

Effektives Coping für Pflegende in Palliative Care: von der emotionalen Paralyse zur motivationalen Handlungsbasis

Majewski, Justus

Preprint / Preprint

Abschlussbericht / final report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Majewski, J. (2009). *Effektives Coping für Pflegende in Palliative Care: von der emotionalen Paralyse zur motivationalen Handlungsbasis*. Hamburg. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59335>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Effektives Coping für Pflegende in Palliative Care

Von der emotionalen Paralyse zur motivationalen Handlungsbasis

Zusammenfassung

Pflegende in Palliative Care treten alltäglich mit unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen sowie deren Bezugspersonen in Interaktion. Ob sie durch die von diesen Menschen ausgehenden Reize erkranken oder gesunden, hängt in besonderem Maße davon ab, inwieweit sie diese erfolgreich bewältigen. Eine Bedingung für die gesundheitsförderliche Wirkung eines Reizes ist die aus dieser Schrift abgeleitete These, dass nur diejenigen Pflegenden langfristig effektiv bewältigen können, die sich mit ihrem Selbst und ihrem eigenen existentiellen Dasein beschäftigen und diesem einen Leid und Sterben erst erträglich machenden Sinn geben. Aufgabe der Organisation soll es sein, die kollektive Gesundheit der Pflegenden in Palliative Care zu unterstützen, um nicht zuletzt hohe Personalfuktuation und die damit verbundene eingeschränkte Dienstleistungsperformance zu vermeiden. Die organisationale Unterstützung sollte normativ verankert, strategisch geplant und letztlich konsequent auf der operativen Pflegemanagementebene umgesetzt werden.

Schlüsselwörter: *Bewältigung, Palliative Care, Sterben, Pflege, Salutogenese*

Abstract

Nurses in Palliative Care interact with terminally ill and dying people as well as their relatives on a daily base. If this leads to a movement from the health- to the dis-ease pole in the continuum, depends especially on effective coping. One requirement for the effective long-term coping is the consideration with the self and the own existence. Giving ones own life a deep sense makes suffering and dying bearable. The Task for the Organization is to support the collective health of the nurses and thus avoiding personnel turnover and reaching improved the induced service performance. The organizational support should contain a normative integration, strategic planning and a consequent implementation on the operative management level.

Keywords: *Coping, Palliative Care, Dying, Nursing, Salutogenesis*

INHALTSVERZEICHNIS	Seite
1 Ausgangslage	3
2 Das Modell der Salutogenese	4
2.1 Pathogenese und Salutogenese	4
2.2 Gesundheitsfaktoren und Stressoren	5
2.3 Sense of Coherence (SOC)	6
2.4 Der Copingprozess	8
3 Setting Palliative Care	10
3.1 Charakteristische externe Stimuli	11
3.1.1 Klienteninduzierte Stimuli	12
3.1.2 Institutionelle Stimuli	14
4 Coping in Palliative Care	15
4.1 Der Copingprozess am Beispiel Palliative Care	15
4.1.1 Primäre Bewertung-I	15
4.1.2 Primäre Bewertung-II	16
4.1.3 Primäre Bewertung-III	18
4.1.4 Sekundäre Bewertung	19
4.1.5 Tertiäre Bewertung	19
4.1.6 Fallbeispiel und Analyse	20
4.2 Gestaltung von institutionellen Rahmenbedingungen	22
4.2.1 Soziale Unterstützung	23
4.2.2 Supervision und Intervision	25
4.2.3 Bildungsprogramme	27
5 Zusammenfassung und Ausblick	28
6 Quellenverzeichnis	30
Anlage 1 Supervisions-Fragenkatalog	31

1 Ausgangslage

Pflegende sind durch ihre berufspraktische Tätigkeit einer Fülle von Reizen ausgesetzt, die ihre Gesundheit potentiell fördern, aber auch gefährden können. Die Art und Intensität dieser Reize hängt unter anderem vom Arbeitsfeld ab, in dem sie tätig sind. Aus dem Arbeitsfeld Palliative Care, auf das sich diese Schrift konzentriert, gehen Reize aus, die in anderen Bereichen der Pflege oftmals nur in geringerem Maße auftreten. Sie entspringen primär der alltäglichen Betreuung von und Interaktion mit unheilbar erkrankten, sterbenden und verstorbenen Menschen und deren Bezugspersonen. In einigen Situationen lösen diese unumgänglichen Reize Spannungszustände aus, so dass die Pflegenden effektive Mechanismen zum Abbau dieser benötigen. Sind derartige Bewältigungsstrategien nicht oder nur unzureichend im Repertoire des Einzelnen vorhanden, kann es zu einer Verschiebung von Gesundheit hin zu Krankheit kommen. Neben den negativen Auswirkungen für die Pflegenden können, vor allem wenn es nicht bei Einzelfällen bleibt, verheerende Folgen für die Organisation (im Sinne von Unternehmen) entstehen, die die Leistungsfähigkeit im Produktions- und Dienstleistungsprozess deutlich einschränken. Für das normative und strategische Pflegemanagement sollte es daher von großem Interesse sein, mit Hilfe der theoretischen Konstrukte der Gesundheitswissenschaft die Gesundheit der Pflegenden zu fördern, um damit zugleich die Leistungsfähigkeit, die Produktivität und den Fortbestand der Organisation zu gewährleisten.

Zentraler Gegenstand dieser Schrift ist es, auf Grundlage des Salutogenese-Modells, unter anderem folgende Fragestellungen zu untersuchen:

- Welche Reize sind für Palliative Care charakteristisch?
- Wann wirken sich diese Reize gesundheitsförderlich aus?
- Wie können die durch diese Reize entstehenden Spannungszustände effektiv abgebaut werden?
- Wie kann die Organisation diese Bewältigungsprozesse fördern?

In Kapitel 5 wird abschließend die Essenz dieser Schrift dargestellt und ein Ausblick darüber eröffnet, welche Fragen für die künftige empirische Forschung interessant erscheinen.

2 Das Modell der Salutogenese

2.1 Pathogenese und Salutogenese

Eingangs sollen zunächst die Termini Gesundheit und Krankheit, für die es keine allgemein anerkannten Definitionen gibt, und ihr Verhältnis zueinander vergleichend dargestellt werden. Stellt man unterschiedliche Ansätze gegenüber, so lassen sich diese in eher statisch dichotome (der Mensch ist entweder gesund oder krank) und in eher dynamisch prozessuale Begriffsauffassungen (der Mensch ist weder völlig gesund noch völlig krank) differenzieren.

Das wohl prominenteste und gesundheitspolitisch einflussreichste Beispiel für eine Definition von Gesundheit ist vermutlich das der Weltgesundheitsorganisation, die Gesundheit als *„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur [als] das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“* (WHO 2006: 1) beschreibt. Die pathogen orientierte Schulmedizin folgt in der Regel einem solch statischen Gedanken und geht bei Gesundheit von normalen, homöostatischen und sich selbstregulierenden Prozessen (vgl. Antonovsky 1997: 22) aus. Gesundheit stellt in der Pathogenese folglich einen Zustand mit Normalitätscharakter dar, der verloren geht, wenn Selbstregulation nicht weiter erfolgt. Auslöser für diesen Verlust sind *„Erreger ... - mikrobiologische, psychosoziale, chemische oder welche auch immer“* (Antonovsky 1997: 24). Aufgabe der Pathogenese ist es, kausale Zusammenhänge für die Abweichung vom Normalfall Gesundheit, also das Vorliegen von Krankheit, zu erklären, diese zu heilen, zu lindern oder sie zu verhindern. Im Vordergrund stehen Wiederherstellung und präventiver Schutz.

Das in den 1970er Jahren von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelte Modell der Salutogenese geht hingegen von einem dynamischen Gesundheitsbegriff aus, das, dem Modell der Pathogenese entgegengesetzt, die Entstehungsbedingungen für Gesundheit in den Mittelpunkt des Interesses stellt. Das Modell sieht den Menschen fortwährend auf unterschiedlichen Positionen im sogenannten **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum** (health ease/disease continuum) und beschreibt Krankheit damit als *„keineswegs .. unübliches Ereignis“* (Antonovsky 1997: 22). Zeitgleich ist der Mensch aber auch, *„solange noch ein Hauch von Leben in [ihm] ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“* (Antonovsky 1997: 23). Die Salutogenese geht nicht von Selbstregulation und Homöostase als Normalfall aus, sondern betrachtet

Heterostase, Unordnung und den ständigen Druck in Richtung zunehmender Entropie als das prototypische Charakteristikum des Menschen (vgl. Antonovsky 1997: 22).

Krankheit ist dabei nicht als isoliertes Problem, sondern der Mensch in seiner **Ganzheit** und mit seiner höchst individuellen **Geschichte** zu betrachten. Befinden sich Menschen nahe des kontinualen Krankheitspols und bedürfen einer medizinischen Behandlung, so erscheint unter diesen Bedingungen der Begriff des Patienten als ungeeignet, da man mit ihm Gefahr läuft, den Menschen ausschließlich in seiner Krankenrolle zu betrachten, und so relevante Aspekte der Lebenssituation gar nicht erst beachtet, und wenn, dann eher zufällig und wahrscheinlich ohne therapeutische Einbeziehung. Zwar garantiert eine ganzheitliche Betrachtung nicht den Erfolg der Behandlung, *„aber selbst im schlechtesten Fall führt [sie] zu einem tiefgreifenden Verständnis und Wissen und damit zu einer Voraussetzung, sich dem gesunden Pol des Kontinuums nähern zu können“* (Antonovsky 1997: 24).

