

Die Ansprechstelle ...

Wie viel Tod verträgt das Team?

2009

Eine Befragung der Hospize in NRW in Bezug auf
Belastungsfaktoren und -symptome sowie Schutzfaktoren im
Umgang mit dem Tod

Ein Projekt von ALPHA Rheinland
mit Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Dipl. Päd. Sigrun Müller, Dipl. Psych. David Pfister, Monika Müller M.A.

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund und Fragestellung	3
Studiendesign und Methoden	5
Ergebnisse	6
Antwortquote, Berufsgruppen, Arbeitsdauer, Geschlechterverteilung	6
Belastungsfaktoren im Umgang mit dem Tod	6
Belastungssymptome.....	7
Hilfe im Umgang mit dem Tod: Schutzfaktoren	8
Kritische Anzahl an Todesfällen	9
Sterbeabfolge.....	10
Zukunftsprognose	10
Arbeitsdauer im Palliativbereich.....	10
Freie Äußerungen	11
Diskussion	11
Fazit für die Praxis	14
Literaturverzeichnis.....	15

Hintergrund und Fragestellung

Die Bedeutung der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland nimmt seit dem Ende der 1990er Jahre zu. Ihr Ziel ist eine möglichst hohe Lebensqualität und zwar durch Lindern physischer Symptome sowie Berücksichtigung sozialer, emotionaler und spiritueller Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie (WHO, 1990). Diese komplexen Ansprüche der Hospizarbeit und Palliativmedizin können durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team erreicht werden. Seit dem Beginn der Hospizbewegung hat das Bewusstsein um die Belastungen der Behandler, Pflegenden und Begleitenden stetig zugenommen: „...it is important that research not only focuses on the wellbeing of the patients and their informal carers, but also on the wellbeing of professional caregivers“ (Van Staa, Visser & van der Zouwe, 2000). Es wurde angenommen, dass der ständige Kontakt mit unheilbar Kranken und dem Tod zu besonders schweren Belastungen führt (Vachon, 1995). Aber entgegen dieser vor allem in der Anfangszeit der Palliativmedizin vorherrschenden intuitiven Annahme leiden Mitarbeiter in Hospizen relativ selten unter Burnout (Payne, 2001, Vachon, 1995). Die Belastung ist niedriger als bei Mitarbeitern anderer Teilbereiche der Gesundheitsversorgung, wie zum Beispiel Intensivstationen (Mallett, Price, Jurs & Slenker, 1991) und onkologischer Dienste und Einrichtungen (Bram & Katz, 1989). Es ist möglich, dass dies durch die starke Teamunterstützung erreicht wurde, die in der Entwicklung der Palliativmedizin von Anfang an eine große Rolle gespielt hat (Masterson-Allen, Mor, Laliberte & Monteiro, 1985). Aber auch Selektionseffekte bei der Wahl der Arbeitsstelle könnten eine Rolle spielen. Ramirez et al. (1998) gehen davon aus, dass die Belastungen, die mit Tod und Sterben zusammenhängen, durch positive Erfahrung in diesem Bereich, wie zum Beispiel erfolgreiche Symptomkontrolle und gute Beziehungen zum Patienten kompensiert werden.

Die nach der spärlichen Datenlage relativ gering eingeschätzte Belastung von Mitarbeitern in Hospizen sollte nicht zu einem Abbruch der Bemühungen um Stressprophylaxe und gute Stressbewältigungsstrategien führen. Eine Evaluation der palliativspezifischen Belastungsfaktoren und auch Schutzfaktoren ist wichtig, um die Mitarbeiter weiterhin vor Stress und einem möglichen Burnout als Folge zu schützen und ihre Unterstützung zu optimieren. Es konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Pflege bei steigender Belastung des Pflegeteams abnimmt (Leiter, Harvie & Frizzel, 1998), was die Bedeutung der optimalen Unterstützung der Pflegekräfte und der Erforschung dieses Bereichs unterstreicht.

Vachon (1995) fasste in einem Review die wichtigsten Belastungsfaktoren zusammen. Einige Studien legen nahe, dass die größten Stressoren aus dem Arbeitsumfeld kommen, danach

folgen Faktoren in Bezug auf die berufliche Rolle und erst dann Belastungen im Bereich Patienten und Angehörige (Munley, 1985, Vachon 1987 und 1995, Van Staa, Visser & van der Zouwe, 2000). Zu Stressoren aus dem Arbeitsumfeld gehören mangelnde Unterstützung durch das Team (Yancick, 1984) sowie zwischen den Berufsgruppen und eine fehlende Unterstützung durch die Krankenhaus-Administration (Munley, 1985, Vachon, 1987). Zum Bereich der beruflichen Rolle gehören Faktoren wie eine unklare Definition der Ziele der Arbeit und der Aufgaben der einzelnen Mitglieder (McWilliam, Burdock & Wamsley, 1993). Im Bereich Patient und Angehörige gab es Hinweise darauf, dass eine enge Beziehung zum Patienten und zu Angehörigen ein Stressor sein kann (Vachon, 1988).

