werden. Diese könnten einerseits theoretische Kenntnisse im Unterricht vertiefen, sollten aber auch die Möglichkeit für praktische Erfahrungen bieten. Ein Interview-Partner schlug beispielsweise vor, eine Diskussions- und Fragerunde mit erfahrenen Pflegekräften eines Hospizes zu organisieren. Außerdem könnten den Pflegeschülern Mentoren zugeteilt werden, die dafür verantwortlich sind, diesen bei der Pflege eines Sterbenden und bei der Versorgung eines Toten anzuleiten.

Jedoch nicht nur in der Ausbildung, sondern auch im späteren Berufsleben ist es sinnvoll, das vorhandene Wissen durch Fortbildungen zu vertiefen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Pflegekraft in einem Bereich tätig ist, in dem oft Patienten versterben. Einige der Befragten gaben an, schon an innerbetrieblichen Fortbildungen oder Seminaren im Rahmen einer Weiterbildung teilgenommen zu haben und bewerteten diese als sehr positiv und hilfreich. Gewünscht wurde ein noch größeres Angebot an Fortbildungen, bessere Teilnahmemöglichkeiten und gemeinsame Veranstaltungen mit ärztlichen Kollegen zum interdisziplinären Austausch.

Eine Option, diesen Wünschen zu entsprechen, wäre die von einigen Pflegenden vorgeschlagene Supervision.

Eine Supervision ist eine berufsbegleitende, praxisorientierte Beratung eines Teams, die durch einen externen, speziell ausgebildeten Supervisor geleitet wird (*Albrecht 2007b*). Im Rahmen einer Supervision kann ein Sterbefall, bei dem es zu Problemen oder Konflikten kam, reflektiert werden. Hierbei kann auf fachliche, ethische und organisatorische Aspekte, auf Gefühle und Gedanken der Beteiligten, auf Konflikte im Team sowie auf Bewältigungsprobleme eingegangen werden. Im Idealfall partizipieren nicht nur Pflegekräfte, sondern auch Ärzte und andere beteiligte Berufsgruppen, wie z.B. Geistliche an der Supervision. Sie bietet die Möglichkeit, Feedback zum eigenen beruflichen Handeln zu erhalten und dieses zu korrigieren. Damit dient sie der Klärung der beruflichen Identität und der Bewahrung und Steigerung der Kompetenz (*Fengler 2007, S. 103*).

Überdies trägt die Supervision zur Verarbeitung von Todesfällen bei und ist aufgrund dessen nicht nur zu Fortbildungszwecken, sondern auch zur psychologischen Unterstützung der Pflegekräfte geeignet. Der Wunsch nach einer solchen psychologischen Betreuung, die über das Gespräch mit einem Kollegen hinausgeht, wurde von den Befragten mehrfach geäußert. In den meisten Fällen ist eine weiterführende Unterstützung sicherlich nicht notwendig. Bei Todesfällen, die besonders schwer zu verarbeiten sind, sind Beratungsangebote für die betreffenden Pflegekräfte jedoch dringend erforderlich. So zeigte eine Untersuchung, dass in der Onkologie tätige Pflegekräfte, die keine psychologische Unterstützung erhalten, ein signifikant höheres Risiko haben, ein Burnout-Syndrom zu erleiden (*Jenkins und Ostchega 1986*).

Neben einer Supervision und Einzelgesprächen mit einem Psychologen gibt es noch andere Möglichkeiten, um eine ausreichende Unterstützung zu gewährleisten. Pflegekräfte einer amerikanischen Intensivstation gründeten beispielsweise eine „grief support group“, um ihre Kollegen zu unterstützen und entwickelten hierfür verschiedene Strategien. Eine dieser Strategien beinhaltet einen Telefonanruf, den die Pflegekraft, die den Verstorbenen hauptsächlich betreut hat, kurz nach dessen Tod von einem Mitglied der Gruppe erhält. Dieses Gespräch soll der betroffenen Pflegekraft die Möglichkeit geben, die Situation noch einmal ins Gedächtnis zu rufen, Gefühle und Gedanken auszudrücken und über geeignete Bewältigungsstrategien zu reden (*Lenart et al. 1998*).

Auch regelmäßige, geplante Gedenkfeiern, evtl. zusammen mit den Angehörigen der Verstorbenen, können hilfreich sein (*Matzo et al. 2003*). Letztendlich gibt es keine Form der psychologischen Unterstützung, die für jeden gleichermaßen geeignet ist. Deshalb ist immer eine

Kombination verschiedener Strategien erforderlich. Die grundlegende Voraussetzung für solche Hilfsangebote ist jedoch eine Atmosphäre, die Pflegekräften das Recht zugesteht, zu trauern. Haben diese das Gefühl, dass Trauer um Patienten unangemessen und ein Zeichen von Schwäche ist, werden sie keine Unterstützung annehmen können.

4.3 Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen in Bezug auf sterbende Patienten

Mehr als die Hälfte der Interview-Partner zeigte sich unzufrieden mit der Zusammenarbeit und Kommunikation mit ihren ärztlichen Kollegen in Bezug auf Todesfälle und sterbende Patienten. Die befragten Pflegekräfte beanstandeten vor allem die zu geringe Unterstützung bei der Versorgung des Verstorbenen und der Betreuung seiner Angehörigen und die fehlende Information über ärztliche Entscheidungen. Desweiteren gebe es keine über das Fachliche hinausgehende Kommunikation mit den Ärzten; es seien „zwei verschiedene Welten“. Dementsprechend gaben auch nur zwei Pflegende an, schon einmal mit ärztlichen Kollegen zur Bewältigung über Todesfälle gesprochen zu haben.