Antonovsky merkt an, dass er mit seinem Modell nicht die Vorgehensweisen oder gar die Existenzberechtigung der Pathogenese in Frage stellen möchte, zumal sie unbestrittene Erfolge erzielt - im Gegenteil: Er hält es für wichtig, *„pathogene Konsequenzen von Stressoren zu berücksichtigen“* (Antonovsky 1997: 30). Er strebt mit dem Modell der Salutogenese jedoch an, Horizonte zu erweitern und plädiert für eine komplementäre Betrachtungsweise der beiden Orientierungen (vgl. Antonovsky 1997: 30).

2.2 Gesundheitsfaktoren und Stressoren

Zentraler Gegenstand der Salutogenese ist ein Nachdenken darüber, welche Faktoren einen Beitrag zur Bewegung in Richtung des Gesundheitspols im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum leisten. Als Gegenstück zu den krankheitserzeugenden Risikofaktoren der Pathogenese nennt Antonovsky jene gesundheitsförderliche Faktoren **Gesundheitsfaktoren**. Die Entstehung von Gesundheit hängt im salutogenetischen Ansatz jedoch nicht nur davon ab, wie viele Gesundheitsfaktoren auf eine Person wirken und davon, *daß[!] man ein geringes Maß an Risikofaktoren A, B oder C aufweist“* (Antonovsky 1997: 25), sondern auch in besonderem Maße, ob die vorhandenen, allgegenwärtigen und unausweichlichen Risikofaktoren – in seiner Terminologie **Stressoren** –

erfolgreich bewältigt werden. Der Stressor lässt sich als interner oder externer Reiz (Stimulus) definieren, der *„Entropie in das System bringt, das heißt eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“* (Antonovsky 1997: 44). Die Entropie nimmt dann zu, wenn keine direkt verfügbare automatisch adaptive Antwort auf einen Reiz verfügbar ist – es entsteht ein Spannungszustand, der der Auflösung bedarf. Gelingt die Bewältigung und damit der Spannungsabbau, können sich Stressoren salutogenetisch, also gesundheitsförderlich, auf den Organismus auswirken. Misslingt sie, kann die Spannung zu Stress transferiert werden und der Stressor sich pathogenetisch, also krankheitsförderlich, auswirken. Die Annahme aber, Stressoren seien grundsätzlich pathogenetisch, ist aus salutogenetischer Perspektive nicht haltbar. Demzufolge ist ein Nachdenken darüber, unter welchen Umständen sich Stressoren salutogenetisch, neutral oder pathogenetisch auf den Organismus auswirken, ein weiterer zentraler Gegenstand der Salutogenese.

2.3 Sense of Coherence (SOC)

Antonovsky geht davon aus, dass der Sense of Coherence (SOC) die Hauptdeterminante dafür darstellt, auf welcher Position sich ein Mensch im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet. Mit dem Terminus wird *„eine globale Orientierung [bezeichnet], die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“* (Antonovsky 1997: 36). Dieses Gefühl des Vertrauens bezieht sich auf drei zentrale und interkorrelierende Komponenten, die sich *„sich im Laufe der Lebensgeschichte – insbesondere in den ersten 30 Jahren – herausbilden“* (Reinshagen 2008: 150). Auch wenn das Augenmerk hier auf den ersten drei Lebensjahrzehnten liegt, sei anzumerken, dass sich der SOC einer Person permanent durch seine Tätigkeit erneuert. Der SOC prägt Lebenserfahrungen und Lebenserfahrungen den SOC. (vgl. Reinshagen 2008: 150f.)

Die erste Komponente des SOC stellt die **Verstehbarkeit** dar. Es handelt sich hierbei um das Vertrauen, *„daß[!] die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind“* (Antonovsky 1997: 36). Je größer das Ausmaß der Verstehbarkeit ist, desto größer ist auch die Möglichkeit, dass zukünftige Ereignisse

vorhersagbar oder zumindest, bei überraschendem Auftreten, erklärt und eingeordnet werden können. Bei einem sehr hohen Ausmaß an Verstehbarkeit werden Ereignisse eher als Erfahrungen respektive Herausforderungen betrachtet und umgekehrt eher als unausweichliches Unglück, vor dem man auch in Zukunft keine Verschönerung findet.

Die zweite Komponente des SOC stellt die **Handhabbarkeit** dar. Bei ihr handelt es sich um das Vertrauen, dass einem geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um den von den Stimuli ausgehenden Anforderungen zu begegnen (vgl. Antonovsky 1997: 35f.). Zur Verfügung stehen einem diejenigen Ressourcen, von denen man annimmt sie selber steuern zu können und jene, von denen man annimmt, dass sie von anderen gesteuert werden können. Ein hohes Maß an Handhabbarkeit geht in der Regel auch mit einem hohen Maße an Verstehbarkeit einher. Andersherum setzt ein hohes Maß an Verstehbarkeit nicht unbedingt ein hohes Maß an Handhabbarkeit voraus.

Bei der dritten Komponente des SOC, der **Bedeutsamkeit**, geht es um das Vertrauen, *„daß[!] diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“* (Antonovsky 1997: 36) und das *„Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet“* (Antonovsky 1997: 35). Es ist entscheidend, welchen Lebensbereichen Bedeutung zugestanden wird und welchen nicht. In diesem Zusammenhang ist das Setzen von Grenzen natürlich, da selbst wenn man es wolle, es vermutlich unmöglich ist, aufgrund der unüberschaubaren Vielfältigkeit, sämtliche Herausforderungen der Welt als bedeutungsvoll zu betrachten. Antonovsky behauptet, dass zumindest das Interesse für *„die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, [die] wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen“* (Antonovsky 1997: 39) erst die Möglichkeit für die Aufrechterhaltung eines starken SOC darstellt. Diese Mindestanforderungen scheinen, und so wird es im Laufe dieser Schrift dargelegt, ein erster Erklärungsansatz dafür zu sein, warum einige Pflegendende in Palliative Care an ihrer Arbeit gesunden und andere nicht. Fehlt Interesse, also die Bedeutsamkeit, gänzlich, ist früher oder später ein Rückgang von Versteh- und Handhabbarkeit vorherzusehen. Ist die Bedeutsamkeit hingegen gut ausgeprägt und es fehlt an Versteh- und Handhabbarkeit, so bietet sich zumindest die Möglichkeit zur Erhöhung der anderen Komponenten.

Vergangene Befragungen haben gezeigt, dass bei der Erhebung des SOC mittels standardisierten Fragebögen bei „vier bis fünf Prozent der Befragten [mit] eine[r] hohe[n] SOC-Antwort auf fast jedes Item“ (Antonovsky 1997: 41) zu rechnen ist. Bei derartigen Antworten muss nach Antonovsky zwischen einem **starken SOC** und einem **rigiden SOC (fake SOC)** differenziert werden. Zum einen ist es möglich, dass ein Befragter annimmt, beispielsweise religiös induziert, alles verstehen und immer reagieren zu können. Zum anderen ist es aber auch möglich, dass der Befragte nur vorgibt einen starken SOC zu besitzen, aber tatsächlich über einen **schwachen SOC** verfügt. Liegt bei ihm beispielsweise eine schwache Identität vor, tut sich die Option auf, sich „in rigider Weise an einer vorgegebenen Identität fest[z]ubeißen, in dem Bestreben, die schrecklichen Ängste zu zerstreuen [...]“ (Antonovsky 1997: 42). Antonovsky merkt an, dass sich der rigide SOC vermutlich nur durch qualitative Tiefeninterviews identifizieren lässt.

2.4 Der Copingprozess

Der englischsprachige Terminus 'Coping' steht synonym für den deutschsprachigen Begriff der 'Bewältigung' und kann gemäß Antonovsky als die Bemühungen zur Auflösung von Spannung, welche durch einen Stressor hervorgerufen wurde, definiert werden. Das Ausmaß des SOC hat dabei erheblichen Einfluss auf den Erfolg, was bei der Betrachtung der einzelnen Stadien im sequentiellen Copingprozess deutlich wird. Bei erfolgreicher Bewältigung kann der Stressor positive salutogenetische Wirkung ausüben. Misslingt ein Copingversuch, so kann aus Spannung Stress entstehen und der Stressor pathogenetisch wirken.

Stößt eine Person auf einen internen oder externen Stimulus, und das tut sie fortwährend, folgt das, was Antonovsky als **primäre Bewertung-I** bezeichnet. In diesem Stadium des Prozesses unterscheidet die Person, ob der Stimulus als Stressor definiert wird oder nicht. Definiert sie den Stimulus als Nicht-Stressor, kann eher von einem starken SOC und der damit verbundenen Tatsache ausgegangen werden, dass die Person zu wissen glaubt, wie sie reagieren soll – sie glaubt, über eine **automatisch adaptive Antwort** zu verfügen. Ist der SOC hingegen jedoch nur schwach, so wird der Stimulus eher als Stressor bewertet und es entsteht ein Spannungszustand. „Spannung bedeutet .. das Erkennen im Gehirn, daß[!] ein Bedürfnis unerfüllt ist, daß[!] man einer Forderung

nachkommen muß[!], daß[!] man etwas tun muß[!], wenn man ein Ziel realisieren will“ (Antonovsky 1997: 125). Ziel des Copings ist es also, die entstandene Spannung aufzulösen.

Wurde der Stimulus als Stressor bewertet, folgt die **primäre Bewertung-II**. Diese zielt auf die Differenzierung, ob der Stressor als bedrohlich, günstig oder irrelevant für das eigene Wohlbefinden wahrgenommen wird (vgl. Antonovsky 1997: 126ff.). Wird er als günstig oder irrelevant bewertet, so kann eher von einer baldigen Spannungsauflösung ausgegangen werden, da der Stressor nicht weiter als solcher gedeutet wird. Die Einschätzung, inwieweit sich der Stressor auf das eigene Wohlbefinden auswirkt, hängt ebenfalls vom SOC ab. *„Die Person mit einem starken SOC wird ... einen Stressor als glücklicher, weniger konfliktreich oder weniger gefährlich betrachten“* (Antonovsky 1997: 128f.), da sie eher darauf vertraut, über entsprechende Ressourcen zu verfügen.

