

„Bedürfnisse – Bedarfe – Bedingungen im Kontext spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“



Ulrike Schulze

5. Hospiz- und Palliativtag im Werra-Meißner Kreis

Projektleitung: Prof. Dr. Ch. Schütte-Bäumner, (koord.), Prof. Dr. U. Schulze, Prof. Dr. habil. M. May
Wiss. Mitarbeiter_innen: D. Becker, S. Smeaton, F. Müller
Wiss. Hilfskraft: C. Hein
unter Mitarbeit von: R. Hummel, N. Walther, H. Köhler



Der Vortrag

Zum Begriff Palliative Care

Ergebnisse vorangegangener Forschungsprojekte zum Thema

- Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase | Projekt LIMITS, Münster
- Somatische und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen in ihrer letzten Lebensphase | Begleitung Sterbender auf Basis professioneller pflegerischer Diagnostik und Intervention, FFM

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: das Projekt TP|SAPV

Zum Begriff „Palliative Care“

- **Semantisch** (i.S.d. Wortbedeutung):
Pallium (lat.): Mantel; palliare (lat.): mit einem Mantel bedecken, schützen
- **Ideologisch** (i.S.v. Lehre von der Idee bzw. Vorstellung):
Kuration vs. Palliation
- **Praxeologisch** (i.S.v. allg. Theorie menschlichen Handelns):
unterschiedliche Handlungslogiken vielfältiger Akteure

Die Demografie zeichnet

- sinkende Geburtenzahlen und zunehmende Hochalterigkeit
- Ehen: nicht primär lebenslange Verbindungen/ Versorgungsgemeinschaften
- steigende Frauenerwerbstätigkeit (7 % zw. 2002-12)
- zunehmende Mobilität/geringere sozialräumliche Nähe
- zunehmender Anteil von Single-Haushalten

auch für die palliative Versorgung ein Spannungsfeld von

Singularisierung

Individualisierung und **Selbstbestimmung**

Selbstinszenierung: Projekt des schönen Lebens – oder auch Sterbens?

vgl. Grünheid, E. (2013), vgl. Leibert, T. (2014), vgl. Schulze, G. (2005), vgl. Beck, U. (2010)

Lebensende: das „Subjektive“

„... eigenständige (...) Lebensphase am Ende des Lebens,
in der das individualisierte Individuum sein je eigenes Sterben,
vorsorglich und abgesichert, würdevoll, selbstbestimmt und möglichst schmerzfrei
gestalten soll“.

„Diese (...) Programmatik des „guten Sterbens“
ist vom Individuum gleichsam als letztes Lebensprojekt zu verfolgen.“

Schnell, M.W., Schneider, W. & H. Kolbe (2014): Sterbewelten, Wiesbaden, S. 5

Ein Blick auf die eigene Forschung

Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase

Projekt *LIMITS*, Münster, 2004

Somatische und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen in ihrer letzten Lebensphase

Begleitung Sterbender auf Basis professioneller pflegerischer Diagnostik und Intervention, FFM 2009

