



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Würdevolles Sterben im Krankenhaus

Eine Fallvignettenstudie zu Möglichkeiten und Herausforderungen aus
Sicht der Pflege

verfasst von / submitted by

Rheinfrank Iris, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Berta Schrems, Priv. Doz.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Masterarbeit unterstützt haben.

Zuerst möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Berta Schrems bedanken. Ich bedanke mich herzlichst für die konstruktive, fachliche und wertschätzende Unterstützung im gesamten Prozess der Erstellung dieser Arbeit.

Ein großer Dank gebührt den freiwilligen Pflegepersonen, die sich die Zeit genommen haben die Gruppendiskussionen mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen zu bereichern. Ohne ihr Engagement wäre die Arbeit nicht möglich gewesen.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern, die mich in jeder Phase des Studiums unterstützt und immer an mich geglaubt haben. Außerdem bedanke ich mich bei meinen Brüdern und allen meinen Freundinnen und Freunden, die mich auf dem Weg durch das Studium begleitet haben, mich motivierten und stets ein offenes Ohr hatten.

Ich bedanke mich auch bei meiner Arbeitsstelle, dem Hartmannspital, für das organisatorische Entgegenkommen während der gesamten Studienzeit.

Am Schluss bedanke ich mich noch bei Christoph für seine Geduld und seine Unterstützung während der gesamten Studienzeit. Danke, dass du an meiner Seite bist.

Zusammenfassung

Die meisten Menschen in Österreich verbringen die letzten Tag ihres Lebens im Krankenhaus. Der Umgang mit Tod und Sterben bringt Belastungen und Probleme für das Pflegepersonal mit sich. Im Krankenhaus scheint es außerdem schwierig zu sein die Würde aufrechtzuerhalten. Dabei steigt die Bedeutung des vielschichtigen Konzeptes der Würde am Ende des Lebens deutlich an.

Das Ziel der Arbeit ist eine Grundlage zu schaffen, um ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu ermöglichen und um Probleme und Belastungen zu reduzieren. Daher gilt es zu erfahren, was aus Sicht von Pflegepersonen ein würdevolles Sterben ausmacht und welche Möglichkeiten und Herausforderungen in der Pflegepraxis vorhanden sind. Durch die qualitative Methode der Gruppendiskussion auf Basis einer Fallvignette, können die Sichtweisen der Berufsgruppe in einer natürlichen und alltäglichen Kommunikationsform erfasst werden. Die dokumentarische Methode dient dabei zur Auswertung der Diskurse.

Zwei Gruppendiskussionen, mit insgesamt neun Pflegepersonen, führten zu den Ergebnissen, dass im Mittelpunkt eines würdevollen Sterbens in erster Linie die Wahrnehmung der Patientinnen als Menschen sowie ein respektvoller und aufmerksamen Umgang mit ihnen stehen. Die Interaktion zwischen Pflegepersonen und PatientInnen ist dazu von großer Bedeutung. Des Weiteren geben die Ergebnisse über eine Reihe von Herausforderungen (Ressourcen und Rahmenbedingungen, Entscheidungen treffen, Zusammenarbeit im Team) und Möglichkeiten (Palliativteam, Leitlinien/Standards, Fortbildungen, Kommunikation, Wahren der Privatsphäre, Schmerzmittelmanagement) im Setting Krankenhaus Aufschluss. Die Entscheidung zur End-of-life Care spielt bei der Realisierung der Möglichkeiten eine große Rolle. Diese werden maßgeblich von positiven (Motivation) und negativen (Ressourcen) Faktoren beeinflusst. Die Bewusstseinsbildung von Pflegepersonen zu diesem Thema, die Zusammenarbeit im Team und die Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit gelten als wichtige Implikationen der Forschungsarbeit für die Praxis.

Abstract

Most people in Austria spend their last days of their lives in hospital. Dealing with death and dying brings along problems and burdens for the nursing staff. In the hospital, it also appears to be difficult to maintain dignity. The significance of the multi-layered concept of dignity at the end of life increases significantly.

The aim of the work is to provide a basis to enable a dignified death in the hospital and to reduce problems and burdens. Therefore, it is important to know what constitutes a dignified death from the nurse's point of view and so to know more about the possibilities and challenges of nursing practice.

Through the qualitative method of group discussion on the basis of a case vignette, the perceptions of nurses can be captured in a natural and everyday communication form. The documentary method serves to evaluate the discourse.

Two group discussions with a total of nine nurses led to the results that the perception of patients as a human being and a respectful and attentive interaction, is the focus of a dignified death. The interaction between nurses and patients is thereby of great importance. Furthermore, the results show a number of challenges (resources and surrounding conditions, decision making, teamwork) and possibilities (palliative team, guidelines/standards, further education, communication, preserve privacy, pain management) in the setting hospital. The decision on end-of-life care plays an important role in the realization of these possibilities and are influenced by positive (motivation) and negative (resources) factors. The awareness raising of nurses on the subject death and dying, teamwork and the recognition and appreciation of the work are considered important implications for the practice.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Problemdarstellung	2
1.2 Forschungsziel und Forschungsfragen	4
1.3 Gliederung der Arbeit	5
2. Theoretischer Hintergrund.....	6
2.1 Literaturrecherche	6
2.2 Sterben und End-of-Life Care	7
2.3 Das Würdekonzept.....	8
2.4 Das Würdekonzept im Versorgungskontext	9
2.4.1 Das Würdekonzept von Nordenfelt.....	11
2.4.2 Konzept der Würde von Edlund et al. (2013).....	12
2.4.3 Die Würde älterer Menschen	14
2.5 Würdekonzepte in der End-of-life Care	15
2.5.1 Würdekonzept von Street und Kissane (2001)	16
2.5.2 Dignity Model (Chochinov et al., 2002a)	17
2.5.3 Caring, Würde und Ethik	20
2.6 Die Würde in der empirischen Forschung	22
2.6.1 Die Würde im Krankenhaus.....	22
2.6.2 Die Würde im Krankenhaus aus Sicht der PatientInnen	23
2.6.3 Die Würde im Krankenhaus aus Sicht der Pflegepersonen	25
2.6.4 Die Würde in der End-of-life Care.....	26
2.7 Die Würde in der End-of-life Care im Krankenhaus	28
2.7.1 Würde fördernde und hemmende Faktoren.....	28
2.7.2 Forschungslücke	29
3. Methode der empirischen Untersuchung	32
3.1 Datenerhebung	32

3.1.1 Die Fallvignette	33
3.1.2 Der Rekrutierungsprozess	34
3.1.3 Beschreibung der TeilnehmerInnen.....	35
3.1.4 Durchführung der Gruppendiskussionen	36
3.2 Datenauswertung	38
3.3 Glossar (alphabetisch)	44
3.4 Gütekriterien qualitativer Forschung	45
3.5 Ethische Prinzipien.....	47
4. Darstellung der Ergebnisse	50
4.1 Diskursbeschreibungen	50
4.1.1 Diskursbeschreibung der Gruppendiskussion 1	50
4.1.2 Diskursbeschreibung Gruppendiskussion 2	63
4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	72
4.2.1 Würdevolles Sterben	73
4.2.2 Entscheidung zur End-of-life Care.....	74
4.2.3 Möglichkeiten von Pflegepersonen, um ein würdevolles Sterben zu realisieren.....	75
4.2.4 Beeinflussende Faktoren.....	77
5. Diskussion	79
5.1 Diskussion der Ergebnisse.....	79
5.2 Limitationen.....	85
6. Schlussfolgerung und Ausblick.....	86
7. Literaturverzeichnis	88
8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	94
9. Anhang.....	95

1. Einleitung

Ein Großteil der Menschen verbringen die letzten Tage ihres Lebens in ärztlicher Behandlung. Ausgenommen von Unfällen verstirbt die Mehrheit davon im Krankenhaus (Körtner, 2012). Im Jahr 2014 waren dies 38 945 Menschen (Statistik Austria, 2015). In Prozentzahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass 49,7% aller Todesfälle in Krankenanstalten vorkommen. Im Gegensatz dazu verbrachten 27% der Menschen die letzten Stunden ihres Lebens zu Hause (Statistik Austria, 2015). Das Sterben im Krankenhaus ist somit in Österreich eher der Regelfall und nicht die Ausnahme (Körtner, 2012). Bei näherer Betrachtung liegt jedoch das Krankenhaus nicht an erster Stelle der Orte, an denen Menschen sterben wollen. Die Mehrheit der Bevölkerung gibt an, zu Hause im Beisein der Familie und in vertrauter Umgebung sterben zu wollen (George & Szymczak, 2013; Gomes et al., 2012; Pinzon, Claus, Zepf, Letzel, Fischbeck & Weber, 2011). In Deutschland wurde eine schriftliche Befragung zum bevorzugten Sterbeort durchgeführt. Hierfür wurden 1378 Personen befragt deren Angehörige ein paar Monaten zuvor verstorben waren. Zu 93,8% wurde das eigene Zuhause als der bevorzugte Sterbeort genannt. Die Realität sieht jedoch anders aus, nur 38,2% der Verstorbenen konnten die letzten Stunden zu Hause verbringen (Pinzon et al., 2011). Die Zahlen aus Deutschland verdeutlichen, dass die Menschen nicht im Krankenhaus, sondern in einer vertrauten Umgebung sterben möchten. Für Österreich liegen derzeit keine Zahlen zum bevorzugten Sterbeort vor. Da es aber nicht immer möglich ist, dass Menschen zu Hause sterben, ist es wichtig die Gründe zu kennen, warum Menschen nicht im Krankenhaus sterben wollen.

Aus mehreren Studien von Harvey Chochinov und seinem Team geht hervor, dass es im Krankenhaus schwierig scheint, die Würde am Lebensende aufrecht zu erhalten. Sterbende Menschen befinden sich in einer vulnerablen Situation, deswegen kommt dem Begriff der Würde eine besondere Bedeutung zu (Gastmans, 2013; Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson & Harlos 2002a; Street & Kissane, 2001). Wie wichtig Würde im Leben von Menschen ist, zeigt mitunter die Tatsache, dass der Verlust eines würdevollen Lebens den Wunsch nach einem frühzeitigen Tod aufkommen lässt (Chochinov et al. 2002a, 2002b, 2006). Eine würdevolle Betreuung ist deswegen vor allem am Lebensende von

großer Bedeutung (Enes, 2003). Die Aktualität des Themas würdevoll Sterben wird nicht nur durch die Forschung bestätigt, sondern auch durch eine aktuelle Stellungnahme der Bioethikkommission in Österreich zu dem Thema Sterben in Würde. Darin wird beschrieben, dass der Tod kein Versagen der Medizin ist. Des Weiteren wird erläutert, dass der Anspruch auf Selbstbestimmung und die Minderung von Leid Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben sind (Bioethikkommission, 2015).

Auch ich persönlich musste schon ähnliche Erfahrungen in meiner beruflichen Laufbahn machen. Aus diesen Erfahrungen und Eindrücken die ich im Krankenhaus sammelte, sowie aus Gesprächen mit KollegInnen zum Thema Sterben im Krankenhaus, entsprang meine Motivation für diese Arbeit. Während meiner Ausbildung hatte ich oft das Gefühl, dass der Tod und das Sterben nicht in den Krankenhausalltag „reinpassen“ und häufig als Störfaktoren betrachtet wurden. Trotzdem ist es ein Teil des Krankenhausalltags und deswegen ist es mir wichtig, mich mit dem Thema auseinanderzusetzen und einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegepraxis zu leisten.

1.1 Problemdarstellung

Trotz der zahlreichen Sterbefälle in Krankenhäusern stehen noch immer die Gesundung der PatientInnen und das Bekämpfen von Krankheiten im Mittelpunkt des Krankenhauswesens. Mit anderen Worten, das Krankenhaus dient dem Lebenserhalt (Griegoleit, 2012). Der Soziologe Klaus Feldmann (1990) beschreibt, dass das Sterben im Krankenhaus immer mit dem Verlust der persönlichen und sozialen Identität verbunden ist. Die sterbende Person wird vom Krankenhauspersonal als Fehlschlag deklariert, als eine Abweichung von der „normalen“ PatientenInnenrolle. Philippe Ariès beschäftigte sich in seinem Buch „Geschichte des Todes“ (1999) mit dem Wandel der Einstellungen zu Tod und Sterben in unserer westlichen Gesellschaft des 20. Jahrhunderts. Er kommt zu dem Schluss, dass sich die ursprüngliche Öffentlichkeit des Todes in die Anonymität von Krankenhäusern und anderen Institutionen verlagert hat. Der Tod gilt heutzutage als angsteinflößend, unfassbar und als ein Tabu in unserer leistungsorientierten Gesellschaft (Ariès, 1999). Noch anschaulicher

drückt es Nuland (1994) aus: „*Gestorben wird heute im Krankenhaus. Der Sterbende wird von der Außenwelt abgeschottet, klinisch sauber gehalten und zuletzt zum Begräbnis abtransportiert*“ (Nuland, 1994, S.16). Ein gegenteiliger Trend ist trotz der 22 Jahre alten Aussage nicht zu erkennen. Tod und Sterben finden also eindeutig in den Krankenanstalten statt, obwohl der Schwerpunkt dieser eigentlich auf dem Gesundwerden liegt.

Diese Diskrepanz schlägt sich auch in den Erfahrungen von Pflegepersonen im Umgang mit Sterben und Tod im Krankenhaus nieder. In den letzten 20 Jahren wurden diese mittels qualitativer Forschungsmethoden aufgearbeitet. So zeigt sich, dass die Betreuung von sterbenden Menschen immer ein emotionales Ereignis ist, das Schwierigkeiten und Probleme an die Oberfläche bringen kann. Belastungen, die von den Pflegepersonen im Umgang mit sterbenden PatientInnen genannt werden, sind in erster Linie emotionalen Ursprungs. Dabei werden negative Gefühle wie Stress, Frustration (Wallerstedt & Andershed, 2007), Hilfslosigkeit, Schuldgefühle (Hopkinson, Hallett & Luker, 2003), Unzufriedenheit oder Unsicherheiten genannt (Tamaki, Meneguín, Alencar & Luppi, 2014; Lauterbach, 2008). Durch zu wenig Zeit und personelle Ressourcen am Arbeitsplatz werden diese Gefühle auch noch verstärkt. Außerdem steigt bei den Pflegepersonen die Unzufriedenheit darüber, nicht immer das leisten zu können, was sie leisten wollen. Frustration entsteht auch, weil der Tod immer ein Ende der Beziehung zum/zur Patienten/Patientin bedeutet (Wallerstedt & Andershed, 2007). Eine weitere Belastung im Krankenhaus stellt das „Umschalten“ der Pflege von sterbenden PatientInnen zu kurativ behandelten PatientInnen dar (Wallerstedt & Andershed, 2007). Johansson & Lindahl (2011) beschreiben dies in ihrer Studie als ein bewegen im Raum zwischen Leben und Tod, in dem sich die Pflegepersonen im Akutkrankenhaus ständig befinden. Durch ständige Zwischenfälle und unvorhersehbare Ereignisse auf einer Akutstation, ist die Zeit sich um sterbende PatientInnen zu kümmern oft knapp (Johansson & Lindahl, 2011). Als ein weiterer Belastungsfaktor für Pflegepersonen, konnte die Aufrechterhaltung einer Balance zwischen Nähe und Distanz identifiziert werden. Gemeint sind Herausforderungen, welche die Balance zwischen wiederherstellender und palliativer Pflege thematisieren (Zargham,

Mohammadi, Oskouie & Sandberg, 2008; Araújo, Silva & Francisco, 2004). Um sich zu schützen und um andere PatientInnen im Krankenhaus auch noch gut versorgen zu können, wählen Pflegepersonen die Strategie der Distanz zum/zur sterbenden Patienten/Patientin (Zargham et al., 2008).

Die Dynamik zwischen Nähe und Distanz ist in der Literatur immer wieder ein Thema und endet oft mit einer Kontaktreduzierung zum/zur Patienten/Patientin (Johansson & Lindahl, 2011; Zargham et al., 2008; Streckeisen, 2005; Pfeffer, 2005; Glaser & Strauß, 1974). Chochinov et al. (2002a) verglichen in einer qualitativen Studie Aussagen zum Thema Sterben von krebserkrankten Menschen in stationärer Behandlung, mit jenen in ambulanter Behandlung. Daraus geht hervor, dass zwei Drittel der befragten PatientInnen das Gefühl hatten im Krankenhaus könnte ihnen die Würde „weggenommen“ werden. Dieses Gefühl führte zu Frustration und Verletzlichkeit. Damit legen die Ergebnisse dieser Studie nahe, dass das Setting Krankenhaus einen Einfluss auf das Empfinden von Würde hat. In einer Querschnittsstudie von Jors, Adami, Xander, Meffert, Gaertner, Bardenheuer, Buchheidt, Mayer-Steinacker, Viehrig, George & Becker (2014) wurden ÄrztInnen und Pflegepersonen im Krankenhaus befragt, ob ein würdevolles Sterben im Krankenhaus möglich sei. Die Studie ergab, dass 57% der Befragten der Meinung waren, ein würdevolles Sterben sei auf ihrer Station nicht möglich. Außerdem fühlten sich 19% der Befragten in ihrer täglichen Arbeit nicht gut auf den Umgang mit Sterben und Tod vorbereitet. Weitere 55% berichteten, dass sie zu wenig Zeit für die Versorgung von sterbenden PatientInnen hätten. Aus diesen Erkenntnissen zur Problematik lässt sich schließen, dass gerade im Setting Krankenhaus, Handlungsbedarf im Konzept der Würde und des würdevollen Sterbens besteht.

1.2 Forschungsziel und Forschungsfragen

Als ein erstes Ziel der Arbeit sollen Grundlagen geschaffen werden, um ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu ermöglichen. Dadurch sollen Belastungen und Probleme in der Pflege reduziert werden. Als zweites Ziel gilt es, Bewusstseinsbildung in der Pflege zu schaffen, um einem Würdeverlust der PatientInnen am Ende des Lebens im Krankenhaus aktiv entgegenwirken zu können. Dafür gilt es zu erfahren, was für Pflegepersonen ein würdevolles Sterben im Krankenhaus ausmacht. Davon abgeleitet soll dargestellt werden,

welche Herausforderungen und Möglichkeiten in der Pflegepraxis vorhanden sind, um ein würdevolles Sterben realisieren zu können. Dabei geht es um die Sichtweisen und professionellen Ansprüche der Pflegepersonen. Laut Streckeisen (2005) steigt die Bedeutung der Pflege, wenn eine Heilung des Patienten von ärztlicher Seite her ausgeschlossen ist. Damit erhält die Pflegeperson eine Schlüsselposition in der Betreuung von Menschen am Ende des Lebens. Deswegen ist es besonders wichtig, die Sichtweisen jener Personen einzuholen, die zu einer würdevollen Begleitung in der letzten Phase des Lebens beitragen können. Es ist notwendig herauszufinden, welche impliziten Strategien Pflegepersonen unter den gegebenen Bedingungen anwenden können, um ein würdevolles Sterben für PatientInnen im Krankenhaus zu gewährleisten. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- ❖ *Was macht ein würdevolles Sterben im Krankenhaus aus Sicht der Pflege aus?*
- ❖ *Welche Möglichkeiten hat die Pflege, ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu realisieren?*

1.3 Gliederung der Arbeit

Beginnend mit dem theoretischen Hintergrund werden Konzepte des Würdebegriffs im Versorgungskontext und in der End-of-life Care beleuchtet. Des Weiteren werden die Ergebnisse der empirischen Forschung zum Thema Würde im Krankenhaus und Würde am Ende des Lebens dargestellt und zusammengeführt. Anschließend wird die Methode der durchgeführten empirischen Forschung erläutert. Es wird auf die Methode der Gruppendiskussion, der Fallvignette und die Datenerhebung eingegangen. Des Weiteren werden die Schritte der Auswertungsmethode beschrieben. Im Zuge dessen werden die Gütekriterien der qualitativen Forschung und die ethischen Prinzipien der Arbeit erläutert. Im Anschluss daran folgt der Ergebnisteil. Dieser gliedert sich in zwei Schwerpunkte. Zum einen in die Darstellung der Diskurse und zum anderen in die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse. Schließlich werden im Diskussionsteil die Ergebnisse anhand der Ergebnisse aus der Literatur verglichen und kritisch reflektiert. Am Schluss folgen die Limitationen der Arbeit und der Ausblick.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Grundbegriffe dargestellt, auf welche diese Arbeit basiert. Dazu wird in Kapitel 2.1 die Vorgehensweise der Literaturrecherche erläutert. Anschließend werden die zwei Begriffe Sterben und End-of-life Care im Kapitel 2.2 definiert, da sie neben dem Grundkonzept der Würde, ebenfalls in dieser Arbeit verwendet werden. Im Kapitel 2.3 folgt die konzeptuelle Betrachtung des Begriffs Würde. Näher beleuchtet wird das Würdekonzept im Versorgungskontext im Kapitel 2.4 und in der End-of-life Care im Kapitel 2.5. Im Kapitel 2.6 wird auf den Würdebegriff in der empirischen Forschung eingegangen. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Betrachtung der Würde im Krankenhaus und der Würde am Ende des Lebens gelegt. Die Begriffe der Würde im Krankenhaus und der Würde in der End-of-life Care werden im Kapitel 2.7 schließlich zusammengeführt.

2.1 Literaturrecherche

Um den theoretischen Rahmen und den empirischen Forschungsstand zu ermitteln, wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Recherchiert wurde in Fachbüchern in den Fachbibliotheken der Universität Wien und der Medizinischen Universität Wien. Des Weiteren wurde in den Onlinedatenbanken Pubmed, Cinahl, Carelit und Embase nach deutsch- und englischsprachigen wissenschaftlichen Artikeln gesucht. Für den Forschungsstand wurde Literatur ab dem Jahr 2000 eingeschlossen. Sowohl in den Fachbibliotheken als auch in den Datenbanken wurden die Suchbegriffe „Sterben“, „Würde“, „würdevolles Sterben“, „Krankenhaus“, „Pflege“, „dying“, „dignity“, „hospital“, „patient“, „caring“ und „nursing“ verwendet. Diese wurden mit den Operatoren AND und + verbunden. Die erste Suche ergab vor allem Bücher aus den Fachgebieten der Ethik, Palliativpflege und Soziologie sowie empirische Arbeiten mit vorrangig qualitativem und wenige mit einem quantitativen Design.

2.2 Sterben und End-of-Life Care

Sterben

Das Verb „sterben“ bedeutet im eigentlich Sinn „erstarren, steif werden“. Umgangssprachlich werden Tod und Sterben oft synonym verwendet (Gruber, 2012). Laut der Definition der International Classification for Nursing Practice (ICNP) bedeutet sterben: *„Ende des Lebens mit langsamem oder abruptem Erlöschen der lebenserhaltenden Körperfunktionen; am Ende dieses Prozesses steht der Tod als Zusammenbruch integrierender Organsysteme. Kennzeichen: Aussetzen des Herzschlages, der Atmung und der Gehirnaktivität“* (Pschyrembel, 2003, S. 618). In der Palliativmedizin wird Sterben als ein Prozess benannt, dessen punktueller Eintritt nicht festgelegt werden kann (Gruber, 2012). Diese Arbeit bezieht sich auf die Definition der Palliativmedizin, in der Sterben als Prozess anerkannt ist. Dieser Prozess endet mit dem Tod. Noch deutlicher formuliert es Günther Pöltner (2006) in seinem Buch zur Medizin Ethik: „Sterben und Tod sind nicht identisch. Sterben ist eine Phase des Lebens – wer stirbt, lebt noch“ (Pöltner, 2006, S. 254). Ist von der Terminalphase die Rede, bedeutet dies, dass der Mensch als Sterbender erkannt ist. Je nach Krankheit kann diese Phase Tage, Wochen oder Monate andauern. Ein genauer Zeitpunkt lässt sich nicht ermitteln (Gruber, 2012).

End-of-life Care

Die End-of-life Care beschäftigt sich mit der Versorgung von Menschen am Lebensende und ist mit keinem speziellen Versorgungskonzept hinterlegt. Deswegen ist sie auch im Gegensatz zur Palliativ- oder Hospizpflege, viel breiter aufgestellt und weniger eingeschränkt. Die End-of-life Care beschränkt sich nicht nur auf die Pflege von Menschen in den letzten Tagen oder Stunden ihres Lebens, sondern beinhaltet die Betreuung von Menschen mit Krankheiten die innerhalb von Wochen oder Monaten zum Tod führen. *„Zumeist steht der Begriff für alle praktischen, politischen oder auch wissenschaftlichen Aktivitäten unterschiedlicher Akteure auf der Mikro-, Meso- oder Makroebene zur Gestaltung und Verbesserung von Lebens- und Sterbebedingungen in einem konkreten gesellschaftlichen Umfeld“* (Ewers & Schaeffer, 2005, S.12). Die End-of-life care schließt somit gleichzeitig die Palliativpflege, Terminal Care und Hospizpflege mit ein. Die End-of-life Care kann deshalb als eine Art

„Überbegriff“ für die komplexe und vielschichtige Versorgung am Ende des Lebens gesehen werden. Zeitlich und inhaltlich ist die End-of-life Care wenig festgelegt. Sie kann Tage, Wochen oder bis zu Monaten dauern. Dadurch können alle Aspekte die für Menschen am Ende ihres Lebens und deren Angehörigen wichtig sind, eingeschlossen werden (Ewers & Schaeffer, 2005). Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff der End-of-life-Care verwendet. Damit soll ein möglichst breiter Blick auf die Versorgung von Menschen am Ende ihres Lebens gewährleistet werden.

2.3 Das Würdekonzept

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen“ (Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2010, S. 392). Dieser Satz steht an erster Stelle der Grundrechtecharte der Europäischen Union und drückt den hohen Stellenwert der Würde in unsere Gesellschaft aus. So einfach und leicht sich dieser Satz auch sagen bzw. schreiben lässt, so komplex ist das Konzept der Würde bei genauer Betrachtung. Gleichzeitig sind das Verständnis und die Perspektiven (rechtliche-, juristische-, ethische- oder philosophische) auf das Konzept der Würde sehr vielfältig. Laut der Online Ausgabe des Duden (2015) lautet eine sehr allgemeine Definition von Würde: *„Achtung gebietender Wert, der einem Menschen innewohnt, und die ihm deswegen zukommende Bedeutung“*, außerdem: *„Bewusstsein des eigenen Wertes [und dadurch bestimmte Haltung]“*. Dies ist nur eine von mehreren Definitionen des Begriffs Würde. Der Theologe Wilfried Härle schlägt folgende Definition vor: *„Würde ist Anrecht auf Achtung“* und *„Menschenwürde ist das mit dem Dasein als Mensch gegebene Anrecht auf Achtung als Mensch“* (Härle, 2010, S. 14). Eine Ergänzung dazu ist, dass das Anrecht auf Menschenwürde unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialer Stellung, geistigen und körperlichen Fähigkeiten ist (Ackermann, 2004). Woher dieses Anrecht auf die Würde der Menschen kommt, ist schon seit Jahrhunderten Thema einer moralphilosophischen Debatte. Schon Cicero (106- 43 v. Chr.) versteht Würde nicht mehr nur als gegeben durch eine besondere soziale Stellung, sondern auch als ein gemeinsames Merkmal aller Menschen. Somit entstand zum Ersten Mal auch eine Unterscheidung zwischen der Würde, die allen Menschen zukommt, und einer differenzierten Art von Würde (Härle, 2010). Auf die unterschiedlichen

Aspekte von Würde im Kontext der Gesundheitsversorgung wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

2.4 Das Würdekonzept im Versorgungskontext

In den letzten Jahren nimmt der Diskurs über die Würde im medizinischen Kontext vermehrt zu. Ein Grund dafür ist der große Fortschritt der Forschung und Medizin und den damit verbundenen neu zu führenden ethisch-moralischen Diskursen darüber, was Medizin alles darf, wo ihre Grenzen sind und welche Rechte PatientInnen haben (Thiele, 2013). Dieser Diskurs ist auch für die Pflege von Bedeutung. Im Jahr 2006 veröffentlichte das Deutsche Bundesministerium die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. Die acht genannten Rechte sind Ausdruck der Achtung und Respektierung von Würde der PatientInnen. Speziell der achte Artikel richtet sich an die Würde am Lebensende. So hat jeder das Recht in Würde zu sterben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014). Auch in der österreichischen Patientencharta bilden folgende vier PatientInnenrechte das Fundament der Versorgung: Würde, Information, Selbstbestimmung und Unterstützung (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). So gesehen ist die Würde in der Gesundheitsversorgung ein Recht der PatientInnen und eine Pflicht für diejenigen, die die PatientInnen versorgen und betreuen. Der Begriff der Würde spielt im Kontext der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle und die Wichtigkeit zeigt sich auch in der steigenden Anzahl von Publikationen zu diesem Thema. Trotzdem ist der Begriff der Würde in der Literatur im Kontext der Gesundheitsversorgung ein oft schwer greifbares Konzept.