Die beschriebene Problematik scheint jedoch kein Ausnahmefall zu sein. In mehreren Studien beklagen sich die Pflegekräfte über die fehlende Kooperation mit ihren ärztlichen Kollegen bei Sterbebegleitung und Todesfällen sowie über mangelnde Unterstützung (*Blomberg und Sahlberg-Blom 2007, Brysiewicz und Uys 2005, Halcomb et al. 2004, Irvin 2000, Newton und Waters 2001*). So sei die schlechte Zusammenarbeit eine der Hauptursachen für Stress im Umgang mit Tod und Sterben (*Papadatou et al. 2001, Rodrigues und Chaves 2008*).

Um diese Belastung zu vermeiden und eine hohe Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten, ist es dringend erforderlich, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Die schlechte Zusammenarbeit erklärt sich aber wahrscheinlich nicht allein durch fehlendes Engagement. Ärzten fehlt oft die Zeit für eine angemessene Unterstützung der Pflegekräfte bei einem Todesfall. Desweiteren werden Ärzte im Medizinstudium meist nur schlecht oder gar nicht auf den Umgang mit sterbenden Patienten vorbereitet. Auch in der neuen Approbationsordnung für Ärzte von 2002 spielen das Thema „Sterben und Tod“ keine Rolle und die Palliativmedizin ist weiterhin kein Pflichtfach (*Hibbeler 2007*). Das Medizinstudium bleibt somit rein kurativ orientiert. Deshalb verwundert es nicht, dass insbesondere junge Ärzte im Umgang mit sterbenden Patienten oft überfordert sind, sowohl in der Kommunikation und Betreuung, als auch in der Medikation und

der Abwicklung von Formalitäten. Dennoch entschuldigt dies nur zum Teil die schlechte Kooperation mit der Pflege. Beide Berufsgruppen sollten mehr Verständnis für die Aufgaben und Probleme der anderen aufbringen und besser aufeinander eingehen. Um die Kooperation zu verbessern, eignen sich interdisziplinäre Fortbildungen, Supervisionen oder Gesprächsrunden, wie bereits unter Punkt 4.2 vorgestellt.

Der von den Interview-Partnern am häufigsten genannte Konfliktpunkt zwischen Pflegekräften und Ärzten im Umgang mit Tod und Sterben war die Uneinigkeit über die Einstellung der kurativen Therapie eines schwerkranken Patienten. Sie vertraten die Meinung, dass Ärzte oft viel zu lange an lebensverlängernden Maßnahmen festhalten und so das Leiden der Patienten und der Angehörigen unnötig verlängern.

Die Pflegekräfte befinden sich hier in dem Dilemma, den Anweisungen des Arztes Folge leisten müssen, obwohl sie eine palliative Therapie für angebracht halten (*Davies et al. 1996*). Sie werden nicht in die Entscheidung der Ärzte einbezogen, müssen diese jedoch vertreten (*Halcomb et al. 2004*). Die Pflegenden sind also gezwungen, zu den ihrer Ansicht nach sinnlosen Qualen des Patienten beizutragen und empfinden deshalb Hilflosigkeit, Ärger und Frustration (*Yam et al. 2001*). In einer quantitativen Studie mit Pflegekräften und Ärzten verschiedener Intensivstationen in den USA zeigte sich, dass die Pflegenden mehr moralische Bedenken hatten als die Ärzte und 45% aus diesem Grund schon eine Stelle verlassen hatten oder überlegten dies zu tun (*Hamric und Blackhall 2007*).

Doch auch Ärzte leiden unter ethischen Konflikten; im Gegensatz zu den Pflegekräften sind sie aber diejenigen, die die Entscheidung treffen müssen (*Oberle und Hughes 2001*). Dabei sind sie nicht ausschließlich ihrem Gewissen verpflichtet, sondern ihre Entscheidung wird u.a. eingeschränkt durch vorgesetzte Ärzte, die Verwaltung, mangelnde Ressourcen und den Erwartungen des Patienten und seiner Familie. Außerdem tragen die Ärzte für ihre Entscheidung die Verantwortung und müssen Fehler unter Umständen vor Gericht verantworten und mit den Folgen leben. Auch kennen Pflegekräfte oft nicht alle medizinischen Hintergründe, nach denen der Arzt entscheidet. Diese Schwierigkeiten, mit denen sich der Arzt bei seiner Entscheidung auseinandersetzen muss, werden von den Pflegenden vielfach nicht bedacht. Sie erkennen die schlechte Situation des Patienten und wünschen sich, dass diese sich verbessert. Dieses mangelnde Verständnis ist sicherlich zu einem großen Teil in der fehlenden Information durch die Ärzte begründet.

Es ist jedoch auch leichter zu sagen, was getan werden muss, wenn man selbst die Entscheidung nicht treffen muss. Mehrere Interview-Partner erklärten, dass sie froh wären, nicht entscheiden zu müssen. Dennoch gab es auch viele, die gerne stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen werden würden. Die Rolle des Pflegepersonals ist an dieser Stelle jedoch unklar (*Halcomb et al. 2004*). Schon lange haben sich die Pflegekräfte vom „Handlanger“ des Arztes zu gut ausgebildeten medizinischen Fachkräften weiterentwickelt, die fähig sind, die gesundheitliche Situation eines Patienten einzuschätzen. Zudem haben sie oft eine engere Beziehung zum Patienten als der Arzt und verbringen mehr Zeit an seinem Bett. Deshalb wäre es durchaus sinnvoll, die Pflegekräfte in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Ihre Beobachtungen und Meinungen wären eine wertvolle Ergänzung für die ärztliche Entscheidung.