Die **primäre Bewertung-III** bezieht sich auf die Klärung der emotionalen und instrumentellen Parameter des durch den Stressor ausgelösten Problems. Bedrohlich bewertete Stressoren lösen bei einem starken SOC eher zielgerichtete Emotionen mit motivationaler Handlungsbasis aus, die mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Anwendung von Copingmechanismen führen. Bei einem schwachen SOC bewirken gleichen Stressoren eher paralysierend diffuse Emotionen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Anwendung von unbewussten Abwehrmechanismen führen.

An dieser Stelle setzt die **sekundäre Bewertung** ein, bei der die Person *„aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus[wählt], die am angemessensten zu sein scheint“* (Antonovsky 1997: 130). Die alleinige Verfügbarkeit von Widerstandsressourcen (Generalized resistance resources, **GRR**) ist isoliert betrachtet durchaus wertvoll, jedoch, so lange ihre Mobilisierung nicht stattfindet, ohne jeglichen Nutzen. Ob eine Mobilisierung stattfindet, hängt entscheidend vom Ausmaß des Bedeutsamkeitsgefühls ab. Liegt der Stressor außerhalb der Grenzen des als bedeutsam bewerteten, wird vermutlich keine Mobilisierung stattfinden. Liegt er innerhalb, so konzentriert sich die Person mit einem schwachen SOC eher auf die emotionalen Parameter, also darauf wie sie mit der *„Angst und dem Unglücklichsein umgehen kann“* (Antonovsky 1997: 131). Die

Person mit dem starken SOC konzentriert sich dagegen eher auf die instrumentellen Parameter, also auf die „Frage, welche Ressourcen zur Problembewältigung mobilisiert werden können“ (Antonovsky 1997: 131). Bevor diese jedoch „mobilisiert werden können, ist es notwendig, die Natur und die Dimension des Problems zu definieren, ihm einen Sinn zu geben. [...] Genau hier kommt die Verstehbarkeitskomponente des SOC ins Spiel“ (Antonovsky 1997: 131). Wird das Problem mit einem Sinn versehen, also verfügt die Person über ein starkes SOC, so besteht eher die Möglichkeit des erfolgreichen Copings. Im umgekehrten Fall geht die Person von einem unvermeidlichen Chaos aus und es folgt ein „halbherziger, ineffektiver Copingversuch – oder wahrscheinlicher, die Konzentration darauf, irgendwie mit dem emotionalen Problem umzugehen“ (Antonovsky 1997: 132). An dieser Stelle sei angemerkt, dass zwischen aktivem und passivem Coping unterschieden werden muss. Das aktive Coping ist durch eine direkte Auseinandersetzung mit dem Stressor verbunden - das passive mit der Vermeidung des Stressors respektive der Auseinandersetzung mit dessen emotionalen Parametern.

Die **tertiäre Bewertung** stellt das Ergebnis der Einschätzung von Feedback dar, das entsteht, sobald GRR mobilisiert wurden, also Handlung respektive Verhalten stattfand. Im Falle eines starken SOC ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass Feedback zum einen provoziert und zum anderen, dass es, wie auch immer es ausfällt, adäquat beurteilt werden kann. Eine inadäquate Beurteilung ist eher Kennzeichen des schwachen SOC. Personen mit einem solchen werden Feedback eher missachten, wenn es anzeigt, dass „die Wahl der entsprechenden Handlung nicht klug war“ (Antonovsky 1997: 137).

Das Kapitel abschließend kann festgehalten werden, dass **die Chance eines effektiven Copings positiv mit dem Ausmaß des SOC korreliert.**

3 Setting Palliative Care

Unter Palliative Care, wird „eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen“ (SAMW 1996: 3). Dabei erhebt sie den Anspruch auf eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen, „versteht Gesundheit und Krankheit als ein sich erschließendes Lebenskontinuum“

(Bernatzky et. al. 2006: 229) und akzeptiert das Sterben als Teil des Lebens und normalen Prozess. Dies soll gleichermaßen für die zu betreuenden Menschen, deren Bezugspersonen wie auch für die Akteure der multidisziplinären Betreuungsteams gelten. Diese Schrift wird sich im Folgenden ausschließlich mit der Teilgruppe der Pflegenden in Palliative Care, die einen zentralen Bestandteil des multidisziplinären Teams darstellen, auseinandersetzen. **Palliativpflege** findet unter anderem im ambulanten Sektor, meist durch spezialisierte Pflegedienste oder Hospizdienste, im klinisch-stationären Sektor, meist auf Palliativstationen, und in stationären (Kinder-)Hospizen statt. Die Pflegenden haben im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, vor allem aber im stationären Bereich, in der Regel den zeitlich intensivsten face-to-face-Kontakt zu den zu betreuenden Menschen und stellen somit eine Gruppe dar, der besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

3.1 Charakteristische externe Stimuli

Wie bereits diskutiert, werden die Pflegenden in Palliative Care alltäglich mit besonderen Stimuli konfrontiert. Es sei angemerkt, dass das Auftreten derartiger Stimuli, aufgrund eines Trends zur Verlagerung des Sterbens in Institutionen, auch in anderen Settings, wie beispielsweise der stationären Gerontologie, zunimmt. Eine Auflistung mit möglichen Stimuli, die den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, ist aufgrund der Vielfältigkeit unmöglich, endlos erweiterbar, aber auch von geringer Sinnhaftigkeit geprägt, da sich die Pflegenden nicht auf jeden einzelnen Stimulus vorbereiten sollen und können (dies würde eine eher präventive Vorgehensweise darstellen), sondern grundsätzlich eine erfolgreiche Bewältigung anzustreben ist - „komme was wolle“. Um jedoch einen groben Überblick zu bieten, sollen nun wesentliche und stets wiederkehrende Stimuli im Setting Palliative Care klassifiziert werden.

Einen Ansatz die Vielfältigkeit der Stimuli zu klassifizieren, stellt die Differenzierung in **klienteninduzierte und institutionelle Stimuli** dar. Erstere gehen direkt von dem zu betreuenden Menschen und dessen Bezugspersonen aus – letztere von der Struktur und den Rahmenbedingungen des Settings und dessen Umfelds sowie von den Interaktionen zwischen den involvierten Betreuungsakteuren, ausschließlich der Klienteninteraktionen. Der Terminus des Klienten wird im Folgenden synonym zu dem Begriff des zu betreuenden Menschen genutzt und soll nicht im Sinne von „Kunde“ verstanden werden. Der

Begriff des „Patienten“ wäre ebenfalls unpassend, da wie weiter oben diskutiert die Gefahr besteht, dass die ganzheitliche Betrachtung des Menschen wahrscheinlich zu Gunsten einer isolierten Sichtweise abgelöst würde. Die Klassifikation der Stimuli in klienteninduzierte und institutionelle Stimuli wurde nicht der bestehenden Literatur entnommen, sondern von dem Autor dieser Schrift für die Bearbeitung des Gegenstands entworfen.

Bevor die Stimuli nun näher betrachtet werden, muss noch angemerkt werden, dass man hinsichtlich vorliegender Reize davon ausgehen kann, dass Palliative Care nicht gleich Palliative Care ist. Ein gemeinsames Merkmal aller Palliative Care praktizierenden Organisationen, egal ob Hospiz, Palliativstation oder ambulanter Dienst, ist vermutlich, dass überwiegend ähnliche klienteninduzierte Stimuli auftreten. Die institutionellen Stimuli werden in Relation zu diesen jedoch vermehrt differieren, da die Strukturen und Rahmenbedingungen der Organisationen variieren. Das bedeutet, dass es bei einer möglichen Analyse des Stimuluspektrums, wenn sie denn als erforderlich betrachtet wird, nicht nur darauf ankommt, 'ob' die Pflegenden in Palliative Care tätig sind, sondern vielmehr 'wo genau' sie tätig sind. Denn *„Art und Intensität psychischer Belastungen scheinen .. bei ... Pflegekräften in konventionellen Krankenhäusern anders zu sein als bei Betreuenden in Hospizeinrichtungen. Wie Untersuchungen aus dem Bereich der Hospizarbeit zeigen, sind Stress und Burnout aufgrund des Umgangs mit unheilbar Kranken dort eher selten bzw. schwach“* (Balck 2005: 209). Eine Feststellung, die in diesen Untersuchungen (vgl. Balck 2005: 209) weitgehend missachtet wurde und nach Antonovsky eine hervorragende Grundlage für weitere Forschung darstellt.

3.1.1 Klienteninduzierte Stimuli

Charakteristisch für Pflegende in Palliative Care ist die unumgängliche Interaktion mit unheilbar, oft multimorbid, erkrankten Menschen, deren verbleibende Lebenszeit abschätzbar wird, und deren Bezugspersonen. Dabei spielt es keine Rolle, welches Lebensalter diese erreicht haben und welcher medizinischen Subdisziplin ihre Grunderkrankung entspringt. Somit nehmen Menschen vom Säuglingsalter bis hin zu hochbetagten Lebensjahren die Leistungen von Palliative Care in Anspruch. Gerade die Interaktionen mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, die sich im Sterben befinden, können, und so lässt es sich gelegentlich beobachten, eine besondere Belastungssituation darstellen. Die

direkt vom zu Betreuenden oder dessen Bezugspersonen ausgehenden Stimuli (klienteninduzierte Stimuli) können in vier interkorrelierende Subtypen **physische, psychische, soziale und spirituelle klienteninduzierte Stimuli** differenziert werden. Interkorrelation soll in diesem Zusammenhang bedeuten, dass das Auftreten eines Subtypus regelmäßig auch das Auftreten anderer bewirken kann. Um von vornherein Missverständnissen vorzubeugen, sei angemerkt, dass beispielsweise soziale Stimuli nicht aus dem Grunde ihren Namen tragen, weil sie auf die sozialen Beziehungen der Pflegenden einwirken, sondern weil sie von den sozialen Beziehungen des zu Betreuenden 'ausgehen'. Für die drei weiteren Subtypen gilt dieses Verständnis analog.

