



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit:

Wie handeln diplomierte Gesundheits- und
Krankenschwestern, -pfleger um ihre Gesundheit
aufrechtzuerhalten?

Eine qualitative Betrachtung von wahrgenommenen Belastungen und entwickelten
Bewältigungsstrategien in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung einer
Palliativstation

Verfasserin:

Heidemarie Hinterwallner, Bakk. phil., MA

angestrebter akademischer Grad:

Master of Arts (MA)

Wien, 2011

Studienkennzahl laut Studienblatt:

066/905

Studienrichtung laut Studienblatt:

Masterstudium Soziologie

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitende Worte	5
1.1 Erkenntnisinteresse und Fachbezug.....	7
1.2 Zielsetzungen	8
1.3 Forschungsfragen.....	9
1.4 Gliederung der Masterthese	10
2. Grundlagen der Palliativ-, Hospizversorgung.....	11
2.1 Palliative Care – Begriffserklärung.....	11
2.2 Zielgruppe der Palliativpflege.....	12
2.3 Hospizbewegung	13
2.3.1. Die moderne Hospizbewegung.....	13
2.3.2. Hospizbewegung in Österreich.....	14
2.4 System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.....	15
2.5 Palliativstation	16
2.5.1. Palliativpflege	17
2.5.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	17
2.5.3. Angehörigenarbeit	18
3. Belastungen am Arbeitsplatz	19
3.1 Bewältigungsstrategien.....	20
3.1.1. Psychohygiene.....	22
3.1.2. Supervision	23
4. Gesundheitsförderung / Krankheitsprävention – Begriffserklärungen . 25	
4.1 Krankheitsprävention	27
4.1.1. Prävention – Unterscheidung nach dem Zeitpunkt	28
4.1.2. Prävention – Unterscheidung nach dem Ziel	29
4.1.3. Prävention – Unterscheidung nach der Methode.....	30
4.2 Gesundheitsförderung	32
4.2.1. Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen	34
4.2.2. Gesundheitsförderung in Settings	35
4.2.3. Gesundheitsförderndes Krankenhaus	35
4.2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung	41
5. Grundlagen (sozialen) Handelns.....	48
5.1 Soziales Handeln – Begriffserklärung.....	49
5.2 Handlungstypen nach Weber.....	51
5.3 (Soziales) Handeln / Verhalten und Gesundheit.....	53
6. Empirischer Teil	55
6.1 Methodenwahl	55
6.2 Methodisches Vorgehen	56
6.2.1. Leitfadeninterviews.....	56
6.2.2. Feldzugang und Beschreibung der InterviewpartnerInnen.....	57
6.2.3. Auswertungsverfahren	58
7. Belastungen auf einer Palliativstation.....	60
7.1 Psychische Belastungen.....	62
7.1.1. PatientInnenbezogene Aspekte.....	62

7.1.2. Angehörigenarbeit	64
7.1.3. Langwieriger Sterbeprozess / Konfrontation mit Leid(en)	66
7.1.4. Ohnmachtsgefühl / Gefühl der Hilflosigkeit	66
7.1.5. Tod aushalten können	67
7.1.6. Fehlendes Erfolgserlebnis	67
7.1.7. Pflegepersonalbezogene Faktoren: an seine Grenzen kommen	67
7.1.8. Ständige Präsenz des Todes / gehäufte Sterbefälle	68
7.1.9. Hinterfragung von Krankheiten	68
7.1.10. Nicht abschalten können	68
7.2 Strukturelle Belastungen	68
7.2.1. Personalmangel	68
7.2.2. Nachtdienst	69
7.2.3. Monotones Arbeiten	72
7.3 Physische Belastungen	72
7.4 Personelle Belastungen	73
8. Umgang mit Belastungen / Bewältigungsstrategien	74
8.1 Persönliche / Individuelle Ebene	75
8.1.1. Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle	76
8.1.2. Privatheit / Rolle als Privatperson	83
8.1.3. Wohnort differiert vom Dienstort	85
8.2 Kollektive Ebene	85
8.2.1. Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle	85
8.2.2. Privatheit / Rolle als Privatperson	88
9. Weitere Ergebnisse / Kurzzusammenfassung	90
9.1 Positive Aspekte des Palliativpflegens	90
9.1.1. Zusammenarbeit im multidisziplinären Team	90
9.1.2. Zeitfaktor	90
9.1.3. Nähe zum/zur PatientIn	90
9.2 Verbesserungsvorschläge	90
9.2.1. Umgestaltung der Palliativstation	91
9.2.2. Bessere Vernetzung und Integration der Palliativstation	91
9.2.3. Höhere Anerkennung des Palliativ-Konzeptes	91
9.2.4. Personelle Veränderungen	91
10. Abschließende Worte	93
10.1 Beantwortung der Forschungsfragen	93
10.2 Anknüpfungspunkte / Verbesserungsvorschläge	97
10.3 Hypothesengenerierung	100
11. Reflexion	102
12. Literaturverzeichnis	103
13. Anhang	113
13.1 Kurzzusammenfassung	113
13.2 Leitfaden	115
Lebenslauf	116

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	15
Abbildung 2: 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen.....	39
Abbildung 3: Zusammenfassende Inhaltsanalyse – Analyse 1.....	58
Abbildung 4: Belastungsfaktoren einer Palliativstation	61
Abbildung 5: Umgang mit Belastungen / Bewältigungsstrategien	75
Abbildung 6: Verbesserungsvorschläge - Gesundheitsförderung.....	100

1. Einleitende Worte

Besonders SozialwissenschaftlerInnen haben sich in den letzten Jahren in ihren Forschungsarbeiten verstärkt auf Faktoren, die die Gesundheit und Krankheit eines Menschen beeinflussen, konzentriert. Die steigende Lebenserwartung, die ein zentraler Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung ist und die Veränderung der Todesursachen, weg von Infektionskrankheiten und hin zu Krankheiten des Kreislaufsystems und verschiedenen Krebsarten seien als erste Einflussfaktoren zu nennen. Weiters seien auch die quantitative und qualitative Verbesserung der Ernährung, die Trinkwasseraufbereitung und Abwasserentsorgung und die Verbesserung der Hygienemaßnahmen gesagt. Es zeigen sich jedoch auch ganz deutlich kulturelle und sozialstrukturelle Unterschiede innerhalb dieser Thematik. Auch die Partnerschaft und die Familie haben ebenso Einflüsse auf die Gesundheit eines Menschen wie berufliche Belastungen (Wolf/ Wendt 2006: 13ff).

Da wir eine beachtliche Zeit unseres Lebens am Arbeitsplatz verbringen, ist es umso wichtiger, dass wir uns bewusst sind, welche Situationen für uns wohlwollend und welche eher vermieden werden sollten. Während für die Einen die Arbeit eine Steigerung des Selbstwertgefühls und Befriedigung mit sich bringt, herrschen bei den Anderen negative Gedanken und stressgefüllte Arbeitsstunden. Vielerlei Studien haben gezeigt, dass am Arbeitsplatz entstandener Stress, Auswirkungen auf körperlicher und auf geistiger Ebene/Gesundheit haben kann, aber auch Einflüsse auf die Arbeitszufriedenheit hat und aggressives Verhalten steigern kann (Cartwright/ Cooper 1996: 202).

Gesundheit kann als ein Prozess verstanden werden, der dann erhalten werden kann, wenn ein Mensch die nötigen Ressourcen hat, um die Anforderungen beziehungsweise die Belastungen, denen er ausgesetzt ist, erfolgreich zu meistern. Schwierigkeiten kann es dann geben, wenn die entsprechenden Möglichkeiten zur Bewältigung fehlen. Folgend ist es möglich, dass die Person ein Ohnmachtsgefühl und/oder ein Gefühl des Ausgeliefertseins, welches zu chronischem Stress führen kann, hat (Wolf/ Wendt 2006: 16, zit. nach Kristenson et al. 2004; Kunz-Ebrecht et al. 2004). Unglücklicherweise dienen oftmals die Einnahme von Medikamenten oder Drogen als Bewältigungsstrategien, die jedoch ebenfalls gesundheitlich schädlich sind (Wolf/ Wendt 2006: 16).

Konzentriert man sich innerhalb seiner Forschung auf das Pflegepersonal, dann wird in den USA ein Rückgang von registrierten Gesundheits- und Krankenschwestern,

-pflegern wahrgenommen, welcher unter anderem auf die mit dem Arbeitsplatz verbundenen Stressoren, wie auch mit burnout erklärt werden kann, denn vor allem die Pflege schwerkranker und sterbender PatientInnen ist ein erwähnenswerter Stressor. Eine Studie von Kiger (Peterson et al. 2010: 432, zit. nach Kiger 1994) zeigt, dass Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger¹ mehr Vorbereitungszeit und mehr Unterstützung im Bereich des Copings bezüglich Pflege von sterbenden PatientInnen brauchen würden. Obwohl schon einige Programme gestartet und forciert wurden, werden noch weitere Forschungsarbeiten benötigt, um die Coping-Ressourcen des Pflegepersonals noch weiter auszubauen und mehr effektive Coping-Strategien aufzuzeigen (Peterson et al. 2010: 432).

Da diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger oftmals einen sehr engen persönlichen Kontakt mit ihren PatientInnen haben, kann dies durchaus eine Bereicherung für eine/einen PflegerIn sein, es kann jedoch vor allem im Bereich der Palliativpflege, wo diese mit PatientInnen, deren Angehörigen und anderen professionellen HelferInnen zusammenarbeiten, auch mitunter psychologisches und emotionales Unbehagen auslösen, wenn der/die PatientIn stirbt (Peterson et al. 2010: 432, zit. nach Cooper/ Barnett 2005; Johnson 1994; Cashavelly et al. 2008). Und es zeigt sich auch eine Ambivalenz innerhalb des Pflegepersonals, welches ursprünglich den Schwerpunkt auf der Heilung und Genesung des/der PatientIn setzt, während im Bereich der Palliativpflege andere Fokusse im Vordergrund stehen. Im Besonderen fällt es ihnen schwer, ihren PatientInnen beim Leiden zuzusehen, mit PatientInnen über ihren Tod und ihr Versterben zu sprechen und/oder zuzuhören oder der Tod des/der PatientIn im Allgemeinen (Peterson et al. 2010: 432, zit. nach Burnard et al. 2008).

Knoblauch und Zingerle (2005: 13) beschäftigen sich innerhalb der Thanatosoziologie unter anderem mit der Verdrängung des Todes, indem der Tod zunehmend ins Krankenhaus verlagert wird und die PriesterInnen durch ÄrztInnen ersetzt werden. Dies bedeutet, dass nun zunehmend das gesamte Pflegepersonal mit dem Sterben am Arbeitsplatz konfrontiert ist. Da Krankenhäuser ein wesentliches Setting im gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit und Gesundheit darstellen, ist es interessant, dass gerade MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich am belastetsten sind. Die Belastungen zeigen sich folgend in Form einer hohen Personenfluktuation wie auch häufig in psychischen Erkrankungen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat vor über zwanzig Jahren darauf in Form „Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ reagiert.

¹ Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger werden an manchen Stellen dieser Masterthese als Pflegepersonal, PflegerInnen, Pflegende oder Diplomierte bezeichnet, um den Lesefluss zu erleichtern. Sie werden alle synonym verstanden.

Außerdem stellt das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung einen zentralen Baustein für eine gesundheitsfördernde Etablierung von Spitälern dar (Fonds Gesundes Österreich 2011: 38).

1.1 Erkenntnisinteresse und Fachbezug

Da die Autorin letzten Sommer ein Praktikum auf der Palliativstation machen durfte, wurde sie unmittelbar mit dem Konzept des Palliative Care und den Strukturen des Krankenhauses vertraut gemacht. Durch den einerseits persönlichen Kontakt mit den PatientInnen und deren Angehörigen, wie auch andererseits durch die enge Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team auf der Palliativstation wurde die Neugier, in diesem Fachgebiet soziologisch zu forschen, immer größer.

Da man sich innerhalb der Sozialwissenschaften unter anderem mit sozialen Interaktionen, menschlichem Handeln, Motivationen, Emotionen, das Denken der Befragten und ihr fühlen und erleben beschäftigt, widmet sich diese Masterthese einer Thematik, die vor allem im deutschsprachigen, soziologischen Raum noch eher selten Beachtung findet (Mathe 2005: 31).

Es gibt vor allem zahlreiche Untersuchungen zu den Belastungen des Pflegepersonals und noch eher weniger Studien, die das Konzept des (sozialen) Handelns mit der Gesundheit und betrieblichen Gesundheitsförderung verbinden. Betrachtet man diese Arbeit mehrstufig, dann lässt sich das Konzept des sozialen Handelns des Pflegepersonals erstens in ihrer Rolle als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, -pfleger also der Umgang mit den PatientInnen, Angehörigen, MitarbeiterInnen und Vorgesetzten betrachten und zweitens auch ihr persönliches, gesundheitsbezogenes, soziales Handeln das heißt wie das Pflegepersonal aufgrund der Belastungen an ihrem Arbeitsplatz handelt, um ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten beziehungsweise zukünftig stärken und fördern zu können.

Die Masterthese liegt einem gesundheitssoziologischen Hintergrund zugrunde, welcher daran festgemacht ist, dass das Pflegepersonal selbstständig aufgrund ihrer Handlungen am Arbeitsplatz, ihre Belastungen entdeckt haben und gesundheitsförderliche Bewältigungsstrategien am Arbeitsplatz in ihrer Rolle als diplomiertes Pflegepersonal als auch in ihrer Rolle als Privatperson entwickelt haben, um nicht krank zu werden. Die Basis im empirischen Teil bilden leitfadengestützte Interviews mit dem diplomierten Pflegepersonal, die aufgrund ihrer Erfahrungen über ihre Belastungen, die sie verspüren sprechen und auch von ihren Strategien, wie sie

diese bewältigen, erzählen.

Das letzte Kapitel wird sich besonders mit der Verschränkung von den theoretischen Konzepten und den empirischen Ergebnissen auseinandersetzen und sich bemühen, eventuell weitere, gesundheitsförderliche Elemente hinsichtlich Pflegepersonal und Belastungen und Bewältigungsstrategien auf einer Palliativstation zu etablieren.

Da die Thematik einen enorm breiten Zugang zulässt, ist sie offen für viele weitere (soziologische) Arbeiten, wie beispielsweise im Bereich der Organisationssoziologie, Arbeitssoziologie, Thanatosoziologie und der Sozialpsychologie und bietet somit genügend Datenmaterial für zukünftige Forschungsarbeiten.

1.2 Zielsetzungen

Da es schwierig erscheint, täglich mit Schwerkranken und Sterbenden am Arbeitsplatz konfrontiert zu sein, widmet sich diese Masterthese dem Thema der Pflege auf Palliativstationen und ihren eventuellen Belastungen. Es ist vor allem nach der Explikation von Belastungen von besonderer Bedeutung, auf die Strategien, die jede einzelne Pflegekraft im Laufe ihres Lebens entwickelt, um mit diesen Belastungen umzugehen, die ihre Gesundheit aufrechterhalten, näher einzugehen. Daher setzt sich die Autorin mit Palliativpflege und ihren Belastungen, die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern, -pflegern empfinden, aber auch mit ihrem Handeln, um gesund zu bleiben, auseinander.

Es ist besonders im Bereich der Pflege zentral, dass hier Personen tätig sind, welche mit den Belastungen, seien sie physischer oder psychischer Natur, umgehen können und sie nicht den PatientInnen und ihren Angehörigen oder ihren ArbeitskollegInnen übertragen. Da es sich vor allem auf einer Palliativstation um PatientInnen handelt, die an einer chronischen Erkrankung leiden oder sich schon in einer terminalen Phase befinden, wirken die Herausforderungen, denen sich das Pflegepersonal stellen muss, noch extremer. Daher stellt sich die Frage, wie Gesundheits- und Krankenschwestern, -pflegern handeln mit schwerkranken, sterbenden Menschen umzugehen, ohne dabei die Lasten und die Leiden der PatientInnen auf sich zu nehmen und selbst krank zu werden.

Mithilfe eines Leitfadens werden Alltagsaktivitäten einer/eines Gesundheits- und Krankenschwester, -pflegers auf einer Palliativstation erzählt. Weiters können einhergehende Belastungen anhand des offenen Zugangs der qualitativen Methode von den Befragten näher beschrieben werden und mögliche Bewältigungsstrategien aufgezeigt werden. Auch der Umgang mit Angehörigen und ArbeitskollegInnen kann

mithilfe dieser Masterthese dargelegt werden. Wesentlich dabei ist, dass das Pflegepersonal seine Rolle auf der Palliativstation reflektieren muss und auch sein (soziales) Handeln einen zentralen Stellenwert in der Interaktion zwischen PatientIn-Angehörige-professionellen HelferInnen der Station und sein/ihr Handeln mit seiner eigenen Gesundheit darstellt.

Der Nutzen dieser Masterthese scheint jener zu sein, dass die Ergebnisse in Ausbildungsstätten präsentiert werden könnten, um aufzuzeigen, wie sehr oder wie wenig subjektive Belastungen auf einer Palliativstation wahrgenommen werden, um somit auch darauf aufmerksam zu machen. Weiters könnten die Erkenntnisse dieser Studie dazu genützt werden, um dem Krankenhaus aufzuzeigen, welche Strategien dem Pflegepersonal helfen, sich vom anstrengenden Arbeitsalltag zu lösen. Möglicherweise könnten demzufolge auch Kurse, Weiterbildungen et cetera angeboten werden, welche die Gesundheit der Angestellten (zusätzlich) fördern könnten.

Da sich diese Forschungsarbeit auf die Theorie des sozialen Handelns nach Weber stützt, wird nochmals die soziologische Wichtigkeit dieser Thematik sichtbar. Es soll aufgrund dieses Konzepts erklärt werden, wie (soziales) Handeln im Arbeitsalltag des Pflegepersonals eine Rolle einnimmt, welche Situationen belastend sind und welche Handlungsstrategien sie entwickelt haben, um ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten.

Nach der Analyse der wahrgenommenen Belastungen der Palliativstation also nach der qualitativen Bestandsaufnahme des Ist-Standes, eignet sich auch das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung gut, um aufzuzeigen, welche Ressourcen noch ausgebaut gehören beziehungsweise noch eingeführt werden könnten. Dieser Schwerpunkt wird im letzten Kapitel dieser Masterthese gesetzt werden.

1.3 Forschungsfragen

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie reflektieren Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger ihre Arbeit und ihre Belastungen im Palliativbereich?

- Gibt es Belastungen? Wenn ja, wie werden sie von den Befragten selbst definiert?
- Wie handeln PflegerInnen einer Palliativstation, um ihre Belastungen am Arbeitsplatz zu bewältigen und demfolgend ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten?
- Auf welchen Ebenen lassen sich die Ressourcen zuordnen?
- Wo könnte die Gesundheitsförderung ansetzen, um den Gesundheitszustand des diplomierten Pflegepersonals weiterhin zu verbessern?

1.4 Gliederung der Masterthese

Im ersten Drittel des theoretischen Teils werden die Grundlagen der Palliativ- und Hospizversorgung behandelt, um hier genauer das Palliative Care Konzept vorzustellen und auch einen kurzen, historischen Überblick über die Hospizarbeit zu liefern. Danach werden das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung und die Palliativstation genauer beschrieben. Zum Abschluss des ersten Kapitels sollen die Arbeitsbereiche einer Palliativstation knapp einen Eindruck über die Tätigkeiten und Aufgaben des diplomierten Pflegepersonals geben.

Der zweite theoretische Themenblock widmet sich anfangs der Begriffsbestimmung von Gesundheit und Krankheit, um danach die Konzepte der (Krankheits)Prävention und der Gesundheitsförderung zu behandeln. Die Unterkapitel Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsförderung in Settings sollen zu der Thematik des Gesundheitsfördernden Krankenhauses hinführen, um diese verständlicher zu machen. Die betriebliche Gesundheitsförderung und der Nutzen dieses Ansatzes runden den zweiten Teil ab.

Der dritte Schwerpunkt liegt bei der Bearbeitung des (sozialen) Handelns, um danach die Handlungstypen Webers aufzuzeigen und Gesundheit in Verbindung mit dem (sozialen) Handeln und gesundheitsrelevantem Verhalten zu bringen.

Der empirische Teil widmet sich zuerst der Methodenwahl, danach dem methodischen Vorgehen, um folgend die angewandten Leitfadeninterviews und die Zielgruppe genauer zu beschreiben. Einen zentralen Stellenwert nimmt das Kapitel: Ergebnisdarstellung ein. Zum Abschluss dieser Masterthese wird versucht, die theoretischen Konzepte mit den empirischen Ergebnissen zusammenzufügen und auf einer Metaebene zu diskutieren, um die Forschungsfragen beantworten zu können.

2. Grundlagen der Palliativ-, Hospizversorgung

2.1 Palliative Care – Begriffserklärung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit grundlegenden Aspekten von Palliative Care. Zu Beginn wird auf den Begriff des Palliative Care eingegangen, um danach eine historische Entwicklung von Hospizarbeit aufzuzeigen. Im Folgenden wird das abgestufte Hospiz- und Palliativversorgungskonzept nach dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) beschrieben, welches die Autorin näher in Bezug auf Palliativstationen behandeln wird und kurz auf ihre Strukturqualität hinweist. Die Arbeitsbereiche, wie die Palliativpflege, das interdisziplinäre Zusammenarbeiten und die Angehörigenarbeit runden dieses Kapitel ab.

Setzt man sich mit der Begriffserläuterung von Palliative Care auseinander, dann findet man in der Fachliteratur zahlreiche Beschreibungen, die sich jedoch weitgehend decken. Das Wort „Palliativ“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Hülle, Bedeckung und Mantel. „Palliare“ bedeutet demzufolge „mit einem Mantel bedecken“. „Care“, der englische Begriff lässt sich nur schwer in die deutsche Sprache übersetzen, aber könnte am ehesten mit Versorgung im Sinne von Betreuung, Pflege und Begleitung von PatientInnen erklärt werden. Die Begrifflichkeit Palliative Care wird jedoch häufig aus dem Englischen in Österreich übernommen (Nagele/ Feichtner 2009: 16, zit. nach Pleschberger 2002: 15). Palliative Pflege und Palliative Medizin sind lindernde, im Gegensatz zu kurativen, heilenden Behandlungen, die gegen einzelne Symptome wirken, aber nicht gegen die Ursache der Krankheit selbst (Weissenberger-Leduc 2002: 1). Nagele und Feichtner (2009: 16f) formulieren innerhalb ihrer Auseinandersetzung mit dem Palliative Care Begriff Ziele dieses Konzeptes: vor allem geht es darum, Menschen, die an einer weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, in dieser Phase adäquat zu pflegen und zu betreuen. Historisch gesehen wurden unheilbar Kranke und Sterbende von Krankenhäusern verbannt, da sie einen hohen finanziellen Aufwand bedeuteten. In den letzten 30 Jahren wurde jedoch diese Zielgruppe verstärkt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Außerdem spielt auch die hohe Fachlichkeit, die man in der Palliativpflege braucht, verstärkt eine größere Rolle.

Die Weltgesundheitsorganisation 2011 [World Health Organization – WHO (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)] definiert Palliative Care folgendermaßen: „*Palliative care is an approach that improves the quality of life of*

patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.”

Palliative Care wird demzufolge als ein Konzept gesehen, welches die Lebensqualität der PatientInnen, die lebensbedrohlich krank sind und die Lebensqualität der Angehörigen, verbessern sollte. Dies kann durch Prävention und Linderung von Schmerzen und Leid im frühzeitigen Stadium und einer fehlerfreien Einschätzung der (Schmerz)Behandlung und anderen physikalischen, psychosozialen und spirituellen Problemen, gewährleistet werden. Das Leitbild der Hospizarbeit orientiert sich an dieser Definition, es wird jedoch auch betont, dass der/die Betroffene und seine/ihre Angehörigen den Weg, welchen sie gehen möchten und wie weit und intensiv sie begleitet werden möchten, selbst bestimmen (www.hospiz.at).

Eine nähere Beschreibung der WHO, die Pleschberger und Heimerl (2005: 19) ins Deutsche übersetzen, macht nochmals auf die wesentlichsten Aspekte dieses Ansatzes aufmerksam. An dieser Stelle werden nur einige Punkte davon aufgelistet: Palliative Care soll auf jeden Fall eine Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen schaffen, welches das Sterben als natürlichen Prozess bezeichnet und weder beabsichtigt den Tod zu beschleunigen noch zu verzögern. Weiters ist Palliative Care ein Unterstützungsangebot, um den Angehörigen zu helfen, um mit der Erkrankung ihrer Mitmenschen und in ihrer eigenen Trauer zurechtzukommen und ist auf Teamarbeit aufgebaut, welches auf die Bedürfnisse der PatientInnen und deren Familien bei Bedarf eingehen kann (Pleschberger/ Heimerl 2005: 19, zit. nach WHO 2002). Grundsätzlich sollte Palliative Care präventiv, das heißt möglichst früh im Krankheitsverlauf eines/einer PatientIn eingesetzt werden, um belastende Symptome frühzeitig erkennen und behandeln zu können (Pleschberger/ Heimerl 2005: 19).

2.2 Zielgruppe der Palliativpflege

Palliative Care wurde ursprünglich für Personen, die an Tumorerkrankungen, folgend dann auch an Aids litten, entwickelt. Heutzutage wird jedoch bei allen Erkrankungen ohne Heilungsaussicht Palliativpflege als integraler Bestandteil innerhalb der Betreuung und Behandlung, unabhängig vom Lebensalter der betroffenen Person, eingesetzt und gefordert (Nagele/ Feichtner 2009: 17f). Die Palliativ- und Hospizversorgung zielt auf die Verbesserung der Lebensqualität von sterbenden und

unheilbar kranken PatientInnen und deren Angehörigen ab. Die Betreuung dieser Zielgruppen muss überall dort möglich sein, wo sie sich aufhalten – abgestuft in allen Ebenen und Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, dies bedeutet im Pflege- und Akutbereich, ambulant und stationär. Eine flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ist jedoch in Österreich nur in Ansätzen vorhanden, soll aber in Zukunft stärker forciert und ausgebaut werden [Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) 2004: 7].

2.3 Hospizbewegung

Folgend soll nun näher auf die Hospizbewegung eingegangen werden, um den Grundgedanken und die Leitideen deutlicher zu machen. Danach wird das abgestufte Konzept der Hospiz- und Palliativversorgung, im näheren die Palliativstation, vorgestellt.

Hospiz kommt vom Lateinischen „hospitium“ und bedeutet so viel wie Gastfreundschaft, Herberge und könnte demzufolge wie es Nagele und Feichtner (2009: 19f) beschreiben, eine Raststätte für Menschen auf ihrer letzten Reise sein. Die Begrifflichkeit wurde schon von den Römern verwendet, die damals ebenso Sterbenden, Kranken und Bedürftigen in Hospizen halfen und verpflegten.

2.3.1. Die moderne Hospizbewegung

Die Betreuung von Sterbenden war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wenig bedeutend. Hinsichtlich der modernen Hospizbewegung sind vor allem zwei Frauen zu nennen, die den Hospizgedanken (weiter)entwickelt haben: Cicely Saunders und die Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross.

Cicely Saunders erkannte die Tatsache, dass ein Großteil der Bevölkerung zuhause sterben möchte, sehr viele Personen jedoch in Krankenhäusern oder Heimen verstarben. Weiters war es für diese Zeit zentral, dass die Heilung im Mittelpunkt stand, das heißt Sterben und Tod bedeutete einen therapeutischen Misserfolg. Außerdem betonte Cicely Saunders, dass die Apparatedizin die menschliche Nähe und Zuwendung für Sterbende verhindert (Nagele/ Feichtner 2009: 20, zit. nach Saunders 1993). Ihr war es ein Anliegen, die PatientInnen nicht nur auf ihre Befunde zu reduzieren, sondern ihre psychische Verfassung und ihr Gefühlsleben in Zusammenhang mit ihrer Krankheit zu sehen (Heller/ Pleschberger 2006: 11). Nach ihrem Medizinstudium gründete sie 1967 das St. Christopher's Hospice in London,

welches ausschlaggebend für die weltweite Verbreitung des Hospizgedankens war (Nagele/ Feichtner 2009: 20).

Die erste Palliativstation wurde 1975² am Royal Victoria Hospital in Montreal eröffnet. Die Palliativmedizin entwickelte sich aus der Hospizbewegung heraus. Die Begrifflichkeit Palliative Care wurde maßgeblich von Balfour Mount, dem ärztlichen Direktor dieser ersten Palliativstation geprägt (Baumann/ Bünemann 2009: 26).

Neben Cicely Saunders ist auch, wie schon erwähnt, Elisabeth Kübler-Ross anzuführen, welche maßgeblich für die Enttabuisierung von Tod in der Gesellschaft verantwortlich ist. Sie wurde vor allem durch ihr Buch mit dem Titel: „Interviews mit Sterbenden“³ berühmt (Nagele/ Feichtner 2009: 21).

2.3.2. Hospizbewegung in Österreich

1967 entstand, wie schon gesagt, das St. Christopher's Hospice in London. Während sich die Hospizidee in Großbritannien relativ rasch ausbreitete, hat sich die Hospizbewegung und Palliativmedizin in Österreich erst spät entwickelt (Klaschik 2003: 13). Ende der 70er Jahre starteten die ersten Aktionen, die ausschließlich aus privaten Spenden und Wohlfahrtsorganisationen von medizinischen Laien hervorgingen. Es waren vor allem die kirchlichen Institutionen, wie Diakoniewerk, Caritasverbände, einzelne Ordnen und katholische Bildungshäuser, die den Hospizgedanken vertraten. Eine Gruppe, bei der Schwester Hildegard Teuschl tätig war, begann 1985 in Wien die Hospizidee in Österreich umzusetzen. Zwei Jahre später wurde durch das Interdisziplinäre Hospiz-Außenteam die Hospizarbeit ambulant angeboten, wo schon mehrere Disziplinen, wie Personen aus dem psychosozialen, medizinischen, pflegerischen und pastoralen Fachbereich, vertreten waren. Die erste stationäre Hospizeinrichtung entstand 1992⁴ zum Göttlichen Heiland in Wien. Ein Jahr später wurde mit der Betreuung Sterbender und Schwerkranker durch das mobile Hospizteam Innsbruck begonnen. Bis 1995 wurden zahlreiche Mobile Hospizteams in allen Bundesländern gegründet. 1998 wurde die Palliativstation St. Vinzenz in Ried und das stationäre Hospiz in Innsbruck eröffnet. Ebenso entstanden die ersten Palliativbetten am Krankenhaus der Elisabethinen in Graz (Nagele/ Feichtner 2009: 22).

² Hier scheinen Uneinigheiten bezüglich der Jahreszahlen 1974 und 1975 innerhalb der Fachliteratur zu herrschen.

³ Kübler-Ross, Elisabeth, 1969: On Death and Dying. New York/Collier-Macmillan Ltd.: The Macmillan Company.

⁴ Auch hier scheint Uneinigkeit zu herrschen, da innerhalb der Recherche auch schon das Jahr 1991 gelesen wurde.

Ab den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelten sich zahlreiche Hospizinitiativen, die sich je nach vorhandenen Strukturen und ihrer Mentalität mehr zentralisierten oder dezentral organisierten. Ende des 21. Jahrhunderts schlossen sich die lokalen Initiativen in Landesverbänden zusammen und setzten verstärkt den Fokus auf Vernetzung, der Qualitätssicherung und legten Wert auf Aus- und Fortbildungen (Höfler 2001: 20).

2.4 System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Um eine adäquate Betreuung der sterbenden und unheilbar Kranken und ihren Angehörigen gewährleisten zu können, ist eine abgestufte Versorgung ideal, die auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmt ist. Diese mehrstufige Versorgung wird nun graphisch dargestellt:

Hospiz- und Palliativbetreuung				
„einfache Situationen“		komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen		
Grundversorgung		unterstützende Angebote		betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	niedergelassene (Fach)ÄrztInnen, mobile Dienste, TherapeutInnen...			Tageshospize

Abbildung 1: Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

(Pelttari-Stachl et al. 2009: 10, zit. nach ÖBIG 2006)⁵

Knapp erklärt begleiten *Hospizteams* PalliativpatientInnen und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten, *Palliativkonsiliardienste* und *mobile Palliativteams* hingegen bieten allen anderen Dienstleistern fachliche Beratung an.

⁵ Graphik nach Pelttari-Stachl et al. - HOSPIZ Österreich 2009: 10, zit. nach ÖBIG 2006, Selbstdarstellung. Anmerkung: die Quelle ÖBIG 2006 wurde nicht gefunden. Das Konzept ist jedoch unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf, abrufbar.

Tageshospize können dann in Anspruch genommen werden, wenn der/die PatientIn während der Nacht zuhause bleiben kann, am Tag jedoch professionelle Betreuung benötigt.

Steht die psychosoziale und pflegerische Betreuung stärker im Fokus, dann übernehmen die *stationären Hospize* die stationäre Versorgung.

Wenn es sich um besonders komplexe Situationen handelt, die durch andere Dienste oder andere Einrichtungen nicht bewältigt werden können und besondere ärztliche Expertise notwendig ist, dann übernehmen *Palliativstationen* die Versorgung dieser Personen (ÖBIG 2004: 12).