Wichtig ist also auch hier vor allem eine bessere Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen. Ärzte sollten die Pflegenden verstärkt über die Gründe für ihre Entscheidungen informieren. Die Pflegekräfte wiederum sollten mehr Verständnis für die Verantwortung des Arztes und die damit verbundenen Probleme zeigen. Sie sollten aber auch die Möglichkeit haben, ihre Meinung in einem offenen Austausch kundzutun. So kann eine gemeinsame, klare Strategie entwickelt werden, ob kurativ oder palliativ. Diese hilft bei der Vermeidung von Konflikten und beugt Bewältigungsproblemen durch ethische Bedenken vor.

4.4 Ausblick

Die Ergebnisse und das große Interesse der Pflegekräfte zeigen, dass der Umgang mit Tod und Sterben bei Pflegenden ein Thema von großer Bedeutung ist, das bislang zu wenig Beachtung gefunden hat. Es ist daher erforderlich, dass dieser Problematik auch an deutschen Krankenhäusern mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, um die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und die Qualität der Patientenversorgung im Bereich Sterben und Tod zu verbessern.

Die umfangreichen Daten bieten viele Ansatzpunkte für weiterführende Studien. So gilt es zu klären, in welchen medizinischen Bereichen besonders häufig Probleme im Umgang mit Tod und Trauer bestehen und wie sich diese äußern. Hierbei wäre es interessant zu erkunden, welche Bewältigungsstrategien von den Pflegekräften genutzt werden und wie effektiv diese sind. Außerdem sollte überprüft werden, ob eine psychologische Unterstützung notwendig und gewünscht ist und welche Umstände nach Ansicht der Pflegenden verbessert werden sollten.

Auch die Ausbildung bedarf einer weiteren Untersuchung. Es wäre wichtig zu eruieren, inwieweit die Pflegekräfte auf den Umgang mit sterbenden Patienten vorbereitet wurden und wo bei Gestaltung und Inhalt der Ausbildung Verbesserungsbedarf besteht.

Da die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den ärztlichen Kollegen hinsichtlich eines Sterbefalls ein Thema war, das von den Befragten besonders häufig erwähnt wurde, ist es notwendig, auch hier weitere Informationen zu sammeln.

Es drängt sich auf, dass es von großer Wichtigkeit ist, das Thema „Umgang mit Tod und Sterben bei Pflegekräften“ nicht wieder in Vergessenheit geraten zu lassen und dies nicht nur in der Palliativmedizin, sondern auch in anderen betroffenen Bereichen, wie der Chirurgie und den anderen Abteilungen der Inneren Medizin.

4.5 Diskussion der Methode

Qualitative Forschung eignet sich besonders für die Erschließung von Bereichen, die bislang nur wenig untersucht wurden (*Pope und Mays 1995*). Da dies für das Gebiet „Umgang mit Tod und Trauer bei Krankenpflegekräften“ zutrifft, wurde für die Datenerhebung und Auswertung der vorliegenden Studie ein qualitativer Ansatz in Form von problemzentrierten Leitfadeninterviews mit anschließender Auswertung durch den framework approach gewählt.

Eine qualitative Studie bietet die Möglichkeit, erste Informationen zur Hypothesenformulierung für eine anschließende, standardisierte und repräsentative Erhebung zu gewinnen (*Flick et al. 2007*). Deshalb eignet sich diese Untersuchung als Grundlage für eine geplante quantitative Befragung des gesamten Pflegepersonals des Universitätsklinikums Freiburg.

Ein qualitativer Ansatz ist für die Erforschung eines wenig untersuchten Gebiets vorzuziehen, da er sich im Vergleich zu quantitativen Methoden durch eine wesentlich größere Offenheit und Flexibilität auszeichnet. Der Gesprächsleitfaden des problemzentrierten Interviews enthält ausschließlich offene Fragen, die in ihrer Formulierung und Reihenfolge variiert werden dürfen; ebenso ist es möglich, zusätzliche Fragen zu stellen oder Fragen auszulassen.

Die Methode kann also dem Untersuchungsgegenstand angepasst werden. Der Interviewte ist in der Regel auch ehrlicher, reflektierter, genauer und offener als bei einem standardisierten Fragebogen, weil eine vertrauensvolle, gleichberechtigte und offene Beziehung zwischen Interviewer und Befragtem aufgebaut wird (*Mayring 1996, S. 51*). Die Probanden können hier ihre

subjektiven Perspektiven und Deutungen offenlegen, was bei einer quantitativen Umfrage nicht möglich ist. Außerdem können auch Zusammenhänge erschlossen und Hintergründe erfragt werden. Ein weiterer Vorteil ist die Möglichkeit, zu erfragen, ob man vom Befragten verstanden wurde.

Auf diese Weise können bislang unbekannte Sachverhalte entdeckt werden und Hypothesen generiert werden, zu denen der Forscher durch quantitative Forschung nicht gelangen kann (*Kelle und Erzberger 2007*). Die gewonnenen Daten enthalten ein großes Spektrum von Eindrücken, Meinungen und Deutungen und lassen die Erschließung einer großen Zahl von analytischen Kategorien zu.

Jedoch kann eine qualitative Studie aufgrund der zu geringen Anzahl an Probanden keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität erheben. Es können keine auf die Grundgesamtheit verallgemeinerbare Werte gewonnen werden. Darüber hinaus sind die einzelnen Interviews wegen der fehlenden Standardisierung nicht direkt vergleichbar, auch wenn die Verwendung eines Leitfadens eine etwas kontrolliertere und vergleichbarere Herangehensweise ermöglicht (*Witzel 1989*). Durch die Auswahl der Probanden durch Blockrandomisation und die Einbeziehung möglichst vieler verschiedener Bereiche des Universitätsklinikums soll die Übertragbarkeit erhöht werden. Sie ist jedoch keinesfalls mit der Übertragbarkeit einer quantitativen Studie vergleichbar. Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass sowohl die Datenerhebung, als auch die Auswertung einer qualitativen Studie sehr aufwendig und zeitintensiv ist.