Tadd, Bayer & Dieppe (2002) sehen ein Problem mit dem Begriff der Würde in seiner unklaren Definition. Des Weiteren geben sie zu bedenken, dass die Schwierigkeiten einer Definition in den individuellen Betrachtungsweisen und kulturellen Unterschieden liegen könnten. Außerdem vermerken sie, dass dem Begriff der Würde noch zu wenig Aufmerksamkeit im Gesundheitsbereich zukommt. Dennoch zeigen Tadd et al. (2002) mit dem Finger nicht nur auf Missstände, sondern befassen sich während eines europaweiten Projektes zum Thema Würde im Gesundheitsbereich selbst mit dem Thema einer Definition. Tadd et al. (2002) verstehen das Konzept der Würde als ein „umbrella concept“. Das bedeutet, dass eine Anzahl von assoziierten Ideen oder Konzepten unter

einem „Schirm“ zusammengefasst werden. Damit kann die Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden, wie Würde in den verschiedenen Kontexten funktioniert und welche Aspekte dabei wichtig sind. So kann Würde ein zentraler Bestandteil der PatientInnen-Professionalisten Interaktion werden. Würde beinhaltet Vorstellungen von Vertrauen, Empowerment, Respekt, Kontrolle und Bewertung. Der Begriff Würde wird vor allem im Sinne einer Beurteilung interessant, da er direkt das eigene und das auf PatientInnen einwirkende Verhalten bewertet. So sind sich Professionalisten oft gar nicht bewusst, wie ihr Verhalten, das Würdegefühl der PatientInnen beeinflussen kann (Tadd et al., 2002).

Jacobson (2007) beschäftigte sich konzeptuell mit der Würde im Bereich der Gesundheitsversorgung. Sie gibt einen vertieften und multidisziplinären Überblick zum Begriff der Würde, um im Gesundheitsbereich die Diskussion darüber in einen breiteren Kontext zu stellen. Laut der Analyse von Jacobson (2007) muss das Konzept der Würde geteilt werden in die Menschenwürde („human dignity“) und die soziale Würde („social dignity“). Die Teilung des Würdebegriffs in eine unantastbare Menschenwürde und eine differenzierte Form von Würde ist in der Literatur durchgängig anzutreffen. So beschreibt Härle (2010) die Menschenwürde als *„ein Anrecht auf Achtung des Menschseins“* (S. 49). Edlund, Lindwall, von Post & Lindström (2013) beschreiben in ihrer Konzeptstudie die Menschenwürde auch als absolute Würde („absolute dignity“). Diese Form ist durch das Menschsein gegeben und besteht aus Werten wie Heiligkeit, Menschenwert, Verantwortung, Freiheit, Pflichten und seinen Mitmenschen dienen. Die Menschenwürde kann nicht gemessen, gewogen oder zerstört werden und ist frei vom Kontext. Sie ist verankert in der Philosophie und der Religion (Jacobsen, 2007). Als eine differenzierte Form von Würde gilt die zweite Form, welche Jacobsen (2007) soziale Würde nennt. Edlund et al. (2013) verwenden hier den Begriff der relativen Würde („relative dignity“). Diese ist geformt aus Kultur und Gesellschaft und findet in der Forschung am häufigsten Anwendung. Sie hat ihren Ursprung in der Menschenwürde, aber sie ist erworben durch die Interaktion in einem sozialen Setting und vom Kontext abhängig. Sie kann

erhalten bleiben, gefördert werden, verloren gehen oder bedroht werden (Edlund et al., 2013; Härle, 2010; Jacobson, 2007).

2.4.1 Das Würdekonzept von Nordenfelt

Nordenfelt (2004) fügt der Menschenwürde noch drei weitere Konzepte von Würde hinzu. Neben der Menschenwürde werden auch noch Würde als Wert/Verdienst, Würde als moralische Größe und Würde der Identität genannt. Dieses Konzept entstand als Teil eines größeren Projektes zum Thema „Dignity and Older Europeans“. Alle vier Auffassungen von Würde sind in der westlichen Gesellschaft von Bedeutung, vor allem im ethischen Diskurs. Würde spricht einer Person in den meisten Fällen besondere Rechte zu. Im nächsten Abschnitt werden die vier Konzepte der Würde nach Nordenfelt (2004) näher beschrieben.

Würde als Verdienst

Die Würde ist abhängig vom sozialen Rang. Dies kann schon von Geburt an der Fall sein (z.B. in der Monarchie). Dieser höhere Rang beinhaltet oft spezielle Rechte und Respekt. Dies gilt auch für einen erworbenen Respekt (z.B. WissenschaftlerInnen, KünstlerInnen,...).

Würde als moralische Größe

Sie ist abhängig von den Gedanken und Taten einer Person. Personen, die eine moralische Größe besitzen, werden auch oft mit einem „würdevoller Charakter“ beschrieben. Ein würdevolles Verhalten ist gebunden an Taten. Dieses Konzept von Würde ist dimensional zu sehen, d.h. es kann von sehr hoch bis sehr niedrig reichen. Im Gegensatz zur Würde als Verdienst, beinhaltet die Würde als moralische Größe keine besonderen Rechte. Dies bedeutet, dass eine sehr moralische Person keine besonderen Rechte in unserer Gesetzgebung hat. Hierbei ist zu erwähnen, dass der moralische Wert einer Tat verloren gehen würde, würde die Person dafür besondere Rechte oder Privilegien erhalten.

Die Würde der Identität

Die Würde der Identität gilt als schwer zu definieren bzw. ist auch in der modernen Literatur kaum ein Thema. Sie ist gebunden an Körper und Geist und abhängig vom Selbstwert der Person. Wichtigste Dimension im Zusammenhang mit Krankheit und Altern ist, dass sie durch Außeneinwirkung wie z.B. durch Taten von anderen Personen oder durch Verletzungen, Krankheit oder Alter weggenommen werden kann. Hierbei geht es um Konsequenzen, die die eigene Identität betreffen. Dies kann zum Beispiel auch eine Veränderung im Aussehen sein.

Alle drei Konzepte haben gemeinsam, dass sie in unterschiedlichen Ausmaßen bei einer Person vorkommen können. Des Weiteren haben alle die Eigenschaft, dass sie kommen und gehen. Das vierte Konzept der Menschenwürde unterscheidet sich davon.

Menschenwürde

Menschenwürde besitzen alle Menschen bzw. wird vorausgesetzt, dass alle Menschen eine Menschenwürde besitzen, weil sie Menschen sind. Sie kann nicht genommen werden. Jeder Mensch besitzt den gleichen Wert. Dies gilt als ein Grundstein der meisten Religionen und der westlichen Gesellschaft. Sie gilt als Grundsatz der Menschenrechte. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die Würde an erster Stelle im Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte steht: *„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen“* (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948, S. 2).

Im Unterschied zur Würde der Identität, besitzen alle Menschen gleich viel Menschenwürde. Sie ist nicht dimensional zu sehen. Menschenwürde besteht, solange ein Mensch existiert (Nordenfelt, 2004).

2.4.2 Konzept der Würde von Edlund et al. (2013)

Ähnlich wie Nordenfelt konzipieren auch Edlund et al. (2013) ihre Auslegung von Würde. In der Konzeptstudie, die auf einem fünf Komponenten-Modell

(Wortherkunft und semantische Bestimmung, Analyse des latenten Inhaltes, kontextuelle Bestimmung mittels Expertenbefragung, Metasynthese und Interviews mit älteren Menschen über Würde) basiert, beschäftigen sie sich vor allem mit der Menschenwürde. Sie nennen sie auch absolute Würde („absolute dignity“). Doch auch Edlund et al. (2013) kommen zu der Erkenntnis, dass die Menschenwürde alleine noch nicht ausreicht, um dem Konzept der Würde gerecht zu werden. Die differenziertere Form nennen sie relative Würde („relative dignity“). Diese Form der Würde unterteilen sie weiter in eine Würde, die ihren Ursprung in den Werten und in der Kultur unsere Gesellschaft hat, und in eine Form der Würde, die durch Aktionen und Taten geprägt wird.

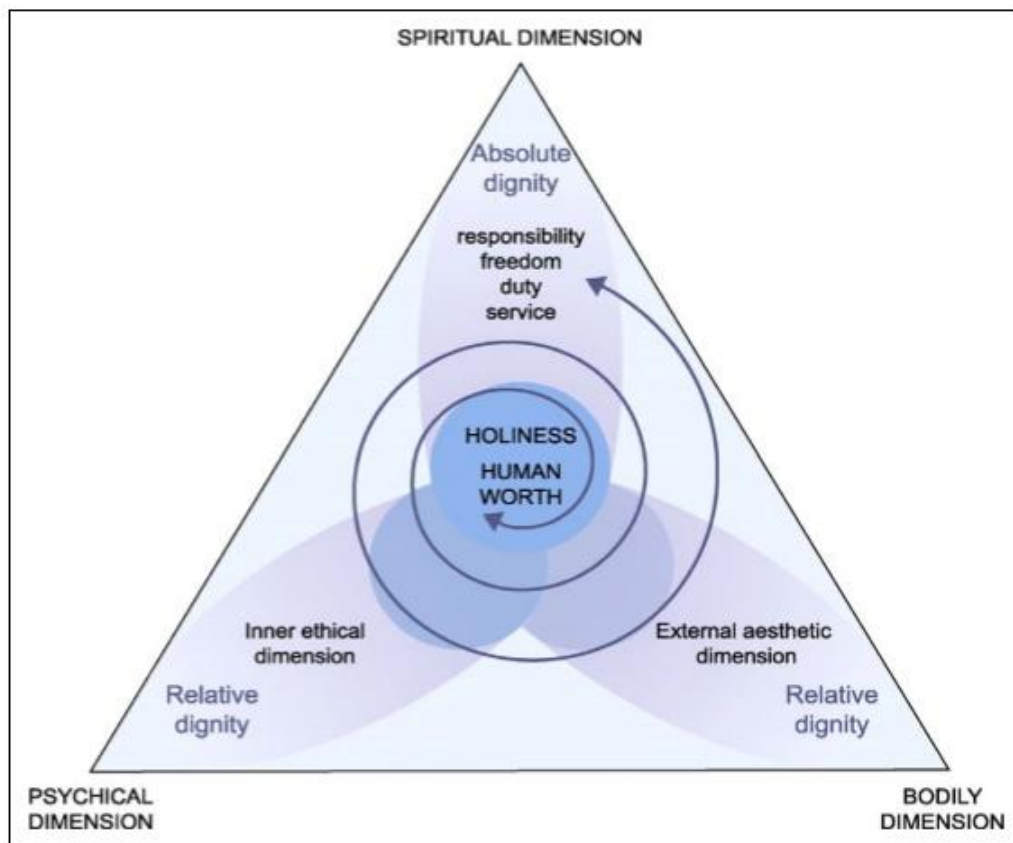


Abbildung 1: "The concept model of dignity", Edlund et al., 2013, S.857

Als Ergebnis dieser Konzeptstudie präsentieren sie ein neues Verständnis von Würde, das aus fünf Aspekten generiert ist. Dieses Model (Abbildung 1) in Form einer Pyramide ist eine Abstraktion der Menschenwürde („absolute dignity“). Die Ecken der Pyramide symbolisieren die Ganzheitlichkeit des Menschseins, also eine Einheit aus Körper, Geist und Seele. An der Spitze der Pyramide steht die Menschenwürde. Diese besteht aus Freiheit, Verantwortung, Aufgaben und

Leistung. An den Ecken der Basis befindet sich die relative Würde („relative dignity“). Die Ecken symbolisieren auf der einen Seite die ethische und psychische Dimension und auf der anderen Seite die körperliche, ästhetische Dimension. Im Inneren der Pyramide befindet sich der Kern der Würde, welcher aus Werten wie Heiligkeit und Menschenwert besteht. Eine Spirale in der Mitte symbolisiert die Bewegung zwischen den Dimensionen. Laut Edlund et al. (2013) ist dieses konzeptuelle Verständnis von Würde nötig, um in den Kern der Pflege vordringen zu können. Das Konzept bedeutet im Kontext der Gesundheitsversorgung, dass PatientInnen Unterstützung bzw. einen/eine Partner/in benötigen, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage sind für fundamentale Werte Sorge zu tragen. Hierbei nimmt die Pflegeperson als FürsprecherIn einer vulnerablen Person eine wichtige Rolle ein.

2.4.3 Die Würde älterer Menschen

Auch Jacelon, Connelly, Brown, Proulx & Vo (2004) sind der Meinung, dass die Würde ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Versorgung ist und deswegen schon in der Ausbildung thematisiert werden sollte. Jacelon et al. (2004) beschäftigen sich in einer Konzeptanalyse mit einer Definition der Würde älterer Menschen. Nach ihrer konzeptuellen Definition können der Würde drei Attribute zugeordnet werden. *„We propose the following conceptual definition: dignity is an inherent characteristic of being human, it can be felt as an attribute of the self, and is made manifest through behavior that demonstrates respect for self and others“* (Jacelon et al, 2004, S.81). Dies bedeutet dass jeder Mensch Würde besitzt. Aber auch, dass das Verhalten sich selbst und anderen gegenüber eine Rolle für das Würdeempfinden spielt. Ein würdevolles Verhalten anderen gegenüber muss gelernt werden, und die Würde des Einzelnen kann durch das Verhalten anderer beeinflusst werden. So können Menschen das Würdegefühl anderer Menschen beeinflussen (Jacelon et al., 2004). Diese Tatsache spielt vor allem im Versorgungskontext eine große Bedeutung.

Anderberg, Lepp, Berglund & Segesten (2007) beschäftigten sich in einer Konzeptanalyse mit dem Thema einer würdebewahrenden Pflege von älteren Menschen. Dabei identifizierten sie fünf Eigenschaften, die eng im

Zusammenhang mit Pflege und Würde bei älteren Menschen stehen. Diese Eigenschaften sind: individuelle Pflege, Kontrolle zurückgeben, Respekt, Fürsprechen und einfühlsames Zuhören. Eine würdebewahrende Pflege bedeutet, dass individuell auf die Wünsche und Bedürfnisse der zu betreuenden Person eingegangen wird. Anderberg et al. (2007) geben zu bedenken, dass obwohl das Konzept der Würde unklar und schwammig erscheint, Pflegepersonen jeden Tag damit konfrontiert sind. Deswegen könnten die genannten Eigenschaften helfen, eine würdebewahrende Pflege sichtbar zu machen und auch konkrete Maßnahmen davon abzuleiten.

Würde ist ein zu wichtiges Konzept um nur eine rhetorische Debatte darüber zu führen. Es sollte in den Gesundheitsberufen wieder mehr darum gehen, wie gut etwas gemacht und nicht bei wie vielen Patienten etwas gemacht wird. Tadd et al. (2002) fordern Qualität statt Quantität.

2.5 Würdekonzepte in der End-of-life Care

In diesem Kapitel soll nun das Würdekonzept nicht nur im Versorgungskontext beleuchtet werden, sondern in dem speziellen Bereich der End-of-life Care. Die Beschäftigung mit dem Begriff des würdevollen Sterbens bringt unweigerlich das Thema Euthanasie mit sich. Euthanasie (griechisch= guter Tod) im eigentlichen Sinne meint einen guten, sanften, nicht gewaltsam herbeigeführten Tod, ein Sterben ohne Qualen. Heute bedeutet es oft Hilfe zum Sterben, sprich aktive oder passive Sterbehilfe (Pöltern, 2006). In der vorliegenden Arbeit wird unter einem „guten bzw. würdevollen Sterben“ nicht der Begriff der Sterbehilfe verstanden. Ein Literaturreview von 28 Studien über die Aspekte, was ein würdevolles Sterben ausmacht, ergab folgende Themen: es ist ein Menschenrecht, es bedeutet Autonomie, Unabhängigkeit, Symptomerleichterung, Respekt, Mensch sein und man selbst sein, eine würdevolle Behandlung und Pflege erhalten, existentielle Bedürfnisse befriedigen und Privatsphäre wahren können (Guo & Jacelon, 2014).

2.5.1 Würdekonzept von Street und Kissane (2001)

Ein Konzept das sich mit dem Begriff der Würde am Ende des Lebens auseinandersetzt, ist das von Street & Kissane (2001). Sie haben den Begriff der Würde im Kontext der Versorgung von sterbenden Menschen einer Diskursanalyse unterzogen. Laut ihrer Analyse ist Würde am Ende des Lebens sozial konstruiert, individuell wahrgenommen, verkörpert und relational. Im Konkreten beschreiben Street & Kissane (2001) folgende vier Dimensionen die aus ihrer Analyse hervorgingen.

Autonomy and self-determination

Autonomie und Selbstbestimmungen sind Aspekte welche sehr oft mit Würde am Ende des Lebens in der Literatur erwähnt werden. Street & Kissane (2001) geben dabei zu bedenken, dass diese Begriffe in diesem Zusammenhang oft sozial konstruiert sind und durch die unterschiedlichen Darstellungen verschiedener Interessensgruppen (z.B. Euthanasie Befürworter) auch kritisch zu betrachten sind.

Dignity as Personhood or Self-Worth

In dieser Dimension gehen Street & Kissane (2001) darauf ein, dass PatientInnen sich besonders am Ende des Lebens eine Betreuung wünschen, die sie als Mensch wahrnimmt. Das heißt, dass sie mit Respekt behandelt und nicht als ein Objekt betrachtet werden wollen. Würde ist stark verankert in dem Aspekt des Personseins und des Selbstwerts einer Person.

Werden Begriffe wie Selbstbestimmung, Autonomie oder Selbstwert oft mit Würde in Verbindung gebracht, geht die Dimension “dignity is embodied”, also die verkörperte Würde, noch eine Schritt weiter.

Dignity is embodied

Die Dimension der verkörperten Würde beschreibt, dass die Kommunikation mit dem Körper und das eigene Körpergefühl durch schwere Krankheit oder sterben bedroht werden kann. Dabei spielt auch die Scham eine große Rolle (z.B. bei Inkontinenz oder übelriechenden Wunden). Ein Verlust von

Körperfunktionen und damit der Aspekt der mangelnden Selbstpflege, hängen stark zusammen mit der Wahrnehmung eines Würdeverlustes.

Dignity as relational

Mit der Würde als Beziehungsdimension beschreiben die AutorInnen, dass das Personal im Gesundheitswesen die Wahrnehmung der PatientInnen durch zwischenmenschliche Beziehungen beeinflussen kann. Dieser Beziehungsaspekt von Würde ist ein wichtiger Anhaltspunkt für Personen, die mit sterbenden PatientInnen arbeiten. Mit einer würdevollen Behandlung könnte der Selbstwert der PatientInnen gefördert werden.

Vor allem die letzten beiden Dimensionen zeigen, dass das Konzept der Würde am Ende des Lebens sehr vielschichtig ist. Diese beiden Dimensionen nennen Street & Kissane (2001) als jene, auf die noch unzureichend in der Palliativ Care eingegangen wird.

2.5.2 Dignity Model (Chochinov et al., 2002a)

Ein aktuelles und bereits mehrfach weiterentwickeltes Konzept zum Thema Würde am Ende des Lebens bietet der kanadische Psychiater Harvey Chochinov und sein Team. Sie beschäftigen sich schon viele Jahre intensiv mit der Würde am Ende des Lebens. Die erste Studie von Chochinov et al. (2002a) hatte das Ziel, etwas über die Bedeutung von Würde aus Sicht von palliativ betreuten KrebspatientInnen zu erfahren und damit einen konzeptuellen Rahmen der Würde am Lebensende zu erarbeiten. Diese Erkenntnisse wurden zur Entwicklung eines Rahmens zum besseren Verständnis des Konzepts der Würde herangezogen. Das Konzept umfasst drei Kategorien (Abbildung 2): krankheitsspezifische Belastungen (illness-related-concerns), würdebewahrende individuelle Ressourcen (dignity conserving repertoire) und Würde beeinflussende soziale Bereiche (social dignity inventory). Diese drei Kategorien werden im Folgenden Teil näher betrachtet.

Major dignity categories, themes and subthemes		
Illness related concerns	Dignity conserving repertoire	Social dignity inventory
<div>Illness of independence</div> <div>Cognitive acuity</div> <div>Functional capacity</div> <div>Symptom distress</div> <div>Physical distress</div> <div>Psychological distress <ul style="list-style-type: none"> • medical uncertainty • death anxiety </div>	<div>Dignity conserving perspectives <ul style="list-style-type: none"> • continuity of self • role preservation • generativity/legacy • maintenance of pride • hopefulness • autonomy/control • acceptance • resilience/fighting spirit </div> <div>Dignity conserving practices <ul style="list-style-type: none"> • living 'in the moment' • maintaining normalcy • seeking spiritual comfort </div>	<div>Privacy boundaries</div> <div>Social support</div> <div>Care tenor</div> <div>Burden to others</div> <div>Aftermath concerns</div>

Abbildung 2: Dignity Model, Chochinov et al., 2002a, S. 436

Illness-related concerns

Die Würde beeinflussenden Faktoren beziehen sich direkt auf die Krankheit und bedrohen die Würde der Person. Die zwei Kernthemen in dieser Kategorie stellen den Grad der Unabhängigkeit und die Symptombelastungen dar. Beschrieben in dieser Kategorien werden auch Subthemen der kognitiven Kapazität und der Funktionsfähigkeit. Der Verlust der Autonomie, der kognitiven Fähigkeiten und der körperlichen Funktion führen zu einem subjektiven Verlust an Würde. Weiter lassen sich die Symptombelastungen in körperliche und psychische Beschwerden unterteilen. Als Beispiele dazu zählen Schmerzen, Unsicherheit, Todesangst,...

Dignity conserving repertoire

Die würdebewahrenden Faktoren können in zwei Themen unterteilt werden. Zum Einen in die Dignity conserving perspective, also die würdebewahrenden Perspektiven (z.B. Kontinuität, Rollen Erhaltung, Aufrechterhaltung des Stolzes, Hoffnung, Autonomie und Kontrolle, Akzeptanz und Resilienz). Zum anderen in

die Dignity conserving practices, also die würdebewahrenden Verhaltensweisen (z. B. Techniken um Würde zu stärken, im Moment leben, Normalität aufrechterhalten oder spiritueller Trost).

Social dignity inventory

Die sozialen würdebeflussenden Faktoren werden in drei Themen unterteilt. Die persönlichen Grenzen, soziale Unterstützung und die Sorge um die Hinterbliebenen. Die persönlichen Grenzen beziehen sich hier vor allem auf den Respekt der Intimität gegenüber einer Person. Die soziale Unterstützung meint die wahrnehmbare Unterstützung durch Familie, Freunde und Bezugspersonen. Die Sorge um die Hinterbliebenen meint konkret, die Sorge darüber, dass der eigene Tod eine Belastung für Familie und Freunde darstellen könnte.

Die ersten beiden Kategorien können einen negativen Einfluss auf Würde haben, aber sie können durch die dritte Kategorie positiv erhalten werden. Dieses Modell zeigt auf, dass Würde auch aus Sicht der PatientInnen ein ganzheitliches Geschehen darstellt. Die Ergebnisse der voran gegangenen Studie zeigen unter anderem, dass PatientInnen mit einem intakten Würdegefühl weniger häufig das Gefühl hatten, den Lebenswillen zu verlieren, sich depressiv zu fühlen oder hoffnungslos und ängstlich zu sein. Ein intaktes Würdegefühl der PatientInnen hatte auch einen positiven Einfluss auf ihre Lebensqualität (Chochinov et al., 2002a).

In den letzten Jahren wurde das Modell validiert und weiterentwickelt. Aus dem Modell wurde später auch von Chochinov und seinem Team die Dignity Therapy entwickelt. Diese psychotherapeutische Intervention ist eine Art Biografiearbeit. Mittels Fragebogen, der in Form eines Interviews geführt wird, entsteht ein Dokument das den PatientInnen mitgegeben wird. Behandelt werden Fragen nach dem Leben, nach Rollen, Erinnerungen, Wünschen und Hoffnungen. Dadurch sollen die individuelle Wahrnehmung der Würde gestärkt und therapeutische Interventionen abgeleitet werden. Es gilt mit dieser Therapie das Würdegefühl der PatientInnen zu stärken. Die Zufriedenheit der PatientInnen und die Wirksamkeit der Dignity Therapy konnte in Studien bereits nachgewiesen werden. Jedoch findet das Instrument derzeit nur im

psychotherapeutischen Kontext Anwendung (Fitchett, Emanuel, Handzo, Boyken & Wilkie, 2015; Thompson & Chochinov, 2008; Chochinov, 2007; Chochinov et al., 2002b, 2005, 2011).

Die International Classification for Nursing Practice (ICNP) brachte 2009 einen Katalog zum Thema Sterben in Würde heraus (Tackenberg, 2013). Dabei diente das Modell von Chochinov et al. (2002a) als Basis. Der Katalog umfasst Pflegediagnosen, Ergebnisse und Interventionen, die Pflegepersonen bei der Betreuung und bei der Pflegedokumentation unterstützen. Die Diagnosen, Ergebnisse und Interventionen sind nach den Kategorien von Chochinov et al. (2002a) organisiert und basieren auf der ICNP Terminologie. Es folgten weltweit bereits Validationsstudien des ICNP zum Katalog „Palliative Care for Dignified Dying“ (Jo, Doorenbos, Sung, Hong, Rue & Coenen, 2011; Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007; Wilson, Coenen & Doorenbos, 2006). Die Studien hatten das Ziel, aufzuzeigen welche der im Katalog angeführten Interventionen von Pflegepersonen bei einer würdevollen Begleitung am Ende des Lebens als wichtig erachtet werden. Die Auswertungen der Fragebögen ergab, dass fast alle Interventionen von den Pflegepersonen als wichtig erachtet wurden (Jo et al., 2011; Coenen et al., 2007; Wilson et al., 2006). Lediglich die Studie von Wilson et al. (2006) untersuchte mit einer abschließenden offenen Frage, welche Interventionen die Pflegepersonen selbst durchführen. Bei der Stichprobe handelte es sich ausschließlich um ExpertInnen der Palliativpflege. Genannt wurden die Förderung des Wohlbefindens der PatientInnen, wie etwa Zuhören, Schmerzkontrolle und die Unterstützung der Familie.

2.5.3 Caring, Würde und Ethik

Um den Anforderungen und Bedürfnissen eines würdevollen Sterbens gerecht zu werden, bedarf es einer ganzheitlichen Versorgung. Dies kann in der Pflege durch das Fürsorgeprinzip (Caring) erfolgen. Das Caring Prinzip sieht vor, dass Menschen in ihrer Differenziertheit und Endlichkeit wahrgenommen und ihre Bedürfnisse ernst genommen werden. Dazu zählt auch das Bedürfnis nach Autonomie (Wallner, 2004). Kranke Menschen befinden sich in einer besonderen Lage und dies bedarf besonderer Fürsorge (Gruber, 2012). So gilt Caring als Teil von guter Pflege (Pearcey, 2010) und gute Pflege wird sehr oft

mit würdevoller Pflege assoziiert (Anderberg et al., 2007). Das Caring Prinzip beinhaltet unter anderem auch, sich auf PatientInnen einzulassen und ihnen mit Mitgefühl, Wertschätzung und Engagement in der Pflege entgegenzutreten (Schmid Büchi, 2001). Die Würde als wichtiger Bestandteil von Pflege, fordert auch der ICN (International Council of Nurses)- Ethikkodex von Pflegepersonen ein. In der Präambel des ICN- Ethikkodex steht: *„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenwürde, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Wertung des Alters, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, des Glaubens, der Hautfarbe, der Kultur, der Nationalität, der politischen Einstellung, der Rasse oder des sozialen Status ausgeübt“* (ICN-Ethikkodex, 2010 in Körtner, 2012, S. 69). Für die Pflegepraxis sind die Begriffe Caring, Würde und Ethik von großer Bedeutung und eine Einheit bildend. Mit der Entwicklung eines ethischen Rahmenkonzeptes für die Pflegepraxis beschäftigte sich Gastmans (2013). Er beschreibt, dass im Hintergrund einer ethischen Pflegepraxis die drei Kernkonzepte Verletzlichkeit, Caring und Würde zusammenfließen und in einer Würde fördernden Pflege gipfeln. Somit hat gute Pflege das Ziel, die Würde der PatientInnen zu stärken und zu verbessern. Respekt vor der Würde der verletzlichen Person sollte der ethische Standard in der Pflegepraxis sein. Diese Verletzlichkeit der PatientInnen formt den Pflegeprozess von Beginn an mit und erzeugt somit gleichzeitig einen ethischen vertretbaren Prozess. Der ethische Zugang zur Pflege ist wichtig, da nur so eine Person als Ganzes wahr- und ernstgenommen werden kann.

Der Schwerpunkt aller Würdekonzepte im Versorgungssetting liegt auf der Betrachtung der zwei Formen von Würde (human dignity sowie eine differenzierte Form). Dabei spielt in der Betreuung von PatientInnen am Ende ihres Lebens die differenzierte Form von Würde eine große Rolle. Durch die Interaktion zwischen PatientInnen und Pflegepersonen kann das Würdegefühl gefördert oder gehemmt werden (Edlund et al., 2013; Härle, 2010; Jacobson, 2007; Jacelon et al, 2004; Nordenfelt, 2004). Wichtige Aspekte in der Betreuung von PatientInnen am Ende ihres Lebens sind die Aufrechterhaltung der Autonomie und Selbstbestimmung (Guo & Jacelon, 2014; Street & Kissane,

2001) und den Menschen in seinen Bedürfnissen ernst zu nehmen (Chochinov et al., 2002a; Anderberg et al., 2007; Street & Kissane, 2001).