2.5 Palliativstation

Da sich die Masterthese im Speziellen mit dem diplomierten Pflegepersonal einer Palliativstation beschäftigt und die InterviewpartnerInnen auf einer Palliativstation arbeiten, wird an dieser Stelle diese näher beschrieben.

Eine Palliativstation ist eine in einem Krankenhaus integrierte oder angebundene Station, welche einen interdisziplinären Ansatz verfolgt. Dort werden vor allem PatientInnen mit fortgeschrittenen und/oder unheilbaren Erkrankungen aufgenommen und gepflegt. Das Personal der Palliativstation strebt vor allem die Entlassung der Kranken, beziehungsweise die Weiterverweisung an eine Langzeiteinrichtung an. Die Aufgaben sind im Besonderen die Schmerzen der PatientInnen zu lindern und Belastendes zu reduzieren. Nagele und Feichtner (2009: 24f) machen auf einen interessanten Aspekt hinsichtlich des Gesundheitssystems aufmerksam: aufgrund einer leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung 2002 sind nun die Palliativstationen gezwungen, ihre PatientInnen nach rund drei Wochen zu entlassen. Daraus ergibt sich die Frage, die sich das Personal, aber auch die Gesellschaft fragen sollte, wo denn weiterhin (und dauerhaft) die schwerstkranken PatientInnen untergebracht werden sollten. Die Autorinnen weisen hier zurecht auf einen noch scheinbar ungeklärten Bereich hin.

Nach ÖBIG (2004: 15) ist die Palliativstation eine eigenständige Station innerhalb eines Akutkrankenhauses oder im Verbund mit einer, die sich auf die Versorgung von PalliativpatientInnen fokussiert und spezialisiert hat. Ein wesentliches Charakteristikum einer Palliativstation ist die multiprofessionelle Versorgung. Sie ist sowohl autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und auch der Entlassung von PalliativpatientInnen. Die Zielgruppen sind wie schon erwähnt, PalliativpatientInnen und PatientInnen „[...] jeder Altersgruppe mit komplexer medizinischer, pflegerischer

oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohen Betreuungsaufwand“ (ÖBIG 2004: 15). Personen, die auf einer Palliativstation aufgenommen werden wollen, müssen weitestgehend über ihre unheilbare Erkrankung aufgeklärt worden sein, sie sind über ihre Ziele und Möglichkeiten informiert und es muss eine Krankenhausbedürftigkeit bestehen. Dies bedeutet, dass der/die PatientIn nicht zuhause oder in einer anderen Einrichtung betreut werden kann, da eine komplexe Symptomatik vorliegt. Ein weiteres Zugangskriterium ist, dass die Vertrauensperson oder Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten des/der PatientIn mit der Aufnahme einverstanden sein muss und einem Aufenthalt zustimmt (ÖBIG 2004: 15).

Außerdem sind auch klar definierte Strukturqualitätskriterien im Österreichischen Krankenanstaltenplan und Großgeräteplan (ÖBIG 2004: 21f, zit. nach ÖKAP/GGP 2003) expliziert, die genaue Vorgaben im Bereich der Personalausstattung, Personalqualifikation, technischen Ausstattung, räumlichen Ausstattung, dem Leistungsangebot und der Größe auflisten.

Folgend werden nun die wesentlichsten Arbeitsbereiche einer Palliativstation dargestellt.

2.5.1. Palliativpflege

Grundsätzlich orientieren sich alle Maßnahmen und Behandlungen am Wohlbefinden des/der Kranken, es soll jedoch auch die Lebensqualität der Angehörigen erlangt beziehungsweise wiederhergestellt werden (Nagele/ Feichtner 2009: 18). Ein weiteres Ziel der Palliativpflege ist auch die Orientierung an den Ressourcen. Dies bedeutet, dass der Mensch mit all seinen psychischen, sozialen, physischen und geistigen Bedürfnissen, Möglichkeiten, Befindlichkeiten und Ressourcen unterstützt werden sollte, sodass er/sie ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden, Lebensqualität, und Symptomkontrolle erfahren kann (Weissenberger-Leduc 2002: 63).

2.5.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Palliative Care Teams bestehen grundsätzlich aus Disziplinen der Medizin, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Seelsorge, Diätologie, Sozialarbeit und Logopädie. Neben diesen Professionen sind jedoch auch Ehrenamtliche und das Reinigungspersonal als wesentliche Ankerpersonen zu verstehen, die Kontakt mit PalliativpatientInnen haben und daher in das Team gut integriert sein sollten. Das Arbeiten in multiprofessionellen Teamstrukturen erfordert für alle Berufsgruppen besondere Anstrengung und Bemühung. Wesentlich dabei ist, dass sich jede

Berufsgruppe gleich stark beteiligen sollte, um Vorschläge und Ideen einzubringen. Weiters ist auch eine wertschätzende und anerkennende Arbeitshaltung gegenüber den anderen Fachbereichen einzunehmen. Regelmäßige Treffen und Besprechungen sollen die Zusammenarbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen erleichtern, wobei zu beachten ist, dass eine andere Perspektive nichts Negatives ist, sondern helfen kann, sich vor seinen womöglich blinden Flecken zu schützen. Dabei ist eine horizontale Kommunikationsstruktur, wo es keine hierarchischen Stufen gibt, anzustreben. Eine Herausforderung bei interdisziplinären Teams scheint das Zeitmanagement, dass alle Berufsgruppen zu einer Besprechung zu bekommen, zu sein (Nagele/ Feichtner 2009: 34ff).

2.5.3. Angehörigenarbeit

In Anlehnung an Fässler-Weibel (Nagele/ Feichtner 2009: 176, zit. nach Fässler-Weibel 2001) werden unter Angehörige nicht nur Verwandte verstanden, sondern Personen zum/zur PatientIn gehörend, die eine entscheidende oder bedeutende Rolle oder Funktion im Leben des/der PatientIn ausüben beziehungsweise ausgeübt haben. Dies kann in begleitender, helfender, kollegialer oder verursachender Form passiert sein. Bei der Palliativpflege ist zentral, dass der/die PatientIn bestimmt, welchen Mitmenschen sie vertrauen und wer ihm/ihr in dieser schwierigen Lebenslage helfen darf. Es ist die Aufgabe des interdisziplinären Teams zu erkennen, dass auch Angehörige eine wichtige Rolle in Bezug auf die Genesung haben. Daher ist es unumgänglich die direkten Bezugspersonen in den Palliativprozess miteinzubeziehen. Häufig sind die Angehörigen mit Ängsten vor der Ungewissheit des Krankheitsverlaufs und vor dem Leiden des/der PatientIn konfrontiert. Sie werden auch immer wieder von der Angst ihren geliebten Mitmenschen zu verlieren, überschattet oder aber haben das Gefühl, dass sie in ihrer Pflege zuhause et cetera versagt haben (Nagele/ Feichtner 2009: 177ff).

Angehörige brauchen nach den Autorinnen (Nagele/ Feichtner 2009: 179f) ausreichend Informationen über Veränderungen, eine Miteinbeziehung in die Palliativpflege, geduldige GesprächspartnerInnen, bei denen sie auch ihre Schwächen ansprechen dürfen und adäquate Unterstützung. Weiters hilft es den Bezugspersonen, wenn ihnen Verständnis, Anerkennung und Zuwendung entgegenet wird und wenn sie eine Vorausschau bekommen, wie es zukünftig mit ihrem Angehörigen und dessen/deren Krankheitsverlauf und Betreuungsangebot weitergehen wird.

3. Belastungen am Arbeitsplatz

Dieses Kapitel soll nur einen kurzen Überblick über Belastungen am Arbeitsplatz, mit dem Fokus auf das diplomierte Pflegepersonal geben, da sich schon zahlreiche ForscherInnen mit dieser Fragestellung beschäftigt haben. Die Einteilung der Belastungen wird deswegen hier aufgezeigt, um im empirischen Teil, bei der Bildung von Kategorien einen theoretischen Rahmen zu geben. Ebenso soll die Darstellung der Bewältigungsstrategien aus soziologischer Perspektive dazu dienen, die Erzählungen der Interviewpartnerinnen strukturierter und theoriegeleiteter einordnen zu können. Die letzten beiden Themen: Psychohygiene und Supervision sind ebenfalls wichtige Begriffe in diesem Zusammenhang, wobei die Supervision auch in den Interviews (siehe *Kapitel 8.2.1. Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle*) aufgegriffen wird.

Die berufliche Tätigkeit hat neben anderen Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen. Es spielen vor allem die Höhe des Einkommens, Aufstiegschancen, die Sicherheit des Arbeitsplatzes, die Qualität der Arbeit, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Autonomie, Erfolg, Befriedigung und das Wohlbefinden eine Rolle (Siegrist 2005: 207f).

Innerhalb der Arbeitssoziologie bezieht sich die Terminologie Belastung auf Arbeitsbedingungen und –anforderungen von denen der/die Arbeitende beeinträchtigt wird. Da es von Bedeutung ist nach welchen Kriterien die Belastungen beurteilt und identifiziert werden, werden im empirischen Teil die InterviewpartnerInnen diesbezüglich gefragt und demzufolge werden die genannten Belastungen des Pflegepersonals gesondert aufgelistet (Böhle 2010: 451). Auch Böhle (2010: 456) macht auf die Auswirkungen von Belastungen auf individueller physischer, psychischer und qualifikatorischer Ebene der Arbeitskräfte aufmerksam und betont, dass dadurch die individuelle Möglichkeit und Fähigkeit, Anforderungen innerhalb und außerhalb des Arbeitsbereichs beeinflusst werden können.

Mit dem Wandel der Beschäftigungsformen haben sich auch die Arbeitsbelastungen verändert. Heute spricht man eher von mentalen und emotionalen Belastungen, früher waren physikalische und chemische Arbeitsplatzbelastungen vorherrschender (Siegrist 2005: 209f). Fengler (2008: 13) weist daraufhin, dass vor allem professionelle HelferInnen, darunter subsumiert er eine große Bandbreite, wie zum Beispiel LehrerInnen, PsychologInnen, JuristInnen, BeraterInnen direkt von ihren KlientInnen Spuren hinterlassen bekommen. Auf der einen Seite seien die Sinnerfüllung und Befriedigung anderen Menschen zu helfen genannt, auf der anderen

Seite spricht er jedoch auch die Thematik der Erschöpfung und der chronischen Müdigkeit an, die nicht nur KlientInnen, sondern auch der Arbeitsplatz, die KollegInnen und ihre Familienmitglieder bei ihnen auslösen können.

Betrachtet man die Gruppe der ÄrztInnen und der PflegerInnen, dann erkennt man, dass diese vielen Belastungen, wie beispielsweise der Umgang mit dem Tod und sterbenden PatientInnen, wechselnde Dienste, einerseits Hoffnung, andererseits jedoch auch Ohnmacht nicht (mehr) helfen zu können, an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt sind (Fengler 2008: 109).

Arbeitsplatzbezogene Belastungen wurden schon in mehrfachen Studien untersucht und werden je nach Disziplin auch in unterschiedlich benannten Kategorien eingeordnet, daher wird an dieser Stelle eine Einteilung herangezogen, die am besten zu den empirischen Daten (siehe *7. Belastungen auf einer Palliativstation*) passt:

- *physische Belastungen*: darunter werden beispielsweise das Heben und Tragen verstanden
- *psychische Belastungen*: Beispiele hierfür sind die Konfrontation mit dem Leid der PatientInnen
- *strukturelle Belastungen*: darunter fallen Arbeitszeit, Arbeitsmittel und Dienstpläne
- *personelle Belastungen*: Beziehung zu KollegInnen, ÄrztInnen, zur Pflegedienstleitung und anderen Vorgesetzten (Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie 1994: 49).

3.1 Bewältigungsstrategien

Es ist immer von Bedeutung, wie mit bestimmten Situationen umgegangen wird, das heißt ob sie selbstbewusst und aktiv beseitigt und gelöst werden oder ob aus Stresssituationen ein schädigendes Potenzial, welche bis zu einer Krankheit führen können, entstehen kann. Fähigkeiten zur Bewältigung sind durch die individuelle und die kollektive Ebene der Person bestimmt. Auf der individuellen Ebene können nach Mathe (2005: 111f) zwei essentielle Aspekte genannt werden:

- *Personale Kompetenzen*: hierzu zählen Optimismus, Problemlösungsfähigkeit, emotionale Stabilität, Kontrollüberzeugungen über das eigene Handeln oder Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Selbstachtsamkeit und Kenntnis von Entspannungsübungen, wie autogenes Training, Mediation und Muskelentspannung.
- *Soziale Kompetenzen*: interpersonales Vertrauen, interaktives Handeln oder aktiver Aufbau sozialer Netzwerke. Möchte man jedoch die Entwicklung all dieser

genannten Eigenschaften näher betrachten, dann können im Bereich der Sozialisationstheorien Antworten gefunden werden.

Auf der kollektiven Ebene scheint es besonders wichtig zu sein, von seinem sozialen Umfeld unterstützt zu werden. Hier sind vor allem die Bedingungen aus materieller Sicht, das Integrieren in soziale Netzwerke und emotionale und praktische Hilfestellungen anzuführen. Soziale Netzwerke weisen in drei Bereichen Wirkungen auf: erstens die physiologische Wirkung: psychosomatisch-neuroendokrine Effekte, zweitens die psychologische Wirkung: Wohlbefinden, Stress-Angstreduktion, Sicherheit und drittens die soziale Wirkung: materielle, praktische und informelle Hilfe wie Normen, Werte und Handeln. Nach einer Studie von Von Uexküll (Mathe 2005: 114, zit. nach Von Uexküll 1996) zeigen die ProbandInnen, unabhängig von gesundheitsförderlicher Lebensführung oder sogar unabhängig vom sozialen Status, eine hohe Korrelation zwischen der Lebenserwartung und der Qualität des sozialen Netzwerkes. Demzufolge sind die Personen, die am besten sozial integriert sind, am wenigsten gefährdet zu sterben.

Auch Waller (2007: 23) betont, dass es im Umgang mit Belastungen unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten der Individuen gibt, wobei er ebenfalls zwischen persönlicher und kollektiver Ebene differenziert. Unter persönlichen Möglichkeiten versteht man, sich sicher zu sein und „die Sache im Griff zu haben“ und dass man eine Reihe von Strategien kennt, um die Probleme erfolgreich aufzulösen. Soziale Unterstützung, soziale Integration und soziales Netzwerk werden unter dem Begriff der kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten subsumiert. Hierbei wird an primärer Stelle das Vorhandensein von positiven, sozialen Beziehungen zu Familienmitgliedern, EhepartnerIn und Freundschaften genannt, um an zweiter Stelle die Nachbarn, ArbeitskollegInnen und Vereinsmitglieder zu erwähnen. All diese genannten sozialen Bindungen helfen dem Individuum gesund zu bleiben, beziehungsweise Krankheiten zu bewältigen. Beide Bewältigungsmöglichkeiten greifen ineinander und sind zum Teil voneinander abhängig. Im Hinblick auf Stressoren wird aus soziologischer Perspektive vor allem auf Faktoren, wie die soziale Schicht, chronische Belastungen wie langandauernde Konflikte in der Familie und akute Lebensereignisse, life-events, die als Auslöser gesehen werden können, hingewiesen (Waller 2007: 23ff).

Beschäftigt man sich mit der soziologisch orientierten Stressforschung zur Thematik der gesundheitlichen Auswirkungen von Belastungen des Erwerbslebens, dann zeigt sich, dass neben der Förderung individueller Bewältigungskompetenzen auch die Strukturen der Maßnahmen, die den Fokus auf organisationalen und sozial-

kommunikativen Bedingungen, wie beispielsweise Führungsstil am Arbeitsplatz legen, zentral sein sollten, um eine wirksame Prävention erforderlich zu machen (Kaluza 2011: 32).

Auch Fengler (2008: 194) betont, dass Bewältigung auf vielen Ebenen passieren kann, wobei eine Kombination aus zum Beispiel Supervision, Psychohygiene, sozialer Unterstützung und Coping, ebenso wie Aspekte auf individueller wie auch auf kollektiver Ebene am Wirkungsvollsten scheinen. Coping bezeichnet er, als individuelle Formen, die auf Belastungen reagieren, wobei es wesentlich ist zu erwähnen, dass man nicht von generellen Bewältigungsstilen sprechen sollte, da die Menschen situationsbezogen auf Belastungen reagieren. Im Allgemeinen kann man zwischen verschiedensten Coping-Strategien differenzieren (Fengler 2008: 211).

3.1.1. Psychohygiene

Bei der Psychohygiene geht es darum, die eigene Psyche vor Überlastung, vor allem durch entsprechende hygienische Maßnahmen zu schützen. Das Pflegepersonal sollte sich seiner Psychohygiene bewusst sein, um nicht nur sich selbst, sondern auch sein Arbeitsteam und seine PatientInnen ausreichend vor Überarbeitung zu schützen. Als Maßnahmen zur Psychohygiene werden Hobbys, als Ausgleich im Privatleben, das Sprechen über Belastendes, die Auseinandersetzung mit Distanz und Nähe, die bewusste Auseinandersetzung mit der Motivation zu helfen, die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wie Supervision und Fortbildungen genannt. Ersteres, der Ausgleich im Privatleben, soll sich vor allem von den beruflichen Tätigkeiten gänzlich unterscheiden, denn macht man sich auch in seiner Freizeit Gedanken um Personen, die Sorgen und Nöte haben, dann fehlt die Kraft, Energie für den Pflegeberuf zu sammeln. Um seine Belastungen wahrnehmen zu können, sollte man sich über seine Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse bewusst sein. Oftmals kann es hilfreich sein, über seine Belastungen mit jemandem zu sprechen, um eine Entlastung zu verspüren. Das soziale Netzwerk, wie Familie und FreundInnen ist an dieser Stelle zu nennen, welches einen wichtigen Rückhalt geben kann. Aber auch das Sprechen mit ArbeitskollegInnen kann entlastend wirken. Die Offenheit und das Vertrauen im Team wirken außerdem auch positiv auf den Arbeitsalltag. Da Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger ihren PatientInnen oftmals körperlich und emotional sehr nahe kommen können, ist es umso wichtiger, dass sie lernen, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu entwickeln. Es ist die Aufgabe des Pflegepersonals das rechte Maß abzuwägen, um nicht zu sehr den Leidensdruck der PatientInnen anzunehmen und infolgedessen zu

übernehmen. Um sich zu einer stabilen HelferInnenpersönlichkeit entwickeln zu können, sollte den PflegerInnen bewusst sein, dass hinter altruistischem Handeln auch egoistische Anteile stehen. Dies bedeutet, wenn man anderen Personen permanent hilft, dann macht man dies auch um einen Eigennutzen zu haben. Belastungen können auch mithilfe von professioneller Hilfe (siehe 3.1.2. *Supervision*) bearbeitet und betreut werden. Professionelle HelferInnen sollten keine Scheu haben diese auch in Anspruch zu nehmen, um so rechtzeitig auf Überlastungen reagieren zu können (Nagele/Feichtner 2009: 110ff).

3.1.2. Supervision

Die Supervision kann ebenfalls für eine berufliche Entlastung sorgen, da sie sich mit der Beratung im Arbeitsfeld, sowie mit beruflichen Begleitungen auf zahlreichen Ebenen, der Steigerung der beruflichen Handlungskompetenzen und der Abklärung der beruflichen Identität beschäftigt (Fengler 1998a: 226f).

Widmet man sich der Begriffserläuterung von Supervision, dann findet man zahlreiche Definitionen innerhalb der Fachliteratur (Hinterwallner 2010: 8). Die begriffliche Uneinigkeit lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Schulen, Methoden, Ansätze und Supervisionsverständnisse erklären (Petzold et al. 2003: 68). Der Dachverband Österreichische Vereinigung für Supervision beschreibt Supervision als eine bestimmte Beratungsform, die für den Menschen hinsichtlich seiner beruflichen Tätigkeiten und Angelegenheiten unterstützend und begleitend sein kann, wobei ein/eine SupervisorIn anwesend ist. Die beruflichen Angelegenheiten werden innerhalb eines supervisorischen Settings reflektiert und geklärt, um danach alternative, die Zukunft betreffende Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (www.oevs.or.at).

Beschäftigt man sich mit dem Nutzen und der Funktion der Supervision, dann werden laut der Deutschen Gesellschaft für Supervision folgende Punkte genannt: eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb des KollegInnenkreises, Forcierung der Zusammenarbeit innerhalb des Teams hinsichtlich Projektarbeitens, ansprechen und aufklären von Konflikten und Besprechungen der hierarchischen Ebenen am Arbeitsplatz (www.dgsv.de).

Fengler (1998b: 75ff) zeigt den Nutzen von Supervision in vier Bereichen auf: der individuellen Ebene, wie eine allgemeine Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Verständnis gegenüber KlientInnen, auf der interaktionellen Ebene wie Konflikte zu benennen und zu klären, auf Führungsebene und der Zusammenarbeit im Team und der

institutionellen Ebene, wo gestärktes Selbstbewusstsein hinsichtlich Forderungen bei LeiterInnen et cetera auftreten kann.

In anderen Worten bedeutet dies, dass Supervision auch dafür genutzt werden kann, um über KlientInnen beziehungsweise PatientInnen zu sprechen. Supervision soll ein Setting sein, wo sich die SupervisandInnen wohl fühlen und sich offen über ihre Sorgen, Ängste, freudigen Erlebnisse aber auch vielleicht über Belastungen am Arbeitsplatz austauschen können. Auch das (soziale) Handeln kann innerhalb des supervisorischen Kontextes selbstkritisch und reflektierend entweder im Einzel- und oder im Gruppensetting behandelt werden.

Möchte man eine bestmögliche Betreuung der PatientInnen, dann ist es unumgänglich, dass auch das Pflegepersonal Beachtung geschenkt bekommt, denn überforderte und unzufriedene MitarbeiterInnen sind nicht in der Lage sich für ihre PatientInnen einzusetzen. Wenn es sich um die Betreuung Schwerkranker und Sterbender handelt, dann wirken ebenso die Schmerzen, das Leid(en) und die vielleicht zum Teil auch noch schwierigen Entscheidungen der PatientInnen auf diese selbst und ihre Angehörigen, jedoch auch auf die PflegerInnen (Heimerl 2008: 36). Belastungen, vor allem in der terminalen Phase einer Krankheit können sowohl für den/die PatientIn und seine/ihre Angehörigen als auch für die professionellen HelferInnen besonders anstrengend sein (Siegrist 2005: 320). Wenn ein/eine PatientIn stirbt, dann hinterlässt er/sie Trauer bei den Angehörigen und bei den BetreuerInnen, daher wäre es wichtig, adäquate Orte, Rituale, zeitliche und örtliche Räume zur Verfügung zu stellen, um eine Möglichkeit zu haben ihre Betroffenheit ausdrücken zu können (Heimerl 2008: 36). Da das Pflegepersonal fast täglich mit dem Tod von PatientInnen am Arbeitsplatz konfrontiert ist, ist es essentiell den Aspekt der Trauer und des Verlustes als Belastungsfaktor mitzudenken.

All die genannten Aspekte können belastend auf das Pflegepersonal wirken, sie können jedoch auch Positives in ihnen auslösen. Wichtig erscheint, dass Belastungen individuell zu verstehen sind und nicht generalisiert werden können. Es erscheint jedoch gerade im Palliativkontext wesentlich zu sein, dass die Pflegenden die Möglichkeit am Arbeitsplatz haben, sich Zeit zu nehmen, um nachzudenken, sich zurückziehen können und zu reflektieren und dass sie auch bei Bedarf professionelle Hilfe in Anspruch nehmen können.

4. Gesundheitsförderung / Krankheitsprävention – Begriffserklärungen

Um die Konzepte der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention bearbeiten zu können, ist es vordergründig notwendig, die Termini Gesundheit wie auch Krankheit näher zu beleuchten. Die Weltgesundheitsorganisation definiert in der Ottawa Charter Gesundheit folgendermaßen: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ (www.euro.who.int) Dies inkludiert, dass sowohl der körperliche als auch der geistige Aspekt in der Begriffserklärung beinhaltet wurde und Gesundheit nicht nur eine Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen ist. Bedeutsam ist gleichermaßen, dass der soziale Faktor eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden eines Menschen darstellt und berücksichtigt werden sollte/muss.

Nach dem Verständnis von Badura (2008: 29) ist Gesundheit immer zugleich eine Voraussetzung und ein Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen Menschen, der sozialen Umwelt und dem Verhalten. Es geht im Wesentlichen um die Erschließung salutogener Potentiale in der Person, siehe Biologie, Qualifizierung und Sozialisation, den sozialen Systemen, dem Sozialkapital und dem Verhalten, wie beispielsweise gesundheitsförderliches Sozial- und Bewegungsverhalten, in denen sich Personen im Alltag und in ihrem Lebenslauf aufhalten und bewegen.

Aus soziologischer Perspektive nach Hurrelmann (2010: 146) wird Gesundheit als ein Zustand des Wohlbefindens eines Menschen gesehen, der gegeben ist, wenn der- oder diejenige sich sozial und psychisch in Einklang mit den Zielvorstellungen und Möglichkeiten und den jeweils gegebenen, vorhandenen, äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist demzufolge ein nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Schutz- und Risikofaktoren, welches zu jedem biographischen Zeitabschnitt eines Menschen erneut für fraglich erachtet wird. Wenn einer Person das Gleichgewicht gelingt, dann wird Gesundheit als etwas Angenehmes empfunden und es vermittelt einem Lebensfreude und Wohlbefinden. Die Essenz des Gesundheitsbegriffs ist, dass Gesundheit als Stadium des Gleichgewichts von Schutz- und Risikofaktoren gesehen wird, welches dann eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von einerseits den inneren wie zum Beispiel psychischen und körperlichen Aspekten, wie andererseits auch den äußeren, wie beispielsweise sozialen und materiellen Anforderungen, gelingt.

Krankheit wird nach Hurrelmanns (2010: 146) Verständnis als ein Stadium des Ungleichgewichts von Schutz- und Risikofaktoren gesehen, welches ein Misslingen der Bewältigung von inneren, wie auch von äußeren Anforderungen darstellt, dadurch werden sowohl das Wohlbefinden wie auch die Lebensfreude beeinträchtigt. Hurrelmann (2010: 146) betont jedoch auch, dass es zwischen diesen beiden absoluten Stadien von Krankheit und Gesundheit, die in jedem Lebensabschnitt neu hergestellt werden müssen, auch Zwischenpositionen geben kann.

Als Bedingungsfaktoren, die den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung beeinflussen, können folgende drei Gruppen von Faktoren zusammengefasst werden:

- *personale Faktoren*: hierzu zählen die genetische Disposition, körperliche und psychische Konstitution, ethnische Herkunft und Behinderungen.
- *Verhaltensfaktoren*: unter Verhaltensfaktoren werden unter anderem Essgewohnheiten, Drogen-, Tabak-, Alkoholkonsum, körperliche Aktivitäten, Selbstvertrauen, Bewältigungskompetenzen und Vorsorgeverhalten verstanden.
- *Verhältnissfaktoren*: Beispiele hierfür sind der sozioökonomische Status einer Person, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, Verkehrssicherheit, Luft, Wasser- und Bodenqualität, Migrationsstatus, Freizeitmöglichkeiten und wirtschaftliche Verhältnisse.

Durch ihre negativen und positiven Voraussetzungen für den Gesundheitsstatus einer Person, bilden diese drei Faktorengruppen die Gesundheitschancen eines Menschen, wobei sie nicht unabhängig voneinander existieren, sondern sich gegenseitig beeinflussen. Während psychologische und biomedizinische ForscherInnen sich auf die personalen Faktoren und ihrem Wechselspiel mit den Verhaltensfaktoren konzentrieren, beschäftigen sich erziehungswissenschaftliche und verhaltenswissenschaftliche Ansätze eher mit den Verhaltensfaktoren. Ökonomische wie auch sozialwissenschaftliche Ansätze setzen ihren Fokus eher auf die Verhältnissfaktoren und ihren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten (Hurrelmann 2010: 21f).

Hurrelmann (2010: 24f) modifiziert sein oben genanntes Konzept der Bedingungsfaktoren des Gesundheitsstatus' der Bevölkerung insofern, indem er personale und soziale Faktoren als Ausgangsfaktoren für die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens, welche den bedeutsamsten Einfluss auf den Gesundheits- und Krankheitsstatus der Bevölkerung haben, sieht. Beide, sowohl die personalen wie auch die sozialen Faktoren wirken entweder direkt oder indirekt auf das

Gesundheitsverhalten und folgend auf den Gesundheits- oder Krankheitsstatus. Um das Konzept praxisnaher zu machen, werden an dieser Stelle Beispiele genannt: wirtschaftliche oder politische Bedingungen eines Landes, kulturelle Spannungen, Wohnbedingungen, der Bildungsgrad und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe können als ermöglichende oder einschränkende Bedingungen bei der Entfaltung von gesundheitlichen Verhaltensweisen wirken. Ebenso wie die soziale Umwelt einer Person mitentscheidet, welche beispielsweise Genuss- und Leistungsfähigkeit oder welchen Lebensstil ein Mensch entwickelt.

Steinbach (2011: 37) benennt Persönlichkeitsmerkmale, Gesellschaft, Arbeitsbedingungen und private Lebensformen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit beziehungsweise Krankheit eines Menschen: unter Persönlichkeitsmerkmalen versteht sie individuelle Verhaltensweisen und psychische Besonderheiten, unter gesellschaftliche Faktoren werden Arbeitslosigkeit, Armut, Bildung und die familiäre Situation subsumiert, während der Arbeitsplatz, betriebliche Kommunikation und so weiter als Arbeitsbedingungen und Familienkonstellation, Familienstand und Geschlechterrolle als private Lebensformen deklariert werden.

4.1 Krankheitsprävention

Alle präventiven Aktivitäten zielen darauf ab, dass eine Krankheit verhindert oder in ihrer Entwicklung verzögert werden soll (Siegrist 2005: 277), wobei sich Krankheitsprävention primär an Risikogruppen, etwa an Personen mit Merkmalen, die mit einer möglichen Wahrscheinlichkeit von Krankheiten, Gesundheitsstörungen und Funktionseinschränkungen betroffen werden könnten, orientiert (Hurrelmann 2010: 148, zit. nach Schwartz/ Walter 1998). Ebenso ist es essentiell, dass die Häufigkeit und Verbreitung von Krankheiten durch gezielte Prävention reduziert werden soll (Steinbach 2011: 55).

Präventive Maßnahmen differieren nach Steinbach (2011: 56) in folgenden drei Punkten:

- *nach dem Zeitpunkt*: hierunter fallen primäre, sekundäre und tertiäre Prävention
- *nach dem Ziel*: hier wird die Verhaltensprävention von der Verhältnisprävention unterschieden
- *nach der Methode*: methodisch lassen sich die Gesundheitsaufklärung von der -beratung, -erziehung und der -bildung unterscheiden

4.1.1. Prävention – Unterscheidung nach dem Zeitpunkt

In diesem Unterkapitel werden drei Präventionsformen unterschieden:

- *primäre Prävention*: sie setzt dann ein, wenn noch keine Anzeichen für eine Krankheit zu erkennen sind, dies bedeutet, dass ein Auftreten einer Krankheit verhindert werden soll. Sie richtet sich im Besonderen an die gesamte, (noch) gesunde Bevölkerung zu Themen, wie gesunde Ernährung, Aufklärung über Bewegung, Folgen des Nikotinkonsums, um eben zu verhindern, dass beispielsweise Jugendliche zu rauchen beginnen. Die AdressatInnen der Primärprävention sind demzufolge Gesunde (Steinbach 2011: 56). Siegrist (2005: 277) bezeichnet die primäre Prävention als Hilfestellung, um Erkrankungswahrscheinlichkeiten Einzelner, wie auch einer ganzen Bevölkerungsgruppe durch zum Beispiel einer AIDS-Kampagne, zu senken. Primärprävention beinhaltet demzufolge alle Maßnahmen, die krank machende Umweltbedingungen, sowie Risiken Einzelner und/oder einer ganzen Gruppe zu einem Zeitpunkt günstig beeinflussen, wobei wichtig ist, dass noch keine Gesundheitsstörung vorliegt.
- *sekundäre Prävention*: liegen bereits Anzeichen einer Erkrankung vor, dann setzt die sekundäre Prävention ein. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten und verhindert ein Fortschreiten von Krankheiten, daher unterstützt sie alle Maßnahmen, die helfen, symptomlose Frühstadien von Krankheiten zu erkennen, wie beispielsweise Gesundenuntersuchungen. AdressatInnen der Sekundärprävention sind Gesunde mit versteckten Symptomaten (Steinbach 2011: 57). Ein weiteres Beispiel liefert Siegrist (2005: 278): Vermeidung von Schlafanfällen durch eine Frühbehandlung von Bluthochdruck Erkrankten.
- *tertiäre Prävention*: wenn eine Krankheit bereits ausgebrochen ist, dann setzt die tertiäre Prävention ein, dabei fokussiert sie sich auf die Verschlimmerung einer bereits vorhandenen Krankheit, es sollen daher Folgeschäden oder ein Wiederauftreten einer Erkrankung verhindert werden. Beispiele für eine tertiäre Prävention sind die Beratung von DiabetikerInnen und wie sie ihre Diät am Besten im Alltag integrieren und einhalten können. Durch diese Beratung soll verhindert werden, dass die Gefäße durch einen hohen Blutzuckerspiegel (dauerhaft) geschädigt werden. PatientInnen mit chronischen Erkrankungen können als AdressatInnen der Tertiärprävention bezeichnet werden (Steinbach 2011: 57). Tertiärprävention behandelt manifeste Krankheiten, um Krankheitsprogression

abzumildern und Funktionsverluste zu verhindern. Sie inkludiert ebenso Kuration und Rehabilitation (Siegrist 2005: 278).