TP | SAPV

Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, FFM 2016

Selbstbestimmt „zu Hause“ sterben können: *LIMITS*

Selbstbestimmung der Betroffenen

absichern, auch wenn sie selbst nicht mehr entscheiden können

Vernetzung mit den **verschiedenen Berufsgruppen/Institutionen**

Rahmenbedingungen für verlässliche Entscheidungen schaffen

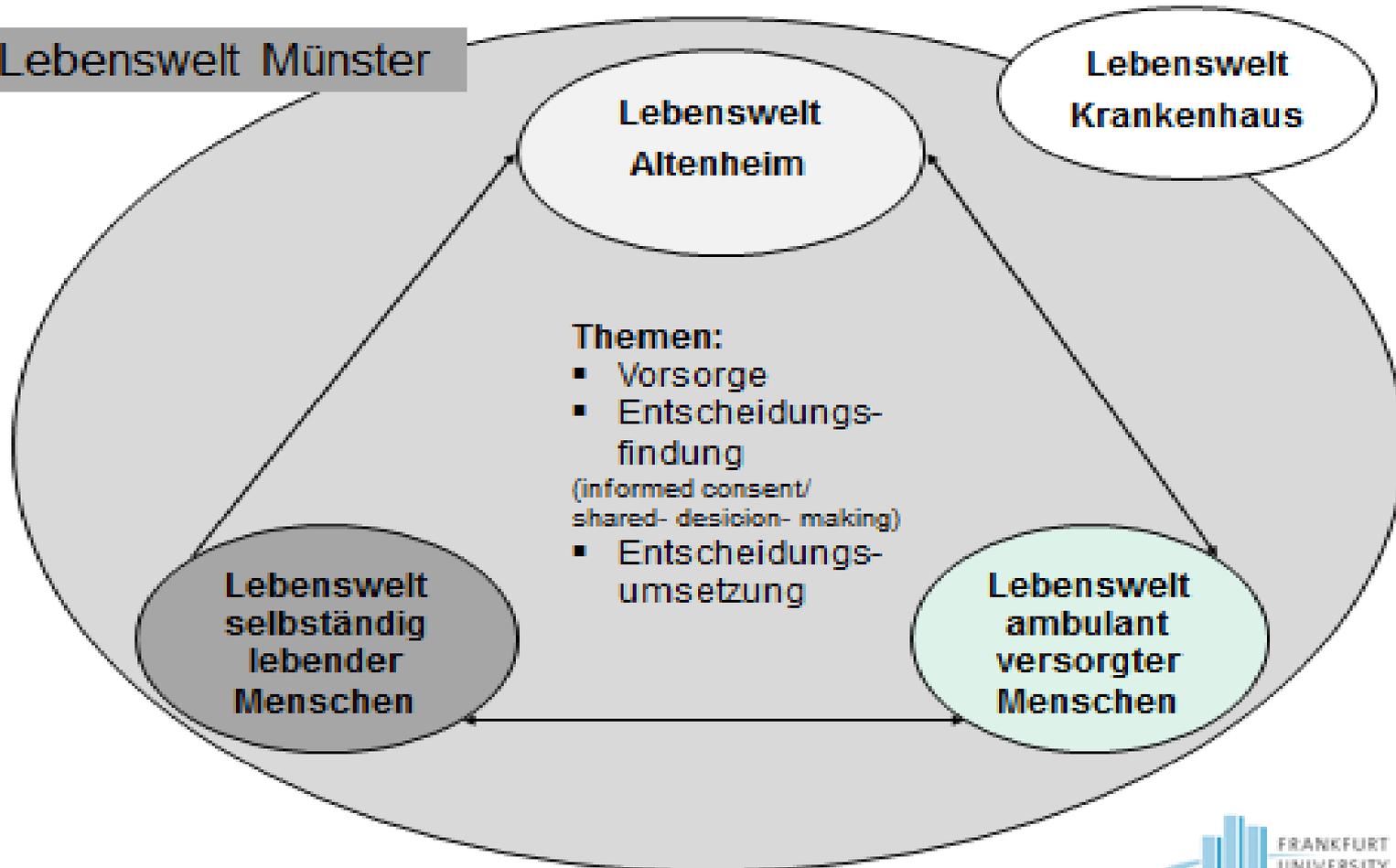
Bewusstseinsbildung

durch **Öffentlichkeits-** und **Bildungsarbeit**

Problem- und Bedarfsanalyse

Seniorenheime:	Befragung der Pflegefachpersonen	(n = 109)
Amb. Pflegedienste:	Befragung der Pflegefachpersonen	(n = 102)
Befragung niedergelassener Allgemeinmediziner*/Internist*innen		(n = 59)
Seniorenheime: Bewohner*innenbefragung		(n = 47)
Senioren*innen befragen Senioren*innen		(n = 19)
Befragung erfahrener Angehöriger		(n = 13)
Experteninterviews in Krankenhäusern		(n = 9)
Disziplinen:	Innere Medizin, Intensivmedizin, Geriatrie	
Professionen:	Ärzte, Pflegende, Seelsorger	

Lebenswelt Münster



Risiken inhumanen Sterbens

(am Beispiel der stationären Altenpflege)

Bewohner/innen

- Angst vor Leiden/ hohe Erwartungen an den Arzt
- Angst vor Krankenhauseinweisung u. lebensverlängernden Maßnahmen
- Mangelnde Kommunikation über Sterben und Tod (PV)

Angehörige

- Überforderung (in Notfällen)
- Uneinigkeit der Angehörigen untereinander
- Mangelnde Akzeptanz des Bewohnerwillens

Professionell Pflegende

- Hoher Einfluss auf Krankenhauseinweisung (rechtl. Unsicherheiten)
- Unzureichende palliativpfleg. Kompetenz
- Mangelnde Kommunikation in ethisch schwierigen Entscheidungssituationen

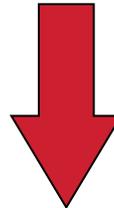
Ärzte

- Nicht-Erreichbarkeit, direkte Krankenhauseinweisung durch Notarzt
- Unzureichende palliativmed. Kompetenz
- Mangelndes Einbeziehen der Pflegenden in Entscheidungen

Somatische und psychosoziale Bedürfnisse von sterbenden Menschen

„Der Aufhänger“

Studie von Gronemeyer et al. (2007) „Sterben in hess. Altenheimen“: „die Bedürfnisse der Bewohner (werden laut Aussage der Pflegenden) erfüllt (97 %)“



der „Bedürfnis“- Begriff bleibt unscharf /keine Operationalisierung

die Aussage bedarf einer logischen Überprüfung im pflegewissenschaftlichen Begründungszusammenhang

vgl. Gronemeyer, R., Berls, M. Newerla, A. & A. Seiffert (2007): Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen. Eine Quantitative Studie, S.30; unveröff. Studie

Somatische und psychosoziale Bedürfnisse von sterbenden Menschen

Pilotstudie

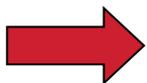
- **Pflegeinterventionen** bei schwerst-/vielfach erkrankten Menschen

unter

- **Beobachtung** eines erkennbaren Eintretens von Beruhigung/Entspannung

gestützt durch

- „objektiv“ messbare Daten, wie Atem-, Pulsfrequenz und Muskeltonus



Ableitung bedürfnisorientierter pflegerischer Handlungen

Vorgehen im Feld

- eine alltägliche Pflegeintervention wurde eingeleitet
- Widerstände/Stressreaktionen beobachtet
- (Pflege)Verhalten wurde modifiziert: Stressreduktion
- Bedürfnisse können nur in der Interaktion ermittelt werden

Codierung und Interventionen

▪ **8. Rhythmus**

- Arbeitsdefinition: Rhythmus bezieht sich auf Tempo und Dauer einer Handlung.
- Bei einer **Pflegeintervention sollte der Rhythmus und das Tempo der Bewohnerin handlungsweisend** sein.

Um eine Überforderung zu vermeiden, die Bewohnerin wertzuschätzen und einen positiven Kontakt herzustellen ist die Beachtung des eigenen Rhythmus der Bewohnerin notwendig. Durch die **Beachtung des Rhythmus kann eine Beruhigung bei Unruhezuständen erreicht werden und das Herbeiführen von Unruhezuständen verhindert** werden.

