



Monika Müller / David Pfister (Hg.)

Wie viel Tod verträgt das Team?

Belastungs- und Schutzfaktoren in
Hospizarbeit und Palliativmedizin



*There were many teachers.
There was only one who made me understand,
»the game of life and death«.
Dedicated to most honorable
Guruji Mohan.*

Monika Müller

Monika Müller / David Pfister (Hg.)

Wie viel Tod verträgt das Team?

Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit
und Palliativmedizin

Mit 6 Abbildungen und 3 Tabellen

3., unveränderte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-647-40341-0

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

Umschlagabbildung: rogerkautz/photocase.com

© 2014, 2012, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: Ⓟ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorbemerkungen

Monika Müller und David Pfister

So viel Tod 11

Monika Müller und David Pfister

Die verwundbaren Helfer. Warum die Studie und dieses Buch? 13

Saskia Jünger

Belastung des Teams in der Versorgung am Lebensende.

Empirie, Konzepte, Erkenntnisse 22

Veronika Bracks

Burnout – ein Thema auf Palliativstationen? 31

Karin Dlubis-Mertens und Benno Bolze

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in
Deutschland. Was kann die Charta zur Entlastung der in der Hospiz- und
Palliativversorgung Tätigen beitragen?

35

Was auf uns lastet

David Pfister

Belastungsfaktoren 43

Susanne Hirsmüller und Margit Schröer

»Meistens schaff ich das ja gut, aber manchmal ...«. Die Beziehung zum
Patienten als ein Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter

50

Lukas Radbruch und Roman Rolke

Eine anspruchsvolle Tätigkeit. Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter 60

Andreas Heller

Das perimortale Omnikompetenzsyndrom.

Anspruch als Belastungsfaktor 68

Birgit Jaspers

Palliatiff Kehr – wenn die Fehlersuche so einfach wäre!

Vermeintliche oder wirkliche Fehler als Belastungsfaktoren 80

Thomas Montag und Martina Kern

»Irgendwann haben wir nicht mehr gezählt«.

Häufung von Todesfällen – Perspektive Palliativstation 90

Andrea Gasper-Paetz

»Es sind ja nicht nur die Patienten ...«.

Besondere Beziehung zu den Zugehörigen als Belastungsfaktor 101

Friedemann Nauck

Plötzlich und unerwartet. Nicht erwartetes Sterben als Belastungsfaktor 112

Astrid Conrad

»Ich bin des Sterbens so müde«.

Kurze Begleitungsdauer als Belastungsfaktor 120

Traugott Roser und Margit Gratz

Und dann traf es mich selbst ...

Todesfälle im eigenen Umfeld als Belastungsfaktor 126

Zeichen der Erschöpfung

David Pfister

Belastungssymptome 139

Sylvia Brathuhn und Eduard Zwierlein

Über die Zweideutigkeit des Todes oder: der zweideutige Tod.

Die Unausdeutbarkeit des Todes als Moment humaner Sterbebegleitung 142

Jörg Fengler

»Immer wenn du da bist, herrscht hier das Chaos«.

Vorwürfe und Beschuldigungsmuster als Belastungssymptome 154

Martina Kern und Birgit Pauler
 Überredseligkeit und Sprachlosigkeit.
 Zwei Seiten einer (Belastungs-)Medaille? 162

Martina Kern und Cornelia Jakob-Krieger
 »Immer wieder knallt es bei uns ...«. Spannungen (Reizbarkeit,
 Streitigkeiten) zwischen den Berufsgruppen als Belastungssymptome 172

Was uns schützt

David Pfister
 Schutzfaktoren 181

Petra Rechenberg-Winter
 Der entlastende Blick. Supervision als Schutzfaktor 184

Andreas Stähli
 Rituale – Schutzfaktor der Mitarbeiter 198

Dorothea Becker und Johannes Schlachter
 Ein persönlicher Blick. Teamarbeit in einem sensiblen Arbeitsfeld 207

Monika Müller und Martina Kern
 Sage mir, wie sie sprechen ... Schutzfaktor gelingende Kommunikation 219

Ellen Üblagger
 Wirkungen und Nebenwirkungen. Hospizliche Arbeit und Familie 232

Heiner Melching
 Zwischen dem Sterbe-Leben und dem Lebe-Leben.
 Persönliche Einschätzungen zum Schutzfaktor Privatleben 238

Christof Müller-Busch
 Mitgefühl als Schutz- und Entlastungsfaktor 250

Martina Kern
 Die Tiefe des Leids findet keinen Gegenpol.
 Vom Wesen der Ablenkung als Schutzfaktor in der Begleitung 260

Susanne Hirmüller und Margit Schröer

»Wer's mit Humor trägt, macht's sich leichter!«.

Humor – ein wichtiger Schutzfaktor in der Arbeit mit Sterbenden 268

Klaus Aurnhammer

»Mit meinem Glauben kann ich vieles tragen«.

Glaube und Religion als Schutzfaktoren 277

Vom (V)Ertragen zum Ertrag

Monika Müller

Vorbemerkung Ertrag 289

Monika Müller

Was bewirken Hospizarbeit und Palliativmedizin? 290

Ein Kurzinterview mit Birgit Weihrauch

Gibt es einen Ertrag von so viel Todesberührung? 296

Ein Rundgespräch im Team, moderiert von Martina Kern

Hilft die Palliativarbeit bei eigenen Lebenskrisen? 299

Matthias Schnegg

Die Zeit ist ein Erinnerer 307

Die Autorinnen und Autoren 311

Sachwortregister 315

Vorbemerkungen

Monika Müller / David Pfister, Wie viel Tod verträgt das Team?

So viel Tod

Monika Müller und David Pfister

Seit den 1980er Jahren haben sich in Deutschland Hospizidee und Palliativmedizin etabliert. In den letzten Jahren ist die Zahl der stationären Hospize und der Einrichtungen palliativer Versorgung weiter gestiegen. Einschließlich der Kinderhospize gab es im Jahr 2011 179 stationäre Hospize in Deutschland.¹ Aus einer Erhebung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes zu einem anderen Thema (Bolze, 2011) lässt sich errechnen, dass im Jahr 2011 rund 21.500 Menschen in einem Hospiz für Erwachsene aufgenommen wurden. Einige dieser Menschen wurden aus dem Hospiz wieder nach Hause entlassen. Nach Aussagen des Verbandes sind im Jahr 2010 rund 20.800 Menschen in stationären Hospizen für Erwachsene verstorben. Nicht zu reden von der Zahl derer, die in ambulanter hospizlicher und/oder palliativer Betreuung versterben.