Die Ergebnisse stammen allerdings zu einem großen Teil aus Palliativstationen und aus dem angloamerikanischen Raum und können aufgrund der Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme nicht ohne empirische Prüfung auf deutsche Hospize übertragen werden. Für den deutschsprachigen Bereich liegen allerdings kaum Studien vor, die sich dieser Thematik widmen. Schröder et al. (2004) verglichen die organisatorischen Bedingungen von Palliativstationen und Hospizen in Deutschland. In der hier vorliegenden Studie sollen nicht nur organisatorische Faktoren, sondern auch die bereits in anderen Studien identifizierten Faktoren für Hospize in Nordrhein-Westfalen geprüft werden. Besonderes Augenmerk soll auf spezifische Faktoren des Hospizbereichs gelegt werden, da diese in vorherigen Studien oftmals nicht beachtet wurden und nur allgemeine Messinstrumente für Stress von Mitarbeitern in Krankenhäusern verwendet wurden, die spezifische Belastungen des Hospizbereichs außer Acht lassen (Kinsella, 1998). Um zielgenaue Interventionen durchzuführen, ist jedoch das Wissen über palliativspezifische Belastungsfaktoren relevant. Hierzu gehört vor allem der Anspruch der Palliativmedizin als potentieller Stressfaktor. Es konnte gezeigt werden, dass eine Diskrepanz zwischen Ideal und Realität ein großer Belastungsfaktor ist (Hopkinson, Hallett & Luker, 2005, McWilliam, Burdock & Wamsley, 1993, Munley, 1985). Auch die Beziehung zu Patienten und Angehörigen soll im Fokus liegen. Zusätzlich sollen die Art, wie ein Team auf den Tod reagiert, und mögliche Schutzfaktoren untersucht werden. Für Hospize bislang nicht erforscht ist, ob die Häufigkeit der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum eine kritische Überlastung des Teams zur Folge hätte und ob die Abfolge der Todesfälle in diesem Zeitraum die Belastung beeinflusst.

Studiendesign und Methoden

Grundlage der Studie war der bereits für die Befragung deutscher Palliativstationen (Müller, Pfister, Markett & Jaspers, 2009) verwendete Fragebogen. Eine nicht veröffentlichte Vorstudie der Autoren an vier Palliativstationen aus dem Jahr 2006 lieferte die Grundlage für die Konstruktion der Items. Nach anschließender Überarbeitung der Items durch eine Fokusgruppe wurde der Fragebogen für die Umfrage der Palliativstationen verwendet. Der Fragebogen bewährte sich und wurde mit Modifikationen für den Hospizbereich verwendet.

Der Fragebogen bestand aus insgesamt zehn Fragen und einer Möglichkeit zur freien Äußerung. Zur Beantwortung der Frage: „Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?“ wurden elf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Für zwei dieser Antwortmöglichkeiten, „Beziehung“ und „Anspruch der Palliativmedizin“, war zusätzlich ein Freitextfeld für weitere Erläuterungen vorgesehen. Zur Beantwortung der Frage: „Welche Symptome zeigt Ihr Team, wenn es durch Tod belastet ist?“ wurden dreizehn Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die mit der Frage „Wie wichtig sind Ihnen Faktoren, die Ihrem Team helfen, mit dem Tod umzugehen“ erfassten Items werden als Schutzfaktoren bezeichnet. Hier wurden neun Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Für diese drei Fragen gab es eine vierstufige Antwortskala. Danach folgte die Frage „Falls es eine kritische Zahl von Todesfällen gäbe, die eine Überlastung eines Hospizteams zur Folge hätte, wie viele Sterbefälle pro Woche, schätzen Sie, hält ein Team aus?“ Die Sterbeabfolge wurde mit der Frage „Welche Abfolge von Todesfällen in einer Woche würden Sie als belastender empfinden“ erfasst. Zur Auswahl vorgegeben waren die Abfolge XXTTTTXX zur Erfassung aufeinander folgender Todesfälle und XTXTXTX für gleichmäßig verteilte Todesfälle. Eine Einschätzung der Zukunft des Teams wurde anhand der Frage eingeholt: „Wie lange, schätzen Sie, kann ihr Team, wie es jetzt besteht, diese Arbeit noch machen?“. Danach wurden demographische Daten erhoben.

Die Umfrage wurde zwischen Mai und Juni 2009 durchgeführt. Alle Hospize in NRW, die im „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland“ (2006) aufgelistet sind (n=58) erhielten den Fragebogen per Post. Im Juni erhielten die Stationen einen Reminder per E-Mail.

Zur statistischen Auswertung wurden neben deskriptiven Verfahren Varianzanalysen durchgeführt. Als Post-Hoc-Test wurde der LSD-Test verwendet. Ein Chi-Quadrat-Test wurde angewendet, um die Gleichverteilung der Angaben für die Sterbeabfolge zu prüfen. Das Signifikanzniveau für alle Tests wurde auf $p=.05$ festgelegt. Die Umfrage war anonym, und die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ergebnisse

Antwortquote, Berufsgruppen, Arbeitsdauer, Geschlechterverteilung

Der Fragebogen wurde von 53% (n=31) der kontaktierten Stationen ausgefüllt. Insgesamt nahmen 214 Personen an der Studie teil. Die Stationen, die sich nicht an der Studie beteiligt hatten, wurden telefonisch nach den Gründen für die Nicht-Teilnahme befragt. Meist wurde eine zu hohe Arbeitsbelastung genannt.