Waller (2006: 185) bezeichnet die Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt als: Krankheitsvermeidung – primäre Prävention, Krankheitsfrüherkennung – sekundäre Prävention und Verhütung des Rückfalls beziehungsweise Rehabilitation – tertiäre Prävention, wobei sich die primärpräventiven Maßnahmen auf die Krankheitsursachen, die sekundärpräventiven Maßnahmen auf die Krankheitsentstehung beziehen und die tertiärpräventiven Maßnahmen auf den Krankheitsverlauf abzielen.

4.1.2. Prävention – Unterscheidung nach dem Ziel

Wird das Konzept der Prävention nach seinen Zielen unterschieden, dann spricht man in diesem Zusammenhang von verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Maßnahmen. Verhaltenspräventive Maßnahmen beinhalten auf der einen Seite Strategien, welche gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie beispielsweise physische Aktivitäten, gesunde Ernährung verstärken, auf der anderen Seite jedoch auch gesundheitsriskante Verhaltensweisen, wie Alkoholkonsum, Rauchen vermeiden und/oder verändern sollten. Die Adressatin einer verhaltenspräventiven Maßnahme ist die gesamte Bevölkerung, die im Besonderen durch Gesundheitsaufklärung, Beratung und Information angesprochen wird (Steinbach 2011: 56ff).

Waller (2006: 186) expliziert jedoch neben der Verhaltens- und der Verhältnisprävention bei der Unterscheidung des Präventionskonzeptes noch nach der Zielgröße, der personalen Prävention. Er zählt hierbei die Präventivmedizin als Mittelpunkt der personalen Ebene. Diese umfasst vor allem Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention. Da diese Präventionsmaßnahmen oben schon ausführlicher beschrieben wurden, wird hier nicht mehr näher darauf eingegangen.

Die Maßnahmen der *Verhaltensprävention* konzentrieren sich auf die Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens, wie Stress, welche mit verschiedenen Methoden, wie Gesundheitsaufklärung, -beratung, -erziehung, -bildung und -selbsthilfe umgesetzt werden können. Das Kernstück der Verhaltensprävention ist, dass einerseits das Wissen über gesundheitliche Risiken hergestellt wird, andererseits jedoch dieses auch verstärkt wird, um die Einstellung eines Menschen zu seinem derzeitigen Verhalten zu verändern. Durch die Gesundheitsaufklärung und -beratung können diese Einstellungsveränderungen bewirkt werden. Kombiniert man sie jedoch mit dem Ansatz der Gesundheitserziehung, dann können auch Veränderungen im eigenen Verhalten

erreicht werden. Die (nahezu täglichen) Bemühungen⁶ einer Verhaltensveränderung können jedoch auch in die gegenteilige Richtung gehen und Passivität bei den Individuen auslösen. Um dies zu verhindern empfiehlt Schwarzer (Waller 2006: 194, zit. nach Schwarzer 1992), Präventionsmaßnahmen nicht an die gesamte Bevölkerung, sondern „nur“ an die Risikopopulationen zu richten.

Verhältnispräventive Maßnahmen setzen bei äußeren, gesundheitsschädigenden Einflüssen, wie zum Beispiel Reinhaltung des Wassers, Bekämpfung der Luftverschmutzung und Lebensmittelsicherheit an (Steinbach 2011: 58f). Es sind vor allem Kontrolle, Reduzierung und Beseitigung in Lebens- und Umweltbedingungen zentral und werden auf einer staatlichen Ebene in Form von Verordnungen und Gesetzen sichtbar. Um jedoch Maßnahmen auf diesem Niveau schaffen zu können, müssen zuvor gesundheitsschädigende Faktoren identifiziert werden, um sie später in Form von gesundheitsrelevanten Themen an die zuständigen PolitikerInnen zu bringen. Wenn diese besprochen und als Gesetze verankert worden sind, müssen sie jedoch hinsichtlich ihrer Einhaltung kontrolliert und wenn nötig, verbessert werden. Dies kann unter Umständen jedoch ein langer Weg sein. Beispiele für verhältnispräventive Maßnahmen sind Wohnungshygiene, Trinkwasserkontrolle und gesundheitlicher Umweltschutz (Waller 2006: 195ff).

Verhaltens-, wie auch Verhältnisprävention beeinflussen sich gegenseitig und sind demzufolge auch erfolgreicher wenn sie miteinander kombiniert werden beziehungsweise wenn auf beide Maßnahmen Rücksicht genommen wird (Steinbach 2011: 58f). Schwarzer (Waller 2006: 194, zit. nach Schwarzer 1992) ist der Meinung, dass man mit Maßnahmen der Verhaltensprävention beginnen sollte und dann zu verhältnisbezogenen Maßnahmen übergehen sollte, wenn erstere nicht wirksam erscheinen.

4.1.3. Prävention – Unterscheidung nach der Methode

Steinbach (2011: 59) unterscheidet zwischen Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung. Waller (2006: 230ff) fügt noch die Gesundheitsarbeit und Gesundheitsselbsthilfe als unterschiedliche Präventionsmethoden hinzu.

⁶ siehe Werbespots, Gesundheitsmagazine, Gesundheitsdebatten über beispielsweise Cholesterin

Gesundheitsbezogene Themen werden in Form von Informationen an ein breites Publikum als Massenkommunikation meistens durch Massenmedien übermittelt. Diese Vermittlung wird als *Gesundheitsaufklärung* verstanden, während *Gesundheitsberatung* eher einzelne Personen oder Gruppen informiert. Dabei setzt man in beiden Fällen verstärkt darauf an, zu einem gesundheitsfördernden Verhalten zu motivieren, wobei sich die Darstellungsformen, die Themen sowie die Beiträge und Ratschläge an der Zeit und möglicherweise an Ereignissen orientieren (Steinbach 2011: 59f). Eine wichtige Unterscheidung bezüglich Motivation macht Reschke (Waller 2006: 214, zit. nach Reschke 1990): Motivation kann erstens durch Angst, zweitens durch Modellernen oder drittens durch Sachinformation erfolgen. Ersteres wird innerhalb der Fachliteratur kontrovers hinsichtlich ihrer Wirksamkeit diskutiert, während sich Motivation durch Modellernen als hilfreich herausgestellt hat. Es zeigt sich, dass sich beim Lernen durch Beobachtungen, Imitationen, sozialem Lernen die Person genauso verhält, wie der- oder diejenige, der/die beobachtet wurde. Allerdings werden jedoch auch unerwünschte Verhaltensweisen, wie zum Beispiel der Konsum gesundheitsschädlicher Produkte wie Alkohol und Zigaretten, gezeigt in Werbungen, nachgeahmt. Die häufigste Methode innerhalb der Gesundheitsaufklärung und -beratung ist jedoch die Information auf Sachebene. Anhand von Ausstellungen, Aktionstagen, Mitmach-Parcours und (telefonischen) Beratungen werden Sachinformationen zu Gesundheitsthemen an die Bevölkerung vermittelt (Waller 2006: 215f).

Hinsichtlich der *Gesundheitserziehung* sind besonders Kinder und Jugendliche direkte Ansprechpersonen, daher findet sie vor allem in Kindergärten oder Schulen statt. Richten sich gesundheitsrelevante Präventionen an Erwachsene, dann spricht man von *Gesundheitsbildung*. Sie werden in Institutionen der Erwachsenenbildung bearbeitet und besprochen (Steinbach 2011: 61f). Knapp angeführt, beinhaltet Gesundheitserziehung alle Strategien zur Stärkung der Persönlichkeit durch Kompetenz- und Wissensvermittlung, um eine Selbstorganisation des Gesundheitsverhaltens zu ermöglichen. Außerdem soll die Gestaltung gesundheitsrelevanter Umweltbedingungen möglich gemacht werden (Waller 2006: 219). Gesundheitsbildung soll vor allem einen aktiv-partizipativen Charakter haben und einer Theorie unterliegen, die reflektiert wird. Sie wird als ein Prozess gesehen, der auch lebenslänglich andauern kann (Waller 2006: 221f, zit. nach Haug 1991).

In wenigen Worten sei angemerkt, dass *Gesundheitsarbeit* nach Waller (2006: 230ff) als gesundheitsbezogene Sozialarbeit, wie zum Beispiel in Krankenhäusern, Suchtberatung, Gesundheitsamt, definiert wird, die die Wahrnehmung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen, die Erarbeitung adäquater Handlungskonzepte und auch ihre Umsetzung inkludiert. *Gesundheitsselbsthilfe* zeigt sich im präventiven Kontext in Form von Selbsthilfegruppen in den Bereichen der chronischen Erkrankungen, Behinderung, psychosozialen Problemen, Alter und Nachbarschaft (Waller 2006: 233ff). Der Vollständigkeit halber beschreibt Waller (2006: 238ff) auch das *Gesundheitstraining* und die *Präventivmedizin* als Methoden und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

4.2 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wirkt im Gegensatz zur Krankheitsprävention als etwas Positiveres, da es sich um Förderung und nicht eines Zuvorkommens, wie „*praevenire*“ aus dem Lateinischen übersetzt bedeutet, handelt. Mit Förderung wird demzufolge auch etwas Positives assoziiert, da sie vielfach eine Unterstützung beinhaltet. Zukünftig gesehen meint Steinbach (2011: 54f), werden sich ForscherInnen eher die Frage stellen, wie man die eigene Gesundheit erhalten kann und weniger wie man Erkrankungen vermeiden kann.

Im Wesentlichen sind die Prinzipien, Ziele und somit die Basis der Gesundheitsförderung im Europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation Anfang der 1980er Jahre etabliert worden, um im Jahre 1986 in der Ottawa-Charter komprimiert zu werden. Als Ziel wurde für jedes Individuum die Möglichkeit, zu einer höheren Selbstbestimmung über seine Gesundheit, um diese somit auch zu einer Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, in der Ottawa-Charter definiert.

Unter Gesundheitsförderung versteht man einen „[...] Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003: 73). Die Betonung der Gesundheitsförderung liegt einerseits auf der Stärkung des Einzelnen und andererseits auf den Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen, wobei die Gesundheitsförderung auf eine Verbesserung von Kompetenzen einer gesundheitsbewussten Lebensweise und auf einer Förderung von beispielsweise psychosozialen und materiellen Mitteln und/oder Hilfestellungen zum Schutze der Gesundheit, abzielt (Siegrist 2005: 276).

Das Konzept der Gesundheitsförderung beinhaltet die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und versucht gesundheitliche Risiken auf Personenebene, wie auch in deren Lebenssituationen zu reduzieren. Gesundheitsförderung zeigt ihre Anwendung in verschiedensten Gebieten, wie Gemeinden, Städten, Schulen, Betriebe und Gefängnisse, dabei soll sie sich an folgenden Punkten orientieren:

- zentral ist die Förderung von psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit
- betroffene Personen sollen zu Beteiligte werden, dies bedeutet, dass gemeinsam mit den Betroffenen gearbeitet wird und Lösungen entwickelt werden
- es sollte eine gesundheitsorientierte Zusammenarbeit beispielsweise zwischen dem Gesundheits-, Bildungs- und Wirtschaftssektor stattfinden
- ebenso soll für benachteiligte Personen eine gesundheitliche Chancengleichheit sichergestellt werden
- Investitionen sollten hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit geplant werden
- empfehlenswert scheint die Kombination von verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Faktoren (www.ongkg.at)

Es wäre wünschenswert wenn das Konzept der Gesundheitsförderung möglichst früh zutragen kommen würde, um Individuen und ganze Gruppen von Menschen durch das Bereitstellen erhöhter sozialer und personaler Ressourcen soweit zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau ihrer gesundheitlichen Qualität erreicht werden kann (Hurrelmann 2010: 150). Wichtig erscheint jedoch auch, dass neben der Stärkung des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitspolitischen Programme einer nachhaltigen Umweltgestaltung, der Schwerpunkt auf Vernetzung gesetzt wird. Es ist dabei vorgesehen, dass vor allem Mitglieder aus verschiedenen Organisationen an gemeinsamen Projekten und Zielen, welche sich mit der Gesundheitsförderung auseinandersetzen, arbeiten (Siegrist 2005: 277).

Abschließend kann gesagt werden, dass sich sowohl die Gesundheitsförderung, wie auch die Krankheitsprävention an denselben Strukturen orientieren, da beide Konzepte auf einen Gesundheitsgewinn abzielen: bei der Gesundheitsförderung sollen die Gesundheitsressourcen gestärkt und Gesundheitspotentiale aufgebaut werden und bei der Krankheitsprävention soll ein Zurückdrängen von Krankheitslasten und ein Abbau von Krankheitsrisiken geschaffen werden (Hurrelmann 2010: 150). Es erscheint am Sinnvollsten die beiden Konzepte, je nach Ausgangslage zu überdenken und sie auch als ergänzende Konzepte zu verstehen (Hurrelmann 2010: 150, zit. nach Pelikan/Halbmayer 1999).

4.2.1. Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

Seit 1996 wird eine Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen durch das Gesundheitsministerium in Österreich unterstützt und es wird auch im Gesundheitsqualitätsgesetz (2005) expliziert, dass Gesundheitsförderung eine Aufgabe der Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellen soll (www.ongkg.at).

Das Faktum, dass im Besonderen MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems zu den belastetsten ArbeitnehmerInnen gehören, führt zu einem Handlungsbedarf in Form einer Gesundheitsförderung auf drei Ebenen: der PatientInnen, der MitarbeiterInnen und der öffentlichen Gesundheit. Im Bereich der *PatientInnen* zielt die Gesundheitsförderung vor allem auf chronisch Erkrankte ab. Der Schwerpunkt liegt aber auch bei älteren Menschen, die unterstützt werden, ihre Selbstständigkeit weitgehend aufrecht zu erhalten. Im Sinne einer Primärprävention werden PatientInnen und deren Angehörige zur Weiterentwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, aber auch zu einem adäquaten Umgang mit vorhandenen (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen, betreut.

Der Fokus auf den *MitarbeiterInnen* scheint insofern essentiell zu sein, da nur gesunde MitarbeiterInnen ihre Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten optimal erfüllen können, dies bedeutet, dass hierbei die betriebliche MitarbeiterInnenorientierung zentral ist.

Öffentliche Gesundheit inkludiert, dass Leistungen der Spitäler und anderer Gesundheitseinrichtungen im präventiven Bereich, in Form von Schulungen an die Bevölkerung weitergegeben werden können. Sie können jedoch auch einen erheblichen Anteil zum Umweltschutz beitragen, da sie wichtige Energie- und RessourcenverbraucherInnen sind (www.ongkg.at).

Als Ziele innerhalb des Konzepts der Gesundheitsförderung in Gesundheitsrichtungen können folgende Punkte nach dem Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (www.ongkg.at) genannt werden: die Optimierung der Betreuung und Behandlung von PatientInnen, die Verbesserung der Arbeitssituation von MitarbeiterInnen und die Erhöhung des Nutzens der Gesundheitseinrichtung für die regionale Bevölkerung. Bei allen drei erwähnten Zielgruppen handelt es sich darum, den Gesundheitsgewinn zu verbessern, welcher an den klinischen Outcomes, der Lebensqualität beziehungsweise am Wohlbefinden, der Zufriedenheit und am Gesundheitsverhalten und -wissen gemessen werden kann.

4.2.2. Gesundheitsförderung in Settings

Der Begriff des Settings kann als ein soziales System verstanden werden, „[...] das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst.“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003: 205) Beispiele dafür sind Schulen, Kommunen, Betriebe und Krankenhäuser. Setting kann auch als System definiert werden, in dem Bedingungen von Krankheit und Gesundheit gestaltet werden können. Der Fokus liegt auf den Rahmenbedingungen unter denen Menschen lernen, konsumieren, leben und arbeiten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003: 205f). Da unter Setting ebenso Freizeiteinrichtungen, zum Beispiel Sportvereine, aber auch einzelne Gemeinden oder Stadtteile verstanden werden können, wird deutlich, dass neben der Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen wie LehrerIn, SchülerIn, Eltern, Personal am Beispiel Setting Schule, auch gleichzeitig individuums- und kontextbezogene Maßnahmen wechselseitig unterstützend verknüpft werden können (Waller 2006: 169f).

Die Etablierung des Settingbegriffs wird innerhalb der Gesundheitsförderung als sehr bedeutsam gesehen, denn an ihn orientieren sich meistens bekannte und von der WHO gestartete, gesundheitsförderliche Projekte. Er gilt als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung, der sich nicht auf Individuen und ihr Gesundheitsbeziehungsweise ihr Krankheitsrisiko bezieht, sondern auf soziale Systeme, wie beispielsweise Organisationen und Netzwerke von Organisationen. Der Setting-Ansatz setzt mit seinen Interventionen am sozialen System an und verändert dort vor allem Regeln im System, wie die Veränderung von Kommunikationsstrukturen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003: 205f).

Das Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ stützt sich auf den Setting-Ansatz (Steinbach 2011:128), daher wird im nächsten Abschnitt dieser Arbeit auf dieses Konzept näher eingegangen.

4.2.3. Gesundheitsförderndes Krankenhaus

Basierend auf der WHO-Ottawa-Charter 1986 und weitergehendem Input einer WHO-ExpertInnengruppe hinsichtlich der Übertragbarkeit des Konzepts auf Krankenhäuser (Pelikan et al. 2008: 14, zit. nach Milz/ Vang 1988⁷) wurde 1989 an der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung das Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ etabliert. Ziele dabei waren die genannten Prinzipien der Gesundheitsförderung auf

⁷ Pelikan et al. 2008 zitieren Milz/ Vang mit dem Jahre 1989, obwohl nach einer genaueren Internetrecherche das Jahr 1988 das richtige Erscheinungsjahr ist.

PatientInnen-, MitarbeiterInnenebene und der Ebene der regionalen Bevölkerung zu testen und umzusetzen. Ein Jahr später wurde das Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – Health Promoting Hospitals (HPH) gegründet. 1991 wurden wesentliche Inhalte und Ziele Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen in der „Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals“ (Pelikan et al. 2008: 14, zit. nach WHO 1991) niedergeschrieben, die als Basis für ein erstes Umsetzungsprojekt der WHO in Europa gilt. An diesem Projekt namens „European Pilot Hospital Project on Health Promoting Hospitals“ (EPHP), welches von 1993 bis 1997 dauerte, haben 20 Krankenhäuser aus insgesamt elf europäischen Ländern teilgenommen (Pelikan et al. 2008: 14, zit. nach Nowak et al. 1997; Pelikan et al. 1998; Pelikan/ Wolff 1999). Die wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes erfolgte durch das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie und wurde vom österreichischen Bundesressort für Gesundheit finanziert.

Das Wiener Modellprojekt und das EPHP waren für die Gründung des nationalen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Österreich, welches 1996 mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit, grundlegend. Das Netzwerk gilt seit 2006 als gemeinnütziger Verein namens „Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitsreinrichtungen“. Der Start eines „Informationsnetzwerkes für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ im Jahre 2000 wurde acht Jahre später als trägerübergreifende Allianz für Gesundheitsförderung in Spitälern, Pflegeeinrichtungen und SeniorInnenwohnungen weitergeführt.

Auch international gesehen hat die Netzwerkstrategie von HPH Erfolg, denn bereits 37 nationale und regionale Netzwerke in den Kontinenten Europa, Asien und Nordamerika und einige Mitgliedseinrichtungen aus Ländern ohne eigenem Netzwerk, wie in Australien, sind beteiligt (Pelikan et al. 2008: 14).

Hurrelmann (2010: 192) bezeichnet Krankenhäuser als soziale Organisationen im Dienstleistungsbereich mit spezifischer Ausprägung, die über eine klare Zieldefinition, nämlich die Beseitigung von Krankheitssymptomen und -ursachen verfügen, bestimmte Aufgabengebiete haben und einen Kreis von Menschen zeigen, die spezielle Rollen, wie beispielsweise PatientIn, ÄrztIn haben. Da sich Krankenhäuser und ihre Mitglieder ständig mit Gesundheits- und Krankheitsproblemen auseinandersetzen, eignet sich das Krankenhaus besonders als Setting für die Gesundheitsförderung. Ziele sind vor

allem die Verbesserung der Entscheidungsabläufe und die Entwicklung einer lernfreundlichen, selbststeuerenden und kooperativen Organisationskultur, wobei einerseits die PatientInnen als AdressatInnen der Dienstleistungen gelten, andererseits jedoch auch als MitproduzentInnen bei der (Wieder)Herstellung ihrer Gesundheit gesehen werden (Hurrelmann 2010: 193, zit. nach Wolff 1999).

Der Schwerpunkt dieses Projektes liegt auf der gesundheitsförderlichen Perspektive und nicht auf der Orientierung der Behandlung kranker Menschen. Das Krankenhaus wird als ein Ort gesehen, an dem eine gesunde Arbeits- und Lebenswelt für die PatientInnen, dem Personal und der regionalen Umgebung geschaffen und möglich wird. In verschiedenen Konferenzen wurden folgende vier Strategien herausgefiltert: erstens die PatientInnenorientierung, zweitens die MitarbeiterInnenorientierung, drittens die Organisationsorientierung und viertens die Umweltorientierung (Steinbach 2011: 86). Steinbach (2011: 87) beschreibt die vier genannten, grundlegenden Punkte im Zusammenhang der gesundheitsfördernden Krankenhäuser folgendermaßen: *PatientInnenorientierung* soll dazu dienen, Gesundheit wiederherzustellen und vor gesundheitsschädigenden Einflüssen zu schützen siehe Hygiene-Richtlinien. Ebenso soll ein Gesundheitsbewusstsein aufgebaut werden und die soziale und physische Umwelt im Krankenhaus hinsichtlich ihrer Gesundheitsförderung gestaltet werden.

Betrachtet man die Strategie der *Personalorientierung* näher, dann sind hier die Erkennung von Gesundheitsrisiken und die Partizipation und Empowerment der MitarbeiterInnen zentral. Ein wesentlicher Faktor ist auch die eigene Gesundheit zu stärken und eine gesundheitsfördernde Arbeitswelt am Arbeitsplatz zu gestalten.

Unter *Organisationsorientierung* subsumiert man ein lernendes Krankenhaus, welches beobachtet, Maßnahmen entwickelt und in Führungsentscheidungen diese umzusetzen versucht. Außerdem soll die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen gefördert werden und die Dienstleistungen effizient, angemessen und qualitativ hochwertig durchgeführt werden.

Umweltorientierung inkludiert erstens neben der Kooperation des Krankenhauses mit Einrichtungen in der Umgebung, wie zum Beispiel mit niedergelassenen ÄrztInnen, zweitens auch die Kooperation mit anderen Personengruppen oder Institutionen und drittens beinhaltet es auch die Bevölkerung über Dienstleistungen des Krankenhauses zu informieren (Steinbach 2011: 87, zit. nach Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser/ Ludwig-Boltzmann-Institut o.J.).

Wie die schon im Unterkapitel 4.2.1. *Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen* beschriebenen drei Zielgruppen wurden ebenso 18 Kernstrategien, die sich darauf beziehen, etabliert. Für jede Zielgruppe, also für PatientInnen, MitarbeiterInnen und für die regionale Bevölkerung wurden sechs Strategien von PAT-1 bis PAT-6, von MIT-1 bis MIT-6 und REG-1 bis REG-6 entwickelt, die sich an folgenden Differenzen orientieren:

1. *„Gesundheitsfördernde Gestaltung von Dienstleistungen und Prozessen (Strategien 1, 2, 4 und 5) versus gesundheitsfördernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Lebenswelt bzw. Setting (Strategien 3 und 6).*
2. *Gesundheitsfördernde Gestaltung bestehender klinischer und Hotelleistungen (Strategien 1, 2) versus Einführung neuer, u.a. edukativer gesundheitsfördernder Leistungsangebote (Strategien 4, 5). Diese Leistungsangebote können sich wiederum auf zwei Bereiche beziehen:*
3. *Angebote zum Management spezifischer Krankheiten (Strategien 2, 4) versus Angebote zur Verbesserung der positiven Gesundheit durch Lebensstilentwicklung (Strategien 1, 5).*
4. *In Bezug auf das Setting bzw. die Lebenswelt ist die Weiterentwicklung der Gesundheitseinrichtung selbst (Strategie 3) von der Beteiligung an gesundheitsfördernder Regionalentwicklung (Kooperation mit der Gemeinde oder mit anderen Settings wie Schulen, Betrieben) zu unterscheiden (Strategie 6).“ (Pelikan et al. 2008: 22)*

Daraus ergeben sich sechs mögliche Strategien der Gesundheitsförderung, die in der linken Spalte der folgenden Abbildung zu sehen sind, die abhängig von den Zielgruppen und unterschiedlichsten Typen von Gesundheitseinrichtungen zentral sind:

Gesundheitsförderung durch: ↓ für: →	PatientInnen	MitarbeiterInnen	Region	
Empowerment für gesundheitsfördernde Selbstreproduktion (permanente Wiederherstellung der eigenen Gesundheit)	PAT-1: (Selbst)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Aufenthaltes in der Einrichtung	MIT-1: (Selbst)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Arbeitslebens in der Einrichtung	REG-1: (Selbst)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit durch adäquaten, egalitären Zugang zur Einrichtung	Qualitätsentwicklung bestehender Leistungen und Strukturen
Empowerment für gesundheitsfördernde Koproduktion	PAT-2: Partizipation am Kernprozess der Behandlung und Pflege	MIT-2: Mitgestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitsstrukturen	REG-2: Gesundheitsfördernde Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern	
Gesundheitsfördernde und empowernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Lebenswelt	PAT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für PatientInnen	MIT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für MitarbeiterInnen	REG-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für die Region	
Empowerment für Krankheitsmanagement	PAT-4: Empowerment für das eigene Krankheitsmanagement (auch nach der Entlassung)	MIT-4: Empowerment für das Selbstmanagement von (Berufs)Krankheiten	REG-4: Empowerment für das Selbstmanagement (chronischer) Krankheiten	Entwicklung neuer Leistungen und Strukturen
Empowerment für Lebensstilentwicklung	PAT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung (auch nach der Entlassung)	MIT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	REG-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	
Beiträge zur gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	PAT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für (bestimmte) PatientInnen	MIT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für MitarbeiterInnen	REG-6: Beiträge zur allgemein gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	

Abbildung 2: 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen (Pelikan et al. 2008: 23)⁸

⁸ Graphik nach Pelikan et al. 2008: 23, Selbstdarstellung.

In der Praxis zeigt sich, dass vor allem bei umfassenden Maßnahmen, diese nicht immer primär einer Strategie zugeordnet werden können, daher wäre es empfehlenswert die 18 genannten Strategien einander in Bezug zu setzen und danach Programme zu planen und umzusetzen (Pelikan et al. 2008: 23).

Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen im Krankenhaus

Da sich diese Masterthese mit den MitarbeiterInnen eines Krankenhauses, genauer den Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger einer Palliativstation beschäftigt, wird in den nächsten Absätzen detaillierter auf die Gesundheitsförderung der MitarbeiterInnen und ihren Kernstrategien auf theoretischer Basis eingegangen.

Zitiert man den European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Pelikan et al. 2008: 31, zit. nach European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007), dann wird deutlich, dass 10% der Beschäftigten im Gesundheitswesen tätig sind, wobei 70 % davon Frauen in den EU-27 sind. Auf die Belastungen, die das Pflegepersonal am Arbeitsplatz verspürt, wurde im Kapitel 1. *Einleitende Worte* schon hingewiesen.

Es erscheint daher umso wichtiger zu sein, diese Zielgruppe noch verstärkter in den Blickwinkel, unter anderem der sozialwissenschaftlichen Forschung, zu nehmen. In erster Linie soll die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen durch entsprechende Interventionen, wie eine Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe, Gestaltung der sozio-kulturellen und materiellen Umwelt der Gesundheitseinrichtung erhalten und gefördert werden (Pelikan et al. 2008: 32).

Um die vorgestellten Strategien praxisnaher zu machen, werden einige Umsetzungsmaßnahmen aufgezeigt: Die Strategie MIT-1 – Leben in der Gesundheitseinrichtung widmet sich den somato-psycho-sozialen Grundbedürfnissen, also den menschlichen Grundlagen, die das Erfüllen der MitarbeiterInnen in ihren Rollen ermöglicht. Wesentlich wären an dieser Stelle die Möglichkeiten einer biologisch notwendigen Erholungsphase, die Berücksichtigung einer Work-Life-Balance und die Organisation von Essensmöglichkeiten während der Arbeitszeit.

Strategie MIT-2 – Gestaltung der Arbeitsprozesse in der Gesundheitseinrichtung soll die Partizipation der MitarbeiterInnen selbst und die Weiterentwicklung und Gestaltung der Arbeitsprozesse darstellen, wie beispielsweise in Form von Führungskräfte trainings oder Gesundheitszirkeln.

Eine Verbesserung der Gesundheitswirkung der sozio-kulturellen und der materiellen Umwelt, wie die Verbesserung des Betriebsklimas und ergonomische Bedingungen, wird in Strategie MIT-3 – Gestaltung der Arbeitsumwelt thematisiert.

Bei Strategie MIT-4 – Empowerment für ein gesundheitsförderndes Selbstmanagement bestehender Gesundheitsbelastungen geht es um die Kompensation nicht vermeidbarer Belastungen, also um eine Unterstützung der MitarbeiterInnen, welche aufgrund von Belastungen, körperliche oder psychische Beeinträchtigungen erlitten haben. Beispiele hierfür sind die Unterstützung bei Suchtproblemen, die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit oder die Entwicklung altersgerechter Arbeitskarrieren.

Bei Strategie MIT-5 – Empowerment zur Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile soll eine Verbesserung und eine Steigerung, vor allem in den Bereichen der Ernährung, im Umgang mit Stress, mit Sucht- und Genussmitteln, sowie eine Erhöhung der Bewegung erfolgen. Da die Arbeitszeiten der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen oftmals durch Unregelmäßigkeiten geprägt sind, erscheint der Punkt der Lebensstile als eine besondere Herausforderung. Um diese Strategie umsetzen zu können, ist es beispielsweise möglich, Informationen und Schulungen oder betriebliche Sportgruppen für die MitarbeiterInnen anzubieten.

Als Umsetzungsmaßnahmen hinsichtlich der Strategie MIT-6 – Beiträge zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Region für MitarbeiterInnen, können das Angebot von Betriebskinderkrippen, Kindergärten oder Fitnesszentren mit an den Dienstplan angepassten Öffnungszeiten genannt werden. Außerdem wäre die Unterstützung der MitarbeiterInnen auf öffentliche Verkehrsmittel statt ihren eigenen Autos umzusteigen, zu begrüßen und verbilligte Tarife, für zum Beispiel kulturelle Angebote, Konzerte, Vorlesungen auch im Sinne einer Gesundheitsförderung zu verstehen (Pelikan et al. 2008: 32f).

Kurz zusammengefasst kann eine Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen eines Krankenhauses erstens an konkreten Präventionsmaßnahmen, wie die Vermeidung arbeitsbedingter Risiken anknüpfen, zweitens auch am Gesundheitsschutz und drittens gesundheitsförderliche Programme, wie beispielsweise Informationen über gesunde Ernährung offerieren (Dietscher et al. 2000: 15).

4.2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung

Da sich das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung auch auf das Krankenhaus übertragen lässt (Hurrelmann 2010: 193) und sich vor allem im

mitarbeiterInnenorientierten Bereich besonders eignet, widmet sich dieses Unterkapitel dieser Thematik.

Als Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung können die Vorbeugung von Krankheiten am Arbeitsplatz, die Stärkung der Gesundheitspotentiale und die Verbesserung des Wohlbefindens der MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz bezeichnet werden. Sie thematisiert und setzt sich auch mit Organisationsentwicklung, Führungsverhalten, Teamentwicklung, Kommunikation und dem Betriebsklima auseinander. Betriebliche Gesundheitsförderung zeichnet sich durch eine enge Zusammenarbeit von UnternehmerInnen, MitarbeiterInnen, Betriebsräten, ÄrztInnen und SozialversicherungsträgerInnen aus und bietet eine Plattform, um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und adäquate Strategien zu entwickeln (wko.at).

In der Luxembourg Declaration (www.enwhp.org) wird die betriebliche Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert: „*Workplace Health Promotion (WHP) is the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. This can be achieved through a combination of: improving the work organisation and the working environment, promoting active participation, encouraging personal development*“.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003: 21) beschreibt die betriebliche Gesundheitsförderung als systemische Intervention in öffentlichen und privaten Betrieben, wobei der Fokus auf der Senkung gesundheitsrelevanter Belastungen und der Vermehrung von Ressourcen gesetzt ist.