Außerdem besteht die Möglichkeit, dass verschiedene Faktoren die Erhebung und Auswertung der Daten beeinflusst haben könnten und es somit zu Fehlern gekommen sein könnte.

So wäre es denkbar, dass der Interviewer den Befragten und damit auch das Gesagte auf irgendeine Art und Weise beeinflusst haben könnte (*Mays und Pope 1995*). Schon durch die große Flexibilität bei der Fragestellung ist es unumgänglich, dass der Interviewer den Inhalt und den Ablauf der Unterhaltung beeinflusst. Auch die Interviewsituation selbst und die räumliche Umgebung könnten Einfluss auf das Gespräch gehabt haben. Es wurde versucht, die Gespräche in möglichst ruhigen Räumen durchzuführen, dennoch kam es teilweise zu kleinen Störungen. Auch die persönlichen Voraussetzungen des Befragten, wie die psychische Verfassung zum Zeitpunkt des Interviews und die Motivation könnten eine Rolle spielen. Da die Teilnahme an der Studie freiwillig war, ist es wahrscheinlich, dass sich viele Pflegekräfte zum Interview bereit erklärten, die Interesse an dem Thema hatten oder unter noch nicht verarbeiteten eigenen Trauererfahrungen litten.

Zudem ist Forschung, die ausschließlich auf den Beobachtungen eines einzelnen Untersuchers beruht, per Definition limitiert durch dessen Wahrnehmungen und Selbstbeobachtungen (*Mays und Pope 1995*). Auch subjektive Einflüsse bei der Deutung der Daten sind trotz methodisch kontrollierten Vorgehens nicht völlig auszuschließen.

5 Zusammenfassung

Bislang gibt es insbesondere in Deutschland nur wenige Erkenntnisse darüber, wie Pflegekräfte mit Erlebnissen umgehen, die sie bei der Betreuung unheilbar kranker und sterbender Patienten machen. Das Ziel dieser Arbeit war deshalb, über Trauererfahrungen, Probleme und Bewältigungsstrategien der Pflegenden in diesem Bereich Aufschluss zu geben. In einer qualitativen Studie wurden 28 Pflegekräfte verschiedener Abteilungen des Universitätsklinikums Freiburg mittels semistrukturierter Interviews befragt. Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe des Framework Approach ausgewertet und einem Kategoriensystem zugeordnet.

Die Befragten benannten verschiedene Faktoren, die die Verarbeitung eines Todesfalls erschweren können, u.a. der Tod eines Patienten, zu dem eine emotionale Beziehung bestand oder der Tod eines jungen Patienten. Desweiteren beschrieben sie Probleme, die bei der Verarbeitung auftreten können, wie die Mitnahme des Erlebten ins Privatleben oder die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit. Mehrfach wurde eine psychologische Unterstützung gewünscht. Die Pflegekräfte schilderten vielfältige Strategien, die sie zur Bewältigung von Tod und Trauer entwickelt hatten. Diese dienten vor allem dem Zulassen oder Unterdrücken von Emotionen und der Wahrung einer Balance zwischen Nähe und Distanz zum Patienten und zur Arbeit mit Sterbenden. Überdies gaben die Befragten an, dass es ihnen bei der Verarbeitung helfe, einen Patienten bestmöglich begleitet zu haben oder dessen Tod einen Sinn zuordnen zu können. Die meisten Pflegekräfte wurden im Rahmen ihrer Ausbildung auf den Umgang mit sterbenden Patienten vorbereitet, größtenteils in Form eines Seminars. Viele empfanden den Unterricht als hilfreich, erkannten jedoch Verbesserungsbedarf und forderten insbesondere einen stärkeren Praxisbezug. Auch ein größeres Angebot an Fortbildungen wurde gewünscht. Viele schätzten die Kommunikation mit Angehörigen als schwer ein. Die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen in Bezug auf sterbende Patienten wurde von mehr als der Hälfte der Befragten stark kritisiert. Insbesondere Uneinigkeit über die Beendigung der kurativen Therapie eines schwerkranken Patienten barg großes Konfliktpotential. Ein großer Teil empfand die fehlende Würde und Menschlichkeit in der Sterbephase sowie die unzureichenden Räumlichkeiten als Belastung und wünschte sich, dass das Thema „Tod“ im Krankenhaus weniger stark tabuisiert werde.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass der Umgang mit Tod und Trauer ein Thema ist, das die Pflegekräfte stark beschäftigt und bislang zu wenig beachtet wurde. An verschiedenen Stellen scheint großer Verbesserungsbedarf zu bestehen, der in weiterführenden Studien überprüft werden sollte.

6 Literaturverzeichnis

Albrecht E (2007a): Betreuendes Team. In: Bausewein C, Roller S, Voltz R (Hrsg.): Leitfaden Palliativmedizin - Palliative Care. 3. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München): 505–506.

Albrecht E (2007b): Supervision. In: Bausewein C, Roller S, Voltz R (Hrsg.): Leitfaden Palliativmedizin - Palliative Care. 3. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München): 132–133.

Anderson K A, Gaugler J E (2006): The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *Omega (Westport)*, 54(4): 301–318.