Die Inhalte der Konzepte in diesem Absatz machen deutlich, dass Pflege, Ethik und Würde miteinander verbunden sind und immer gemeinsam betrachtet werden sollten wenn es um die Betreuung eines Menschen geht. Da sich Menschen am Ende ihres Lebens in einer vulnerablen Situation befinden, kommt dem Würdebegriff in dieser Phase eine besondere Bedeutung zu (Gastmans, 2013; Chochinov et al., 2002a; Street & Kissane, 2001).

2.6 Die Würde in der empirischen Forschung

Der im Folgenden vorgestellte Forschungsstand zum Thema Würde umfasst zwei Aspekte, die Würde im Krankenhaus und die Würde am Ende des Lebens. Anschließend werden im Kapitel 2.7 diese beiden Schwerpunkte zusammengeführt.

2.6.1 Die Würde im Krankenhaus

Das Krankenhaus ist in Bezug auf das Thema Würde ein interessanter Ort, denn es wird von PatientInnen und Pflegepersonen als ein Ort beschrieben, an dem die Würde leicht verloren gehen kann oder in den Hintergrund tritt (Walsh & Kowanko, 2002). Gerade im Krankenhaus zeigt sich, dass Pflegepersonen einen Einfluss darauf haben, ob die Würde der PatientInnen bewahrt oder verletzt wird. Inwiefern die Würde bewahrt oder verletzt wird, ist unter anderem davon abhängig, ob Pflegepersonen PatientInnen als einen Menschen oder nur als ein „Objekt“ wahrnehmen (Heijlenskjöld, Ekstedt & Lindwall, 2010). Enes (2003) gibt zu bedenken, dass das Erhalten von Würde eine Herausforderung sei. Der Anspruch, alle Dimensionen einer würdevollen Betreuung zu erfüllen, kann für Pflegepersonen belastend sein. Deswegen ist es nicht verwunderlich, dass ein würdevoller Umgang im Krankenhaus und eine würdevolle Betreuung in den letzten zehn Jahren im Fokus einiger pflegewissenschaftlicher Publikationen standen. Ein weiterer Grund dafür könnte sein, dass gute Pflege im Krankenhaus oft mit würdevoller Pflege assoziiert wird (Anderberg et al., 2007). Andere Begriffe die mit Würde im Krankenhaus assoziiert werden

können sind Privatsphäre, Intimsphäre wahren, Respekt, Kontrolle, Fürsprechen und Zeit (Walsh & Kowanko, 2002). Weitere qualitative Studien berichten von Ressourcenknappheit und Arbeitsdruck als Gründe für die Verletzung der Würde bei PatientInnen (Seedhouse & Gallagher, 2002; Walsh & Kowanko, 2002). Ein aktuelles systematisches Review konnte fünf Projekte ausfindigen machen, die sich mit konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Würde im Krankenhaus bei älteren Menschen beschäftigen. Jedoch liegen derzeit bei keinem dieser Projekte Evaluationen der Interventionen vor. Aus diesem Grund können die Autoren derzeit keine Empfehlung für den akutstationären Bereich aussprechen (Zahran, Tauber, Watson, Coghlan, White, Procter, Addis, & Norton, 2016).

Die empirischen Studien zu dem Thema Würde im Krankenhaus, befassen sich zum größten Teil mit der Sichtweise von PatientInnen und deren Erfahrungen. Diese werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

2.6.2 Die Würde im Krankenhaus aus Sicht der PatientInnen

Borhani, Abbaszadeh & Rabori (2016) beschäftigen sich in ihrer aktuellen qualitativen Studie mit Würde fördernden Faktoren bei Menschen mit Herzinsuffizienz. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass fünf zentrale Kategorien die Würde im Krankenhaus beeinflussen können. Zum einen waren für die PatientInnen **personelle Ressourcen** auf den Stationen von Bedeutung. Die PatientInnen berichteten, dass das Vorhandensein von Personal das Gefühl eines Würdeverlustes reduzierte. Dabei erwähnten die PatientInnen Eigenschaften von Pflegepersonen, die als besonderes Würde fördernd galten. Zum Beispiel wurden der Charakter der Person genannt, ins besondere das Einfühlungsvermögen und die Motivation für die Arbeit. Des Weiteren wurde die **Erfahrung der Pflegeperson** als Würde fördernd genannt. Aber auch die **Umgebungsfaktoren** (ruhige und saubere Umgebung) im Krankenhaus spielen eine wichtige Rolle. Als ein weiterer fördernder Aspekt gilt eine **ganzheitliche Pflege**. Dazu zählen Symptomkontrolle, Schmerzfreiheit, Selbstständigkeit bewahren und Spiritualität. Als fünfter Punkt ist die **Kommunikation** zu nennen. Die Kommunikation wird als wichtig erachtet, um Würde zu bewahren und

fördern. Wenn alle diese genannten Punkte den Pflegepersonen bewusst sind, kann auf eine würdevolle Betreuung stattfinden (Borhani et al., 2016).

Eine ähnliche qualitative Studie führten Manookian, Cheraghi & Nasrabadi (2014) durch. Sie untersuchten aus der Sicht von PatientInnen Faktoren im Krankenhaus, welche die Würde fördern oder gefährden. Ein wichtiger Punkt war auch hier die Persönlichkeit des jeweiligen Pflegepersonals, also die Einstellung und Charaktereigenschaften. Fördernd wirkten laut PatientInnen, wenn das Personal mit Respekt und Menschlichkeit arbeitet. Auch Manookian et al. (2014) kamen zu der Erkenntnis, dass die Kommunikation, verbal und nonverbal, fördernd auf das Würdegefühl von PatientInnen wirkt. Deswegen halten es die Autoren für besonders wichtig, dass mehr Aufmerksamkeit auf die Interaktion zwischen Personal und PatientInnen im Krankenhaus gerichtet wird.

Auch Matiti & Trorey (2008) identifizierten in einer qualitativen Studie Themen, die für PatientInnen zur Bewahrung der Würde im Krankenhaus wichtig sind. Diese Themen sind Privatsphäre, Vertraulichkeit, Kommunikation und Information, Kontrolle, Autonomie, der Einbezug in Behandlungen, Respekt und Anstand. Das bedeutet, dass PatientInnen klare Vorstellungen darüber haben, was für sie eine würdevolle Behandlung im Krankenhaus ausmacht (Matiti & Trorey, 2008).

Eine Studie, die sich der PatientInnen – und Pflegepersonalsicht angenommen hat, ist die qualitative Studie von Baille (2008). Dabei beschreibt sie drei Themen als zentral: sich wohlfühlen, in Kontrolle sein und Wertschätzung. Außerdem hat Würde auch etwas mit der äußerlichen Erscheinung zu tun, also angemessen gekleidet zu sein oder etwa die Wahrung der Intimsphäre. Weitere Ergebnisse dieser Studie waren ebenfalls Faktoren, die die Würde der PatientInnen beeinflussen. Die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes wurde als negative Beeinflussung genannt. Um mit aus PatientInnensicht entwürdigenden Situationen im Krankenhaus umgehen zu können, wurden Humor, eine positive Einstellung, eine positive Beziehung zum Personal und die Krankenhausumgebung erwähnt. Aber auch das Personal kann Einfluss auf das Empfinden der Würde von PatientInnen haben. Kommunikation und

Informationsweitergabe führen zu einer positiven Beeinflussung des Würdegefühls (Baille, 2008).

2.6.3 Die Würde im Krankenhaus aus Sicht der Pflegepersonen

Trotz der Tatsache, dass es schon ein gutes Verständnis dafür gibt was gute Pflege bedeutet, besteht dennoch eine Forschungslücke wie Pflegepersonen eine gute und würdevolle Pflege durchführen sollen. Ziel einer aktuellen Studie von Williams, Kinnear & Victor (2016) war es, herauszufinden wie Pflegende gute und würdevolle Pflege in der Praxis umsetzen können. Aus den analysierten Interviews ergaben sich zwei Hauptkategorien.

The little things

Diese sogenannten Kleinigkeiten sind in der Praxis oft leicht durchzuführen und mit wenig Aufwand verbunden. Nichtsdestotrotz können sie PatientInnen viel bedeuten und ihre Würde bewahren. Zum Beispiel zählen dazu die Wahrung der Intimsphäre, sich mit Namen vorstellen, mit PatientInnen sprechen oder aufmerksam sein.

Making poor care visible

Das Sichtbarwerden mangelnder Pflege zeigt sich z.B. im Sprechen über PatientInnen während deren Anwesenheit oder in einer Inkontinenzversorgung, wo keine gebraucht wird. Solche Situationen werden als unwürdig bezeichnet. Diese Missstände wurden von den Pflegepersonen, wenn sie schon lange in dem Bereich arbeiteten, nicht mehr wahrgenommen. Die Situationen werden unsichtbar in der täglichen Arbeit. Aber genau diese Situation gilt es wieder in das Bewusstsein zu bringen und sichtbar zu machen.

Williams et al. (2016) kommen zu dem Schluss, dass es wichtig ist, die Aufmerksamkeit auf gute und würdevolle Pflege zu legen. Wichtig ist ihnen auch, dass sogenannte Best Practice Beispiele in der Pflege sichtbar gemacht werden. Zusätzlich sollten aber auch Negativbeispiele aus der Praxis offen und ehrlich angesprochen werden können. Die Kleinigkeiten sind oft von großer Bedeutung im Umgang von Menschen im Krankenhaus und können einen Unterschied in der Qualität der Betreuung ausmachen (Williams et al., 2016).

2.6.4 Die Würde in der End-of-life Care

Enes (2003) beschäftigte sich in ihrer qualitativen Studie mit der tieferen Bedeutung und mit Erfahrungen rund um die Würde im palliativen Setting. Aus Interviews mit PatientInnen, Angehörigen und Pflegepersonen kristallisierte sich heraus, dass es für PatientInnen am Ende des Lebens von großer Bedeutung ist, wahrgenommen und verstanden zu werden. Im Palliativbereich beschreiben PatientInnen Würde als ein ganzheitliches Geschehen, bei dem physische, psychische, soziale, kulturelle und spirituelle Komponenten eine Einheit bilden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Kontrolle über das eigene Leben und über den Körper zu erhalten. Ebenso wie im Krankenhaus, ist es auch im Palliativbereich wichtig wie behandelt wird. Erwähnt wurde hierbei, dass eine empathische Behandlung im Zusammenhang mit dem Würdegefühl von großer Bedeutung ist. Eine weitere Erkenntnis der Studie ist, dass das Würdegefühl in der Wahrnehmung der PatientInnen nicht statisch ist und sich schnell ändern kann. (Enes, 2003).

Östlund, Brown & Johnston (2012) führten ein Literaturreview durch, um zu definieren was eine würdebewahrende Pflege am Ende des Lebens beinhaltet. Als Rahmen verwendeten sie das Model von Chochinov et al. (2002a). Sie konnten dadurch Interventionen identifizieren, die für eine würdevolle Behandlung am Ende des Lebens wichtig sind. Dazu zählen die Reduktion der Symptombelastungen durch pharmakologische und nicht pharmakologische Interventionen, sowie die Reduktion der psychischen Belastungen durch Kommunikation und Hoffnung (z.B. Balance zwischen Hoffnung geben und Wahrheit sagen). Außerdem sollte der Grad der Unabhängigkeit anerkannt werden, um dort zu unterstützen wo es nötig ist. Pflegepersonen können spirituelles und psychologisches Wohlbefinden spenden, Hoffnung und Glauben sowie Kontrolle und Autonomie der PatientInnen erhalten (z.B. durch: Humor, Routine bieten, Privatsphäre oder gemeinsames Beten). Ebenso wurde die soziale Unterstützung durch Familie und Angehörige als würdebewahrende Intervention identifiziert (z. B. Angehörige animieren, sich an der Pflege zu beteiligen, Haustierbesuche oder Musik und Lichtelemente im Zimmer) (Östlund et al., 2012). Diese Interventionen orientieren sich an dem Model von Chochinov et al. (2002a) und bieten eine Untermauerung der bereits

identifizieren Kategorien des Models, mit konkreten Interventionen aus empirischen Studien. Kritisch zu bemerken sei jedoch, dass durch die vorgegeben Kategorien eine eventuelle Einschränkung der Interventionen durch die Studienautoren vorab vorgenommen wurde.

Aufbauend auf den empirisch basierten Maßnahmen aus dem Literaturreview von Östlund et al. (2012) entwickelte sich in den letzten Jahren die Dignity Care Intervention (früher Dignity Care Pathway). Die Dignity Care Intervention basiert ebenfalls auf dem Modell von Chochinov et al. (2002a) und wurde für die ambulante Betreuung entwickelt. Ziel dieser Intervention ist es, Probleme von PatientInnen am Ende ihres Lebens durch Fragenstellen und Gespräche zu identifizieren und evidenzbasierte Maßnahmen aufbauend auf den Problemen durchzuführen. Dadurch sollen PatientInnen am Ende ihres Lebens in ihrem Würdegefühl unterstützt werden (Johnston, Larkin, Connolly, Barry, Narayanasamy, Östlund & McIlpatrick, 2015a). Die Dignity Care Intervention wurde in Schottland in der ambulanten Pflege bereits auf Wirksamkeit und Anwendbarkeit getestet. Es zeigten sich bereits positive Effekte aus Sicht der Pflegepersonen. Derzeit werden die Maßnahmen noch weiter verdichtet und ein Einsatz in der ambulanten Pflege in Irland ist in Planung (Johnston et al., 2015a).

Eine deutschsprachige qualitative Studie beschäftigte sich im Setting Pflegeheim mit der Sichtweise von PflegeheimbewohnerInnen und Pflegepersonal zum Thema Sterben in Würde (Pleschberger, 2007). Dabei geben die Pflegepersonen an, dass Würde einen hohen Stellenwert in der täglichen Arbeit hat. Dennoch spielen laut Pflegepersonen personelle und zeitliche Ressourcen eine große Rolle, ob eine würdevolle Betreuung am Ende des Lebens gewährleistet werden kann. Die PflegeheimbewohnerInnen sahen soziale Beziehungen als wichtig an, um ihre Würde zu erhalten und zu fördern. Würde ist relational und formt sich im sozialen Kontext. Wichtig als fördernder Aspekt gilt auch die Dimension der interpersonalen Würde. Diese beinhaltet den Glauben und die körperliche Integrität. Würde bedrohend hingegen wirken Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Um eine würdevolle Betreuung zu erhalten, werden von den BewohnerInnen Verhaltensweisen eingesetzt, wie

zum Beispiel „nicht zur Last zu fallen“ oder sich an Regeln im Pflegeheim anzupassen. Die hohe Vulnerabilität der BewohnerInnen im Pflegeheim stellt einen großen Anspruch an die Pflege und an eine würdevolle Betreuung am Lebensende dar. Ein würdevolles Sterben ist in diesem Fall eng verbunden mit einem würdigen Leben (Pleschberger, 2007). Eine Studie aus Dänemark, die sich mit der Würde bei PflegeheimbewohnerInnen beschäftigte, kam zu ähnlichen Ergebnissen. Lohne et al. (2016) beschreiben, dass der tägliche Stress des Personals eine Bedrohung der Würde der BewohnerInnen darstellt. Des Weiteren nannten die befragten Pflegepersonen, Respekt als einen wichtigen Punkt im Zusammenhang mit Würde.

2.7 Die Würde in der End-of-life Care im Krankenhaus

In diesem Kapitel werden Erkenntnisse der empirischen Forschung zum Thema Würde am Ende des Lebens im Setting Krankenhaus vorgestellt. In dem Review von Jacelon & Guo (2014) werden wichtige Aspekte eines würdevollen Sterbens beschrieben. Sie kommen zu dem Schluss, dass Würde im Setting Krankenhaus besonders anfällig sei, verletzt zu werden. In einer quantitativen Fragebogenerhebung von Addington-Hall & O'Callaghan (2009) wurde die Qualität der Pflege am Ende des Lebens im Krankenhaus und im Hospiz verglichen. Die AutorInnen versuchten anhand der Sicht der Angehörigen etwas über die Sichtweisen von PatientInnen, die die letzten drei Monate ihres Lebens in einem Krankenhaus bzw. einem Hospiz verbrachten, zu erfahren. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die subjektiv bessere pflegerische Versorgung im Hospiz stattfand. Des Weiteren fanden die AutorInnen heraus, dass im Hospiz nicht nur die Schmerzkontrolle und die Kommunikation besser waren, sondern dass die Angehörigen auch den Umgang würdevoller als im Krankenhaus empfanden (Addington-Hall & O'Callaghan, 2009).

2.7.1 Würde fördernde und hemmende Faktoren

Aus PatientInnensicht gibt es Möglichkeiten, die Würde am Ende des Lebens im Krankenhaus zu fördern. Dazu zählen eine respektvolle Behandlung, Kommunikation, eine effektive Symptomkontrolle, und die Wahrung der Privat- und Intimsphäre. (Pringle, Johnston & Buchanan, 2015). Eine etwas andere Art

einer Würde fördernden Betreuung am Ende des Lebens schlagen Keegan & Drick (2011) vor. Sie entwickelten das Konzept eines goldenen Raumes („The golden Room“). Dieser Ort soll die Möglichkeit bieten, ein würdevolles Sterben zu gewährleisten. Es handelt sich dabei um einen ruhigen Ort/Raum, eingebettet in Strukturen wie Krankenhaus oder Pflegeheim. Wichtig dabei sind eine angenehme Inneneinrichtung, Bilder, sanfte Musik und ein Zusatzbett. Zusätzlich kommen speziell ausgebildete MitarbeiterInnen zum Einsatz, die sich dort um den/die Sterbenden/Sterbende kümmern (Keegan & Drick, 2011). Dieser goldene Raum ist jedoch derzeit nur eine konzeptuelle Idee der Autorinnen. Eine weitere Methode zur Förderung der Würde am Ende des Lebens im Setting Krankenhaus entwickeln derzeit Johnston, Pringle, Gaffney, Narayanasamy, McGuire & Buchanan (2015b). In ihrer Pilotstudie geben sie bereits erste Einblicke. Es handelt sich um eine „Patient Dignity Question (PDQ)“, welche aus empirischer Forschung entwickelt wurden. Diese lautet: *„What do I need to know about you as a person to take the best care of you that I can?“* (Johnston, et al., 2015b, S. 2). Diese Frage wurde speziell für das Akutsetting entwickelt und soll helfen, PatientInnen in der letzten Phase ihres Lebens besser zu verstehen. Somit soll eine patientInnenorientierte und würdevolle Pflege gewährleistet werden. Diese Frage befindet sich laut den AutorInnen derzeit noch in der Entwicklungsphase. Jedoch wurde bereits in einer Pilotstudie herausgefunden, dass die Mehrzahl der PatientInnen auf die Frage positiv reagierte. Es besteht noch kein empirisches Wissen darüber, ob die PDQ einen direkten Einfluss auf das Würdegefühl von PatientInnen hat.

Als hemmende Faktoren in der Krankenhaus End-of-life Care wurden aus PatientInnensicht derzeit nur, Kommunikationsbeeinträchtigung und Schmerzen, die nicht mehr in den Griff zu bekommen sind, identifiziert (Pringle et al., 2015).

2.7.2 Forschungslücke

Aus der ausgewerteten Literatur zum Forschungsstand geht hervor, dass es im Krankenhaus schwierig scheint, die Würde am Lebensende aufrecht zu erhalten. Auch die Belastungen und Probleme, die Pflegepersonen im Umgang mit Tod und Sterben haben, wurden aufgearbeitet. Das Sterben eines Patienten

gilt als ein emotionales Ereignis und ist oft mit negativen Gefühlen verbunden (Tamaki et al., 2014; Johansson & Lindahl, 2011; Lauterbach, 2008; Zargham et al., 2008; Wallerstedt & Andershed, 2007; Araújo et al., 2004). Die Bedeutung der Würde steigt zudem, wenn es sich um sogenannte vulnerable Situationen handelt. Was eine würdevolle Betreuung im Krankenhaus für PatientInnen und Pflegepersonen bedeutet, wurde in der Literatur schon ausreichend beleuchtet. Der Schwerpunkt der Ergebnisse der Studien über Würde im Krankenhaus, liegt auf Würde fördernde Faktoren aus Sicht von PatientInnen. Als Würde fördernd im Krankenhaus gilt, PatientInnen als Menschen wahrzunehmen (Heijlensköld et al., 2010), Einfühlungsvermögen und Arbeitserfahrung der Pflegepersonen (Borhani et al., 2016), Motivation (Borhani et al., 2016; Manookian et al., 2014), Privatsphäre, Wertschätzung sowie zu guter Letzt Kommunikation (Borhani et al., 2016; Manookian et al., 2014; Baille, 2008; Matiti & Trorey, 2008). Aus Sicht von Pflegepersonen können Kleinigkeiten in der Praxis die Würde von PatientInnen fördern (Williams et al., 2016). Würde hemmende Faktoren konnten ebenfalls identifiziert werden, dazu zählen die Ressourcenknappheit und der Arbeitsdruck von Pflegepersonen (Seedhouse & Gallagher, 2002; Walsh & Kowanko, 2002), sowie die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes (Baille, 2008). Ebenfalls gibt es bereits Erkenntnisse zu den Aspekten eines würdevollen Sterbens im Krankenhaus aus Sicht von PatientInnen und aus der Sicht von BewohnerInnen in Pflegeheim. Würde fördernde Faktoren am Ende des Lebens sind ähnlich den vorhin dargestellten Würde fördernden Faktoren im Krankenhaus. Eine respektvolle Behandlung, Kommunikation, Symptomkontrolle und Privatsphäre werden von PatientInnen bzw. deren Angehörigen genannt (Pringle et al., 2015; Addington-Hall & O'Callaghan, 2009). Im Pflegeheim sind das vorhanden sein von sozialen Beziehungen und Ressourcen ausschlaggebend für eine würdevolle Betreuung am Ende des Lebens (Lohne et al., 2016; Pleschberger, 2007). Eine ganzheitliche Pflege scheinen sowohl im Krankenhaus, als auch im palliativ Setting ein bedeutendes Thema für eine Würde bewahrende Pflege am Ende des Lebens zu sein (Borhani et al., 2016; Enes, 2003). Ein Literaturreview von Östlund et al. (2012) bietet eine Zusammenfassung von Setting unabhängigen Interventionen zur Bewahrung der Würde am Ende des Lebens. Diese evidenzbasierten

Maßnahmen sind ein Teil der Dignity Care Intervention, bei der PatientInnen die ambulant betreut werden in einer Aufrechterhaltung des Würdegefühls unterstützt werden sollen (Johnston et al., 2015a).

Studien von Keegan & Drick (2011) („The golden Room“) oder Johnston et al. (2015b) (PDQ) geben erste Hinweise auf Möglichkeiten für die Pflege. Diese befinden sich aber erst in der Entwicklungsphase. Nur die Studie von Wilson et al. (2006) aus den USA beschäftigt sich mit dem Thema aus Sicht von ExpertInnen. Aus der Literatur geht jedoch nicht hervor, was für Pflegepersonen im Setting Krankenhaus würdevolles Sterben bedeutet. Außerdem fehlt Wissen darüber, was Pflegepersonen im Krankenhaus konkret leisten bzw. leisten könnten, um ein würdevolles Sterben zu realisieren bzw. welche Möglichkeiten sie dazu hätten.

Um einem Würdeverlust am Ende des Lebens im Krankenhaus aktiv entgegenwirken zu können, wurde die vorliegende empirische Studie durchgeführt. Im anschließenden Kapitel wird die Methode der empirischen Untersuchung dargestellt.

3. Methode der empirischen Untersuchung

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Datenerhebung und der Datenauswertung dargestellt und begründet. Im Kapitel 3.1 Datenerhebung wird vorerst auf die Entwicklung der Fallvignette eingegangen und anschließend auf die Methode der Gruppendiskussion. Das Kapitel 3.2 widmet sich der Beschreibung der Datenauswertung mit Beispielen aus der Arbeit. Im Kapitel 3.3 befindet sich das Glossar. Außerdem werden im Kapitel 3.4 die Gütekriterien der qualitativen Forschung und im Kapitel 3.5 die ethischen Prinzipien der Arbeit dargelegt.

3.1 Datenerhebung

Da es in der Arbeit um die Erfassung der Sichtweise der Berufsgruppe der Pflegepersonen zum Sterben im Krankenhaus geht, wird die qualitative Methode der Gruppendiskussion auf Basis einer Fallvignette gewählt. Dass es sich bei diesem Thema um ein von den Betroffenen als problematisch empfundenes Thema handelt, wurde im Kapitel 1.1 Problemdarstellung dargestellt. Ebenso wurde gezeigt, dass die Bedeutung der Pflege beim Sterben im Krankenhaus steigt. Darum geht es in der geplanten Arbeit auch nicht um Einzelmeinungen oder -einstellungen, sondern um die diskursive Auseinandersetzung einer Berufsgruppe mit diesem sensiblen Thema. Gruppendiskussionen eignen sich dafür besonders gut, denn sie gewährleisten, neben der Ermittlung von Informationen zu einem bestimmten Thema, eine natürliche, alltägliche Kommunikationssituation in einer Gruppe von mehreren TeilnehmerInnen. *„Die Gruppendiskussion ist eine Erhebungsmethode, die Daten durch Interaktion der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird“* (Lamnek, 2005, S.27). Weiters bietet sie eine natürliche, alltägliche Kommunikationssituation zur Erfassung von realitätsgerechten Informationen und zur Rekonstruktion von sinnhaften sozialen Wirklichkeiten. Gruppendiskussionen stellen eine kommunikative Interaktion unter relativ kontrollierten Bedingungen dar. Dies betrifft z.B. die Vorgabe des Themas. Im Mittelpunkt steht nicht die einzelne Sicht der TeilnehmerInnen, sondern das inhaltliche Ergebnis der gesamten Diskussion. Gruppendiskussionsverfahren

gelten als flexibel und offen und sind im Bereich der qualitativen Forschung angesiedelt (Lamnek, 2005).

Aus diesen Gründen erschien die qualitative Methode der Gruppendiskussion als am besten geeignet, um das Thema ‚Würdevolles Sterben im Krankenhaus‘ zu erforschen. Im Kapitel 3.1.4 wird die Vorgehensweise hinsichtlich der durchgeführten Gruppendiskussionen im Detail beschrieben.

3.1.1 Die Fallvignette

Laut Lamnek (2005) soll zum Einstieg in eine Gruppendiskussion ein Grundreiz gesetzt werden. Dieser Grundreiz kann durchaus kontrovers sein, um die Hemmungen gleich von Anfang an abzubauen und eine Betroffenheit auszulösen. Die Fallvignette diene dazu, einen Einstieg in die Diskussion zu gewährleisten. Allgemein kann eine Vignette aus einem Text, einem Bild oder einem anderen Stimuli bestehen, worauf die StudienteilnehmerInnen reagieren sollen (Hughes & Huby, 2002). Sie eignet sich, um Informationen darüber zu erhalten, wie Menschen sich in bestimmten Situationen verhalten würden (Schnell, Schulz, Dunger & Möller, 2009). Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde den StudienteilnehmerInnen der Gruppendiskussion eine schriftliche Fallvignette vorgelegt. Die Entwicklung einer Fallvignette kann auf Basis vorhandener Literatur oder von Geschichten aus Einzelfällen realer PatientInnen erfolgen (Gould, 1996).

Für die Arbeit wurde ein typischer Fall aus der eigenen praktischen Erfahrung im Pflegebereich der Forscherin für die Fallvignette (Anhang 1) konstruiert. Nach der Konstruktion wurde die Fallvignette zum Pretest an drei Pflegepersonen per Email versendet. Die Fallvignette wurde unter Berücksichtigung bestimmter Fragestellungen gelesen und die Anmerkungen wurden per Email an die Forscherin retourniert. Die mit der Fallvignette mitgeschickten zu beantwortenden Fragen lauteten: „Wie realistisch ist die Vignette? Habe ich alles verstanden? Ist es relevant für das zu erforschende Thema? Ist die Vignette interessant? Und sonstige Anmerkungen.“ Innerhalb einer Woche kamen die Feedbacks und Anmerkungen der drei Pflegepersonen zurück und wurden in die aktuelle Fallvignette eingebaut. Zusammengefasst

bezogen sich die Anmerkungen auf Inhalte der Vignette und Formulierungen von Sätzen. Insgesamt wurde die Vignette als verständlich, realistisch, relevant und gut als Diskussionseinstieg beurteilt.

3.1.2 Der Rekrutierungsprozess

Das Forschungsinteresse bezieht sich ausschließlich auf die Sichtweisen von Pflegepersonen (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Pflegehilfe). Somit wurden PatientInnen, Angehörige und andere im Krankenhaus tätige Berufsgruppen ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden Pflegepersonen, die in einer Krankenanstalt im deutschsprachigen Raum arbeiten. Weiters wurde der Fokus ausschließlich auf den Akutbereich gelegt. Es sollten zwei Gruppendiskussionen an zwei unterschiedlichen Terminen stattfinden. Die zwei Gruppen sollten jeweils aus mindestens fünf bis maximal sieben TeilnehmerInnen bestehen.