Als besonders wichtige Punkte innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung erweisen sich eine gesundheitsbewusste Planung von Technik, Personaleinsatz und Arbeitsorganisation, eine aktive Teilnahme und Einbeziehung der Beschäftigten in betriebliche Arbeits- und Umgestaltungsprozesse, Qualifizierung der Arbeitskräfte, Arbeitszeitregelungen, die auch mit den familiären Situationen leichter vereinbar sind, gesundheitsbewusste Angebote, wie sportliche Aktivitäten innerhalb des Betriebs und im Bereich der Ernährung als betriebliche Gemeinschaftsverpflegung (Waller 2006: 124, zit. nach Pelikan et al. 1993).

Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind weniger an ExpertInnen, weniger an Geräte und weniger an Kontrolle orientiert. Außerdem wird einerseits das Wissen und die Erfahrung der Beschäftigten ebenso genutzt, wie andererseits die aktive Beteiligung und Mitwirkung und Verantwortung zur Gesundheitsförderung. Ein weiteres Charakteristikum ist auch, dass sich das Konzept an schlecht oder gar nicht

messbaren Beanspruchungen und Belastungen interessiert und die subjektiven Befindlichkeitsstörungen der Beschäftigten als Frühwarnung sehen und ernst nehmen. Eine betriebliche Gesundheitsförderung zeichnet sich auch dadurch aus, dass sie eher an die organisatorischen, sozialen, körperlichen und psychischen Ressourcen aus denen sich Gesundheit entwickelt interessiert ist und weniger der Fokus darauf gelegt wird, wie Schädigungen oder spezifische Krankheiten zu verhindern sind (Waller 2006: 124f, zit. nach Friczewski 1997).

In anderen Worten zielt die betriebliche Gesundheitsförderung auf die Beeinflussung der ArbeitnehmerInnen, dass sie ihren Lebensstil oder ihr Verhalten ändern, ab. Es können auch individuelle Beratungen oder informierende Veranstaltungen, die im Betrieb stattfinden oder vom Betrieb organisiert werden, wie zum Beispiel Rückenschulgymnastik, Entspannungsübungen, Hilfestellungen zum Stressabbau und RaucherInnenentwöhnungsseminare angeboten werden. Die Programme konzentrieren sich jedoch auch auf individuelle Fragen und Problemstellungen der Beschäftigten. Ein wesentlicher Faktor der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der enge Kontakt mit der Arbeitswelt, dies bedeutet dort hinzuschauen, wo Krankheiten am Arbeitsplatz ausgelöst werden. Als eine Herausforderung erscheint der Aspekt der Verhaltensprävention, denn der Gesundheitszustand eines Menschen ist von seinem persönlichen Lebensstil und seinem Risikoverhalten geprägt und sollte daher in der betrieblichen Gesundheitsförderung, die eher auf verhältnisorientierte Merkmale ansetzt, ebenso beachtet werden (Meggeneder 2000: 43f).

Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Um von einem Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung sprechen zu können, ist es wesentlich, dass die Qualitätssicherung an der Struktur, dem Prozess und dem Ergebnis anknüpft. Um diese gewährleisten zu können, erarbeiteten VertreterInnen der Mitgliedstaaten des europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung Qualitätsanforderungen. Später setzten sich die entwickelten Qualitätskriterien der deutschen Betriebskrankenkassen durch, auf denen auch österreichische Projekte basieren. Als Erfolgskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung können nach dem Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at) folgende Punkte angeführt werden:

- *Integration im Betrieb*: eine betriebliche Gesundheitsförderung muss auf unterschiedlichen Niveaus in die betrieblichen Abläufe und Strukturen eingebettet werden und darf nicht zusammenhangslos und abgehoben vom Arbeitsalltag des

Unternehmens passieren. Um den Einstieg eventuell zu erleichtern, können zu Beginn auch nur einzelne Unternehmensteile in ein gesundheitsförderndes Projekt einbezogen werden, um später dann auf den gesamten Betrieb übertragen zu werden, denn das Konzept zielt darauf ab, der gesamten Betriebskultur einen neuen Zugang zur Gesundheit und Sicherheit im Unternehmen zu ermöglichen.

- *Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit:* Ein wesentlicher Aspekt dieses Ansatzes ist, dass möglichst alle Kompetenzen der tätigen Gruppen im Betrieb genutzt werden und auch Kooperationen innerhalb des Betriebs stattfinden. Dies inkludiert auch, dass sowohl die Unternehmensleitung, wie auch der Betriebsrat und die betrieblichen Präventivdienste eine Steuerungsgruppe bilden sollten.
- *Durchführung einer Ist-Analyse:* Eine grundlegende Basis stellt die Bestandsaufnahme der Ist-Situation eines Betriebes dar, denn nur so können die auf die Gesundheit der Beschäftigten beeinflussenden Faktoren, wahrheitsgetreu aufgedeckt werden und zielführende Projekte erarbeitet werden.
- *Operationalisierbare Ziele:* Um gesundheitsförderliche Projekte durchführen zu können, bedarf es konkreter Ziele und Teilziele, die von der Steuerungsgruppe und im Besonderen von der Geschäftsleitung und dem Betriebsrat artikuliert werden, um dadurch auch ihre gesundheitspolitische Einstellung zum Ausdruck zu bringen.
- *Kontinuität und Ganzheitlichkeit:* Es ist wesentlich, dass der Mensch als soziales, physisches und psychisches Wesen gesehen wird, der in den Interaktionen, der betrieblichen Organisation und den Arbeitsabläufen eingebunden ist.
- *Offenheit und Partizipation:* Spricht man von Offenheit, dann ist Transparenz als ein entscheidender Faktor in diesem Zusammenhang zu nennen, vor allem wenn es sich um Entscheidungen im Betrieb handelt, denn wird eine transparente Kommunikationskultur gelebt, dann können eventuelle Interessenskonflikte offener ausgetragen werden. Unter Partizipation wird eine möglichst frühzeitige Einbeziehung der Beschäftigten in das Projekt, zum Beispiel in Form von Gesundheitszirkeln und eine rasche Informationsvermittlung, verstanden. Es ist besonders effizient, wenn sich die MitarbeiterInnen aktiv am Projektablauf beteiligen können, denn somit hat er/sie die Möglichkeit Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und Lösungen vorzuschlagen. Unter diesem Verständnis wird der/die Beschäftigte als ExpertIn gesehen und direkt in den Projektverlauf einbezogen.

- *Zielgruppenorientierung und Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen:* Da sich in einem Betrieb unterschiedliche Gruppen von ArbeitnehmerInnen also von Lehrlingen bis zu älteren MitarbeiterInnen, von TeilzeitmitarbeiterInnen bis hin zu SchichtarbeiterInnen befinden, müssen auch die Bedürfnisse dieser Gruppen entsprechend analysiert und wahrgenommen werden. Wesentlich ist jedoch, dass die persönlichen Gesundheitskompetenzen des/der Einzelnen gestärkt werden sollten.
- *Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung:* Ziel ist es die Bedingungen am Arbeitsplatz soweit zu gestalten oder zu modifizieren, dass sie ein gesundheitsgerechtes Verhalten fördern und geeignet sind, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten.
- *Öffentlichkeitsarbeit:* Es erscheint auch essentiell zu sein, dass einerseits das Thema Gesundheitsförderung innerhalb des Betriebes und andererseits auch außerhalb des Unternehmens bekannt ist und diskutiert wird.
- *Qualitätssicherung und Evaluation:* Es bedarf einer ständigen Analyse und Bewertung der vereinbarten Ziele und auch der unerwünschten Nebenwirkungen, um sowohl den betrieblichen, wie auch den gesundheitlichen Nutzen der MitarbeiterInnen nachweisen zu können.
- *Effizienzorientierung:* Es sollte bewusst sein, dass nur ein effizienter Einsatz finanzieller und personeller Ressourcen den größtmöglichen Profit an Gesundheit sichern kann.

In der Fachliteratur werden vor allem von Seiten des Unternehmens als auch von den Beschäftigten Vorteile der betrieblichen Gesundheitsförderung, genannt. In erster Linie sollte es bei der betrieblichen Gesundheitsförderung um eine verbesserte Lebensqualität der MitarbeiterInnen und nicht um einen zusätzlichen Profit des Unternehmens gehen. Wenn sich jedoch das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen erhöht, dann scheint es, Erfahrungsberichten zufolge, automatisch einen Nutzen für die Betriebe zu geben. Hinweise für den Nutzen auf UnternehmerInnenseite liefert das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at), die jedoch aufgrund einer simplen Einschätzung nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Exemplarisch werden an dieser Stelle, einige, die sich jedoch nicht nur auf die Verbesserung im Gesundheitsbereich beziehen, genannt: Verringerung der Fluktuationsrate bei den MitarbeiterInnen, Verbesserung des Betriebsklimas, zum Beispiel eine bessere Kommunikation zum/zur Vorgesetzten,

Verhaltensänderungen bei den MitarbeiterInnen in Form von gegenseitiger Hilfe und Unterstützung, veränderte Risikowahrnehmung, das heißt eine geschärfte Sensibilisierung, strukturelle Verbesserungen unterschiedlichster Art und eine Verbesserung des Betriebsimages.

Die Wirtschaftskammer Österreich (wko.at) fügt unter anderem noch eine Steigerung der Produktivität, eine Erhöhung der Attraktivität des Unternehmens und auch eine Wettbewerbsfähigkeit durch Engagement und Innovation der Beschäftigten durch gesundheitsförderliche Projekte im Betrieb, hinzu. Außerdem werden auch Vorteile für die Krankenkassen in dem Zusammenhang aufgelistet, wie eine Kostensenkung, eine Aufwertung des Images als PartnerIn der Betriebe und eine Chance zur Darstellung und Profilierung der eigenen Besonderheiten.

Da der Fokus dieser Masterthese auf der mitarbeiterInnenorientierten Gesundheitsförderung liegt, werden hier einige Wirksamkeitsnachweise expliziert. Die traditionelle betriebliche Gesundheit hat die Gesundheit der MitarbeiterInnen insofern verbessert, indem sie geholfen hat Arbeitsunfälle zu reduzieren und vor arbeitsplatzbedingten Krankheiten vorzubeugen. Die Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, auslösend durch eine gesündere Arbeitshaltung mit einer höheren Motivation, mit einer höheren Moral und einer verbesserten Arbeitsbeziehung zeigen sich vor allem als Reduzierung von Kosten und ein Anstieg in der Produktivität (www.enwhp.org).

Evaluationen zeigen, dass eine betriebliche Gesundheitsförderung eine höhere Arbeitszufriedenheit, eine größere Innovationsbereitschaft, eine bessere Produktivität und zeitlich stabil, weniger krankheitsbedingte Abwesenheit am Arbeitsplatz, bewirken kann. Dies bedeutet, dass sowohl MitarbeiterInnen wie auch UnternehmerInnen davon profitieren. Ein wesentlicher Punkt, um einen Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung verzeichnen zu können, ist die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverhalten, -verständnis zu reflektieren und gegebenenfalls zu modifizieren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003: 22f).

Dietscher (2008: 49f, zit. nach Sokoll et al. 2008) zitiert eine Studie, die sich mit den Wirksamkeitsnachweisen aus Betrieben im Allgemeinen beschäftigt, die jedoch auch eine Anzahl von Untersuchungen aus Gesundheitsreinrichtungen inkludiert. Daraus wird deutlich, dass die Evidenzlage für betriebliche Gesundheitsförderung im Grunde als sehr gut eingestuft wird. Es zeigen sich jedoch mangelnde Ergebnisse im Bereich der Reduktion von Übergewicht und der betrieblichen Prävention von Alkoholkonsum.

Betriebliche Gesundheitsförderung trägt laut AutorInnen, wesentlich zur Senkung von Gesundheitsrisiken und Krankheitshäufigkeiten und zur Erhaltung der Gesundheit bei. Außerdem wird auch auf die Förderung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen und dem ökonomischen Nutzen des Konzepts hingewiesen.

Anlehnend an die HPH-Kernstrategien MIT-4 – Krankheitsprävention und MIT-5 – Lebensstilentwicklung können folgende Wirksamkeitsnachweise genannt werden: Förderung der körperlichen Aktivität durch motivierende Hinweistafeln, wie zum Beispiel Aufforderung die Treppen anstelle von Aufzügen zu benutzen und Förderung durch Bewegungsprogramme; ernährungsbetreffende Beratungen und Kantinenangebote, die auf der Ebene des Ernährungsverhaltens ansetzen; Rauchverbote und Gruppeninterventionen zur RaucherInnenentwöhnung, wobei hier vor allem Belohnungssysteme die Teilnahme steigern können; individuelle und organisationsbezogene Maßnahmen zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen zu kombinieren und Übungsprogramme zur Prävention von Muskelskelett-Erkrankungen. Durch die Aufzählung der Wirksamkeitsnachweise wird deutlich, dass es sich hierbei um verhaltensorientierte Maßnahmen handelt. Noch einmal soll darauf hingewiesen werden, dass vor allem die Kombination aus verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen effektivere Ergebnisse im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung liefert (Dietscher 2008: 49f, zit. nach Sokoll et al. 2008).

Weitere Vorteile hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsförderung auf MitarbeiterInnenebene zeigen sich bei der allgemeinen Verringerung gesundheitlicher Risikofaktoren, der Verbesserung des individuellen Zustandes, der Kommunikation innerhalb der KollegInnenschaft, der Kommunikation in Gesundheitsfragen im Unternehmen und der Verbesserung der Arbeitsmoral und der Arbeitszufriedenheit; Reduktion der gesundheitlichen Risiken auch in Hinblick auf chronische Krankheiten; Erhöhung des Selbstwerts, der Sicherung der persönlichen Lebensqualität, der Kompetenzen bezüglich Gesundheitsfragen und eine Erweiterung der Fähigkeiten im Zusammenhang mit Belastungen, das heißt adäquatere Bewältigungsstrategien (www.netzwerk-bgf.at).

Die Wirtschaftskammer Österreich (wko.at) fügt noch eine Verbesserung des Betriebsklimas und eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens innerhalb und ebenso außerhalb des Unternehmens; eine erhöhte Motivation und Freude am Arbeitsplatz und eine Verstärkung der Identifikation mit dem Betrieb und dadurch auch ein besseres Verständnis für die Arbeitsabläufe am Arbeitsplatz, hinzu.

5. Grundlagen (sozialen) Handelns

Setzt man sich mit dem Begriff des Handelns aus soziologischer Perspektive auseinander, dann wird man in der Fachliteratur schnell fündig. Viele TheoretikerInnen haben sich schon mit dieser Thematik auseinandergesetzt, alte Konzepte neu überdacht oder neue Formulierungen entwickelt. Zu Beginn dieses Kapitels werden verschiedene Definitionen unterschiedlicher AutorInnen vorgestellt, um danach im Speziellen auf Weber's Verständnis des (sozialen) Handelns und seine Handlungstypen detaillierter einzugehen. Zum Abschluss wird das (soziale) Handeln und gesundheitsrelevantes Verhalten in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit gebracht.

Immer wenn Menschen miteinander in Interaktion treten, kommt es zu sozialem Handeln. Stellt man sich nun eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf einer Palliativstation vor, dann merkt man, dass diese an einem Arbeitstag mit vielen Personen in Beziehung tritt. Am Häufigsten wahrscheinlich mit den KollegInnen, welche noch dazu aus unterschiedlichen Fachrichtungen kommen, im Besonderen aber mit PatientInnen und deren Angehörigen. Versetzt man sich nun in die Lage dieser professionellen Helferin, dann kann man sich denken, dass diese Begegnungen einerseits sehr viel Freude und positive Elemente mit sich bringen können, sie können jedoch auch Potenziale für Stressoren beinhalten. Die Beschäftigung mit dem Konzept des (sozialen) Handeln ist auch insofern für diese Masterthese relevant, da vor allem zunächst auf theoretischer Basis an die Thematik herangegangen werden soll, um später dann im empirischen Teil, die Strategien, nach denen das Pflegepersonal zur Bewältigung der arbeitsplatzbedingten Belastungen handelt, verstehen zu können.

Um das Konzept der Masterthese zu verstehen, wird nochmals darauf hingewiesen, dass aufgrund der Rolle, die ein/eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, -pfleger einnimmt, auch bestimmte Erwartungen im sozialen Handeln miteinhergehen. Beispiele für Erwartungen an diese Personengruppe können sein: selbst gesund zu sein beziehungsweise auf seine Gesundheit zu achten oder ständig Hilfe zu leisten und immer präsent zu sein, wenn der/die PatientIn läutet - dass diese Wünsche jedoch nicht immer so einfach zu erfüllen sind, können eventuell schon bestimmte Risiken für eventuell (zukünftige) Belastungen hervorrufen.

5.1 Soziales Handeln – Begriffserklärung

Unter Soziologie versteht Weber (1976: 1) „[...] eine Wissenschaft, welche soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will. ‚Handeln‘ soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden.“

Unter sozialem Handeln werden Handlungen verstanden, die seinem Sinn nach auf die Handlungen anderer Personen bezogen sind oder in anderen Worten von der Arbeitsgruppe Soziologie (2004: 164), welche sich stark an Webers Definition orientieren: „*Soziales Handeln ist menschliches Tun oder Lassen, das dem von den Handelnden selbst gemeinten Sinn nach auf die Handlungen oder den vermuteten Sinn des Handelns anderer Menschen in einer Situation bezogen ist.*“

Siegrist (1995: 5f) subsumiert unter sozialem Handeln alle Formen des menschlichen Tuns, dessen Ziel und Inhalt, entweder unbewusst oder bewusst, der Auseinandersetzung des Einzelnen mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit dient. Es erfolgt einerseits als Anpassung an Leiden unter oder andererseits als Rebellion gegen vorgefertigte gesellschaftliche Strukturen. Jedes Individuum unterliegt diesen Strukturen, welche in Form von Handlungserwartungen oder -zumutungen also sozialen Normen vorliegen. Der einzelne Mensch wird durch diese Strukturen in Form von sozialen Rollen, sozialem Status und sozialen Positionen, mit der Gesellschaft verbunden. Damit können Individuen nach Maßgabe ihres Leistungsvermögens an Belohnungen, an den Gütern und an Bindungen des gesellschaftlichen Lebens teilnehmen oder aber sie werden ausgeschlossen.

Schäfers (2008: 24) betont in seiner Definition die Bedeutung des Wortes sozial, welches vom Lateinischen socius, der Gefährte abgeleitet werden kann. Es handelt sich hierbei um etwas Zwischenmenschliches und auf den oder die Mitmenschen Bezogenes. Dazu zählt er den unmittelbaren Austausch mit anderen Menschen, ebenso wie die über Organisationen, Institutionen, Gruppen und die gesellschaftlich vorstrukturierten Beziehungsmuster. Dadurch wird ersichtlich, dass der Begriff einen Gegenstandsbereich der Soziologie darstellt, der sich sowohl auf der Mikroebene, auf soziale Situationen beziehen kann, als auch auf der Mesoebene, auf Organisations- und Institutionsebene und auch auf der Makroebene, nämlich auf der Weltgesellschafts- und der Gesellschaftsebene, zu finden ist.

Weber beschreibt *„Soziales' Handeln aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist.“* (Weber 1976: 1).

Wesentliche Merkmale des sozialen Handelns sollen folgend aufgezeigt werden:

- Ein wesentliches Charakteristikum des sozialen Handelns ist, dass es an künftig erwarteten, gegenwärtigen oder vergangenen Verhalten anderer, in Form von Verteidigungsmaßnahmen gegen künftige Angriffe, Abwehrhaltung gegenüber präsenten Angriffen oder beispielsweise Rache für frühere Angriffe, anknüpft. Andere können einerseits unbestimmt viele Personen und ganz unbekannte Menschen sein, andererseits können jedoch darunter auch Bekannte und Einzelne verstanden werden.
- Weiters erklärt Weber (1976: 11), dass nicht jede Art von Handeln ein soziales Handeln bedeutet.
- Er beschreibt auch, dass nicht jede Art von Berührung von Menschen sozialen Charakter hat, sondern nur eine Orientierung seines eigenen Verhaltens am sinnhaften Verhalten des anderen ist. Diese Aussage untermauert er mit dem Beispiel zweier RadfahrerInnen, die zusammenprallen. Der Zusammenprall ist ein bloßes Ereignis ähnlich einem Naturgeschehen. Versuchen jedoch beide RadfahrerInnen auszuweichen oder sie beschimpfen sich oder sie entschuldigen sich nach dem Zusammenprall, dann würde dies soziales Handeln widerspiegeln.
- Soziales Handeln ist weder mit einem gleichmäßigen Handeln mehrerer, noch mit jedem durch das Verhalten anderer Menschen beeinflussten Handeln, identisch. Ein Beispiel für erst genanntes ist das fast gleichzeitige Aufspannen eines Regenschirms, wenn es regnet. Die Menschen tun dies normalerweise nicht, weil sie sich an andere dabei orientieren, sondern das Handeln dient dem Schutz gegen die Nässe. Zu zweit genannten kann hinzugefügt werden, dass bekannt ist, dass das Handeln des Individuums in einer Menschenmasse einer starken Beeinflussung ausgesetzt ist und es kann auch dementsprechend als massenbedingtes Handeln bezeichnet werden. Es können jedoch auch nicht örtlich zusammengepresste Massen einen Einfluss auf den Einzelnen, beispielsweise durch Vermittlung der Presse, haben. Die bloße Tatsache, dass der einzelne Mensch sich als Teil einer Masse fühlt, kann bestimmte Arten des Reagierens ermöglichen oder erschweren. Infolgedessen können dann ein menschliches Verhalten oder ein bestimmtes Erlebnis in Empfindungen, wie zum Beispiel Begeisterung, Leidenschaften, Wut, Heiterkeit oder Verzweiflung

übergehen, welche bei Vereinzelung folglich nicht beziehungsweise womöglich nur schwer auftreten. All diese Empfindungen können auch dann hervorgerufen werden, wenn zwischen dem Verhalten des Individuums und der Situation seiner Masselage keine sinnhafte Beziehung besteht (Weber 1976: 11).

5.2 Handlungstypen nach Weber

Weber zeigt auf, dass jedes Handeln wie auch das soziale Handeln durch folgende Aspekte bestimmt sein kann (Mathe 2005: 40, zit. nach Weber 1956):

- *zweckrational*: hierbei herrschen Erwartungen an das Verhalten von anderen Personen
- *wertrational*: unabhängig vom Erfolg herrscht ein bestimmter Glaube an einen, sei es religiösen oder ethischen unbedingten Eigenwert eines Sichverhaltens
- *affektiv/emotional*: durch aktuell stattfindende Emotionen und Affekte
- *traditional*: durch eingesetzte Gewohnheiten und Traditionen

Weber (1976: 12) beschreibt die vier genannten Handlungstypen näher: das *traditionale Verhalten* ist manches Mal grenzwertig hinsichtlich eines sinnhaft orientierten Handelns, da es oftmals nur ein Reagieren auf gewohnte Reize ist. Sehr oft wird die Bindung an das Gewohnte in verschiedenem Sinne und Grade bewusst aufrechterhalten.

Das *streng affektuelle Verhalten* liegt ebenso an der Grenze und ist oft jenseits dessen, was bewusst als sinnhaft bezeichnet werden kann. Es kann beispielsweise hemmungsloses Reagieren auf einen Reiz außerhalb des Alltags sein.

Eine *affektuelle und wertrationale Orientierung* des Handelns lässt sich durch die bewusste Herausfilterung des Handelns und durch eine konsequent, geplante Orientierung unterscheiden. Menschen handeln affektiv, wenn sie ihr Bedürfnis nach aktueller Hingabe, aktueller Rache, aktuellem Genuss oder nach Abreaktion aktueller Affekte befriedigen.

Eine Person handelt *wertrational*, wenn er/sie keine Rücksicht auf die vorzusehenden Folgen und Konsequenzen nimmt und in seinem/ihrer Tun davon überzeugt ist was zum Beispiel Pflicht, Würde, Pietät und Schönheit ist. Es ist ein Handeln, welches an Geboten oder an Forderungen festhält.

Zweckrationales Handeln ist ein Handeln nach Mitteln, Zweck und Nebenfolgen. Dabei werden die Mitteln gegen die Zwecke, die Zwecke gegen die Nebenfolgen und die verschiedenen möglichen Zwecke gegeneinander rational überlegt und abgewogen.

Dies bedeutet, dass weder affektiv, keinesfalls jedoch emotional noch traditional gehandelt wird (Weber 1976: 12f).

Weber (1976: 13) betont jedoch folgend, dass (soziales) Handeln nur in den seltensten Fällen in nur einem Handlungstypus allein eingegliedert werden kann.

Um die Handlungstypen Webers praxisnaher zu machen, werden an dieser Stelle einige Beispiele genannt: Den Typen zufolge kann das Helfen unterschiedliche Handlungsgrundlagen besitzen. Zum *traditionellen Typus* können zum Beispiel Nachbarschaftshilfe und Hilfe im familiären Umfeld hinzugezählt werden, während caritatives und von Mitleid geprägtes Handeln, beispielsweise Spendengelder, eine *emotionale* Handlungsgrundlage darstellt. Unter *wertrational* fallen zum Beispiel ehrenamtliche Tätigkeiten, da diese auf schutz- und erhaltungswürdigen Prinzipien der Gesellschaft basieren. Im Sinne von Weber wird das therapeutische Arbeiten beziehungsweise die professionelle Hilfe oder Arbeit von Selbsthilfegruppen als *zweckrationales* Handeln verstanden. Dies bedeutet, dass der Zweck im Vordergrund steht und zum Beispiel Sympathie für die PatientInnen keine Grundvoraussetzung für eine gute Therapie sein muss. Daneben sind jedoch auch *Empathie*, eine wertschätzende Grundhaltung und ein einfühlsames Interesse des/der professionellen HelferIn gegenüber seinen PatientInnen vonnöten. Mathe (2005: 41) fügt weiter hinzu, dass soziales Handeln auf den/die PatientIn und sein/ihr Verhalten Bezug nimmt und es insofern zum Sinngehalt nach Weber gelangt, wenn therapeutische Ziele verfolgt werden.

Auch die Arbeitsgruppe Soziologie (2004: 168f) beschreibt die Typen etwas näher und unterbettet sie mit simplen Beispielen: *zweckrationales Handeln* kann als idealtypische Konstruktion Webers gesehen werden, die dadurch bestimmt ist, dass es permanente Abweichungen in der Wirklichkeit gibt. Es wird durch Erwartungen des/der AkteurIn hinsichtlich von Gegenständen seiner/ihrer Umwelt bestimmt, wobei die Gegebenheiten der Situation entweder als Bedingungen auftreten oder aber als Mittel eingesetzt werden können, um auch die gewünschten, eigenen Zwecke in die Tat umzusetzen. Dies bedeutet, dass zweckrationales Handeln am Zweck und an Mitteln gebunden ist. Je radikaler die Zielsetzungen einer Person sind, desto schwieriger ist es für andere, den Zweck seines/ihrer Handeln zu erkennen. Hat man jedoch einmal seine/ihre Zwecksetzungen verstanden, dann werden sie für andere leicht verständlich (Arbeitsgruppe Soziologie 2004: 165f).

Wertrationales Handeln wird hier in anderen Worten als ein Handeln bezeichnet, welches unter Umständen um seiner selbst willen ohne Rücksicht auf taugliche Mittel, vollzogen wird. Wenn beispielsweise ein Mann X seinem Nachbarn Y aufgrund einer Selbstlosigkeit beim Aufbau eines Regals hilft, dann kann es sein, dass er weiteren Schaden anrichtet, aber X handelt aus bloßer Gefälligkeit, um der Gefälligkeit als Gefälligkeit willen.

Ein *traditionales Handeln* bezieht sich auf eingelebte Gewohnheiten oder es wird durch Traditionen und Überlieferung gesteuert. Der Mann X grüßt die Frau Y und hebt dabei seinen Hut.

Affektiv bestimmtes Handeln wird durch Gefühlslagen und Stimmungen bestimmt, das heißt, wenn X wütend ist, schmeißt er eine Tasse auf den Boden (Arbeitsgruppe Soziologie 2004: 169).

5.3 (Soziales) Handeln / Verhalten und Gesundheit

Widmet man sich nun dem Begriff des (sozialen) Handelns und Gesundheit beziehungsweise Krankheit, dann wird wie schon in Kapitel 4. *Gesundheitsförderung / Krankheitsprävention – Begriffserklärungen* beschrieben deutlich, dass Gesundheit durch unser Verhalten beeinflusst wird (Wolf/ Wendt 2006: 18, zit. nach Blaxter 1990; Schwarzer 1996). Gesundheitsverhalten ist als ein Verhalten zu verstehen, welches in einer umgreifenden Lebensweise eingebettet ist und die durch Gewohnheitsbildung infolge der Sozialisation, durch Wohn- und Arbeitsbedingungen, Muster sozialer Beziehungen, lokalen Angeboten, wie beispielsweise Freizeitparks, Verfügbarkeit von Schwimmhallen, und Zeitbudget mitgebildet wird. Aufgrund dieser Heterogenität würde sich der Begriff des gesundheitsrelevanten Verhaltens besser eignen (Siegrist 1995: 158).

Unter Verhalten, welches unsere Gesundheit beeinflusst, zählen besonders die Risikoverhaltensweisen, wie das Hören zu lauter Musik, mangelnde oder Fehlernährung, Alkohol-, Medikamentenmissbrauch, Extremsport, zu schnelles Motorrad- oder Autofahren, Konsum illegaler Drogen und Rauchen. Verhaltensweisen, die positive Effekte auf unsere Gesundheit haben, sind beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, Bewegung und Befolgung ärztlicher Anweisungen. Wolf und Wendt (2006: 18) weisen weiters darauf hin, dass es bisher kein soziologisches Modell des Gesundheitsverhaltens gibt, obwohl sich die Soziologie mit dem menschlichen Verhalten, im Speziellen mit dem sozialen Handeln auseinandersetzt und obwohl es bekannt ist, dass die Gesundheit durch bestimmte Verhaltensweisen beeinflusst wird.

Bis dato haben sich eher die SozialpsychologInnen damit beschäftigt. Es wäre jedoch auch für die Soziologie wichtig ein Modell zu entwickeln, welches die empirischen Daten zum Thema des Gesundheitsverhaltens der bestimmten Bevölkerungsgruppen integriert und auch versucht die Verhaltensweisen aus strukturellen, sozialen und kulturellen Verortungen herzuleiten, um auch auf präventiver Ebene ansetzen zu können (Wolf/ Wendt 2006: 19).

Im Fokus hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens sollten vor allem Kinder und Jugendliche stehen, da ihre geistige und körperliche Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist und sie daher deutlich sensitiver auf die Förderung als auch auf die Schädigung ihrer Gesundheit reagieren als Erwachsene. Außerdem sind auch das Verhalten und die Erfahrungen dieser Gruppe besonders prägend für die gesamte Biographie (Wolf/ Wendt 2006: 18, zit. nach Sacker/ Cable 2006). Besonders im Kinder- und Jugendalter werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erlernt wie Siegrist (Wolf/ Wendt 2006: 18, zit. nach Siegrist 1995) betont. Es hat sich gezeigt, dass sich gesundheitsschädigendes Handeln in der Adoleszenz aufgrund einer Zusammenwirkung von ungünstigen sozialen Verhältnissen und einer Krise des Selbstwertgefühls, des Selbstkonzeptes entwickelt und verfestigt. Diesem Konzept folgend erfüllt ein gesundheitsschädigendes Verhalten latente Funktionen der Problemlösung, welches auch im Erwachsenenalter beibehalten werden kann (Siegrist 1995: 197). Um bei dieser Zielgruppe anzusetzen wären neben gesundheitsfördernden Ansätzen auch Präventive, wie sie im Kapitel 4.1 *Krankheitsprävention* beschrieben wurden, beispielsweise in Form von Gesundheitserziehung, verstärkt anzudenken, um nicht „erst“ im Erwachsenenalter handeln zu „müssen“. Ein schon intensiv bearbeitetes Thema hingegen stellt die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen dar (Wolf/ Wendt 2006: 19).

6. Empirischer Teil

Dieses Kapitel widmet sich der Methodenwahl dieser Masterthese, um anschließend einen knappen Überblick über die Befragten und das Interviewsetting geben zu können. Die Kurzdarstellung der Auswertung nach Mayring rundet diesen Teil der Arbeit ab.

6.1 Methodenwahl

An dieser Stelle wird in kurzen Worten die Anwendung und Auswahl der qualitativen und quantitativen Methode angeführt.

Welche Methode ausgewählt wird, hängt im Besonderen mit der zu bearbeitenden Fragestellung zusammen. Beschäftigt sich der/die ForscherIn mit komplexen, differenzierten, vielleicht noch unerschlossenen oder widersprüchlichen Themenstellungen, dann eignet sich eher die qualitative Methode. Für die Erforschung einfacher Zusammenhänge, die auf messbaren Kriterien basieren, erscheint die quantitative Methode zielführender. Letztere bietet sich vor allem dann an, um Aussagen in Form von Mengenangaben, Zahlenreihen, Indices oder Häufigkeiten zu tätigen, während qualitative Daten, komplexe und empirisch reichhaltige Darstellungen eines sozialen Gegenstands sind. Bei der qualitativen Methode wird die von den InterviewpartnerInnen vorinterpretierte Welt in ihrer Struktur und Komplexität rekonstruiert, wobei sich Wirklichkeitsdeutungen in einem spezifischen sozialem und kulturellem Setting entwickeln (Steinert/ Thiele 2000: 29ff). Die qualitative Methode steht auch dafür eher ein hypothesengenerierendes Vorgehen zu sein, um dem Forschungsfeld, den Deutungen und der Relevanzsetzungen der handelnden Personen mit einer größtmöglichen Offenheit entgegenzutreten zu können (Meinefeld 2000: 266).