Soziologische Perspektive

Der **Sterbende** „fällt irgendwann im Verlauf des Sterbeprozesses (aufgrund nicht mehr vorhandener Ansprechbarkeit) **als Alter Ego aus dem Kommunikationszusammenhang seiner sozialen Mitwelt** und damit auch **als Auskunftgeber (...) aus.**“

Pflegewissenschaftliche Annahme

„**Bedürfnisse flüchtig, situativ und selten „einfach“ beobachtbar** (sind) und somit oftmals **erfühlt, erahnt, ertastet** werden müssen

– vielleicht zunächst durch einen, wie Greb (2006, 12) im Rückgriff auf Adorno beschreibt, **„verweilenden Blick“**.

Schneider, W. (2014): Sterbewelten. In: Schnell, M.W., Schneider, W. & H. Kolbe : Sterbewelten, Wiesbaden, S. 57;
Greb, U. (2006): „Helfen“ im Diskurs der negativen Dialektik – eine Chiffre für pflegerisches Handeln. In: Pflege und Gesellschaft, 11 (1), 12-14;
Schulze, U. (2014): Caring: Zur Subjektorientierung im palliativen Setting. In: George, W. (2014): Sterben in Einrichtungen der stationären Pflege: Ergebnisse, Zusammenhänge und Empfehlungen, psychosozial-Verlag

T_(ransdisziplinäre) P_(rofessionalität) | SAPV Begründung des Forschungsvorhabens

- Das Selbstverständnis von Hospizbewegung und Palliative Care - Praxis ist geprägt von der Idee des „**total pain**“ (Saunders 2009),
- komplexe Schmerzsymptomatiken erfordern **multiprofessionell** und **interdisziplinär** strukturierte Unterstützungsformen,
- eine **bi-professionelle** Ausrichtung der SAPV steht hierzu im Widerspruch.

Vor diesem Hintergrund sollte der Fokus auf eine **transdisziplinäre Praxis im** Feld von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gelegt werden.

Forschungsfragen und -vorgehen

Ziel:

Identifikation innovativer Ansätze für eine TP|SAPV

Formulierung transdisziplinärer Module mit Empfehlungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung

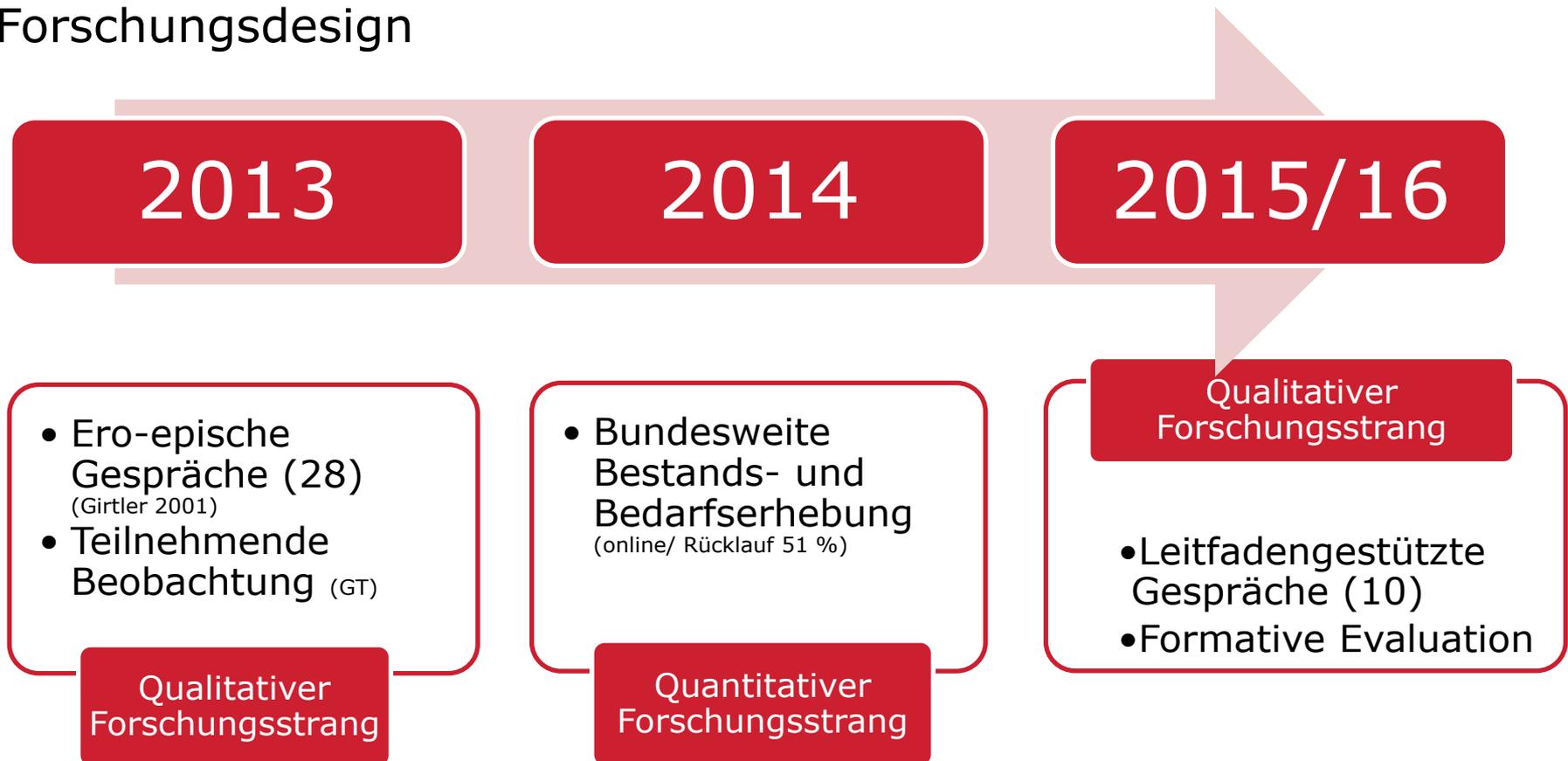
Fragestellungen:

Welche **Bedarfe** zeigen sich in der SAPV

- bei **professionell Tätigen**,
- **unheilbar kranken Menschen** und
- deren **An- und Zugehörigen?**

Welche **Bedürfnisse** werden im **Kontext** einer SAPV von unheilbar kranken Menschen formuliert?