Auch in den 247 deutschen Palliativstationen hat sich das Bild verändert. Starben noch in den 1990er Jahren nur ungefähr 20 % der aufgenommenen Patienten auf Station, erlebten die Mitarbeiter in den letzten Jahren schon bei 50 % der ebenfalls weit über 20.000 Kranken das Sterben mit.

Auch in anderen Einrichtungen findet viel Sterben statt, man nenne da nur beispielhaft die Intensiv- und Notfallstationen, die Onkologien und vor allem auch die Altenpflegeheime, in denen 30 % der Bewohner noch im ersten Vierteljahr ihres Aufenthalts versterben (Gronemeyer und Heller, 2008). Doch die Ausschließlichkeit der Fokussierung auf das Lebensende ist nur im oben genannten Feld zu finden. Hier werden ohne Ausnahme Patienten behandelt und begleitet, deren schwere Erkrankung weit fortgeschritten ist, weiter fortschreitet und deren Lebenserwartung absehbar begrenzt ist. Die Ziele palliativer Versorgung – so werden wir in Folge die Maßnahmen hospizlichen und palliativen Handelns nennen – sind die Linderung aller Leiden und Sorgen und die (Wieder)Herstellung von Lebensqualität. Im gesamten Tun ist das nahende Sterben ständiges Thema, um das sich – ausgesprochen oder nicht – alles dreht. Der Tod geht immer mit, muss bearbeitet und ausgehalten werden. In den USA tauchte jüngst der Begriff »death manager« für Hospizmitarbeiter auf, Dissertationen beschäftigen

1 Schaubild zur Entwicklung dazu auf der Internetseite des DHPV (http://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html).

sich mit dem »ansteckenden Tod« (Salis-Gross, 2005) und haupt- und ehrenamtlich Tätige in diesem Feld sind sich bewusst, dass, wer hier arbeitet, sich in einem vom Tod kontaminierten sozialen Raum bewegt.

Wir teilen mit zahlreichen Kollegen² die Frage, wie viel Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer (v)erträglich ist. Es geht sicher nicht darum, ob das Thema bekömmlich ist, sondern darum, wie man, ohne Schaden zu nehmen, tagtäglich in diesem Bereich arbeitet.

Im September 2006 entspann sich nach einem anstrengenden Kongresstag am Lido in Venedig unter befreundeten Kollegen ein Gespräch darüber, wie lange man es denn wohl in diesem »ganzen Sterben« noch aushalten könne. Es wurden Zahlen gehandelt, Zeiträume hochgerechnet und Witze erzählt; es schien, dass es kein besseres Szenario für solche Gesprächsthemen geben könne als den Sternenhimmel über dieser vom Verfall bedrohten und gleichzeitig oder gerade deshalb atemberaubend schönen Stadt. Die Erinnerung an Patientenschicksale³ und bedrückende Krankheitsbilder machten einer entspannten, wohligen, dem Leben zugewandten Stimmung Platz. Das Gespräch plätscherte dahin wie das Wasser vor uns, wir spürten und äußerten unsere Dankbarkeit, am Leben zu sein und Lebensfreude zu spüren, und brachten dieses Hochgefühl in Verbindung zu unserer oft schweren und harten Arbeit. Wir waren im Einvernehmen mit Leben und Tod und allem dazwischen.

Ähnliches wünschen wir Ihnen beim Lesen des Buches: dass Sie sich in manchen Darstellungen wiedererkennen und in dem Kreis der berichtenden Kollegen aufgehoben fühlen, möglicherweise Bestätigung erfahren für eigene Empfindungen und bisherige Einschätzungen und gleichzeitig auch Denkangebote entnehmen, mit den besonderen Belastungen vielleicht neu und anders umzugehen. Es geht bei diesen Angeboten manchmal nur um ein Umdenken, ein Umbenennen, um das Einnehmen einer anderen Perspektive oder auch um konkrete Handlungsoptionen. Und dass Sie sich des Reichtums unseres Arbeitsfeldes und der Kostbarkeit so mancher Begegnung und Erfahrung darin vergewissern mögen.

Monika Müller und David Pfister

Literatur

- Bolze, B. (2011). Interview am 31.8.2011. Unveröffentlicht.
- Gronemeyer, R., Heller, A. (2008). Sterben und Tod in Europa. Momentaufnahmen eines kulturellen Wandels. In A. Heller, M. Knop (Hrsg.), *Die Kunst des Sterbens. Todesbilder im Film – Todesbilder heute* (S. 110–125). Filmmuseum Düsseldorf in Kooperation mit IFF Wien Universität Klagenfurt.
- Salis-Gross, C. (2005). *Der ansteckende Tod*. Frankfurt a. M.: Campus.

-
- 2 In die maskuline Form, die wir aus Gründen der Lesbarkeit im Buch verwenden, sind selbstverständlich auch alle Kolleginnen und Patientinnen eingeschlossen.
- 3 Alle Patientennamen wurden geändert und die Krankengeschichten verfremdet.

2 Reaktionen auf »so viel« Tod

2.1 Wenig hilfreiche Reaktionen

Als Reaktionen der Begleiter auf so viel Tod oder so viel als unpassend, ungerecht, unzeitgemäß empfundenen Tod zeigen sich manchmal:

- Abwehrstrategien in Form kühl-professioneller Zugewandtheit, d. h. sich nicht einzulassen auf eine Beziehung, aber das Notwendige an Pflege, Behandlung und Beratung zu leisten,
- Schuldgefühle wegen emotionaler Distanz,
- Ideologisierung der Hospiz- und Palliativarbeit,
- Verspiritualisierung der Erlebnisse (krampfhaft Überhöhung von Sterbeerfahrungen in einen übergeordneten Kontext),
- Versicherung der eigenen Lebendigkeit als Gegenbewegung (Sexualisierung des Privatlebens, Suchtverhalten, Gewalt),
- Überschutzreaktionen gegenüber eigenen Familienmitgliedern,
- Liebäugeln mit Erlösungs- und Euthanasiegedanken,
- Ohnmacht und Überforderung,
- schwärzester Humor,
- besondere Fürsorge,
- Verlassen des Arbeitsplatzes,
- und anderes mehr.