Da einerseits die Zielgruppe dieser Forschungsarbeit, stark eingegrenzt ist und auch die Themenstellung der eventuellen Belastungen und Bewältigungsstrategien eine sensible Herangehensweise der Forscherin und eine intensive Auseinandersetzung der Interviewten in ihrer Rolle als Gesundheits- und Krankenschwester, -pfleger fordert, bietet sich die qualitative Methode am Besten an. Weiters findet man in der deutschsprachigen Literatur nur sehr wenig Datenmaterial zu dieser Thematik, welches noch zusätzlich die Auswahl dieser Methode bestätigt.

Da es ein Anliegen der Forscherin war, die Interviewten selbst definieren zu lassen, was für sie Belastungen sind, wie komplex sie entstehen können, von welchen

Faktoren sie möglicherweise abhängen und wie sie diese bewältigen beziehungsweise in welcher Form sie soziale Ressourcen oder andere Bewältigungsmöglichkeiten benötigen, wurde der Entschluss rasch gefasst, qualitative Interviews zu führen. Dadurch konnte auf individueller Ebene angesetzt werden, da die GesprächspartnerInnen aufgefordert wurden über ihre Tätigkeiten auf der Palliativstation zu erzählen und sich selbst in der Rolle des/der professionellen HelferIn zu reflektieren. Es erscheint vor allem essentiell, dass die Befragten selbst erklären, was sie in ihrer Arbeit erleben und wie sie ihre Tätigkeiten wahrnehmen auch im Sinne einer Hypothesen- und Theoriegenerierung um das Spektrum dieser Thematik von den unmittelbar Betroffenen nochmals darstellen zu lassen und möglicherweise noch unerforschte Aspekte aufzuzeigen. Daher können im letzten Kapitel des induktiven Vorgehens aus dem Datenmaterial gewonnene Hypothesen aufgestellt werden.

6.2 Methodisches Vorgehen

An dieser Stelle wird das methodische Vorgehen näher beschrieben. Zuerst werden die verwendeten Leitfadeninterviews vorgestellt, um danach in knappen Worten die Befragten und die Interviewsituation genauer anzuführen.

6.2.1. Leitfadeninterviews

Leitfadengestützte Interviews bieten auf der einen Seite eine Struktur für den/die InterviewerIn, auf der anderen Seite aber auch für die befragte Person. Ein Leitfaden bietet die Sicherheit, dass bestimmte Themenbereiche behandelt werden, die aber auch so offen formuliert werden können, dass ebenso auch narrative Potenziale genutzt werden können. Es ist jedoch wesentlich dabei, dass der Leitfaden nicht allzu umfangreich ist, er soll eher die Funktion einer Gedächtnisstütze haben und einer thematischen Orientierung dienen (Marotzki 2003: 114).

Durch den entwickelten Fragekatalog wird ein Gerüst von angesprochenen Themen erzeugt, welches die Datenerhebung und Analyse der InterviewpartnerInnen vergleichbar macht. Das Leitfadeninterview bietet jedoch vor allem in der erzählgenerierenden Einstiegsfrage genügend Spielraum, um erstens in das Thema einzuführen und um zweitens auch Thematiken anzusprechen, die der/die ForscherIn noch gar nicht bedacht hat (Bortz/Döring 1995: 289). Dies bedeutet, dass der Leitfaden flexibel und an dem/der GesprächspartnerIn angepasst gehalten werden

kann, sodass auch neue Zugänge zum behandelnden Forschungsfeld angesprochen werden können (Marotzki 2003: 114).

Interviews basierend auf Leitfaden werden vor allem dann verwendet, wenn bestimmte Phänomene oder Gruppen von Menschen, die in großen Stichproben oft nur in geringer oder kleiner Menge aufzufinden sind, beforscht werden möchten (Atteslander 2008: 132, zit. nach Friedrichs 1973).

Mittels Leitfaden wurden diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und –pfleger hinsichtlich ihrer Entscheidung auf einer Palliativstation zu arbeiten, befragt. Weiters sollten die Tätigkeiten und der Umgang mit PalliativpatientInnen näher beschrieben werden. Außerdem konnten, wenn vorhanden, Belastungen angesprochen werden und mögliche Bewältigungsstrategien aufgezeigt werden.

6.2.2. Feldzugang und Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Der Feldzugang zu den GesprächspartnerInnen war insofern einfacher, da schon während der Praktikumszeit der Autorin angefragt wurde, ob es möglich wäre, das Pflegepersonal der Palliativstation zu interviewen. Nach der Einholung der Erlaubnis, sieben ausgewählte diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern zu befragen, wurden vier Termine vereinbart. Mittels erzählgenerierenden Einstiegsfrage wurden nun die Gesprächspartnerinnen gebeten ihren beruflichen Werdegang zu erzählen, um danach die Themenbereiche des Leitfadens flexibel im Gesprächsverlauf abzuhandeln. Durch die Flexibilität blieb den Befragten genügend Spielraum, um von ihren Erfahrungen so viel zu berichten, wie sie es für angemessen und ausreichend empfanden. Schon zu Beginn der Interviews zeigt sich vonseiten des Pflegepersonals reges Interesse am Forschungsvorhaben, welches sich auch dadurch bemerkbar macht, dass der Wunsch geäußert wird, die Masterthese beziehungsweise Auszüge davon zu lesen.

Insgesamt wurden sieben leitfadengestützte Interviews mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern⁹ der Palliativstation geführt, wobei diese von der Pflegedirektion vorselektiert wurden. Diese wurden digitalisiert aufgenommen, anschließend transkribiert, um folgend ausgewertet zu werden.

Die Interviews dauern im Durchschnitt 41 Minuten, wobei das Kürzeste 24 Minuten und das Längste 1 Stunde und 10 Minuten dauern und fanden im Besprechungsraum

⁹ alle weiblich

der Palliativstation statt. Um die Anonymität der Befragten aufrechtzuerhalten, werden weiters keine genaueren Angaben dazu gemacht.

6.2.3. Auswertungsverfahren

Die Leitfadeninterviews werden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, konkreter gesagt mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse und anschließender induktiver Kategorienbildung ausgewertet.

Prinzipiell unterscheidet Mayring vier Vorgehensweisen:

- *Zusammenfassende Inhaltsanalyse*: hierbei wird das Datenmaterial soweit reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, dadurch entsteht ein überschaubarer Kurztext des Gesagten/Geschriebenen. Diese Analyseform bietet sich vor allem dann an, wenn man an den Inhalten des Materials interessiert ist.
- *Induktive Kategorienbildung*: in diesem Auswertungskomplex werden die Verfahrensweisen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse herangezogen, um schrittweise die verschiedenen Kategorien zu etablieren (Flick et al. 2000: 472f).
- *Explizierende Inhaltsanalyse*: das Ziel ist hierbei zu einzelnen fraglichen Textstücken zusätzliches Datenmaterial anzufügen, welches das Verständnis der Textstelle erläutert.
- *Strukturierende Inhaltsanalyse*: in diesem Interpretationsschritt werden bestimmte Aspekte aus dem Datenmaterial herausgefiltert, um dieses in bestimmte Kriterien einteilen zu können (www.ssoar.info, zit. nach Mayring 1983).

Die Autorin der vorliegenden Masterthese hat mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse, danach mithilfe der induktiven Kategorienbildung, Kategorien gebildet, die anschließend interpretiert wurden. An dieser Stelle wird der erste Auswertungsschritt – Analyse1 zum Thema: Umgang mit Belastungen – Bewältigungsstrategien exemplarisch angeführt:

Zeilennummer, Textstelle	Paraphrase 1	Paraphrase 2 - 1. Reduktion	Zusammenf. Paraphrase – 2. Reduktion
B198: „[...] dass es owa a wichtig is, se söwa zu reflektieren und zu schau: okay, passt des jetzt nu für mi jo, weil i denk ma, grad in dem Bereich muass i afoch sehr vü söwa auf mi schau.“	Es ist aber auch wichtig, sich selbst zu reflektieren und zu schauen: okay, passt das jetzt noch für mich, weil ich denk mir, gerade in dem Bereich muss man einfach sehr viel selber auf sich schauen.	Selbstreflexion, sich Fragen stellen, auf sich achten	(Selbst) Reflexion der Arbeit

Abbildung 3: Zusammenfassende Inhaltsanalyse – Analyse 1

Anschließend wird die letzte Spalte: Zusammenf. Paraphrase – 2. Reduktion für die Analyse2 herangezogen: in diesem Beispiel wird die (Selbst)Reflexion der Arbeit der Ebene der individuellen, persönlichen Bewältigungsstrategien zugeordnet.

Ergebnisdarstellung

Dieser Abschnitt der Masterthese widmet sich den Ergebnissen des Datenmaterials, welche thematisch nach Unterkapiteln, erstens die Belastungen, zweitens die entwickelten Bewältigungsstrategien und drittens eine Kurzzusammenfassung der restlichen, forschungsrelevanten Punkte dargestellt werden, um sie danach im Kapitel *10. Zusammenfassende Worte / Verbesserungsvorschläge* gemeinsam mit den theoretischen Hintergründen zusammenzuführen.

7. Belastungen auf einer Palliativstation

Da aufgrund des Leitfadens einerseits explizit nach Belastungen, die das Pflegepersonal auf ihrer Station empfinden, gefragt wurde, konnten andererseits diese gut von den Transkripten herausgefiltert und geordnet werden. Es wurden jedoch auch immer wieder anhand der Erzählungen ihres Aufgabenbereichs und ihren täglichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz auf Belastungen hingewiesen und diese näher beschrieben. Die Begrifflichkeit Belastung wurde im Vorfeld nicht mit den Interviewpartnerinnen besprochen, denn es war umso spannender, diese selbst für sich im Gespräch definieren zu lassen, beziehungsweise Beispiele für Belastungen am Arbeitsplatz zu liefern.

Nach einer groben zusammenfassenden Inhaltsanalyse konnten die Belastungsfaktoren in Anlehnung an der Darstellung der MitarbeiterInnen des Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (1994: 49) folgenden Kategorien mittels induktiver Kategorienbildung zugeordnet werden:

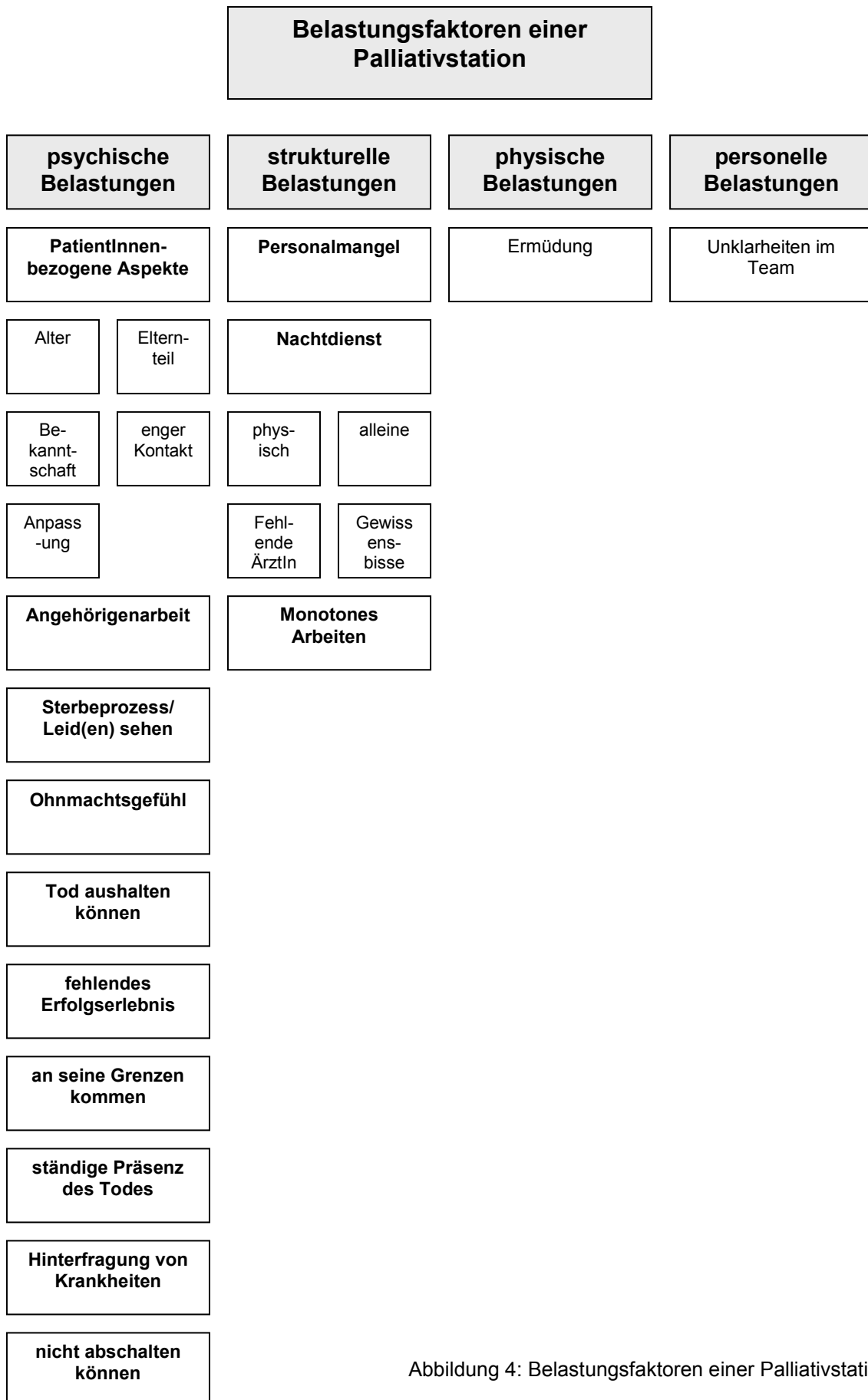


Abbildung 4: Belastungsfaktoren einer Palliativstation

7.1 Psychische Belastungen

Auffällig ist, dass die meisten Gesprächspartnerinnen von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz erzählen und diese recht ausführlich beschrieben werden. Unter psychische Belastungen werden alle Faktoren, die erstens von den Gesprächspartnerinnen selbst als solche definiert wurden und zweitens die anhand des theoretischen Hintergrunds, wie so eben erwähnt, subsumiert. Innerhalb der psychischen Belastungen lassen sich noch Unterkategorien aufzeigen, welche an dieser Stelle einzeln dargestellt und exemplarisch mit Zitaten untermauert werden.

7.1.1. PatientInnenbezogene Aspekte

a) Alter

Die meisten Erzählungen im Zusammenhang mit psychischen Belastungen beziehen sich direkt auf patientInnenbezogene Faktoren.

Hierbei wird vor allem das Alter des/der PatientIn immer wieder betont, welches ein ausschlaggebender Aspekt in der Palliativpflege darstellt. Besonders belastend werden junge PatientInnen wahrgenommen, vor allem wenn der Tod dieses/dieser PatientIn miterlebt wird. Es wird auch innerhalb der Thematik des Sterbeprozesses darauf hingewiesen, dass es Menschen gibt, die friedlich und erlöst sterben und auch die Angehörigen mit diesen Gefühlen Abschied nehmen. Dabei ist es einfacher sich ebenfalls von dem/von der PatientIn zu verabschieden. Die Interviewpartnerinnen erzählen aber auch von Sterbeprozessen, wo diese Harmonie nicht gegeben ist, bei denen man komplett „fertig“ ist. Diese Sterbeprozesse werden vor allem bei jüngeren PatientInnen erlebt, die eine hohe psychische Belastung auslösen können. Auch wenn man den/die PatientIn und seine/ihre Angehörigen nur peripher kennt und beispielsweise der/die PatientIn auf der Station nie ansprechbar war, kann der Tod eine extreme Belastungssituation darstellen, wie folgender Interviewauszug zeigt:

D190: „[...] i hob great, ha i hob des fost neid fossn kena, obwoi i de de neid kennt hob oiso i hob Patienten oiso und sie woa eigentlich nie aansprechboar in der Zeit wo sie do woa [...]“

D194: „[...] und jo des des do woari gaunz fertig und so, des hot mit so berührt und so mitgnuman und warum, muass so a junger Mensch sterbn [...]“

D spricht auch die Hinterfragung, weshalb ein so junger Mensch sterben muss an. Dies bedeutet, dass das Pflegepersonal auch den Sinn, warum jemand stirbt und warum jemand leben darf, hinterfragt. Es wird dadurch deutlich, dass sie sich über den Prozess des Lebens Gedanken machen und auch nach Erklärungen suchen.

Aber nicht nur junge PatientInnen auch ältere, die keine Familienangehörige (mehr) haben, können belastend sein. Besonders schwer ist es, wenn der/die PatientIn keine Kinder hat und es somit Schwierigkeiten mit der Weiterbetreuung geben kann.

b) PatientIn ist Elternteil

Das Alter des/der PatientIn kann ein belastender Faktor auf psychischer Ebene darstellen, es wird aber auch die Kenntnis, dass der/die PatientIn Kinder hat als eine Belastung wahrgenommen. Im Besonderen dann, wenn der/die PatientIn junge Kinder hat. Es wird auch der Vergleich getätigt, dass es vielleicht weniger traurig ist, wenn ein/eine PatientIn alt und alleinstehend ist, als wenn der/die PatientIn Vater oder Mutter eines Kindes ist.

Die diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern erzählen auch davon, dass es schlimm ist, wenn der/die PatientIn Kinder im Alter der eigenen Kinder hat. Dadurch wird eine Identifikation, ein Vergleich oder eine Ähnlichkeit mit dem/der PatientIn hergestellt, die möglicherweise die Belastung verstärkt.

c) Pflegepersonal kennt PatientIn und Angehörige

Als wirklich schlimme Belastung beschreibt eine Gesprächspartnerin die Tatsache, dass sie den/die PatientIn und dessen/deren Kinder kannte. Es fiel dadurch besonders schwer, einerseits den/die PatientIn und andererseits die Angehörigen im gesamten Krankheitsverlauf bis hin zum Tod des/der Erkrankten zu begleiten und zu betreuen.

d) intensiver PatientInnenkontakt

Als ein weiterer psychischer Belastungsfaktor kann auch die enge Beziehung zum/zur PatientIn gesehen werden. Aufgrund einer Vollzeitstellung und die Tatsache, dass höchstens acht PatientInnen auf der Palliativstation aufgenommen werden können, scheint ein direktes, intimes Verhältnis zum/zur PatientIn naheliegend zu sein. Deswegen ist es nicht immer einfach, sich genügend von den PatientInnen, ihren Angehörigen und ihrer Krankheitsgeschichte abzugrenzen, um ausreichend Abstand halten zu können, denn im Laufe des Betreuungsprozesses entwickelt sich eine starke Bindung und ein starkes Mitfühlen, die manchmal auch erst später als Belastungen auf psychischer Ebene, erkannt werden.

e) flexible Anpassung an PatientIn

Eine besonders intensive Pfl egetätigkeit ist während den Nachtdiensten zu verrichten, da die Diplomierten bei diesen alleine arbeiten. Näheres hinsichtlich dieser Thematik findet sich jedoch im Kapitel 7.2 *Strukturelle Belastungen*. Es soll jedoch an dieser Stelle betont werden, dass jeder/jede PatientIn bestimmte Herausforderungen mit sich bringt. Dies bedeutet, dass sich die Pflegenden von Zimmer zu Zimmer erneut auf den/die PatientIn und dessen/deren Gedanken, seien sie familiärer Natur oder beziehen sie sich auf den Tod und die Ängste davor oder aber sind es finanzielle Angelegenheiten, die den/die PatientIn derzeit beschäftigen, einstellen muss. Wichtig dabei ist, dass die Betreuende permanent offen und flexibel für alle Fragen sein muss, unabhängig von der Tageszeit. Dabei ist viel Sensibilität, Empathie und Stärke gefragt. All diese genannten Punkte werden in den Interviews zum Teil als Kräfte raubend und belastend beschrieben, wo man als Betreuende selbst gefordert ist, seine persönlichen Gedanken und Emotionen auszuschalten, um sich auf jeden/jede einzelnen/einzelne PatientIn in Sekundenschnelle einzulassen. Dies bedeutet auch, dass es vorkommen kann, dass in einem Zimmer soeben ein Todesfall war und viel Traurigkeit und Trauer herrscht, im nächsten Zimmer jedoch von einer Weiterbetreuung zuhause gesprochen wird und diese Personen dort freudig davon berichten. Dies heißt, dass viele positive und negative Ereignisse zeitgleich auf einer Palliativstation stattfinden, diese aber auch vom diplomierten Pflegepersonal rasch verarbeitet werden müssen.

7.1.2. Angehörigenarbeit

Viele Aussagen der Gesprächspartnerinnen weisen auf eine psychische Belastung, die sich direkt auf die Arbeit mit den Angehörigen der PatientInnen beziehen, hin. In diesem Zusammenhang werden vor allem Emotionen angesprochen, wo das Handeln und der Umgang damit schwierig ist. Da die Gefühle auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden, wie zum Beispiel Wut, Zorn, Traurigkeit, müssen die Diplomierten flexibel genug sein, um diese Emotionen richtig zu erkennen, um danach adäquat eingehen zu können. Die Angehörigen benötigen oftmals eine Hilfestellung, um ihr Gefühlschaos zu ordnen, dabei kann das Pflegepersonal unterstützend wirken.

Im Zusammenhang mit den auftretenden Emotionen ist diese direkte Konfrontation mit der Verzweiflung der Angehörigen und die damit verbundene Bewusstwerdung der Hilflosigkeit vonseiten des Pflegepersonals als psychische Belastung deklariert worden.

Das Gefühlschaos und die Verzweiflung der Angehörigen können auch in Form von Unzufriedenheit und Unfreundlichkeit dem Pflegepersonal gegenüber auftreten. Ständige Beschwerden benötigen einerseits viel Geduld und Stärke, dass man diese „aushält“ und andererseits aber auch viel Beherrschung und Disziplin, damit man diese Anschuldigungen über eine schlechte Pflege et cetera auch klären kann und dem Angehörigen trotzdem seine Unterstützung anbietet. Als belastend empfinden es die Pflegenden auch, wenn sie mit Vorwürfen konfrontiert werden: Vorwürfe, die sich beispielsweise auf die Art der Pflege beziehen, können eine Konfliktzone darstellen. Die Anschuldigungen beziehen sich hauptsächlich auf das „Nichtstun“ und Zuschauen der PflegerInnen. Oft sind diese Vorwürfe gepaart mit dem Unverständnis, dass es für den Angehörigen keine Heilung mehr gibt oder sie verdrängen die Krankheit und die verkürzte Lebensdauer des/der PatientIn. Daher versuchen noch viele Angehörige ihre erkrankten Bekannten und Familienmitglieder zu füttern et cetera und geben die Hoffnung nicht auf, dass sich alles wieder zum „Guten“ wendet und der/die PatientIn geheilt aus dem Krankenhaus entlassen wird. Hier erscheint es wesentlich, dass das gesamte Palliativteam eine klare Stellung einnimmt und den Angehörigen eine gute Aufklärungsarbeit leistet, welche den tatsächlichen Krankheitsverlauf wahrheitsgetreu darstellt. Deshalb ist es im Aufklärungsgespräch wichtig, dass man eine Basis findet, auf der man den Angehörigen den Gesundheitszustand des/der PatientIn beschreibt und die Nachricht, dass es sich um eine unheilbare Krankheit handelt, in einem an den/die ZuhörerIn angepassten Gespräch mitteilt. Das Pflegepersonal erzählt auch die enorme Aufbringung von Kraft und Energie, um die Unterhaltung gut leiten zu können und auch dabei ein/eine gute UnterstützerIn zu sein.

Die Angehörigenarbeit wird manchmal schwieriger und belastender eingestuft als die direkte Arbeit mit dem/der PatientIn, da viele Gefühle im Vordergrund stehen. Neben der Klärung der Emotionen müssen auch organisatorische Tätigkeiten mit den Familienmitgliedern, Bekannten und FreundInnen der PatientInnen gemacht werden, welche auch herausfordernd sein können.

Die intensive Betreuung der Angehörigen, beispielsweise nach dem Tod ihres geliebten Menschen, ist nicht immer einfach zu handhaben, da die Pflegenden sehr viel Energie benötigen, um diese gut unterstützen und beruhigen zu können. Aus den Interviews geht auch hervor, dass man es aushalten muss die Trauer zu überstehen. Folgendes Zitat untermauert dieses Statement:

H156: „[...] daun a de Aungehörigen, waunst daun irgendwie wirklich besonders traurig san, i man des is eh guat, dass dass weinen kenan oder

irgendwie so, owa des muasst hoit daun a amoi aushoitr, waun de rearat ausn Zimmer renan und ollas des is hoit daun scho oft, dass belastet jo.“

Diese direkte Konfrontation mit der Traurigkeit und der Trauer der Angehörigen wird einerseits als positiv erlebt, andererseits kann sie einem selbst nahe gehen und die Herausforderung ist es daher, diese aushalten zu können.

Besonders bei intensiven Betreuungen wird beschrieben, dass man als Pflegende viel von einem selbst und seiner Energie hergibt. Dies spürt man indem man nach Dienstende müde ist. Durch diese Intensität in der Angehörigenarbeit ist es vor allem danach notwendig, dass eine körperliche und psychische Regeneration, am besten in Form von dienstfreien Tagen notwendig ist, um diese besser bewältigen zu können. Näheres dazu findet sich im Kapitel 8.1.2. *Privatheit / Rolle als Privatperson.*

7.1.3. Langwieriger Sterbeprozess / Konfrontation mit Leid(en)

Als psychische Belastung wird auch der langwierige Sterbeprozess beziehungsweise der rapid verlaufende Krankheitsprozess gesehen. Damit einher geht die wahrgenommene Konfrontation mit dem Leid beziehungsweise dem Leiden des/der PatientIn. Weiters konnte aus dem Datenmaterial die ständige Präsenz von Krankheit, dem Leid und dem Tod herausgefiltert werden. D betont vor allem die Ballung also das gleichzeitige Auftreten dieser, welche als psychisch anstrengend empfunden wird:

*D199: „[...] es is psychisch aunstrengend, du bist ständig mit Kraunkheit eben konfrontiert, mit Leid und do host as hoit eben ums Sterben und do host as hoit **geballt**. Und vielleicht a neid, waun mas neid so bewusst mitkriagt, owa es nimmt an sicher a jeder Dienst voi hea.“*

Aus dem Zitat geht aber auch hervor, dass die Bewusstwerdung über diese Ballung nicht immer aktiv stattfindet, sondern dass sie unterbewusst vonstatten geht. D ist außerdem davon überzeugt, dass jeder Dienst anstrengend ist.

7.1.4. Ohnmachtsgefühl / Gefühl der Hilflosigkeit

Als eine extreme psychische Belastung wird das Gefühl, welches als Hilflosigkeit beschrieben werden kann, genannt. Damit ist ein Ohnmachtsgefühl ausgehend vom Pflegepersonal gemeint, welches dann auftritt, wenn man dem/der PatientIn nicht mehr aktiv helfen kann, das heißt dem Krankheits-, Sterbeverlauf nicht mehr entgegenzutreten kann. Es ist in dieser Phase nur mehr eine Symptomlinderung möglich. Die letzte Lebensphase wird auch als Zeit bezeichnet, bei der man „nur“ zuschauen kann. Sie ist für das diplomierte Pflegepersonal umso belastender, wenn der/die PatientIn nicht sterben kann, dies heißt wenn der Sterbeprozess lange andauert.

7.1.5. Tod aushalten können

Eine ähnliche psychische Belastung ist es, den Tod eines Menschen aushalten zu können. Aus den Interviews geht hervor, dass dies umso schwieriger ist, je intensiver man diesen Menschen begleitet:

A259: „Jo und voroim a, waunst Patienten wirklich begleitest und waunst dabei bist und dass ma des a aushoit waun do wer den letzten Atemzug mocht, oiso des is imma wieder für mi a Herausforderung, [...]“

Die unmittelbare Nähe zum Tod eines Menschen wird durch dieses Zitat ebenso deutlich. Es bedeutet vor allem die Präsenz des Todes, den Akt des Sterbens und dass der Tod nicht aufhaltbar ist, akzeptieren zu müssen, um dieser Arbeit nachgehen zu können. Dass dies nicht immer leicht erscheint, wird durch den Textauszug von A aufgezeigt.

7.1.6. Fehlendes Erfolgserlebnis

Die ständige Präsenz des Todes, die gehäuften Sterbefälle und die permanente Konfrontation mit dem Leid(en) des/der PatientIn machen einen negativen Gesamteindruck der Palliativstation. Es geht mit diesem negativen Ansatz auch der Wunsch nach einem Erfolgserlebnis einher, der jedoch nicht im Sinne einer Genesung passieren wird/kann. Die Interviewpartnerinnen erzählen davon, dass immer alles, der Krankheitsverlauf, der körperliche, seelische Zustand des/der PatientIn et cetera, immer schlechter wird und der Abschluss dieses negativen Verlaufs, der Tod des Menschen ist. Durch die dauernden Verschlechterungen können nie Erfolge verzeichnet werden, die sich eventuell positiv auf das Wohlbefinden der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern auswirken könnten.

7.1.7. Pflegepersonalbezogene Faktoren: an seine Grenzen kommen

Anhand der Leitfadenterviews wird deutlich, dass es PatientInnen gibt, die die Pflegerin emotional sehr berühren und andere wieder weniger. Bei PatientInnen, die einem gefühlsmäßig näher kommen, stößt man laut Beschreibung bald an seine Grenzen, sodass man seine Tätigkeit als Diplomierte hinterfragt und sich denkt, nie wieder in die Arbeit zu kommen. Die Erzählungen zeigen, dass es auch vorkommen kann, seine gesamte Energie für eine/einen PatientIn zu geben, womöglich ist es schwierig, sich von seinen PatientInnen vollkommen zu lösen, sodass man in seiner Berufsrolle an sein Limit kommt und sogar daran denkt, seinen Arbeitsplatz deswegen zu wechseln.

7.1.8. Ständige Präsenz des Todes / gehäufte Sterbefälle

Die nahezu ständige Präsenz des Todes auf der Palliativstation und die gehäuften Sterbefälle in kurzer Zeit scheinen ebenfalls eine psychische Belastung für das Pflegepersonal darzustellen, wie es folgende Zitate verdeutlichen:

D163: „[...] und eben diese gehäuften Sterbe err fälle aso.“

D167: „Wia haum scho amoi a Nocht ghobt, wo glaub i drei verstorbn san so aum Stück. Jo. Erm [--] des is natialich schon belostend, weust afoch irgendwie host des so um dir.“

7.1.9. Hinterfragung von Krankheiten

Auf einer Palliativstation zu arbeiten kann auch bedeuten, dass sich die Pflegenden Gedanken machen, weshalb ein Mensch erkrankt und wieso ein alter Mensch noch diese Bürde auf sich nehmen muss und beispielsweise an Krebs erkrankt. Ein allgemeines Unverständnis beziehungsweise eine Hinterfragung des Sinns einer chronischen Krankheit scheint ebenfalls das Pflegepersonal psychisch zu belasten. Dieses Hinterfragen und das Sich-Beschäftigen, warum ein alter Mensch nicht aufgrund seines Alters, sondern aufgrund einer Krankheit sterben wird, wird in manchen Fällen als psychische Belastung empfunden.

7.1.10. Nicht abschalten können

Eine weitere psychische Belastung ist, wenn man seinen Arbeitsplatz verlässt und in seiner Freizeit noch viel über seine PatientInnen oder eine bestimmte berufsbezogene Situation nachdenkt. Wichtig erscheint hier vor allem, dass die diplomierten Pflegerinnen lernen, abzugrenzen und auch versuchen Gedanken einzustellen beziehungsweise weitergehend am Arbeitsplatz zu lassen und nicht dauerhaft in das Privatleben einzubringen.

7.2 Strukturelle Belastungen

7.2.1. Personalmangel

Aus den Interviews geht hervor, dass PatientInnen vor allem während der Visite die Chance nützen, um mit den Pflegenden zu kommunizieren. Es werden vermehrt auch Fragen hinsichtlich der Diagnose, des Krankheitsverlaufs und der Therapiemöglichkeiten gestellt. Oftmals werden auch Ängste und Unsicherheiten angesprochen, die in einem sehr emotionalen Gespräch enden können. Meistens dauern diese Gespräche länger, sodass die Kommunikation zwischen Pflegenden und PatientIn einen wichtigen Teil der Palliativpflege einnimmt. Das große

Mitteilungsbedürfnis der PatientInnen bedarf es aber auch, dass sich die BetreuerInnen ausreichend Zeit dafür nehmen, dies kann jedoch nicht immer gemacht werden, da es an Personal mangelt. Obwohl „nur“ acht Plätze auf der Palliativstation zur Verfügung stehen, ist trotzdem der Personalmangel, nicht nur wenn es sich um spontane Gespräche mit den PatientInnen, sondern auch wenn es um die Pflege der PatientInnen an sich geht, zu spüren.