Der Rekrutierungsprozess fand in den Monaten März, April und Mai 2016 unter anderem über die Internetplattform Facebook statt. Dazu wurde in mehreren Gruppen, deren Zielgruppe Pflegepersonen darstellen, ein Informationsblatt (Anhang 2) hochgeladen. Die InteressentInnen meldeten sich per Email, Facebook oder telefonisch bei der Forscherin. Gleichzeitig wurde das Informationsblatt auch an befreundete Pflegepersonen der Forscherin versendet, mit der Bitte, dieses auch an andere Pflegepersonen weiterzuleiten. Durch dieses Schneeballprinzip konnten insgesamt neun Pflegepersonen für die beiden Termine der Gruppendiskussionen rekrutiert werden. Eine weitere Teilnehmerin wurde über Facebook rekrutiert. Auf diese Weise konnten für beide Termine fünf Pflegepersonen rekrutiert werden. Eine Teilnehmerin hat bei der zweiten Gruppendiskussion kurzfristig abgesagt. So nahmen an der ersten Diskussion fünf und an der zweiten vier TeilnehmerInnen teil. Eine Teilnehmerin entsprach nicht den oben genannten Einschlusskriterien, da sie aktuell nicht mehr in der Pflege arbeitete und seit November 2015 in Pension ist. Da sie 40 Jahre an Erfahrung im akutstationären Bereich mitbrachte und die Forscherin nicht auf diesen Erfahrungsreichtum verzichten wollte, wurde die Teilnehmerin trotzdem in die Gruppendiskussion aufgenommen.

3.1.3 Beschreibung der TeilnehmerInnen

In Tabelle 1 werden die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen dargestellt. Die soziodemografischen Daten (Anhang 3) wurden vor der Gruppendiskussion von den TeilnehmerInnen selbst ausgefüllt. Die Zahlen neben den Buchstaben der TeilnehmerInnen beziehen sich auf die Gruppendiskussion. Zur Zuordnung wurden auf dem soziodemografischen Datenblatt die vorab vergebenen Codes der TeilnehmerInnen notiert.

Tabelle 1: Darstellung der TeilnehmerInnen

TeilnehmerIn	Alter in Jahren	Geschlecht	In der Pflege seit.... Jahr(en)	Auf der aktuellen Station seit Jahren
A1/Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS)	45	Weiblich	8	2
B1/DGKS	22	Weiblich	1½	1½
C1/Pflegehelfer	30	Männlich	6	6
D1/DGKS	25	Weiblich	2 ½	2 ½
E1/DGKS	27	Weiblich	5	1½
A2/DGKS	51	Weiblich	28	17
B2/DGKS	61	Weiblich	40	13
C2/DGKS	29	Weiblich	2 ½	2 ½
D2/DGKP	30	Männlich	4	4

3.1.4 Durchführung der Gruppendiskussionen

Vor der ersten Diskussion wurde auf Basis der Literatur von Lamnek (2005) und Loos und Schäfer (2001) ein Leitfaden für die Diskussion entwickelt. Dieser beinhaltete den geplanten Ablauf der Diskussion, eine Einstiegsfrage sowie vier weitere Fragen, für den Fall, dass die Diskussion ins Stocken geraten würde.

Die Gruppendiskussionen fanden an zwei Terminen im Mai statt. Eine Woche vor den Terminen wurde die Fallvignette per Email an die TeilnehmerInnen versendet, sodass vorab eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema erfolgen konnte. Der Ablauf der Gruppendiskussionen war an beiden Terminen ident. Die Forscherin selbst führte die Gruppendiskussionen in der Rolle als Moderatorin durch. Nachdem sich alle TeilnehmerInnen im Seminarraum am Institut für Pflegewissenschaft eingefunden hatten und eine Begrüßung stattgefunden hatte, wurden vorab die Einverständniserklärungen unterschrieben. Eine Vorlage dieser Einverständniserklärung findet sich in Anhang 4. Ebenso wurde ein Datenblatt zur Erhebung der soziodemografischen Daten der TeilnehmerInnen ausgefüllt. Gleichzeitig wurden Codes (Buchstaben A-E) vergeben und diese als Tischkärtchen aufgestellt. Diese Codes wurden auf den jeweiligen soziodemografischen Datenblättern vermerkt und dienten der Anonymisierung der TeilnehmerInnen. Weiters wurden die Codes dafür herangezogen, um während der Diskussion zu notieren, wer gesprochen hat. Anschließend fand eine Vorstellungsrunde statt. Danach wurden noch Grundregeln für die Diskussion festgelegt. Diese Grundregeln wurden aus der Literatur abgeleitet, um ein offenes und respektvolles Gespräch zu gewährleisten (Lamnek, 2005; Loos & Schäfer, 2001). Sie umfassten folgende Punkte: Ausreden Lassen, offen miteinander reden, Austausch von Meinungen und Erfahrungen, gleichwertige Bedeutung aller Beiträge, keine Wertung der Meinungen als richtig oder falsch, sowie gegenseitiges respektieren. Die Rolle als Moderatorin wurde ebenfalls erläutert. Damit eine Selbstläufigkeit bei einer Diskussion gewährleistet werden kann, ist dabei wichtig, dass sich der Moderator/die Moderatorin im Hintergrund hält (Lamnek, 2005; Loos & Schäfer, 2001).

Die Diskussionen wurden mittels Laptopmikrofon und Aufnahmesoftware aufgenommen. Die Aufnahme wurde gestartet, nachdem die Fallvignette vorgelesen wurde. Danach wurden zwei Einstiegsfragen gestellt. Diese lauteten in beiden Diskussionen: „Wie ist es euch beim Lesen des Falles ergangen? Wäre so ein Fall auch bei euch auf der Station möglich gewesen?“ Daraufhin begann die Diskussion. Während diese ablief, wurde darauf geachtet, dass jede/r TeilnehmerIn ungefähr gleich oft zu Wort kam und, dass die Diskussion nicht zu sehr vom Thema abwich. Bei beiden Diskussionen musste die Forscherin einmal aktiv eingreifen, um die Diskussion wieder auf das Thema zurück zu bringen. Die Dauer der ersten Gruppendiskussion betrug 1 Stunde und 08:19 Minuten, die zweite verlief etwas kürzer mit einer Dauer von 57:40 Minuten. Am Ende der Diskussionen wurde jeweils noch die Möglichkeit geboten, Fragen zu stellen und Anmerkungen zu ergänzen. Ein mündliches Feedback nach den Diskussionen zur Methode und zum Ablauf war durchwegs positiv. Während den Diskussionen wurden von der Forscherin sowohl die Reihenfolge der SprecherInnen, als auch Gesprächsnotizen zur Gruppendynamik sowie besonders interessante Aussagen notiert.

Nach der Durchführung wurden beide Diskussionen transkribiert. Die Gruppendiskussionen wurden nach den Transkriptionsrichtlinien TiQ (Talk in Qualitativ Social Research, Abbildung 3) transkribiert (Bohnsack, 2014). Diese Richtlinien werden von Bohnsack (2014) in Bezug auf seine Auswertungsmethode, welche im folgenden Kapitel näher erläutert wird, vorgeschlagen, weshalb diese Richtlinien auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit herangezogen wurden.

[Beginn einer Überlappung bzw. direkter Anschluss beim Sprecherwechsel
]	Ende einer Überlappung
(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert
<u>nein</u>	betont
nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
.	stark sinkende Intonation
;	schwach sinkende Intonation
?	stark steigende Intonation
,	schwach steigende Intonation
viellei-	Abbruch eines Wortes
oh=nee	Wortverschleifung
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
()	unverständliche Äußerungen, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt))	Kommentare bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z.B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung. In vereinfachten Versionen des Transkriptionssystems kann auch Lachen auf diese Weise symbolisiert werden. In komplexeren Versionen wird Lachen wie folgt symbolisiert:
@nein@	lachend gesprochen
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sek. Lachen

Abbildung 3: Transkriptionsrichtlinien TiQ (Bohnsack, 2014, S.253)

3.2 Datenauswertung

Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde die dokumentarische Methode nach Ralf Bohnsack (2014) ausgewählt. Die heutige Form dieser interpretativ-rekonstruktiven Inhaltsanalyse geht auf Karl Mannheim (1964) zurück. In den sechziger Jahren entwickelte dieser die dokumentarische Methode auf Grundlage der Ethnomethodologie, welche sich mit der alltäglichen Interaktion beschäftigt. Die dokumentarische Methode wurde dabei als Alternative zu anderen Methoden des naturwissenschaftlichen Erkenntnisgewinnes erarbeitet. Im Vordergrund dieser im qualitativen Forschungsbereich angesiedelten Methode steht neben dem Verstehen und Interpretieren im Rahmen der Datenanalyse vor allem jedoch die Unterscheidung dieser beiden Begriffe. Als Grundlage des Verstehens bedarf es keiner besonderen Interpretationsleistung während einer kommunikativen Interaktion. Gemeinsame konjunktive

Erfahrungsräume und implizites Wissen sind ausreichend, um das Gegenüber zu verstehen. Bei der Interpretation steht die Analyse des dahinterliegenden Musters einer kommunikativen Interaktion im Vordergrund. Das zu analysierende Datenmaterial wird somit in Bezug auf seinen Objekt- sowie Dokumentensinn untersucht (Bohnsack, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Bohnsack baute auf den Arbeiten von Mannheim auf und entwickelte die Methode in den achtziger Jahren weiter, speziell zur Auswertung von Gruppendiskussionen im Rahmen von Jugendforschungsprojekten. Die Annahme hinter der dokumentarischen Methode liegt für Bohnsack (2014) darin, dass das Alltagshandeln und das Denken sozial konstruiert sind und durch die Methode rekonstruiert werden können. Das Prinzip der Auswertung formuliert Bohnsack folgendermaßen: *„Das, was gesagt, berichtet, diskutiert wird, also das was thematisch wird, gilt es von dem zu trennen, was sich in dem Gesagten über die Gruppe dokumentiert“* (Bohnsack, 2014, S. 383). Das bedeutet, dass es sich um eine Auswertungsmethode handelt, bei der sowohl der Inhalt der Diskussion interpretiert wird, als auch der Prozess der Entstehung (Bohnsack, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Insgesamt beinhaltet die dokumentarische Methode vier Schritte (formulierende Interpretation, reflektierende Interpretation, Diskursbeschreibung und die komparative Analyse und Typenbildung).

Für die Auswertung der Gruppendiskussionen ist diese dokumentarische Methode daher gut geeignet, da nicht nur der Inhalt des Gesagten analysiert werden sollte, sondern auch der Prozess der Entstehung einer Gruppendiskussion einen wichtigen Teil einnimmt. Ziel der Arbeit ist es, die Möglichkeiten eines würdevollen Sterbens im Krankenhaus aus Sicht einer Berufsgruppe zu erfassen. Es geht nicht um Einzelmeinungen oder -einstellungen, sondern um die diskursive Auseinandersetzung einer Berufsgruppe mit diesem Thema. So beschreibt Bohnsack (2014): *„Die Gruppenmeinung ist keine `Summe´ von Einzelmeinungen, sondern das Produkt kollektiver Interaktion“* (Bohnsack, 2014, S. 65). Bei der dokumentarischen Methode steht sowohl der immanente Sinngehalt der

Diskussion, als auch der dokumentarische bzw. konjunktive Sinngehalt (oder auch Dokumentsinn) im Vordergrund der Auswertung. Der immanente Sinngehalt wird während der formulierenden Interpretation ermittelt. Zum Beispiel, eine Pflegeperson verabreicht einem/einer Patienten/Patientin ein Schmerzmittel, um ihm/ihr die Schmerzen zu nehmen. Diese Tätigkeit ist ohne Wissen über den Kontext nachvollziehbar und die Rollenerwartungen werden erfüllt. Die Kommunikation bewegt sich innerhalb der eigenen Erfahrungen und diese bilden den Orientierungsrahmen der Kommunikation. In einem weiteren Schritt wird bei der dokumentarischen Methode die Ebene der konjunktiven Erfahrungen ermittelt. Dabei können die Äußerungen nur über das Wissen des Kontextes der TeilnehmerInnen erschlossen werden. Zum Beispiel verabreicht die Pflegeperson das Schmerzmittel nicht, sondern fragt nach den Ursachen, den Symptomen. Aber *„erst dann, wenn wir versuchen, das ‘Symptom’ in seiner aus der Situation resultierenden Sinnhaftigkeit zu begreifen, beginnen wir, dokumentarisch zu interpretieren“* (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S.284).

Der konjunktive Erfahrungsraum spiegelt sich auf der Ebene der Sprache der DiskussionsteilnehmerInnen wieder. Die konjunktiven Erfahrungsräume dienen weiter als Basis gemeinsamer Orientierungen (Bohnsack, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Da Bohnsack eine sehr spezielle Sprache und Begriffe verwendet, befindet sich eine Zusammenfassung der verwendeten Begriffe in Form eines Glossars im Kapitel 3.3.

Schritte der Auswertung

Als erster Schritt der Datenauswertung wurde die **formulierende Interpretation** angewandt. Dabei geht es darum, dass eine thematische Struktur aus den Gruppendiskussionen herausgearbeitet wird. Es gilt die angesprochenen Themen und Unterthemen zu identifizieren. Dabei wurde das Gesprochene zusammengefasst formuliert, also paraphrasiert (Beispiel, Tabelle 2). Ein weiterer Teil der formulierenden Interpretation besteht darin, dass Passagen gekennzeichnet werden, welche eine metaphorische und dramaturgische Dichte aufweisen sowie für eine komparative Analyse und für die Forschungsfragen von Relevanz sind. Außerdem wurde vermerkt, ob das

Thema von der Gruppe oder von der Moderatorin initiiert wurde. Diese Anmerkungen zählen gleichzeitig als Vorbereitung auf den zweiten Schritt der Auswertung. Bei diesem ersten Schritt wurde folgender Frage nachgegangen: „Was wurde in der Diskussion gesagt?“ Ziel ist es, eine thematische Struktur, d.h. den immanenten Sinngehalt der Gruppendiskussion darzustellen (Bohnsack, 2014).

Tabelle 2: Beispiel, formulierende Interpretation (eigene Darstellung)

Zeilennummer	Oberthema	Unterthema	Analyse/Anmerkung
32-39	Entscheidungen treffen		Metaphorische Dichte, aus der Diskussion entstanden
32-34 D		Entscheidung des nach Hause entlassen wird hinausgezögert	
34 D		Ignorieren der Wunsch der Patientin	
39 C		Patientin wird nicht in Entscheidung mit einbezogen	
103-125 B	Entscheidungen treffen	Sich trauen, medizinische Entscheidungen zu treffen, AND ist ein Problem.	Metaphorische Dichte bei diesem Thema
103-104 B		Die Entscheidungen sollten getroffen werden, damit PatientInnen nicht leiden müssen.	
108 B		Leiden der PatientInnen führt	

Zeilennummer	Oberthema	Unterthema	Analyse/Anmerkung
		zu einer emotionalen Belastungen für Pflegepersonal	
109-114 D		Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen bei Entscheidungen treffen wäre wichtig	

Als zweiter Schritt folgte die **reflektierende Interpretation**. Bei diesem Schritt der Analyse wurde folgende Frage beantwortet: „Wie wurde etwas gesagt?“ Es handelt sich dabei um eine Rekonstruktion der Diskursorganisation. Der Rahmen der Diskussion soll dargestellt und Bedeutungszusammenhänge und Orientierungen identifiziert werden. Somit kann gezeigt werden, auf welche Weise die DiskutantInnen die Themen behandeln (Beispiel, Tabelle 3). Einzelne Orientierungskomponenten werden in der Diskussion gesucht und durch Gegenhorizonte wird der Orientierungsrahmen markiert. Dabei kann ein Horizont in eine positive Richtung streben (dahin strebt die Orientierung) oder in eine negative (davon grenzt sich die Orientierung ab). Die unterschiedlichen Horizonte stellen wechselseitig einen Gegenhorizont dar. Der immanente Sinngehalt wird in der reflektierenden Interpretation überschritten (Bohnsack, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Tabelle 3: Beispiel, reflektierende Interpretation (eigene Darstellung)

Zeilennummer	Oberthema	Unterthema	reflektierende Interpretation
32-39	Entscheidungen treffen		
32-34 D		Entscheidung des nach Hause Entlassen wird hinausgezögert	Proposition wird eingebracht von D

Zeilennummer	Oberthema	Unterthema	reflektierende Interpretation
34 D		Ignorieren der Wunsch der Patientin	auf Fallvignette bezogen
39 C		Patientin wird nicht in Entscheidung mit einbezogen	Elaboration durch C durch Exemplifizierung
103-125 B	Entscheidungen treffen	Sich trauen medizinische Entscheidungen zu treffen, AND ist ein Problem.	Elaboration des Themas Entscheidungen treffen
103-104 B		Die Entscheidungen sollten getroffen werden, damit PatientInnen nicht leiden müssen.	
108 B		Leiden der Patientin führt zu einer emotionalen Belastungen für Pflegepersonal	Hohe Dichte bei der Elaboration des Themas, hohe Relevanz für die Gruppe
109-114 D		Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen beim Treffen von Entscheidungen	Validierung durch D der Aussage von B

Den dritten Schritt stellt die **Diskursbeschreibung** dar. Im Rahmen dieser werden die Schritte eins und zwei beschreibend zusammengefasst. Eine verdichtete Darstellung der Orientierungen, des Orientierungsrahmens, der Dramaturgie und der Diskursorganisation wird dadurch möglich. Es handelt sich dabei um eine Nacherzählung des Diskursverlaufs (Bohnsack, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Die Diskursbeschreibung wird durch Zitate

aus den Diskussionen verdichtet und nachvollziehbar gemacht. Die Diskurbschreibungen der beiden Gruppendiskussionen finden sich in Kapitel 4.

Der vierte und letzte Schritt ist die **komparative Analyse und Typenbildung**. Dabei sollen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Gruppen hervorgehoben werden. Es wird dargestellt, wie ein Thema in unterschiedlichen Gruppen bearbeitet wird bzw. werden gemeinsame Orientierungen in den Gruppen ausfindig gemacht. Dies erfolgt auf Basis der Horizonte. Ziel ist es, den Einzelfall zu abstrahieren. Somit kann eine allgemeinere, abstraktere Beschreibung über den zu erforschenden Gegenstand erfolgen. Die komparative Analyse resultiert in einer Typenbildung, welche den Erlebenshintergrund bzw. die Erfahrungsräume der TeilnehmerInnen miteinbezieht (Bohnsack, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). In der Forschungspraxis findet der vierte Schritt parallel zu den anderen statt. Die Ergebnisse, welche aus allen vier Schritten der Auswertungsmethode resultieren, werden in Kapitel 4.2 grafisch und in Textform dargestellt.

3.3 Glossar (alphabetisch)

Antithese: Es wird verneinend auf die Proposition Bezug genommen und/oder ein negativer Horizont wird beschrieben.

Anschlussproposition: Es wird kein neues Thema, aber ein neuer Aspekt einer Orientierung aufgeworfen.

Elaboration: Die Bearbeitung einer Orientierung, durch Argumente oder konkrete Beispiele.

Enaktierungspotential: Die Umsetzung bzw. Realisierungsmöglichkeit einer Orientierung.

Differenzierung: Weiterbearbeitung der Orientierung und die Grenzen des Horizontes werden aufgezeigt.

Divergender Diskurs: Entgegengesetzte Meinungen sind Inhalt des Diskurses.

Dokumentarischer bzw. konjunktiver Sinngehalt: Der dokumentarische bzw. konjunktive Sinngehalt oder auch Dokumentensinn rekonstruiert unter welchen Bedingungen etwas gesagt wurde. Die getätigten Äußerungen können während der Kommunikation miteinander, nur im Wissen über den Kontext interpretiert werden.

Horizonte: Die Orientierung bewegt sich zwischen unterschiedlichen Horizonten, welche wechselseitig Gegenhorizonte zueinander darstellen. Ein positiver Gegenhorizont beschreibt das Sinnvolle/Erstrebenswerte. Ein bestimmtes Ideal sollen erreicht werden. Ein negativer Gegenhorizont wirkt beschränkend und grenzt sich von anderen Orientierungen ab.

Immanente Sinngehalt: Die Akteure während einer kommunikativen Interaktion handeln nachvollziehbar. Die Grenzen des eigenen Erfahrungsraumes werden nicht überschritten und die Rollenerwartungen werden erfüllt. Sie bilden den **Orientierungsrahmen**.

Metaphorische und dramaturgische Dichte: Das Gesagte hat eine hohe Relevanz für die Gruppe. Dies ist bemerkbar durch, schnelle und/oder häufige Sprechwechsel. Das Thema wird ausführlich behandelt, im Gegensatz zu anderen Passagen in derselben Diskussion und/oder andere Merkmale wie Pausen beim Sprechen oder Wechsel von argumentativen Stil zu erzählenden.

Proposition: Das Aufwerfen einer Orientierung. Eine beschreibende Äußerung, mit der ein neues Thema oder ein neuer Aspekt in die Diskussion eingebracht wird.

Orientierungskomponente: Der Orientierungsrahmen besteht aus einzelnen Bestandteilen, den Komponenten.

Transposition: Eine Zusammenfassung in der gleichzeitig ein neues Thema aufgeworfen wird.

Validierung: Bestätigung der Orientierung.

3.4 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Grundprinzipien der qualitativen Forschung. Als eines der wichtigsten Grundprinzipien ist die Offenheit zu nennen. Diese begleitet den gesamten Forschungsprozess dieser Arbeit. Weitere Grundprinzipien sind die Flexibilität, die Kommunikation und Interaktion. Diese Prinzipien werden durch die Methode der Gruppendiskussion mitgetragen. Die Gruppendiskussion bietet die Möglichkeit, eine natürliche, alltägliche Kommunikation und Interaktion zwischen den TeilnehmerInnen zu erhalten (Mayer, 2011; Lamnek, 2010). Die Gütekriterien leiten sich von den Grundprinzipien der qualitativen Forschung ab. Diese sollen nun in Bezugnahme auf die vorliegende Arbeit näher betrachtet werden.

In der Literatur werden von einer Reihe von AutorInnen unterschiedliche Gütekriterien beschrieben. Diese Arbeit bezieht sich auf die im deutschsprachigen Raum weit verbreiteten Gütekriterien nach Mayring (2002).

- *Verfahrensdokumentation*

Die Verfahrensdokumentation bezieht sich auf den gesamten Forschungsprozess. Das bedeutet, dass das Vorgehen der Arbeit detailliert beschrieben werden muss, um nachvollziehbar für andere zu sein. In der vorliegenden Arbeit wird der gesamte Prozess der Forschung abgebildet und beschrieben.

- *Argumentative Interpretationsabsicherung*

Die Interpretationen der Gruppendiskussionen lassen sich nicht standardisieren und müssen deswegen auch nachvollziehbar für andere beschrieben werden. Die Vorgehensweise des verwendeten Verfahrens zur Interpretation und Auswertung der Daten wird im Abschnitt 3.2 ‚Datenauswertung‘ im Detail beschrieben. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse vorgestellt und mit Zitaten der TeilnehmerInnen hinterlegt.

- *Regelgeleitetheit*

Die Bearbeitung des Materials soll regelgeleitet und systematisch ablaufen. Die Datenauswertung wurde entsprechend der dokumentarischen Methode durchgeführt. Die genaue, methodische Vorgangsweise ist im Abschnitt 3.2 beschrieben.

- *Nähe zum Gegenstand*

Nähe zum Gegenstand bedeutet, sich in die Lebenswelten der ForschungsteilnehmerInnen zu begeben. Zur Datenerhebung wurde die Gruppendiskussion gewählt, welche als eine natürliche und realitätsnahe Kommunikationsform gilt (Lamnek, 2010). Ein freies und offenes Gespräch zu dem Thema aus der Perspektive der ForschungsteilnehmerInnen konnte so ermöglicht werden. Insofern wurde die Nähe zum Gegenstand gewährleistet.

- *Kommunikative Validierung*

Zur kommunikativen Validierung sollten die Ergebnisse den ForschungsteilnehmerInnen zur Diskussion vorlegt werden. Im Zuge der Forschung wurde dieser Schritt nicht durchgeführt, da es sich bei der

vorliegenden Arbeit um eine Qualifikationsarbeit mit begrenztem Zeitrahmen handelt.

- *Triangulation*

Mit Triangulation ist die Verbindung verschiedener Perspektiven gemeint (Erhebungsmethoden, Interpretationen). Dieser Schritt wurde nicht durchgeführt. Es wurden keine unterschiedlichen Methoden oder InterpretInnen verwendet, da keine ausreichenden Ressourcen für unterschiedliche ForscherInnen vorhanden waren.

3.5 Ethische Prinzipien

Während des gesamten Forschungsprozesses wurde darauf geachtet, die ethischen Prinzipien der wissenschaftlichen Forschung einzuhalten, da die Forschung in Bezug auf Menschen als besonders sensibel gilt. Der gesamte Forschungsprozess wird von den drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes, der umfassenden Information und der freiwilligen Zustimmung, der Anonymität und dem Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden begleitet (Mayer, 2011). Auf diese ethischen Prinzipien wird in Bezug auf die vorliegende Arbeit näher eingegangen.

- *Umfassende Information und freiwillige Zustimmung*

Schon bei der Rekrutierung der TeilnehmerInnen für die Gruppendiskussionen wurde ein Informationsblatt (Anhang 2) versendet bzw. online gestellt. In diesem wurden sowohl das Vorhaben, als auch das Forschungsinteresse beschrieben. Ebenso wurden die potenziellen TeilnehmerInnen darüber informiert, was mit den gesammelten Daten passiert und welche Rechte sie haben. Außerdem wurden die TeilnehmerInnen informiert, dass sie jederzeit noch mehr Informationen erhalten können. Vor dem Beginn der Gruppendiskussionen wurden die TeilnehmerInnen nochmals mündlich über Ziel und Zweck der Forschung, Freiwilligkeit, Anonymität, ihre Rolle und die Rolle der Forscherin informiert. Alle TeilnehmerInnen haben vor den Gruppendiskussionen eine Einverständniserklärung (Anhang 4) unterschrieben. Somit konnte gewährleistet werden, dass die

TeilnehmerInnen informiert, aufgeklärt und freiwillig an der Forschung teilgenommen haben.

- *Anonymität*

Um die Anonymität der TeilnehmerInnen zu gewährleisten, wurden Codes vergeben. Jede/r TeilnehmerIn wurde vor Beginn der Gruppendiskussion darüber informiert, dass sie/er nicht (auch nicht bei der Vorstellungsrunde) seine richtigen Namen nennen muss. Jede/r TeilnehmerIn hat ein Tischkärtchen mit einem Code (Buchstaben A-E) erhalten. Dieser Code wurde auch bei der Transkription der Gruppendiskussionen verwendet. Außerdem ist die Forscherin die einzige Person, die Zugang zu den anonymisierten Daten hat. Somit kann versichert werden, dass die Identität der TeilnehmerInnen anonym bleibt.

- *Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden*

Alle TeilnehmerInnen sollen vor möglichen körperlichen oder emotionalen Nebenwirkungen, Belastungen oder Schäden geschützt werden. Eine körperliche Schädigung war durch die vorliegende Forschung nicht zu erwarten. Bei den Themen Tod und Sterben handelt es sich jedoch um sensible Themengebiete, die Emotionen auslösen können. Des Weiteren bringen die Vorteile einer Gruppendiskussion (Offenheit, alltägliche Kommunikation) gleichzeitig auch Gefahren mit sich. Lamnek (2010) warnt davor, dass TeilnehmerInnen möglicherweise tiefe Einblicke und unter Umständen viel bzw. zu viel von sich preisgeben, was unter den Bedingungen einer Gruppendiskussion möglich ist. Aus diesem Grund wurden die TeilnehmerInnen vor den Diskussionen nochmals über ihre Rechte (Freiwilligkeit, Anonymität, Vertraulichkeit, Datenschutz und die Möglichkeit des Ausstiegs aus der Diskussion ohne Angabe von Gründen) mündlich und schriftlich informiert. Sie wurden aber auch mündlich über ihre Pflichten informiert. In diesem Fall, dass alles, was während der Gruppendiskussion diskutiert wird, vertraulich zu behandeln ist. Diese Vertraulichkeit wurde ebenfalls von der Forscherin versichert. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die TeilnehmerInnen ausreichend Zeit hatten, sich für die Teilnahme an der Gruppendiskussion zu

entscheiden, und nach der Gruppendiskussion wurde die Möglichkeit geboten, noch Anmerkungen zum Gesagten zu machen. Zudem handelte es sich nicht um eine reale Gruppe, sondern um eine zufällig zusammengesetzte. Somit kann sichergestellt werden, dass die diskutierten Informationen keine negativen Auswirkungen auf die TeilnehmerInnen untereinander haben. Dem Umgang mit emotionalen Aspekten während der Gruppendiskussion sah sich die Forscherin aufgrund ihrer Ausbildung in qualifizierten Gesundheitsberufen gewachsen. Ein Abhängigkeitsverhältnis zur Forscherin bestand bei keinem/keiner der TeilnehmerInnen.

4. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt in zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltet die Verschriftlichung der Diskursbeschreibungen. Im zweiten Teil werden die aus den zwei Diskursbeschreibungen und den Auswertungsschritten identifizierten Ergebnisse sowohl grafisch, als auch in Textform zusammengefasst, um die Forschungsfragen zu beantworten. Die zwei Forschungsfragen, die es konkret zu beantworten gilt lauten:

- ❖ Was macht ein würdevolles Sterben im Krankenhaus aus Sicht der Pflege aus?
- ❖ Welche Möglichkeiten hat die Pflege, ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu realisieren?