Araujo M M de, Silva M J da, Francisco M C (2004): Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *Int Nurs Rev*, 51(3): 149–158.

Baker B S, Lynn M R (1979): Psychiatric nursing consultation: the use of an inservice model to assist nurses in the grief process. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv*, 17(5): 15–19.

Blomberg K, Sahlberg-Blom E (2007): Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *J Clin Nurs*, 16(2): 244–254.

Brent S B, Speece M W, Gates M F, Darlene M, Manju K (1991): The contribution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: I. Graduate and undergraduate nursing students. *Omega (Westport)*, 23(4): 249–278.

Brisley P, Wood L M (2004): The impact of education and experience on death anxiety in new graduate nurses. *Contemp Nurse*, 17(1-2): 102–108.

Brosche T A (2003): Death, dying, and the ICU nurse. *Dimens Crit Care Nurs*, 22(4): 173–179.

Brosche T A (2007): A grief team within a healthcare system. *Dimens Crit Care Nurs*, 26(1): 21–28.

Brunelli T (2005): A concept analysis: the grieving process for nurses. *Nurs Forum*, 40(4): 123–128.

Brysiewicz P (2002): Violent death and the South African emergency nurse. *Int J Nurs Stud*, 39(3): 253–258.

Brysiewicz P, McInerney P A (2004): A pilot study of death competency amongst health workers in the Uthukela District in Kwazulu-Natal. *Curationis*, 27(3): 43–48.

Brysiewicz P, Uys L R (2005): The lived experiences of health professionals confronting the sudden death of clients in level I emergency departments in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 28(5): 37–43.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (16.10.1985): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. KrPflAPrV, vom 27.04.1993, Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1), Teil A, lfd. Nr. 8.11.3.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (10.11.2003): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. KrPflAPrV, vom 02.12.2007, Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1), Teil A, lfd. Nr. 2,10 u. Teil B, lfd. Nr. I.1.

Caton A P, Klemm P (2006): Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clin J Oncol Nurs*, 10(5): 604–608.

Chiriboga D A, Jenkins G, Bailey J (1983): Stress and coping among hospice nurses: test of an analytic model. *Nurs Res*, 32(5): 294–299.

Cooper J, Barnett M (2005): Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *Int J Palliat Nurs*, 11(8): 423–430.

Corr C A, Corr D M, Goldman C, Jupp P, Lattanzi-Licht M, Papadatou D et al. (2006): Caregivers in death, dying, and bereavement situations. *Death Stud*, 30(7): 649–663.

Davies B, Clarke D, Connaughty S, Cook K, MacKenzie B, McCormick J et al. (1996): Caring for dying children: nurses' experiences. *Pediatr Nurs*, 22(6): 500–507.

Doka K J (1989): *Disenfranchised grief. Recognizing hidden sorrow*, Lexington Books/D.C. Heath, Lexington.

Dunn K S, Otten C, Stephens E (2005): Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 32(1): 97–104.

Eakes G G (1990): Grief resolution in hospice nurses. An exploration of effective methods. *Nurs Health Care*, 11(5): 242–248.

Ekedahl M, Wengström Y (2007): Nurses in cancer care--stress when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nurs*, 11(3): 228–237.

Ellis-Fletcher S N (2002): Cultural implications in the management of grief and loss. *J Cult Divers*, 9(3): 86–90.

Fengler J (2007): Entlastung des Personals, Burnout, Supervision. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Mit einem Geleitwort von Heinz Pichlmaier. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl., Schattauer, Stuttgart): 94–107.

Field D (1984): 'We didn't want him to die on his own'--nurses' accounts of nursing dying patients. *J Adv Nurs*, 9(1): 59–70.

Field D (1989): Emotional involvement with the dying in a coronary care unit. *Nurs Times*, 85(13): 46–48.

Flick U, Kardorff E von, Steinke I (2007): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 5. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg): 13–29.

Freud S (1967): Trauer und Melancholie. In: Freud A, Bribring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hrsg.): Sigmund Freud. Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. 4. Aufl., S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 10): 428–446.

Gardner J M (1999): Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England, and Japan. *J Transcult Nurs*, 10(2): 120–130.

Halcomb E, Daly J, Jackson D, Davidson P (2004): An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*, 20(4): 214–222.

Hamric A B, Blackhall L J (2007): Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*, 35(2): 422–429.

Hibbeler B (2007): Palliativmedizin im Studium - Berührungängste abbauen. *DÄ*, 104(28-29): A-2036 / B-1795 / C-1731.

Hinds P S, Puckett P, Donohoe M, Milligan M, Payne K, Phipps S et al. (1994): The impact of a grief workshop for pediatric oncology nurses on their grief and perceived stress. *J Pediatr Nurs*, 9(6): 388–397.

Hopf C (2007): Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 5. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg): 349–360.

Husebø S (2006): Trauer. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg.): *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik*. 4. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg): 325–333.

Irvin S (2000): The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*, 7(4): 30–34.

James V, Field D (1996): Who has the power? Some problems and issues affecting the nursing care of dying patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 5(2): 73–80.

Jenkins J F, Ostchega Y (1986): Evaluation of burnout in oncology nurses. *Cancer Nurs*, 9(3): 108–116.

Kallmeyer W, Schütze F (1976): Konversationsanalyse. *Studium Linguistik*(1): 1–28.

Kaplan L J (2000): Toward a model of caregiver grief: Nurse's experiences of treating dying children. *Omega (Westport)*, 41(3): 187–206.

Katz J, Sidell M, Komaromy C (2000): Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff. *Int J Palliat Nurs*, 6(6): 274–279.

Kelle U, Erzberger C (2007): Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 5. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg): 299–309.