7.2.2. Nachtdienst

Einen weiteren, wesentlichen Punkt innerhalb der strukturellen Belastungen stellen die Dienste beziehungsweise der Wechsel der Dienste dar. Zentral dabei ist, dass der rasche Wechsel von den Tagdiensten auf die Nachtdienste und umgekehrt als anstrengend empfunden werden, obwohl der Wechsel von Tag- auf Nachtdienste im Großen und Ganzen als in Ordnung bewertet wird. Hierbei wäre es notwendig, verstärkt auf die Individuen einzugehen, sodass diese Belastung verhindert werden könnte.

Die Nachtdienste werden von jeder Interviewten im Zusammenhang mit Belastungen angesprochen, daher sind sie auf der Palliativstation als ein zentrales Element zu sehen, mit dem sich eine jede Mitarbeiterin auseinandersetzen muss.

Allgemein gesagt können die Dienstzeiten in die Kategorie der strukturellen Belastungen eingeteilt werden, wobei der Nachtdienst im Speziellen auch Auswirkungen auf physischer Ebene haben kann, wie folgender Unterpunkt zeigt. Da folgender Interviewauszug die Auswirkungen des Nachtdienstes gut beschreibt, werden diese nun behandelt:

a) Physische Auswirkungen

Aus der Analyse geht hervor, dass Nachtdienste auch eine Beeinträchtigung der Lebensqualität einer Pflegenden bedeuten, die auch Substanz kostet, wie E in folgendem Zitat beschreibt:

E204: „Oiso Nachtdienste is unmöglich, hob i gaunz schlecht ausgehalten, hot ma irrsinnig vü Substanzen und Lebensqualität gekostet.“

Der Tag wird dadurch schon als ein „verlorener“ Tag bezeichnet, an dem man nichts machen kann. Die unnatürliche Zeit in der Nacht zu arbeiten kann auch die Auswirkungen haben, dass man untertags nicht schlafen kann und der Tag von Schlaflosigkeit und Mattheit geprägt ist. Weiters scheint es schon untertags belastend zu sein an den Nachtdienst zu denken. Der Nachtdienst wird auch aus physischer und

psychischer Hinsicht als Belastung empfunden, da der Dienst zwölf Stunden dauert und zu ungewöhnlichen Zeiten stattfindet.

b) Alleiniger Nachtdienst

Ein weiterer zentraler Aspekt innerhalb der Diensterteilung ist die Tatsache, dass das diplomierte Pflegepersonal alleine während des Nachtdienstes auf der Station arbeitet. In diesem Zusammenhang wird davon erzählt, dass sie sehr oft das Bedürfnis haben, sich mit jemanden auszutauschen, gerade wenn ein Sterbefall passiert ist oder eine schwierige Situation erlebt wurde. Dies zeigt, dass der Wunsch mit jemandem zu kommunizieren da ist, jedoch dies für eine Pflegerin im Nachtdienst nicht ermöglicht wird. Sie kann ihre Sorgen und Gedanken nur mit sich selbst klären, somit fehlt die Nachbesprechung während der Dienstzeit. Aus den Interviews geht hervor, dass vor allem auch Zeit benötigt wird, um Todesfälle und oftmals auch die Trauer und Sorgen der Angehörigen zu verarbeiten. Die Betreuerin hat jedoch erst bei der Dienstübergabe die Zeit und die Möglichkeit mit jemandem zu reden.

Die Tatsache mit acht schwerkranken PatientInnen auf einer Station alleine zu sein, löst bei vielen Druck aus. Der Druck drückt sich in Form von „alles richtig zu machen“ aus und da man auf der Station alleine ist, ist dieser Druck nichts falsch zu machen umso größer wahrzunehmen. Nach einem Nachtdienst ist man laut Erzählungen oft geschafft und schwach, da man alles versucht hat, um den PatientInnen und den Angehörigen zu helfen. H spricht in ihrem Interview darüber, funktionieren zu müssen:

H67: „Weu in der Nocht bin i alla, waun nebenbei der Patient mi braucht, kaun i neid erholen, do muass i, i man, afoch ma muass afoch funktioniern daun.“

Dieser Interviewauszug zeigt auch, dass die Pflegenden keine Zeit im Nachtdienst aufbringen können, um sich kurz zu erholen oder auszurasen. Vielmehr geht es darum zu funktionieren, da man die gesamte Verantwortung übernehmen muss.

Aufgrund des Alleine-Seins auf der Station scheint der Nachtdienst bei den MitarbeiterInnen eher unbeliebt zu sein. Die Tatsache alleine mit dem/der Sterbenden und/oder den Angehörigen zu sein, kann ein Gefühl des Unbehagens oder auch Angst auslösen.

Der alleinige Nachtdienst ist auch insofern eine Belastung, da man beispielsweise bei der Lagerung eines/einer PatientIn dies entweder selbst tut oder aber man holt sich einen/eine KollegIn von der Nachbarstation. Da dies jedoch als unangenehm empfunden wird, wird die Tätigkeit häufig selbst ausgeübt, obwohl sie dauerhaft als physische Herausforderung gesehen werden kann.

c) FehlendeR PalliativärztIn

Der Nachtdienst wird insofern auch als größte psychische Belastung beschrieben, da die Pflegenden alleine sind und sich kein/keine PalliativärztIn auf der Station befindet. Die diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern können jedoch beispielsweise einen/eine InternistIn rufen, der/die sie bei Bedarf unterstützt. Als Schwierigkeit wird in diesem Zusammenhang jedoch das mangelnde Palliativwissen beziehungsweise das Verständnis der Palliativpflege genannt. Weiters ist auch der Zeitfaktor zu erwähnen. Damit ist gemeint, dass ein/eine gerufeneR ÄrztIn von einer anderen Station eine bestimmte Zeit braucht, um zu der Palliativstation zu gelangen. Handelt es sich um einen Akutfall, dann kann es sein, dass das Pflegepersonal den/die PatientIn vorerst alleine versorgen muss, bis der/die gerufene ÄrztIn in der Palliativstation ankommt. Dass dies eine enorme Belastung beim Pflegepersonal darstellt, ist durchaus nachvollziehbar.

Die Belastung des Nachtdienstes ist zwar strukturell bedingt, sie kann aber unter anderem psychische Auswirkungen haben, wie folgende zwei Unterpunkte zeigen. Da diese beiden die Kategorie des Nachtdienstes mit ihren Konsequenzen gut beschreiben, werden sie an dieser Stelle angeführt:

d) Gewissensbisse

Es zeichnet sich auch ein schlechtes Gewissen im Zusammenhang mit der Pflege während des Nachtdienstes ab, wie folgendes Zitat untermauert:

D398: „Und du host a voi a schlechts Gwissn daun, weu du denkst da: so, de miassat jetzta do aufs Klo de Dame, der Patient hot Schmerz und do miassat i an Aungehörigen betreun oder es leit des Telefon, es kummt a Aunfrage, oiso do waßt oft wirklich nimmer wost zeescht mocha soist.“

Das schlechte Gewissen basiert auf der Tatsache, dass die Pflegenden alleine auf der Station arbeiten. Benötigen mehrere PatientInnen ihre Hilfe gleichzeitig, dann muss sie Prioritäten setzen, was jedoch als schwierig erscheint. Mithilfe des Interviews wird verständlich, dass D ein schlechtes Gewissen hat, da sie diese Abwägung, wer zuerst gepflegt werden muss, machen sollte. Man spürt ebenso diese Hilflosigkeit und Überforderung des Alleine-Arbeitens ganz deutlich.

e) Alleinige Entscheidungsfindung / Verantwortung

Wie schon oben erwähnt, wird die Berufsrolle oftmals als eine Rolle gesehen, bei der man funktionieren muss. Dieser Faktor beschreibt ebenso die psychische Belastung aufgrund des alleinigen Arbeitens im Nachtdienst, wie auch den strukturellen

Belastungsfaktor. Mit dem Alleine-Sein auf der Station geht auch die alleinige Verantwortung, Entscheidungen zu treffen, einher. Dadurch wirkt es umso ambivalenter, dass das Pflegepersonal alleine arbeitet, da es noch dazu allseits bekannt ist, dass ein Großteil der Menschen in der Nacht verstirbt. Vielfach benötigen PalliativpatientInnen und ihre Angehörigen eine intensive Betreuung, da die Pflegenden jedoch auf sich selbst gestellt ist, kann dieser große Betreuungsaufwand nicht immer erfolgen. Ebenso zentral ist die Versorgung eines/einer verstorbenen PatientIn und die Betreuung der Angehörigen, die als psychische Belastungen in Form von Verzweiflung und Überforderung wahrgenommen werden.

7.2.3. Monotones Arbeiten

Im Hinblick auf die Tätigkeiten einer diplomierten Pflegenden werden von den Gesprächspartnerinnen monotone Abläufe wahrgenommen. Dies lässt sich insofern beschreiben, dass sich beispielsweise die Krankheitsbilder wiederholen und auch der Verlauf der Krankheiten gleich ist. Das Belastende dabei scheint, dass es keine Abwechslung am Arbeitsplatz gibt. Anscheinend werden immer dieselben PatientInnen mit denselben Krankheiten auf der Palliativstation aufgenommen. Das Arbeiten wirkt demzufolge langweilig und Herausforderungslos, da man den Prozess und das Ende der Krankengeschichte weitgehend hervorsehen kann.

7.3 Physische Belastungen

Unter physische Belastungen werden alle Faktoren verstanden, die sich auf den Körper der PflegerInnen beziehen. Zu den physischen Belastungen wird eher wenig erzählt, obwohl auch auf einer Palliativstation PatientInnen gelagert, gewaschen et cetera werden. Im Vergleich zu anderen Stationen wird jedoch die physische Arbeit als nicht so schwer eingestuft. Es wird auf der Palliativstation eher die Kombination von psychischen und physischen Belastungen wahrgenommen, wobei aus den Interviews hervorgeht, dass es für manche schwierig erscheint, diese Arbeit bis zur Pension auszuüben, denn vor allem der Nachtdienst hat einen hohen Einfluss auf die körperliche Verfassung einer Pflegenden. Die Müdigkeit und Erschöpfung bedarf während manchen Nachtdiensten einer großen Anstrengung, wobei man auch mit seiner Konzentration kämpfen muss. Die Auswirkungen eines Nachtdienstes können sein, dass die BetreuerInnen extrem erschöpft sind, über Kopfschmerzen klagen und auch Verzweiflung verspüren aufgrund der enormen physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz.

7.4 Personelle Belastungen

Unter personelle Belastungen werden Unklarheiten im Team verstanden. Als Belastungen auf personeller Ebene werden eventuelle Streitigkeiten beziehungsweise Intrigen innerhalb des Palliativteams genannt. Der Wunsch besteht hier vonseiten der Interviewpartnerinnen, dass möglichst keine Unklarheiten unter den KollegInnen entstehen, da die Betreuung der PatientInnen und der Angehörigen schon genug Energie benötigt. Um Unstimmigkeiten im Team vorzubeugen, wäre eine transparente Kommunikationsstruktur anzuwenden. Zusammenfassend gesehen werden jedoch kaum personelle Belastungen auf der Palliativstation wahrgenommen.

8. Umgang mit Belastungen / Bewältigungsstrategien

Innerhalb der Fachliteratur werden zahlreiche unterschiedliche Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise auch das positive oder negative Coping (Zhong-Xiang et al. 2008: 227f) oder externe und interne Ressourcen als Basis für Coping-Strategien (Peterson et al. 2010: 434ff) (siehe Kapitel 3.1 *Bewältigungsstrategien*) angeführt. Diese Masterthese unterscheidet auf zwei Ebenen (Waller 2007:23):

- *persönliche / individuelle Ebene*
- *kollektive Ebene*

Aufgrund der qualitativen Inhaltsanalyse konnten sowohl auf der persönlichen, individuellen wie auch auf der kollektiven Ebene zahlreiche Unterkategorien gefunden werden, die die Dimensionen dieser aufzeigen sollen. Diese Vielzahl an Themen wird um sie übersichtlicher zu machen, an dieser Stelle graphisch dargestellt:

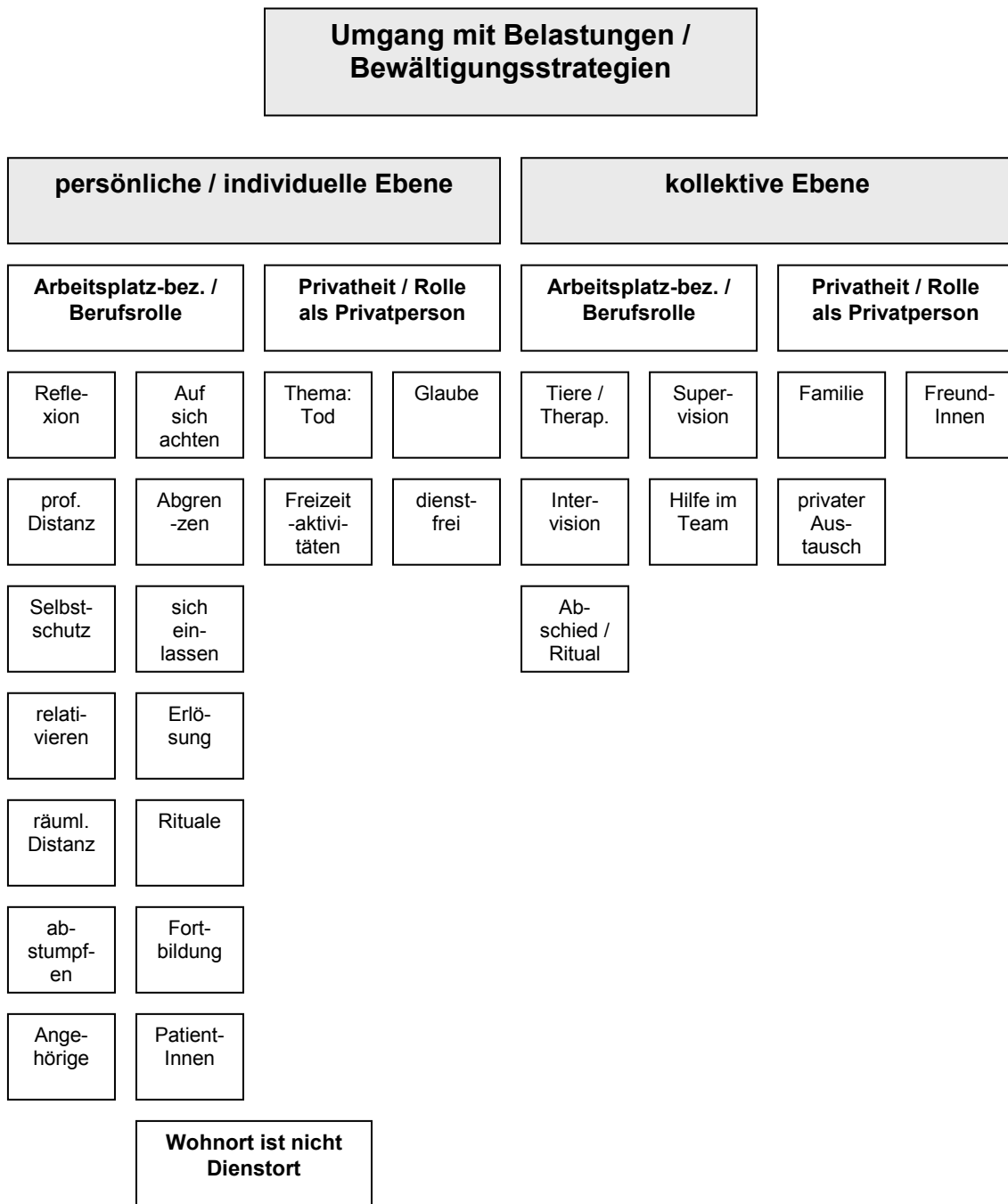


Abbildung 5: Umgang mit Belastungen / Bewältigungsstrategien

8.1 Persönliche / Individuelle Ebene

Diese Ebene beschreibt auf der einen Seite alle Aspekte, wie das Individuum in seiner Berufsrolle am Arbeitsplatz handelt beziehungsweise welche Methoden es anwendet, um allgemeine Belastungen bewältigen zu können. Weiters werden jedoch auch

Belastungen beziehungsweise Strategien, die sich direkt auf die PatientInnen und die Angehörigenarbeit beziehen, aufgezeigt.

Auf der anderen Seite wird das Individuum in seiner privaten Rolle als Frau, Sportlerin und so weiter dargestellt und welche Strategien hier angewendet werden, um die arbeitsplatzbezogenen Belastungen bearbeiten zu können.

Es geht aus den Interviews hervor, dass jede Pflegende ihre eigenen Strategien im Laufe ihrer Arbeitszeit entwickelt. Dies inkludiert auch, dass jede weiß, was ihr gut tut und was ihr hilft Energie zu tanken und sich zu entspannen, dies kann jedoch mitunter eine Zeit brauchen, um dies zu erkennen. Die Interviewpartnerinnen betonen weiters, dass man KollegInnen zwar Tipps – wie man seine arbeitsbezogenen Belastungen bewältigen kann – geben kann, diese erstens jedoch schwierig zu generalisieren sind und zweitens braucht es diesen Prozess des Selbstfindens einer an das Individuum angepassten Strategie.

8.1.1. Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle

Die diplomierten PflegerInnen entwickeln innerhalb ihrer Tätigkeiten bestimmte Strategien, um ihre Belastungen abzumildern beziehungsweise (besser) bewältigen zu können. Im Bereich der allgemeinen Belastungen konnten folgende Unterpunkte gefunden werden:

a) Reflexion

Unter Reflexion wird vor allem das bewusste Nachdenken über seine Tätigkeiten als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf der Palliativstation verstanden. Der unten stehende Textauszug macht darauf aufmerksam sich auch immer wieder zu fragen, ob die Arbeitssituation noch für einen selbst passt oder ob es Unstimmigkeiten gibt:

B198: „[...] dass es owa a wichtig is, se söwa zu reflektieren und zu schau: okay, passt des jetzt nu für mi jo, weil i denk ma, grad in dem Bereich muass i afoch sehr vü söwa auf mi schau.“

Die Gesprächspartnerinnen sprechen auch davon sich selbst weitere Fragen zu stellen, wie weit sie beispielsweise Anteil genommen haben im Umgang mit dem/der PatientIn und seinen/ihren Angehörigen. Außerdem scheint auch die permanente Reflexion nach der Richtigkeit, das heißt sich zu fragen, ob die Aufgaben korrekt durchgeführt wurden, essentiell zu sein, um keine Belastungen entstehen zu lassen. F drückt es folgendermaßen aus:

F248: „[...] oiso ma muass se immer wieder denka: woa des jetzt okay vo mir? Hob i des richtig gmocht?“

Mit der Frage nach der adäquaten Betreuung der PatientInnen und seinen/ihren Mitmenschen geht auch die Bewusstmachung, dass man alles richtig gemacht hat einher. Dieser Schritt scheint vor allem für das Selbstbewusstsein des Pflegepersonals wichtig zu sein, um somit auch keine Selbstzweifel und weiterführend eventuelle Belastungen entstehen zu lassen. Daher ist es wichtig sich im Reflexionsprozess auch deutlich zu machen, dass man seine Tätigkeiten zuerst hinterfragen sollte, um danach die Richtigkeit dieser zu bestätigen und dies dann zu verinnerlichen.

Nicht nur die Tätigkeiten an sich werden reflektiert, sondern einige hinterfragen auch die Auswahl der Station. Aufgrund der hohen Belastungen, die unter anderem auf die häufigen Sterbefälle zurückzuführen sind, sprechen die Pflegenden darüber ihren Arbeitsplatz kurzfristig einmal zu wechseln. Es geht auch aus den Erzählungen hervor, dass eine dauerhafte Beschäftigung bis zur Pension auf der Palliativstation nur schwer denkbar ist, da die Gefahr des Abstumpfens, das heißt den Tod als Routine zu sehen besteht. Weiters werden jedoch auch der enorme Energieverlust und das kräfteraubende Pflegen genannt, welche es quasi unmöglich machen längerfristig auf einer Palliativstation tätig sein zu können ohne dabei nachhaltige Konsequenzen in Kauf nehmen zu müssen.

b) Auf sich selbst achten

Aufgrund der Datenanalyse konnte herausgearbeitet werden, dass es für die Mitarbeiterinnen hilfreich ist, auf sich selbst beziehungsweise ihren Gesundheits- und Gemütszustand zu achten. B weist folgend daraufhin:

B41: „Und i denk ma, des is owa a des Wichtige, dass i mi daun moi sogn kau: okay aun dem Tog geht's ma neid so guat, daun geh i hoid neid zu dem Patienten, [...]“

Das Wichtigste scheint die Reflexion seiner psychischen Situation zu sein und zu hinterfragen, ob man sich gut genug fühlt, um beispielsweise einen/einer bestimmten PatientIn in der terminalen Phase pflegen zu können. Mit dieser Achtsamkeit geht auch folgend einher, sich Gedanken zu machen, welche Lösungen man findet, um sich besser zu fühlen: die Pflegenden der Palliativstation wenden beispielsweise die Strategie des Sich-Zurücknehmens und –Zurückziehens an, wobei sich in diesem Fall die gegenseitige Unterstützung im KollegInnenkreis unbedingt vonnöten erweist (näheres dazu findet sich im Kapitel 8.2.1. *Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle*).

c) Professionelle Distanz

Ein Beispiel für eine Bewältigungsstrategie auf persönlicher Ebene ist eine professionelle Distanz einzunehmen. Damit ist ein bestimmter Abstand zum/zur PatientIn und dessen/deren Angehörigen gemeint. Diese Distanz kann als Selbstschutz gesehen werden, um sich vom/von der PatientIn mit seinen/ihren etwaigen Sorgen nicht zu sehr emotional beeinflussen zu lassen, um somit eine professionelle Pflege weiterhin aufrechterhalten zu können. Werden die Probleme der PatientInnen zu sehr initialisiert, dann läuft man Gefahr seine professionelle Rolle nicht mehr fachgerecht halten zu können.

d) Abgrenzen

Abgrenzung kann weiterhin als eine Strategie gesehen werden, die Pflegende anwenden, um gefühlte Belastungen am Arbeitsplatz nicht zu nahe an sich kommen zu lassen. Wobei auch hier gesagt werden muss, dass nicht alle Strategien von allen diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern angewendet werden und dementsprechend jede selbst die Strategien anwendet, die für sie stimmig ist.

Folgendes Zitat soll stellvertretend für die Kategorie Abgrenzung stehen:

C103: „[...] i loss ma des jetzt vielleicht a, nicht zu nahe kommen. Des haßt neid, dass ma neid Anteil nimmt, aun dem gaunzn Geschehen, wie's dem Patienten geht und a mit seim gaunzn Umfeld, owa dass ma si des einfoch daun scho nicht zu nahe gehen losst. Des wa sicher a Strategie, dass i sog: i kaun mitfühlen bis do her, owa nicht weiter, weil waun i daun diesen Punkt übersteige, daun gehts mir schlecht. Owa daun kaun i eigentlich a dem Patienten nix mehr nutzen, wauns mir schlecht geht, weu mir muass guat geh.“

C betont in diesem Interviewauszug, dass Empathie zwar in Bezug auf den gesamten Krankheitsverlauf, dem Zustand des/der PatientIn und seinem/ihren sozialen Umfeld bis zu einem bestimmten Punkt erwünscht ist, diese jedoch ihre Grenzen hat. Wird diese Grenze überschritten, dann fühlt sie sich ebenfalls schlecht und ist demzufolge keine Hilfe mehr für die PatientInnen. Diese Aussage zeigt auch die Wichtigkeit mit der Auseinandersetzung der Belastungen und folgend auch die Bewältigung dieser, um eine adäquate Palliativpflege vollziehen zu können. Werden Belastungen nicht wahrgenommen oder keine entsprechenden Handlungen getätigt, dann kann keine erfolgreiche Pfl egetätigkeit mehr gewährleistet werden. Denn fühlt sich das Pflegepersonal schlecht, dann beeinflusst dieser Zustand auch die PatientInnen und deren Angehörige.

e) Selbstschutz – Aufbau einer Schutzmauer

Im Zusammenhang mit der Distanzierung zum/zur PatientIn und dessen/deren sozialem Umfeld geht auch der Aufbau einer Schutzmauer, wie es in den Interviews bezeichnet wird, einher:

D205: „Irgendwie unbewusst, glaub i, baut ma do irgendwie was auf, irgend a Schutzmauer oder was, [...]“

Mithilfe einer Schutzmauer fällt es den Pflegenden sichtbar leichter die Emotionen mit denen sie auf der Palliativstation konfrontiert werden, umzugehen. Sie soll helfen die Grenze aufzuzeigen das heißt bestimmte Gefühle zuzulassen, andere hingegen abzuwehren. Dadurch wird ein Abstand gehalten, der ihnen hilft, dass sie aufgrund der Nähe zum/zur PatientIn gewisse Situationen nicht zu ernst nehmen und sich nicht zu intensiv darauf einlassen.

f) Sich-Einlassen

Aber nicht nur eine Abgrenzung verschafft eine Erleichterung am Arbeitsplatz, auch die Strategie des Sich-Einlassens kann helfen:

B86: „[...] waun so a Situation do is, wo afoch des a gaunz a intensive Beziehung wird mit an Patienten und sein Aungehörigen, daun loss i mi a auf des ein. Err und dadurch kaun is owa a nochher, waun da Patient verstorbn is, de Situation a leichter irgendwie gehen lossn. Oiso jo. Des hob afoch i für mi söwa oder erleb i nach wie vor hüfreich err jo. Wos natialich a immer wieder drauf au kummt wias an daun söwa geht, is eh kloar, im Moment hoid, oda aum Tog.“

Aus dem Zitat wird deutlich, dass bei einer intensiven Beziehung zum/zur PatientIn und seinen/ihren Angehörigen, eine bewusste Annäherung und ein starker Kontakt zu den Betroffenen forciert wird, um die Situation – der/die PatientIn verstirbt auf der Station, leichter verarbeiten und abschließen zu können (siehe Kapitel 8.2.1. Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle).

g) Situationen relativieren

Eine hilfreiche Bewältigungsstrategie kann auch die Relativierung von bestimmten Situationen sein, wie D dies ausdrückt:

D219: „[...] und daun denkst da nua moi, des is so und des kaunst neid ändern und i man des Leben muass weitergeh, weu du muasst aum nextn Tog wieder aufsteh und wieder kumma, [...]“

Der Verlust eines Menschen kann zwar Traurigkeit auslösen, er kann jedoch auch dazu dienen, sich bewusst mit dem Leben und dem Tod auseinanderzusetzen und dass es bestimmte Bereiche gibt, in denen die Pflegenden nicht mehr eingreifen

können. Der Tod kann als Teil des Lebens gesehen werden, der dazu gehört und nicht mehr aufhaltbar ist. Dies inkludiert auch, dass sie sich ihrer Grenzen in ihrer Berufsrolle im Klaren sein sollten und sich immer wieder bewusst werden sollten, welche Ziele innerhalb des Palliativkonzeptes zentral sind. Oftmals wird auch die Strategie, sich einen anderen Fokus zu setzen, als Entlastung am Arbeitsplatz gesehen. Die Initialisierung des Palliativ-Care Ansatzes kann dabei eine wesentliche Hilfestellung sein.

h) Tod wird als Erlösung gesehen

Innerhalb der Arbeit mit schwerkranken, terminalen PatientInnen und ihren Angehörigen nehmen die Interviewpartnerinnen eine Entlastung in ihren Tätigkeiten insofern wahr, indem sie den Tod eines Menschen als ein Erlösen sehen: eine Erlösung von den schweren, oftmals zwar gelinderten, jedoch vorhandenen Phasen der Schmerzen. Da das Zusehen müssen beziehungsweise das Leid(en) ertragen zu müssen, eine enorme Belastung für PatientInnen, den Angehörigen und das gesamte Palliativteam darstellt [siehe Kapitel 7.1.3. *Langwieriger Sterbeprozess / Konfrontation mit Leid(en)*], scheint es umso wichtiger zu sein, eine geeignete Strategie zu entwickeln, um diese gut bewältigen zu können.

i) Räumliche Distanz

Akut auftretende Belastungen können insofern gelindert werden, in dem der Raum des/der PatientIn verlassen wird und eine räumliche Distanz zum/zur Betroffenen hergestellt wird. Eine rasche Erleichterung scheint aber auch dann einzutreten, wenn nach bestimmten Situationen einmal tief durchgeatmet wird, das Zimmer des/der Betroffenen verlassen wird und der/die PatientIn der Kollegin für eine zeitlang übergeben wird. Die Voraussetzung hierfür muss jedoch durch die gegenseitige Unterstützung im KollegInnenkreis gegeben sein (siehe Kapitel 8.2.1. *Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle*).

j) Rituale / Reinigung

Um die aufgetretenen Erschwernisse eines Arbeitstages besser ertragen zu können, werden von den Gesprächspartnerinnen Rituale genannt. Unter einem Ritual werden bestimmte Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeit verstanden, die regelmäßig ausgeübt werden. Als Ritual kann das Duschen beziehungsweise das Hände waschen nach dem Dienst bezeichnet werden. Es steht dafür all seine Gedanken – seien sie

positiv oder negativ abzuwaschen und sorgenfreier heim zu gehen. Das bedeutet, dass versucht wird, alle arbeitsplatzbezogenen Gedanken mit dem Wasser erstens vom Körper und zweitens mental abzuspülen und loszulassen. Dadurch bleiben die belastenden Ereignisse am Dienort und werden nicht mit nachhause genommen.

k) Abstumpfen

In diesem Zitat ist von einer Neigung des Abzustumpfen die Rede und dass es eine Tendenz zu routinierten Tätigkeiten gibt:

A92: „Owa ma neigt natialich a dazu, dass ma obstumpft. Auf jedn Foi. Es wird neid zur Routine, owa es wird. Oiso der erste Patient do, des woa für mi furchtboa, owa je öfter ma des hot, es wird daun irgenwaun a bissl zu ana Routine afoch. I man neid imma, es gibt immer wieder Ausnahmnen und maunche de bleibn da imma wieder in Erinnerung oda so, oda des tuat da richtig weh waun wer stirbt, owa aundare wieder, des wird daun afoch wirklich zur Routine.“

Abstumpfen kann nicht eindeutig als aktive Strategie gesehen werden, da es aus den Interviews nicht hervorgeht, ob das Pflegepersonal diese aktiv anwendet. Dies bedeutet, dass es sein kann, dass aufgrund der Routinetätigkeiten ein Automatismus, wie pflegen ohne jegliche Hinterfragung seiner Tätigkeiten und seiner Aufgaben, ein Abstumpfen passiert. Dieses Abstumpfen wurde jedoch als Handlung bezeichnet, die hilft bestimmte, schwierige Situationen leichter zu bewältigen beziehungsweise Belastungen erst gar nicht zuzulassen, wobei die Pflegenden kritisch hinterfragen, ob es denn nötig sei abzustumpfen oder ob die Arbeit und seine dazugehörigen Tätigkeiten einen abstumpfen lassen.

l) Institutsebene

Angebote, in diesem Fall der Basis-Palliativ-Kurs und Fortbildungen, die vom Arbeitsplatz offeriert werden, werden in diesem kurzen Abschnitt behandelt. Diese helfen vor allem bei allgemeinen Belastungen:

- Fortbildung

Vom Krankenhaus angebotene Kurse und Fortbildungen können ebenfalls helfen, bestimmte Belastungen vorzubeugen beziehungsweise zu reduzieren. Durch den Basislehrgang, der den MitarbeiterInnen empfohlen wird, wird einerseits das Konzept des palliativen Pflegens vorgestellt, andererseits werden jedoch dort auch Übungen zur Stressbewältigung, beispielsweise in Form von Rollenspielen gemacht. Ebenfalls werden Fortbildungen mit dem Schwerpunkt des Umgangs mit Belastungen angeboten.

m) Angehörigenebene

Darunter fallen Bewältigungsstrategien, die sich direkt auf Belastungen im Zusammenhang mit der Angehörigenarbeit, beziehen.

Innerhalb der Angehörigenarbeit können ebenfalls Belastungen entstehen, wobei hier zwei explizite Strategien, um diese zu bewältigen, von den Gesprächspartnerinnen genannt werden: einerseits scheint es hilfreich zu sein, wenn bei aufgetretenen Problemen sofort mit den Angehörigen darüber gesprochen wird, um möglichst keine große Aufregung und Missverständnisse entstehen zu lassen. Eine Reflexion, was beispielsweise zur Eskalation geführt hat und eine Lösungsfindung scheinen hier am Wertvollsten zu sein. Andererseits wird auch die Strategie der Resignation und des Rückzugs angewendet. Dadurch dass die Angehörigen oftmals von ihren Emotionen überrollt werden, scheinen sie diese in Extremsituationen kaum mehr unter Kontrolle zu haben. Deshalb eignet es sich manchmal, wenn sich das Pflegepersonal zurückzieht, denn somit werden sie nicht mit der häufig aufgetretenen Wut direkt konfrontiert. In manchen Fällen ist es jedoch auch möglich, dass sich eine Kollegin mit den Angehörigen auseinandersetzt, um die betroffene Pflegende zu entlasten.

n) PatientInnenebene

Dazu gehören Bewältigungsstrategien, die sich auf Belastungen im direkten Zusammenhang mit PatientInnen beziehen:

Allgemeine Belastungen mit denen sich die Pflegenden auseinandersetzen müssen, können durch den direkten Kontakt mit den PatientInnen abgeschwächt oder verhindert werden. Es dienen vor allem die Unterhaltung und auch der Spaß untereinander als enorme Entlastung: werden Witze mit den PatientInnen gemacht, dann entsteht eine Dynamik, die das Arbeiten auf der Palliativstation erleichtert. Eine enorme Entlastung, da die Belastungen in den Hintergrund rücken, ist der liebevolle Umgang der PatientInnen mit dem Pflegepersonal:

F367: „De mearan san eigentlich voi daunkboar, total liab zu uns, woin uns eigentlich irgendwie neid so wirklich belostn und jo de san wirklich total nett eigentlich und schau eigentlich, dass dass wir neid so vü Oawat haum und so oiso se schau fost immer a bissl auf uns a, muass i sogn (lacht) und des is wirklich total schen [...]“

Durch die entgegenkommende Dankbarkeit und Unterstützung der PatientInnen wird eine Beziehung zum/zur PatientIn hergestellt, die angenehme Gefühle bei den Pflegenden auslösen kann. Bei dieser Kategorie erscheint es schwierig zu sein sie als Strategie zu bezeichnen, da von den Gesprächspartnerinnen nicht expliziert wird, dass sie nach bestimmten Mustern handeln, um ein Lob et cetera zu erhalten. Es könnte in

dem Kontext jedoch eine implizite Erwartung und Gegenerwartung sein, die Entlastung leistet.