4.1 Diskursbeschreibungen

In diesem Abschnitt werden die Diskurse der beiden Gruppendiskussionen im Sinne einer Diskursbeschreibung dargestellt. Die Schritte der formulierenden und der reflektierenden Interpretationen werden somit zusammengefasst und verschriftlicht. Durch das Kennzeichnen und Benennen der Passagen wird die formulierende Interpretation in der Diskursbeschreibung veranschaulicht. Die reflektierende ist an den empirisch fundierten Gegenhorizonten zu erkennen. Diese verdichtete Darstellung und die Nacherzählung der Diskurse beinhalten die Orientierung und den Rahmen der angesprochenen Themen.

4.1.1 Diskursbeschreibung der Gruppendiskussion 1

Die Gruppe in der Gruppendiskussion 1 besteht aus fünf TeilnehmerInnen und einer Moderatorin. Alle fünf TeilnehmerInnen arbeiten seit weniger als zehn Jahren in diesem Beruf. Drei der TeilnehmerInnen kennen sich bereits im Vorhinein, da sie im selben Krankenhaus tätig sind. Es bestehen zwischen den TeilnehmerInnen keine hierarchischen Strukturen und auch keine Abhängigkeiten untereinander oder zur Moderatorin. Die TeilnehmerInnen sprechen frei und durch die Bereitstellung von Kaffee und Kuchen entsteht eine entspannte Atmosphäre. Alle TeilnehmerInnen und die Moderatorin bewegen

sich im selben beruflichen Milieu (Krankenhaus) und haben die Ausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn bzw. zum Pflegehelfer abgeschlossen. Dadurch entstehen keine Verständigungsschwierigkeiten während der Diskussion. Im Diskurs wird wenig überlappend gesprochen und er beinhaltet mehrere Monologe der TeilnehmerInnen. Dadurch ist es nicht allen TeilnehmerInnen möglich, sich sofort zu den aufgeworfenen Themen zu äußern. Aus diesem Grund werden einige Themen und Aspekte zu einem späteren Zeitpunkt in der Diskussion weiterbearbeitet.

Vor Beginn der Diskussion wird die Fallvignette von M vorgelesen, um eine Stimulus für die Diskussion zu setzen. Im Anschluss daran wird von M eine allgemeine Frage an alle DiskutantInnen gestellt. M fragt nach dem Eindruck, den diese Fallvignette beim Lesen bzw. Hören hinterlassen hat und fragt nach, ob ein solcher Fall auch im Krankenhaus der DiskutantInnen vorkommen hätte können. Die folgenden Passagen wurden ausgewählt, da sie entweder eine hohe metaphorische Dichte aufweisen oder für die Forschungsfragen bzw. die komparative Analyse von Bedeutung sind. Den Anfang einer Passage markiert das Aufkommen eines Oberthemas, welches während der formulierenden Interpretation identifiziert wurde. Themas. Das Ende einer Passage ist gekennzeichnet, durch die Konklusion eines Themas.

Passage 1: Reaktionen auf die Fallvignette (10-57)

Nach der Einstiegsfrage von M werden in der ersten Passage die Reaktionen auf die Fallvignette beschrieben. E startet in die Diskussion mit einer Exemplifizierung aus der eigenen Praxis. Ein ähnlicher Fall hätte sich bei E auf der Station kurz vor der Diskussion zugetragen. E erläutert weiter, dass der Fall in der Fallvignette *„ein sehr realistisches Beispiel ist, das auch tagtäglich passiert“* (18-19). Durch diese selbst erlebten Erfahrungen im Krankenhausalltag stellt E eine allgemeine Behauptung auf. Tod und Sterben seien alltäglich im Krankenhaus. An dieser Feststellung knüpft C an. C beschreibt ein konkretes Beispiel aus der Fallvignette. Verletzungen wie Stürze können schwere Folgen haben und auch eine Verschlechterung der Begleiterkrankungen könne den gesamt gesundheitlichen Zustand negativ beeinflussen. C bringt damit noch keine Proposition zum Ausdruck. Er

beschreibt, auf Erfahrungswissen basierend, welche Aspekte er aus der Fallvignette für realistisch halten würde. D bestätigt, dass der beschriebene Fall in der Vignette ein realistisches Beispiel sei, welches sie beim Lesen emotional mitgenommen habe. *„Ja also ich denke mir auch, dass es sehr realistisch ist und beim Lesen tut es ein bisschen weh, weil es sowas ist, was man glaub ich sehr oft kennt vom Alltag, dass man quasi eine Entscheidung hinausschiebt“* (30-32). Damit wirft D die erste Orientierung zum Thema ‚Entscheidungen Treffen‘ auf. Die Dame in der Fallvignette äußert den Wunsch nach Hause gehen zu dürfen, dieser wird ihr nicht gewährt. D vermutet, dass ihr der Wunsch auf Grund einer vorangegangenen Operation nicht gewährt wurde. Durch diese Aussage bringt D zum Ausdruck, den Hintergrund der Entscheidung zu verstehen. Gleichzeitig gibt D zu bedenken, dass die Wünsche der Dame im Fallbeispiel ignoriert werden würden und das *„ein Hinauszögern von Entscheidungen“* (35) im Krankenhaus viel zu oft vorkomme. Die Weiterbearbeitung der Proposition erfolgt sogleich von C. C verbindet das Thema ‚Entscheidungen Treffen‘ mit Beispielen aus der praktischen Arbeit. Dabei nennt er als Beispiel, dass es Situationen mit PatientInnen gebe bei denen *„über den Kopf hinweg entschieden wird“* (39).

Das Thema ‚Entscheidungen Treffen‘ ist in dieser Passage damit beendet. Dieses Thema wird aber in einer späteren Passage weiterbearbeitet. C sehe ein weiteres Problem darin, dass nicht alle PatientInnen ihre Wünsche selbst äußern könnten, da sie dazu nicht mehr in der Lage seien oder *„er (Anm.: der Patient) wird nicht ernst genommen“* (41-42). Somit wirft C eine weitere Proposition auf. PatientInnen sollten als Menschen wahrgenommen werden. In Bezug auf dieses Thema bringt C die Orientierung zum Ausdruck, dass PatientInnen in ihren Wünschen und in ihrer Vorstellung von Lebensqualität nicht ausreichend ernst genommen werden würden. Auch dieses Thema wird in dieser Passage nicht weiter ausgeführt. In der Passage 2 werden die zentralen Orientierungen weiterbearbeitet.

Im letzten Teil der Passage meldet sich noch B zu Wort. B kommt wieder auf die Einstiegsfrage von M zurück und geht auf das Gesagte ihrer MitdiskutantInnen nicht weiter ein. Auch B findet das Beispiel aus der Fallvignette sei realistisch und sie könne sich damit identifizieren. B äußert,

dass 40 Tage Krankenhausaufenthalt auch bei ihr auf der Station nicht ungewöhnlich seien. B ratifiziert die vorhin getätigte Aussage von C. Im Krankenhausalltag komme es vor, dass PatientInnen mit einem bestimmten gesundheitlichen Problem ins Krankenhaus kommen, und während des Aufenthaltes würden sich noch weitere Probleme entwickeln. *„Und was ich als großes Problem sehe, auch bei dem Beispiel, ist, dass die Leute oft zwar mit einem, ich sag jetzt mal kardialen Problem kommen und dann eine OP haben und dann die Schmerzen oder so chirurgische Sachen, wo dann einfach vielleicht die Fachroutine fehlt, auch von der Pflege, wie man dann damit umgehen kann“* (49-52). B gibt an, dass ihrer Meinung nach der Ursprung der Probleme in einer fehlenden Fachroutine liege. Damit kommt B auf die nächste Proposition in dieser Passage. Sie wirft das Thema der Rahmenbedingungen und Ressourcen auf. Durch fehlende Fachroutine, Zeitmangel und fehlende personelle Ressourcen könne man laut B *„gar nicht mehr so adäquat pflegen, hinsichtlich Lebensende“* (53-54). *„Es ist nicht mehr Zeit, als dort beschrieben ist“* (55). Mit Bezug auf das Beispiel in der Fallvignette und ihren eigenen Erfahrungen im Krankenhaus, kommt B zu dem Schluss, dass es nicht mehr Zeit und Personal gebe, wie in dem Beispiel beschrieben wurde. B argumentiert dies damit, dass eine palliative Versorgung im Krankenhaus noch nicht ausreichend vorhanden sei und es für das Entlassungsmanagement schwierig sei, eine passende Betreuung für zu Hause zu finden. B verwendet dabei starke Worte, wie *„das hab ich irgendwie tragisch gefunden“* (56) und *„das ist einfach die bittere Wahrheit“* (56). Damit endet die Passage. Es wurden in der Passage erste Orientierungsgehalte von den DiskutantInnen aufgeworfen.

Passage 2: PatientInnen als Menschen wahrnehmen (62-100)

Die zweite Passage behandelt das in der ersten Passage aufgeworfene Thema ‚PatientInnen als Menschen wahrnehmen‘. C hat in der ersten Passage eingebracht, dass PatientInnen in ihren Wünschen und Vorstellungen zu Lebensqualität nicht ausreichend ernst genommen würden. A geht in Passage 2 auf dieses Thema weiter ein. Sie validiert die Aussage von C und ergänzt sie mit: *„dass man sie ernst nimmt, das ist für mich halt die oberste Priorität“* (65-66). A betont dabei die Wichtigkeit, PatientInnen im Krankenhaus als Menschen wahrzunehmen. Mit dieser Orientierung wird ein positiver Horizont angestrebt.

A nennt Möglichkeiten zur Umsetzung, die sogleich die Eckpunkte des Orientierungsrahmens bilden. A erwähnt die Vorbereitung auf den Tod durch das Abschließen von Angelegenheiten, als eine Möglichkeit, PatientInnen das Menschsein im Krankenhaus zu ermöglichen. *„Wenn man sich halt vorbereitet, vielleicht das Leben halt noch ordnen, ja was alles dazu gehört. Dazu gehört auch Verschiedenes abzuschließen“* (71-73). E validiert die Orientierung von A und bringt eine Anschlussproposition in die Diskussion ein. Für E gehöre zum Wahrnehmen eines Menschen am Ende des Lebens, das Überdenken der Ziele in der Pflege. Das impliziert, dass *„alle Regeln noch einmal über den Haufen“* (84) geworfen werden und die Frage danach *„was ist jetzt, was steht bei ihr jetzt im Vordergrund“* (85). Für E werde am Ende des Lebens ein Umdenken in der Behandlung nötig, um auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingehen zu können. Die Ziele sollten evaluiert werden und neue Ziele in den Vordergrund rücken. E kommt zur Konklusion, dass eine Evaluierung bereits im Pflegeprozess vorhanden sei und funktioniere. Aber in der Pflege bei Menschen am Ende ihres Lebens spiele eine Evaluation und ein Überdenken der Ziele noch keine Rolle.

Die zweite Passage behandelt die Elaboration des Themas ‚PatientInnen als Mensch wahrnehmen‘. Eine erste Identifikation von Gegenhorizonten wird in der Passage 2 behandelt. PatientInnen als Menschen wahrnehmen ist angestrebtes Ideal in der Pflege. Dieses scheint jedoch durch Ziele in der Pflege, die nicht auf die Bedürfnisse der PatientInnen angepasst wurden, begrenzt zu sein.

Passage 3: Entscheidungen treffen (103-125)

Das Thema ‚Entscheidungen treffen‘ wurde ebenfalls bereits in Passage 1 aufgeworfen und wird in Passage 3 weiterbearbeitet. In Passage 1 wird auf das Beispiel in der Fallvignette eingegangen. Im Gegensatz dazu wird in Passage 3 aus der eigenen Praxis berichtet. B vermutet, dass es vor allem ÄrztInnen oft schwer fiele, bei der Behandlung am Ende des Lebens Entscheidungen zu treffen. Als ein Exempel dafür wird die Entscheidung genannt, PatientInnen nicht mehr zu reanimieren. Diese Entscheidung sollte getroffen werden, damit die PatientInnen nicht leiden müssten. *„..., aber da hätte man dann eigentlich schon gesehen, das wird wahrscheinlich nichts mehr und ein großes Problem*

das ich sehe ist die medizinische Seite. Die trauen sich oft nicht darüber jemanden wirklich DNR bzw. AND zu schreiben“ (101-104). B erläutert weiter, dass leidende PatientInnen eine emotionale Belastung für Pflegepersonen darstellen würden. Diese Aussage wird mit einem Beispiel aus der Praxis hinterlegt. *„Also ich hab jetzt auch schon reanimiert, wo ich gewusst habe, das verzögert nur das Leiden und das hat richtig wehgetan. Wirklich“ (107-108).* D bearbeitet das Thema weiter, indem sie die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen als eine wichtige Komponente bei der Entscheidungsfindung hervorhebt. Somit läge die Entscheidungsfindung nicht nur in der Hand einer Person, sondern eines ganzen Teams. Die Idee Entscheidungen gemeinsam zu treffen legt einen positiven Horizont in dieser Orientierung nahe. D führt das Thema weiter aus und im nächsten Satz zeichnet sich die Abgrenzung der Orientierung ab. Würden die Entscheidungen nicht gemeinsam getroffen, so könne es passieren, dass Pflegepersonen gegen ihre ethischen Vorstellungen handeln müssten. D äußert, wenn Entscheidungen ausschließlich von ärztlicher Seite her getroffen werden, *„können wir uns da sehr wenig dagegenstellen, auch wenn man oft anders handeln würde“ (116-117).* Am Ende der Passage schlussfolgert C, dass eine Zusammenarbeit nicht nur zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen wichtig sei, sondern auch zwischen kurativ und palliativ arbeitenden ÄrztInnen. Wichtig dabei sei, dass Entscheidungen unter Rücksichtnahme unterschiedlicher Sichtweisen stattfinden.

Mit dieser Konklusion endet die Passage 3. In der ersten Passage wird drauf eingegangen, dass PatientInnen zu wenig in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden würden. Diese Orientierung findet sich in Passage 3 nicht mehr. Dort zeichnet sich ein positiver Horizont ab, ausschließlich durch die Zusammenarbeit von Pflegepersonen und ÄrztInnen. Die PatientInnen werden hier nicht mehr erwähnt. Die Entscheidungen, die zu treffen sind, werden in der Diskussion auf die Entscheidung des Reanimierens bzw. des nicht mehr Reanimierens reduziert.

Passage 4: Möglichkeiten - Das Palliativteam (140-182)

Das Thema der Möglichkeiten in der Pflege wird von M eingebracht und ist nicht aus der Diskussion heraus entstanden. M stellt die Frage, welche Möglichkeiten die DiskutantInnen in der Betreuung sterbender PatientInnen in der Praxis sehen. Die Elaboration dieser Proposition erfolgt durch die Aufarbeitung eines konkreten Aspektes dieses Themas. Dieser wird von E eingebracht und ist im Laufe der Diskussion immer wieder Thema. Dieser Aspekt bezieht sich auf ein Team, welches ausschließlich für die Betreuung von sterbenden PatientInnen zuständig sein soll. Am Anfang der Passage erfolgt eine Erklärung, wie E auf die Idee eines Palliativteams gekommen ist. Durch die Erfahrung mit Konsilien, die es bei E im Krankenhaus gäbe, sei die Idee eines Palliativkonsils entstanden. E führt den Gedankengang weiter und ist schließlich zu der Idee eines Palliativteams zur Betreuung von sterbenden PatientInnen gekommen. Durch Exemplifizierung beschreibt E wie ein Palliativteam im Krankenhaus integriert und eingesetzt werden könne. *„[...] je nachdem, wie sich das halt dann in einem Krankenhaus eingliedern lässt. Entweder den Patienten auf eine andere Station verlegen oder irgendeine Möglichkeit schaffen, dass das Team für den Patienten zuständig ist“* (151-152). B nickt und validiert den Vorschlag eines Palliativteams im Krankenhaus. B fände es ist eine gute Idee, da sich somit die Verantwortlichkeiten besser klären lassen würden. Bei B entsteht auch sogleich eine bildliche Vorstellung des Teams. *„Das (Palliativteam) das irgendwie so durch das Krankenhaus tourt, stell ich mir jetzt vor“* (159). Von A folgt eine weitere Elaboration des Themas, indem sie die Vorteile eines Palliativteams auflistet. Diese Vorteile beziehen sich auf die spezielle Ausbildung und das daraus erworbene Wissen der MitarbeiterInnen im Palliativteam.

Die Passage wird damit beendet, dass A noch einen weiteren Vorteil eines Palliativteams aufzählt. *„Ja ich finde das sehr gut, weil diejenigen sind dann halt schon gut ausgebildet oder haben anderes schon erlebt oder haben anderes Wissen“* (175-176). A sieht weiters in der Routine der praktischen Arbeit einen Vorteil für die Betreuung sterbender PatientInnen. Inwieweit die Umsetzung eines Palliativteams im Krankenhaus möglich ist, bleibt unbeantwortet. Außerdem bleibt noch offen, ob es so ein Palliativteam bereits in

einem Krankenhaus gibt. Das Team wird von den DiskutantInnen bis jetzt als rein fiktives Ideal in der Betreuung sterbender PatientInnen im Krankenhaus betrachtet. Die Idee eines solchen Teams wird von allen verbal oder nonverbal positiv aufgenommen. Diese Passage zeichnet sich durch eine rege Beteiligung der DiskutantInnen aus.

Passage 5: Werte und Eigenschaften der Pflegepersonen (196-245)

Passage 5 bezieht sich noch immer auf die Frage von M nach den Möglichkeiten in der Betreuung. D beleuchtet das Thema aus einer anderen Perspektive und bringt somit einen neuen Aspekt bzw. einen neuen Orientierungsgehalt ein. D bricht das Thema der Möglichkeiten ein Stück herunter. Von einer Mesoebene (Palliativteam) auf eine Mikroebene (Pflegeperson). D behauptet, dass in der Betreuung sterbender PatientInnen *„sehr viel von der individuellen Motivation abhängig ist“* (196-197) und *„trotz struktureller Bedingungen, rein pflegerisch, menschlich [...] sehr viel zu machen“* (198) sei. Möglichkeiten der Umsetzung sieht D in der Auseinandersetzung mit PatientInnen, in der Einplanung von ausreichend Betreuungszeit und im Anbieten von Gesprächen. Im nächsten Abschnitt der Diskussion stellen sich zwei opponierende Horizonte dar. D berichtet davon, dass das Ideal darin bestehe, PatientInnen viel Aufmerksamkeit zu schenken. Dies wird von D beschrieben, als etwas was *„einfach menschlich“* (203) sei und *„man gerne machen würde“* (204). Insbesondere wenn es sich, wie in der Fallvignette beschrieben, um eine Person handle, die bald sterben würde. Dieser positive Horizont würde von den Rahmenbedingungen, die im Krankenhaus vorzufinden sind, begrenzt. Aufmerksamkeit schenken und menschliche Zuwendung würden durch die Bedingungen im Krankenhaus erschwert werden. Die Realisierungsmöglichkeit der Gegenhorizonte sei abhängig von der eigenen Motivation der Pflegeperson. Die Rahmenbedingungen im Krankenhaus seien nicht zu ändern, ebenso wenig wie das Ideal in der Betreuung sterbender Menschen. Aus diesem Grund wird die eigene Motivation als Realisierungsmöglichkeit von D gesehen. D beschreibt aus ihren Erfahrungen im Krankenhaus, dass das Setzen von Prioritäten dabei eine wichtige Rolle spiele. Beispielhaft dafür erläutert D: *„Nehme ich mir jetzt die fünf Minuten zum Hinsetzen und meinen Kaffee Trinken oder nehme ich mir*

die fünf Minuten und stell ich mich trotzdem rein“ (208-209). D gibt an, dass sie schon auch Verständnis dafür habe, wenn eine Pflegeperson eine Pause machen möchte. D sehe das Problem darin, dass es sich bei der Betreuung sterbender PatientInnen oft um Arbeit handle, die nicht gesehen oder honoriert werden würde. *„Es gehört eigentlich schon in unser Aufgabengebiet, aber es ist nicht das, was man sieht. Ob ich mich jetzt zehn Minuten daneben hinsetze und Händchen halte sieht ja keiner“ (211-213).* E sieht das Thema etwas differenzierter. Sie gibt zu bedenken, dass viele Pflegepersonen Schwierigkeiten beim Umgang mit Sterbenden hätten. Sterben betrachtet E als eine Ausnahmesituation im Krankenhaus. Aus eigener Erfahrung beschreibt E, dass es Pflegepersonen gebe, die sich gerne mit Sterbenden beschäftigen und dafür auch *„die Ruhe haben“ (220).* Des Weiteren hat E die Erfahrung gemacht, dass PatientInnen öfter bei Pflegepersonen versterben, die diese Ruhe ausstrahlen. *„Bei meiner Kollegin sind die der Reihe nach gestorben. Und das war aber auch gut so, weil sie hat sich rein gesetzt und hat die Ruhe gehabt und die Leute haben gewusst, so jetzt ist wer da, jetzt darf ich gehen“ (221-224).* Als eine Begründung dafür sieht E, dass PatientInnen merken würden, wenn Pflegepersonen sich selbst schon mit Tod und Sterben befasst haben. Damit kommt E wieder auf das schon in Passage 4 behandelte Palliativteam zurück. E argumentiert, dass Pflegepersonen im Palliativteam wüssten, wie PatientInnen am Ende ihres Lebens am besten zu betreuen seien und so ein würdevolles Sterben ermöglicht werden könne. Alle bestätigen diese Aussage von E mit einem Nicken. Von D folgt eine Anschlussproposition, in der ein neuer Aspekt aufgeworfen wird. Dieser Aspekt behandelt den Umgang mit der eigenen Vergänglichkeit. *„Sterben ist wahrscheinlich was irrsinnig Persönliches und man muss sich zuerst einmal mit sich selbst auseinandersetzen“ (231-233).* Die Grenzen hierbei sieht D darin, dass sich nicht jede/jeder mit dem eigenen Tod auseinandersetzen möchte. Sie argumentiert, dass der Umgang mit sterbenden Menschen keine Pflege Tätigkeit sei wie die Durchführung eines Verbandwechsels, welche in zwei Stunden zu erlernen sei.

D fasst zusammen, dass der Umgang mit Sterbenden am Anfang des Berufseinstieges für sie sehr schwer gewesen sei. Durch Erfahrungen hat D gelernt, dass *„ich den Menschen sehe und nicht seine Erkrankung“ (244-245).*

Die Themen ‚Werte und Eigenschaften der Pflegepersonen‘ im Umgang mit sterbenden PatientInnen sind damit abgeschlossen. Die Horizonte in der Passage bewegen sich zwischen der ethischen Vorstellung einer erstrebenswerten Betreuung von sterbenden PatientInnen und den begrenzenden Rahmenbedingungen im Krankenhaus. Die Eigeninitiative von Pflegepersonen und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod wirken den begrenzenden Möglichkeiten entgegen.

Passage 6: Möglichkeiten – Konkrete Maßnahmen (246-297)

D beginnt die Passage 6, indem sie auf das Beispiel in der Fallvignette zurück kommt und dabei konkrete Möglichkeiten äußert, die im Krankenhaus realisiert werden könnten. Damit führt D das von M angesprochene Thema der Möglichkeiten der Betreuung weiter aus und bezieht sich hier auf die Mikroebene. D nennt als konkrete Tätigkeiten: Gespräche führen, Lieblingsgetränk anbieten, Mundpflege, auf Wünsche eingehen, Lieblingsposition anbieten, auf Bedürfnisse bei der Körperpflege eingehen (z.B. nicht jeden Tag waschen oder eincremen). Diese Kleinigkeiten könnten helfen, ein würdevolles Sterben zu gewährleisten. *„Das sind so Dinge, ich glaub, das hilft schon Leuten, würdevoller zu gehen“* (252-253). Aufbauend darauf äußert E eine weitere Maßnahme, die im Krankenhaus umgesetzt werden könne. Sie wirft das Thema der Privatsphäre auf. Diese könnte durch Einzelzimmer gewährleistet werden, wenn PatientInnen dies wünschen. *„Es muss jetzt auch nicht ein wunderschön geschmücktes palliatives Einzelzimmer sein, sondern es muss nur ein eigener Raum sein, wo man alleine ist“* (265-266). Begrenzt wird der Aspekt dadurch, dass in Mehrbettzimmern MitpatientInnen ein Problem mit dem Sterben oder dem Leiden anderer PatientInnen haben könnten. C sieht dies als eine Herausforderung. In so einem Fall müssten die MitpatientInnen ebenfalls mitbetreut werden. C kommt zu dem Schluss, dass ein speziell gestalteter Verabschiedungsraum eine Möglichkeit sein könne, MitpatientInnen aus dem Weg zu gehen und auf die Bedürfnisse sterbender PatientInnen eingehen zu können.

Diese Möglichkeit findet Zustimmung in der Gruppe. Es folgt ein schneller Sprachwechsel zwischen C, E und A. Darin geht es um die Unverständlichkeit

der Gruppe, dass ein solcher Verabschiedungsraum in Ordensspitälern nicht zur Verfügung stehe. *„Und ich finde es halt arm, dass es in den Spitälern nicht möglich ist, dass man so einen Raum zur Verfügung stellt“* (281-282). Damit endet die Passage 6. Es wurden konkrete Maßnahmen der Mikroebene wie auch der Mesoebene aufgezeigt.

Passage 7: Wissen und Fortbildungen (297-361)

In dieser Passage wird von der Gruppe ein divergenter Diskurs rund um die Themen Wissen und Fortbildung geführt. C bringt diese neue Proposition in die Diskussion ein. Er argumentiert, dass Fortbildungen wichtig seien im Umgang mit Sterbenden. Fortbildungen würden die Themen Tod und Sterben in das Bewusstsein der Pflegepersonen bringen. C findet, dass jedes Spital eine Fortbildung zu den Themen anbieten sollte. *„Im Spital kann das (Anm.: Tod) natürlich immer sein und das finde ich auch wichtig, dass das vom jeweiligen Spital angeboten wird“* (301-303). E wirft sogleich eine Antithese in die Diskussion ein. E glaube nicht, dass Fortbildungen in diesem Bereich auf großes Interesse stoßen würden. E argumentiert ihre Behauptung induktiv. *„Weil wenn ich mir denke, es gibt jetzt viel interessantere Geschichten, die mein Arbeitsgebiet besser treffen, dann werd ich mir keine Palliativ-Fortbildung suchen“* (306-308). Sie geht davon aus, dass, wenn Tod und Sterben nicht oft vorkämen auf der Station, so wie bei ihr, dann sei auch das Interesse einer Fortbildung nicht gegeben. Somit stellt sich hier ein negativer Gegenhorizont dar, dessen Grenze das Interesse der einzelnen Pflegeperson ist. C verteidigt seine Orientierung, in dem er darauf hinweist, dass das Wissen über Palliativpflege zur Basis gehöre und jeder etwas über das Thema wissen sollte. *„Aber ich würde mal sagen, ein Grundgerüst, finde ich, schadet keinem“* (315-314). Hier zeichnet sich ein positiver Horizont ab. B validiert die Orientierung von E und würde ebenfalls eine Fortbildung nur besuchen, wenn es zur aktuellen Arbeitssituation passe.

Als nächstes bringt A ein neues Thema (Leitlinien) in die Diskussion ein, auf welches erst in Passage 8 eingegangen wird. Das Thema ‚Wissen und Fortbildung‘ wird noch weiterbearbeitet. D kommt wieder zurück zu den Fortbildungen und erweitert die Diskussion mit der Behauptung, dass es

schwierig zu sein scheine, in einer Fortbildung etwas über den Umgang mit sterbenden PatientInnen zu lernen. Diese Behauptung argumentiert sie mit dem Satz: *„Das ist halt die Frage, wenn man sagt, das ist was sehr Persönliches, dann ist die Frage, ob ich das in einer vier Einheiten Fortbildung lerne, wie ich mit Palliativpatienten umgehe“* (355-356). D schließt dieses Thema ab, indem auch sie es als unwahrscheinlich empfindet, in einer Fortbildung etwas über den Umgang mit Sterbenden zu lernen. Damit endet die Passage 7 zum Thema ‚Wissen und Fortbildung‘. Diese Passage zeichnet sich durch ihre metaphorische Dichte aus und dem divergenten Diskurs, der zu dem Thema geführt wurde.