Klaschik E (2006): Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Europa. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg.): *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik*. 4. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg): 4–19.

Koffman J, Higginson I J (2005): Assessing the effectiveness and acceptability of interprofessional palliative care education. *J Palliat Care*, 21(4): 262–269.

Kruse J (2006): Reader "Einführung in die Qualitative Interviewforschung". Version September 2006, Freiburg. Bezug über:
<http://www.soziologie.uni-freiburg.de/Personen/kruse/UniHomepage/Workshops/Reader.html>,
zuletzt geprüft am 27.11.2008.

Lenart S B, Bauer C G, Brighton D D, Johnson J J, Stringer T M (1998): Grief support for nursing staff in the ICU. *J Nurses Staff Dev*, 14(6): 293–296.

Lerea L E, LiMauro B F (1982): Grief among healthcare workers: a comparative study. *J Gerontol*, 37(5): 604–608.

Mallett K, Price J H, Jurs S G, Slenker S (1991): Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep*, 68(3 Pt 2): 1347–1359.

Matzo M L, Sherman D W, Lo K, Egan K A, Grant M, Rhome A (2003): Strategies for teaching loss, grief, and bereavement. *Nurse Educ*, 28(2): 71–76.

Mayer H (2007): *Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung*. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas-WUV, Wien.

Mayring P (1996): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. 3., überarbeitete Aufl., Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Mays N, Pope C (1995): Qualitative research: Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311(6997): 109–112.

McCreight B S (2005): Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud*, 42(4): 439–448.

McKay R C (1991): Working with dying people: crises and compensations. *Curationis*, 14(2): 1-5.

Merriman A, Lau-Ting C (1987): Reactions to death and dying by doctors, medical students and nurses in Singapore 1985-86. *Ann Acad Med Singapore*, 16(1): 133–136.

Mok E, Chiu P C (2004): Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*, 48(5): 475–483.

Müller M (2006): Vom Umgang mit Abschied und Trauer der Fachkräfte. In: Knipping C (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. Mit einem Geleitwort von Reimer Gronemeyer. 1. Aufl., Huber, Bern): 420–424.

Newton J, Waters V (2001): Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work. *Int J Palliat Nurs*, 7(11): 531–540.

Oberle K, Hughes D (2001): Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*, 33(6): 707–715.

Onstott A T (1998): Perioperative nursing care when sudden patient death occurs in the OR. *AORN J*, 67(4): 829–836.

Papadatou D (2000): A proposed model of health professionals' grieving process. *Omega (Westport)*, 41(1): 59–77.

Papadatou D (2001): The grieving healthcare provider. Variables affecting the professional response to a child's death. *Bereavement Care*, 20(2): 26–29.

Papadatou D, Bellali T, Papazoglou I, Petraki D (2002): Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatr Nurs*, 28(4): 345–353.

Papadatou D, Martinson I M, Chung P M (2001): Caring for dying children: a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5): 402–412.

Perez-Carceles M D, Esteban M A, Osuna E, Luna A (1999): Medical personnel and death. *Med Law*, 18(4): 497–504.

Pope C, Mays N (1995): Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311(6996): 42–45.

Pope C, Ziebland S, Mays N (2000): Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(7227): 114–116.

Pope C, Ziebland S, Mays N (2006): Analysing qualitative data. In: Pope C, Mays N (Hrsg.): Qualitative research in health care. 3rd ed., Blackwell Publishing, Malden, Mass): 63–81.

Rashotte J, Fothergill-Bourbonnais F, Chamberlain M (1997): Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: a phenomenological study. *Heart Lung*, 26(5): 372–386.

Rodrigues A B, Chaves E C (2008): Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*, 16(1): 24–28.

Running A, Tolle L W, Girard D (2008): Ritual: The final expression of care. *Int J Nurs Pract*, 14(4): 303–307.

Schmandt J (1997): Entlastung des Personals. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Mit einem Geleitwort von Robert Twycross, Schattauer, Stuttgart): 947–962.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Zusammenfassende Übersichten: Eheschließungen, Geborene und Gestorbene 1946-2007. Bezug über: <http://www.destatis.de>, zuletzt geprüft am 16.12.2008.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b): Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland ab 1994 (Fälle/Sterbefälle, Pflagestage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, Krankheiten gemäß Europäischer Kurzliste. Bezug über: <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 16.12.2008.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008c): Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Ärzte und nichtärztliches Personal, Art der Einrichtung. Bezug über: <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 16.12.2008.

Tan J, Low J A, Yap P, Lee A, Pang W S, Wu Y (2006): Caring for dying patients and those facing death in an acute-care hospital in Singapore: a nurse's perspective. *J Gerontol Nurs*, 32(5): 17–24.

Tyler P A, Ellison R N (1994): Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *J Adv Nurs*, 19(3): 469–476.

Wakefield A (2000): Nurses' responses to death and dying: a need for relentless self-care. *Int J Palliat Nurs*, 6(5): 245–251.

Witzel A (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*, Campus-Verlag, Frankfurt am Main, New York (CampusForschung, 322).

Witzel A (1989): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. 2. Aufl., Asanger Verlag, Heidelberg): 227–255.

Wrenn R L, Levinson D, Papadatou D (1999): End-of-life series, Part 3. Working with dying patients: caregivers need support too! *Tex Nurs*, 73(10): 6–8.

Yam B M, Rossiter J C, Cheung K Y (2001): Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *J Clin Nurs*, 10(5): 651–659.

7 Danksagung

Zum Abschluss meiner Arbeit möchte ich Frau Privatdozentin Dr. med. Dipl.-Theol. Dipl.-Caritaswiss. G. Becker herzlich für die Überlassung des Themas dieser Dissertation, für die Begutachtung, sowie für die engagierte und kontinuierliche Betreuung danken. Sie hatte immer ein offenes Ohr für alle anfallenden Probleme.