2.2 Für-Sorge im Übermaß

Menschen, die beruflich mit Schwerstkranken und Sterbenden zu tun haben, weisen gerade zu Beginn ihrer Tätigkeit in diesem Feld häufig Zeichen von besonderer Hinwendung und Fürsorge auf (Beelterung, Verbrüderung und Verschwesterung, Verpartnerung mit Patienten). Sie möchten alles für sie tun und immer für sie da sein. Dieses Grundverständnis durchzieht ihre Arbeit und kann zu erheblichen Belastungen führen.

Ein junges Team bat um Supervision. Es war über eine Grundsatzfrage entzweit, zu der es mittlerweile zwei starre Meinungen und zwei unbewegliche Blöcke gab: Ein 17-jähriger Patient mit Ewing-Sarkom, der bereits Metastasen im Beckenbereich hatte, wünschte sich nichts sehnlicher als eine erste romantische sexuelle Erfahrung, »bevor es nicht mehr geht«. Eine Mitarbeiterin (und mit ihr vier der insgesamt sieben Kolleginnen) fand es – da es keine Freundin gab – selbstverständlich, den Part zu übernehmen und dem Jungen diesen Wunsch persönlich zu erfüllen. Schließlich sterbe er in Kürze, und sie, die das unverdiente Geschenk des Weiterlebens habe, empfinde es als ihre Pflicht und Schuldigkeit, ihm eine schöne Stunde zu bereiten. Die anderen Teammitglieder gaben zu bedenken, dass ihm mit dieser Art Opfer nicht gedient sei, weil er zwar eine Erfahrung mache, diese aber dem dahinter liegenden Wunsch nach Normalität, Liebe und Lebensmöglichkeit keine Erfüllung bringe. Außerdem sei ihrer aller Aufgabe das Erkennen von Bedürfnissen, aber bei Weitem nicht immer das Erfüllen von Bedürf-

nissen. Und sein Schmerz, das Leben verlassen zu müssen, werde durch diesen Akt keinesfalls verringert.

Das Helfer-Dasein in der palliativen und hospizlichen Arbeit erfordert eine besondere Auseinandersetzung mit dem Leid und stellt die Frage an den Helfer: Wie stehst du zum Leiden in der Welt? Wie steht es mit dem eigenen Leid? Besser: mit der eigenen Leidfähigkeit? Am Beispiel bekommt man eine Vorstellung davon, wie viel mehr das noch auf den Kontakt mit sterbenden Kindern und Jugendlichen zutrifft.

Zur Geschöpflichkeit des Menschen – und des Arztes, der Pflegekraft, der übrigen Berufsgruppen – gehören auch in der Palliativmedizin – bei allen Fortschritten in Schmerztherapie und Symptomkontrolle – Enttäuschung, Verzicht, Frustration, Hilflosigkeit, endgültiger Verlust, schmerzlicher Abschied und Angst erzeugender Neuanfang. Sich mit diesen Leidspuren im eigenen Leben auseinanderzusetzen und sich ihnen in Wahrheit zu stellen, muss geleistet werden, damit man sich auch den sterbenden Patienten und ihrer Wirklichkeit in Wahrheit stellen kann und nicht eigenen Projektionen verfällt. Das wird dann im besten Fall mittel- oder längerfristig dazu führen, diese Wirklichkeit mit ihnen zu kommunizieren und vielleicht auch aushalten zu können.

3 Die Idee zur Studie und deren Ergebnisse

In den über zwanzig Jahren meiner (Monika Müller) hauptberuflichen Tätigkeit im Feld von Hospizarbeit und Palliativmedizin wurden mir im Rahmen von Supervision, Praxisbegleitung und Krisenberatung viele Fragen gestellt und viele Copingstrategien mitgeteilt. Beim Nachfragen stellte sich meist heraus, dass nicht unbedingt das dauernde Sterben und die immer wieder stattfindende Konfrontation mit Trauer Müdigkeit und Gelähmtsein erzeugten, sondern einzelne Faktoren in der Arbeit. Und dass aber auch diese selben Faktoren nicht per se schädigend seien, sondern, in ein Maß, eine Balance oder auch in eine andere Sichtweise gebracht, als weniger erschöpfend erlebt würden, ja manches Mal dann sogar als hilfreich und heilsam. Etliche Male hatten die Besucher um unterstützende Gespräche gebeten, weil sie der Meinung waren, ihre Arbeit in diesem so kräftezehrenden Feld aufgeben zu müssen, und eine Übersicht über andere berufliche Möglichkeiten suchten. Viele dieser Gespräche oder Gesprächsserien endeten damit, dass die Gesprächsteilnehmer allein durch das Benennen und Beleuchten von Belastungsfaktoren, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren einen anderen Zugang zu der grundsätzlich geachteten Arbeit herstellen konnten und neuen Mutes zu ihr zurückkehrten.

Diese sich immer wiederholenden Erfahrungen brachten uns auf die Idee, eine Studie in Deutschland durchzuführen, die sich mit diesen Faktoren beschäftigt. In der bisherigen Forschung zu Belastungen der Mitarbeiter standen meist organisatorische Faktoren im Vordergrund (Vachon, 1995). Auch wenn diese Ergebnisse zeigen, dass Mitarbeiter im palliativen Kontext eher geringer belastet zu sein scheinen als in anderen

Bereichen der Krankenversorgung (Bram und Katz, 1989; Mallett, Price, Jurs und Slenker, 1991), so wird dies den speziellen Anforderungen der Arbeit mit Sterbenden möglicherweise nicht gerecht.

In der Studie »Wie viel Tod verträgt das Team?« (Müller, Pfister, Markett und Jaspers, 2009) wurde ein besonderes Augenmerk auf spezifische Belastungsfaktoren des Palliativbereichs gelegt: Hierzu gehören vor allem der Anspruch der Palliativmedizin (z. B. in Bezug auf medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Aspekte) und die Beziehung zu Patienten und Angehörigen. Außerdem wurden die Art und Weise, wie ein Team auf den Tod reagiert, und mögliche Schutzfaktoren untersucht. Bislang nicht erforscht war, welche Anzahl von Patiententoden in einem Zeitraum von einer Woche eine kritische Überlastung des Teams zur Folge hat. Es stellte sich die Frage, ob diese Zahl ein Maß für die generelle Belastung des Teams darstellen kann. Zusätzlich sollte geprüft werden, ob die Abfolge der Todesfälle die Belastung beeinflusst.