Passage 8: Möglichkeiten – Leitlinie (322-524)

A bringt dieses Thema während der Diskussion über Fortbildungen ein. Durch die Analyse der Passage scheint es aber, dass A die vorhergegangenen Themen synthetisiert habe und somit auf einen neuen Aspekt zum Thema Möglichkeiten in der Betreuung sterbender PatientInnen gekommen sei. A fragt sich, ob es eine Leitlinie im Krankenhaus gebe, an der sich Pflegepersonen orientieren könnten, wenn sie sterbende PatientInnen betreuen. Sie gibt sich selbst die Antwort, in dem sie feststellt, dass es so etwas nicht gebe. *„Dieser Patient wird bald,.. gibt es da eine Checkliste für mich? Gibt es nicht. Als Pflegeperson wo ich mich ungefähr anhalten, orientieren kann“* (325-326). Den Tod beschreibt A als eine Extremsituation, in der die Pflege neu gedacht werden müsse. Aus diesem Grund wäre in einer solchen Situation eine Leitlinie von Vorteil. A beschreibt weiter, dass so ein sorgfältiges Zuhören und Fragenstellen gewährleistet werden könne. Nachdem D sich noch zu Fortbildungen und Wissen geäußert hat, nimmt sie sogleich Bezug auf den Aspekt der Leitlinie von A. D hat in Bezug der Leitlinie eine divergente Auffassung. Sie befindet die Idee einer Leitlinie als gut, gibt aber zu bedenken, dass nicht auf die Individualität vergessen werden dürfe. *„Aber auch das mit irgendwelchen Richtlinien, ich würde das wahrscheinlich gar nicht so schlecht finden. Ich meine natürlich ist es wieder individuell, ich kann jetzt nicht bei jedem Sterbenden eine Checkliste abmachen“* (362-364). Im Anschluss daran bringt D eine Anschlussproposition ein. Dieser neue Aspekt auf das Thema bezieht sich darauf, dass, bevor eine Leitlinie eingesetzt werden könne,

PatientInnen als sterbend identifiziert worden sein müssten. Hier zeichnet sich ein negativer Gegenhorizont ab. Der Einsatz der Leitlinie ist begrenzt durch die vorangegangene Identifikation von PatientInnen als sterbend. Ein positiver Horizont entsteht durch die Aussage von D: *„Ok, bei einem Palliativpatienten wird einfach nur mehr individuell gehandelt“* (382). Dieser widersprüchliche Orientierungsrahmen erfolgte verdeckt, da D sich am Anfang noch positiv über die Leitlinie geäußert hat. Die Individualität der Betreuung ist für D eine erstrebenswerte Möglichkeit und differenziert sich von der Idee einer Leitlinie. B validiert die Orientierung von A. Auch B findet, dass eine Leitlinie wichtig wäre für die Betreuung sterbender PatientInnen. Sie argumentiert, dass es im Team immer wieder Pflegepersonen gebe, die sich im Umgang mit Tod und Sterben schwer tun würden, weswegen eine Leitlinie von Vorteil sein könnte. Des Weiteren sieht D eine Möglichkeit, durch Leitlinien einen Konsens im Team im Umgang mit dem Thema zu erhalten. Auch E hält eine Leitlinie für sinnvoll. Sie hat sich Gedanken dazu gemacht, welche Inhalte eine solche Leitlinie enthalten solle. *„Zum Beispiel einfach ein Punkt, wo darunter steht mit dem Patienten Ziele erörtern oder darüber reden, welche offenen Angelegenheiten es da gibt oder nächster Punkt, Familie kontaktieren“* (480-482). Jetzt bringt sich D wieder in das Gespräch ein und stimmt E in ihren Ausführungen zu. Auch D ist jetzt überzeugt davon, dass eine Leitlinie sinnvoll sei. Außerdem erörtert sie weiter, dass diese Leitlinie vom Team auf der Station gesammelte Inhalte enthalten könnte und somit auch, was auf der jeweiligen Station möglich und gewollt sei. E bringt noch ein, dass eine Leitlinie gut zu dokumentieren wäre und somit auch eine gewisse Nachvollziehbarkeit in der Betreuung gewährleistet wäre. Es folgt ein schneller Wortwechsel zwischen C, B und E. D bestätigt die Aussage mit einem Nicken und mit dem Argument, dass die Tätigkeiten greifbarer werden würden. C eröffnet einen weiteren negativen Gegenhorizont. Die Grenze einer Leitlinie sieht C bei PatientInnen, die sich nicht mehr äußern können und somit keine Fragen beantworten können. *„Aber die Frage ist, ist das irgendwie möglich, wenn das wirklich schon die terminale Phase ist und die Patienten kaum artikulieren können, da ist so eine Checkliste schön und gut, aber nur, wenn sich der jetzt noch äußern könnte“* (506-508). B gibt C in seiner Aussage Recht, aber betont nochmals die Wichtigkeit der Leitlinie als Orientierungshilfe. B sieht den konkreten Vorteil darin, dass *„das große Manko an der*

Palliativpflege einfach ist, dass das was ist, was wir, was uns nicht so bewusst ist und wo wir eigentlich wirklich Orientierung brauchen. Die Hilfe brauchen wir einfach“ (512-514). Viel würde unbewusst gemacht werden, aber eine gewisse Orientierung könne eine Hilfestellung sein. A sieht das Problem darin, dass die Palliativpflege ein sehr spezielles Gebiet sei. E beendet die Diskussion mit einem Übergang vom speziellen Gebiet hin zu dem Einsatz des Palliativteams auf der Station. Die Leitlinie als Orientierung bietet eine Möglichkeit, die Betreuung sterbender PatientInnen zu gewährleisten. Eine Leitlinie als eine Art Fragenkatalog, wie von E vorgeschlagen, sei auch vereinbar mit einer individuellen Pflege.

4.1.2 Diskursbeschreibung Gruppendiskussion 2

Die Gruppe in der Gruppendiskussion 2 besteht aus vier TeilnehmerInnen und einer Moderatorin. Zwei der vier TeilnehmerInnen arbeiten seit mehr als zwanzig Jahren in diesem Beruf, die anderen zwei weniger als zehn Jahre. Alle TeilnehmerInnen arbeiten in unterschiedlichen Krankenhäusern. Wie in der Gruppe 1 bestehen zwischen den TeilnehmerInnen keine hierarchischen Strukturen und auch keine Abhängigkeiten untereinander oder zur Moderatorin. Die TeilnehmerInnen sprechen auch hier frei und durch die Bereitstellung von Kaffee und Kuchen entsteht ebenfalls eine entspannte Atmosphäre. Dadurch, dass sich auch in der zweiten Gruppendiskussion alle TeilnehmerInnen und die Moderatorin im selben beruflichen Milieu (Krankenhaus) befinden und ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind, gibt es keine Verständigungsprobleme. Der Diskurs ist geprägt von Monologen und Erzählungen aus der Krankenhauspraxis.

Die Fallvignette wird vor der Diskussion von der Moderatorin vorgelesen. Darauf folgen die zwei selben Frage wie bei Gruppe 1 zum Eindruck nach dem Lesen bzw. Hören der Fallvignette. Außerdem wird gefragt, ob ein solcher Fall auch im Krankenhaus der DiskutantInnen vorkommen hätte können. In der ersten Passage werden bereits einige Themen angeführt, die später noch weiter und detailliert ausgeführt werden.

Passage 1: Reaktionen auf die Fallvignette (18-84)

Nachdem M die Einstiegsfrage gestellt hat, antwortet nach einigen Sekunden Pause als erster D auf die Frage. D bringt zum Ausdruck, wie wenig überraschend er das Beispiel in der Fallvignette gefunden habe. D hebt dabei besonders hervor, dass es im Krankenhaus alltäglich vorkomme, dass die Wünsche von PatientInnen übergangen werden würden. *„Und auch, wo der Wunsch von eigentlich mündigen Patienten die eine Entscheidung treffen für sich, von Ärzten ignoriert wird“* (11-13). C validiert die Aussage von D. Die Realität werde gut abgebildet in dem Beispiel. *„Ja, mir ist es auch so ergangen, ich habe das Beispiel durchgelesen und ich hab dann eigentlich auch erschreckend festgestellt, dass das eigentlich die Realität sehr gut trifft“* (18-20). Die Wünsche der Patientin würden nicht beachtet werden. Daraus folgert D, dass dies ein Grund für die Unzufriedenheit bei PatientInnen und Pflegepersonen in diesem Beispiel sei. A schließt an der Aussage von D an und A stimmt zu, dass die Wünsche in diesem Beispiel keine Beachtung gefunden hätten. Sie bringt sogleich Beispiele wie in dem Krankenhaus, in dem sie arbeitet mit einer solchen Situation der Umgang wäre. Ein Hospizplatz wäre gesucht worden und ein Entlassungsmanagement hätte stattgefunden. A verwendet den Terminus „bei uns“ sehr häufig. *„Bei uns wird relativ schnell, mit Beginn der OP, wird dann schon gesucht, also entweder nach Hause entlassen oder in dem Fall wahrscheinlich einen Hospizplatz mit der Diagnose“* (36-38). A argumentiert weiter, dass es früher solche Fälle, wie in dem Beispiel oft gegeben hätte. Jetzt werde versucht, PatientInnen schnell und optimal betreut zu entlassen. Sie bringt einen neuen Aspekt ein, indem sie drauf eingeht, dass es *„dann mutige Schwestern“* (58) als FürsprecherInnen brauche. C ergänzt diese Bemerkung damit, dass es auch *„mutiges Pflegepersonal, das sich sozusagen mit Ärzten anlegt“* (63) brauche. D differenziert diese Aussage mit dem Einwand, dass es auch bei Pflegepersonen unterschiedliche Auffassungen bei der Betreuung gäbe. *„Dass jeder seine eigene Schiene fährt“* (67) gibt es bei ÄrztInnen genauso wie bei Pflegepersonen. D antwortet drauf, dass es doch im Endeffekt das Pflegepersonal sei, welches sich viel mehr mit PatientInnen konfrontieren müsse. Als Reaktion auf die vorherige Aussage meint A, dass es verschiedene Ansichten zu den Themen Tod und Sterben bei Pflegepersonen gäbe. A bringt als Beispiel den Unterschied zwischen Palliativstationen und

Normalstationen ein. A nimmt an, dass die Zusammenarbeit eine andere sei, wenn alle auf derselben Linie arbeiten würden. D stimmt der Annahme zu. D argumentiert es damit, dass auf der Normalstation der Fokus auf Kuration liege. *„Ja eh, weil der Fokus halt immer auf Therapie ist und nicht auf Rückzug und nichts tun“* (83-84). Zum Schluss dieser Passage fasst A zusammen, dass Pflegepersonen teilweise noch ein Problem damit hätten, das Sterben im Krankenhaus zu akzeptieren, aber dass die Situation allgemein die letzten 25 Jahre besser geworden sei.

Damit endet die Passage 1. Die Passage gibt Aufschluss über die Reaktionen auf die Fallvignette. Der Einstieg in die Thematik wirft erste Orientierungen auf.

Passage 2: PatientInnen als Menschen wahrnehmen (94-139)

B bringt in Bezugnahme auf ihre eigene langjährige Erfahrung in der Praxis eine Proposition in die Diskussion ein. In der Betreuung von PatientInnen am Ende des Lebens sollten die Wünsche der PatientInnen akzeptiert und respektiert werden. PatientInnen müssten auch im Krankenhaus als Menschen wahrgenommen werden. Dabei sei es wichtig, mit PatientInnen über die Wünsche zu sprechen. An dieser Stelle beruft sich B auf ihre Erfahrungen aus der alltäglichen Arbeit und den Veränderungen der letzten 25 Jahre. Zum Beispiel, wann PatientInnen gewaschen werden wollen und was diese essen möchten. *„Und das habe ich im Laufe der Jahre gemerkt. Vor 25 Jahren in Österreich überhaupt. Das war überhaupt nicht gang und gäbe, dass man auf die Patientenwünsche eingeht“* (105-107). Des Weiteren merkt sie an: *„Mittlerweile sind wir soweit, dass wir viel dazu beitragen, dass die Patienten sich wohlfühlen“* (107-108). B bringt auch einen anderen Aspekt in die Diskussion ein. Heute würde viel mehr auf die Privatsphäre von PatientInnen geachtet werden, meint sie. Die Elaboration der Orientierung erfolgt ausschließlich durch B selbst. Das Thema wird von den anderen nicht mehr aufgegriffen. Die Passage wurde in weitere Folge für die komparative Analyse ausgewählt, da sich dieser Aspekt in der Gruppendiskussion 1 wiederfindet.

Passage 3: Möglichkeiten – Leitlinie (139-202)

A beginnt die Passage mit der Aussage *„das Sterben an sich, glaub ich, ist besser“* (139). Damit fasst sie die bisherige Diskussion zusammen. Sie zählt Beispiele auf, was in der Betreuung sterbender PatientInnen eigentlich jetzt alles besser sei als früher. Dazu gehört die Privatsphäre durch Einzelzimmer und die Benennung sterbender PatientInnen als solche. Diese Identifikation der PatientInnen hatte bei A im Krankenhaus zur Folge, dass eine Leitlinie eingeführt werden konnte. C fragt nach, ob die Leitlinie zur Dokumentation der durchgeführten Tätigkeiten dienen würde. A gibt zur Antwort, dass es in ihrer Einrichtung einen Standard gebe, was ‚Palliativ‘ bedeutet. Der Standard ‚Palliativ‘ ist eine Leitlinie, in der beschrieben ist, was bei PalliativpatientInnen noch getan wird und was nicht. Das bedeutet auch, dass auf die Wünsche der PatientInnen eingegangen wird und zum Beispiel keine Blutabnahmen mehr erfolgen. *„Aber so wie das bei uns ist und es im jedem Krankenhaus gang und gäbe ist, jeder Arzt will wissen wie sind die Blutwerte. Ich mein, ist doch wurscht. Ja das ist, dass wird alles besprochen mit den Patienten, wenn sie nicht mehr können, dann mit den Angehörigen“* (152-155). Laut A wird nur mehr das Nötigste getan und dies wird mit PatientInnen und/oder Angehörigen abgesprochen. C findet diesen Standard eine gute Lösung, vor allem bei den häufig vorkommenden Problemen der Zusammenarbeit und der Entscheidungsfindung. Im Krankenhaus von C werden *„viele Patienten dann zum Beispiel einfach DNR geschrieben und es geht eigentlich jeder damit unterschiedlich um“* (174-175). A gibt zu bedenken, dass solche Situationen bei ihr früher im Krankenhaus ebenfalls vorgekommen seien. Den Standard ‚Palliativ‘, diese Leitlinie, hätten sie sich in ihrem Krankenhaus *„sehr hart erkämpfen“* (182) müssen. A bringt einen neuen Aspekt in die Diskussion ein. Das Umdenken bei A im Krankenhaus sei aus der Initiative von motivierten Pflegepersonen entstanden. Die Motivation dahinter war für A und ihre KollegInnen, dass PatientInnen *„das Recht haben in Ruhe und Würde zu sterben oder die restlichen Tage zu leben“* (186-187). Die Herausforderung sieht A darin, dass die ÄrztInnen, mit denen sie zusammenarbeiten, hinter dieser Leitlinie stehen müssen, sonst funktioniere es nicht. Eine Gefahr sieht A jedoch in der wechselnden ärztlichen Belegschaft. Am Schluss der Passage bringt C noch eine Konklusion ein. Tod und Sterben seien nicht nur

Herausforderungen im interdisziplinären Team, sondern eine gesellschaftliche Herausforderung. Mit der Aussage endet die Passage. Keiner der MitdiskutantInnen geht auf das Thema weiter ein.

Passage 4: Möglichkeiten – Konkrete Maßnahmen (219-273)

Dieses Thema wurde von den DiskutantInnen selbst initiiert. B beschreibt wie bei ihr im Krankenhaus sterbende PatientInnen betreut werden. Dabei nennt sie konkrete Maßnahmen, die durchgeführt werden. Falls PatientInnen bei B auf der Station versterben sollten, würde auf die Privatsphäre der PatientInnen geachtet. *„Und Patienten zum Beispiel, die wirklich so schlecht sind, dass sie bald auf der Station sterben, da schauen wir, dass wir ein Einzelzimmer haben“* (219-220). Zudem würden Schmerzmittel verabreicht werden, Flüssigkeit gegeben, es gäbe einen Verabschiedungsraum und auch spirituelle Komponenten würden miteinbezogen werden. B äußert, dass heute viel mehr für die PatientInnen getan werde als früher. B gibt ein konkretes Beispiel, um diese Aussage den anderen genauer zu erläutern. *„Da ist man da gelegen in einem Sechsbettzimmer, ist man reingefahren mit dem Transport, mit dem Toten, mit dem Wagerl einfach rein. Alle waren geschockt“* (234-235). Diese Aussage führt bei allen DiskussionsteilnehmerInnen zu Kopfschütteln. B nickt und bestätigt, dass das früher so vorgekommen sei, aber dass heute auf die Würde geachtet werde und keiner mehr so *„zur Schau gestellt wird“* (241). B erläutert weitere notwendige Aspekte einer würdevollen Betreuung. Einigkeit im Team sei wichtig, und die Kommunikation untereinander müsse stimmen, denn: *„Es kann wirklich ein würdevolles Sterben auch im Krankenhaus sein“* (246). Trotzdem wird laut B auch drauf geachtet, dass PatientInnen nach Hause entlassen oder, wenn möglich, in einem Hospiz aufgenommen werden würden. Eine Anschlussproposition kommt von D. *„Aber ich glaube, das, was du da ansprichst, ist auch, ist vielleicht auch die große Herausforderung, dass der Patient, wenn er sterbend ist, kommt es darauf an, ob er einen Fürsprecher hat in der Pflege, als Angehörige oder als Arzt“* (249-251). Die Herausforderung in der Betreuung sieht er darin, dass es in der Betreuung darauf ankomme, ob PatientInnen einen Fürsprecher in der Pflege haben oder nicht. A geht auf den angesprochenen Aspekt der Herausforderung von D nicht weiter ein. Sie nimmt Bezug auf das Gesagte von B und erläutert ebenfalls ihre positiven Erfahrungen

im Krankenhaus. Auch bei B stünden Einzelzimmer zur Verfügung, Schmerzmittel würden gegeben werden und Angehörige dürften über Nacht bleiben. Diese Maßnahmen würden sehr gut funktionieren im Krankenhaus von B. Was B als unwürdig empfindet, sei, wenn nicht auf die Wünsche von PatientInnen eingegangen werde.

Die Passage endet und sie ist geprägt von den positiven Erfahrungen von B und A. Es handelt sich dabei um Monologe und eine Weiterbearbeitung der angesprochenen Aspekte erfolgt nicht.

Passage 5: Kommunikation (433-492)

C bringt eine neue Proposition in die Diskussion ein. Diese steht im Bezug zu Überlegungen zur Fallvignette. C beschäftigt das Thema der Aufklärung in dem Beispiel. Sie vermutet, dass die Patientin in dem Beispiel keine Aufklärung erhalten habe. C meint, dass eine gute Aufklärung wichtig sei, damit PatientInnen ihre Wünsche äußern können. Hier zeichnet sich ein positiver Horizont ab. Für eine optimale Betreuung am Ende des Lebens sind Gespräche zwischen PatientInnen und dem Behandlungsteam von großer Bedeutung. Zur Umsetzung ist jedoch eine umfassende Aufklärung notwendig. C erklärt, dass bei einer Aufklärung auch erfragt werden sollte, *„was ist diesem Patienten noch wichtig und was müsste er noch geregelt haben oder auf was legt er Wert“* (447-448). A differenziert diese Orientierung, indem sie wieder auf das Beispiel in der Fallvignette Bezug nimmt. Sie meint, dass in diesem Beispiel eine medizinische Aufklärung stattgefunden hätte, aber dass es die Arbeit von Pflegepersonen bzw. SozialarbeiterInnen sei, sich um alles andere zu kümmern. D stellt die Frage in den Raum, ob die Patientin überhaupt aufgeklärt wurde, dass sie bald sterben werde. A denkt, dass dies in dem Beispiel schon der Fall wäre. C verteidigt ihre Aussage von vorn, da sie die Aussage allgemeiner gemeint hat. *„Dass Aufklärung ja nicht gleich Aufklärung ist“* (462-463). A ratifiziert diese Äußerung, meint aber, dass es trotzdem zwei verschiedene Aspekte seien. *„Bei uns sind das eben zwei verschiedene Sachen. Das Eine macht der Arzt, das wirklich rein medizinische und alles andere machen wir“* (464-465). Aus der Diskussion geht nur teilweise hervor, was A mit *„alles andere machen wir“* (465) meinen könnte. B bringt eine

Anschlussproposition in die Diskussion ein. Sie meint, dass Pflegepersonen viel mehr Informationen über PatientInnen hätten als ÄrztInnen. Als Argumentation hebt B hervor, dass ÄrztInnen sich oft zu wenig mit den PatientInnen befassen würden. Das Befassen oder nicht Befassen mit einer Person hängt für B mit der Persönlichkeit der Pflegeperson zusammen. Sie geht von sich selbst aus und gibt an, dass sie eine neugierige Person sei, die gerne mit PatientInnen spreche, also erfährt sie auch viele private Informationen über diese. Mit der nächsten Aussage deckt sie gleichzeitig einen negativen Gegenhorizont der Orientierung auf. Die Grenze der Kommunikation ergebe sich aus der Motivation der Pflegepersonen. Sie argumentiert, dass in der heutigen Zeit viel am Computer gearbeitet werde und dadurch weniger Zeit für Gespräche mit PatientInnen zur Verfügung stehe. *„Wir dokumentieren, wir haben alles oben (Anm.: am Computer), niemand kann uns klagen oder was weiß ich. Auf jeden Fall, da bleibt nicht mehr so viel Zeit für die Patienten. Die Schwestern kommen rein und fragen, brauchen sie etwas und gehen weiter“* (480-483). Deswegen spielt die Persönlichkeit und die Motivation der Pflegepersonen eine große Rolle. *„Aber es gibt auch Schwestern und Pfleger, die sagen, das mach ich später. Ich gehe hinein und nehme mir die Zeit, mich mit den Leuten zu unterhalten“* (484-485). Das Setzen von Prioritäten und die Zeiteinteilung spielen eine große Rolle. B hält es für eine Pflegeperson als essentiell, sich mit den PatientInnen zu beschäftigen. Damit legt B den Grundstein für die nächste Proposition in der Diskussion, welche in der nächsten Passage behandelt wird.

Passage 6: Eine würdevolle Betreuung bieten (493-537)

Die nächste Proposition wurde von den DiskutantInnen eingebracht und behandelt die würdevolle Betreuung von PatientInnen. D merkt in Bezug auf Passage 5 an, dass die Zeitressourcen für Gespräche mit PatientInnen abhängig seien von der Größe der Station, auf der gearbeitet werde. B bezieht sich in ihrer Weiterbearbeitung der Orientierung auf ihre eigenen Erfahrungen im Krankenhaus. Sie gibt an, wenn PatientInnen bei ihr im Krankenhaus sterben sollten, dann werde alles versucht, um ihnen *„auch ein bisschen Würde zu geben“* (504). C sieht die Aussage differenziert. Sie gibt zu bedenken, dass für einen würdevollen Umgang im Krankenhaus nicht immer die Zeitressourcen vorhanden seien. *„Ich glaube, dass man diese Würde ja auch oft, ich erlebe das*

so, dass oft einfach die Zeit fehlt“ (505-506). B lässt die fehlende Zeit oder große Stationen als Argumente nicht gelten. Sie betont, dass Pflegepersonen aktiv werden sollten, wenn die Zeit- oder Personalressourcen nicht vorhanden seien, um eine optimale Betreuung zu gewährleisten. *„Und es liegt, sie müssen sich auch aktiv was mitmachen und sagen, so geht das nicht“* (511-512). Als Beispiel äußert B, dass alles dokumentiert werden sollte, was nicht gemacht wurde und warum nicht. Dadurch sei eine rechtliche Absicherung vorhanden. Eine Andeutung von A dazu bringt alle anderen MitdiskutantInnen zum Lachen. Bei A im Krankenhaus würde es dann heißen: *„Ich habe eine ganz lange Warteliste (Anm.: an Pflegepersonen), wenn es ihnen bei uns nicht gefällt“* (518-519). Anschließend versucht C zu erläutern, was sie mit den beschränkten Zeitressourcen gemeint habe. C meint, dass wenig Zeit dazu führen könne, dass die Durchführung einer individuellen Pflege schwierig werde. *„Aber das eben oft nur ganz kleine Dinge, die eben nicht zeitaufwändig sind, sehr viel an Würde für diese Patienten bedeuten“* (523-524). B validiert diese Aussage und schlussfolgert, dass die Zeiteinteilung der einzelnen Pflegepersonen ein wichtiger Faktor dabei sei. Die Passage endet hier, sie deutet auf zwei Gegenhorizonte hin. Eine würdevolle Betreuung scheint für Pflegepersonen erstrebenswert zu sein. Doch die Rahmenbedingungen, besonders der Zeitfaktor, wirken sich negativ darauf aus. Eine Realisierungsmöglichkeit wird in der Motivation der Pflegeperson gesehen, durch die Durchführung von Tätigkeiten, die nicht viel Zeit in Anspruch nehmen und dem aktiven Aufzeigen von Ressourcenproblemen in der Pflege. Es wird von der Gruppe nicht weiter ausgeführt, was unter *„ganz kleinen Dingen, die eben nicht Zeit aufwändig sind“* (523-54) genau verstanden wird.

Passage 7: Möglichkeiten – Palliativteam (584-651)

In der letzten Passage bringt C ein neues Thema ein, welches aus der Synthese der bisherigen Diskussion entstanden ist. C spricht an, dass ein Palliativteam im Krankenhaus hilfreich wäre in der Betreuung sterbender PatientInnen. *„Ich würde es irgendwie toll finden, wenn es in jedem Krankenhaus irgendwie so ein Palliativteam geben würde“* (584-585). C beschreibt, wie ein solches Team aussehen könnte. Die MitarbeiterInnen im Palliativteam könnten eine spezielle Ausbildung absolvieren und gemeinsam im

Team Entscheidungen treffen. Des Weiteren könnte das Team für das Entlassungs- und Schmerzmanagement zuständig sein. Es folgt ein schneller Sprachwechsel zwischen A, C und B über die unterschiedlichen Regelungen in den Krankenhäusern bezüglich Palliativkonsilien. A berichtet anschließend über die eigenen Erfahrungen im Krankenhaus, in welchem sie arbeitet. Dort sei bereits seit 15 Jahren ein Palliativteam im Einsatz. *„Wie schon gesagt, das ist jetzt auch schon 15 Jahre her, aber ist im Prinzip auf Anstoß von Schwestern gegangen“* (606-608). Das Palliativteam habe sich dort aus Interesse und Motivation von Pflegepersonen und einigen ÄrztInnen entwickelt. A erzählt, dass besonders das Schmerzmanagement sehr gut funktioniere im Krankenhaus. Darauf bezugnehmend meldet sich B zu Wort. Ihrer Meinung nach hätten Pflegepersonen gerade beim Einsatz von Schmerzmitteln die Möglichkeit, auch selbst zu beobachten und auf die Bedürfnisse von PatientInnen zu achten. Dafür *„muss man nicht immer gleich die Ärzte holen, wir können selbst beobachten“* (635-636). A differenziert die Aussage, in dem sie darauf hinweist, dass ein Arzt / eine Ärztin die Schmerzmittel anordnen müsse. B erwidert, dass Pflegepersonen die Möglichkeit hätten, darauf zu achten, wann Schmerzmittel sinnvollerweise verabreicht werden. *„Es gibt genug Schwestern und Pfleger, die sagen, jetzt ist Mittagessen, er (Anm.: der Patient) muss aufstehen. Wenn er schläft, soll er schlafen, weil wichtig ist seine Ruhe“* (640-642). Als Beispiel nennt B, dass Schmerzmittel vor dem Waschen gegeben werden könnten oder PatientInnen nicht extra aufgeweckt werden, um ihnen Schmerzmittel zu verabreichen. Damit endet die Passage 7. Von der Gruppe wird nicht weiter auf das Palliativteam eingegangen. Ein Palliativteam ist bei einer der DiskutantInnen bereits seit vielen Jahren im Einsatz, dieses wird als positiv wahrgenommen.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der komperativen Analyse anhand der Diskursbeschreibungen grafisch und schriftlich präsentiert. Diese vereinfachte grafische Darstellung der Ergebnisse (Abbildung 4) zeigt die Voraussetzungen, die es bedarf, um eine würdevolle Betreuung zu ermöglichen. Zuallererst braucht es eine klare Entscheidung zur End-of-life Care. Dann erst können die genannten Möglichkeiten wie Palliativteam, Leitlinien/Standards, Fortbildungen, Kommunikation, Wahren der Privatsphäre, Schmerzmittelmanagement und das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, umgesetzt werden. Diese Aspekte und Handlungen können schließlich eine würdevollen Pflege am Ende des Lebens sicherstellen. Die Möglichkeiten, die bereits vorhanden sind oder noch nicht, werden von Faktoren positiv und negativ beeinflusst. Die bedeutendsten dieser Faktoren sind die Motivation der Pflegepersonen sowie die Rahmenbedingungen bzw. Ressourcen.