Ebenso danke ich Herrn Professor Dr. med. F. Momm für seine Bereitschaft, das Zweitgutachten zu erstellen.

Mein besonderer Dank gilt außerdem Frau C. Xander für ihre Hilfe bei der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Studie, sowie beim Abfassen der Arbeit.

Ebenfalls danke ich den Pflegekräften, die an dieser Studie teilgenommen haben und großes Interesse für das Thema meiner Arbeit zeigten.

Besonders großer Dank gilt meiner Familie, meinem Partner und meinen Freunden für ihre fortwährende Unterstützung und ihre konstruktive Kritik. Insbesondere möchte ich an dieser Stelle meinen Eltern danken, auf die ich mich nicht nur bei der Erstellung dieser Dissertation immer verlassen kann.

8 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Nicole Halfpap
Geburtsdatum	13.02.1981
Geburtsort	Frankfurt a. M.
Familienstand	ledig
Eltern	Waltraud Halfpap-Klebe, Lehrerin für Sekundarstufe I Hans-Joachim Halfpap, Diplomkaufmann

Schulbildung

1987-1991	Grundschule Burgholzhausen
1991-2000	Philipp-Reis-Schule, Friedrichsdorf
2000	Allgemeine Hochschulreife

Medizinstudium

2000-2007	Medizinstudium an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2007-2008	Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
2002	Ärztliche Vorprüfung
2003	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2006	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2008	Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2008	Approbation

Famulaturen

März 2003	Krankenhaus der barmherzigen Schwestern, Wien (Innere Medizin)
August 2004	Kreiskrankenhaus Emmendingen (Gynäkologie und Geburtshilfe)
März 2005	Zentrum für ambulante Diagnostik und Chirurgie, Freiburg (Plastische- und Handchirurgie)
August 2005	Royal Melbourne Hospital, Australien (Augenheilkunde)

Praktisches Jahr

2007-2008	Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden Wahlfach: Augenheilkunde
-----------	---

9 Anhang

9.1 Anhang A

Soziodemographische Daten

1. **Geschlecht** weiblich männlich

2. **Alter** < 20 20-30 31-40 41-50 51-60 >60

3. **Familienstand**
 - ledig verheiratet Lebensgemeinschaft
 - getrennt geschieden verwitwet

4. **Kinder** Ja, Anzahl _____ Nein

5. **Lebensumstände** allein lebend mit Partner/in mit Familie
 - andere, nämlich

6. **Religionszugehörigkeit**
 - röm.-kath. evang. islam. buddhist.
 - jüd. keine andere, nämlich

7. **Berufstätigkeit als Krankenpfleger/Krankenschwester (nach Abschluss der Ausbildung)**
 - < 1 Jahr 1 – 2 Jahre 3-5 Jahre 6-10 Jahre 10-15 Jahre > 15 Jahre

8. **Berufstätigkeit am Universitätsklinikum**
 - < 1 Jahr 1 – 2 Jahre 3-5 Jahre 6-10 Jahre 10-15 Jahre > 15 Jahre

9. **Berufserfahrung in welchen pflegerischen Bereichen (über das gesamte bisherige Berufsleben)**

10. **Abteilung aktuell**

Chirurgische Intensivstation	<input type="radio"/>	Chirurgische Normalstation	<input type="radio"/>
Medizinische Intensivstation	<input type="radio"/>	Medizinische Normalstation	<input type="radio"/>
Neurologische Intensivstation	<input type="radio"/>	Neurologische Normalstation	<input type="radio"/>
Strahlentherapie	<input type="radio"/>	Gynäkologische Normalstation	<input type="radio"/>
Sonstige, nämlich _____			

Wir danken Ihnen herzlich für ihre Mitarbeit bei unserer Studie!

9.2 Anhang B

Einladung zum Interview

Sehr geehrter Herr... / Sehr geehrte Frau...

Die Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden Patienten kann insbesondere für das Pflegepersonal eine starke psychische und physische Belastung darstellen. Meistens wird vergessen, dass nicht nur der Patient und seine Angehörigen, sondern auch das medizinische Personal Trauer und Angst bei der Konfrontation mit dem Tod erfährt. Bislang gibt es leider nur wenig systematische Forschung zu diesem wichtigen Thema. Dabei ist es bei der ständig steigenden Arbeitsbelastung des Pflegepersonals dringend notwendig, den Umgang mit eigenen Trauererfahrungen zu erleichtern und die Ausbildung diesbezüglich zu verbessern.

Am Universitätsklinikum Freiburg wird daher zur Zeit eine Studie über den Umgang mit Trauererfahrung bei Pflegenden durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie würde ich Sie gerne zu einem Interview einladen, in dem ich Sie über Ihre persönlichen Erfahrungen bei der Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden Patienten befragen möchte.

Dabei würde ich mit Ihnen gerne über die Bedeutung des Themas Trauer im Pflegeberuf sprechen und mehr darüber erfahren, wie auf Ihrer Station mit dem Tod eines Patienten umgegangen wird und wie Sie persönlich ein solches Ereignis verarbeiten. Die Auswertung der in den Interviews erhobenen Daten erfolgt anonymisiert und ohne mögliche Rückschlüsse auf die Identität der Interview-Partner. Die Erfüllung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist sichergestellt. Die Studie wurde sowohl von der Ethikkommission als auch vom Personalrat begutachtet und befürwortet.