Forschungsdesign



... identifizierte Themen (ein Auszug)

Team	Fachlichkeit	
	Motivation (SAPV, Ehrenamt etc.)	
	Selbstpflege	
Vorgeschichte	Ursache des nahenden Todes	
	palliative Operationen	
	Haushaltsauflösung	
	Unterstützung durch Angehörige	
	Krankheit des Partners	
Wünsche Sterbender	würdigen Lebensraum für Sterbende schaffen	
	Sinnfrage(n) stellen und besprechen	
	Wünsche Sterbender entdecken	
	mit den Sterbenden sprechen, nicht über sie	
	den sozialen Tod nicht vor dem körperlichen Tod erleiden lassen	
	nicht ins Abseits drängen	
	Sterbende ernst nehmen	

... Bedürfnisse ...

B.: Nein, nein, nein. Ich bin ja erstmal in der Situation, dass ich einen Wunsch äußere, der mir erfüllt wird. Was sind das für Wünsche? Ich brauch erstmal ein paar Schlappen, was ich zu Hause nicht habe – die waren zu groß. Wird mir besorgt.

I.: Sie brauchen ein paar Schlappen, ja.

B.: Oder, oder äh – Haft-, Haftcreme oder sonst was. Ich brauch nur den Wunsch äußern und der wird mir erfüllt.

I.: Ja.

B.: Natürlich nicht wenn ich sage, ich bräuchte jetzt mal, mein letzter Wunsch wäre, wenn die Helene Fischer, meine Sängerin, die soll hierher kommen ...

I.: Ja, das wird wahrscheinlich ...

B.: ... ja, wahrscheinlich (lacht)

I.: (lacht)

B.: Das natürlich nicht, das ist klar. Ich bin eigentlich zufrieden.

Konzeptuelle Kategorie „Zeit als Chiffre“ (Kontrastierung)

Rückschau der Betroffenen

frei von Methodik

qualitative Zeit

Zeit nehmen

benötigte Ruhe

z.B. zum „Paar-Sein“

Vorschau der Professionellen

methodisch gesteuert

quantitative Zeit

Zeit messen

situative Unruhe

aufgrund professioneller Sorgearrangements

Dimensionen/ Spannungsfelder

(Kontrastierungen aus den leitfadengestützten Gesprächen/ Phase 3)

Lebenswillig vs. Lebensmüde:

wandelbar/ situativ: „Fragezeichen, die man jeden Morgen hat“

(In-Vivo-Code; TS 1/3)

Aus-der-Situation- Gehen vs. In-der-Situation- Bleiben:

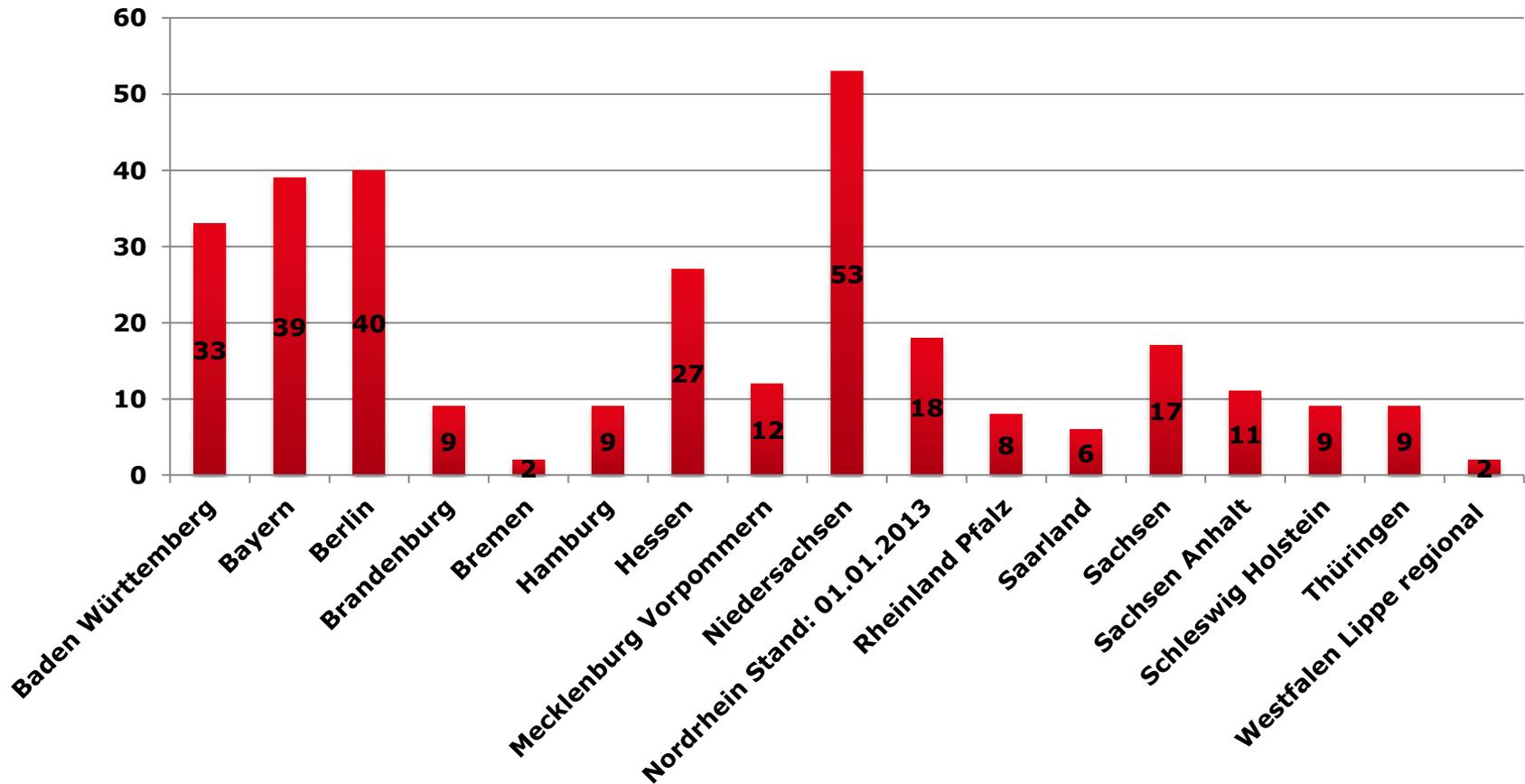
„No mind“/ „die Wand anstarren“ (TS 1/3) vs. alltägliches Handeln/ Augenblick genießen