8.1.2. Privatheit / Rolle als Privatperson

Pflegende setzen sich auch als Privatperson mit ihren Belastungen auseinander beziehungsweise versuchen sie diese im privaten Setting zu bewältigen, wie folgende Unterkategorien zeigen:

a) Auseinandersetzung mit dem Tod

Durch den fast alltäglichen Umgang mit sterbenden, schwerkranken Menschen, ist es naheliegend sich mit dem Tod und dem Sterben auseinanderzusetzen.

Der Großteil der Interviewten berichtet davon, dass sie viel darüber nachgedacht haben, um einerseits den Tod und das Sterben nicht mehr, beziehungsweise nicht mehr so häufig als Belastung zu sehen, andererseits jedoch auch den PatientInnen und deren Angehörigen, die Fragen dazu haben, Antworten geben zu können. Es erscheint daher in einem palliativen Kontext wichtig zu sein, dass man sich selbst eine Meinung, was nach dem Tod kommen wird und was der Sinn des Lebens ist, gebildet hat. Außerdem ist auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit ein wesentlicher Faktor im Zusammenhang mit der Bewältigung, denn sie hilft einem im Trauerprozess bei eigenen Angehörigen, aber auch in der Trauerbegleitung der Mitmenschen des/der verstorbenen PatientIn.

Der Basislehrgang scheint hier neben der selbstständigen Auseinandersetzung in privaten Situationen in Form von Recherchen in Büchern mit der Thematik, eine zentrale Rolle einzunehmen.

b) Glaube / Religion

Ein eher nebensächliches Thema innerhalb der Gespräche stellte die Auseinandersetzung mit der Religion beziehungsweise die Religiosität des Pflegepersonals dar. Es wurde jedoch in diesem Zusammenhang ein Konzept genannt, den Tod als einen Frequenzwechsel in eine andere Dimension zu sehen, um die gehäuften Sterbefälle besser verstehen und demzufolge verarbeiten zu können.

c) Freizeitaktivitäten

Ein wesentlicher Punkt, der immer wieder angesprochen wird, wenn es um Belastungen auf einer Palliativstation und deren Umgang geht, ist die Balance, die man

als Pflegende haben sollte. Es ist wichtig, dass man irgendeinen Ausgleich in seiner Freizeit hat, den das Individuum selbst bestimmt, um im Arbeitsalltag wieder neue Energie für neue Situationen zu haben. Die Tätigkeiten, die in der Freizeit ausgeübt werden, reichen von lesen, Sport betreiben, in der Natur sein, bis hin zum Einkaufen oder aber auch eine Therme zu besuchen, wie folgend expliziert wird:

- **Lesen**

Ein Buch zu lesen ist für viele eine entspannende Aktivität, die auch von den Gesprächspartnerinnen zur Bewältigung von Belastungen genannt wird, wobei hier vor allem das Sich-beschäftigen mit nicht fachlicher Literatur im Vordergrund stehen sollte. Es erscheint hinsichtlich der Entlastung wesentlich effektiver zu sein, wenn sich der Buchinhalt von den Inhalten des Arbeitslebens deutlich unterscheidet.

- **Sport**

Ein weiterer Faktor, der als Bewältigungsstrategie von den Interviewten angesprochen wird, ist die sportliche Betätigung, wobei diese weit gestreut von wandern, walken, Ski fahren, Rad fahren bis hin zum Schwimmen reicht. Für viele wird es als angenehm empfunden, draußen zu sein, um in dieser Form wieder Energie für die Herausforderungen am Arbeitsplatz zu sammeln. Sport dient neben der körperlichen auch der psychischen Entspannung, wobei hier vor allem das „Abschalten“ also das Ruhen lassen der angestauten Belastungen gemeint ist.

d) Natur

Die Natur hat insofern eine tragende Rolle, da etliche sportliche Betätigungen von den Pflegenden draußen stattfinden. Ebenfalls dient die angenehme Wärme der Sonne auch der Entspannung, wie weiters aus den Gesprächen hervorgeht.

e) Dienstfreie Tage

Dienstfreie Tage haben einen positiven Effekt auf den Gemüts- und demzufolge auf den Gesundheitszustand eines Menschen. Sie helfen nach schwierigen Diensten, im Besonderen nach Nachtdiensten, wieder etwas Entlastung und Ruhe zu bringen. Die freien Tage ermöglichen es, wieder etwas Anderes zu sehen, wie H es folgend formuliert:

H162: „[...] i hob daun scho wieder etliche Tage frei und do kaun ma daun, afoch dass ma daun wieder wos aundas siacht und wos aundas mocht und jo, [...]"

Dienstfreie Tage können insofern als Entlastung dienen, in dem man sie nützt, um beispielsweise in die Therme zu fahren oder sie in einem Shoppingcenter verbringt.

8.1.3. Wohnort differiert vom Dienstort

Eine klare Trennung zwischen der Berufsrolle und der Rolle als Privatperson einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester kann nicht gemacht werden, da sie sich wechselseitig ergänzen. Eine unmittelbare Verkettung beider ist die Erleichterung, welche nicht als direkte Strategie bezeichnet werden kann, nicht am selben Ort zu wohnen, wo sich das Krankenhaus befindet. Dies bedeutet, dass eine räumliche Distanz im Zusammenhang mit den aufgetretenen Belastungen, hilfreich ist. Es wird bei dieser Kategorie vor allem die Privatheit und Unbekanntheit während Erledigungen wie Einkaufen gehen et cetera angesprochen.

Der unterschiedliche Beschäftigungs- und Wohnort hat auch den positiven Effekt, dass etwaig aufgetretene Belastungen am Arbeitsplatz während der Autofahrt bewältigt werden können. Dadurch hat man die Möglichkeit sich räumlich wie auch geistig vom Arbeitsplatz und seinen Herausforderungen zu trennen, um diese nicht mit nachhause zu nehmen, um dort weiterhin belastend sein zu können.

8.2 Kollektive Ebene

Die kollektive Ebene bezieht sich auf das soziale Handeln des Einzelnen und die Unterstützung des sozialen Netzwerkes, wobei hier wesentlich ist, eine Unterscheidung zwischen der Berufsrolle einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester und dem Individuum in seiner vertrauten Umgebung also in seiner privaten Rolle, zu machen. Durch die Differenzierung soll aufgezeigt werden, welche Ressourcen die Pflegenden in welchen Bereichen aufgreifen, um ihre Belastungen zu bewältigen.

8.2.1. Arbeitsplatzbezogen – Berufsrolle

a) Tiergestützte Hilfe

Um vor allem Trauer, die auf der Palliativstation ständig präsent zu sein scheint zu verarbeiten, könnten Tiere einerseits für die Angehörigen eingesetzt werden, andererseits jedoch auch für das Pflegepersonal zur Trauerbewältigung hilfreich sein. Folgendes Zitat untermauert dieses Statement:

H184: „[...] und i denk ma mit Tiere kennt ma a do jederzeit a söwa für an persönlich, owa a zur Trauerbewältigung vo de Aungehörigen einsetzen.“

Als Anmerkung sei an dieser Stelle hinzugefügt, dass es zurzeit keine tiergestützte Therapie auf der untersuchten Palliativstation gibt, es jedoch schon angeregt und diskutiert wurde.

b) Supervision

Zu der kollektiven Ebene können auch Intervision und Supervision hinzugezählt werden, obwohl die Supervision ebenfalls als institutionsbezogenes Element gesehen werden kann. Supervision wird vom Krankenhaus offeriert, wobei dieses Angebot auf freiwilliger Basis beruht, deswegen kann es auch vorkommen, dass nicht alle Interviewpartnerinnen davon Gebrauch nehmen. Weiters spielt auch der zeitliche Aspekt eine Rolle: aufgrund der unregelmäßigen Dienstzeiten kann es vorkommen, dass nicht immer alle MitarbeiterInnen am Tag der Supervisionseinheit teilnehmen können.

Innerhalb des supervisorischen Settings, welches als Gruppensupervision angeboten wird, werden vor allem aktuelle Themen, die das Palliativteam besprechen möchte, behandelt. Der Wahrnehmung zufolge soll es vor allem der Teamfähigkeit und der Strukturierung der Themen dienen, es wird jedoch auch als Möglichkeit gesehen seine Belastungen anzusprechen und dadurch eine Entlastung zu verspüren. Durch das interne Ansprechen und der teaminterne Austausch seiner Belastungen und heikler Situationen mit dem/der PatientIn und/oder Angehörigen in der Begleitung eines/einer SupervisorIn, geht auch eine Verarbeitung dieser Punkte einher.

Das Angebot einer Einzelsupervision wird, wenn auch ganz selten, bei schwierigen Situationen im privaten Setting in Anspruch genommen.

Im Zusammenhang mit der Supervision werden jedoch nicht nur positive Elemente von den Interviewten genannt, denn Supervision scheint laut Erzählung nicht die adäquateste Plattform zu sein, um sein Innerstes im Kreise seiner KollegInnen preiszugeben.

c) Intervision

Die Kommunikation im KollegInnenkreis wird auch als Strategie zur Bewältigung von Belastungen angewendet, wie aus unten stehendem Zitat hervorgeht:

H96: „[...] waun ma wos zum Besprechn hot is des eh untereinaund im Kollegenkreis, waun an wos belastet, daun kaun ma genauso drüber redn, wir redn scho miteinaunda a, [...]“

Innerhalb des Teams werden während der Dienstzeit regelmäßig Gelegenheiten genutzt, um aktuelle aber auch zurückliegende Situationen und Erlebnisse mit

PatientInnen und Angehörigen zu besprechen, wobei diese internen Gespräche als Erleichterung angesehen werden. Weiters können jedoch diese Kurzgespräche auch der Unterhaltung und Auflockerung innerhalb des Arbeitsalltags dienen und somit ebenfalls die Funktion einer Entlastung haben.

Oftmals kann aber auch die Kombination aus Supervision und Intervision hilfreich bei der Bearbeitung von Belastungen sein.

d) Unterstützung im Team

Das Pflegepersonal der Palliativstation unterstützt sich insofern gegenseitig, indem es flexibel agiert. Folgendes Zitat soll diese Aussage näher beschreiben:

E86: „[...] und es is a glaub i bei den Kolleginnen überhaupt ka Problem, waun ma sogt: i kaun do heite neid einegeh, dass des daun eben de Kollegin übernimmt. Des is glaub i ka ka Thema bei uns, dass des geht, geht scho.“

Wenn, aus welchen Gründen auch immer, eine Pflegende sich nicht in Stande fühlt, eine/einen bestimmteN PatientIn zu pflegen, dann scheint es innerhalb des Palliativteams kein Problem zu sein, dass die Tätigkeiten von einer Kollegin übernommen werden. Dies bedeutet, dass das Pflegepersonal intern eine Strategie entwickelt hat, um Belastungen aktiv entgegenzutreten. Eine Unterstützung kann jedoch auch die Einschätzung des Gesundheits- und Gemütszustands der KollegIn sein, indem bestimmte Aufgaben untereinander aufgeteilt oder anders vergeben werden. Dadurch kann die Entstehung von Belastungen im Vorfeld vermieden werden.

e) Verabschiedungsritual

Ein weiteres Ritual, um belastende Situationen und Gespräche bewältigen zu können ist die Verabschiedung eines/einer PatientIn während der Dienstzeit. A drückt dies folgendermaßen aus:

A269: „Oiso i persönlich tua ma leichter, waun a maunchmoi sogoa bei mir stirbt, daun hob i a obgeschlossen damit. Und für mi is des daun a irgendwie erledigt oiso der is verstorbn und so kaun i daun a wieder obschließn.“

Es fällt, dem Zitat zufolge, leichter, wenn der/die PatientIn während der Arbeitszeit verstirbt, denn dadurch können die Beziehung und die Erlebnisse mit dem Verstorbenen nochmals reflektiert und dadurch abgeschlossen werden. Dies inkludiert auch, dass sich die PalliativpflegerInnen bewusst mit dem Sterbeprozess und dem Verabschieden auseinander setzen müssen beziehungsweise ist es auch notwendig, dass dem Pflegepersonal Zeit und die Erlaubnis gegeben wird, sich von ihren PatientInnen zu verabschieden.

Tränen können ebenfalls ein Teil des Verabschiedens und des Sterbeprozesses sein. Aus den Gesprächen geht hervor, dass die bewusste Auseinandersetzung und das Abschied nehmen oftmals mit Tränen einhergeht, welche helfen, den Druck, dass jemand stirbt, besser durchstehen zu können beziehungsweise entsteht durch das Weinen auch eine Erleichterung, wodurch sich die Belastungen vermindern.

8.2.2. Privatheit / Rolle als Privatperson

Ressourcen auf privater Ebene des Pflegepersonals, die aufgegriffen werden, werden an dieser Stelle aufgezeigt, wobei diese den Pflegenden helfen, ihre arbeitsplatzbezogenen Belastungen zu bewältigen.

a) Familiensituation / Zuhause

Die Familie beziehungsweise die eigenen Kinder zeigen sich innerhalb der Bewältigung von arbeitsplatzbezogenen Belastungen als zentrale Elemente. Es wird in diesem Zusammenhang vor allem davon gesprochen, dass das Pflegepersonal nachhause gehen kann und sich entspannen kann, indem über die Arbeit mit seinen Mitmenschen geredet wird. Außerdem hilft es auch, wenn man seinen Familienmitgliedern von seinem Arbeitsalltag erzählt und die andere Person gegenüber sitzt und zuhört.

Familienmitglieder und da vor allem Kinder, helfen den diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern ihre Belastungen auf der Palliativstation zu vergessen und lenken diese von ihren Belastungen ab.

Die Transkripte zeigen weiters, dass es sich auch als hilfreich erweist, sich mit anderwärtigen Tätigkeiten, wie zum Beispiel zusammenräumen im Haushalt direkt nach dem Dienst, zu beschäftigen, um den Arbeitsalltag hinter sich zu lassen.

b) Freundschaften

Zu der Kategorie der kollektiven Ebene werden auch Freundschaften hinzugezählt. Als besonders zentral werden private Treffen mit FreundInnen gesehen, bei denen ein Austausch stattfinden kann.

c) Privater Austausch

Jeglicher sozialer Austausch außerhalb des Dienstortes wird als Bereicherung gesehen, wobei es wichtig ist, dass man bei den privaten Treffen nicht über

Arbeitstätigkeiten oder Krankheiten spricht, sondern thematisch über etwas ganz anderes. C formuliert es folgendermaßen:

C153: „[...] afoch nur amoi plaudern und afoch nix vo da Oawat redn. Nur privat amoi. Und des glaub i braucht ma so amoi pro Wochn, braucht ma des, dass ma hoit irgendwie privat mit wem trifft und über wos gaunz wos aundas redt.“

Es erscheint wichtig, dass man sich zirka einmal in der Woche privat trifft, um auch soziale Kontakte außerhalb des Krankenhauses zu pflegen.

Weiters werden in der Freizeit stattfindende Treffen, wie auswärts essen gehen oder ein Kinobesuch von den Interviewpartnerinnen zur Entlastung genannt.

9. Weitere Ergebnisse / Kurzzusammenfassung

Aufgrund der vorgabebedingten Einschränkungen und auch aufgrund der Fokussierung auf die wahrgenommenen Belastungen der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger, rückten die positiven Elemente, die das palliative Pflegen mit sich bringen in den Hintergrund. Daher werden an dieser Stelle kurz die bedeutsamsten Aspekte dargestellt:

9.1 Positive Aspekte des Palliativpflegens

9.1.1. Zusammenarbeit im multidisziplinären Team

Vor allem in der Arbeit im interdisziplinären Team zeigen sich weitgehend positive Elemente, wie folgende Aufzählung zeigen soll: die Vielschichtigkeit der Disziplinen ansich, der gegenseitige Respekt, das gegenseitige Anerkennen, die gute Zusammenarbeit, das Lernen voneinander, die freie Meinungsäußerung, die freundschaftliche Basis auf der gearbeitet wird und die nicht vorhandene Hierarchie innerhalb des Teams.

9.1.2. Zeitfaktor

Ein weiterer positiver Faktor ist beispielsweise der Zeitfaktor, dies bedeutet, dass Palliativpflegende mehr Zeit für ihre PatientInnen haben als PflegerInnen auf anderen Stationen, welches als sehr angenehm empfunden wird.

9.1.3. Nähe zum/zur PatientIn

Auch die Kenntnis über den Familienstand und die intime Beziehung zum/zur PatientIn wurde in den Interviews angesprochen, welche als positiv gegenüber anderen Stationen gesehen werden.

9.2 Verbesserungsvorschläge

Da im Leitfaden auch nach Verbesserungsvorschlägen bezüglich des Palliative Care Konzeptes beziehungsweise der Palliativpflege hingewiesen wurde, werden hier die Ergebnisse¹⁰, da sie einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben können, knapp dargestellt. Interessanterweise werden bei dieser Frage vor allem Wünsche geäußert:

¹⁰ Anmerkung: nicht alle Interviewpartnerinnen gingen auf diese Frage ein.

9.2.1. Umgestaltung der Palliativstation

Viele Aussagen beziehen sich auf den direkten Arbeitsplatz also auf die Palliativstation, wo Veränderungen vonnöten wären, wobei aus den Interviews hervor geht, dass es laufend Diskussionen innerhalb des Teams darüber gibt. Die Pläne, bestimmte Rahmenbedingungen zu verändern, scheitern meistens an den Finanzierungen und wenn es einmal finanziert wird, dann dauert es sehr lange bis etwas umgesetzt wird. Veränderungen würde sich das diplomierte Pflegepersonal vor allem bei der räumlichen Gestaltung der Palliativzimmer, der Terrasse und des Gangs et cetera wünschen.

9.2.2. Bessere Vernetzung und Integration der Palliativstation

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag wäre es, die Palliativstation nicht als abgegrenzte Station des Krankenhauses zu sehen, sondern als Teil der Institution. In Zusammenhang damit wird auch von einer Ghettoisierung des Palliativdenkens gesprochen, wobei dieser unbedingt entgegenzutreten wäre. Außerdem würde es laut Erzählungen auch helfen, die Belastungen zu reduzieren, um einen höheren Erfolgsfaktor zu erlangen, wenn die Palliativstation mit einer anderen Station, beispielsweise mit der Gynäkologischen Abteilung, kombiniert werden würde.

9.2.3. Höhere Anerkennung des Palliativ-Konzeptes

Ein anderer Wunsch wäre es, dass das Konzept des palliativen Pflegens im Krankenhaus mehr Anerkennung bekommt, das heißt, dass jedeR MitarbeiterIn des Hauses die Leitideen des palliativen Ansatzes kennt und auch nicht infrage stellen sollte. Beziehungsweise sollte auch innerhalb des Palliativteams nach einem gemeinsamen Konzept gearbeitet werden, um die PatientInnen und ihre Angehörigen nicht mit unterschiedlichen Informationen zu verwirren.

9.2.4. Personelle Veränderungen

Die Veränderung des Nachtdienstes, also diesen nicht mehr alleine leisten zu müssen und/oder zumindest die Erlaubnis eine zweite Person, im Besonderen einE SeelsorgerIn oder PsychotherapeutIn bei Überforderung und Unterstützung telefonisch anzufordern, werden als Erleichterungen hinsichtlich der auftretenden Belastungen gesehen. Da das alleinige Arbeiten während des Nachtdienstes als besondere Belastung (siehe Kapitel 7.2.2. *Nachtdienst*) hervortritt, wäre es vor allem hier wichtig, sich ein anderes Modell, welches die Pflegenden entlastet, zu überlegen.

Eine Veränderung auf personeller Ebene gesehen, wäre es, mehr Ehrenamtliche, die auf der Palliativstation tätig sein könnten, zu gewinnen.

10. Abschließende Worte

10.1 Beantwortung der Forschungsfragen

An dieser Stelle wird versucht die theoretischen Abhandlungen mit den Ergebnissen der Leitfadeninterviews zu verbinden, wobei hier die anfangs formulierten Forschungsfragen essentiell sind:

- *Gibt es Belastungen? Wenn ja, wie werden sie von den Befragten selbst definiert?*
- *Wie handeln PflegerInnen einer Palliativstation, um ihre Belastungen am Arbeitsplatz zu bewältigen und demfolgend ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten?*
- *Auf welchen Ebenen lassen sich die Ressourcen zuordnen?*
- *Wo könnte die Gesundheitsförderung ansetzen, um den Gesundheitszustand des diplomierten Pflegepersonals weiterhin zu verbessern?*

Diese Fragen sollen innerhalb dieses Kapitels, soweit die Fülle des Datenmaterials und der gefundenen Literatur es zulässt, beantwortet werden.

Der Autorin war es wichtig zu Beginn der Masterthese einen Überblick über die behandelnde Thematik zu geben. Dabei wurde versucht einen Zusammenhang zwischen der Gesundheit beziehungsweise Krankheit eines Menschen, seinem Arbeitsplatz und seinem (sozialen) Handeln, theoretisch herzustellen, um danach in den einzelnen Kapiteln näher darauf einzugehen. Ebenso war es zentral gleich anfangs das Forschungsvorhaben und die Forschungsfragen anzuführen, um den Aufbau dieser Arbeit verstehen zu können. Um die Forschungsfragen beantworten zu können, war es notwendig einen allgemeinen Überblick über das Palliative Care Konzept und der historischen Entwicklung der Hospizversorgung zu geben. Da die Interviewpartnerinnen alle auf einer Palliativstation beschäftigt sind, wurde auf diese näher eingegangen, um danach die Aufgabenfelder des diplomierten Personals aufzeigen zu können.

- **Gibt es Belastungen? Wenn ja, wie werden sie von den Befragten selbst definiert?**

Im zweiten Kapitel des Theorieteils wurden einige Beispiele von Belastungen, die auf folgenden Ebenen anzufinden sind, genannt:

- *physische Ebene*: dazu zählen Tätigkeiten wie tragen und heben
- *psychische Ebene*: das unmittelbare Gegenübertreten mit PatientInnen, die leiden

- *strukturelle Ebene*: als belastend können die Arbeitsmittel, Dienstpläne oder die Arbeitszeiten sein
- *personelle Ebene*: eine personelle Belastung kann beispielsweise die Beziehung zu KollegInnen sein (Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie 1994: 49).

Diese Einteilung wird insofern nochmals hervorgehoben, da dadurch die entwickelten Kategorien innerhalb der induktiven Kategoriebildung nach Mayring in dieses Raster eingeordnet werden konnten. Die Ergebnisse aus der Datenanalyse zeigen, dass die Pflegenden vor allem mit *psychischen Belastungen* am Arbeitsplatz konfrontiert sind, wobei sich diese auf unterschiedliche Tätigkeiten und Aufgabenbereiche beziehen. Erstens konnten aufgrund der Erzählungen auf der PatientInnenebene einige Aspekte herausgefiltert werden, die die Psyche der Pflegenden belasten. Zweitens wurden auch im Zusammenhang mit der Angehörigenarbeit Elemente gefunden, die psychisch belastend sind. Die direkte Konfrontation einen Menschen leiden und sterben zu sehen, beziehungsweise dieses Ohnmachtsgefühl, nicht mehr helfen zu können, welches auch damit gekoppelt ist, den Tod aushalten zu können, sind weitere Faktoren, die als psychisch belastend auf der Palliativstation wahrgenommen werden. Die Interviewten sprechen auch von einem fehlenden Erfolgserlebnis am Arbeitsplatz, da ihre PatientInnen nie geheilt das Krankenhaus verlassen werden. Außerdem spielt die ständige Präsenz des Todes und die gehäuften Sterbefälle hinsichtlich psychischer Belastungen eine Rolle. Ebenfalls wird auch von Situationen erzählt, wo man als Pflegende an seine Grenzen kommt. Auch die Hinterfragung, weshalb Personen krank werden und das Gefühl nie abschalten zu können, werden als psychisch belastend beschrieben.

Auf der *strukturellen Ebene* werden Elemente genannt, die sich auf die Strukturen des Arbeitslebens, -platzes beziehen, wie der vorhandene Personalmangel. Der Nachtdienst kristallisiert sich schon während der Interviews als zentrales Thema heraus, wobei im Allgemeinen von einem Verlust der Lebensqualität, wie von einer Interviewten beschrieben, die Rede ist. Dieser Unterpunkt ist zwar auf den Strukturen begründet, hat jedoch auf physischer Ebene Auswirkungen. Weiters geht aus den Gesprächen ganz deutlich hervor, dass das alleinige Arbeiten während des Nachtdienstes erstens eine strukturelle Belastung ist, die sich dann zweitens auch auf psychischer Ebene zeigt, wie beispielsweise in Form von Gewissensbisse nicht mehr alle PatientInnen fachgerecht pflegen zu können. Die Wahrnehmung eines monotonen,

automatisierten Arbeitens kann weiter als strukturelle Belastung gesehen werden, da sie mit der Struktur des Arbeitsalltags zutun hat.

Interessanterweise zeigen sich nur wenig *physische* und *personelle Belastungen* auf der Palliativstation und wenn dann nur in Kombination mit psychischen Belastungen. Dies bedeutet auf personeller Ebene, dass vor allem die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams gut funktioniert und auch die Beziehung zu den Vorgesetzten nicht als unangenehm empfunden wird.

Ergänzend sei jedoch darauf hingewiesen, dass die beschriebenen Belastungen nicht unabhängig voneinander gesehen werden können und viele Situationen, Elemente et cetera sich auch wechselseitig beeinflussen, wie beispielsweise das alleinige Arbeiten im Nachtdienst ist auf struktureller Ebene eine Belastung, kann jedoch auch auf allen anderen Ebenen ebenso einen zentralen Stellenwert einnehmen. Vielmehr dienen sie einer Übersicht über die vorhandenen Dimensionen dieser Thematik, wie sie von den Interviewpartnerinnen mitgeteilt wurden.

- Wie handeln PflegerInnen einer Palliativstation, um ihre Belastungen am Arbeitsplatz zu bewältigen und demfolgend ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten?

Neben den Belastungen lag der Schwerpunkt des zweiten theoretischen Themenblocks aber auch auf den Strategien zur Bewältigung dieser. Durch die Vielzahl an etablierten Konzepten zum Coping beziehungsweise Bewältigungsstrategien innerhalb der Fachliteratur verschiedenster Disziplinen, war es nicht einfach, einem Ansatz zu folgen, daher wurden einige kurz beschrieben. Es wurde daher umso mehr im empirischen Teil versucht die entwickelten Strategien des diplomierten Pflegepersonals nach einem soziologisch interessanten Konzept einzuteilen: nach personellen also individuumsbezogenen Strategien und nach kollektiven Strategien, wobei hier dann jeweils noch in Arbeitsplatzbezogen und Privatheit differiert wurde. Das Konzept des (sozialen) Handelns ist hier ebenso essentiell, da das Handeln des Individuums also wie handelt eine Diplomierete um ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten, bei den Bewältigungsstrategien auf der personellen, individuumsbezogenen Ebene zu finden ist. Das soziale Handeln ist demzufolge auf der kollektiven Ebene angesiedelt. Die Bewältigungsstrategien werden in diesem Verständnis als Akte des Handelns gesehen, die einerseits aus der professionellen Rolle direkt am Arbeitsplatz und andererseits aus der privaten Rolle in der vertrauten Umgebung, in seiner Freizeit, der einzelnen Mitarbeiterin, ausgeübt werden.

Belastungen werden nach der Logik Böhles (Böhle 2010: 451, siehe Kapitel 3. *Belastungen am Arbeitsplatz*) als eine Beeinträchtigung und nach den Erzählungen der Interviewpartnerinnen als etwas Negatives gesehen und Bewältigungsstrategien werden deshalb entwickelt, um auf die Belastungen adäquat reagieren zu können. Dies bedeutet, dass der/die Einzelne aktiv handelt, damit es ihm/ihr gesundheitlich besser geht. Demzufolge wird das aktive Handeln gegen die Belastungen als ein Handeln verstanden, welches den Gesundheitszustand eines Menschen positiv beeinflusst.

- **Auf welchen Ebenen lassen sich die Ressourcen zuordnen?**

Auf *individueller Ebene aus der Berufsrolle* gesehen, wurden folgende Punkte analysiert: Reflexion, auf sich selbst achten, eine professionelle Distanz einnehmen, sich abgrenzen, Aufbau einer Schutzmauer, sich auf die Situation und den/die PatientIn einlassen, Situationen zu relativieren, den Tod als Erlösung zu sehen, eine räumliche Distanz einnehmen, Rituale wie Hände waschen nach dem Dienst und Abstumpfen beziehungsweise die Befürchtung des Abstumpfens. Weiters werden auch ein Basislehrgang und Fortbildungen vom Krankenhaus angeboten, die der Entlastung dienen. Ebenso werden auch im direkten Kontakt mit den Angehörigen Strategien genannt, um die Belastungen abzuschwächen beziehungsweise zu verhindern. Ein positiver Einfluss kann auch ein wertschätzender Umgang vonseiten der PatientInnen sein.

Die diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern setzen sich auch *privat* mit ihren Belastungen auseinander und handeln, indem sie sich aktiv mit dem Tod auseinandersetzen, Freizeitaktivitäten wie lesen und sportlichen Aktivitäten nachgehen, Ausgleich in der Natur oder an dienstfreien Tagen finden. Weiters können auch mithilfe der Religion, Erklärungen auf Fragen, die sich im Laufe des Arbeitsalltags auftun, auf *individueller Ebene* gefunden werden.

Die Tatsache, dass es als angenehmer empfunden wird, wenn sich der Dienstort nicht am selben Ort wie der Wohnsitz befindet, kann nicht als Strategie bezeichnet werden. Die Wegstrecke weg von der Arbeit wird eher dazu verwendet, um seine Belastungen hinter sich zu lassen.

Mithilfe der Datenauswertung konnten mehr Strategien, die das Individuum am Arbeitsplatz entwickelt hat und ausübt, gefunden werden. Die *kollektive Ebene* ist jedoch auch nicht außer Acht zu lassen, denn hier sind *auf den Arbeitsplatz bezogen* vor allem die Supervision, die Intervision und die gegenseitige Unterstützung im KollegInnenkreis zu nennen. Weiters werden auch Verabschiedungsrituale genannt,

die zwar teilweise als belastend empfunden werden, die jedoch gemeinsam mit den Angehörigen eine positive Wirkung haben können. Ein Vorschlag, wie beispielsweise die Bewältigung von Trauer einfacher sein könnte, wäre die tiergestützte Therapie, die schon auf der Palliativstation angeregt wurde.

Die sozialen Netzwerke wie FreundInnen, Familie und private Treffen, das Reden über *nicht arbeitsplatzbezogene Themen* kann als soziales Handeln gesehen werden, welches auch von den Interviewten ausgeübt wird, um ihre Belastungen besser bewältigen zu können und somit ihre Gesundheit aufrechterhalten wird.

10.2 Anknüpfungspunkte / Verbesserungsvorschläge

- **Wo könnte die Gesundheitsförderung ansetzen, um den Gesundheitszustand des diplomierten Pflegepersonals weiterhin zu verbessern?**

Da sich diese Masterthese jedoch ausschließlich auf Belastungen fokussiert hat, erscheint es doch auch in Hinblick einer Gesundheitsförderung essentiell zu sein sich die positiven Elemente innerhalb der palliativen Tätigkeiten anzusehen (siehe Kapitel *9.1 Positive Aspekte des Palliativpflegens*).

Die Konzepte der Krankheitsprävention beziehungsweise der Gesundheitsförderung wurden im vierten Kapitel des theoretischen Teils ausführlich näher gebracht und besonders wichtig ist das Kapitel *4.2.3. Gesundheitsförderndes Krankenhaus* mit dem Unterkapitel *Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen im Krankenhaus*. Veränderungsvorschläge für die untersuchte Palliativstation können an dieser Stelle nur insofern gemacht werden, in dem

- der Ist-Stand der wahrgenommenen Belastungen laut Interviews (siehe *7. Belastungen auf einer Palliativstation*)
- die positiven Aspekte des Palliativpflegens (siehe *9.1 Positive Aspekte des Palliativpflegens*)
- die Verbesserungsvorschläge der Gesprächspartnerinnen (siehe *9.2 Verbesserungsvorschläge*)
- die entwickelten Bewältigungsstrategien (siehe *8. Umgang mit Belastungen / Bewältigungsstrategien*) und die
- Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen mit Fokus auf die MitarbeiterInnen (siehe *4.2.3. Gesundheitsförderndes Krankenhaus*)

nochmals einzeln näher betrachtet werden und für Veränderungsvorschläge gemeinsam in folgender Tabelle beleuchtet werden.