Physische Stimuli entstehen durch das Auftreten und das Ausmaß körperlicher Symptomatik, welche bei dem Klienten direkt durch die Erkrankungen ausgelöst wurden. Je schlimmer der Schmerz, je massiver die Atemnot, je veränderter das visuelle Aussehen oder je geruchsintensiver ein Tumor, desto eher können die Reize vermutlich als Stressoren bewertet werden – um nur wenige Beispiele exemplarisch zu aufzuführen.

Psychische Stimuli entstehen unter anderem durch das Auftreten und das Ausmaß der Bedürfnisse, Wünsche, der kognitiven und emotionalen Symptomatik, welche beim Klienten und auch regelmäßig bei seinen Bezugspersonen auftreten. Pflegende stehen immer wieder Emotionen wie gewaltigem Zorn und Ärger, Furcht und Todesangst, Panik und tiefster Traurigkeit, aber auch Dankbarkeit und Hoffnung sowie Glück gegenüber.

Soziale Stimuli entstehen aus den zwischenmenschlichen Beziehungen zum Klienten und all den Personen, mit denen er umgeht. Einen großen Teil dieser Gruppe stellen die Bezugspersonen dar. Diese sind in der Regel solche Personen, zu denen seitens des Klienten ein besonderes Vertrauens- oder Abhängigkeitsverhältnis besteht – beispielsweise Familie, Freunde oder Arbeitskollegen. Soziale Stimuli können unter anderem durch Auseinandersetzungen zwischen Familienangehörigen des Klienten ausgelöst werden, denn Palliative Care stellt häufig ein Feld konflikthafter familiärer Auseinandersetzungen dar. *„Betrachtet man Sterbebegleitung unter systemorientierten Gesichtspunkten, so wird deutlich, dass unabhängig davon, welches Familienmitglied von der Krankheit betroffen ist, die gesamte Familie*

einer Begleitung bedarf“ (Balck 2005: 207). Pflegende sind somit unmittelbar an der Begleitung und Betreuung aller Bezugspersonen beteiligt.

Spirituelle Stimuli entstehen aus Fragen der Sinnggebung seitens des Klienten und dessen Bezugspersonen. Hier werden Pflegende oftmals mit höchst individuellen, manchmal auch unbekanntem religiösen und spirituellen Bedürfnissen, Ritualen und Forderungen konfrontiert.

Die vier Subtypen zeigen deutlich, dass in Palliative Care besondere Stimuli auftreten. Man stelle sich eine klinische Palliativstation mit zehn Betten vor. Zeitgleich liegen zwei Menschen im Sterben. Zwei Weitere haben erst vor einigen Tagen erfahren, dass ihr Tumorleiden als unheilbar betrachtet wird. Einer bekommt schwer Luft - der nächste hat Schmerzen. Auf dem Stationsflur diskutieren zwei Angehörige lautstark – worüber auch immer. Es bedarf vermutlich keiner weiteren Vertiefung, da sicherlich schon hier deutlich wird, dass die geschilderten klienteninduzierten Stimuli allgegenwärtig, unausweichlich und vor allem **multipräsent** sind - sie treten nicht geordnet und in Folge, sondern zufällig und oft zeitgleich auf.

3.1.2 Institutionelle Stimuli

Institutionelle Stimuli entstehen aus den Strukturmerkmalen und den Rahmenbedingungen des Settings, der Institution als Ganzes, der Kommune oder des Landes sowie aus rechtlichen, politischen oder anderen Regelwerken. Sie sind implizit oder explizit in Leitbildern und Philosophien vorhanden, gehen von der Organisationskultur oder von gesundheitspolitischen oder anderen Instanzen aus. Die Reize können in drei Subtypen, **mikroskopische, mesoskopische und makroskopische institutionelle Stimuli**, unterteilt werden. Mikroskopische Stimuli gehen direkt aus dem Setting hervor. Zu ihnen zählen beispielsweise interpersonelle Gruppenkonflikte zwischen den involvierten Betreuungsakteuren. Mesoskopische Stimuli werden von der Organisation ausgelöst. Bei diesen kann es sich beispielsweise um fehlende psychosoziale und spirituelle Unterstützung, verbindliche Dienstanweisungen oder die 'Einführung von Neuem' handeln. Ein leitbildgesteuerter Selbstanspruch, 'stets' friedliches Sterben zu gewährleisten, kann ebenso aufgrund einer vermutlichen Unerreichbarkeit ein weiteres Beispiel für einen mesoskopischen Stimulus darstellen. Makroskopische Stimuli betreffen vor allem gesundheits- und

sozialpolitische Entscheidungen, welche direkten Einfluss auf die Tätigkeiten der Pflegenden im Setting ausüben. Angemerkt sei, dass diese institutionellen Stimuli in Relation zu den klienteninduzierten vermehrt auch in anderen Settings auftreten, jedoch der Vollständigkeit halber hier mit aufgeführt werden.

4 Coping in Palliative Care

„Die Bewältigung menschlicher Grenzerfahrungen, der Umgang mit der Angst vor Leid und Tod, Verlust und Trauer sind im Alltag von Hospice- und Palliative Care zentrales Thema.“ (Bernatzky et. al. 2006: 228) Befragt man Pflegende zu ihren Bewältigungsstrategien, antworten diese oft ähnlich: Bewusstes Verdrängen belastender Situationen, soziale Unterstützung, Ausgleich durch Freizeitaktivitäten. Warum aber scheiden Pflegende, beispielsweise durch Burnout, bei ähnlicher sozialer Unterstützung frühzeitiger aus dem Beruf aus als andere? Die Antwort sei an dieser Stelle vorweggenommen und ist genauso einfach wie kompliziert: Hauptsächlich hängt das Entstehen und Erhalten von Gesundheit von einem starken SOC ab. Die Verfügbarkeit von Ressourcen wird erst an der Stelle zur „Heilquelle“ wenn sich diese auch mobilisieren lassen und im Copingprozess effektiv genutzt werden.

4.1 Der Copingprozess am Beispiel Palliative Care

4.1.1 Primäre Bewertung-I

Zunächst ist es von Interesse, wie welche Stimuli bewertet werden. Zur Erinnerung: Antonovsky geht von der These aus, dass Personen mit einem starken SOC, im Gegensatz zu denen mit einem schwachem SOC, einen Reiz eher als Nicht-Stressor bewerten und glauben sich anpassen zu können (vgl. Antonovsky 1997: 126). An dieser Stelle ergibt sich ein tieferer Sinn aus der Klassifizierung der charakteristischen Stimuli in klienteninduzierte und institutionelle Stimuli, wie im Folgenden dargestellt wird.

Pflegende, die in Bildungsprogrammen (Berufsausbildung, Fortbildungen etc.) wirksam gelernt haben, wie Krankheiten entstehen, wie man sie erkennt und therapiert, werden sich in praktischen Interventionen eher sicher fühlen. Sowohl das Ausmaß an Verstehbarkeit als auch das der Handhabbarkeit werden vermutlich deutlich zugenommen haben und ausgeprägt sein. Sie sind auf ein breites Spektrum an Krankheiten vorbereitet, wissen welche Symptome auftreten können und welche geeigneten Gegenmaßnahmen sie einleiten können.

Physische und begrenzt auch psychische klienteninduzierte Stimuli werden dann vermutlich als Nicht-Stressor bewertet. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, können Bildungsprogramme als strategisches Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden.

Sozialen Stimuli kann vermutlich mit einem hohen Maße an sozialer Kompetenz wirksam begegnet werden. „Soziale Kompetenz“ soll in diesem Falle bedeuten, dass die Pflegenden über mehr als grundlegende Kenntnisse in Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Krisenintervention und ähnliches verfügen. Idealerweise verfügen diese bereits „von Natur aus“ über so viele Erfahrungen, die den SOC schon früh dermaßen gestärkt haben, dass sie wissen, wie sich den Anforderungen anpassen müssen. Es erscheint jedoch in diesem Zusammenhang sinnvoll bis unabdingbar, Bildungsprogramme anzubieten, die diese Kompetenzen ausbauen.

Was die Bewertung der **spirituellen Stimuli** anbelangt, ist es wahrscheinlich relevant, über welche spirituellen Hintergründe die Pflegenden selbst verfügen und welcher ethnischen Herkunft sie entstammen. Bei entsprechendem Hintergrund und Herkunft wird die Akzeptanz für bestimmte Wünsche oder Rituale des Betroffenen vermutlich wachsen. Die Pflegenden erkennen den Sinn in den Handlungen, glauben zu wissen, wie sie reagieren müssen und unterstützen den Betroffenen – vielleicht sogar gerne. Da Fragen der Sinngebung aber so vielfältig sind, erscheint es unausweichlich, fremden spirituellen Anliegen zu begegnen. Auch an dieser Stelle kann das strategische Instrument Bildungsprogramm (beispielsweise als Fortbildung zum Thema „kultursensible Pflege“) wahrscheinlich helfen den SOC des Einzelnen stärken, in dem es versucht, die Verstehbarkeit der Pflegenden zu erhöhen.

Wurde der Reiz, welcher Art er auch immer ist, als Stressor interpretiert, entsteht ein Spannungszustand. Die Pflegenden verfügen über keine direkt verfügbaren automatischen Antworten und stellen fest: „*Du hast ein Problem.*“ (Antonovsky 1997: 125)

4.1.2 Primäre Bewertung-II

In diesem Stadium der Bewertung geht es um die Frage, wie sich der als Stressor bewertete Stimulus voraussichtlich auf das Wohlbefinden auswirken

wird. Bestenfalls wird er sich irrelevant oder sogar günstig auswirken, so dass eine zeitnahe Auflösung der Spannung respektive des Problems zu erwarten ist. Gemäß Antonovsky kann davon ausgegangen werden, dass der Stressor bei einem starken SOC eher als irrelevant oder günstig für das eigene Wohlbefinden und bei einem schwachen SOC eher als bedrohlich oder ungünstig bewertet wird.