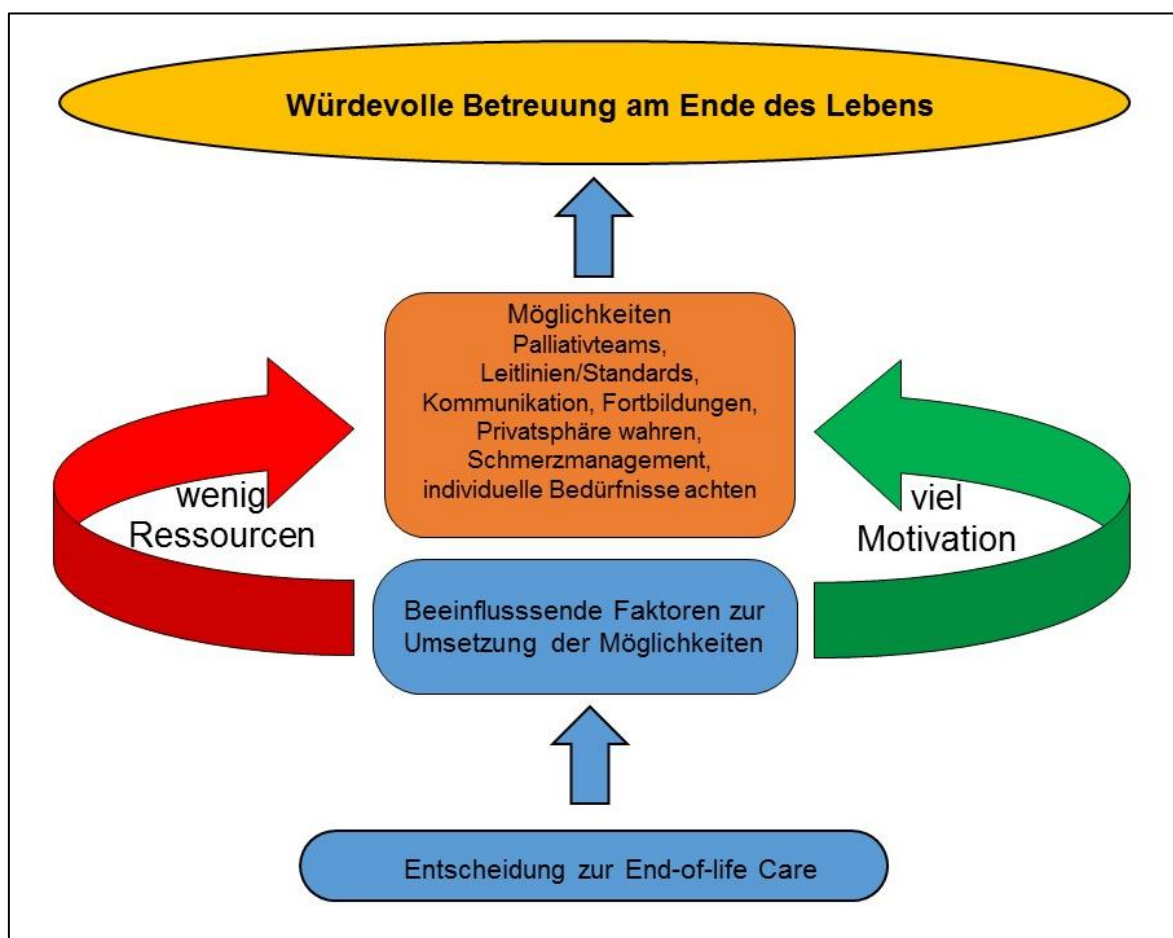


Abbildung 4: Voraussetzungen und Einflussfaktoren einer würdevollen Betreuung am Ende des Lebens im Krankenhaus (eigene Darstellung)

4.2.1 Würdevolles Sterben

Die durchgeführten Möglichkeiten sollen in einer würdevollen Betreuung gipfeln. Dies bedeutet für Pflegepersonen, dass PatientInnen Aufmerksamkeit und Zuwendung geschenkt werden. Darüber hinaus sollen PatientInnen als Menschen wahrgenommen werden. Menschsein bedeutet, dass Krankheiten in den Hintergrund treten und der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Vordergrund tritt. Außerdem bedeutet es, dass PatientInnen mit Respekt behandelt werden. Um einen Menschen wahrnehmen zu können, bedarf es einer Interaktion zwischen PatientInnen und Pflegepersonen. Gespräche und das In-Interaktion-Treten mit den PatientInnen (verbal oder nonverbal) spielen eine große Rolle. Nur auf diese Weise können Wünsche erfasst werden, welche wiederum für eine würdevolle Betreuung von großer Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang umfasst eine würdevolle Betreuung ebenso den Aspekt, Entscheidungen gemeinsam mit den PatientInnen zu treffen. Werden PatientInnen in die Entscheidungsfindung nicht miteinbezogen oder wird gar über ihren Kopf hinweg entschieden, empfinden Pflegepersonen dies als unwürdig. Auch eine Symptomerleichterung wird von Pflegepersonen als wesentlich angesehen, um eine würdevolle Betreuung zu gewährleisten. Dazu zählen das Schmerzmanagement und die Flüssigkeitsverabreichung. Zuletzt wird auch die Wahrung der Privatsphäre im Krankenhaus mit einer würdevollen Betreuung am Ende des Lebens in Verbindung gebracht. Die Privatsphäre bezieht sich hier besonders auf strukturelle Bedingungen, wie ein Einzelzimmer. Der End-of-life Care-Gedanke scheint im Krankenhaus angekommen zu sein. Schließlich geht es den Pflegepersonen bei einer würdevollen Betreuung darum, dass sich PatientInnen wohlfühlen und in Ruhe sterben können.

Personen, die schon länger als zwanzig Jahre im Pflegeberuf tätig sind, haben eine klare Vorstellung davon, was eine würdevolle Betreuung am Ende des Lebens ausmacht. Die subjektiven Erfahrungen von Pflegepersonen deuten darauf hin, dass es heute im Krankenhaus mehr Möglichkeiten gibt, um ein würdevolles Sterben zu gewährleisten. Aus den Gemeinsamkeiten jener Pflegepersonen, die über zwanzig Jahren in dem Beruf arbeiten, kann eine Art Typenbildung vorgenommen werden. Das Besondere in diesen Fällen sind die Anzahl der Berufsjahre.

4.2.2 Entscheidung zur End-of-life Care

Am Anfang einer würdevollen Betreuung steht aus Sicht der Pflegepersonen die Entscheidung zur End-of-life Care. Nur so können die nächsten Schritte, wie die Anwendung von Möglichkeiten wie der Einsatz von Palliativteams, das Einführen von Standards oder Leitlinien, Fortbildungen, Kommunikation (mit PatientInnen und im Team) und die Umsetzung konkreter Maßnahmen (Privatsphäre, Schmerzmanagement, Eingehen auf individuelle Bedürfnisse) mit dem Ziel einer würdevollen Betreuung von PatientInnen, erfolgen. Die Entscheidung beinhaltet den Übergang von einer kurativen zu einer palliativen Betreuung. Im Krankenhaus, wo der Fokus meist auf der Kuration liegt, wird diese Entscheidung oft als eine Herausforderung von den Pflegepersonen wahrgenommen. Wird die Entscheidung zur End-of-life Care nicht oder erst zu spät getroffen, kommt es zu Spannungen im Team. Spannungen entstehen aber auch, wenn nicht alle im Team eine gemeinsame Linie verfolgen. Fragen, die es sich bei der Entscheidung zu stellen gilt, sind: Wann beginnt die End-of-life Care und wann wird noch therapiert? Wie viel binde ich PatientInnen in diese Entscheidungen mit ein? Die Entscheidung, ob PatientInnen kurativ oder palliativ betreut werden, hat weitreichende Konsequenzen wie z.B. einen Behandlungsabbruch, einen Therapieverzicht oder die Entscheidung, nicht mehr zu reanimieren. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonen und PatientInnen essentiell, damit diese Entscheidungen nicht auf den Schultern nur einer Person lasten. Werden keine gemeinsamen Entscheidungen getroffen oder gar überhaupt Entscheidungen hinausgezögert, hat dies negative Konsequenzen für Pflegepersonen und PatientInnen. Mitunter führt es zu ethischen Dilemmata, wenn keine Entscheidungen getroffen werden. Als Beispiel ist hier die Reanimation von PatientInnen zu nennen, wenn es von den Pflegepersonen als falsch empfunden wird, noch zu reanimieren. Damit einhergehend ist auch das Überdenken der Ziele in der pflegerischen Betreuung von Bedeutung. Die Ziele in der Pflege von Menschen am Ende ihres Lebens verschieben sich und können sich von den Zielen im Rahmen der Pflege jener Menschen, die kurativ betreut werden, unterscheiden. Dies sollte in der Pflege bedacht werden. Können PatientInnen ihre Wünsche bezüglich Entscheidungen nicht selbst artikulieren, so kommt der Pflegeperson eine besondere Rolle als FürsprecherIn zu. Von Pflegepersonen, die schon länger

als zwanzig Jahre in dem Beruf sind, wird bereits eine positive Entwicklung hin zur Akzeptanz einer End-of-life Care im Krankenhaus beobachtet. Aber erst, wenn das Ziel der Betreuung für alle klar ist, können Maßnahmen wie Palliativteams, Leitlinien oder Standards, Privatsphäre, Schmerz- und Flüssigkeitsmanagement und das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, eingesetzt werden, um ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu ermöglichen.

4.2.3 Möglichkeiten von Pflegepersonen, um ein würdevolles Sterben zu realisieren

Die Möglichkeiten von Pflegepersonen, im Krankenhaus ein würdevolles Sterben zu realisieren, lassen sich grob in Möglichkeiten auf der Meso- sowie auf jener der Mikroebene einteilen.

Möglichkeiten auf der Mesoebene können bauliche Maßnahmen sein. Ein Beispiel dafür ist die Schaffung eines eigenen Palliativzimmers im Krankenhaus. Ein solcher Raum ist ein Einzelzimmer, in dem PatientInnen am Ende ihres Lebens individuell betreut werden bzw. ein Ort für die letzten Stunden, an dem sich die Angehörigen verabschieden können. Ein Einzelzimmer bietet die nötige Privatsphäre für die PatientInnen und deren Angehörigen. Eine weitere Möglichkeit auf Mesoebene ist ein eigenes Team im Krankenhaus einzusetzen, welches ausschließlich für die Betreuung von PatientInnen am Ende ihres Lebens zuständig ist. Ein solches Palliativteam ist von Pflegepersonen erwünscht und bereits in einem Krankenhaus einer Teilnehmerin implementiert. Vorteile eines solchen Teams sind die Spezialisierung in der Ausbildung und das dadurch erworbene Wissen. Außerdem spielt die Fachroutine eine große Rolle, die sich auf die Erfahrung im Umgang mit sterbenden PatientInnen auswirkt. Ein weiterer Vorteil ist die klare Verantwortlichkeit und Zuständigkeit eines solchen Teams im Krankenhaus. Weitere Aufgaben liegen im Schmerz- und Entlassungsmanagement. Eine Herausforderung in der Pflege sterbender PatientInnen ist die Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben. Nicht jede Pflegeperson will oder kann sich damit befassen.

Eine weitere Maßnahme auf der Mesoebene ist die Einführung einer Leitlinie bzw. eines Fragenkatalogs für PatientInnen am Ende des Lebens. Dabei sind die Aufklärung und die Identifikation der PatientInnen als Sterbende vorab von großer Bedeutung. Eine solche Leitlinie kann als Orientierung im Umgang mit Sterbenden hilfreich sein. Was genau eine solche Leitlinie beinhaltet, sollte vom jeweiligen Krankenhaus bzw. auf den Stationen ausgearbeitet werden. Die Idee ist dabei, im Team jene Maßnahmen zu sammeln, welche auf der jeweiligen Station überhaupt möglich sind. Diese sollen anschließend in Form einer Leitlinie zusammengefasst werden. Ein Standard Palliativ hat den Vorteil, dass Zuständigkeiten geklärt werden können und auch die Planung und Umsetzung von Maßnahmen würde nachvollziehbarer werden. Leitlinien bzw. Standards Palliativ sind genauso wie der Einsatz eines Palliativteams in den Krankenhäusern der TeilnehmerInnen erst teilweise umgesetzt. Diese Maßnahmen sind wünschenswert, jedoch fehlen noch Erfahrungswerte aus der Praxis im Umgang damit.

Fortbildungen sowie die Aneignung von Wissen sind ebenfalls als Möglichkeit zur Realisierung eines würdevollen Sterbens zu nennen. Die Fortbildungen werden jedoch von Pflegepersonen auch kritisch hinterfragt. Die Annahme besteht, dass in einer Fortbildung der Umgang mit PatientInnen am Ende des Lebens nicht ausreichend gelehrt werden könnte. Vielmehr liege es am Interesse einer jeden Pflegeperson, sich in diese Richtung fortzubilden.

Möglichkeiten auf Mikroebene sind konkrete Maßnahmen, die Pflegepersonen in der alltäglichen Arbeit anwenden können. Dazu zählen vor allem die Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonen und PatientInnen. Auf individuelle Bedürfnisse einzugehen ist nur möglich, wenn viele Informationen über die PatientInnen vorhanden sind. Diese können aber erst durch gemeinsame Gespräche und/oder Beobachtung generiert werden. Nur so können Pflegepersonen auf die Bedürfnisse eingehen. Zu den konkreten Maßnahmen zählen unter anderem auf Lieblingsgetränke oder Speisen zu achten, Essenszeitpunkte zu beachten (z.B. nicht zum Essen aufwecken), auf besondere Bedürfnisse in der Körperpflege einzugehen (auf Ressourcen der PatientInnen zu achten, Zeitpunkt der Körperpflege), Lieblingsposition anbieten,

Mundpflege, spirituelle Betreuung, Flüssigkeitsverabreichung oder Schmerzmanagement. Diese Tätigkeiten werden von Pflegepersonen im Krankenhaus in der Betreuung von Menschen am Ende ihres Lebens angewandt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Pflege bereits einige Möglichkeiten kennt und diese auch teilweise anwendet. Alle genannten Möglichkeiten, egal, ob auf Meso- oder Mikroebene, sind aber abhängig von negativ und positiv beeinflussenden Faktoren. Diese Faktoren zählen zu den impliziten Strategien, die Pflegepersonen anwenden, um ein würdevolles Sterben zu gewährleisten. Sie werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

4.2.4 Beeinflussende Faktoren

Um eine würdevolle Betreuung sterbender PatientInnen im Krankenhaus zu realisieren, bedarf es zuerst der Entscheidung zur End-of-life Care. Anschließend können die im Abschnitt 5.3 angeführten Möglichkeiten zur Anwendung kommen. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn eine Reihe von Faktoren zusammenspielt. Die direkt oder indirekt beeinflussenden Faktoren bewirken, dass überhaupt Möglichkeiten geschaffen, durchgeführt oder nicht durchgeführt werden können.

Die strukturellen Rahmenbedingungen, welche die personellen und zeitlichen Ressourcen umfassen, wirken sich bei Vorhandensein positiv und bei Nicht-Vorhandensein, negativ auf die Realisierung eines würdevollen Sterbens aus. Zu wenig Zeit und zu wenig Personal sind häufig genannte Gründe, weswegen Pflegepersonen das Gefühl haben, keine würdevolle Betreuung gewährleisten zu können. Vor allem Pflegepersonen, die weniger als zehn Jahre im Pflegebereich arbeiten, sehen die Grenzen ihrer Möglichkeiten in den unzureichend vorhandenen Ressourcen. Ein weiterer Einflussfaktor ist, dass die Arbeit mit sterbenden PatientInnen im Krankenhaus nicht als Leistung anerkannt oder gar nicht wahrgenommen wird. Viele der genannten Tätigkeiten lassen sich nicht im Pflegeprozess abbilden (z.B. Gespräche führen). Das hat zur Folge, dass Pflegepersonen eher in Konflikt mit Führungspersonen und KollegInnen geraten, da diese Tätigkeiten Zeit beanspruchen, die für andere

Tätigkeiten fehlt. Das führt zur Unzufriedenheit und letztendlich dazu, dass Tätigkeiten nicht durchgeführt werden.

Es gibt aber auch Faktoren, die die Durchführung der angeführten Möglichkeiten positiv beeinflussen. Die Motivation der Pflegepersonen stellt dabei einen wichtigen Aspekt dar. Von der Motivation und der Initiative der Pflegepersonen hängt die Realisierung der Maßnahmen zu einer würdevollen Betreuung am Ende des Lebens ab. Ein Palliativteam kann nur entstehen, wenn es auch Pflegepersonen gibt, die sich dafür interessieren und motiviert sind, daran mitzuarbeiten. Die Motivation nimmt einen wesentlichen Einfluss auf die unterschiedlichen Möglichkeiten. Auch, wenn Rahmenbedingungen angepasst werden und Zeitressourcen vorhanden sind, bedarf es aktiver Pflegepersonen, die ein würdevolles Sterben realisieren wollen. Dazu muss die Arbeit jedoch von Führungskräften und dem gesamten Team wahrgenommen und anerkannt werden. Eine Wertschätzung der Arbeit von Führungspersonen oder den Teammitgliedern ist zur Stärkung sehr wichtig. Eine gemeinsame Linie und die Zusammenarbeit im Team sind dafür notwendig. Zur Motivation zählt ebenso, dass Pflegepersonen aktiv werden, um die Möglichkeiten durchzuführen, aber auch aufzuzeigen, warum Maßnahmen nicht durchgeführt werden können. Dafür sind wiederum eine gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung im Team erforderlich.

Alle diese Faktoren beeinflussen die Durchführung der von den Pflegenden genannten Möglichkeiten, aber sie beeinflussen sich auch gegenseitig. Das bedeutet, je weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, desto motivierter Pflegepersonen braucht das Krankenhaus, um eine würdevolle Betreuung von sterbenden PatientInnen zu gewährleisten. Daraus kann der also der Schluss gezogen werden, dass es beides braucht: Sowohl ausreichend Ressourcen, als auch die aktive Mitarbeit von Pflegepersonen.

5. Diskussion

Mit Hilfe von Gruppendiskussion auf Basis einer Fallvignette wurde den Forschungsfragen nachgegangen, was ein würdevolles Sterben im Krankenhaus ausmacht und welche Möglichkeiten die Pflege hat, dieses zu realisieren. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den ausgewerteten Gruppendiskussionen mit den Forschungsergebnisse der aktuellen Literatur und vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Würdekonzepte verglichen und diskursiv betrachtet. Abschließend wird auf die Limitationen der vorliegenden Arbeit eingegangen.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen eine Vorstellung davon besitzen, was würdevolles Sterben im Krankenhaus bedeutet. Eine wesentliche Erkenntnis der vorliegenden Arbeit ist, dass Pflegepersonen bereits eine Reihe von impliziten Strategien anwenden, um ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu realisieren. Es wurden konkrete Möglichkeiten genannt, die bereits angewendet werden bzw. noch ausbaufähig sind. Alle diese Möglichkeiten unterliegen der Beeinflussung von Faktoren, auf die die Pflegeperson mehr (Motivation) oder weniger (Ressourcen) Einfluss hat. Die Möglichkeiten können jedoch nur auf Basis einer Entscheidung zur End-of-life Care erfolgen. Diese Ergebnisse finden sich teilweise in den Forschungsergebnissen der aktuellen Literatur wieder.

Würdevolles Sterben

Die Themen aus dem Literaturreview von Guo & Jacelon (2014) finden sich teilweise in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wieder (Menschenrecht, Autonomie, Unabhängigkeit, Symptomerleichterung, Respekt, Mensch sein, auf Bedürfnisse eingehen und Privatsphäre). In den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit stellen die Pflegepersonen allerdings keinen Bezug zur Würde als Menschenrecht oder zur Menschenwürde her. Das Würdeverständnis der Pflegepersonen in den Gruppendiskussionen bezieht sich auf die durch Interaktion in einem sozialen Setting erworbene Würde (Edlund et al., 2013; Jacobsen, 2007). Im Würdekonzept von Nordenfelt (2004) spiegelt sich das Verständnis des verwendeten Würdebegriffs der Pflegepersonen in der

Kategorie „Die Würde als Identität“ wieder. Durch Taten von Personen oder durch Krankheit und Alter wird die Würde beeinflusst (Nordenfelt, 2004). Das Thema der Unabhängigkeit kann ebenfalls nicht direkt in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wiedergefunden werden. Andere Begriffe, die mit Würde im Krankenhaus assoziiert werden können und sich auch aus den Ergebnissen der Gruppendiskussionen ergeben, sind Privatsphäre, Intimsphäre wahren, Respekt, Kontrolle, Fürsprechen und Zeit geben (Anderberg et al., 2007; Walsh & Kowanko, 2002). Edlund et al. (2013) beschreiben, dass Menschen in vulnerablen Situationen eine/n Fürsprecher/in benötigen. Diese Rolle übernehmen im Krankenhaus die Pflegepersonen, so die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

Ein Thema, das sich sowohl in den theoretischen Konzepten von Würde, als auch in der empirischen Forschung und in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit finden, ist das Thema des Menschseins. Den Menschen wahr- und ernst nehmen in seinen Bedürfnissen ist auch Teil des Caring Prinzips. Sich einlassen auf die PatientInnen und ihre Bedürfnisse berücksichtigen ist ein Teil von Caring (Schmid Büchi, 2001) und macht auch für Pflegepersonen im Krankenhaus ein würdevolles Sterben aus. Somit wird Caring ein wichtiger Bestandteil in der würdevollen Pflege und Betreuung von Menschen am Ende ihres Lebens.

Entscheidung zur End-of-life Care

Für die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen stellte das Thema ‚Entscheidungen treffen‘ ein zentrales Thema dar. Ausgehend von der Fallvignette, in der die Patientin nach Hause entlassen werden wollte, aber nicht nach Hause gehen durfte, wurde das Thema ‚Entscheidungen treffen‘, aufgegriffen. Der Bogen der Diskussion spannte sich von der Notwendigkeit, PatientInnen in Entscheidungen mit einzubeziehen bis hin zu den Fragen, wer welche Entscheidungen treffen muss. PatientInnen, die Entscheidungen treffen bzw. bei der Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, sind selbstbestimmt und erhalten ihre Autonomie aufrecht. Selbstbestimmtheit und Autonomie werden sehr häufig mit Würde am Ende des Lebens in Verbindung gebracht (Chochinov et al., 2002a; Street & Kissane, 2001). Im Weiteren

werden Autonomie und Kontrolle im Dignity Model als würdebewahrende Faktoren bezeichnet (Chochinov et al., 2002a). PatientInnen, die in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden und somit autonom entscheiden bzw. mitentscheiden können, werden so in ihrem Würdegefühl gestärkt. Darüber hinaus scheint für die Pflegepersonen aus den Gruppendiskussionen die Entscheidung und Abgrenzung zwischen kurativer und palliativer Betreuung ein wichtiger Punkt zu sein. Als Beispiel aus der Praxis wird die Entscheidung für oder gegen eine Reanimation geschildert. Im Krankenhaus liegt der Schwerpunkt auf dem Gesundwerden, das Sterben ist dort nicht vorgesehen (Griegoleit, 2012; Nuland, 1994). Diese Diskrepanz wird auch von den DiskutantInnen wahrgenommen.

Möglichkeiten der Pflege, um ein würdevolles Sterben zu realisieren

Empirische Forschungsergebnisse deckten bereits auf, dass eine Betreuung sterbender PatientInnen eine Herausforderung für Pflegepersonen darstellt. Des Weiteren wurden Strategien, die Pflegepersonen im Umgang mit Tod und Sterben häufig anwenden, identifiziert. Dazu zählen die Distanzierung im Umgang mit PatientInnen und die daraus resultierende Kontaktreduzierung (Johansson & Lindahl, 2011; Zargham et al., 2008; Streckeisen, 2005; Pfeffer, 2005; Glaser und Strauß, 1974). In den vorliegenden Ergebnissen der Gruppendiskussionen wird der Umgang mit sterbenden PatientInnen im Krankenhaus ebenfalls als Herausforderung wahrgenommen. Direkte Aussagen zur Kontaktreduzierung oder Distanzierung finden sich nicht. Jedoch legt der Vorschlag zum Einsatz eines Palliativteams im Krankenhaus die Vermutung nahe, dass es dadurch ebenfalls zu einer Distanzierung kommt. Inwiefern den Pflegepersonen die Strategie bewusst ist, bleibt eine Spekulation. Was jedoch die Gruppendiskussionen deutlich zeigen, ist, dass der Einsatz eines Palliativteams auf positive Resonanz bei allen DiskussionsteilnehmerInnen gestoßen ist. Der Einsatz eines Palliativteams wirkt dabei wie eine einfache Möglichkeit, den Umgang mit sterbenden PatientInnen zu vermeiden. Es kümmert sich ein speziell ausgebildetes und interessiertes Team aus Pflegepersonen um die sterbenden PatientInnen auf der Station. Aufgrund von mangelnden zeitlichen und personellen Ressourcen (Wallerstedt & Andershed, 2007; Seedhouse & Gallagher, 2002; Walsh & Kowanko, 2002), die auch in den

Gruppendiskussionen thematisiert werden, verwundert ein Ruf nach der Ausgliederung herausfordernder Aufgaben wenig.

Ein weiterer Schwerpunkt bereits publizierter Studien und Forschungsarbeiten über Würde in der End-of-life Care im Krankenhaus liegt auf Würde fördernde Maßnahmen. Eine Maßnahme auf struktureller Ebene ist die Entwicklung eines sogenannten ‚goldenen Raumes‘ zur würdevollen Betreuung von Menschen am Ende ihres Lebens (Keegan & Drick, 2011). Dieses Konzept lässt sich vergleichen mit der Möglichkeit eines Palliativzimmers im Krankenhaus. Ein solcher Raum könnte im Krankenhaus Privatsphäre und Wohlfühlatmosphäre schaffen. Jedoch liegen derzeit keine Studien vor, ob ein Raum speziell zur Betreuung sterbender PatientInnen einen positiven Effekt auf das Würdegefühl hat. Allerdings gibt es Erkenntnisse darüber, dass Umgebungsfaktoren (ruhige und saubere Umgebung) (Borhani et al., 2016) und Privatsphäre (Matiti & Trorey, 2008; Walsh & Kowanko, 2002) sich positiv auf das Würdegefühl von PatientInnen im Krankenhaus auswirken. Daraus kann geschlossen werden, dass sich ein Palliativzimmer positiv auf das Würdegefühl von PatientInnen am Ende ihres Lebens auswirken könnte.

Eine weitere Möglichkeit, die in den Gruppendiskussionen identifiziert werden konnte, ist der Einsatz einer Leitlinie. Kritisch zu betrachten ist hierbei der Begriff selbst. Es werden während den Diskussionen die Begriffe Leitlinie, Fragenkatalog und Palliativ Standard oft vermischt. Gemeint ist jedoch immer eine Art Vorgabe, wie und was zu tun ist, um eine würdevolle Betreuung zu erlangen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Vorgabe konkreter Fragen und Interventionen wünschenswert wäre. Die Dignity Therapy (Chochinov et al., 2005, 2011) oder die Dignity Care Intervention (Johnston et al., 2015a) bedienen sich bei ihren Methoden bereits einer Art Fragenkatalog. Auch der Katalog zu Sterben in Würde der ICNP (Tackenberg, 2013) bietet eine Art „Anleitung“ im Umgang mit sterbenden PatientInnen. Der prozesshafte Vorgang des Advance Care Planning bietet eine weitere Möglichkeit, Wünsche und Vorstellungen von PatientInnen, hinsichtlich der Betreuung am Ende des Lebens, zu ermitteln. Im Mittelpunkt steht das Besprechen und Erfassen von Entscheidungen und Therapiezielen in Hinblick auf die Zukunft, in der ein

Verbalisieren dieser nicht mehr möglich ist (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide, 2014). Diese evidenzbasierten Maßnahmen könnten in einer adaptierten Weise Anwendung im akutstationären Bereich finden und eine hilfreiche Orientierung für die Pflegepersonen bieten. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erläutern Vorteile, die Pflegepersonen in einer solchen Leitlinie sehen. Vorteile sind z.B. die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Interventionen und in einer Erleichterung der Dokumentation derselben. Die Frage, was eine solche Leitlinie enthalten sollte, bleibt in den Diskussionen jedoch offen. Ein Vorschlag der DiskutantInnen ist, dass jedes Krankenhaus bzw. jedes Team die Inhalte selbst entwickeln sollte.

Das Thema Fortbildungen als Möglichkeit, eine würdevolle Betreuung zu gewährleisten, führte zu kontroversen Diskussionen. Die Pflegepersonen sind der Meinung, dass das Wissen über eine würdevolle Betreuung nicht in einer ein- oder zweistündigen Fortbildung zu erlernen sei. Die Themen ‚Fortbildung und Wissen‘, rund um eine würdevollen Betreuung am Ende des Lebens im Setting Krankenhaus, werden in keiner der vorliegenden Studien isoliert betrachtet. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit konnten einige Möglichkeiten identifiziert werden, die keiner speziellen Palliativfortbildung bedürfen, sondern die in der Grundausbildung bereits Themen sind. Dazu zählen Tätigkeiten wie beispielsweise auf Lieblingsgetränke oder Speisen zu achten, auf Essenszeitpunkte oder auf besondere Bedürfnisse in der Körperpflege zu achten sowie eine Lieblingsposition oder Mundpflege anbieten. Studienergebnisse bestätigen, dass durch die genannten Tätigkeiten das Würdegefühl von PatientInnen gefördert werden kann (Williams et al., 2016; Östlund et al., 2012; Chochinov et al., 2002a). Der Vorteil darin ist nicht nur die Förderung des Würdegefühls, sondern auch, dass diese Tätigkeiten von Pflegepersonen relativ einfach durchzuführen und zu erlernen sind. Ein Nachteil besteht darin, dass diese Tätigkeiten zeitliche und personelle Ressourcen und die Motivation der Pflegepersonen voraussetzen. In der Literatur werden auch komplexe Interventionen angesprochen. Als komplexe Interventionen werden Maßnahmen verstanden, die aus heterogenen interagierenden Komponenten bestehen (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, & Petticrew, 2008). Zur Durchführung solch komplexer Interventionen, wie die Dignity Therapy

(Chochinov et al., 2005, 2011) oder die Dignity Care Intervention (Johnston et al., 2015a) bedarf es auf jeden Fall einer Schulung bzw. einer Fortbildung.

Eine weitere in der Literatur beschriebene Intervention ist die Patient Dignity Question. Damit können Informationen gesammelt und das Verständnis gegenüber den PatientInnen positiv beeinflusst werden (Johnston et al., 2015b). Die hohe Relevanz der Informationsbeschaffung über PatientInnen wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigt. Durch Informationen kann optimal auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingegangen werden. Die Kommunikation spielt beim Sammeln der Informationen eine große Rolle. Sowohl die Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen, als auch die Ergebnisse der empirischen Forschung bestätigen den Stellenwert der Kommunikation mit PatientInnen bzw. deren Angehörigen am Ende des Lebens (Manookian et al., 2014; Östlund et al., 2012; Baille, 2008; Matiti & Trorey, 2008). Die PatientInnen geben an, dass sich die verbale oder nonverbale Kommunikation und die Informationsweitergabe fördernd auf das Würdegefühl im Krankenhaus auswirken (Manookian et al., 2014; Matiti & Trorey, 2008). Kommunikation und Interaktionen sind Möglichkeiten, die Pflegepersonen anwenden und die sich positiv auf eine würdevolle Betreuung am Ende des Lebens auswirken können.

Beeinflussende Faktoren

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, gibt es eine Reihe von Faktoren, die die Durchführung der angeführten Möglichkeiten beeinflussen. Diese beeinflussenden Faktoren sind: Ressourcen und Rahmenbedingungen, Motivation, Wertschätzung und Honorierung der geleisteten Arbeit sowie die Zusammenarbeit im Team.

Zu wenig zeitliche und personelle Ressourcen sind Themen, die in etlichen Studien als eine Ursache für die Nicht-Erbringung einer würdevollen Pflege am Ende des Lebens beschrieben wurden (Jors et al., 2014; Johansson & Lindhal, 2011; Seedhouse & Gallagher, 2002; Walsh & Kowanko, 2002). Auch aus Sicht von PatientInnen wird die Ressourcenknappheit als ein hemmender Faktor einer würdevollen Pflege im Krankenhaus wahrgenommen (Borhani et al., 2016). Ressourcen und Rahmenbedingungen spielen im Krankenhaus immer

eine große Rolle. Das Bereitstellen von Ressourcen obliegt den Organisationen. Diese sind für personelle und strukturelle Ausstattung verantwortlich.

Die Motivation von Pflegepersonen ist ein wichtiger Aspekt, um ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu realisieren. Dies haben die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ergeben. Außerdem konnten Studien mit einem Fokus auf die PatientInnensicht ebenfalls die Motivation von Pflegepersonen als würdefördernd identifizieren (Borhani et al., 2016; Manookian et al., 2014). Der Begriff „Motivation“ stammt von dem lateinischen Wort „movere“ und bedeutet *„sich oder etwas bewegen“* (Brandstätter, Schüler, Puca & Lozo, 2013, S.91). Motivation löst Handlungen oder ein Verhalten aus und verfolgt ein bestimmtes Ziel. Dieser Vorgang passiert bewusst oder unbewusst. Das Ziel ist die Befriedigung von Bedürfnissen. Dazu zählen z.B. die Bedürfnisse nach Lob, Wertschätzung und Anerkennung, die eine Person motivieren können (Brandstätter et al., 2013). Die Wertschätzung der geleisteten Arbeit von Pflegepersonen erhält somit einen wichtigen Stellenwert in der Betreuung sterbender PatientInnen.

5.2 Limitationen

Diese Arbeit weist einige Limitationen auf. In Bezug auf die Auswertung der Gruppendiskussionen ist zu erwähnen, dass der vierte Schritt, die Typenbildung, nur teilweise durchgeführt werden konnte. Mit der Anzahl von zwei Gruppendiskussionen konnte einer ausführlichen Typenbildung, wie von Bohnsack (2014) vorgesehen, nicht nachgekommen werden. Ebenfalls konnten die Gütekriterien nach Mayring (2002) nicht zur Gänze angewandt werden. Die beiden Aspekte der Kommunikativen Validierung und der Triangulation wurden aufgrund eines begrenzten Zeitrahmens und begrenzter personeller Ressourcen, mit denen diese Qualifikationsarbeit konfrontiert ist, nicht durchgeführt. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen ist anzumerken, dass die Forscherin durch die Arbeit im Krankenhaus Vorkenntnisse bezüglich des Forschungsgegenstandes besitzt. Dadurch ist eine unbewusste Beeinflussung der Interpretationen der Gruppendiskussionen nicht auszuschließen.

6. Schlussfolgerung und Ausblick

Die Würde ist ein vielschichtiges Konzept, dem eine besondere Bedeutung bei der Betreuung von Menschen am Ende ihres Lebens zukommt. Wie die Forschungsergebnisse der aktuellen Literatur und die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, gibt es eine Reihe von Herausforderungen (Ressourcen und Rahmenbedingungen, Entscheidungen treffen, Zusammenarbeit im Team), denen sich Pflegepersonen bei der Betreuung von sterbenden PatientInnen im Krankenhaus stellen müssen. Neben den Herausforderungen gibt es aber auch eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Pflegepersonen zur Verfügung haben, um einen Menschen am Ende des Lebens würdevoll zu betreuen. Diese Maßnahmen sind sehr vielseitig und beinhalten eine Vielzahl von Tätigkeiten, welche die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen in den Vordergrund stellen. Dazu zählen Tätigkeiten auf der Mikroebene wie das Wahren der Privatsphäre oder das Gewährleisten eines zufriedenstellenden Schmerzmanagements. Außerdem werden Möglichkeiten auf Basis von Gesprächen und Fragenstellen als würdefördernd betrachtet. Auf der Mesoebene sind Fortbildungen, Standards oder Leitlinien und der Einsatz von Palliativteams zu nennen. Die Strategie einer Distanzierung in Form eines Palliativteams wird vermutlich unbewusst von Pflegepersonen eingesetzt. Leitlinien und Standards könnten eine Hilfestellung und Orientierung im Arbeitsalltag bieten. Die Motivation der Pflegepersonen und die Wertschätzung der Arbeit haben sich als zentrale Motivationsfaktoren in der Betreuung sterbender PatientInnen herauskristallisiert. Die Förderung der Motivation von Pflegepersonen im Krankenhaus hat folglich direkte Auswirkungen auf die PatientInnen selbst. Deswegen sollte es ein besonderes Anliegen sein, diese Motivation, etwa durch Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit zu fördern.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben Aufschluss über wichtige Implikationen für die Pflegepraxis. Zunächst sollte Pflegepersonen bewusst gemacht werden, dass es eine Reihe von Möglichkeiten gibt, auch im Krankenhaus ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Dabei geht es nicht um neu einzuführende Maßnahmen oder Interventionen, sondern um die bewusste Wahrnehmung des Selbstverständlichen, wie Gespräche auch mit Sterbenden führen, sie als Menschen und nicht nur als PatientInnen wahrnehmen und auf

individuelle Bedürfnisse eingehen. Diese kennen sehr viel bei PatientInnen bewirken und sie in ihrem Würdegefühl stärken. Außerdem sollte die Zusammenarbeit im Team gestärkt werden, so dass gemeinsam Möglichkeiten auf den Stationen angesprochen werden können. Ein wichtiger Punkt ist die Einstellung und Motivation von Pflegepersonen. Durch Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit könnte diese gefördert werden. Die Leitungsebene sollte dahingehend sensibilisiert werden.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse geben bereits erste Hinweise darauf, dass die Arbeitserfahrung der Pflegepersonen einen Einfluss auf den Umgang mit Tod und Sterben im Krankenhaus hat. Forschungsbedarf besteht in der Klärung, ob dies tatsächlich der Fall ist. Außerdem könnte der Fokus von nachfolgenden Forschungen auf der Umsetzung und Evaluierung der Möglichkeiten (Palliativteam, Erarbeitung von Leitlinien, Fragenkatalog) liegen. Ein weiteres Forschungsfeld eröffnet der Bereich Motivation und Wertschätzung in der Pflege. Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, sind, was Pflegepersonen motiviert und wie eine Wertschätzung und Anerkennung erfolgen kann.

7. Literaturverzeichnis

- Ackermann, E. (2004): Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens. München. Basel. Ernst Reinhardt Verlag.
- Addington-Hall, J. & O'Callaghan, A. (2009): A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire. *Palliative Medicine*, 23 (3), 190–197.
- Allgemeine Erklärung der Menschenrecht (1948):
<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger> (letzter Zugriff am 04.07.2016).
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A. L., & Segesten, K. (2007): Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 635-643.
- Araújo de, M. M. T., Silva da, M. J. P. & Francisco, M. C. P. B. (2004): Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International Council of Nurses*, 51 (3), 149-158.
- Ariès, P. (1999): Geschichte des Todes. München. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Baillie, L. (2008): Patient dignity in acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23-27.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014): The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine*, 28 (8), 1000-1025.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 11. Auflage. Deutsches Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015): Patientencharta. Wien.
https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html (letzter Zugriff am 04.07.2016).
- Bioethikkommission (2015): Sterben in Würde - Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien. Bundeskanzleramt.
<http://www.bundeskanzleramt.at/site/3458/default.aspx> (letzter Zugriff am 30.06.2016).
- Bohnsack, R. (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Stuttgart. Opladen. Barbara Budrich UTB GmbH.
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Rabori, R. M. (2016): Facilitators and Threats to the Patient Dignity in Hospitalized Patients with Heart Diseases: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4 (1), 36.

- Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R. M., & Lozo, L. (2013): Motivation und Emotion: Allgemeine Psychologie für Bachelor. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag.
- Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2010): <https://www.bka.gv.at/site/3467/default.aspx> (letzter Zugriff am 04.07.216).
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. & Harlos, M. (2002a): Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54 (3), 433–443.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., McClement, S. & Harlos, M. (2002b): Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet*, 360 (935), 2026-2030.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., McClement, S. & Harlos, M. (2005): Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (24), 5520-5525.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L., Hack, T., Hassard, T., McClement, S. & Harlos, M. (2006): Dignity in the terminally ill: revisited. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 666-672.
- Chochinov, H.M. (2007): Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335 (7612), 184-187.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L., Breibart, W., McClement, S., Hassard, T. & Harlos, M. (2011): Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12 (8), 753-762.
- Coenen, A., Doorenbos, A. & Wilson, S. A. (2007): Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncology Nursing Forum*, 34 (6), 1151-1156.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337 (a1655), 979-983.
- Duden (2015): <http://www.duden.de/rechtschreibung/Wuerde> (letzter Zugriff am 18.11.2015).
- Edlund, M., Lindwall, M., von Post I. & Lindström U. A. (2013): Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*, 20 (8), 851–860.
- Ewers, M., & Schaeffer, D. (2005): Versorgung am Ende des Lebens-Einführung. Am Ende des Lebens-Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern. Hans Huber Verlag.
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., & Wilkie, D. J. (2015): Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BioMed Central Palliative Care*, 14(1), 1.
- Feldmann, K. (1990): Tod und Gesellschaft. Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod. Frankfurt am Main. Verlag Peter Lang GmbH.
- Enes, S. P. D. (2003): An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17 (3), 263-269.

- Gastmans, C. (2013): Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20 (2), 142–149.
- George, W. & Szymczak, V. (2013): Sterben im Krankenhaus – Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen. Psychosozial-Verlag.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gomes, B., Higginson, I. J., Calanzani, N., Cohen, J., Deliens, L., Daveson, B. A., Bechinger-English, D., Bausewein, C., Ferreira, P. L., Toscani, F., Menaca, A., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, S. T., Pasman, H. R. W., Albers, G., Hall, S., Murtagh, F. E. M., Haugen, D. F., Downing, J., Koffman, J., Pettenati, F., Finetti, S., Antunes, B. & Harding, R. on behalf of PRISMA (2012): Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*, 23 (8), 2006-2015.
- Gould, D. (1996): Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings? *Journal of Clinical Nursing*, 5 (4), 207-212.
- Griegoleit, U. (2012): Umgang mit Sterben und Tod in der Institution Krankenhaus: Zur Entwicklung einer abschiedskulturellen Haltung in der Pflegeausbildung. Frankfurt am Main. Peter Lang GmbH.
- Gruber, M. (2012): Tod und Sterben in der Medizin. Eine Untersuchung zu Begriffsgeschichte und aktueller Bedeutung. Frankfurt am Main. Peter Lang GmbH.
- Guo, Q., & Jacelon, C. (2014): An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28 (7), 931-940.
- Härle, W. (2010): Würde. Groß von Menschen denken. München. Diederichs Verlag.
- Heijkenskjöld, K. B., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010): The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 17 (3), 313-324.
- Hopkinson, J. B., Hallet, C. E. & Luker, K. A. (2003): Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 44 (5), 525–533.
- Hughes, R. & Huby, M. (2002): The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (4), 382-386.
- Jacelon C., Conelly T.W., Brown R., Proulx K. & Vo T. (2004) A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing* 48 (1), 76–83.
- Jacobson, N. (2007): Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine*, 64 (2), 292-302.
- Jo, K., Doorenbos, A., Sung, K., Hong, E., Rue, T. & Coenen A. (2011): Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (8), 392-397.

- Johansson, K. & Lindahl, B. (2011): Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 2 (13-14), 2034-2043.
- Johnston, B., Larkin, P., Connolly, M., Barry, C., Narayanasamy, M., Östlund, U., & McIlpatrick, S. (2015a): Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (13-14), 1743-1772.
- Johnston, B., Pringle, J., Gaffney, M., Narayanasamy, M., McGuire, M., & Buchanan, D. (2015b): The dignified approach to care: a pilot study using the patient dignity question as an intervention to enhance dignity and person-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting. *BioMed Central Palliative Care*, 14 (1), 1.
- Jors, K., Adami, S., Xander, C., Meffert, C., Gaertner, J., Bardenheuer, H., Buchheidt, D., Mayer-Steinacker, R., Viehrig, M., George, W. & Becker, G. (2014): Dying in Cancer Centers: Do the Circumstances Allow for a Dignified Death? *Cancer*, 120 (20), 3254-3260.
- Keegan, L., & Drick, C. A. (2011): A New Place for Death With Dignity The Golden Room. *Journal of Holistic Nursing*, 29 (4), 287-291.
- Körtner, U. (2012): Grundkurs Pflegeethik. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Lamnek, S. (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- Lauterbach, A. (2008): ...da ist nicht, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergaben in der Pflege. Norderstedt. Books on Demand GmbH.
- Lohne, V., Høy, B., Lillestø, B., Sæteren, B., Heggestad, A. K. T., Aasgaard, T., Caspari S., Rehnsfeldt A., Råholm MB., Slettebø Å., Lindwall L. & Nåden D. (2016): Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733015627297.
- Loos, P., Schäffer, B. (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Oplanden. Leske+Budrich.
- Manookian, A., Cheraghi, M. A., Nasrabadi, N. A., Peiravi, H., & Shali, M. (2014): Nurses' lived experiences of preservation of patients' dignity. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7 (1), 22-33.
- Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008): Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (20), 2709-2717.
- Mayer, H. (2011): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mayring, 2002, Einführung in die qualitative Sozialforschung. München. Beltz Verlag.
- Nordenfelt, L. (2004): The Varieties of Dignity. *Health Care Analysis*, 12 (2), 69-81.
- Nuland, S. B. (1994): Wie wir sterben. Ein Ende in Würde? München. Kindler Verlag GmbH.

- Östlund, U., Brown, H., & Johnston, B. (2012): Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 16 (4), 353-367.
- Pearcey, P. (2010): Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (1), 51-56.
- Pinzon, L. C. E., Claus, M., Zepf, K. I., Letzel, S., Fischbeck, S. & Weber., M. (2011): Preference for Place of Death in Germany. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (10), 1097-1103.
- Pleschberger, S. (2007): Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing*, 36 (2), 197-202.
- Pfeffer, C. (2005): „Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit. Bern. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Pöltner, G. (2006): Grundkurs Medizin- Ethik. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Pringle, J., Johnston, B., & Buchanan, D. (2015): Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Palliative Medicine*, 29 (8), 675-694.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München. Oldenbourg Verlag.
- Pschyrembel (2003): Wörterbuch Pflege. Berlin. Walter de Gruyter GmbH.
- Schmid Büchi, S. (2001): Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein, welches sie von Pflegenden erfahren haben. *Pflege*, 14 (3), 152-160.
- Schnell, M. W., Schulz, C., Dunger, C. & Möller, M. (2009): Zur Bedeutung und Gestaltung von Autonomie und Fürsorge am Lebensende. Ergebnisse einer Befragung im Rahmen einer Vignettenstudie. *Pflege*, 22 (2), 119-128.
- Seedhouse, D. & Gallagher, A. (2002): Undignifying institutions. *Journal of Medical Ethics*, 28 (6), 368-372.
- Statistik Austria (2015): Statistische Datenbank. Sterbeorte. http://statcube.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=degestorbene_ext (letzter Zugriff am 07.12.1015).
- Streckeisen, U. (2005): Das Lebensende in der Universitätsklinik. Sterbendenbetreuung in der Inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch. In Knoblauch, H. & Zingerle, A. (Hrsg.), *Thanatosoziologie – Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens* (S. 125-147). Berlin. Duncker & Humblot GmbH.
- Street, A. & Kissane, D. (2001): Constructions of Dignity in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Care*, 17 (2), 93-101.
- Tackenberg, P. (2013): Katalog aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®). Sterben in Würde – Palliative Care. Genf. International Council of Nurses.
- Tadd, W., Bayer, T., & Dieppe, P. (2002): Dignity in health care: reality or rhetoric. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12 (1), 1-4.

- Tamaki, C. M., Meneguín, S., Alencar, R. A. & Luppi, C. H. B. (2014): Care to terminal patients. Perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32 (2), 414-420.
- Thiele, F. (2013): Grundlagen der Menschenwürde-Diskussion, In: Joerden, J. C., Hilgendorf, E., & Thiele, F. (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin: ein interdisziplinäres Handbuch (S. 13-34). Berlin. Duncker & Humblot.
- Thompson, G. & Chochinov, H. M. (2008): Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 2 (1), 49-53.
- Walsh, K. & Kowanko, I. (2002): Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (3), 143-151.
- Wallner, J. (2004): Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007): Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 (1), 32-40.
- Williams, V., Kinnear, D., & Victor, C. (2016): 'It's the little things that count': healthcare professionals' views on delivering dignified care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 782-790.
- Wilson, S. A., Coene, A. & Dorrenbos, A. (2006): Dignified dying as a nursing phenomenon in the United States. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8 (1), 34-41.
- Zahrán, Z., Tauber, M., Watson, H. H., Coghlan, P., White, S., Procter, S., Addis, G. & Norton, C. (2016): Systematic review: what interventions improve dignity for older patients in hospital? *Journal of Clinical Nursing*, 25 (3-4), 311-321.
- Zargham, B. A., Mohammadi, R., Oskouie, S. F. H. & Sandberg, J. (2008): Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (16), 2329-2336.

8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der TeilnehmerInnen.....	35
Tabelle 2: Beispiel, formulierende Interpretation (eigene Darstellung)	41
Tabelle 3: Beispiel, reflektierende Interpretation (eigene Darstellung)	42
Abbildung 1: "The concept model of dignity", Edlund et al., 2013, S.857	13
Abbildung 2: Dignity Model, Chochinov et al., 2002a, S. 436	18
Abbildung 3: Transkriptionsrichtlinien TiQ (Bohnsack, 2014, S.253)	38
Abbildung 4: Voraussetzungen und Einflussfaktoren einer würdevollen Betreuung am Ende des Lebens im Krankenhaus (eigene Darstellung).....	72

9. Anhang

Anhang 1: Fallvignette

Anhang 2: Informationsblatt

Anhang 3: Soziodemografische Datenblatt

Anhang 4: Einverständniserklärung

Anhang 5: Lebenslauf der Verfasserin

Anhang 1: Fallvignette

Frau H. ist 85 Jahre alt und schon seit Jahren geplagt von starken Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Sie wird im Rahmen einer Schmerztherapie jährlich stationär aufgenommen. Bei den vorhergegangenen Aufenthalten zur Schmerztherapie zeigte sich Frau H. immer als eine aktive und vitale Frau, die trotz Schmerzen und Rollator soweit wie möglich selbstständig bleiben wollte. Nur beim Raussteigen aus der Dusche benötigt sie etwas Hilfestellung. Auf Angebote, ihr beim Duschen behilflich zu sein, reagierte Frau H. schon fast beleidigt mit den Worten: „Schauen Sie Schwester, Auto hab ich keines mehr, Essen bekomme ich vom Roten Kreuz und einkaufen geht die Heimhilfe. Dass ich mich noch selbst waschen kann, ist das einzige was mir noch geblieben ist.“

Eines Tages wird Frau H. mit der Rettung ungeplant auf die Station gebracht. Sie ist zu Hause gestürzt und hat sich dadurch eine Hüftfraktur zugezogen. Im Röntgen entdecken die Ärzte im Bereich der Fraktur unscharfe, begrenzte Aufhellungen. Die Hüftfraktur wird operiert und durch eine Gewebeprobe, die während der OP entnommen wird, stellen die Ärzte Knochenmetastasen fest. Den Ursprungstumor entdecken die Ärzte wenig später in der Lunge. Die Ärzte klären Frau H. über die Situation auf und informieren sie über weitere Therapiemöglichkeiten. Frau H. lehnt jegliche weitere Therapie ab und gibt an, dass es ihr wichtiger ist noch etwas Lebensqualität zu erhalten, anstatt sich einer wahrscheinlich aussichtslosen Chemotherapie zu unterziehen. Sie äußert den Wunsch nach Hause gehen zu dürfen, doch die Ärzte raten ihr davon ab, weil sie sich erst von der Operation erholen müsse. Aufgrund der Hüftoperation und den Schmerzen in der Lendenwirbelsäule wird Frau H. für die nächsten Tage Bettruhe verordnet. Dazu kommen in den folgenden Tagen Atemnot und starke Schmerzen im ganzen Körper. Sie wirkt schlapp und müde und schläft sehr oft. Die Körperpflege wird im Bett durchgeführt und jedes Mal ist deutlich zu erkennen, dass das Waschen im Bett ihr sehr unangenehm ist. Sie ist in einem Drei-Bett Zimmer untergebracht, doch die anderen Frauen im Zimmer meiden es untertags im Zimmer zu bleiben, da Frau H. wegen der starken Schmerzen und der Atemnot oft laut und panisch zu schreien beginnt. Eine ärztliche Visite findet einmal täglich statt und beläuft sich häufig nur auf die Frage: „Geht's Ihnen gut heute? Brauchen Sie noch etwas? Ok, bis morgen.“ Die Pflegepersonen auf der Station kommen nur zu Frau H. ins Zimmer, wenn

diese sich meldet. Dies passiert laut den Pflegepersonen sowieso viel zu häufig, da sie jede Stunde aus Panik vor Atemnot und Schmerzen läutet. Die medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen beschränken sich im Wesentlichen auf Schmerztherapie, Sauerstofftherapie, Versorgung der OP Wunde, Physiotherapie im Bett, Übernahme der Körperpflege im Bett und das Bereitstellen des Essens. Häufig ist es am Vormittag so stressig auf der Station, dass Frau H. lange warten muss, bis jemand zu ihr ins Zimmer kommt. Frau H. hat keine Angehörigen mehr. Nur einmal während des Aufenthaltes kommt eine Nachbarin zu Besuch und bringt ihr Blumen mit. Frau H. freut sich sehr darüber. Die nächsten Wochen nach der Operation verlaufen von den medizinischen und pflegerischen Maßnahmen gleich ab. Die Pflegepersonen sind bemüht bei Schmerzen und Atemnot sofort zu reagieren, doch eine wesentliche Besserung spürt Frau H. nicht. Sie wird jeden Tag etwas schwächer und ihr Bewusstseinszustand wird zunehmend eingetrübter. Am 41. Tag nach der Hüftoperation stirbt Frau H. in der Nacht auf der Station.

Informationsblatt zum Forschungsprojekt:

Würdevolles Sterben im Krankenhaus - Fallvignettenstudie zu Möglichkeiten und Herausforderungen aus Sicht der Pflege

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mein Name ist Iris Rheinfrank, ich bin diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und studiere derzeit Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema würdevolles Sterben im Krankenhaus und bin auf der Suche nach Pflegepersonen die an einer Gruppendiskussion zu diesem Thema teilnehmen möchten. Ziel der Arbeit ist es, zu erfahren was für Pflegepersonen ein würdevolles Sterben im Krankenhaus ausmacht. Davon abgeleitet soll dargestellt werden, welche Herausforderungen und Möglichkeiten in der Pflegepraxis vorhanden sind um ein würdevolles Sterben realisieren zu können. Da es in der Arbeit um die alleinige Erfassung der Sichtweise der Berufsgruppe Pflegepersonen geht, soll eine Gruppendiskussion auf Basis einer Fallvignette durchgeführt werden. In der Fallvignette wird ein typisches Beispiel aus dem Alltag im Krankenhaus beschrieben. Dies soll zur Diskussionsanregung dienen.

Wer kann an der Gruppendiskussion teilnehmen?

Gesucht werden Pflegepersonen (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie PflegehelferInnen) die derzeit im stationären Bereich in Krankenanstalten arbeiten.

Wie sieht Ihre Teilnahme an den Gruppendiskussionen konkret aus?

Die Gruppendiskussionen finden an zwei Tagen im Mai statt. Die Termine sind Dienstag der 03.05.2016 und Dienstag der 24.05.2016 um jeweils 14Uhr im Seminarraum am Institut für Pflegewissenschaft (Alser Straße 23/12, 1080 Wien). Der eingeplante Zeitaufwand beträgt ca. 60 Minuten. Die Fallvignette wird einige Tage vor den Terminen per Email versandt, um den TeilnehmerInnen die Gelegenheit zu geben sich auf die Diskussion einzustellen. Eine Vorbereitung ist ansonsten nicht nötig. Die Leitung der Diskussion und Fragestellungen werde ich

selbst übernehmen. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und anschließend in schriftliche Form übertragen.

Was geschieht mit den in diesen Gruppendiskussionen gesammelten Informationen?

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Aussagen vertraulich und anonym behandelt werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich mir. Ihre persönlichen Daten werden an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen, dies gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse.

Welche Rechte haben Sie?

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn der Gruppendiskussion, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss der Untersuchung haben Sie das Recht, Ihre Daten in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass die Tonbandaufnahme und deren Verschriftlichung gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet wurden. Auf Wunsch informiere ich Sie gerne am Ende des Forschungsprojektes über die Ergebnisse. Falls Sie Lust bekommen haben an einer der beiden Gruppendiskussionen teilzunehmen oder noch Fragen haben, würde ich mich sehr freuen wenn sie mit mir per E-Mail. oder Facebook Kontakt aufnehmen!

Vielen Danke für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Iris Rheinfrank, BScN

Kontaktdaten:

Rheinfrank Iris, BScN

✉ iris.rh...

 Iris Rh

☎ 0664/...

Anhang 3: Soziodemografische Datenblatt



universität
wien

Code:

Soziodemografische Daten

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter: Jahre

Ich arbeite seit Jahren in der Pflege.

Ich arbeite seit Jahren auf der aktuellen Station.

Vielen Dank für die Teilnahme!

Anhang 4: Einverständniserklärung



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

UNIVERSITÄT WIEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieses Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Datum

Unterschrift der Untersucherin

Anhang 5: Lebenslauf der Verfasserin

Ausbildung

10/2013	Masterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
09/2007 - 06/2011	Bachelorstudium der Pflegewissenschaft an der UMIT Hall in Kombination mit der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien (Kombistudium Pflege) Abschluss: Diplom der allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und Bachelor of Science in Nursing
09/2002 - 06/2006	Bundesoberstufenrealgymnasium Straßwalchen (Schwerpunkt Musik) Abschluss: Matura
09/1998 - 07/2002	Hauptschule Henndorf am Wallersee
09/1994 - 07/1998	Volksschule Henndorf am Wallersee

Berufliche Laufbahn

09/2016 bis jetzt	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) Fachsekretariat
10/2011 bis jetzt	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin im Hartmannspital
2008 - 2011	15 Praktika (zu je 5- 6 Wochen) im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung
11/2006 - 06/2007	Au Pair in Irland

Zusätzliches

Aus- und Weiterbildungen	Schröpftherapie, Basisseminar Wundmanagement
Sprachen	Englisch: fließend in Wort und Schrift; Französisch: Grundkenntnisse
EDV- Kenntnisse	Word, Excel, Power Point, Grundkenntnisse in SPSS
Publikation	Kinsperger, L., Mayrhofer, S. M., Pichler, B., Rheinfrank, I., & Schrems, B. (2015). Eine reflexive Fallarbeit bezogen auf das Schmerzmanagement in einer komplexen Pflegesituation. Pflege, 28(5), 299-307. DOI 10.1024/1012-5302/a000450