Ausgehend von den 6 Kernstrategien wird versucht alle oben genannten Punkte mit einzubeziehen, zu kombinieren, um folgende Punkte für die untersuchte Palliativstation für MitarbeiterInnen und Vorgesetzten anzuregen:

Kernstrategien	Vorschläge
MIT-1: (Selbst)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Arbeitslebens in der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> - Forcierung der bereits entwickelten Bewältigungsstrategien auf individueller und kollektiver Ebene, vor allem Möglichkeiten geben zur Regenerierung in Form von dienstfreien Tagen, möglichst hintereinander - ausreichend Erholungsphasen während der Arbeitszeit einbauen - eine bessere Work-Life-Balance ermöglichen, das heißt Dienstpläne so gestalten, dass nicht an jedem Wochenende gearbeitet werden muss, da Pflegende beispielsweise Kinder hat - versuchen auf individuelle Wünsche wie Geburtstag des Kindes bei Dienstplanerstellung eingehen
MIT-2: Mitgestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> - weitere Förderung der Zusammenarbeit innerhalb des interdisziplinären Teams - MitarbeiterInnen motivieren aktiv an Supervisionseinheiten teilzunehmen - Möglichkeit zur Einzelsupervision anbieten - Möglichkeiten zur aktiven Verabschiedung eines/einer PatientIn geben - Verabschiedungsrituale weiterhin fördern, zeitliche und räumliche Gegebenheiten schaffen - MitarbeiterInnen ermutigen eine Arbeitsgruppe zu bilden, die die restlichen Stationen des Krankenhauses über Palliative Care Konzepte aufklärt zum Beispiel in Form eines workshops - Etablierung einer Arbeitsgruppe um die Interessen und Wünsche des Palliativteams zu repräsentieren - Forcierung einer Arbeitsgruppe, um sich zum Beispiel für den Nachtdienst ein Alternativmodell zu überlegen, welches der Pflegedirektion vorgelegt werden kann - Arbeitsgruppe könnte einen Plan erstellen, wo die Arbeitsabläufe bestimmt werden, die als weniger belastend empfunden werden würden - Motivierung zur aktiven Teilnahme um Palliativstation räumlich „attraktiver“ zu machen mit möglichst günstigen Mitteln - MitarbeiterInnen Möglichkeit geben sich kreativ in Arbeitsprozesse einzubinden zum Beispiel Mitgestaltung des Ganges, des Stützpunktes et cetera - Aufmunterung zur aktiven Teilnahme an zum Beispiel Stressmanagementtrainings - Förderung der Arbeitsgruppe, um sich innerhalb des Krankenhauses und außerhalb mit anderen Palliativstationen zu vernetzen

	<ul style="list-style-type: none"> - Treffen organisieren und hier vor allem die Intervision forcieren, das heißt sich auch mit anderen Teams von Palliativstationen monatlich/halbjährlich - treffen, um sich über seine psychischen Belastungen austauschen zu können und eventuell sich auch gegenseitig Ratschläge anhören zu können - eine (inter)nationale Vernetzung anstreben und demzufolge sich bei Plattformen, Veranstaltungen und Konferenzen als MitarbeiterIn der Palliativstation vorstellen und sich Fachvorträge anhören
<p>MIT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für MitarbeiterInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personalmangel, der erwähnt wurde, versuchen zu beheben - Dienste besser regeln das heißt Nacht- und dann sofort Tagdienste vermeiden - Nachtdienst: unbedingt ein anderes Arbeitsmodell erarbeiten, Palliativteam mitreden lassen und Vor- und Nachteile durchgehen; möglicher Vorschlag: zwei MitarbeiterInnen beginnen den Nachtdienst, wobei eine bis 21h Dienst hat und danach auf Bereitschaft ist (im Krankenhaus schlafen kann) und ab 5h wieder zu arbeiten beginnt beziehungsweise gibt es hier schon einige Studien mit Modellen dazu - monotone Arbeiten vermeiden das heißt versuchen den Arbeitsalltag möglichst abwechslungsreich zu gestalten zum Beispiel nicht „nur“ Waschungen durchzuführen - unbedingt genügend Zeit für PatientInnen und Angehörige einplanen, um weiterhin den positiv wahrgenommen Zeitfaktor und der enge Kontakt zu den Betroffenen aufrechtzuerhalten - Räume zum Rückzug und zur Erholung, eventuell auch zur Verabschiedung zur Verfügung zu stellen - mehr elektrische Betten zur Verfügung stellen - Aktivitäten, die nichts mit dem Krankenhaus oder dem Beruf zu tun haben wie singen anbieten
<p>MIT-4: Empowerment für das Selbstmanagement von (Berufs-)Krankheiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fachliteratur für die MitarbeiterInnen der Palliativstation ankaufen, die am Arbeitsplatz zur Verfügung steht und es ermöglichen, dass sie diese bei Bedarf mit nachhause nehmen dürfen - weitere Fortbildungen offerieren - Teilnahme an Kursen, Seminaren gratis oder teilweise finanziert fördern - interne Kurzvorträge im Team anbieten zum Beispiel: PsychotherapeutIn gibt Überblick über bestimmte Verhaltensmuster der Angehörigen, leistet Aufklärungsarbeit in Zusammenhang mit psychotherapeutisch relevanten Thematiken → gegenseitiges Lernen - Förderung und Ermutigung zur Teilnahme an Supervisionen, Interventionen - Themenschwerpunkte wie Stressbewältigung oder „der Monat Mai steht im Zeichen einer gesunden Ernährung am Arbeitsplatz“ oder „wir hören gemeinsam auf zu rauchen“ für eine bessere Bewusstmachung setzen

MIT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - MitarbeiterInnen weiterhin dazu ermutigen, in ihrer Freizeit Sport zu betreiben, ihre dienstfreien Tage ihrer Erholung widmen - Bewegungsgruppen zum Beispiel „Nordic walken“ jeden Mittwoch um 19 Uhr nach Dienstschluss anbieten - DiätologIn des Krankenhauses könnte Ratschläge hinsichtlich gesunder Ernährung auch für zuhause geben - RaucherInnenzonen (abgeschlossen) anbieten - Automaten aufstellen, wo gesunde Lebensmittel zu kaufen sind - frisch gepresste Säfte in der Kantine anbieten - fast food der Kantine, Küche nährstoffreicher machen zum Beispiel Vollkornweckerl mit Gemüse
MIT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für MitarbeiterInnen	<ul style="list-style-type: none"> - einen gesunden Lebensstil auch nach außen, in die Öffentlichkeit tragen - Förderung der Teilnahme an Vorträgen, Kampagnen im Bezirk - Tag der offenen Tür nutzen um Aufklärungsarbeit intern und für die Mitmenschen außerhalb des Krankenhauses zu leisten - Palliativstationen und palliative Versorgung auf Messen vorstellen, um mehr Ehrenamtliche zu gewinnen - Vergünstigungen in umliegenden Fitnesszentren, Sportkursen anbieten - Kooperationen mit Fitnesszentren eingehen, um ein maßgeschneidertes an Dienstzeiten und Arbeitstätigkeiten, Trainingskonzept der MitarbeiterInnen entwickeln zu können - bessere Anpassung der Zeitpläne der öffentlichen Verkehrsmitteln mit den Dienstzeiten, um Anreise zum Dienstort dadurch zu ermöglichen - MitarbeiterInnen auffordern Fahrgemeinschaften zu gründen

Abbildung 6: Verbesserungsvorschläge - Gesundheitsförderung

10.3 Hypothesengenerierung

An dieser Stelle können aufgrund der Fülle an Ergebnissen einige Hypothesen formuliert werden, die der induktiven Vorgehensweise der gewählten qualitativen Methode entsprechen. Angemerkt sei jedoch, dass hier keinesfalls Aussagen über ihre Vollständigkeit getroffen werden können, sondern sie als Anknüpfungspunkt für weitere beispielsweise quantitative Studien dienen könnten.

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik des Pflegeberufs und ihren erlebten Belastungen fällt auf, dass vor allem auf psychischer Ebene Handlungsbedarf besteht und dies damit zusammenhängen könnte, dass die Beschäftigung mit schwerkranken, terminalen PatientInnen, dem Tod und dem Sterben viele Gedanken bei den Betroffenen auslösen, die stark mit Emotionen verbunden sind. Rein hypothetisch

gesehen könnten die Belastungen sich mit dem Tod zu beschäftigen deshalb intensiver sein, da er gesellschaftlich gesehen als etwas Negatives gesehen wird, welcher zu vermeiden gilt. Außerdem wird er noch als Tabu gesehen, worüber man ungern (öffentlich) spricht. Da der Fokus dieser Masterthese jedoch auf der Gesundheitsförderung im Krankenhaus liegt, wird der Blick der aufgestellten Hypothesen eher in diese Richtung gesetzt.

- Werden die belastenden arbeitsplatzbezogenen Faktoren den MitarbeiterInnen der Palliativstation angepasst optimiert, dann können auch die Belastungen reduziert werden.
- Werden die MitarbeiterInnen der Palliativstation in ihrem Handeln (empowerment, Aktivierung zur Mithilfe) als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, -pfleger vom Krankenhaus unterstützt, dann steigert sich deren gesundheitliches Wohlbefinden.
- Wird das allgemeine Wissen über Palliativpflege auf das gesamte Fachpersonal ausgeweitet, dann wird das Verständnis des Palliative Care-Ansatzes erhöht werden.

In anderen Worten kann gesagt werden, dass aus den Daten hervorgeht, dass die MitarbeiterInnen der Palliativstation vor allem auf psychischer Ebene Belastungen verspüren, jede für sich jedoch schon Strategien, wie die Autorin sie zusammenfassend nennt, entwickelt hat, um damit umzugehen. Daher scheint es sinnvoll vor allem die diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger in ihrer professionellen Rolle als PflegendeR zu unterstützen (siehe *10.2 Anknüpfungspunkte / Verbesserungsvorschläge*) und dass die zuständigen Personen hier versuchen, die Belastungsfaktoren zu reduzieren, die MitarbeiterInnen aktivieren dabei mitzuhelfen und auch die KollegInnen aus anderen Fachbereichen teilnehmen zu lassen, was Palliativpflege bedeutet, um das Verständnis dafür zu erlangen und die Notwendigkeit zu verdeutlichen.

11. Reflexion

Diese wenigen Zeilen dienen einem kritischen Rückblick hinsichtlich der Masterthese und sollen nicht als vollständig betrachtet werden. Es werden an dieser Stelle stichwortartig Anmerkungen notiert, die während der Literaturrecherche beziehungsweise des Forschungsprozesses, als Fragen aufgetaucht sind:

- Es wurde in den Interviews zwar explizit gefragt, ob es Belastungen auf der Station gibt, aber es wurde nicht nach der Intensität dieser gefragt
- Bei einer Nachfolgestudie könnte man die Belastungen nach ihrer Intensität abfragen und in der Auswertung genau angepasst die jeweiligen Bewältigungsstrategien auflisten
- Prinzipiell kann der Terminus Bewältigungsstrategie hinterfragt werden, da sich schon zahlreiche Disziplinen damit auseinandergesetzt haben und unklar ist was genau darunter verstanden wird
- Es ist auch zu hinterfragen, ob alle ausgewerteten Bewältigungsstrategien, wirklich als Strategien zu bezeichnen sind
- Es gilt auch sich zu fragen, ob eine Bewältigungsstrategie hinsichtlich ihrer Belastungen immer ein Handeln ist, um seine Gesundheit aufrechtzuerhalten
- Es sollte auch kritisch gesehen werden, ob immer alle Belastungen auf den Arbeitsplatz zurückzuführen sind oder ob hier Einflüsse von anderen Situationen et cetera da sind
- Kritisch anzumerken ist auch, ob man tatsächlich die professionelle Rolle und die private Rolle einer/eines Pflegenden so scharf trennen kann oder ob vielfach eine Vermischung beider stattfindet
- Leider war es nur möglich sieben Leitfadeninterviews durchzuführen, da eine Vorselektion stattgefunden hat
- Die Benennung der einzelnen Unterkategorien erwies sich als schwierig. Da einige Aussagen der Interviewten das ausdrückten was sie zu vermitteln schienen, wurde an manchen Stellen mit in-vivo-Codes zum Beispiel Abstumpfen gearbeitet
- Eventuell könnte man sich noch intensiver mit der Thematik Handeln, Verhalten und Gesundheit innerhalb soziologischer Fachliteratur beschäftigen, um noch mehr Aussagen machen zu können

12. Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas; Laser, Ina; Walter, Ulla (Hrsg), 1997: Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Arbeitsgruppe Soziologie, 2004: Denkweisen und Grundbegriffe der Soziologie. Eine Einführung. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Atteslander, Peter, 2008: Methoden der empirischen Sozialforschung. 12., durchgesehene Auflage, Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.
- Baumann, Martina; Bünemann, Dorothea, 2009: Musiktherapie in Hospizarbeit und Palliative Care. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Berker, Peter; Buer, Ferdinand (Hg.), 1998: Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum Verlag GmbH.
- Bernatzky, Günther; Sittl, Reinhard; Likar, Rudolf (Hrsg.), 2006: Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. 2. Auflage, Wien: Springer-Verlag.
- Blaxter, Mildred, 1990: Health and Lifestyles. London: Routledge.
- Böhle, Fritz, 2010: Arbeit und Belastung. In: Böhle, Fritz; Voß, Günter G.; Wachtler, Günther (Hrsg.), Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 451-481.
- Böhle, Fritz; Voß, Günter G.; Wachtler, Günther (Hrsg.), 2010: Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hrsg.), 2003: Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske & Budrich.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola, 1995: Forschungsmethoden und Evaluation. 2. Auflage, Berlin: Springer Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008: Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien: Kopierstelle des BMGFJ.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage, Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Burnard, Philip; Edwards, Deborah; Bennett, Kim; Thaibah, Hih; Tothova, Valerie; Baldacchino, Donia; Bara, Petrit; Myteveli, Jetona, 2008: A comparative,

- longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 2008, 28, 2, 134-145.
- Cartwright, Sue; Cooper, Cary L., 1996: Coping in Occupational Settings. In: Zeidner, Moshe; Endler, Norman S., *Handbook of coping: theory, research, application*. Canada: John Wiley & Sons Inc, 202-221.
- Cashavelly, Barbara J.; Donelan, Karen; Binda, Kathryn; Mailhot, Johanna R.; Clair-Hayes, Katherine; Maramaldi, Peter, 2008: The forgotten team member: meeting the needs of oncology support staff. *Oncologist*, 13, 5, 530-538.
- Cooper, Jan; Barnett, Mandy, 2005: Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nurses* 2005, 11, 8, 423-430.
- Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen (Hg.), 2000: *Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen, 2000: Einleitung. In: Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen (Hg.), *Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz*. Wien: Facultas Universitätsverlag, 14-18.
- Dietscher, Christina, 2008: Zur Evidenz für Gesundheitsförderung in Gesundheitsreinrichtungen. In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich*. Wien: Kopierstelle des BMGFJ, 45-52.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007: *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Fässler-Weibel, Peter, 2001: *Nahe sein in schwerer Zeit. Zur Begleitung von Angehörigen Sterbender*. Freiburg: Paulusverlag.
- Fengler, Jörg, 1998a: *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, München: J. Pfeiffer Verlag.
- Fengler, Jörg, 1998b: *Supervision und Evaluation. Kosten, Nutzen, Preis und Leistung und die methodischen Fragen, die sich daraus ergeben*. In: Berker, Peter; Buer, Ferdinand (Hg.), *Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse*. Münster: Votum Verlag GmbH, 69-88.

- Fengler, Jörg, 2008: Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 7. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Flick, Uwe; Von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.), 2000: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Friczewski, Franz, 1997: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Ursprünge, bisherige Erfahrungen, Perspektiven. In: Altgeld, Thomas; Laser, Ina; Walter, Ulla; (Hrsg), Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Weinheim, München: Juventa Verlag, 103-120.
- Friedrichs, Jürgen, 1973: Teilnehmende Beobachtung abweichenden Verhaltens. Stuttgart: Enke Verlag.
- Haug, Christoph, 1991: Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- Heimerl, Katharina, 2008: Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Heller, Andreas; Pleschberger, Susanne, 2006: Zur Geschichte der Hospizbewegung. In: Bernatzky, Günther; Sittl, Reinhard; Likar, Rudolf (Hrsg.), Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin, 2. Auflage, Wien: Springer Verlag, 10-16.
- Hinterwallner, Heidemarie, 2010: (Un)Erwünschte Wirkungen von Supervision in der sozialen Arbeit. Diplomarbeit. Wien: Fachhochschule Campus Wien.
- Hurrelmann, Klaus, 2010: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Huseboe, Stein; Klaschik, Eberhard, 2003: Palliativmedizin. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. 3. aktualisierte Auflage, Wien: Springer-Verlag.
- Johnson, Gillian R., 1994: The phenomenon of death: a study of diploma in higher education nursing students' reality. *Journal of Advanced Nurses*, 1994, 19, 6, 1151-1161.
- Kaluza, Gert, 2011: Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

- Kiger, Alice M., 1994: Student nurses' involvement with death: the image and the experience. *Journal of Advanced Nurses*, 1994, 20, 4, 679-686.
- Klaschik, Eberhard, 2003: Palliativmedizin. In: Huseboe, Stein; Klaschik, Eberhard, Palliativmedizin. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik, 3. aktualisierte Auflage, Wien: Springer-Verlag, 1-34.
- Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hrsg.), 2005: Thanatsoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold, 2005: Thanatsoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. In: Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hrsg.), Thanatsoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot, 11-30.
- Korte, Hermann; Schäfers, Bernhard (Hrsg.), 2008: Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. 7., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kristenson, Margareta; Eriksen, Helge; Sluiter, Judith; Starke, Dorith; Ursin, Holger, 2004: Psychobiological Mechanisms of Socioeconomic Differences in Health. *Social Science & Medicine*, 2004, Vol. 58, 1511-1522.
- Kunz-Ebrecht, Sabine; Kirschbaum, Clemens; Steptoe, Andrew, 2004: Work Stress, Socioeconomic Status and Neuroendocrine Activation over the Working Day. *Social Science & Medicine*, 2004, Vol. 58, 1523-1530.
- Marotzki, Winfried, 2003: Leitfadeninterview. In: Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske & Budrich, 114.
- Mathe, Thomas, 2005: Medizinische Soziologie und Sozialmedizin. 2. vollständig überarbeitete Auflage, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Meggeneder, Oskar, 2000: Betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und Berichte aus der Praxis. In: Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen (Hg.), Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz. Wien: Facultas Universitätsverlag, 41-52.
- Meinefeld, Werner, 2000: Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, Uwe; Von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 265-275.

- Milz, Helmut; Vang, Johannes, 1988: Consultation on the Role of Health Promoting Hospitals. In: Health Promotion International, 1988, Vol. 3, Number 4, 425-427.
- Nagele, Susanne; Feichtner, Angelika, 2009: Lehrbuch der Palliativpflege, 2., überarbeitete Auflage, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser/ Ludwig-Boltzmann-Institut (o.J.): Konzept und Praxis des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. Unveröffentlichte Broschüre.
- Nowak, Peter; Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen; Krajic, Karl, 1997: Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Ergebnisse und Umsetzungserfahrungen am Beispiel eines österreichischen Modellprojekts. Wien: BMAGS.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2003: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 (ÖKAP/GGP2003). Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Pelikan, Jürgen; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus, 1993: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Pelikan, Jürgen; Garcia-Barbero, Mila; Lobnig, Hubert; Krajic, Karl, 1998: Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Werbach-Gamburg: Health Promotion Publications.
- Pelikan, Jürgen; Wolff, Stephan, 1999: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa.
- Pelikan, Jürgen; Halbmayr, Ernst, 1999: Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, Jürgen; Wolff, Stephan (Hrsg.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa, 13-36.
- Pelikan, Jürgen; Dietscher, Christina; Krajic, Karl, 2008: Einleitung. In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.), Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich, 14-16.

- Peterson, Jennifer; Johnson, Malynnda; Halvorsen, Bonnie; Apmann, Lisa; Chang, Pi-Ching; Kershek, Stephanie; Scherr, Courtney; Ogi, Matthew; Pincon, Deborah, 2010: Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 2010, 16, 9, 432-438.
- Petzold, Hilarion G.; Schigl, Brigitte; Fischer, Martin; Höfner, Claudia, 2003: Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Opladen: Leske & Budrich.
- Pleschberger, Susanne, 2002: Konzeptionelle Grundlagen und internationale Entwicklung – Palliative Care unter besonderer Berücksichtigung der Pflege. In: Metz, Christian; Wild, Monika; Heller, Andreas, 2002: Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliativer Betreuung. Freiburg: Lambertus Verlag, 14-35.
- Pleschberger, Susanne; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (Hg.), 2005: Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht, 2., aktualisierte Auflage, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Reschke, Konrad, 1990: Gestaltung gesundheitsrelevanter Informationen. In: Schwarzer, Ralf (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 461-474.
- Sacker, Amanda; Cable, Noriko, 2006: Do Adolescent Leisure-time Physical Activities Foster Health and Well-being in Adulthood? Evidence from two British Birth Cohorts. *European Journal of Public Health*, 2006, Vol. 16, 331-335.
- Saunders, Cicely, 1993: Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatmedizin und einsames Sterben vermeiden können. Freiburg: Herder Verlag.
- Schäfers, Bernhard, 2008: Soziales Handeln und seine Grundlagen: Normen, Werte, Sinn. In: Korte, Hermann; Schäfers, Bernhard (Hrsg.), *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie*. 7., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 23-44.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm, 1998: *Das Public Health Buch*. München: Urban & Fischer.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla, 1998: Prävention. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.), *Das Public Health Buch*. München: Urban & Fischer, 51-170.
- Schwarzer, Ralf, 1990: *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Schwarzer, Ralf, 1992: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Schwarzer, Ralf, 1996: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, Johannes, 1995: Medizinische Soziologie. 5., neu bearbeitete Auflage, München: Urban & Schwarzenberg.
- Siegrist, Johannes, 2005: Medizinische Soziologie. 6. Auflage, München: Elsevier GmbH.
- Steinbach, Herlinde, 2011: Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 3., aktualisierte Auflage, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Steinert, Erika; Thiele, Gisela, 2000: Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Einführung in die qualitativen und quantitativen Methoden. Köln: Fortis-Verlag.
- Von Uexküll, Thure; Adler, Rolf H.; Herrmann, Jörg Michael; Köhle, Karl; Schonecke, Othmar; Wesiack, Wolfgang (Hrsg.), 1996: Psychosomatische Medizin. 5. Auflage, München: Urban & Schwarzenberg.
- Waller, Heiko, 2006: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Waller, Heiko, 2007: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, Max, 1956: Wirtschaft und Gesellschaft. 4. Auflage, 2. Halbband, Tübingen: Mohr.
- Weber, Max, 1976: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der Verstehenden Soziologie. 5., revidierte Auflage, mit Textkritischen Erläuterungen, 1. Halbband, Tübingen: Mohr.
- Weissenberger-Leduc, Monique, 2002: Handbuch der Palliativpflege. 3., vollständig überarbeitete Auflage, Wien: Springer-Verlag.
- Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hrsg.), 2006: Soziologie der Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wolf, Christof; Wendt, Claus, 2006: Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-33.
- Wolff, Stephan, 1999: Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation. In: Pelikan, Jürgen; Wolff, Stephan (Hrsg.), Das

gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa, 51-66.

World Health Organization – Regional Office for Europe, 1991: The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Copenhagen: World Health Organization.

Zeidner, Moshe; Endler, Norman S. 1996: Handbook of coping: theory, research, application. Canada: John Wiley & Sons Inc.

Zhong-Xiang, Cai; Kun, Li; Xun-Cheng, Zhang, 2008: Workplace Stressors and Coping Strategies Among Chinese Psychiatric Nurses. Perspectives in Psychiatric Care, 2008, 44, 4, 223-231.

Internetquellen

Badura, Bernhard, 2008: Auf dem Weg zu guten, gesunden Schulen. Was Schulen von Unternehmen lernen können. In: Brägger, Gerold; Israel, Georg; Posse, Norbert, Bildung und Gesundheit. Argumente für gute und gesunde Schulen. Bern: h.e.p-Verlag. <http://www.iqesonline.net/download.cfm?id=d95b3ee4-e0c6-b4e6-2de7-1a49e1424d19>, 25.08.2011.

Deutsche Gesellschaft für Supervision: Supervision. Ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit: <http://www.dgsv.de/pdf/Grundl.pdf>, 02.02.2010.

Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/broschueren-folder/betriebliche-gesundheitsforderung-in-osterreich-beispiele-guter-praxis-2011/2011-06-09.9983610941>, 27.06.2011.

Höfler, Anne Elisabeth, 2001: Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Kursbuch Palliative Care, 2001, Heft 2, Wien. http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf, 30.08.2011.

Leitbild. Grundsätze der Hospizarbeit. <http://www.hospiz.at/>, 08.12.2010.

Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 1994: Strategien zur Verbesserung der Lebensqualität am Arbeitsplatz Krankenhaus. Gesundheitsprobleme und Ansätze von Krankheitsprävention,

- Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Krankenhaus. Ein Literaturbericht. http://bihpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF10_0990.pdf, 19.08.2011.
- Mayring, Philipp, 2008: Qualitative Inhaltsanalyse:
www.ssoar.info/ssoar/files/2008/91/qualitative%20inhaltsanalyse.pdf, 15.04.2010.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2004: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf, 30.08.2011.
- Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF):
http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64778&p_tabid=4, 24.08.2011.
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG): <http://www.ongkg.at/konzept-und-ziele/ziele.html>, 19.08.2011.
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG): <http://www.ongkg.at/konzept-und-ziele/warum-gesundheitsfoerderung.html>, 19.08.2011.
- Österreichische Vereinigung für Supervision: <http://www.oevs.or.at/>, 12.06.2009.
- Pelttari-Stachl, Leena; Zottele, Peter; Pissarek, Anna, 2009: Datenerhebung 2009. HOSPIZ Österreich. Wien.
http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf, 30.08.2011.
- Sokoll, Ina; Kramer, Ina; Bödeker, Wolfgang, 2008: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Essen: BKK Bundesverband, iga.report 13. http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_13.pdf, 03.07.2008.
- The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP):
http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf, 20.08.2011.

- Wirtschaftskammer Österreich (WKO):
<http://wko.at/sp/bgf/bgf.htm#Was%20ist%20BGF?>, 20.08.2011.
- Wirtschaftskammer Österreich (WKO):
<http://wko.at/sp/bgf/bgf.htm#Wer%20profitiert%20von%20BGF?>, 20.08.2011.
- World Health Organization (WHO): <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>,
08.12.2010.
- World Health Organization Europe: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis/health-effects-of-the-environment>, 25.08.2011.

13. Anhang

13.1 Kurzzusammenfassung

Da wir eine beachtliche Zeit unseres Lebens am Arbeitsplatz verbringen, erscheint es umso wichtiger, dass dieser mit all seinen Aufgaben weitgehend als angenehm empfunden wird und nicht von dauerhaften stressigen Situationen geprägt ist, denn Stress kann Auswirkungen auf unseren Gesundheits-, beziehungsweise Krankheitszustand haben.

Die Tatsache, dass Pflegende häufig Belastungen ausgesetzt sind, wurde schon mehrfach in Studien bestätigt. Die Pflege schwerkranker Menschen erscheint, da der Tod gesellschaftlich noch weitgehend als etwas Negatives und als ein Tabuthema gesehen wird, umso schwieriger zu sein, da die PflegerInnen hier fast täglich mit Sterbeprozessen, Verabschiedungen und Trauer konfrontiert sind.

Die Masterthese konzentriert sich mithilfe von leitfadengestützten Interviews auf diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger, die auf einer Palliativstation tätig sind und ihren wahrgenommenen Belastungen am Arbeitsplatz. Weiters wurde auch nach den Bewältigungsstrategien, die jedeR im Laufe seiner/ihrer Dienstzeit entwickelt hat um die Belastungen zu verarbeiten, gefragt. Mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse und anschließender induktiven Kategorienbildung werden besonders auf psychischer Ebene, weiters auf struktureller, physischer und personeller Ebene Belastungen wahrgenommen. Der Umgang mit den Belastungen kann einerseits auf individueller, persönlicher Ebene, andererseits jedoch auch auf kollektiver Ebene zugeteilt werden, wobei jeweils eine Zuordnung in Arbeitsplatz – Berufsrolle und in Privatheit / Rolle als Privatperson erfolgt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit dienen vor allem dazu um aufzuzeigen, dass Belastungen auf der Palliativstation vorhanden sind, die Betroffenen jedoch schon Handlungskonzepte entwickelt haben, um diese zu reduzieren. Die dahinter stehenden Annahmen sind, dass die Pflegenden selbst versuchen und handeln, ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten beziehungsweise auch vom Arbeitsplatz eine gesundheitsfördernde Unterstützung bekommen und dass das Pflegepersonal, welches nicht auf seine Gesundheit achtet, auch nicht den PalliativpatientInnen und ihren Angehörigen adäquat helfen kann.

Demfolgend im Sinne einer Gesundheitsförderung der MitarbeiterInnen eines sozialen Settings wie das Krankenhaus, in der die Palliativstation integriert ist, werden der Ist-Stand der wahrgenommenen Belastungen, die positiven Aspekte des Palliativpflegens,

die Verbesserungsvorschläge der Gesprächspartnerinnen, die eigens entwickelten Bewältigungsstrategien der MitarbeiterInnen und die Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen im letzten Kapitel der Thesis zusammengeführt und Anknüpfungspunkte beziehungsweise Verbesserungsvorschläge, die den Gesundheitszustand der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern, -pfleger und ihr Handeln verbinden, gegeben.

13.2 Leitfaden

Einstiegsfrage:

Vielleicht könntest du/könnten Sie einmal zu erzählen beginnen, seit du/Sie dich/sich entschieden hast/haben Gesundheits- und Krankenschwester, -pfleger zu werden und wie die Zeit beruflich so verlaufen ist bis heute!

Falls von der Befragten nicht schon angesprochen, werden diese Fragen folgen:

- Wie kam es dazu, dass du/Sie auf einer Palliativstation arbeitest/arbeiten?
- Welche Arbeiten sind auf einer Palliativstation zu erledigen?
- Bitte erzähle mir/erzählen Sie mir mehr über die Arbeit im multidisziplinären Team!
- Gibt es Belastungen auf einer Palliativstation? Wenn ja, welche sind es und bitte beschreibe/beschreiben Sie diese näher!
- Wie werden die Belastungen bewältigt?
- Was tust du/tun Sie um deine/Ihre Belastungen zu bewältigen?
- Gibt es irgendwelche Strategien, die du anwendest, um die Belastungen zu bewältigen?
- Wie gehst du/gehen Sie mit Trauer um?
- Bitte erzähle mir/erzählen Sie mir mehr über die Arbeit mit den Angehörigen!
- Wird man in der Ausbildung auf Tod und das Sterben vorbereitet?
- Evtl. zukünftige Ideen, wie sich Palliative Care/Palliativpflege weiterentwickelt/entwickeln sollte

Lebenslauf

BAKK. PHIL. HEIDEMARIE HINTERWALLNER, MA

geboren am 13.01.1986

Email: Heidemarie.Hinterwallner@gmail.com

BILDUNGSGANG

2008 – 2011	Masterstudium Soziologie, Universität Wien
Jänner – Juli 2011	Auslandssemester auf Malta, University of Malta
2008 – 2010	Masterstudium für Klinische Sozialarbeit, Fachhochschule Campus Wien
2005 – 2008	Bakkalaureatsstudium Soziologie, Universität Wien
2000 – 2005	Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe (HLW) St. Pölten
1996 – 2000	Hauptschule Hainfeld
1992 – 1996	Volksschule Hainfeld

BERUFLICHE ERFAHRUNGEN

2008 – bis dato	Projektmitarbeiterin, wissenschaftliche Mitarbeit, Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
August – Oktober 2007	Projektmitwirkung: Evaluierung der Implacementstiftung Pflegeberufe, Institut für Höhere Studien (IHS), 1060 Wien
2006 – 2008	geringfügig angestellt, Sozialwissenschaftlichen Studiengesellschaft (SWS), 1090 Wien

VOLONTARIATE

September 2011	Praktikum: Wiener Hilfswerk, Tageszentrum für SeniorInnen, 1180 Wien
August 2011	Praktikum: Caritas Wien, Geriatrisches Tagespflegezentrum im Haus St. Barbara, 1230 Wien
Sommer 2010	Praktikum: Palliativstation
Sommer 2009	Praktikum: Psychosozialer Dienst, St. Pölten
Juli – August 2007	Praktikum: Donau-Universität im Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Krems

SPRACHKENNTNISSE

Deutsch – Muttersprache
 Sehr gute Englischkenntnisse in Wort und Schrift
 Französisch und Italienisch - Basiskenntnisse