Pflegesituation öffnen vs. Pflegesituation schließen:

„Nachbarn sind wichtig, tragen/ bringen Essen“ (TS 5/3) vs. „habe mich in letzter Zeit zurückgezogen“ (TS 1/3)

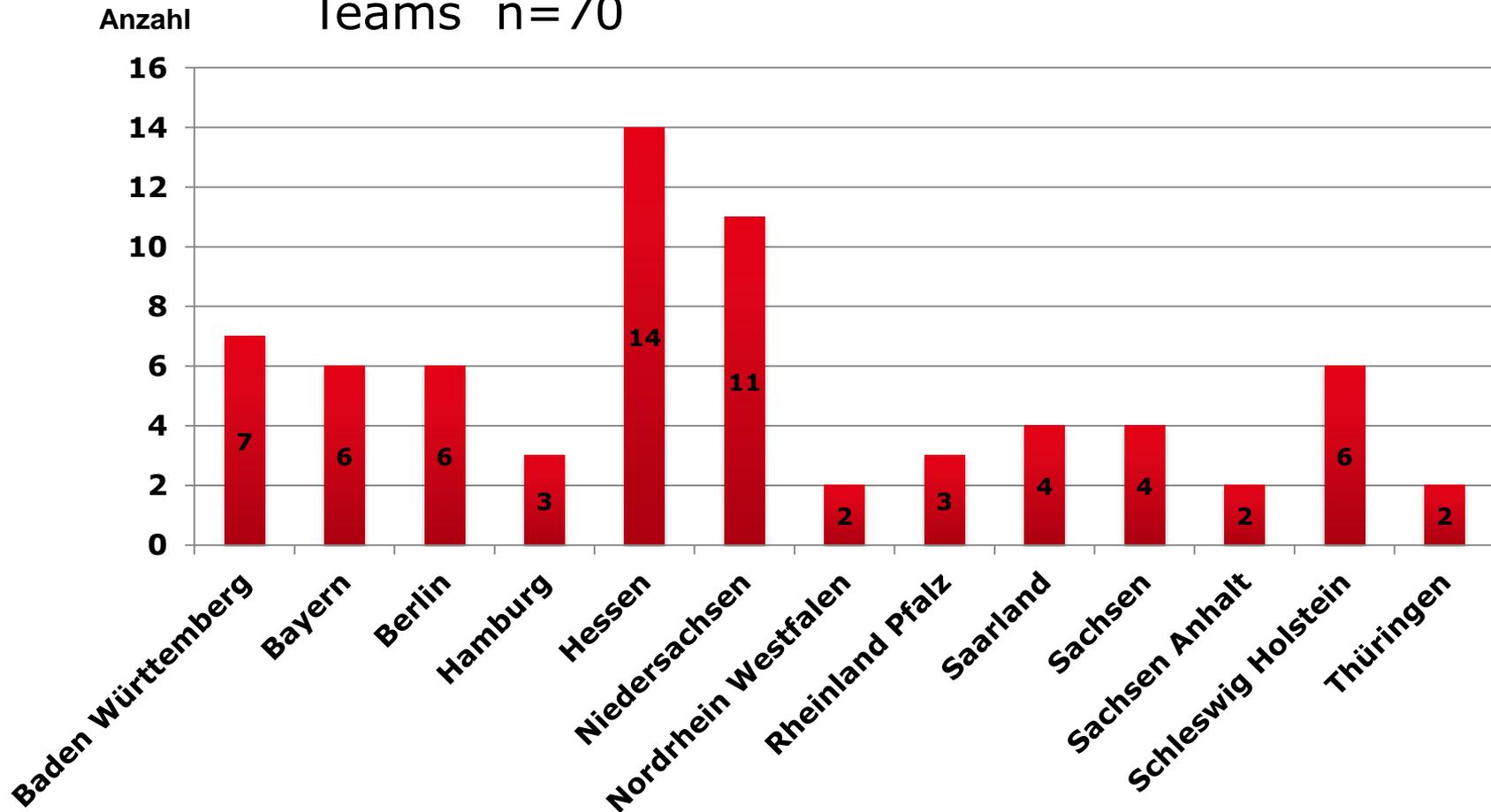
Anzahl

Regionale Verteilung von SAPV-Teams



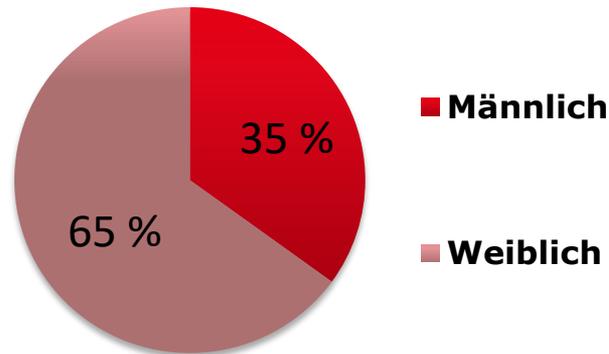
bei aktuell 288 vergebenen SAPV-spezifischen BSNR-Verträgen (Stand 13.07.2015 Kassenärztliche Bundesvereinigung <http://www.kbv.de/html/palliativversorgung.php>)