Die Verteilung der Befragten auf die einzelnen Berufe ist in Tab. 1 dargestellt. Der Anteil weiblicher Teilnehmer lag bei 81,0%. Die durchschnittliche Arbeitsdauer im Hospiz betrug 6,7 Jahre.

Tab. 1 Berufsgruppen in % (n=214)

	Prozent
Pflege	35,2
Arzt	0,4
Sozialarbeiter	2,6
Seelsorger	0,8
andere	2,0
keine Angabe	59,1

Belastungsfaktoren im Umgang mit dem Tod

Auf die Frage, wie sehr die Befragten sich durch verschiedene Faktoren belastet fühlten, gab es die meisten Nennungen bei dem Item „Häufung von Todesfällen pro Zeiteinheit“ (Abb. 1). Als zweitwichtigster Faktor wurde der Anspruch der Palliativmedizin genannt. Im dazugehörigen Freitextfeld spezifizierten die Teilnehmer die Bereiche der Nichterfüllung wie folgt: psychosozial (37,4%), medizinisch (34,1%), spirituell (20,9%), pflegerisch (5,5%) und Zeit-/Personalmangel (2,4%).

Als dritthäufigster Faktor wurde die Beziehung zum Patienten genannt. Bei der Nachfrage (Freitextfeld) nach Gründen für eine besondere Beziehung wurde zumeist Nähe genannt (42,0%), danach Ähnlichkeit (29,6%), junge Patienten (18,5%) und Patienten mit jungen Kindern (9,9%). Auch Antipathie wurde angeführt (1,2%).

Eine geschlechtsspezifische Analyse ergab, dass Frauen sich stärker durch den Faktor Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld belastet fühlten als Männer ($p < 0,03$ $\eta^2 = 0,04$).

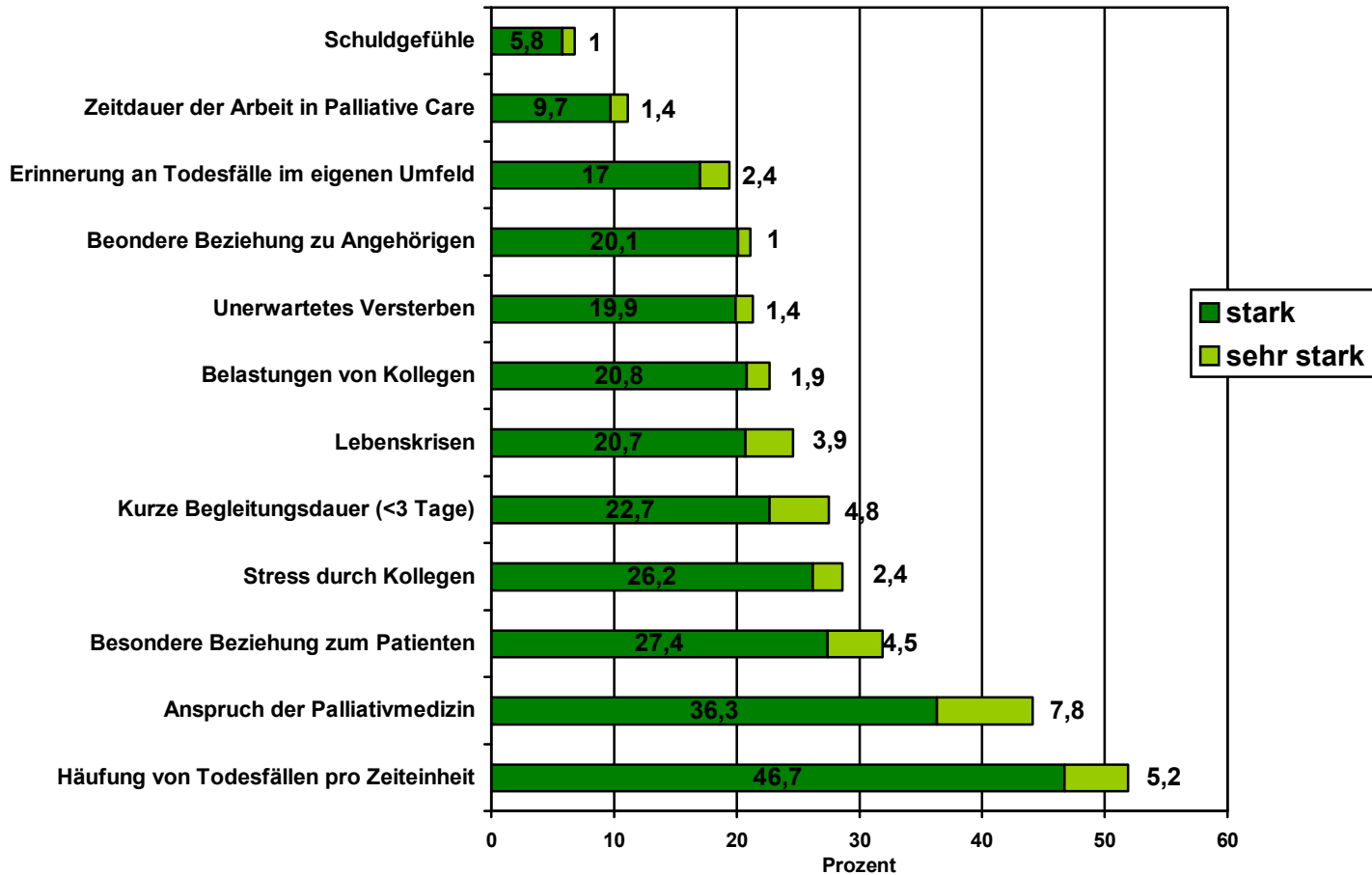


Abb. 1 Anteile stark und sehr stark belasteter Teilnehmer in %

Belastungssymptome

Am häufigsten nannten die Befragten das Symptom Überredseligkeit als Reaktion ihres Teams auf den Tod. Danach folgten Reizbarkeit, Spannung zwischen den Berufsgruppen und Zynismus (Abb. 2).

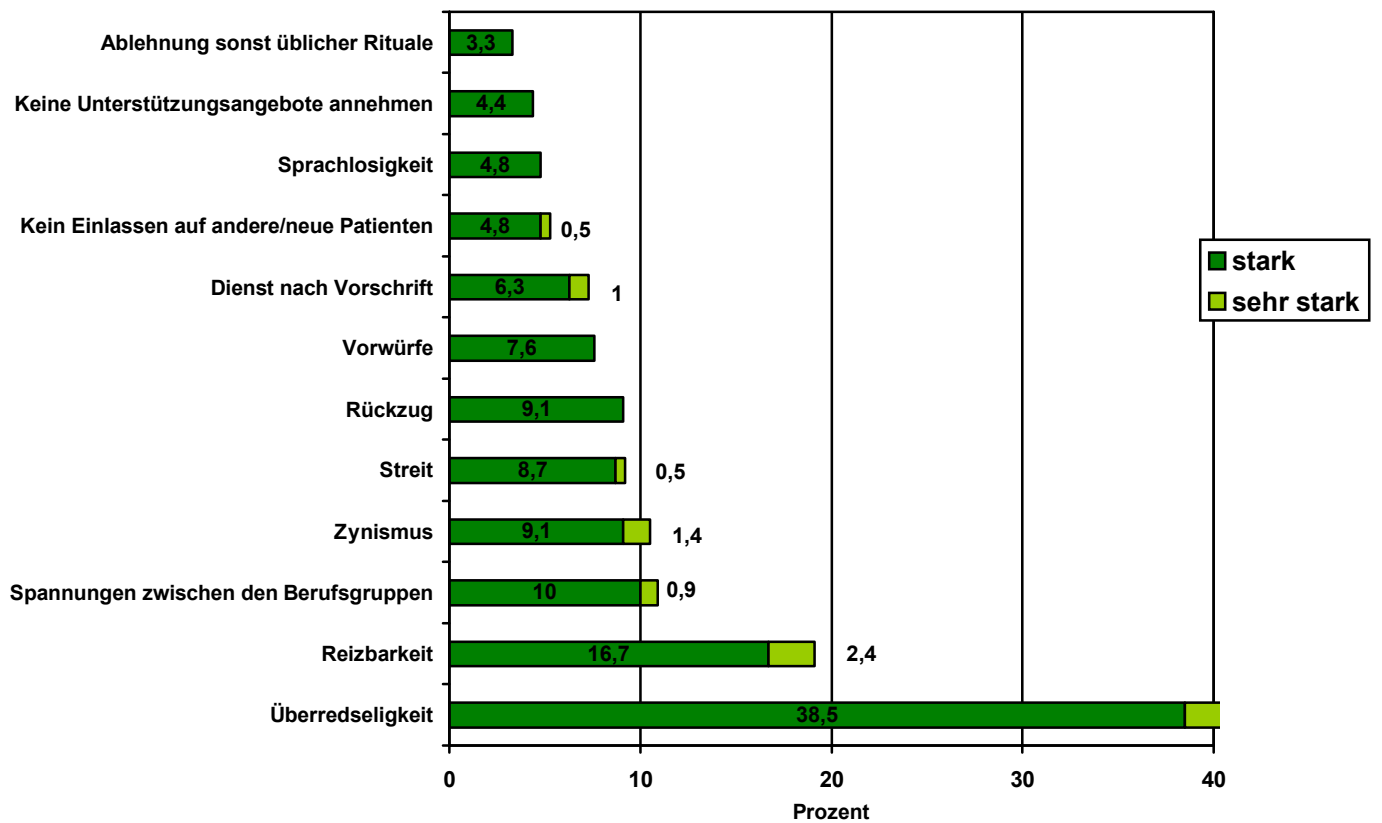


Abb. 2 Anteile stark und sehr stark gezeigter Symptome in %

Hilfe im Umgang mit dem Tod: Schutzfaktoren

Der bedeutendste Schutzfaktor, der den Teilnehmern beim Umgang mit dem Tod half, war das Team, darauf folgten Humor und das Privatleben (Abb. 3).

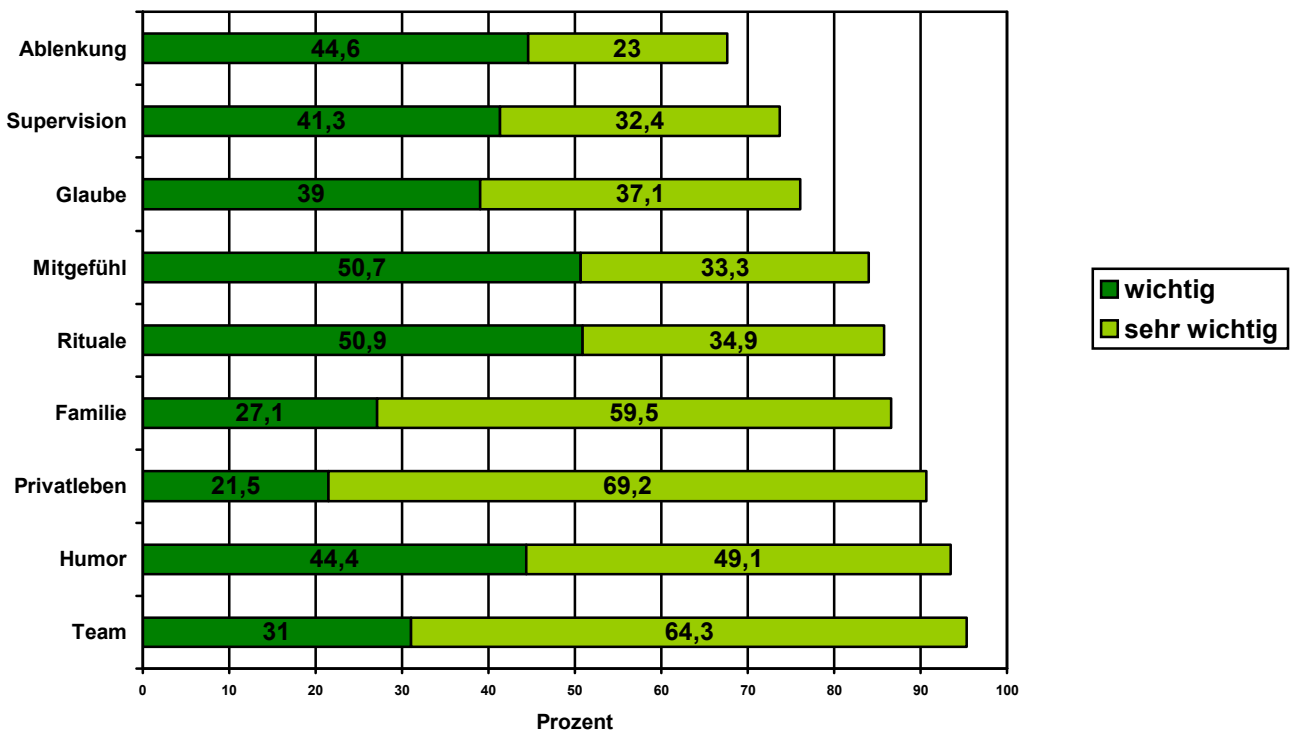


Abb. 3 Anteile wichtiger und sehr wichtiger Schutzfaktoren in %

Kritische Anzahl an Todesfällen

Die Befragten gaben eine mittlere Anzahl von $4,21 \pm 2,1$ Todesfällen pro Woche an. In Tab. 2 sind die Mittelwerte für die einzelnen Berufsgruppen dargestellt.

Teilnehmer, die durch die Beziehung zum Patienten ($p=.02$, $\eta^2=.05$), die Häufung von Todesfällen ($p=0,001$, $\eta^2=.09$), kurze Begleitungsdauer ($p<.001$, $\eta^2=.10$) und Belastungen durch Kollegen ($p<.03$, $\eta^2=.05$) weniger belastet waren, gaben eine höhere kritische Todeszahl an.

Personen, die die *Symptome* Sprachlosigkeit ($p<.03$, $\eta^2=.04$), Rückzug ($p=.002$, $\eta^2=.08$) und kein Einlassen auf neue Patienten ($p=.02$, $\eta^2=.06$) als häufig einschätzten, gaben eine signifikant geringere kritische Todeszahl an.

Befragte, die Spannungen zwischen Berufsgruppen als häufig einschätzten, gaben eine signifikant höhere kritische Todeszahl an ($p=.003$, $\eta^2=.07$).

Wenn die *Schutzfaktoren* Supervision ($p=.006$, $\eta^2=.07$), Rituale ($p=.038$, $\eta^2=.05$) und Familie ($p=.02$, $\eta^2=.05$) als unwichtige Schutzfaktoren bewertet wurden, lag die kritische Todeszahl deutlich höher.

Personen, die die Zukunftsaussichten des Teams besser einschätzten, gaben eine signifikant höhere kritische Todeszahl an ($p=.006$, $\eta^2=.06$).

Zwischen der Dauer der Arbeit im Bereich Palliative Care und der kritischen Todeszahl gab es keinen signifikanten Zusammenhang.

Für Männer lag der Mittelwert ertragbarer Todesfälle um 0,1 Fälle pro Woche höher als für Frauen, der Unterschied wurde nicht signifikant.

Tab. 2 Mittelwerte der kritischen Todeszahl je nach Beruf und Faktor Sprachlosigkeit

Beruf	M / SD Kritische Todeszahl
Pflege	4,2
Arzt	3,5
Sozialarbeit	3,9
Seelsorge	4,0
Andere	4,4
gesamt	4.21±2.1

Sterbeabfolge

Ein Chi-Quadrat-Test zeigte, dass es keine Unterschiede in der wahrgenommenen Belastung durch die Abfolge der Todesfälle (aufeinander folgend vs. verteilt) gibt ($p=.52$).

Zukunftsprognose

Teilnehmer, die durch den nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin ($p<.001$, $\eta^2=.1$), Schuldgefühle ($p=.03$, $\eta^2=.04$) Zeitdauer in Palliative Care ($p=.28$, $\eta^2=.04$), Stress durch Kollegen ($p=.002$, $\eta^2=0,06$) sowie Belastungen von Kollegen ($p=.003$, $\eta^2=0,06$) belastet waren, gaben eine signifikant schlechtere Zukunftsprognose an.

Alle Belastungssymptome außer Zynismus, Ablehnung von Ritualen und Überredseligkeit zeigten einen signifikanten negativen Zusammenhang zu der Zukunftsaussicht. Den stärksten Zusammenhang zeigen: Streit ($\eta^2=.15$), Spannung zwischen den Berufsgruppen ($\eta^2=.13$), Vorwürfe ($\eta^2=.09$) und Reizbarkeit ($\eta^2=.09$) (alle $p<.001$).

Befragte, die Supervision als wichtigen Schutzfaktor angaben, sahen die Zukunftsaussichten signifikant schlechter ($p<.001$, $\eta^2=.12$). Wenn Team als Schutzfaktor genannt wurde, wurde die Zukunft des Teams als besser eingeschätzt ($p<.001$, $\eta^2=.05$).

Arbeitsdauer im Palliativbereich

Länger im Hospiz arbeitende Personen fühlten sich stärker durch Kollegen belastet ($p=.02$, $\eta^2=.05$)

Eine Varianzanalyse mit der Dauer als abhängiger Variablen und dem Symptom kein Einlassen als Faktor zeigte ein signifikant höheres Auftreten bei länger im Palliativbereich Tätigen ($p=.02$, $\eta^2=.05$). Länger im Hospiz arbeitende Befragte, schätzten das Auftreten des Belastungssymptoms Verweigerung von Neuaufnahmen als geringer ein ($p=.003$, $\eta^2=.07$).

Der Schutzfaktor Team wurde von länger im Hospizbereich arbeitenden Befragten als wichtiger eingeschätzt ($p=.04$, $\eta^2=.04$).

Freie Äußerungen

In den freien Äußerungen wurde oftmals ein Personalmangel kritisiert, der es verhinderte, dem Patienten gerecht zu werden (Anzahl der Nennungen: 11). Häufig wurde aber auch hervorgehoben, dass die Arbeit trotz aller Belastungen eine „erfüllende“ Tätigkeit sei (6). Außerdem wurde betont, dass nicht die Quantität des Sterbens, sondern die Qualität des Sterbens von Wichtigkeit sei (4). Das Team als wichtige Rahmenbedingung wurde hier nochmals hervorgehoben (4).

Diskussion

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass das Pflegepersonal im Bereich Palliative Care weniger unter Burnout leidet als in anderen Bereichen, wie z.B. Intensivstationen oder onkologischen Diensten und Einrichtungen (Mallett, Price, Jurs & Slenker, 1991, Vachon, 1995). Die Studien zum Burnout stammen jedoch zum größten Teil aus dem 1990er Jahren und aus dem angloamerikanischen Raum. Mit einer aktuellen empirischen Untersuchung wollten wir daher in einem ersten Schritt die Belastungssituation in deutschen Hospizen analysieren.

In unserer Studie gaben die Befragten als stärkste Belastung die Häufung von Todesfällen pro Zeiteinheit an. Danach folgte der Belastungsfaktor „nicht erfüllter Anspruch der Palliativmedizin“. Dies betraf sowohl psychosoziale und medizinische als auch spirituelle und pflegerische Aspekte. Schuldgefühle hingegen empfanden nur sehr wenige als Bürde. Möglicherweise ist das ein Hinweis darauf, dass die Mitarbeiter in Hospizen die Nichterfüllung des Anspruchs der Palliativmedizin nicht als vermeidbaren Fehler sehen und sich also kein schuldhaftes Versagen zurechnen. Die Belastung durch den Faktor Nichterfüllung könnte u.a. durch unklare oder unrealistische Zieldefinitionen begünstigt werden. Außerdem empfanden die Befragten die Beziehung zu den Patienten als Belastungsfaktor, vor allem, wenn sie durch besondere Nähe geprägt war oder sie sich mit den Patienten identifizieren konnten. Beziehung und Ähnlichkeit waren auch in früheren Studien bereits als Belastungsfaktoren gefunden worden (Alexander & Ritchie, 1990, Meier, Back & Morrison, 2001). Keidel (2002) warnte davor, dass eine Identifikation mit Patienten zu Schuld- und Ohnmachtsgefühlen sowie Burnout führen kann. Die Beziehung zum Patienten kann aber zugleich auch ein Schutzfaktor sein, wie es Ramirez und Kollegen (1998) postulieren.

Bei bisherigen Ergebnissen standen meist Organisationsmerkmale im Vordergrund und die Beziehung zum Patienten wurde in ihrer Bedeutung unterschätzt.

Anhand der Befragung der Hospize sollte auch analysiert werden, wie die Teams auf Belastungen reagieren. Das am häufigsten gezeigte Symptom war Überredseligkeit. Dies hatte sich auch bei Ärzten in Großbritannien gezeigt (Moores, Castle, Shaw, Stockton & Bennet, 2007). Reizbarkeit und Spannungen zwischen den Berufsgruppen standen an zweiter und dritter Stelle; letzteres war auch in einer kanadischen Studie beschrieben worden (Vachon, 1988). Diese Ergebnisse bedeuten für Hospizteams, die sich gerade durch Multiprofessionalität auszeichnen, eine besondere Herausforderung. Eine Verbesserung der Team-Kommunikation durch Weiterbildungen oder Supervision und eine klare Definition der Rollen könnten Verbesserungen bewirken. Regelmäßige Teamtreffen wurden in Barstows Arbeit (1980) als wichtig bewertet.

Der wichtigste Schutzfaktor gegen die Belastung im Umgang mit dem Tod und Sterben von Patienten war das Team. Danach folgten die Schutzfaktoren Humor und Privatleben. Vermutlich wurde das Team höher gewertet als der Rückhalt durch Angehörige, da das Team mit berufsspezifischen Problemen besser umgehen kann (Alexander & Ritchie, 1990). Eine Studie von Yancick (1984) zeigte ebenfalls, dass mangelnde Unterstützung des Teams auch ein maßgeblicher Belastungsfaktor im Hospiz ist. In der vorliegenden Studie war Stress durch Kollegen auf Rang vier der Belastungsfaktoren. Länger im Hospiz arbeitende Personen fühlten sich stärker durch Kollegen belastet.

Das Team kann also einen starken Belastungsfaktor sowie einen überaus wichtigen Schutzfaktor darstellen. Ein stabiles Team mit guter Kommunikation sollte deshalb ein hochrangiges Ziel bei der Arbeit in Hospizen sein. In einer japanischen Studie in Palliativstationen zeigte sich, dass Ärzte Supervision hilfreicher empfanden als Pflegende (Maeyama et al., 2003). Der Schutzfaktor Team wurde von länger im Hospizbereich arbeitenden Befragten als wichtiger eingeschätzt.

Die kritische Anzahl der Todesfälle ist für Hospize bisher noch nicht untersucht worden. Bei den befragten Hospizen liegt sie im Mittel bei 4,2 und hat mit $\pm 2,1$ Todesfällen nur eine geringe Standardabweichung.

Aufeinander folgende Todesfälle wurden als genauso belastend empfunden wie verteilte Todesfälle (bei gleicher Anzahl der Fälle).

Wenn jedoch ein Team angegeben hatte, dass es mit Sprachlosigkeit oder Rückzug auf die Belastung durch Todesfälle reagiert, zeigte sich eine niedrigere kritische Todeszahl. Wenn Supervision, Rituale und Familie als unwichtige Schutzfaktoren bewertet wurden, lag die kritische Todeszahl deutlich höher.

Auch diese Ergebnisse belegen, wie wichtig eine gute Kommunikationskultur im Team ist.

In Hospizen beobachteten Bram und Katz (1989) bei älteren Pflegenden eine höhere Belastung durch eine Diskrepanz zwischen Ideal und Realität der Pflegesituation. Eine mögliche Erklärung liefern Farber und Kollegen (2003). Sie berichten in einer qualitativen Studie, dass jüngere Mitarbeiter eher auf technische Aspekte der Arbeit Wert legten, wohingegen ältere Mitarbeiter ehrliche und offene therapeutische Beziehungen zu den Patienten anstrebten, was den hohen Anspruch an die Versorgung widerspiegelt.

Viele Teilnehmer betonten in den freien Äußerungen, dass allerdings die Qualität des Sterbens relevanter für die empfundene Belastung sei als die reine Quantität der Todesfälle. Schlussendlich bleibt noch anzumerken, dass oftmals erwähnt wurde, dass die Arbeit im Hospiz zwar sehr anstrengend ist, aber der Beruf als sehr wertvoll und erfüllend angesehen wird. Dies bestätigt die Ergebnisse anderer Autoren (Ramirez, Addington-Hall & Richards, 1998, Vachon, 1995).

Limitationen der Studie und Ausblick

Die Rücklaufquote spricht für die Repräsentativität der Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen. Bei der Art der Befragung ist mit sozial erwünschten Antworten und Selektionseffekten zu rechnen. Allerdings sind diese bei der anonymisierten Form der Befragung unwahrscheinlicher als bei einem persönlichen Interview. Bei den erhobenen Belastungsfaktoren handelt es sich um das subjektive Belastungsempfinden, welches nicht mit objektiven, beobachtbaren Situationen zusammenhängen muss. Stresstheorien gehen jedoch davon aus, dass die subjektiv wahrgenommene Belastung die physische, emotionale und soziale Gesundheit sehr gut vorhersagt (Lazarus & Folkman, 1984).

Die Zusammenhänge zwischen Einstellungen zu den Forschungsfragen und spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen wie z.B. Kontrollüberzeugungen wurden nicht untersucht. Dies sollte in weiteren Studien geklärt werden. Die Ergebnisse der Befragung von Hospizen sollten mit den Daten für Palliativstationen (Müller, Pfister, Markett & Jaspers, 2009) verglichen werden. Bram und Katz (1989) lieferten deskriptive Daten, die auf eine geringere Belastung durch den Anspruch der Palliativmedizin in Hospizen im Vergleich zu Palliativstationen hinweisen. Auch könnte man die Daten mit Krankenhausbereichen, wie beispielsweise onkologischen Stationen, vergleichen.

Fazit für die Praxis

Im Team sollten die Ansprüche an die eigene Praxis thematisiert und geklärt werden, um somit unrealistisch hohe Ansprüche zu senken. Dies beinhaltet eine genaue Definition der Arbeitsziele und der Aufgaben des einzelnen Mitarbeiters im gesamten Team. Vor allem in Phasen mit einer Häufung von Todesfällen sollten in Supervisionen und in Fortbildungen belastende Faktoren wie die Beziehung zum Patienten zum Thema gemacht werden. Die Teamkommunikation sollte gezielt gefördert werden, um sie als wichtigsten Schutzfaktor zu erhalten.

Literaturverzeichnis

Alexander DA, Ritchie E (1990) „Stressors“ and difficulties in dealing with the terminal patient. *J Palliat Care* 6:28-33.

Barstow J (1980) Stress variance in hospice nursing. *Nurs Outlook* 28:751-54.

Bram PJ, Katz LF (1989) Study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncology Nurs Forum* 16:550-60.

Farber SJ, Egnew TR, Herman-Bertsch JL, Taylor TR, Guldin GE (2003) Issues in end-life care: patient, caregiver, and clinician perceptions. *J Palliat Med* 6(1):19-31.

Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA (2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies* 42:125-33.

Keidel GC (2002) Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Care* 19(3):200-5.

Kinsella G (1998) A review of measurement of caregiver and family burden in palliative care. *J Palliat Care* 14:37-45.

Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.

Leiter MP, Harvie P, Frizzel C (1998) The correspondence of patient satisfaction and nurse burn out. *Soc Science* 47:1611-17.

Maeyama E, Kawa M, Miyashita M, Ozawa T, Futami N, Nakagami Y, Sugishita C, Kazuma K (2003) Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer* 11:509-15.

Mallett K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. (1991) Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep* 68:1347-59.

Masterson-Allen S, Mor V, Laliberte L, Monteiro L (1985) Staff burnout in an hospice setting. *Hosp J* 1:1-15.

McWilliam CL, Burdock J, Wamsley J (1993) The challenging experience of palliative care support-team nursing. *Oncology Nursing Forum* 20:770-85.

Meier DE, Back AL, Morrison RS. (2001) The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA*.286:3007-14.

Moore TS, Castle KL, Shaw KL Stockton, M. R. & Bennet, M. I. (2007) „Memorable patient deaths“: reactions of hospital doctors and their need for support. *Medical Education* 41:942-46.

Müller M, Pfister D, Markett S, Jaspers B (2009) How many patient deaths can a team cope with?: A nationwide survey of palliative care units in Germany. *Schmerz* (in press).

Munley A (1985) Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nurs Clin North Am* 20:343-55.

Payne N (2001) Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J of Advanced Nursing* 33(3):396-405.

Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M (1998) ABC of palliative care: the carers. *BMJ* 316:208-11.

Sabatowski R, Radbruch R, 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:Doc08.

Vachon MLS (1987) *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and bereaved*. Hemisphere: New York.

Vachon, MLS (1988) Battle fatigue in hospice/palliative care. In Gilmore A, Gilmore S (Hrsg.), *A safer death* (149-160). Plenum: New York.

Vachon, MLS (1995) Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Medicine* 9:91-121.

Van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N (2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling* 41:93-105.

World Health Organization (1990) *Cancer, pain and palliative care*, Geneva: WHO.

Yancick R (1984) Sources of work stress for hospice staff. *J Psychosocial Oncology* 2:21-31.