Verantwortlich für diese Studie ist die Arbeitsgruppe Palliativmedizin der Medizinischen Klinik, die aus Frau Dr. med. Dipl. Theol. G. Becker, Abteilung Innere Medizin II, Frau C. Xander, Psychoonkologin, und Herrn Dr. med. F. Momm, Abteilung für Strahlentherapie, besteht (Tel. 270-3213). Ich bin Medizinstudentin im 10. Semester und Doktorandin dieser Arbeitsgruppe und werde das Interview mit Ihnen durchführen. Insgesamt sollen 25 Pflegekräfte aus verschiedenen Abteilungen des Universitätsklinikums Freiburg befragt werden, die durch ein Zufallsverfahren ausgewählt werden. Die Studie wird von der Pflegedirektorin Frau Buchstor und der Pflegedienstleitung Ihrer Abteilung unterstützt.

Unser Gespräch wird ungefähr eine Stunde dauern und kann während der Arbeitszeit durchgeführt werden. Es würde mich sehr freuen, wenn Sie sich entschließen würden, an dieser Studie teilzunehmen, denn ich bin sehr interessiert an Ihren Gedanken zum Thema Trauer beim Pflegepersonal sowie an den Erfahrungen, die Sie in Ihrem Berufsleben gesammelt haben.

Ich werde in einigen Tagen mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um zu erfahren, ob Sie teilnehmen möchten und um einen Gesprächstermin mit Ihnen zu vereinbaren. Wenn Sie noch Fragen bezüglich des Interviews haben, können Sie sich gerne telefonisch oder per E-Mail an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen

9.3 Anhang C

Interviewleitfaden UTE-Studie - P (Semi-strukturierte Interviews mit Pflegenden)

1. Welches waren die drei Hauptgründe für Ihre Berufswahl Krankenschwester / Krankenpfleger?
2. Welche Ihrer Erwartungen an den Pflegeberuf haben sich erfüllt, welche eher nicht?
3. Das Thema dieses Interviews ist Trauer bei Pflegenden. Wie beurteilen Sie allgemein die Bedeutung des Themas Trauer für den Pflegeberuf?
4. Was schätzen Sie, wie oft stirbt ein Patient / eine Patientin auf Ihrer Station (pro Monat)?
5. Was geschieht üblicherweise auf Ihrer Station, wenn ein Patient / eine Patientin stirbt bzw. gestorben ist? Wie sind die Stationsabläufe im Falle des Todes eines Patienten / einer Patientin?
6. Wie wird der Tod eines Patienten bei Ihnen auf Station angesprochen?
7. Gibt es auf Ihrer Station gemeinsame Rituale zum Umgang mit dem Tod eines Patienten, z.B. bei der Übergabe noch einmal über den Patienten reden, kurze Stille oder ähnliches?
8. Haben Sie selbst für sich ein persönliches Ritual für den Umgang mit dem Tod eines Patienten / einer Patientin?
9. Wie wurden Sie im Rahmen Ihrer Krankenpflegeausbildung auf den Umgang mit dem Tod von Patienten vorbereitet? Was hat Ihnen für die Praxis geholfen? Wo konnten Sie profitieren? Was hat gefehlt?
10. Können Sie sich an den ersten Tod eines Patienten / einer Patientin in Ihrer Zeit als Krankenschwester / Krankenpfleger erinnern? Wie haben Sie diese Situation erlebt?
11. Wie erleben Sie heute den Tod eines Patienten / einer Patientin? Was hat sich in Ihrem Erleben in der Zeit Ihrer Berufstätigkeit geändert?
12. Mit wem reden Sie darüber, wenn einer Ihrer Patienten stirbt? Hilft Ihnen das? Wann reden Sie darüber?

13. Was hilft Ihnen außer reden? Ist Ihnen Ihre Religion bei der Verarbeitung eine Hilfe?
14. Wie erleben Sie den Austausch mit Ihren StationskollegInnen?
15. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit ärztlichen KollegInnen bei einem Todesfall auf Station?
16. Wie erleben Sie den Umgang mit Angehörigen bei einem Todesfall? Was wünschen Sie sich von bzw. für die Angehörigen?
17. Was tun Sie, um sich selbst zu schützen, damit der Tod eines Patienten Ihnen nicht zu nahe geht?
18. Welche Rolle spielen nach Ihrer Einschätzung eigene Trauererfahrungen beim Umgang mit dem Tod eines Patienten?
19. Haben Sie persönliche Erfahrungen mit Verlust und Tod im Familien- oder Freundeskreis? Welche Bedeutung hat dies nach Ihrer Einschätzung für Ihren Umgang mit sterbenden Patienten bzw. mit dem Tod eines Patienten?
20. Wenn ein Patient stirbt, wird man auch mit der eigenen potenziellen Sterblichkeit konfrontiert. Wie geht es Ihnen damit?
21. Wie können Sie nach dem Tod eines Patienten einen Ausgleich finden? Lassen Sie dieses Erlebnis in der Klinik oder beschäftigt es Sie in der Regel auch noch nach Dienstschluss weiter?
22. Wenn Sie an den Tod eines bestimmten Patienten denken, der Ihnen jetzt spontan einfällt, welche drei Gefühle verbinden Sie damit?
23. Was würden Sie gerne in Ihrem Arbeitsfeld im Umgang mit Sterben und Tod verändern?
24. Ein junger Kollege/eine junge Kollegin sagt Ihnen, dass er/sie mit dem Tod eines Patienten nicht umgehen kann. Was würden Sie ihm/ihr raten?
25. Wie haben Sie dieses Interview empfunden? Fiel es Ihnen schwer, über dieses Thema zu sprechen? Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?
26. Was würden Sie sich als Konsequenz aus dieser Studie wünschen?