In einer weiteren Fragestellung wurde die Situation in Hospizen und Palliativstationen verglichen. Wo gibt es Gemeinsamkeiten oder Unterschiede bei Belastungen, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren? Welche Ursachen kann es dafür in den Einrichtungen geben? Und wie kann eine spezielle Burnout-Prophylaxe aussehen?

Ein in einer kleinen Vorstudie geprüfter Fragebogen lieferte das Grundgerüst für den zweiseitigen Fragebogen mit insgesamt 33 Items. Wichtig für die Konstruktion war vor allem die kurze Bearbeitungszeit, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen.

Alle 158 im »Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland« (Sabatowski, Radbruch, Nauck, Roß und Zernikow, 2006) genannten Palliativstationen erhielten den Fragebogen im Dezember 2007 per Post. Aus 95 Einrichtungen (60 %) sendeten 873 Personen einen Bogen zurück. Die 58 im »Wegweiser« aufgelisteten Hospize in Nordrhein-Westfalen erhielten den Fragebogen im Januar 2009 per Post. Der Fragebogen wurde von 214 Personen aus 31 Hospizen (53 % der kontaktierten Einrichtungen) ausgefüllt. Die Palliativstationen und Hospize, die sich nicht an der Studie beteiligt haben, nannten zumeist eine hohe Arbeitsbelastung als Grund für die Nichtteilnahme.

Im Vergleich zu bisherigen Forschungsarbeiten (Schröder, Bänsch und Schröder, 2004; Vachon, 1987, 1995) zeigte sich der Aspekt der Beziehung als am stärksten belastender Bereich. Zuvor wurde eher angenommen, dass die Hauptbelastungen aus dem Bereich des Arbeitsumfelds herrühren. Ein weiterer Aspekt war die Frage nach den Belastungssymptomen (Wie reagiert das Team, wenn es belastet ist?). Die Bedeutsamkeit des Symptoms Überredseligkeit (zu viel reden, psychologisieren) stellte auch ein interessantes Ergebnis dar. Das Team war der wichtigste Schutzfaktor für die Helfenden, jedoch war es zugleich auch ein Belastungsfaktor, wenn es zu Konflikten kam.

Die Anzahl ertragbarer Todesfälle pro Woche lag in Palliativstationen bei 4,4 und in Hospizen bei 4,2. Aufeinanderfolgende Todesfälle wurden in Palliativstationen als signifikant belastender empfunden, in Hospizen gab es keinen Unterschied.

Es wurden zahlreiche negative Zusammenhänge der kritischen Todeszahl mit Belastungssymptomen gefunden, d. h., wenn viele Belastungssymptome auftraten, gaben

die Mitarbeiter an, weniger Todesfälle in der Woche aushalten zu können. Die Belastung durch einen nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin korrelierte in beiden Einrichtungen signifikant negativ mit der Einschätzung der Zukunftsaussicht, was heißt, dass Teammitglieder, die sich durch einen nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin belastet fühlten, die Zukunft des Teams als schlechter einschätzten.

In Hospizen waren die Mitarbeiter insgesamt weniger stark belastet als in Palliativstationen. Außerdem wurden die Belastungssymptome als geringer und die Schutzsymptome als wichtiger eingeschätzt. Genauere Darstellungen der Ergebnisse und deren Diskussion werden den Beiträgen dieses Buches vorangestellt.

4 Anspruch und Hilflosigkeit sind Zwillinge

Das Gefühl des Ungenügens, der Hilflosigkeit und des Ausgelaugtseins auf Seiten der sogenannten Helfenden ist – wie die Studie zeigt – häufig gespeist aus einem übergroßen Anspruch an sich selbst, die Probleme der sterbenden und trauernden Menschen lösen zu müssen. Ganz abgesehen davon, dass dieser überhöhte Anspruch ein hohes Maß an Frustration bringt für die, die sich ihm unterwerfen, trägt er auch das Zeichen von Überheblichkeit. Wer glauben wir zu sein, dass wir – und sei es auch nur stellvertretend für den daran Leidenden – seine Probleme lösen dürfen und gar können? Von seiner Bedeutungsgeschichte her entlarvt das Wort »lösen« seinen enteignenden Charakter: Von einem Baum wurde früher die zum Gerben verwendbare Rinde – die Lohe – abgerissen, daraus entstand das Verb »lösen«. Für einen Menschen ein Problem lösen zu wollen, heißt, ihn von seiner Aufgabe, seinem Zweifel, seiner Fragestellung und seiner Anforderung, ja von seiner Biografie abzuschneiden, abzutrennen. Damit wird ihm häufig das Zutrauen verweigert, dass er seinen Umgang damit finden kann.

Anhaftung beginnt, wo ein Ziel ins Auge gefasst und darum gekämpft wird, dass sich die Umstände den Wünschen der Helfer beugen. Diese verbringen dann viel Zeit und Kraft genau damit, was sie oft davon abhält, die Aufmerksamkeit auf das zu richten, was wirklich – unabhängig von ihren eigenen Wünschen und Zielen – da ist, vor allem was an Ressourcen, Kraft und Möglichkeiten vorhanden ist. Nicht anhaften heißt nicht kein Interesse zu haben oder vom Hilfebedürftigen wegzurücken, sondern nicht an Erwartungen gebunden zu sein, wie sich Dinge entwickeln müssten, um gut, sinnvoll, hilfreich zu sein. Um nicht falsch verstanden zu werden: Hier ist natürlich nicht der Verzicht auf Möglichkeiten der Schmerztherapie, auf Vorschläge zur Symptomkontrolle oder die Unterbreitung von pflegerischen Hilfsangeboten gemeint. Gemeint sind hier die Ratschläge zur Lebens- und Sterbebewältigung an die Patienten und ihre Familien.