Widmen wir uns der Annahme, der Stressor sei klienteninduziert und durch die direkte Konfrontation mit Leiden, Sterben und Tod hervorgerufen. Dies eröffnet Pflegenden die Option, ihr Selbst mit dem des zu Betreuenden zu vergleichen. Dieser Vergleich konfrontiert sie mit dem impliziten Hinweis auf die Begrenztheit der eigenen Existenz oder der bildlichen Vorstellung selbst ähnlich zu erkranken – es finden unbewusste und bewusste Spiegelungen statt. Als günstig für das Wohlbefinden kann das „Erkennen des Ich“ im zu betreuenden Menschen wahrscheinlich nur bewertet werden, wenn der Tod von den Pflegenden nicht nur **intellektuell verstanden**, sondern grundsätzlich für das eigene Leben **akzeptiert** wird. *„In eine solche Haltung wird man nicht hineingeboren; man kann in sie nur allmählich hineinwachsen“* (Zernikow 2008: 408). Der erfolgreiche Spannungsabbau hängt also deutlich von einem starken SOC ab. Sterben und Tod müssen nicht nur verstehbar, sondern auch in außerordentlichem Maße bedeutsam sein. *„Sinn macht Leid und Sterben erträglich“* (Zernikow 2008: 414). Dem oben aufgeführten Zitat ist zu entnehmen, dass ein Hineinwachsen in eine solche Haltung erforderlich ist. Das bedeutet, dass Pflegende, die vor ihrer Tätigkeit in Palliative Care noch keinen entsprechenden SOC besaßen, von „erfahrenen“ Mitarbeitern behutsam begleitet und vorsichtig an die Stimuli herangeführt werden müssen. Für diese Gruppe der „Neueinsteiger“ könnte es zusätzlich von Nutzen sein, sie in entsprechenden Seminaren oder Supervisionen mit dem eigenen Leben und seinen Grenzen thematisch zu konfrontieren. Schaffen es Pflegende auf Dauer nicht, die eigene Endlichkeit zu akzeptieren und den Tod zu verstehen, so folgen wahrscheinlich bis zur absoluten Aufgabe immer wieder neue misslingende Copingversuche. Ein Kreis der Dauerspannung, der letztlich eher eine Verschiebung zum Krankheitspol mit sich bringt. Es lässt sich abschließend die These ableiten, dass **insbesondere junge Pflegende und Berufsanfänger relativ große Gefahr laufen, in diesem Stadium der Bewertung, misslingend zu „copen“**.

Wurde der Stressor, welcher Art er auch immer ist, als ungünstig oder bedrohlich bewertet, bleibt die Spannung erhalten. Die oder der Pflegende stellt für sich selber fest: „Gefahr für mein Wohlbefinden!“

4.1.3 Primäre Bewertung-III

Zunächst geht es nun um die emotionalen Parameter des durch den Stressor ausgelösten Problems. Was empfinden Pflegende, wenn sie auf schwerkranke und sterbende Menschen treffen? Pauschal lässt sich diese Frage nicht beantworten. Auch hier hängt es wieder wesentlich vom Ausmaß des SOC ab und ob der Stressor glücklichen oder unglücklichen Charakter besitzt. Es ist von der Annahme auszugehen, dass von sterbenden Menschen nicht ausschließlich unglückliche Stressoren ausgehen.

Im vorherigen Kapitel wurde diskutiert, dass es wahrscheinlich unabdingbar für die Tätigkeit in Palliative Care ist, dass sich die Pflegenden mit dem eigenen Tod auseinandersetzen und ihn akzeptieren müssen. Bei Pflegenden, bei denen eine derartige Akzeptanz vorliegt, ist von einem eher starken SOC auszugehen. Sie werden das Sterben und den Tod des zu Betreuenden wahrscheinlich selten als unpassend oder ungerecht betrachten. Die Pflegenden erleben Emotionen wie *„besondere Erschütterung, Betroffenheit, Schmerz und Schuldgefühle“* (Zernikow 2008: 412), in einigen Fällen vielleicht auch Trauer. Diese Emotionen ermöglichen jedoch aufgrund der Stärke des SOC zielgerichtete strukturierte Handlungen. Diejenigen mit einem schwachen SOC erleben die gleichen Emotionen auch – mit der Differenz, dass diese vermutlich alles andere *„überdecken“*, zielgerichtete Handlungen eher verhindert werden und die Pflegenden in ihrer Aktivität paralisieren. Hinzu kommen unter anderem Gefühle der Angst, des Alleinseins, der Hoffnungslosigkeit. Pflegende mit einem schwachen SOC werden das Sterben und den Tod wahrscheinlich eher als unpassend oder ungerecht, bei jungen Menschen als viel zu früh, empfinden. Die Stressoren werden unbewusst eher *„Abwehrstrategien in Form kühl-professioneller Zugewandtheit“* (Zernikow 2008: 407) aktivieren.

Der zweite Aspekt der primären Bewertung-III ist die Klärung der instrumentellen Parameter des Stressors. So können Pflegende mit einem starken SOC, beispielsweise bei der Betreuung eines Sterbenden, die Situation angemessener beurteilen, sie genauer wahrnehmen und sie tiefer differenzieren. Daraus

resultiert eine bessere Verstehbarkeit und eröffnet somit die Möglichkeit, vorausgesetzt es sind entsprechende GRR vorhanden, das Problem besser handhaben zu können. Es sei daran erinnert, dass diese Pflegenden nicht oder kaum von ihren Emotionen daran gehindert werden, aktiv tätig zu werden.

Pflegende mit einem schwachen SOC werden kaum über die Möglichkeit verfügen, die Situation zu überblicken - erst recht nicht in all ihren Details. Die Situation wird als eine unvermeidlich chaotische betrachtet. Auch das Vorhandensein von GRR wird ihnen voraussichtlich kaum Nutzen bereiten, da sie die Situation wenig verstehen und ihre Emotionen sie daran hindern, aktiv tätig zu werden.

4.1.4 Sekundäre Bewertung

Diejenigen Pflegenden in Palliative Care, die über einen starken SOC verfügen und mit Krankheit, Sterben und Tod als charakteristische klienteninduzierte Stimuli konfrontiert werden, haben wie dargestellt vermehrt die Möglichkeit, sich den instrumentellen Parametern des Problems zu widmen. In diesem Stadium der Bewertung suchen sie forciert nach Ressourcen zur Bewältigung des Stressors. Die Pflegenden glauben, das Problem fast vollkommen verstehen zu können und glauben ebenso zu wissen, mit welchen Ressourcen sie aktiv handeln können. Sie haben die Möglichkeit, flexibel Ressourcenkombinationen aus ihrem Repertoire auszuwählen um das Problem zu lösen. Ist der SOC der Pflegenden jedoch nur schwach, werden sie sich kaum mit den instrumentellen, sondern viel mehr mit den emotionsregulierenden Parametern des Problems beschäftigen. Sie sind mit sich und ihrer Angst so sehr beschäftigt, dass die unbeherrschbaren Emotionen sie nahezu lähmen. Da das Problem ohnehin chaotisch unüberschaubar zu sein scheint, geben sie jede Anstrengung auf, die Situation mit Sinn zu versehen. Sie verfügen nicht über die Möglichkeit, Ressourcenkombinationen flexibel auszuwählen, sondern re-agieren stets starr mit immer gleichen Verhaltensmustern, was wahrscheinlich schon fast zwangsläufig zu misslingenden Bewältigungen führen wird.

4.1.5 Tertiäre Bewertung

Nachdem nun Ressourcen mobilisiert wurden, stellt sich die Frage, wie das Feedback auf die Handlungen respektive das Verhalten beurteilt wird. Um (auch) zukünftig erfolgreich mit Krankheit, Sterben und Tod umgehen zu können, ist es

von signifikanter Bedeutung, regelmäßig Rückmeldungen von allen beteiligten Akteuren über das eigene Handeln (oder Verhalten) zu sammeln. Sammeln von Feedback bedeutet Signale wahrnehmen, nach ihnen Ausschau halten und sie zu provozieren. **Feedback stellt einen externalen Indikator für die Effektivität von Coping dar.** Aus ihm lernen Pflegende für die Zukunft. Der SOC der Pflegenden ändert sich permanent durch jede einzelne Copingsituation – ob erfolgreich oder misslungen.

4.1.6 Fallbeispiel und Analyse

Schwester Maria betreut auf einer Palliativstation Herrn Müller, der sich aufgrund einer schweren Krebserkrankung vermutlich in der Finalphase befindet – so die Einschätzung des multidisziplinären Teams. Definitionsgemäß ist also mit seinem Versterben binnen der kommenden 72 Stunden zu rechnen. Frau Müller, seine Ehefrau, ist zur Zeit nicht anwesend, wird aber am Nachmittag zum Besuch erwartet. Sie wurde bereits am Morgen vom Stationsarzt über den schlechten Allgemeinzustand telefonisch informiert. Im Laufe des Morgens wird Herr Müller zunehmend agitiert und wirkt erheblich panisch auf sein Umfeld. Die Schwester injiziert, nach Rücksprache mit dem Stationsarzt und gemäß einer vorliegenden Patientenverfügung, sedierende Medikamente. Kurz darauf ist Herr Müller nicht mehr ansprechbar und gilt für das Team als „gut symptomkontrolliert“.

Gegen vier Uhr trifft Frau Müller ein. Bevor sie das Zimmer ihres Mannes betritt, erkundigt sie sich bei Schwester Maria nach seinem Zustand. *„Heute Morgen ist Ihr Mann sehr unruhig geworden und sah verängstigt aus. Deswegen haben wir ihm beruhigende Medikamente geben müssen. Jetzt liegt er wieder ganz ruhig im Bett.“* Daraufhin begleitet die Schwester Frau Müller zu ihrem Ehemann.

Nachdem bislang alles „routiniert“ verlief, passiert etwas, auf das Schwester Maria nicht vorbereitet ist (**keine automatisch adaptive Antwort**). Die Ehefrau sieht ihren bewusstlosen Mann und fährt die Schwester unerwartet an: *„Was haben Sie mit meinem Mann gemacht? Was war in den Spritzen? Sie gehören bestimmt zu denen, die den Patienten beim Sterben helfen!“* Schwester Maria verstummt und sucht nach einer passenden Antwort (primäre Bewertung-I: **Stimulus wird als Stressor bewertet**). Sie denkt in darüber nach, dass, auch wenn sie aktive Sterbehilfe grundsätzlich ablehnt, ein Rechtsstreit unter Umständen zu ihren Ungunsten ausfallen könnte - *„Warum auch immer!“*

(primäre Bewertung-II: **Stressor wird als bedrohlich betrachtet**). Vielleicht hätte sie lieber gleich anfangs sagen sollen, dass sich Herr Müller durch die Medikamente nicht bei Bewusstsein befindet (primäre Bewertung-III: **Emotionen Schuld und Furcht**). Sie versetzt sich in die Lage der Ehefrau und versteht ansatzweise, warum sich diese so fühlen könnte: *„Hätte -mir- das Pflegepersonal verschwiegen, dass sie -meinem- Mann das Bewusstsein genommen hätten, dann wäre aber was los gewesen!“*. Auf der anderen Seite hat sie sich eigentlich kaum was vorzuwerfen: *„Ich habe die Situation richtig eingeschätzt, adäquat gehandelt und letztlich ist auch das gewünschte Ergebnis eingetreten. Außer, dass ich die Angehörigen nicht direkt über den Bewusstseinsverlust informiert habe, habe ich eigentlich alles richtig gemacht.“* (primäre Bewertung-III: **analytische Klarheit**) Schwester Maria schaut die aufgebrachte Ehefrau an und argumentiert: *„Die Unruhe stellt ein typisches Symptom während des Sterbens dar. Es ist davon auszugehen, dass dieser Zustand, von Ihrem Mann als nicht angenehm empfunden wurde, da er einen panischen Eindruck auf mich und meine Kollegen machte. Die Entscheidung ein Medikament einzusetzen, das die Unruhe unterdrückt und das Bewusstsein dämpft, war eine Entscheidung aller an der Betreuung beteiligten Personen und auch sein eigener Wunsch. Ich – oder wir - denken, dass es auch in Ihrem Interesse ist, dass Ihr Mann lieber ruhig und ohne Bewusstsein schlafen sollte, als verängstigt und unruhig versuchen, aus dem Bett zu steigen. Können Sie ein bisschen nachvollziehen, was ich meine? Ich werde Dr. Meier bitten, Ihnen im Anschluss an unser Gespräch den Sachverhalt aus medizinischer Sicht zu schildern, wenn Sie dies wünschen.“* (sekundäre Bewertung: **Konzentration auf instrumentelle Parameter**) Die Ehefrau schaut daraufhin betroffen und nickt. Sie spricht nicht. Schwester Maria dämpft das Licht und bietet ihr einen Stuhl nahe des Bettes an und setzt sich ebenfalls. Sie führt die Hand der Ehefrau auf die ihres bewusstlosen Mannes. Seine Hand zuckt kurz. Frau Müller dreht sich nach kurzer Zeit Schwester Maria zu und spricht: *„Ich meinte das nicht so. Ich bin im Moment mit allem total überfordert. Eigentlich machen Sie ja ganz tolle Arbeit hier – das weiß ich. Ich könnte das nicht. Danke.“* Schwester Maria lächelt und denkt sich: *„Für die Zukunft merke ich mir, dass ich bestimmte Dinge wie diese vorher anspreche.“* (tertiäre Bewertung: **Beurteilung des Feedbacks**)

Analyse: Es handelt sich um einen klienteninduzierten sozialen Stimulus, welcher von der Schwester als Stressor bewertet wird und einen

Spannungszustand auslöst. Diese Bewertung ist weniger überraschend, da ihr mehr oder minder explizit bewusste Tötung vorgeworfen wird. Einen solchen Vorwurf würden die meisten Menschen wahrscheinlich als Problem betrachten. Da der Stressor für sie nicht von Anfang an als bewältigbar erscheint, wird er von ihr auch nicht als neutral bewertet. Die Schwester geht von einer potentiellen Bedrohung für ihr Wohlbefinden aus, die aus der rechtlichen Konsequenz 'Bestrafung' resultieren könnte. Sie reagiert mit der Emotion 'Schuldgefühl', da sie die Angehörigen nach ihrer Meinung vorher hätte informieren sollen. Die Emotion 'Furcht' entsteht vermutlich aus der Angst vor der rechtlichen Konsequenz. Statt aber, durch diese zu erstarren, denkt sie über alle die Situation betreffenden Aspekte nach und argumentiert zielgerichtet gegenüber den Angehörigen. Sie versetzt sich gedanklich in ihr Gegenüber und verschafft sich so eine bessere Verstehbarkeit. Ihrer strukturierten Argumentation zur Folge ist davon auszugehen, dass sie sich durch das entstandene Verständnis sicher ist, das Problem jetzt handhaben zu können. Als „Notlösung“ greift sie zusätzlich auf die „Ressource Stationsarzt“ zurück, der, wenn erforderlich, mit weiteren Erklärungen tätig werden könnte. Infolge der Erklärungen entschuldigt sich die Ehefrau für ihr Verhalten und würdigt die Tätigkeit der Schwester. Dieses Feedback provozierte die Schwester durch ihre weitere Anwesenheit und die Zugewandtheit und war in der Lage es zu beurteilen. Der Spannungszustand wurde erfolgreich abgebaut.

Fazit: Trotz der Indikatoren für einen schwachen SOC in den primären Bewertungen-I und -II zeigte die Schwester überwiegend ein deutlich starkes Ausmaß aller drei SOC-Komponenten. Die Emotionen schafften eine motivationale Handlungsbasis. Ressourcen standen zur Verfügung und wurden in der richtigen Kombination wirksam mobilisiert. Die Fakten sprechen ziemlich eindeutig für einen eher starken SOC, der vermutlich durch das Problem respektive die Feedbackbeurteilung selbst noch gestärkt wurde. Letztlich wurde der Stressor erfolgreich „gecoped“.

4.2 Gestaltung von institutionellen Rahmenbedingungen

Der starke SOC stellt folglich eine wichtige Determinante für effektive Bewältigungen dar und ist somit wesentlich für die Entstehung von Gesundheit. Da keinesfalls davon ausgegangen werden kann, dass die Summe der Pflegenden grundsätzlich über einen starken SOC verfügt, könnte die tägliche Arbeit, vor allem aufgrund der regelmäßigen Konfrontation mit den

charakteristischen klienteninduzierten Stimuli, eine potentielle Gefährdung für die individuelle und kollektive Gesundheit des Pflegepersonals darstellen. Auf der einen Seite ist die Organisation durch die sogenannte Fürsorgepflicht zum Schutz vor derartigen Gesundheitsgefährdungen verpflichtet, zum anderen ist die Förderung der kollektiven Gesundheit für sie von großem Interesse, da Pflegende aus betriebswirtschaftlicher Perspektive Humankapital, also Produktionsfaktoren, darstellen. Von ihnen hängen Quantität und Qualität der Dienstleistung, also die Produktion von Pflege, in besonderem Maße ab. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Demotivation, Fluktuation und Burnout-Prozesse beeinflussen die Outcomes der Organisation wesentlich, führen zu hohen Kosten und gefährden gegebenenfalls den Fortbestand der Organisation. Daher erscheint es essentiell, *„personalpflegerische Maßnahmen auf der institutionellen und personellen Ebene zu entwickeln und umzusetzen“* (Zernikow 2008: 414). Seitens der Organisation sollten Pflegende in Palliative Care psychosozial und spirituell unterstützt werden, indem die Organisation aktiv an der Stärkung des SOC der Pflegenden mitwirkt und Möglichkeiten zum effektiven Coping aufgezeigt und anbietet. Die organisationale Unterstützung sollte normativ verankert, strategisch geplant und letztlich konsequent auf der operativen Managementebene umgesetzt werden. Regelmäßige Evaluationen geben Anhaltspunkte für die Effektivität respektive Effizienz der Maßnahmen und bieten die Möglichkeit, diese gegebenenfalls zu überdenken und neu anzupassen. Viel versprechende und zum Teil leicht umsetzbare Instrumente erscheinen zum Beispiel Supervisions- und Bildungsprogramme zu sein.

4.2.1 Soziale Unterstützung

Sämtliche, *„durch andere Personen zur Verfügung gestellte Ressourcen“* (Gusy 1995: 66), können unter dem Terminus *„Soziale Unterstützung“* zusammengefasst werden. In Anlehnung an das Modell der Salutogenese ist es wichtig, dass, wie bereits ausführlich diskutiert, diese Widerstandsressourcen zur effektiven Bewältigung als zur Verfügung stehend wahrgenommen und mobilisiert werden müssen. Pflegende mit einem starken SOC werden eher darauf vertrauen, dass sie nicht nur bei Problemen von anderen Personen unterstützt werden. Sie werden auch eher wissen, an welche Personen genau sie sich im Bedarfsfall wenden können – also welche Personen im konkreten Fall eine *„situationsspezifische Fachkompetenz“* (Gusy 1995: 63) aufweisen.