Regionale Verteilung und Anzahl der befragten Teams n=70

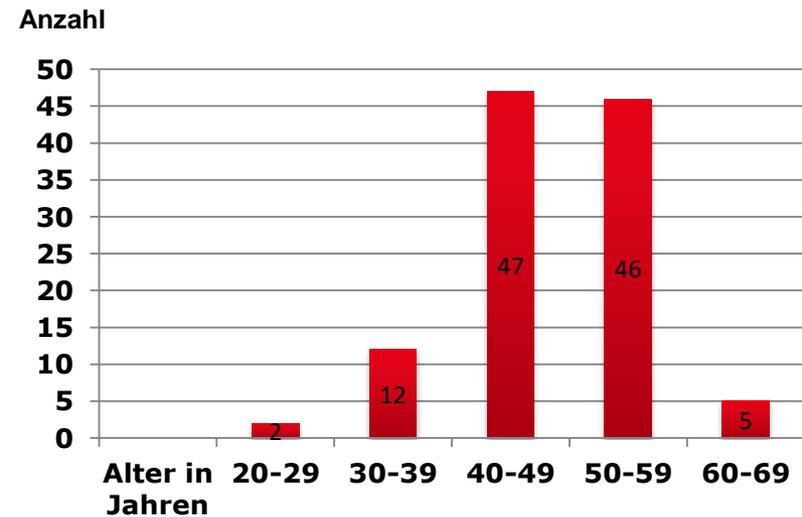


Ausgewählte Sozialdaten

Geschlecht n=116



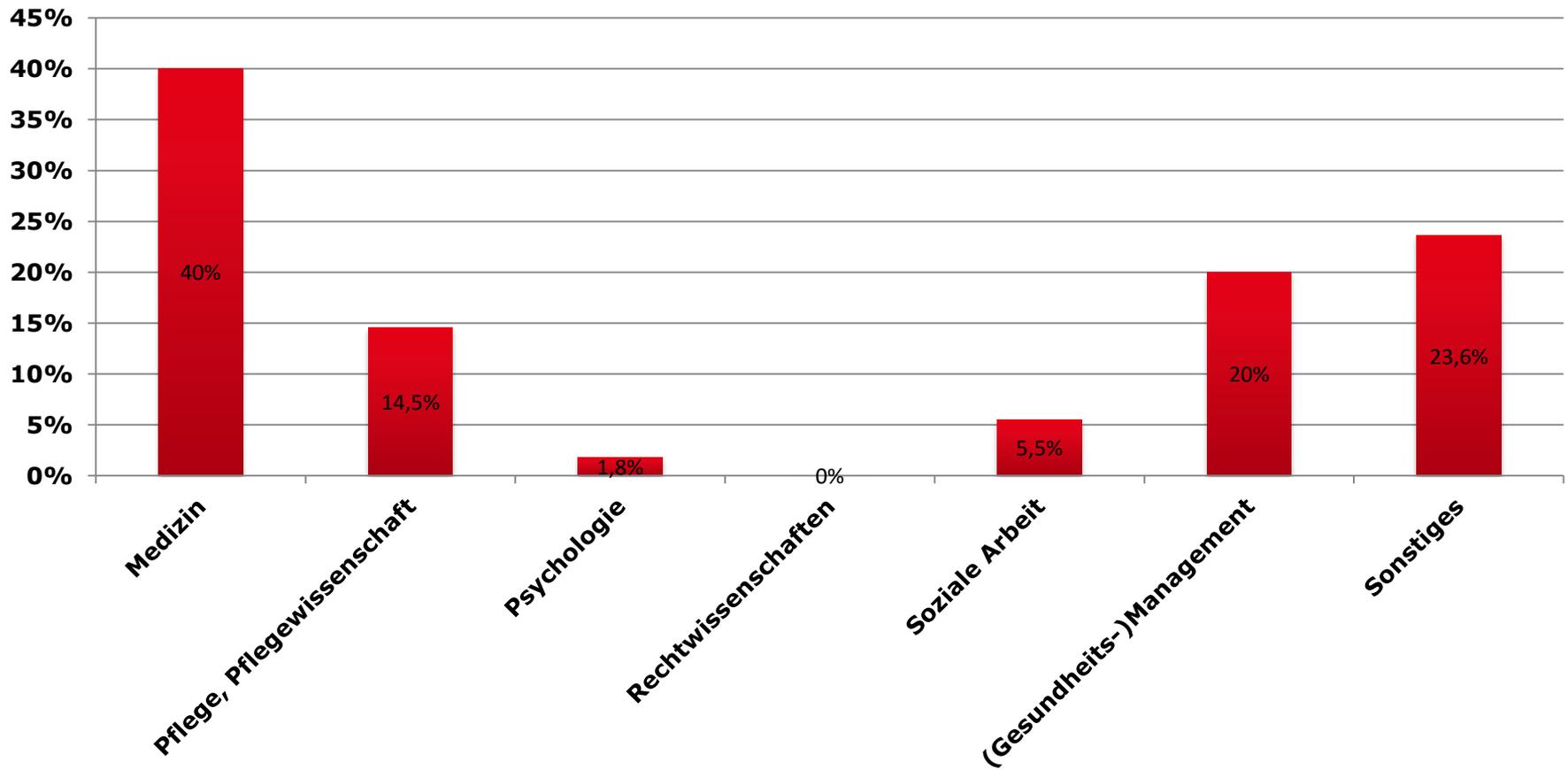
Häufigkeit nach Alter n=113



... in der SAPV tätig seit



Studienfachrichtung n=55



SAPV - transdisziplinär

- folgt **nicht den struktur-funktional(istisch)en Konzepten** tradierter gesundheit(swirtschaft)licher Versorgung in Deutschland
- **disziplinäre Grenzziehungen** zwischen Professionen erscheinen nicht aufgehoben, sind jedoch **nicht primär handlungsbestimmend**
- **flache Hierarchien**, gekoppelt an ein **Prinzip fachlicher Rückbezüglichkeit** kennzeichnen die Teamarbeit und lassen spezifische, als transdisziplinär zu bezeichnende, Kompetenzen erkennbar werden

Materialaussagen

- *„(...) immer die anderen (beteiligten Disziplinen) im Blick haben (...) da alleine gefahren wird, hat man eben **auch** diesen medizinischen Part dabei (...) und **auch** der Arzt macht Mundpflegeangebote.“ (T 15/ 7/57)*
- *„Wo hole ich mir **noch** Hilfe für den Patienten, für die Angehörigen?“ (T 15/5/45; T 12)*
- *„Am Anfang waren wir ein bisschen verunsichert und haben gedacht wir müssen nochmal nachfragen, was jetzt wirklich Sache ist oder so. Nix, brauch man nicht! Die machen das.“ (T2/11/#00:12:28-8#/Klientin)*
- *„(...) kein Unterschied, alle sind kompetent und haben Ahnung“ (T 4/14/7)*

Hohe Situationsvarianz

- jeder Klientenkontakt vor Ort beginnt mit einer **diagnostischen Analyse**, welche die **Komplexität des Geschehens** und die **situative** wie auch **lebensgeschichtliche Verwobenheit der Beteiligten** fokussiert
- fachliche Unklarheiten werden (ggf. telefonisch) an **Teammitglieder mit spezifischer fachlicher Expertise** rückgeführt, **Vorgehen wird diskursiv** abgestimmt und **fließt im Ergebnis** somit **direkt** in die (Be)Handlung ein
- dieser Ansatz erscheint als **adäquate Antwort auf die hohe Situationsvarianz** sowie die Vielgestaltigkeit der Situation

Materialaussagen

- *„(...) am Telefon schildern, was vor Ort los ist, sich darauf verlassen, als Team auftreten.“ (T 15/7/57)*
- *„Gegenseitige Hilfe, nicht die klassische Hierarchie.“ (T 12/8/52)*
- *„Sie braucht ein Team, was gegenseitig den anderen stützt, weil ein Team ist nur so stark wie das schwächste Glied der Kette, ja. Und wenn eines wegbricht, dann ist die Kette zerrissen.“ (T 15/6/49)*