Der Glaube an die Würde der Patienten, an ihre Lebenskraft selbst im Sterben, an die Existenz von Hoffnung und Kraft in aller Lebensbrüchigkeit kann Helfer befähigen, sich den ihnen anvertrauten Menschen in Achtung zu nähern, ihre Person mit ihrer besonderen Geschichte zu respektieren und – trotz und entgegen aller äußerlichen Schwäche – Vertrauen in die ihnen innewohnende Stärke und Fähigkeit aufbringen

zu können und sie darin zu unterstützen. Berufliche Helfer leben oftmals von der altruistisch wirkenden Aussage: »Ich kann dir helfen.« Die, denen dies angeboten wird, brauchen viel häufiger ein »du kannst«.

Im angelsächsischen Sprachraum heißt das Wort für das soziale Helfen »support« und die Helfer »caregivers«, also die, die die Sorge und den Raum bereitstellen, innerhalb dessen die Hilfsbedürftigen sich zu helfen lernen und sich zu helfen wissen, weil es ihnen zugemutet und zugetraut wird. Mit der Support-Funktion erfährt das Unterstützungsmanagement seine spezielle Ausprägung: Die bezieht sich auf die Unterstützung bei der inneren bzw. intrapersonalen Situationsklärung, auf die Arbeit mit (vielleicht verborgenen, verschütteten oder neuen) Ressourcen der Patienten und ihres Umfeldes. Ferner auf die Unterstützung und möglicherweise die Aktivierung des familiären und nahen sozialen Umfeldes, wenn dies von den Patienten gewünscht wird. Diese Funktion befasst sich mit Prinzipien und Verfahren des Empowerments und des Enablings und sorgt dafür, dass alle am Begleitungs- und Versorgungsprozess Beteiligten optimal dazu befähigt werden, ihre jeweiligen Stärken und Ressourcen einbringen zu können – unter sorgfältiger Achtung und Wahrung der jeweils gewünschten Begrenzungen.

Es ist gerade eine wesentliche Voraussetzung für die eigene Erlaubnis zum Mitfühlen, dass auch und besonders Helfer ihre grundsätzliche Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen Leid anerkennen und sich bereit zeigen, damit zu leben. Gleichzeitig – so seltsam es sich anhören mag – ist die Akzeptanz dieser Hilflosigkeit, Leid nicht in Glück, Schmerz nicht in Seligkeit verwandeln zu können, ein Element, das berufliche Helfer in diesem Feld vor dem Ausbrennen bewahrt. Wenn Helfer verstanden haben, dass der Trost, der für ihr Gegenüber im Dabeibleiben und Mitleiden liegt, nicht zwangsläufig die Beseitigung² des Leidens meint, sondern ihr Teilen und Aushalten, werden sie sich leichter und befreiter darin üben können und sich darin sogar in gewisser Weise wohlfühlen können. Es geht nicht darum, das Leiden zu beseitigen, sondern dem Leiden, wie Balfour Mount in einem Vortrag in Wien (1998) sagte, einen sicheren Platz zu geben.

5 Die Sorge um sich selbst

5.1 Selbstmitgefühl üben

Mit Selbstmitgefühl ist hier nicht die Nabelschau gemeint und die übermäßige Konzentration auf eigene Empfindungen, vielmehr die Erkenntnis, auch ein Leidender zu sein und sich dafür Unterstützung bereitzustellen. Sich selbst Wärme zu schenken und Nachsicht gegenüber den eigenen Schmerzen und unbeantworteten Fragen zu üben, ist ein Merkmal heilsamen Selbstmitgefühls. Der früh verstorbene Heinrich Pera (2004) erzählt in seinem letzten Buch die Geschichte eines Mannes, dem vor lauter Herzlichkeit

2 Dies bezieht sich auf das ontologische Gesamtphänomen einer unabweisbaren Wirklichkeit und Urerfahrung menschlicher Existenz, nicht auf das Leid, das man mit Schmerztherapie und Symptomkontrolle so erfolg- und hilfreich bekämpfen und verringern kann.

anderen gegenüber das Herz abhanden gekommen ist. Sich der eigenen Festigkeit und auch Gebrochenheit, dem eigenen Vermögen sowie Unvermögen herzlich zuzuwenden und Respekt aufzubringen für die große Lebensleistung, ist die mitfühlende Haltung, aus der heraus auch das Mitgefühl zu anderen Leidenden Nahrung erhält.

5.2 Das Erleben des Lebens

In all den Toden, die erlebt werden, hat das eigene Leben hohen Wert – nicht nur als »Platzhalter« für vergangenes Leben. Auch wenn – oder gerade weil – Begleiter sich in einem Raum befinden, in dem gehäuft Tod erlebt wird und in dem das sichere Wissen, das Schicksal des Sterbens mit den Vorausgehenden teilen zu müssen, spürbar erfahrbar ist, ist es von großer Bedeutung, sich dem Leben zugehörig zu fühlen. Aus der Burn-out-Forschung ist bekannt, wie wichtig und wirksam der Freundeskreis, die Familie, die Nachbarschaft, andere als berufliche Interessen, Urlaub, Körperbewusstsein, Kunstgenuss, Flow-Erlebnisse, Stille, Naturbegegnung und Bewegung als Salutogenesefaktoren sind (Fengler, 2008). »Entscheidend wichtig ist es, ein Leben außerhalb des Todes führen zu können« (Fengler, 2000, S. 11). Es geht keinem Patienten besser und kein Sterben ist leichter, wenn sich Begleiter aus falsch verstandener Solidarität das Leben versagen. Die Umsetzung der in sozialen Berufen fatalerweise manchmal geforderten Selbstlosigkeit führt, wie das Wort schon sagt, zu innerer Leere und erschreckender beruflicher Deformation.

5.3 Sich von außen sehen

Indem sich der professionelle Helfer durch Balintgruppen, Fallbesprechungen und Supervision seiner selbst bewusst wird, ist es ihm möglich, eine Position außerhalb seiner selbst einzunehmen und von dort aus zu reflektieren. Sich von außen zu sehen heißt: sich mit den Reaktionen anderer auf einen selbst und den eigenen Reaktionen auf andere zu beschäftigen. Auf diese Weise kommt der professionelle Helfer zu einer Selbstdefinition oder zu einem Selbstverständnis, an dem er seine Handlungen und Kommunikation mit Patienten und deren Umfeld orientiert.

Dieses Selbst- und Rollenverständnis ist nicht als einmal gefundene, statische Größe zu verstehen. Hier sind der Kollegenkreis und das Team von großer Bedeutung. Die interpretierenden Kommunikationen anderer bleiben nicht ohne Einfluss auf die innerlich eingenommene Haltung des Helfers, auf sein Verständnis von sich selbst, sein Tun und Handeln. In der Kommunikation wird nicht nur Selbstverständliches befolgt, sondern es werden auch Meinungen und Erwartungen von anderen einbezogen, die für das Selbstverständnis relevant sind.

5.4 Identität der Helfenden

Im Prinzip sind es die gleichen Copingstrategien (Rüger, Blomert und Förster, 1990), die sowohl die Patienten im Umgang mit ihrem eigenen Sterben als auch ihre Begleiter im Umgang mit dem fremden Sterben für sich finden und gestalten müssen. Die Säulen

der Identität (Petzold, 1992) sind für beide Gruppen tragend und sinnstiftend. Für die Professionellen sind hier besonders bedeutsam die Säule des sozialen Netzwerks, die von Arbeit und Leistung und die der Werte. Die identitätsstiftende Funktion gerade dieser anspruchsvollen Arbeit mit schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen, und hier vor allem das Mitgestalten von Sterbeumständen durch intensives Wissen und besondere, flexible und schöpferische Fähigkeiten, kann sogar zu einer Kraftquelle in der hohen Belastung werden. Die Aktualisierung und Bestärkung der vorhandenen Wertewelt und/oder das Erschließen neuer Werte, z. B. auch durch die Begegnung mit den Kranken, gehören zu den wichtigsten Aufgaben eines Mitarbeitenden in diesem Berufsfeld. Und doch: Sinn macht Leid und Sterben erträglich, doch nicht ungeschehen. Und der Tod beendet tatsächlich immer ein Leben, das einzigartig war.

5.5 Die Identität des Trägers

Entscheidend ist natürlich auch, dass diese Arbeit an Umgangsstilen mit Verlusten nicht der Beliebigkeit, der Bedürftigkeit oder auch einzig dem Eigenengagement der Mitarbeitenden überlassen wird, sondern dass die Träger Verantwortung für ihre Mitarbeiter empfinden und deutlich zeigen. Es ist nicht damit getan, Geld und Strukturen bereitzustellen, um ein Hospiz oder eine Palliativstation zu gründen oder einzurichten. Da beginnt die Arbeit erst. Es gilt, personalpflegerische Maßnahmen auf der institutionellen und der personellen Ebene zu entwickeln und umzusetzen (Brinkmann, 1993). Der Geist eines Hauses, der Geist von Palliative Care bewährt sich nicht nur am Patientenbett, im Umgang mit Leiden, Schmerzen und Symptomen, sondern erfährt seinen Beweis nicht zuletzt in der Summe der Sorgemaßnahmen, der Care, um das Wohlbefinden der verwundbaren haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden. Dazu mehr im folgenden Übersichtsartikel zu anderen Studien.

Literatur

- Bram, P. J., Katz, L. F. (1989). Study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncology Nursing Forum*, 16, 550–560.
- Brinkmann, R. D. (1993). *Personalpflege: Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit als strategische Größen im Personalmanagement*. Heidelberg: Sauer.
- Fengler, J. (2000). Interview. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 2 (4), 10–11.
- Fengler, J. (2008). *Helfen macht müde. Zur Analyse von Burnout und beruflicher Deformation* (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heller, A., Knipping, C. (2007). *Palliative Care – Haltungen und Orientierungen*. In C. Knipping (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (2. Aufl.) (S. 39 f.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Report*, 68, 1347–1359.
- Mount, B. (1998). Vortrag in Wien. Unveröffentlicht.
- Müller, M. (1997). *Motivation, Helferpersönlichkeit ...* In E. Aulbert, D. Zech (Hrsg.), *Ausbildung für Ehrenamtliche. Lehrbuch für Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Müller, M., Pfister, D., Markett, S., Jaspers, B. (2009). *Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland*. *Schmerz*, 23 (6), 600–608.

- Pera, H. (2004). *Dasein bis zuletzt. Erfahrungen am Ende des Lebens*. Freiburg: Herder.
- Petzold, H. G. (1992). *Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen*. In I. Rösing, H. Petzold (Hrsg.), *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Pfeffer, C. (2005). »Hier wird immer noch besser gestorben als woanders«. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rüger, U., Blomert, A. F., Förster, W. (1990). *Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sabatowski, R., Radbruch, L., Nauck, F., Roß, J., Zernikow, B. (Hrsg.) (2006). *Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2006/2007*.
- Schröder, C., Bänsch, A., Schröder, H. (2004). *Work and health conditions of nursing staff in palliative care and hospices in Germany*. *Psycho-Social-Medicine*, 1, 1–13.
- Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and bereaved*. New York: Hemisphere.
- Vachon, M. L. S. (1995). *Staff stress in hospice/palliative care: a review*. *Palliative Medicine*, 9, 91–121.

Belastung des Teams in der Versorgung am Lebensende **Empirie, Konzepte, Erkenntnisse**

Saskia Jünger

Publikationen zur Palliativversorgung und der Versorgung am Lebensende (End-of-Life Care) finden sich ab den frühen 1960er Jahren, aber nur vereinzelt sind darunter Artikel zur Belastung der Behandler und Begleiter (Gibson, 1964; McQuillan, 1968; Quint, 1968a, 1968b, 1969; Vachon, 1995). Erst seit den 1980er Jahren gibt es eine steigende Anzahl an Veröffentlichungen, die sich speziell dieser Thematik widmen. Dies ist zugleich die Zeit, in der die Gesundheit und das Belastungsniveau im Arbeitsumfeld generell stärker in den Fokus der Wissenschaft rückten. Beispielsweise wurde im Jahr 1979 das Anforderungs-Kontroll-Modell (Job Demand-Control Model) zur Beschreibung von Stress am Arbeitsplatz von Robert Karasek entwickelt, im Jahr 1981 das Maslach Burnout Inventory zur Erfassung der Belastung von Menschen in Gesundheitsberufen von Christine Maslach (Maslach und Jackson, 1981).

1 Empirie

Die wohl umfänglichste Übersichtsarbeit zum Stand der Forschung bezüglich der Belastungsfaktoren für Behandler und Begleiter im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung ist eine systematische Literaturanalyse von Mary Vachon (1995). Sie bietet eine umfassende und gut strukturierte wissenschaftliche und historische Übersicht über die Forschungsparadigmata und Studienergebnisse zur Belastung in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen.

Wenngleich es auch in jüngerer Zeit eine Vielzahl von Publikationen zu dieser Thematik gibt, ist die Mehrheit nicht auf empirischen Studien begründet. Eine systematische Literaturanalyse von Pereira und Kollegen (Pereira, Fonseca und Carvalho, 2011) über einen Zehnjahreszeitraum von 1999 bis 2009 zeigt, dass von 174 identifizierten Artikeln zu Belastung und Burnout in der Versorgung am Lebensende nur 15 auf empirischen Untersuchungen basieren. Der Großteil der jüngeren Veröffentlichungen stammt aus den USA (Cashavelly et al., 2008; Hilliard, 2006; Keidel, 2002; Meadors und Lamson, 2008; Redinbaugh, Sullivan und Block, 2003) und aus England (Ablett und Jones, 2007; Hawkins, Howard und Oyeboode, 2007; Payne, 2001; Payne, Dean und Kalus, 1998; Ramirez et al., 1995). Daneben gibt es Studien aus einer Reihe anderer Länder wie z. B. Deutschland (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm und Radbruch,

2007; Schröder, Bänsch und Schröder, 2004), den Niederlanden (Van Staa, Visser und Van der Zouwe, 2000), Frankreich (Poncet et al., 2007), Schweden (Blomberg und Sahlberg-Blom, 2007), Dänemark (Vejlgaard und Addington-Hall, 2005) oder Japan (Morita, Miyashita, Kimura, Adachi und Shima, 2004). Bezüglich des geografischen Ursprungs ist anzumerken, dass Studien, die nicht in englischer Sprache veröffentlicht bzw. in einer Literaturdatenbank gelistet sind, deutlich schwerer zugänglich sind und dadurch möglicherweise nicht angemessen berücksichtigt werden.

Es gibt eine Vielzahl von Studien, die im Bereich der Onkologie, Hospiz- und Palliativversorgung durchgeführt wurden (Dougherty et al., 2009; Morita et al., 2004; Pereira et al., 2011; Ramirez et al., 1995) oder zwischen Settings verglichen wie z. B. Hospizversorgung und Notfallmedizin (Payne et al., 1998). Belastung im Team wurde anhand unterschiedlicher Konzepte und Messgrößen operationalisiert – von der einfachen Frage, ob jemand darüber nachdenkt, seinen Job zu wechseln, bis hin zu komplexeren Konzepten wie dem des Burnouts oder dem Maß an psychiatrischer Morbidität (Pereira et al., 2011; Vachon, 1995). Dementsprechend wurden das Ausmaß und die Auswirkungen der Belastung anhand einer Bandbreite methodischer Konzepte untersucht, bei denen unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz kamen. Die Methodik der jüngeren Veröffentlichungen wird von quantitativen Querschnittstudien sowie von qualitativen Studien mit phänomenologischem Forschungsparadigma dominiert. In den quantitativen Studien wurde neben für die jeweilige Fragestellung eigens entwickelten Fragebögen häufig eine Batterie verschiedener Instrumente verwendet, die zumeist das Maslach Burnout Inventory (MBI) und den General Health Questionnaire (GHQ) beinhaltet und daneben Fragebögen zur Erfassung des individuellen Copingstils, zu Strategien der Selbstfürsorge sowie Fragen zur Arbeitszufriedenheit und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz umfasst. In den qualitativen Untersuchungen wurden meist semistrukturierte Interviews oder Fokusgruppen eingesetzt (Aase, Nordrehaug und Malterud, 2008; Ablett und Jones, 2007; Redinbaugh et al., 2003). Vereinzelt finden sich Studien mit Mixed-Method-Design (Cashavelly et al., 2008; Payne et al., 1998; Van Staa et al., 2000), Interventionsstudien mit Prä-Post-Evaluation (Hilliard, 2006) oder Action-Research-Ansätze zur Evaluation von Teamprozessen (Jünger et al., 2007; Van Staa et al., 2000).

2 Konzepte

Während die frühesten Untersuchungen noch nicht in einen theoretischen Rahmen eingebettet waren, verwenden spätere Studien verschiedene theoretische Konzepte (Vachon, 1995). Entsprechend finden sich in der Literatur zu Belastungsfaktoren in der Palliativversorgung unterschiedliche Modelle psychologischer Dynamiken oder Entstehungszusammenhänge akuter und chronischer Belastung (Pereira et al., 2011). Demnach kann Stress als Oberbegriff für eine Bandbreite negativer Gefühle und Reaktionen in bedrohlichen oder herausfordernden Situationen verstanden werden.

Das Phänomen des stellvertretenden Traumas («Vicarious Trauma») kann vor allem in der professionellen Betreuung von Menschen mit einem traumatischen Erlebnis auftreten, wobei die psychologische Intensität des Traumas zu Symptomen einer sekundären Traumatisierung bei Behandlern und Begleitern selbst führen kann. Eng damit verwandt ist der Begriff der »Compassion Fatigue«, die auch als sekundäre traumatische Belastungsstörung bezeichnet wird. Diese kann durch die Notwendigkeit stetigen Mitgeföhls für Menschen mit lang anhaltendem und unlösbarem Leiden hervorgerufen werden. Das in jüngerer Zeit zunehmend bekannte und erforschte Konzept des Burnouts ist durch die Multidimensionalität von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und fehlender Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Die genannten Konzepte werden bisweilen synonym genutzt, während manche Autoren betonen, dass sie voneinander abgegrenzt werden sollten (Hilliard, 2006; Keidel, 2002; Vachon, 1995, 2006).

3 Quellen der Belastung

Hinsichtlich der Risikofaktoren und Stressoren für die in der Palliativversorgung Tätigen ist die zentrale Frage, ob die Belastung vornehmlich vom Tod und Sterben selbst herührt oder (auch) anderen Faktoren geschuldet ist – und wie genau diese Aspekte zueinander in Beziehung stehen.

3.1 Spezifische Belastung im Umgang mit Tod und Sterben

Entgegen der intuitiven Annahme, dass die Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen verglichen mit anderen Professionen zu einem höheren beruflichen Belastungsniveau führt, wurde ein direkter Einfluss der Konfrontation mit Tod und Sterben auf die seelische oder körperliche Gesundheit von Mitarbeitern im Hospiz- und Palliativbereich in wissenschaftlichen Untersuchungen nicht nachgewiesen. Dahingegen konnte eine Reihe von indirekten Faktoren identifiziert werden, die das empfundene Ausmaß der Belastung in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen mittelbar beeinflussen.

Ein mangelndes Einverständnis zwischen Ärzten, Pflegenden und Angehörigen anderer Berufsgruppen bezüglich der Entscheidungsfindung oder auch widerstrebende Wünsche zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen können sich belastend auf das Team auswirken. Das Erleben eines unklaren Patientenwunsches, Unsicherheiten hinsichtlich der Prognose und der zuverlässigen Diagnose refraktärer Symptome sowie Unklarheit bezüglich der Versorgungsziele können das Ausmaß der Belastung noch verstärken (Meier, Back und Morrison, 2001; Morita et al., 2004).

In der Beziehung zum Patienten kann es für den Behandler/Begleiter eine Herausforderung oder Erschwernis darstellen, wenn er sich mit dem Patienten identifiziert oder dieser einer wichtigen Person im Leben des Helfers ähnlich ist. Der Tod bei Kindern und Jugendlichen sowie ein plötzlicher, dramatischer oder unerwarteter Tod wurden eher als inakzeptabel, sinnlos und schwer auf Distanz zu halten beschrieben (Aase et al.,

2008). Aber auch eigene Verluste oder Trauer ebenso wie die Angst vor Krankheit oder Tod können sich belastend auf die Beziehung zum Patienten auswirken. Zudem kann ein Gefühl der professionellen Unzulänglichkeit oder des Versagens in Anbetracht der hohen professionellen Verantwortung im Umgang mit einem sterbenden Menschen eine Quelle von Belastung sein (Aase et al., 2008; Meier et al., 2001). Faktoren auf Seiten des Patienten wie Wut, Depression in Anbetracht des nahenden Todes oder eine komplexe oder dysfunktionale familiäre Dynamik, welche die Kommunikation über die Versorgungsziele negativ beeinträchtigt, können sich ebenfalls erschwerend auf die Beziehung auswirken (Meier et al., 2001).

Mehrere Untersuchungen unterstreichen die Relevanz einer guten Ausbildung sowie regelmäßiger Supervision für die Selbstfürsorge im Umgang mit Tod und Sterben. Fehlende eigene Sicherheit in der Kommunikation mit Patienten, die Wahrnehmung unzureichender zwischenmenschlicher Kompetenzen und das Gefühl, nicht angemessen auf den Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen vorbereitet zu sein, wurden als Hauptstressoren von Ärzten und Pflegenden in der Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten beschrieben (Hawkins et al., 2007; Morita et al., 2004; Ramirez et al., 1995). Aber auch die Wahrnehmung unzureichender Kenntnis und Fertigkeiten bezüglich der therapeutischen Interventionen in der Palliativversorgung wirkt sich negativ auf das empfundene Ausmaß der Belastung aus (Morita et al., 2004).

Daneben wurden unterschiedliche persönliche Eigenschaften identifiziert, die die wahrgenommene Belastung in der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen verstärken können. Beispielsweise werden ein junges Alter sowie wenig klinische Erfahrung als Risikofaktoren benannt (Morita et al., 2004; Ramirez et al., 1995). Auch biografische Faktoren können sich auf die empfundene Belastung auswirken – beispielsweise fanden Hawkins et al. heraus, dass Pflegende mit einem ängstlichen oder vermeidenden Bindungsstil in belastenden Situationen signifikant seltener emotionale Unterstützung suchten (Hawkins et al., 2007).

3.2 Belastung durch Faktoren des Arbeitsumfelds

Aufgrund ihrer systematischen Literaturanalyse kam Vachon im Jahr 1995 zu dem Schluss, dass die vorhandene Belastung im Bereich der Palliativversorgung größtenteils auf organisationsbedingte Faktoren zurückzuführen sei und dass Hauptprobleme des Arbeitsfelds eher mit Aspekten der Kostenerstattung, ökonomischen Zwängen sowie gesellschaftlichen und politischen Aspekten hinsichtlich der Rolle und der Verfügbarkeit von Palliativversorgung zusammenhängen (Vachon, 1995). Bereits zum damaligen Zeitpunkt prophezeite die Autorin, dass diese Aspekte im nächsten Jahrhundert eine zunehmende Relevanz haben würden.

Die jüngere systematische Literaturanalyse von Pereira et al. aus dem Jahr 2011 untermauert die Schlussfolgerung Vachons, dass das Ausmaß von Burnout in der Hospiz- und Palliativversorgung nicht höher ist als in anderen Kontexten. Vielmehr

In den Hospizen und Palliativstationen werden ausschließlich Patienten behandelt und begleitet, deren schwere Erkrankung weit fortgeschritten ist, weiter fortschreitet und deren Lebensende absehbar ist. Die Ziele palliativer Versorgung sind die Linderung aller Leiden und Sorgen und die Erhaltung von Lebensqualität. Im gesamten Tun ist das nahende Sterben ständiges Thema, um das sich – ausgesprochen oder nicht – alles dreht. Der Tod geht immer mit, er muss von den Mitarbeitern ausgehalten werden. Autorinnen und Autoren der beteiligten Disziplinen gehen der drängenden Frage nach, wie diese Arbeit geleistet werden kann, ohne (auch) krank zu werden. Gleichzeitig verweist das Buch auf Kraftfelder und Schutzfaktoren und macht die Kostbarkeit der Arbeit in diesem existentiellen Feld deutlich.

Die Herausgeber

Monika Müller, M. A., war Leiterin von ALPHA Rheinland, der Ansprechstelle in NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung mit Sitz in Bonn. Sie ist Dozentin und Supervisorin im Bereich Trauerbegleitung und Spiritual Care.

Dr. David Pfister, Diplom-Psychologe, ist Psychotherapeut in eigener Praxis in Berlin.

ISBN 978-3-525-40341-9



9 783525 403419

www.v-r.de