Um die Quellen sozialer Unterstützung aufzuzeigen, muss zunächst der Begriff

des sozialen Netzwerks betrachtet werden. Bei diesem geht es um ein quantitatives Merkmalsgebilde, das Auskunft über die „*Verknüpfungen zwischen Personen und ihrer sozialen Umwelt in Form von Anzahl, Dichte, Umfang und Kontaktfrequenz*“ (Gusy 1995: 56) gibt, ohne Aussagen über die inhaltlichen Aspekte der Verknüpfungen zu treffen. Aus dieser Definition geht hervor, dass das soziale Netzwerk höchst individuell ist. Die Ausprägung des Freundeskreises, das Vorhandensein von Lebenspartnern, Kindern und der Umfang der sonstigen sozialen privaten Kontakte wird bei Pflegenden stark variieren. Im Setting Palliative Care werden die Verknüpfungen ebenfalls unterschiedlich sein, jedoch wird das Netzwerk auch Gemeinsamkeiten aufweisen. So treten Pflegende, wenn auch mit unterschiedlicher Kontaktfrequenz, täglich mit überwiegend gleichen Arbeitskollegen in Interaktion – Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Vorgesetzte und andere Beteiligte.

Von jeder Person des sozialen Netzwerks können potentiell soziale Unterstützungsleistungen ausgehen. Sowohl „*engere, weitere aber auch einmalige, zufällige Interaktionspartner [gehören] zu den Helfern*“ (Gusy 1995: 68). In besonderem Maße sind aber vermutlich die engeren Interaktionspartner bei der Problembewältigung von Bedeutung – beispielsweise Partner oder Freunde. Auch Arbeitskollegen können einen hohen Grad an Verbundenheit aufweisen. Gerade dann, wenn sie in einem besonderen sympathischen Verhältnis zueinander stehen oder die Doppelrolle als Freund besitzen. Diese Personengruppen weisen in der Regel ein größeres **situationsübergreifendes Kontextverständnis** auf – ein Faktor, der wahrscheinlich zu effektiveren Unterstützungsleistungen führen kann. Arbeitskollegen werden durch ihre regelmäßige Tätigkeit in Palliative Care oftmals identischen Reizen respektive Stressoren ausgesetzt und bringen somit im besten Falle tiefes Verständnis mit sich. Wer wann unter welchen Bedingungen Hilfe leistet, ist Gegenstand der Unterstützungsforschung und für sich eine komplexe Thematik, die in diesem Rahmen nicht weiter ausführlich dargestellt werden kann. Zur Bearbeitung des Gegenstands dieser Schrift reicht wahrscheinlich auch vorerst die Annahme aus, dass soziale Unterstützung einen wesentlichen Aspekt bei der Bewältigung von Stressoren darstellt. Es sei jedoch auch angemerkt, dass jene Unterstützungsversuche nicht zwangsläufig salutogenen Charakter aufweisen müssen. Sie können ebenso Einfluss auf die Verschiebung in Richtung des Krankheitspols im Kontinuum ausüben. Man denke hierbei exemplarisch an das

Aufdrängen von sozialen Hilfeleistungen in Situationen, in denen der Empfänger diese Leistungen gar nicht beanspruchen möchte. Werden Hilfeleistungen, aus welchen Gründen auch immer, aufgedrängt, könnten diese selbst als Stressor wahrgenommen werden und unter Umständen pathogenetisch wirken.

Es stellt sich nun die Frage, welche Rolle die Organisation bei der sozialen Unterstützung einnimmt und über welche Einflussmöglichkeiten sie verfügt. Das kontinuierliche Bereitstellen von fachkompetenten Ansprechpartnern, das konstitutive Gestalten einer persönlichen hilfsbereiten Organisationskultur und das regelmäßige Ermöglichen von Supervisions- und Intervisionsveranstaltungen kann vermutlich schon einen wesentlich Beitrag zur von der Organisation ausgehenden sozialen Unterstützung leisten. Diese Faktoren beeinflussen bei ihrer Umsetzung bereits das soziale Netzwerk der Pflegenden erheblich, so dass das potentielle Unterstützungsangebot wächst. Daneben könnte es ebenfalls förderlich sein, die Personalauswahl so zu gestalten, dass Bewerber nicht nur durch ihre Fachkompetenz selektiert, sondern im Hinblick auf eine größtmögliche Gruppenkohäsion sorgfältig ausgewählt werden. Dementsprechende Instrumente könnten standardisierte Einstellungstests, Assessment Center, Hospitationen oder Praktika, im Optimalfall in Verbindung mit einer SOC-Erhebung, darstellen.

4.2.2 Supervision und Intervention

Eine Möglichkeit, die Pflegenden in Palliative Care bei der Stärkung ihres SOC zu unterstützen, liegt in der Supervision. Supervision stellt ein Arbeitsverfahren dar, *„durch das immer professionelle Beziehungen von Menschen reflektiert werden, also Beziehungen, die in gewisser Weise künstlich sind und durch die berufliche Tätigkeit erst hergestellt werden“* (Wilker 1997: 11). Sie unterliegt festgelegten Bedingungen und Regeln, meist in Form eines Vertrages, und, aufgrund des Vorliegens von *„Unabhängigkeit, Objektivität und Neutralität“* (Wilker 1997: 15) durch eine externe Fachperson (Supervisor) geleitet werden. Die Bedingungen beziehen sich unter anderem auf individuelle Ziele, Ort, Dauer und Frequenz der Veranstaltungen. Die Regeln zielen vor allem auf die Wahrung der Privatsphäre der Pflegenden und der Loyalität ab. Scobel definiert vier grundlegende Supervisionsziele. Das erste stellt die **„selbstreflektierende Analyse des eigenen beruflichen Erlebens“** (Wilker 1997: 14) dar. Reflexion bedeutet *„zurückdenken, überdenken, und nach der Bedeutung von Erfahrungen, Gedanken oder Handlungen suchen“* (Regouin 1999: 16). In Bezug

auf Antonovskys Copingprozess könnte diese Zielsetzung als geführte retrospektive Betrachtung individueller Bewältigungsmechanismen übersetzt werden, was mit der Absicht verbunden werden kann, das Ausmaß an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und auch Bedeutsamkeit zu erhöhen respektive den SOC zu stärken. Da es sich primär um Selbstreflexion handelt, sollte den Pflegenden genügend Gelegenheit eingeräumt werden, ununterbrochen eine belastende oder auch freudige Situation möglichst vollständig zu schildern. Der Supervisor hat dabei die Aufgabe die Pflegenden durch den Erzählprozess zu führen, in dem er gezielt Fragen stellt. Die Anlage 1 enthält einen Fragenkatalog, der sich unmittelbar auf den Copingprozess bezieht, mit der Absicht den SOC in der Hinsicht zu stärken, dass die Pflegenden ähnliche Situationen prospektiv effektiver bewältigen können. Dieser Katalog erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll als Gedankenanstoß betrachtet werden. Keineswegs soll er als lineare to-do-Liste verstanden werden. Die drei weiteren Ziele der Supervision, welche Scobel beschreibt, sind Bemühungen seitens Pflegenden zur **„Selbstöffnung und Introspektion“** (Wilker 1999: 14), das **Fühlbarmachen und Durcharbeiten von innerseelischen Konflikten** und die **Auseinandersetzung mit den Pflegenden einschließlich der interpersonellen Gruppenkonflikte** (vgl. Wilker 1999: 14).

Scobel beschreibt weiter ein Phänomen, welches die Motivation zur Supervision betrifft. Er stellt nach langjähriger Supervisorentätigkeit fest, dass *„Helfer immer erst dann einen Supervisor in Anspruch nehmen, wenn ein gewisser Leidensdruck vorhanden ist“* (Wilker 1997: 15). Das bedeutet, dass in diesen Fällen vermutlich bereits eine kontinuierliche Bewegung in Richtung des Krankheitspols stattgefunden hat. Daher scheint es empfehlenswert, frühzeitig, möglichst mit Eröffnung der Einrichtung, seitens des strategischen Managements, Supervisionsveranstaltungen zu planen und auf operativer Ebene kontinuierlich anzubieten und durchzuführen. Die Frage, ob jene Veranstaltungen jedoch auf verpflichtender oder freiwilliger Basis erfolgen sollten, bleibt zunächst offen. Diesbezüglich gilt es kritisch zu prüfen, ob eine Verpflichtung zur Anwesenheit die Gefahr eines pathogenen Charakters der Veranstaltung, für den diejenigen der ihr abgelehnt gegenübersteht, fördern würde. Zusätzlich oder alternativ zur Supervision bietet sich die Möglichkeit der **Intervision**. Sie stellt genau wie die Supervision ein Reflexionsinstrument dar, das aber im Unterschied zu ihr keiner externen Fachperson bedarf. Sie baut auf der Annahme auf, dass

alle Pflegenden innerhalb eines Teams ähnlichen charakteristischen klienteninduzierten Stimuli ausgesetzt sind und diese, soweit sie als Stressor definiert werden, auch bewältigen müssen. Das Vorgehen der Intervision könnte als gegenseitige Beratung von „Gleichgesinnten“ beschrieben werden. Sie unterliegt ebenfalls zuvor festgelegten Bedingungen und Regeln und die Ziele decken sich weitgehend mit denen der Supervision, so dass auch die Intervision einen SOC-stärkenden Charakter besitzen kann.

4.2.3 Bildungsprogramme

Bildungsprogramme haben in der Regel Einfluss auf sämtliche Komponenten des SOC und somit auch wesentlich auf Bewältigungsmechanismen. Neben den tiefgreifenden Kenntnissen, welche im Optimalfall in der Berufsausbildung erworben wurden, erscheint es sinnvoll, den SOC der Pflegenden in Palliative Care durch strategisch geplante Fort- und Weiterbildungsangebote stets zu fördern. An dieser Stelle bietet es sich an, sich bei Gestaltung der Angebote an den vier Subtypen der klienteninduzierten Stimuli zu orientieren. In Kapitel 4.1.1 wurden bereits wesentliche Inhalte für derartige Angebote vorgeschlagen. Zusammengefasst erscheint es unter anderem sinnvoll, Bildungsprogramme für die Bereiche Krankheitslehre, Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Krisenintervention und kultursensible Pflege anzubieten. Somit werden alle vier Subtypen, zumindest partiell, im besten Fall verstehbarer, handhabbarer und bedeutsamer. Im Hinblick auf die Tatsache, dass es essentiell erscheint, dass sich die Pflegenden mit Fragen der eigenen Existenz beschäftigen, könnten Bildungsprogramme initiiert werden, die derartige Inhalte thematisieren. An dieser Stelle sei wieder auf die Supervision verwiesen, die oft einen optimalen Boden für derartige Inhalte darstellt.

Es kann somit festgehalten werden, dass sich die Organisation nicht damit begnügen kann, dass das einst in der Berufsausbildung erlernte Wissen dauerhaft für die Tätigkeit in Palliative Care ausreichen wird. Im Gegenteil: Eine aktive Förderung der Pflegenden durch Bildungsprogramme nach der Berufsausbildung erscheint wichtig. Zumal diese in der Regel in jungen Jahren absolviert wurde, in denen sich der SOC herausbildet. Schlechte Erfahrungen in diesen Jahren können das Ausmaß des SOC wesentlich reduzieren – gute erhöhen. Daher erscheinen in diesem Zusammenhang die unter dreißigjährigen Pflegenden in Palliative Care die primäre Zielgruppe von Bildungsprogrammen

zu sein. Um Missverständnissen vorzubeugen, sei angemerkt, dass den älteren Pflegenden jedoch keinesfalls derartige Programme vorenthalten werden dürfen, da der SOC auch dann noch, wenn auch nicht in einem solch hohen Ausmaß, durch Lebenserfahrungen geprägt wird respektive Lebenserfahrungen durch den SOC geprägt werden.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Pflegende in Palliative Care treten alltäglich mit unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen in Interaktion. Ob sie durch diese selber erkranken oder gesunden, hängt in besonderem Maße davon ab, inwieweit sie darauf vertrauen, die Reize des Lebens verstehen und handhaben zu können und in wieweit sie diese für sich selbst als bedeutsam wahrnehmen. Diese drei Komponenten werden von Antonovsky zusammengefasst als Sense of Coherence (SOC) bezeichnet, welcher sich insbesondere in den ersten drei Lebensjahrzehnten ausbildet. Begegnen die Pflegenden Situationen, in denen sie nicht mit direkt verfügbaren Antworten automatisch re-agieren können, entsteht ein Spannungszustand, der der effektiven Bewältigung bedarf. Die Chance einer effektiven Bewältigung korreliert positiv mit dem Ausmaß des SOC. Je größer das Ausmaß des SOC, desto wahrscheinlicher werden die Pflegenden die Situationen als nicht bedrohlich für ihr eigenes Wohlbefinden bewerten. Sie werden wissen, welche Handlungsalternativen und Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen und können sie trotz möglicher Emotionen mobilisieren. Sie werden Rückmeldungen für ihre Handlungen provozieren können und aus diesen für die Zukunft lernen.

Die aus Palliative Care hervorgehenden Reize wurden als charakteristische klienteninduzierte Stimuli bezeichnet, die die Subtypen physische, psychische, soziale und spirituelle Stimuli beinhalten. Ferner wurden die als institutionelle Stimuli bezeichneten Reize beschrieben, die jedoch mehr als die klienteninduzierten auch in anderen Settings auftreten und daher weniger charakteristisch sind. Als eines von vielen Ergebnissen dieser Schrift kann die These festgehalten werden, dass nur diejenigen Pflegenden langfristig effektiv bewältigen können, die sich mit ihrem Selbst und ihrem eigenen existentiellen Dasein beschäftigen und diesem einen Sinn, der Leid und Sterben erst erträglich macht, geben.

Aufgabe der Organisation sollte es sein, auch zu ihrer eigenen Existenzsicherung, die Pflegenden in Palliative Care aktiv bei der Gesundheitsförderung zu unterstützen, indem sie stets versucht, den SOC der Pflegenden zu stärken. Viel versprechende Instrumente zur Umsetzung dieses Ziels erscheinen Bildungsprogramme zum Beispiel in Krankheitslehre, Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Krisenintervention, kultursensibler Pflege und Seminare zur „Begegnung mit der eigenen Endlichkeit“. Es empfiehlt sich regelmäßig Supervision durch externe Fachkräfte anzubieten, sowie geeignete Rahmenbedingungen zur Intervision zu schaffen. Junge und neue Mitarbeiter sollten zudem in besonderem Maße in Bildungsprogramme einbezogen werden. Des Weiteren wäre es zu überlegen, inwieweit eine prospektive Erhebung des SOC vor Beginn des Arbeitsverhältnisses durch eine Einstellungsprüfung sinnvoll ist. So könnte im Vorfeld in vielen Fällen die Anzahl derjenigen Pflegenden reduziert werden, die über einen schwachen SOC verfügen. Im Hinblick auf die soziale Unterstützung könnte es sinnvoll sein, im Rahmen der strategischen Personaleinsatzplanung, diejenige Mitarbeiterkonstellation anzustreben, bei der die größtmögliche Gruppenkohäsion zu erwarten ist. In Bezug auf den Gegenstand dieser Schrift erscheinen unter anderen folgende Fragestellungen für die künftige empirische Forschung interessant:

1. Welche Unterschiede ergeben sich bei der Erhebung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zwischen Pflegenden auf Palliativstationen in Krankenhäusern, in (Kinder-)Hospizen und ambulanten Hospizdiensten und worauf sind diese zurückzuführen?
2. Sollte Supervision auf freiwilliger oder verpflichtender Basis erfolgen und inwieweit hat die Entscheidung Einfluss auf den Erfolg der Veranstaltung?

6 Quellenverzeichnis

- Antonovsky, A.; Franke, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe, Tübingen: dgvt
- Balck, F. (Hrsg.) (2005): Anwendungsfehler der medizinischen Psychologie. Heidelberg: Springer
- Bernatzky, G. (Hrsg.); Sittl, R. (Hrsg.); Likar, R. (Hrsg.) (2006): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. 2. Auflage, Wien: Springer
- Gusy, B. (1995): Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout eine Kausalanalyse. München Wien: Profil Verlag GmbH
- Regouin, W. (1999): Supervision – Praxishandbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. 1. Auflage, Wiesbaden: Ullstein Medical
- Reinshagen, R. (2008): Antonovsky – Theorie und Praxis der Salutogenese. In: Pflege & Gesellschaft 13/2: 142 – 158.
- SAMW (2006): Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Stand 23.05.2006
- Wilker, F.-W. (Hrsg.) (1997): Supervision und Coaching – Aus der Praxis für die Praxis. 3. unveränderte Auflage, Bonn: Dt. Psychologen-Verlag
- WHO (2006): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Stand 07.03.2006 AS 1948 1015; BB 1946 III 703. deutsche Übersetzung
- Zernikow, B. (Hrsg.) (2008): Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Berlin: Springer

Anlage 1 - Supervisions-Fragenkatalog

Definition, Relevanz und emotionale Parameter (primäre Bewertung-I, II, III)

- Fühlten Sie diese Anspannung von vornherein? Wenn ja, was löste sie aus?
- Welche Emotionen verspürten Sie in dieser Situation?
- Was genau löste sie ihrer Meinung nach genau aus?
- Konnten Sie die Situation trotzdem noch überblicken?
- Waren die Emotionen so stark, dass Sie Schwierigkeiten hatten weiter zu arbeiten?
- Fühlen Sie diese Emotionen auch zu Hause / bei Ihren Freizeitaktivitäten?
- Fühlen Sie diese Emotionen auch jetzt, wenn wir drüber reden?
- Haben Sie Angst, dass diese erneut auftreten?
- Fühlen Sie sich mit diesen Emotionen allein gelassen?

Instrumentelle Parameter (primäre Bewertung-III)

- Konnten Sie die Situation trotz allem noch überblicken?
- Wirkte die Situation chaotisch auf Sie?
- Haben Sie die Situation (mittlerweile) verstanden?
 - Warum haben Sie sie nicht verstanden? Fehl(t)en Ihnen Informationen?
 - Vielleicht kann Ihnen einer aus der Gruppe diese Information jetzt geben!
 - Wie, glauben Sie, kommen Sie in Zukunft im Vorfeld an diese Informationen
- Wirkte die Situation händelbar oder dachten Sie, dass eh nichts mehr zu retten ist?

General resistance resources (sekundäre Bewertung)

- Welche Handlungsmöglichkeiten standen Ihnen anfangs zur Verfügung?
- Für welche Möglichkeit haben Sie sich letztendlich entschieden und warum?
- Hatten Sie das Gefühl, dass Sie keine andere Wahl gehabt haben?
- Fallen Ihnen jetzt im Nachhinein noch weitere Handlungsalternativen ein?
- Fallen der Gruppe weitere Alternativen ein, wie man hätte handeln könnte?
- Wenn das nochmal passiert, wie werden Sie dann vermutlich handeln?
- War das, was sie getan haben, in Ihren Augen gut oder richtig?

Feedback (tertiäre Bewertung)

- Wie hat Ihre Umwelt auf Ihre Handlungen oder Ihr Verhalten reagiert?
- Empfanden Sie die Reaktionen angepasst?
- Hätten Sie sich unter Umständen mehr Lob/Kritik gewünscht?
- Hat Sie die Reaktion der Umwelt in irgendeiner Weise gekränkt?
- Haben Sie etwas aus den Reaktionen gelernt? Wenn ja, was?