Akteure im Feld – Aussteiger oder Avantgarde?

- **Akteure** im Feld agieren **singulär** und **vernetzt**
- **handlungsrelevante Eigenschaften**, die sie in das Feld mitbringen, sind **nicht innerhalb ihrer Professionsgrenzen** zu suchen, eher in beruflicher Erfahrung sowie beruflichem Verständnis verortet
 - **berufliche Erfahrungen in traditionellen Settings** des Gesundheitswesens sowie **Abkehr** von diesen Settings
 - **Wunsch nach Handlungsautonomie** und
 - **eigenständiger Definition** von Versorgungsqualität, folgt **holistischer** Idee
- erscheinen als „**Aussteiger**“ (**Avantgarde?**) aus den, als **reduktionistisch erlebten Strukturen** herkömmlicher Gesundheitsversorgung
 - letzte persönlich akzeptable Möglichkeit, beruflich an der Gesundheitsversorgung kranker Menschen mitzuwirken
- dennoch: rekurrieren auf tradierte Inhalte von Sorgearrangements

Materialaussagen

- *„(...) Gutes tun, ja Da- Sein wieder für die Leute.“ (T 15/1/11)*
- *Nach jahrelanger „Fließbandarbeit“ in der Anästhesie: „Zeit für einen Patienten (...), das wäre ja wie früher.“ (T 15/1/9)*
- *Freie Zeiteinteilung: „ ... heute können wir nicht, aber morgen nehme ich mir die Zeit und dann haben wir so viel Zeit wie Sie brauchen.“ (T 15/3/25)*
- *„Und dann habe ich angeboten, ich habe ihn zurechtgemacht, noch einen Anzug angezogen, gewaschen während meinem Dienst und dann war aber auch mehr Ruhe eingekehrt, habe sie aber, weil es sehr, sehr schnell ging auch, dann nochmal nachbetreut.“ (T 12/4f/19/ Arzt)*

Setting-/ Sektorenspezifität

- Ambivalenz zwischen Ablehnung enger Strukturvorgaben in der akuten Versorgung und **„relativer Strukturlosigkeit“ in der ambulanten Palliativversorgung**; Letztere wird als **„Herausforderung“** erlebt
- auch wenn tägliche Versorgung **geplant** wird, so orientiert sich das tatsächliche **Vorgehen** primär an **stabiler bzw. instabiler Klientenbefindlichkeit**
- geforderte **hohe Flexibilität ist voraussetzungsvoll**, fordert sie doch eine stetige (begründete/ begründbare!) **Priorisierung** in der Klientenversorgung, die **Freiheit/ Notwendigkeit situativ zu entscheiden**
- Anforderungen an das Feld zeigen **eine gegenläufige Entwicklung** zu den im Gesundheitswesen erkennbaren **Tendenzen einer Semiprofessionalisierung** von Medizin und Pflege
- **adäquate Versorgung misslingt** dann, wenn Konfrontation (Kontakt?) mit funktionalen Strukturen erfolgt – u.a. an **Sektorengrenzen**

