

Sabine H. Krauss, Anna Bauer, Antje Freytag, Cordula Gebel, Michaela Hach, Maximiliane Jansky, Winfried Meißner, Ulrich Wedding, Werner Schneider

Angehörige aus Sicht von Palliative Care Pflegefachkräften:

Versorgungskulturen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Family caregivers from the perspective of palliative care nurses: Cultures of care in specialised palliative home care (SAPV)

Background: Resilient informal caregivers, mostly family members, are beneficial in care of dying people in their own homes. This article highlights different perspectives of nurses in specialized palliative homecare (SAPV) on informal caregivers.

Method: Across Germany, ten ethnographically oriented case studies were conducted. One case corresponds to a SAPV team and its regional service providers. A total of 113 interviews were conducted, including 28 with SAPV staff with a professional background in nursing. Grounded Theory was used for data collection and analysis.

Results: The palliative care nurses' view of informal caregivers/family members and their involvement differs depending on three ideal-typical cultures of care developed by the project that prevail in the respective SAPV team: dualism, holism, proceduralism.

Conclusions: The results illustrate the impact of the respective care culture on the assessment of the situation of informal caregivers. Approaches to avoid a possible overstrain should therefore take into account these different cultures in addition to structural conditions such as human resources.

Keywords

palliative care, SAPV, family caregivers, nursing, case study

Hintergrund: Belastbare Angehörige sind förderlich bei der Versorgung Sterbender in den eigenen vier Wänden. Der Beitrag beleuchtet unterschiedliche Sichtweisen von Pflegefachkräften der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auf Angehörige.

Methodik: Deutschlandweit wurden zehn ethnographisch orientierte Fallstudien durchgeführt. Ein Fall entspricht einem SAPV-Team und seinen regionalen Leistungserbringern. Insgesamt wurden 113 Interviews, davon 28 mit qualifizierten Pflegefachkräften der SAPV-Teams, geführt. Die Datengewinnung und -auswertung erfolgte mittels der Grounded Theory.

Ergebnisse: Die Sicht der Palliative Care Pflegefachkräfte auf Angehörige und deren Einbindung unterscheidet sich je nach den aus dem Projekt heraus entwickelten drei idealtyp-

pischen Versorgungskulturen, die beim jeweiligen SAPV-Team vorherrschen: Dualismus, Holismus oder Prozeduralismus.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse verdeutlichen den Einfluss der jeweiligen Versorgungskultur auf die Einschätzung der Situation von Angehörigen. Ansätze, um eine mögliche Überlastung zu verhindern, sollten daher neben strukturellen Bedingungen wie Personalressourcen auch diese unterschiedlichen Kulturen in den Blick nehmen.

Schlüsselwörter

Palliative Care, SAPV, Angehörige, Pflege, Fallstudie

1. Einleitung

Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 erweiterte sich das Angebot an palliativen Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland. Der Anspruch auf SAPV begründet sich mit einem besonders aufwendigen Versorgungsbedarf durch das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens. Ziel der SAPV ist es, *„die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen“* (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §1, Abs. 1, S. 1). Die Belastbarkeit und Mitwirkung der Angehörigen bekommen dabei eine erhebliche Bedeutung (Schwabe et al. 2017; Mühlensiepen et al. 2019; Krauss 2020; Bauer 2020). Die Richtlinie für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV-RL) trägt dem Rechnung, indem sie die *„Belange“* (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §1, Abs. 5, S. 1) der Angehörigen sowie ihre *„Beratung, Anleitung und Begleitung“* (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §5, Abs. 3) zu einem Inhalt der Arbeit der SAPV macht, ähnlich auch die S3-Leitlinie (Deutsche Krebsgesellschaft et al. 2020). Die SAPV bedeutet daher zugleich *„ein Mehr an Versorgung als auch ein Weniger“* (Krauss 2020: 174), denn sie stellt einerseits eine zusätzliche Form der Versorgung dar, die auch unter schwierigen Voraussetzungen das Verbleiben von Schwerstkranken und Sterbenden in ihren eigenen vier Wänden ermöglicht, ist jedoch im Vergleich zu stationären Angeboten meist nur mit einer aktiven Beteiligung von Angehörigen oder weiteren Versorgern möglich.

Im Rahmen eines Forschungsprojekts zu Sichtweisen von SAPV-Akteur_innen auf die Versorgungspraxis, das Teil des größeren Konsortialprojekts SAVOIR zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie war¹, wurde deutschlandweit im Rahmen von zehn qualitativen Fallstudien untersucht, wie Akteur_innen der SAPV ihre Versorgungspraxis wahrnehmen und gestalten. Der Beitrag beleuchtet die unterschiedliche Ausgestaltung

1 Die Durchführung der Studie erfolgte im Rahmen des an der Universität Augsburg durchgeführten Teilprojekts 3 aus dem Gesamtprojekt SAVOIR – SAPV: Outcomes, Interaktionen, regionale Unterschiede. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16005 gefördert. Die Projektkoordination lag bei der Abteilung für Palliativmedizin der Uniklinik Jena. Weitere Projektbeteiligte waren die Universitätsmedizin Göttingen, die Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV), die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die BARMER GEK. Es bestehen keine Interessenskonflikte. Das Forschungsvorhaben wurde von einer Ethikkommission beurteilt und positiv beschieden.

der Einbindung von Angehörigen in die Arbeit der SAPV und zeigt, dass sich die Unterschiede auf der Mesebene mit der jeweiligen Versorgungskultur des SAPV-Teams² erklären lassen. Die Perspektive der in der SAPV beschäftigten Pflegefachkräfte mit Palliative Care Weiterbildung und entsprechender Praxiserfahrung ist besonders wichtig, denn sie prägen als zentrale Akteur_innen die Versorgungskultur eines Teams wesentlich mit.

Mit den idealtypisch (Weber 1922) unterscheidbaren Versorgungskulturen (vgl. dazu Meißner et al. 2020: 19-20) lässt sich der bundesweit in Deutschland seit 2007 entstandene ‚Flickenteppich‘ der verschiedenen Ausprägungen der SAPV, z. B. hinsichtlich der deutlich variierenden Verträge (Jansky et al. 2011; Nauck et al. 2019), systematisieren, beschreiben und analysieren. Der Begriff der Kultur verweist auf die „Ebene von Sinndeutungen und Bedeutungssystemen, kollektiven Interpretationen und Repräsentationen“ (Reckwitz 2010: 189) und dient dazu, entsprechende Unterschiede in der symbolischen Ordnung von Handlungszusammenhängen sichtbar zu machen. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden drei idealtypische SAPV-Versorgungskulturen rekonstruiert, welche „die jeweiligen konkreten Handlungsstrategien, Deutungsmuster und Bewertungskategorien der Akteure orientieren“ (Meißner et al. 2020: 19): Dualismus, Holismus und Prozeduralismus. Abstrakt formuliert lassen sich diese drei Typen wie folgt charakterisieren und unterscheiden: Der Dualismus ist konzentriert auf die physische Symptomatik, die Leidlinderung durch Schmerzbehandlung steht dabei im Zentrum. SAPV-Teams mit einer solchen Versorgungskultur entstehen typischerweise aus einem Pflegedienst oder einer Klinik heraus und sind hierarchisch organisiert. Der Holismus zielt dagegen auf die verschiedenen Dimensionen von Schmerzen und Leiderfahrung sowie die Sinnstiftung. Er ist typisch für SAPV-Teams, die im hospizlichen Umfeld entstehen (z. B. einem stationären Hospiz oder ambulanten Hospizdienst). Diese SAPV-Teams sind gemäß ihrer Selbstbeschreibung nicht hierarchisch organisiert. Demgegenüber ist der Prozeduralismus zentral ausgerichtet auf die Ausgestaltung der Versorgungspraxis mittels Prozesse der Entscheidungsfindung. SAPV-Teams mit prozeduralistischer Versorgungskultur haben keine typische ‚Entstehungsgeschichte‘. Die Hierarchie ist weniger ausgeprägt als bei der dualistischen Versorgungskultur, es gibt aber eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeiten (vgl. Meißner et al. 2020: 19 und Anlage TP3_A4). Mit diesem idealtypischen Instrumentarium wird im Folgenden gezeigt, dass es in der SAPV-Praxis seitens der Pflegefachkräfte typische Unterschiede in der Wahrnehmung von und im Umgang mit Angehörigen gibt, die sich entlang der Versorgungskulturen systematisieren lassen. Der Beitrag schließt damit erstens an die Forschung zu Angehörigen von Sterbenden an und ergänzt diese um die Perspektive der Pflegefachkräfte. Zweitens ist dies ein Beitrag zur Forschung zu ‚Kulturen‘ in der Palliativversorgung (z. B. Schmacke et al. 2018).

2 Der innerhalb des Feldes gebräuchliche Begriff des (SAPV-)Teams wird hier verwendet, obwohl er unterschiedliche Formen der (Organisations-)Praxis bezeichnet, also ganz unterschiedliche Strukturen als ‚Team‘ benannt werden. Der Begriff verweist damit auf kein einheitliches Konstrukt im Feld, sondern dient im Feld als Selbstbeschreibung mit positiver Konnotation.

2. Hintergrund: Angehörige in der SAPV

Mit dem Begriff der Angehörigen sind nicht nur verwandte, sondern die vertrauten, nahestehenden Menschen und somit auch Freunde der Schwerstkranken und Sterbenden gemeint (Seeger 2011: 11). Als solche befinden diese sich in einer „Doppelrolle“ (Wasner 2012: 90): Sie können sowohl eine große Unterstützung für die Patient_innen sein, als auch selbst in eine Situation geraten, in welcher sie Hilfe benötigen. Die Rolle der Angehörigen in der SAPV kann daher innerhalb einer großen Bandbreite von der Rolle als pflegende Angehörige, welche die alltägliche Sorge für die Schwerstkranken und Sterbenden übernehmen, bis hin zur Quasi-Patient_innenrolle reichen. Während für die Hospizbewegung Angehörige seit langem als Teil der ‚unit of care‘ gelten (Saunders 2000), wird die zentrale Bedeutung von Angehörigen mittlerweile auf breiterer Ebene wahrgenommen, und die Unterstützung der Angehörigen wird in den verschiedenen institutionellen Settings des Gesundheitswesens zunehmend formalisiert. Ein Beispiel ist der Ansatz „KOMMA“, der auf die Ermittlung der Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung zielt (Kreyer et al. 2018). Ein weiterer Fokus ist die Hilfeleistung durch Edukation der Angehörigen, die darin unterstützt werden sollen, mit ihren vielfältigen Aufgaben und Belastungen besser umgehen zu können (u. a. Grom 2015). Damit erweitern sich die Aufgaben für professionell Pflegende, es entsteht ein neues Arbeitsfeld mit dem Inhalt *„Kompetenzförderung, Selbstmanagementunterstützung, Training und Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit“* der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Menzel-Begemann et al. 2015: 111).

Eine Versorgung durch die SAPV gänzlich ohne Angehörige ist nur denkbar, wenn sie in Pflegeeinrichtungen erfolgt, oder Patient_innen noch fähig sind, mit Hilfe weiterer Dienstleister und Einrichtungen (z. B. 24-Stunden-Pflege) ihr Leben zu gestalten. Alleinlebende Patient_innen haben eine deutlich geringere Chance, zu Hause bis zum Tod von der SAPV versorgt zu werden, sie sterben eher in stationären Einrichtungen (Schneider et al. 2015: 54).

Die SAPV-RL benennt die Angehörigen als Ziel edukativen Handelns der SAPV: Sie sollen zur palliativen Versorgung angeleitet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §5, Abs. 3). In dieser Rolle übernehmen Angehörige pflegerische, organisatorisch-koordinative und psychosoziale Tätigkeiten, wobei zwischen palliativ ausgerichteten, z. B. der Verabreichung spezifischer Ernährung, und anderen Tätigkeiten, z. B. Kleidung anziehen, unterschieden wird (Schwabe et al. 2017). Angehörige sind für die SAPV somit *„zentrale Akteure im Versorgungsnetzwerk“* (Schwabe et al. 2017: 90) und für eine gelingende ambulante Versorgung wesentlich. Dabei entstehen für die Angehörigen spezifische Ambivalenzen und unterschiedliche Belastungen, die auch mit ihrem sozioökonomischen Status und ihrer körperlichen Verfasstheit verbunden sind. So haben ältere – und möglicherweise selbst bereits unter Erkrankungen leidende – pflegende Angehörige insbesondere mit körperlich herausfordernden Tätigkeiten, wie zum Beispiel dem Anziehen der Patient_innen, Schwierigkeiten. Auch finanzielle Belastungen und der Einschnitt in alltägliche Abläufe können zu körperlichen und psychischen Symptomen führen. Die Überlegungen, wer wobei unterstützen kann

und wie organisiert und koordiniert werden muss, führt insbesondere zu Beginn der häuslichen Versorgung zu Überforderung, auch zeitlich. Die besondere emotionale Belastung besteht darin, die Patient_innen unterstützen zu wollen, aber gleichzeitig selbst emotional belastet zu sein. Daraus können Gefühle der Ausweglosigkeit entstehen, denn viele Angehörige sehen sich selbst in der Pflicht, bestmögliche Pflege selbst zu leisten, auch wenn sie faktisch überfordert sind (Schwabe et al. 2017: 90-94). Außerdem können Angehörige im Anschluss an eine infauste Prognose „*noch belasteter als die Patienten selbst*“ (Wasner 2012: 84) sein. Das bloße Vorhandensein von Familienmitgliedern bzw. Angehörigen ist also nicht ausreichend, denn diese müssen in der Lage sein, die Vielfalt organisatorischer und praktischer Aufgaben zu erledigen, was ihre Anwesenheit vor Ort, ihre zeitliche Verfügbarkeit, weitgehende psychische Stabilität, Gesundheit, körperliche Fitness und Lernfähigkeit voraussetzt. Für die häusliche Pflege durch Angehörige bestehen bei SAPV-Patient_innen somit besonders hohe Anforderungen und spezifische Besonderheiten, welche mit der hohen Symptomlast und dem nahen Tod zusammenhängen.

3. Datengrundlage und Methodik

Das Ziel des Projektes war die Erforschung der praktischen Ausgestaltung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, wie sie durch die jeweiligen SAPV-Teams und weitere beteiligte Akteure vor Ort geleistet wird (vgl. Meißner et al. 2020: 10-11). Das Projekt ergänzte damit das Konsortialprojekt um die Perspektive der professionellen Akteur_innen der SAPV, insbesondere der Mitarbeiter_innen von SAPV-Teams. Als Methode zur Erforschung der jeweils vor Ort von den unterschiedlichen Akteur_innen wahrgenommenen Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten, wurden ethnografisch orientierte Fallstudien als ein nicht-standardisiertes, qualitatives Vorgehen gewählt. Die Datenerhebung und Auswertung erfolgte entlang der Grounded Theory, d. h. die Kriterien für die Auswahl der Sampling Points wurde nicht (komplett) vorab festgelegt, sondern im Lauf des Erhebungszeitraumes auf Basis bereits gewonnener Kenntnisse bestimmt; die Auswertung erfolgte unter dem Grundsatz des ständigen Vergleichens, einem wesentlichen Aspekt der Grounded Theory (Strauss et al. 1996; Glaser et al. 2010).

Im Rahmen mehrtägiger Feldaufenthalte wurden Daten an zehn Standorten (Sampling Points) bundesweit erhoben. Insgesamt wurden 113 Interviews geführt. Zusätzlich wurden vor Ort Feldnotizen zu Teambesprechungen und Hausbesuchen erstellt. Ein Sampling Point bestand aus dem SAPV-Team bzw. seinen Mitarbeiter_innen und weiteren regionalen Versorgungsakteur_innen wie z. B. Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten und Hausärzt_innen. Innerhalb der SAPV-Teams wurden 28 Interviews mit Pflegefachkräften in verschiedenen Funktionen, z. B. auf Leitungsebene, geführt sowie mit Ärzt_innen und weiteren Berufsgruppen wie z. B. Sozialarbeiter_innen. Für die Interviews wurden problemzentrierte Leitfäden (Witzel et al. 2012) entwickelt mit offenen Fragen, welche die subjektiven Perspektiven auf die Praxis der SAPV erfassen sollten. Gefragt wurde unter anderem nach täglichen Aufgaben, Belas-

tungen sowie nach ‚gelungenen‘ und ‚problematischen‘ Versorgungsverläufen. Die Interviews wurden transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte in der Kombination von inhaltsanalytischen und sinnrekonstruktiven Verfahrensschritten sowohl deduktiv, entlang der bereits für den Leitfaden entwickelten Themen, als auch induktiv aus dem Material heraus, unterstützt durch den Einsatz des Softwareprogramms MAXQDA.

Aus dem systematischen Fallvergleich konnten typische Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Praxis der SAPV rekonstruiert werden, die zu Idealtypen (im Sinne Max Webers 1922) von Versorgungskulturen aggregiert wurden (vgl. Meißner et al. 2020: 19-20). Die Rekonstruktion der Versorgungskulturen erfolgte mittels des gesamten Materials und damit insbesondere unter Verwendung der Interviews mit den Pflegefachkräften. Für den Beitrag wurde das Interviewmaterial speziell in Hinblick auf die Sichtweise der Palliative Care Pflegefachkräfte der SAPV auf Angehörige analysiert.

4. Ergebnisse

4.1 Sicht der dualistischen SAPV: Angehörige als Versorger_innen

Die Versorgungskultur des Dualismus trennt zwischen Körper und Geist. Ziel einer solchen SAPV ist die Behandlung und Linderung körperlicher Symptome. Somit stehen medizinische und pflegerische Handlungen im Vordergrund, welche auf den Körper der Patient_innen gerichtet sind. Diese Sichtweise schließt an ein typisch westliches Denken an, das sich sowohl in der Philosophie als auch in der Medizin findet: „*Is it organic or psychological?*“ (Greer et al. 2016: 5). Ziel ist die Symptomlinderung, unter anderem die größtmögliche Schmerzfreiheit der Patient_innen. Es wird damit ein ganz zentraler Wirkfaktor (Schneider et al. 2012; Stadelbacher et al. 2015) der SAPV adressiert. Der Schmerz wird in diesem Verständnis typischerweise jedoch als rein körperliche Erscheinung gedeutet. Alle anderen Erscheinungen und Vorkommnisse, die durchaus wahrgenommen werden, werden in der Regel an andere Stellen bzw. Akteur_innen delegiert, so zum Beispiel an den ambulanten Hospizdienst, der organisatorisch außerhalb des SAPV-Teams liegt. Mit der dualistischen Versorgungskultur verbunden ist außerdem eine kaum hinterfragte Hierarchie zwischen den Ärzt_innen und Pflegefachkräften. Pointiert formuliert: Die SAPV mit einer dualistischen Versorgungskultur fokussiert ihre Sichtweise auf die Angehörigen auf deren Versorgerfunktion – im Sinn einer Übernahme alltäglicher Sorgearbeiten bis hin zu einfacheren Pflegeaufgaben. Die Angehörigen werden gewissermaßen zu einem ‚verlängerten Arm‘ der SAPV.

Eine Versorgung durch die SAPV ist aus Sicht einer dualistisch orientierten SAPV dann gelungen, wenn die Angehörigen „*gut eingewiesen*“ (Pflegefachkraft, PC081: 74) wurden. Die Angehörigen sind „*die Manager zu Hause, [...] die die Pflege übernehmen und alles organisieren*“ (Pflegefachkraft, PC021-1: 101). Sie sollen keine Belastung für die SAPV darstellen. So beschränkt sich die SAPV mit dualistischer Versorgungskultur

im Falle des Hilfebedarfs von Angehörigen in Hinblick auf Unterstützung bei organisatorischen Fragen auf Ratschläge oder verweist auf andere Leistungserbringer: „[...] manche wollen natürlich die volle Unterstützung haben und sind dann eher überfordert mit gewissen, ja, auch schriftlichen Anträgen von der Krankenkasse und solchen Sachen. Da versuchen wir uns dann eher zurückzuhalten [...], da versuchen wir halt Ratschläge zu geben, wo sie sich noch hinwenden können“ (Pflegefachkraft PC021-1: 103).

Auch in psychischen Krisensituationen ist das SAPV-Team nur begrenzt verfügbar: „Oder Angehörige, die ähm zu viel wollen, ne, so. Die nachts um 23 Uhr anrufen, um dann äh Entlastungsgespräche zu führen zum Beispiel“ (Pflegeleitung, PL081: 49).

Die psychosoziale Begleitung der Angehörigen wird von den Pflegefachkräften in einer dualistischen SAPV somit nicht als ihre Aufgabe gesehen und es wird auch hier auf andere Akteur_innen der Palliativversorgung verwiesen: „Diese ganze psychosoziale Betreuung von Angehörigen. Das ist zwar in erster Linie nicht unsere Aufgabe, aber man wird ja doch trotzdem auch angesprochen [...] Wenn die sagen ‚Ok, ich gehe jetzt wirklich am Limit hier‘, ähm, was kann man denen vielleicht noch anbieten über ambulantes Hospiz, ist ja hier auch in Ort 2, dass die nochmal speziell Gespräche machen“ (Pflegefachkraft PC040: 132).

Angehörige, welche die an sie gestellte Erwartungen also nicht erfüllen oder eigene Bedürfnisse haben, die aus Sicht der SAPV-Teams über deren Zuständigkeit hinausgehen, gelten folglich als problematisch. Aber auch ihre bloße Anwesenheit vor Ort kann bereits als schwierig empfunden werden. Das Zuhause der Patient_innen ist dann ein Ort, an dem zu viel Störendes die Arbeit der SAPV behindern kann. So können Angehörige z. B. nicht einfach aus dem Zimmer hinausgeschickt werden: „Ein Beispiel ist auch nicht so schön, wenn es einfach eine Sterbebegleitung ist, wo einfach auch alle involviert sind, auch die Angehörigen. [...] Also stirbt ja nicht jeder ruhig, ne? [...] Es ist halt immer was anderes [...] im häuslichen Umfeld das zu regeln, weil da kann man ja die Angehörigen nicht mal rausschicken oder so. Die wohnen ja da. Ich bin ja derjenige, der jetzt da gerade Gast ist, ne? Das kann man dann eher mal auf Station, dass man dann sagt ‚So, jetzt mal hier Schluss, jetzt gehen Sie mal bitte vor die Tür, ich regle das jetzt hier‘, so“ (Pflegefachkraft PC081: 68).

Am Zitat wird deutlich, dass ein stationäres Setting als Kontrastfolie dient. Die Pflegefachkraft reflektiert ihre eigene Rolle als „Gast“ im Haushalt der Patient_innen und deren Angehörigen. Diese Gastrolle ist eine andere als die Rolle, die sie als Pflegefachkraft z. B. in einem Krankenhaus hat. Im Krankenhaus ist sie diejenige, die bestimmen kann, wer im Raum anwesend ist, sie kann also die Situation und wer Teil der Situation ist, kontrollieren. Deutlich wird, dass sie damit sowohl die Angehörigen schützen kann vor Dingen, die diese vielleicht als „nicht so schön“ empfinden könnten, aber auch, dass sie selbst in Ruhe und ohne Störungen arbeiten kann. Das Krankenhaus dient für die Pflegefachkraft (im Gegensatz zur Perspektive jener Patient_innen, die zuhause sterben wollen) also nicht als negative Kontrastfolie, sondern ist positiv besetzt.

Und auch wenn die Versorgung durch die Angehörigen zu Hause den von der SAPV gesetzten Anforderungen nicht (mehr) genügt, wird eine Palliativstation im Krankenhaus als gute Alternative gesehen: *„[...] als der dann komplett bettlägerig wurde und die Luftnot auch irgendwie zunahm und ja zum Teil auch BTMs verschwunden sind, da haben wir gesagt: ‚Nein, jetzt ist Feierabend.‘ [...] Kam er auf Palliativstation und ja. Ne, und die Familie immer sagte: ‚Nein, der bleibt zuhause, der bleibt zuhause‘, aber irgendwann, da haben wir uns dann doch durchgesetzt, was letztendlich für alle hinterher gut war auch äh als Rückmeldung von der Familie durchaus kam so, ne, die dann auch sehr zufrieden waren ähm, ne?“* (Pflegeleitung PL081: 77).

Hier wird also aus Sicht der Pflegeleitung zunächst im Sinn des Patient_innen entschieden, aber gewissermaßen in ‚weiser Voraussicht‘ auch im Sinn der Angehörigen. An diesem Interviewausschnitt wird außerdem deutlich, dass dualistische SAPV-Teams typischerweise eine sehr pragmatische Sichtweise in Hinblick auf den Sterbeort haben. Außerdem ist es aus Sicht einer SAPV mit dualistischer Versorgungskultur – gemäß dem eigenen medizinisch-pflegerisch spezialisierten Selbstverständnis für komplexe (körperliche) Symptomlagen – wünschenswert, wenn regional viele andere, für ihre jeweiligen Aufgaben kompetente Versorger_innen (also u. a. Hausärzt_innen, Hospize) vorhanden sind.

Nach dem Tod gibt es von Seiten der Krankenkassen keine finanziellen Mittel mehr, um beispielsweise Angehörige zu betreuen oder zu beraten. Dennoch muss die SAPV noch tätig werden. Die dualistische SAPV beschränkt sich auf das Notwendigste, wie z. B. das Einholen von Unterschriften von den Angehörigen und die Abholung von Geräten.

4.2 Sicht der holistischen SAPV: Angehörige als Teil der ‚unit of care‘

Die holistische Versorgungskultur orientiert sich an einem hospizlichen Verständnis von palliativer Versorgung und Begleitung, so wie es von Cicely Saunders (Saunders 2000) ab etwa Mitte des 20. Jahrhunderts begründet und entwickelt wurde. Die Leiden werden ‚ganzheitlich‘ (holistisch) gesehen, als physische, psychische, spirituelle und soziale Leiden (total pain). Für eine solche Versorgungskultur sind nicht nur die eigentlichen Patient_innen die Adressat_innen der SAPV, sondern auch deren Angehörige. Patient_in und Angehörige bilden eine – je nach Bedarf – zu adressierende Einheit (unit of care), ein Mitarbeiter einer psychosozialen Berufsgruppe bezeichnet die Angehörigen sogar als *„Patienten in Führungsstrichen“* (Dritte Berufsgruppe, DB031: 10). Die Tätigkeit der Angehörigen im alltäglichen Versorgungsgeschehen ist nichts, was automatisch vorausgesetzt wird, und auch eine Edukation reicht nicht, um das Sterben zu Hause möglich zu machen: *„[...] wie überfordert ist auch die Familie? Wie viel Zeit benötigen die? Wie ist die also halt, also wie ist auch die Begleitung, oder, in Führungsstrichen, ‚die Betreuung‘, die wir den Familien auch, also halt zu Gute kommen lassen müssen, damit das Versorgungskonstrukt auch zu Hause funktioniert?“* (Leitung/Pflegefachkraft LE091: 61).

Angehörige bedürfen vielmehr einer umfassenden Sorge durch die SAPV und müssen für ihre Aufgabe gestärkt werden: „[...] *ich würde immer die Angehörigen so gerne dazu ermutigen, dass sie sich das zutrauen*“ (Pflegefachkraft, PC031-1: 28), oder auch: „[...] *einer allein wird es nicht schaffen*“ (Pflegefachkraft, PC031-1: 50). Die Grenzen zwischen der Sichtweise auf die Angehörigen als ‚Versorger_in‘ und einer Sichtweise, dass diese selbst der Hilfe bedürfen, sind somit fließend.

Die Linderung physischer Leiden, z. B. von Schmerzen oder Atemnot, ist nicht Hauptziel der Tätigkeit, sondern sie gilt für die holistische SAPV als Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit dem Lebensende. Diese soll, so der normative Anspruch, von allen Beteiligten – also Patient_in und Angehörigen – geleistet werden. Ziel ist es, dem Sterben als letztem Lebensabschnitt einen Sinn zu geben. Im Idealfall bewirkt die intensive Beschäftigung mit dem Sterben und dem Tod eine psychische und spirituelle Weiterentwicklung der Beteiligten: also der Patient_innen selbst, der Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter_innen der SAPV. Daher gibt es gerade bei der SAPV mit einer holistischen Versorgungskultur sehr hohe Erwartungen an die Angehörigen. Denn gelungen ist eine Versorgung vor allem dann, wenn eine persönliche Weiterentwicklung stattgefunden hat und die Angehörigen für das Weiterleben gestärkt werden: „*es zählt dann dieses, was der Zurückbleibende, dass er noch leben kann in dieser Situation*“ (Pflegefachkraft, PC031-1: 52). Die SAPV sieht sich dabei in einer Funktion als Begleiterin und Unterstützerin: „*Eine schöne Begleitung ist, gelungen ist, wenn man einfach über eine Woche oder Wochen jemand begleitet, [...] wenn man gut begleitet zu Hause, man nimmt ganz viel fürs eigene Leben mit, also die Angehörigen. [...] Es ist auch so, dass ich sie immer dann auch lobe, weil es ist ja nicht selbstverständlich, dass man zu Hause pflegt bis zum Tod. Das kostet die Angehörigen sehr, sehr viel Kraft. Und das sehe ich halt auch als unsere Aufgabe, dass man den Angehörigen diese Kraft vermittelt, dass sie es können und dass sie es gut machen*“ (Pflegefachkraft PC031-2: 109).

Dabei kann sogar die Gefahr bestehen, dass die Belange der Patient_innen in den Hintergrund geraten. So könnte das Beispiel einer Pflegefachkraft interpretiert werden, die einen Fall schildert, bei dem eine Tochter weniger Schmerzmittel gibt, als dies aus Sicht der SAPV nötig wäre: „*Und dann sind natürlich auch uns die Hände gebunden, wenn die Tochter sagt, sie will das der Mama nicht geben – dann können wir nichts machen*“ (Pflegefachkraft PC031-2: 50).

Die holistische Sichtweise zeigt sich auch nach dem Tod der SAPV-Patient_innen: „*Und unsere Sozialarbeiter, die rufen vier Wochen nach Versterben nochmal die Angehörigen an, ob die eine Trauerbegleitung brauchen, machen dann noch ein Gespräch [...]*“ (Pflegeleitung PL031: 179)

Die holistische SAPV bietet also auch nach dem Versterben Gespräche mit Angehörigen an. Diese Aufgabe übernehmen typischerweise die Mitarbeiter_innen aus dem Bereich Sozialarbeit oder Psychologie.

4.3 Sicht der prozeduralistischen SAPV: Angehörige als Beteiligte an Verfahren zur Entscheidungsfindung

Für die prozeduralistische Versorgungskultur liegt der Schwerpunkt auf den Entscheidungsprozessen, die mit dem Lebensende und einer Versorgung durch die SAPV verbunden sind. Sowohl Patient_innen als auch ihre Angehörigen müssen im Verlauf eine Vielzahl an Entscheidungen treffen, insbesondere in Hinblick auf den Patientenwillen und auf rechtliche Fragen (z. B. wer entscheiden darf bzw. wer die Patient_innen vertreten wird, wenn diese nicht mehr selbst entscheiden können). Es geht also um „Handläufe“, im Sinne von klaren und allgemein akzeptierten Verfahrensanweisungen oder Prozeduren, in denen die Legitimation der jeweiligen Entscheidungen überprüft, hergestellt oder gemeinsam geschaffen wird“ (Klie 2003: 349), und die auch eine Vorausplanung ermöglichen.

Aus Sicht der SAPV mit prozeduralistischer Versorgungskultur sind Angehörige – wie für die holistische SAPV auch – nicht nur Versorger_innen, ihre Rolle ist allerdings bei weitem nicht so umfassend und vielschichtig wie in der holistischen Versorgungskultur. Angehörige kommen vor allem als Beteiligte in den bei der prozeduralistischen SAPV typischerweise im Fokus stehenden Prozessen der Entscheidungsfindung vor, die wiederum dazu dienen, vorausschauend handeln zu können und ungeordnete Verläufe von vornherein zu vermeiden. Damit wiederum soll die Überforderung der Angehörigen verhindert, aber auch die Versorgung durch die SAPV möglichst konfliktfrei und reibungslos durchgeführt werden können. Im folgenden Interviewausschnitt wird dies deutlich: „Also, wenn man merkt, da gibt's einfach so in der Familie Probleme, Konflikte, dass man das dann anspricht. [...] Oder wenn man den Eindruck hat, manchmal hat man ja auch Angehörige, die, ja, sich vorgenommen haben, ihren Partner, der da ist, zu betreuen und alles zu machen, und man merkt, die kommen einfach an ihre Grenzen, die merken das selbst ja manchmal nicht [...], dass man dann auch guckt und sagt, Denken Sie an sich, Sie brauchen auch Ihre Pausen. Wie wäre es mal mit einem Pflegedienst? [...] Also einfach gucken. Was braucht der Patient?“, oder auch, *Wo brauchen die Angehörigen Unterstützung? Und dann entscheiden, wen kann man da empfehlen oder was kann man den Angehörigen raten*“ (Pflegefachkraft PC071-3: 26).

Typischerweise wird bei der Aufnahme neuer Patient_innen zunächst ein_e Angehörige_r bestimmt, die oder der geeignet ist, dauerhaft feste Kontaktperson für die SAPV zu sein, um die Kommunikation zwischen SAPV und Angehörigen zu vereinfachen und zukünftige Entscheidungsprozesse zu erleichtern. Bei allen Maßnahmen steht die Willensfindung der Patient_innen zwar im Vordergrund, Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigen werden dabei jedoch systematisch berücksichtigt. Wie auch bei der dualistischen SAPV ist die Haltung eher pragmatisch, der Sterbeort muss nicht das eigene Zuhause sein. Eine typische Argumentation für diese Versorgungskultur findet sich bei einer Palliativmedizinerin, die bei einer drohenden „Traumatisierung“ (Palliativmedizinerin FA071-2: 60) der Angehörigen für das stationäre Hospiz plädiert. Die SAPV mit prozeduralistischer Versorgungskultur will also eine Balance zwischen den verschiedenen Interessen herstellen.

Nach dem Tod nutzen prozeduralistische SAPV-Teams Gespräche mit Angehörigen auch für die Bewertung der Arbeit. Der folgende Interviewausschnitt, hier ebenfalls ein Palliativmediziner, verdeutlicht dies besonders gut: „[...] *dass wir ein Angehörigengespräch anbieten, [...] um zu schauen, gibt es da Möglichkeiten der Unterstützung?*“, oder *es ist so, auch eine Reflektion, zu sagen, Wie war die Versorgung gewesen?*“, *Gab es Punkte, wo vielleicht Verbesserungsmöglichkeiten sind?*“, oder *Gab es vielleicht Punkte, wo Sie mehr Unterstützung vielleicht gebraucht hätten, die uns nicht aufgefallen sind?*“ (Palliativmediziner FA071-1: 56).

Die Rückmeldungen der Angehörigen gehen somit als Teil des Qualitätsmanagements in die Weiterentwicklung der SAPV ein.

5. Diskussion

Mit Hilfe der im Projekt rekonstruierten drei Versorgungskulturen wird die Praxis der SAPV beschreibbar und analysierbar in Hinblick auf ihren Umgang mit Angehörigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass im Blick auf Angehörige bzw. ihre Rolle in der Versorgung es nicht als beliebig erscheint, im Rahmen welcher Versorgungskultur ein SAPV-Team vorrangig arbeitet. In jeder der drei Versorgungskulturen wird die Situation vor Ort bei den Patient_innen und ihren Angehörigen typischerweise anders wahrgenommen und werden die zu lösenden Probleme unterschiedlich gedeutet. Damit einher gehen spezifische Fokussierungen, aber auch blinde Flecken im Blick auf Angehörige, wenn die Kulturen miteinander verglichen werden. Die dualistische Versorgungskultur achtet besonders darauf, dass körperliche Symptome möglichst gut gelindert werden. Palliative Care Pflegefachkräfte in einer dualistischen SAPV sehen in den Angehörigen daher vor allem Versorger_innen, die sie bei dieser Aufgabe unterstützen. Aus dem Blickwinkel der anderen Kulturen könnten dabei psychosoziale Aspekte und die Belange der Angehörigen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die holistische Versorgungskultur berücksichtigt in sehr hohem Maß psychosoziale Aspekte und die Angehörigen sind als ‚unit of care‘ zusammen mit den Patient_innen fester Bestandteil der Versorgung. Hier könnte aus der Sicht der anderen beiden Kulturen die Gefahr eher darin bestehen, dass zu hohe Erwartungen an Angehörige gerichtet werden, insbesondere in Hinblick auf die Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung. Außerdem könnten Interessenskonflikte zwischen Patient_in und Angehörigen nicht ausreichend erkannt werden. Die beiden Kulturtypen (Dualismus und Holismus) weisen damit auch Verbindungen zu unterschiedlichen Umgangsweisen mit Sterbenden auf, die in den letzten Jahrzehnten insbesondere von Seiten der Hospizbewegung benannt und diskutiert wurden (z. B. Pfeffer 1998). Der Prozeduralismus als Kulturtyp liegt dagegen quer dazu, denn er steht in Bezug auf die Berücksichtigung von körperlichen und psychosozialen Aspekten sowie der Berücksichtigung der Angehörigen zwischen den beiden anderen Kulturen, mit seinem spezifischen Fokus auf die Prozesse bildet er aber einen eigenen Typus. Angehörige kommen hier vor allem in ihrer Funktion als Beteiligte von Entscheidungsprozessen in den Blick.

In allen drei Versorgungskulturen lassen sich Ansätze für einen Umgang mit Angehörigen finden, die deren Überlastung verhindern sollen. Diese spiegeln die typischen Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der jeweiligen Versorgungskultur wider. So hat insbesondere die dualistische Versorgungskultur einen vergleichsweise pragmatischen Blick auf alle Versorgungsmöglichkeiten. Eine – gegebenenfalls nur kurzfristige – Nutzung stationärer Angebote wird somit eher befürwortet, wenn eine Versorgung zu Hause als mangelhaft bewertet wird, z. B. weil Angehörige nicht entsprechend mitwirken (können). Für die holistischen SAPV-Teams ist die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte der Angehörigen zentraler Bestandteil ihrer Praxis, auch unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen aus der Sozialarbeit und Psychologie, die typischerweise Mitarbeiter_innen der holistischen SAPV sind. Die vorausschauende Planung unter Einbeziehung der Angehörigen steht vor allem im Fokus prozeduralistischer SAPV-Teams. Damit sollen zukünftige Probleme antizipiert und vermieden werden.

6. Fazit

Der Beitrag verdeutlicht, welchen Einfluss die jeweilige vorherrschende Versorgungskultur für die Gestaltung der Praxis vor Ort im Allgemeinen und für die Einschätzung der Situation der Angehörigen durch die Palliative Care Pflegefachkräfte im Besonderen hat. Auswirkungen unterschiedlicher Teamstrukturen auf Angehörige sowie denkbare Zusammenhänge zwischen Strukturen und Kulturen wurden in diesem Beitrag ausgeklammert und müssten in einer eigenen Ausarbeitung diskutiert werden. Dennoch erscheint es vor diesem Hintergrund notwendig, neben den strukturellen Bedingungen der SAPV (z. B. Personalressourcen, Zeit) auch an den Fundamenten der kulturellen Praxis der Teams anzusetzen, um die Situation der Angehörigen als Versorger_innen, die ihnen unter anderem in der SAPV-RL zugeordnet wird, die sie vielfach aber auch selbst übernehmen wollen, zu verbessern, und dabei ihren Bedürfnissen und Belastungen gerecht zu werden. Denn eine Überlastung der Angehörigen zu verhindern ist schließlich auch im Sinn der Patient_innen.

Eine mögliche Limitation des Projekts besteht in einer, auch durch die methodisch sorgfältige Auswahl nicht ganz auszuschließenden, Selbstselektion der SAPV-Teams, deren Mitarbeiter_innen und der weiteren Versorgungsakteur_innen. Weitere Arbeiten sollten untersuchen, welche Unterschiede in der Versorgungskultur von Angehörigen und mittelbar auch von Patient_innen wahrgenommen werden, und welche Bedürfnisse von ihrer Seite im Vordergrund stehen.

Literatur

- Bauer, A. (2020): Rationalitäten und Routinen des ‚Sterben-Machens‘. Normative Orientierungen und professionelle Problemlösungskompetenz in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Bauer, A./Greiner, F./Lippok, M./Krauss, S.H./Peuten, S. (Hrsg.): Rationalitäten des Lebensendes – Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer. Sonderband. Baden-Baden: Nomos, 223–249

- Deutsche Krebsgesellschaft/Deutsche Krebshilfe/AWMF (2020): *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung*. Langversion 2.2. AWMF-Registernummer: 128/001OL, <<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>> [Stand 2021-02-02]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 28. Mai 2020*, <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2178/SAPV-RL_2020-05-28_iK-2020-06-01.pdf> [Stand 2020-07-14]
- Glaser, B./Strauss, A.L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3., unver. Aufl. Bern: Hans Huber
- Greer, S./Joseph, M. (2016): *Palliative Care: A Holistic Discipline*. In: *Integrative Cancer Therapies* 15 (1), 5–9
- Grom, I.-U. (2015): *Die stumme Mehrheit rückt ins Blickfeld: Angehörigenedukation als wichtige Komponente in der häuslichen Pflege*. In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung* 11 (1), 13–15
- Jansky, M./Lindena, G./Nauck, F. (2011): *Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen*. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (4), 164–174
- Klie, T. (2003): *Sterben in Würde – zwischen Autonomie und Fürsorge. Ein Beitrag zur aktuellen juristischen Diskussion*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (5), 347–354
- Krauss, S.H. (2020): *Who cares? Rationalitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Zeit*. In: Bauer A./Greiner, F./Lippok, M./Krauss, S.H./Peuten, S. (Hrsg.): *Rationalitäten des Lebendens – Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer*. Sonderband. Baden-Baden: Nomos, 173–206
- Kreyer, C./Pleschberger, S. (2018): *KOMMA – ein nutzerorientierter Ansatz zur Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung*. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 19 (6), 299–304
- Meißner, W./Nauck, F./Wedding, U./Schneider, W./Freytag, A./Gebel, C. für die SAVOIR-Forschungsgruppe (2020): *Ergebnisbericht. SAVOIR. Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktion, Regionale Unterschiede*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/projekt-dokumente/24/2020-11-12_SAVOIR_Ergebnisbericht.pdf> [Stand 2021-02-02]
- Menzel-Begemann, A./Klunder, B./Schaeffer, D. (2015): *Edukative Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst)Versorgung während der stationären Rehabilitation – Herausforderungen und Erfordernisse*. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (2), 101–115
- Mühlensiepen, F./Thoma, S./Marschke, J./Heinze, M./Harms, D./Neugebauer, E.A.M./Peter, S. von (2019): *„Wenn die mal nicht mehr kommen würden, dann kriege ich eine Krise“*. Netzwerke der ambulanten Palliativversorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen. In: *Der Schmerz* 33 (4), 320–328
- Nauck, F./Jansky, M. (2019): *Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung*. In: *TumorDiagnostik & Therapie* 40 (05), 300–307
- Pfeffer, C. (1998): *Brücken zwischen Leben und Tod. Eine empirische Untersuchung in einem Hospiz*. Köln: Rüdiger Köppe
- Reckwitz, A. (2010): *Auf dem Weg zu einer kultursoziologischen Analytik zwischen Praxeologie und Poststrukturalismus*. In: Wohlrab-Sahr, M. (Hrsg.): *Kultursoziologie. Paradigmen – Methoden – Fragestellungen*. Wiesbaden: VS, 179–205
- Saunders, C. (2000): *The evolution of palliative care*. In: *Patient Education and Counseling* 41 (1), S. 7–13
- Schmacke, N./Stamer, M./Müller, V./Höfling-Engels, N. (2018): *Der integrierte palliative Dienst – Beginn einer neuen Kultur im Krankenhaus*. In: *Pflege & Gesellschaft* 23 (1), 40–54
- Schneider, W./Eichner, E./Thoms, U./Kopitzsch, F./Stadelbacher, S. (2015): *Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)*. Ergebnisbericht. Universität Augsburg, Philosophisch-sozialwissenschaftliche Fakultät. Augsburg, <<https://assets.uni->

- augzburg.de/media/filer_public/d1/af/d1af616d-4cb3-4d4b-a46c-df624c193752/sapv-ii_endbericht.pdf> [Stand 2020-07-07]
- Schneider, W./Eschenbruch, N./Thoms, U./Eichner, E./Stadelbacher, S. (2012): Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie. Ergebnisbericht 2012 – geringfügig geänderte Version. Universität Augsburg, Philosophisch-sozialwissenschaftliche Fakultät, <https://assets.uni-augsburg.de/media/filer_public/3f/70/3f707276-c283-4a21-a63b-2f8fdbf6fae1/sapv-i_endbericht-_mit-jahreszahl_.pdf> [Stand 2020-07-07]
- Schwabe, S./Ates, G./Hasselaar, J./Jaspers, B./Linge-Dahl, L./Radbruch, L. (2017): „Etwas mehr Vertrauen, dass ich es schaffe...“. Pflegende Angehörige in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 18 (2), 90–96
- Seeger, C. (2011): Leitlinien von Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 4., überarb. und erw. Aufl. Berlin: Springer, 9–14
- Stadelbacher, S./Eichner, E./Schneider, W. (2015): Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung 11 (1), 8–10
- Strauss, A.L.; Corbin, J.M. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- Wasner, M. (2012): Keiner stirbt für sich allein: Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden. In: Bormann, F.-J./Borasio, G.D. (Hrsg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin: de Gruyter, 82–91
- Weber, M. (1922): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr
- Witzel, A./Reiter, H. (2012): The Problem-Centred Interview. Principles and Practice. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE

Sabine H. Krauss, M.A.

Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche-Fakultät, Institut für Sozialwissenschaften, Professur für Soziologie mit Berücksichtigung der Sozialkunde, Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, Soz@sabinehkrauss.de (Korrespondenzadresse)

Anna Bauer, M.A.

Ludwig-Maximilians-Universität München, Katholisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Moraltheologie, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München, An.Bauer@lmu.de

Dr. rer. pol. Antje Freytag

Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Bachstraße 18, 07743 Jena, Antje.Freytag@med.uni-jena.de

Dipl.-Psych. Cordula Gebel

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Cordula.Gebel@med.uni-jena.de

Michaela Hach

BAG-SAPV, Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Gibber Straße 7, 65203 Wiesbaden, m.hach@bag-sapv.de

Dipl.-Psych. Maximiliane Jansky

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen, Maximiliane.Jansky@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Winfried Meißner

Jena, Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Winfried.Meissner@med.uni-jena.de

PD Dr. Ulrich Wedding

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Ulrich.Wedding@med.uni-jena.de

Prof. Dr. Werner Schneider

Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche-Fakultät, Institut für Sozialwissenschaften, Professur für Soziologie mit Berücksichtigung der Sozialkunde, Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, Werner.Schneider@phil.uni-augsburg.de

Carola Maurer, Hanna Mayer, Heidrun Gattinger

Kinästhetikkompetenz von Pflegepersonen nachhaltig entwickeln: ein Modell für die stationäre Langzeitpflege

Developing Nurses' Competence in Kinaesthetics: a theoretical framework for long-term institutions

Kinaesthetics competence is necessary for nurses in order to maintain or promote their own movement competence and to support the movement competence of persons needing care people in need of care. Long-term care institutions take different approaches to promote this competence development. Currently, there is only limited knowledge about how to promote the development of kinaesthetics competence sustainably. The aim of this project is to map the process of developing kinaesthetics competence of nurses in long-term institutions. Using a multiple case study, data (generated from a variety of perspectives) was collected in three institutions in German-speaking Switzerland. The analyses occurred internally and across cases. For the first time, the results show, that the development of kinaesthetics competence requires changes at all levels of an organization. In addition to an organizational culture conducive to learning and learning-friendly framework conditions, it is necessary to create a shared vision with regard to about kinaesthetics competence. Nursing institutions must prepare for a continuing process of competence development.

Keywords

kinaesthetics competence; long-term care; multiple case study; practice development; model

eingereicht 01.03.2021

akzeptiert 12.07.2021