Materialaussagen

- *„Arbeit im Palliativteam braucht Voraussetzungen.“ (T 15/6/48)*
- *Flexibilität: „ (...) Ablauf ändert sich am Tag mehrfach, aufgrund der Klientel, bei der sich ständig etwas ändern kann.“ (Einschätzung: unproblematisch, solange nicht ´von außen` versucht wird, Struktur vorzugeben). (T 15/13/105)*
- *„(...) weil sich eben auch ständig was verändert. Und weil sich da was bewegt, müssen wir gewissermaßen in der Intervention auch beweglich bleiben, sehr, also sehr sehr beweglich“ (T17/8/83)*
- *Anwesend-Sein vs. Flüchtig-Werden (Zitate aus d. teiln. Beobachtungen: Stehen statt Sitzen; Behaupten/Festlegen statt Erkunden/Erheben)*

Begrenzungen palliativer Versorgung

- **Beziehungsdynamik** zwischen allen Akteuren; Prof. sind Vertreter*innen ihrer Klienten und An- und Zugehörigen: Positionen klären
- Umgehen von/ Umgang mit **„Wahrheit“**: different erlebt/ mit unterschiedlichen Personen an unterschiedlichen Orten diskutiert/ Professionellen erscheint Wahrheit als etwas, das es ggf. zu initiieren gilt
- **„fiktiver Zeitpunkt“**: (antizipierte Situationsveränderung) inhaltlich nicht gefüllt/ als mögliche (Be)drohung empfunden, impliziert möglicherweise einen Settingwechsel
- **Gebunden-Sein** kann sich beziehen auf Ort/ Person/ Situation, wird ebenso von Klienten wie auch von Angehörigen geäußert (physisch/moralisch)
- Sich selbst **Fremdwerden** oder den anderen als fremd erleben

Begrenzungen palliativer Sorgearrangements **bilden sich nicht im Auftrag von SAPV ab**: ungeklärter und nicht erfasster Beratungsbedarf, um die Versorgung stabil zu halten

Materialaussagen

- *„(...) sich nicht zu weit da in verschiedene Familiendispositionen einzulassen, sondern zu sagen: ´Ok, die Familie war schon immer so, ich werde die jetzt nicht plötzlich zusammenbinden, nur weil der stirbt (...) dann muss ich das nicht mehr retten“ (T 15/2/23)*
- *„Wahrheit nicht zumuten“, da „sie nicht verkräftet werden“ können. Es wird allerdings ebenfalls beschrieben, dass ihr Aussprechen entlastend wirken kann*
- *„(...) Im Team wird diskutiert wie man mit den Heilungsphantasien umgehe.“ (01_FP_22_01_007 CSB), denn man muss ´zur Sache kommen`.*
- *„(...) wir sind noch nicht soweit.“ (01_FP_11_02_008)*
- *„(...) ich kann hier ja nicht weg ...“ (T19/2/28)*
- *„(...) ich kenn´ mich ja gar nicht mehr wieder.“*

Hinweise auf innovative Potentiale

- Arbeit an Sektorengrenzen gestalten
- Differenter Umgang mit Wahrheit/ Entscheidungsfindung (Palliation & Rehabilitation; palliative Notfälle)
- Hohes Innovationspotential, geringe Struktur- und Weisungsgebundenheit erhalten
- Transdisziplinäres Vorgehen nutzt unterschiedliche Wissensformen für die Bearbeitung der Problemstellungen (Nachbar/ Psychologe)
- Begrenzungen palliativer Sorgearrangements definieren
- „Inszenierung“/ Dramaturgie des „guten Todes“ (T 12/1f/13) als Zielformulierung hinterfragen

Quellennachweise

- Adam-Paffrath, R. (2014):** Würde und Demütigung aus der Perspektive professioneller Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Ethik im ambulanten Pflegebereich. Frankfurt am Main.
- Beck, U. (2010):** Risikogesellschaft. Berlin
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2010):** Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64> (19.08.14)
- Greb U. (2006):** «Helfen» im Diskurs der Negativen Dialektik – einen Chiffre für pflegerisches Handeln, Pflege & Gesellschaft, Weinheim.
- Girtler, R. (2001):** Methoden der Feldforschung. Stuttgart.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015):** Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. <http://www.kbv.de/html/palliativversorgung.php> (27.08.15)
- Leibert, T. (2014):** Frauenerwerbstätigkeit in Deutschland und Europa. Leibniz-Institut für Länderkunde. Wiesbaden; <http://aktuell.nationalatlas.de> (20.09.14)
- Saunders, C. (2009):** Leben und Sterben. Zürich
- Strauss A., Corbin J. (2010):** Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim.
- Schnell, M.W., Schneider, W. & H. Kolbe (2014): Sterbewelten, Wiesbaden**
- Schneider N., Kern M., Nauck F. (2015):** Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland-Perspektiven für Praxis und Forschung“. Palliativmedizin 16 (02), 37-38.
- Schulze, G. (2005):** Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt am Main
- Schulze, U. & S. Niewohner (Hg.) (2004):** Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase – zwischen Autonomie und Fürsorge. Impulse aus dem Modellprojekt LIMITS Münster. Münster.
- Schulze, U. (2005):** Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase – Im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge. In: Klie, Th.; Buhl, A.; Entzian, H.; Hedke-Becker, A.; Wallrafen-Dreisow, H.: Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt a. M., 122-132.
- Schulze, U. (2014):** Caring. Zur Subjektorientierung im palliativen Setting. In: George, W. (Hg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen.