

BACHELORARBEIT

Herausforderungen von Pflegekräften bei der Versorgung von hirntoten Menschen

vorgelegt am 31. Mai 2021

von Lisa-Marie Moritz

1. Prüferin: Katrin Black-Köster (M.A.)
 2. Prüferin: Natascha Hochheim (Dipl. Pflegepädagogin)
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Problembeschreibung: Eine Organtransplantation ist für viele schwerkranke Menschen, welche auf ein neues Organ warten, eine Chance auf ein neues Leben. Im Jahr 2020 gab es 913 postmortale Organspenden in Deutschland. Der Organspendeprozess, welcher mit dem Hirntod beginnt, ist ein komplexer Prozess, bei dem die Pflegekräfte eine große Rolle spielen. Um die pflegerischen Tätigkeiten bei einem hirntoten Menschen auszuüben, ist es wichtig zu wissen, welche Aspekte und Herausforderungen bei der pflegerischen Betreuung und Versorgung eine Rolle spielen.

Forschungsziel: Ziel dieser Arbeit ist es, die Herausforderungen und psychischen Belastungsfaktoren bei der Betreuung und Versorgung hirntoter Menschen, potenzieller Organspender*innen und deren Angehörige zu definieren.

Methodik: Die Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche in den internationalen Datenbanken PubMed und CINAHL. Anhand der Fragestellung wurden Suchbegriffe definiert, um thematisch passende Studien zu erhalten. Weitere Literatur wurde durch eine Handsuche hinzugezogen.

Ergebnisse: Der Prozess der Organspende beinhaltet viele Belastungsfaktoren für Pflegekräfte. Die größten Belastungsfaktoren sind der (Hirn-)Tod, die Versorgung/Betreuung der (potenziellen) Organspender*innen und die Betreuung der Angehörigen. Die primäre psychische Belastung der Pflegekräfte liegt jedoch in der Betreuung der Angehörigen des/der hirntoten Patient*in und fordert Behutsamkeit und Feingefühl der Pflegenden. Die Angehörigen benötigen vielseitige Unterstützung der Pflegekräfte. Bei der Betreuung von (potenziellen) Organspender*innen spielt die persönliche Einstellung, Haltung und Wissen zur Organspende der Pflegenden jedoch auch eine wichtige Rolle und entscheidet über mögliche Belastungen und Konflikte.

Fazit: Pflegekräfte haben eine wichtige und bedeutsame Rolle im Organspendeprozess. Sie sollten sich mit dem Thema Hirntod und Organspende auseinandergesetzt haben, um über das benötigte Wissen zu verfügen und die potenziellen Belastungsfaktoren zu kennen. Ebenso ist es wichtig sich eine eigene Meinung über das Thema zu bilden.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	I
1 Einleitung.....	1
2 Begriffsbestimmungen und theoretische Grundlagen	2
2.1 Hirntod	2
2.2 Organspende	4
2.3 Entnahmekrankenhaus.....	5
3 Problembeschreibung und Fragestellung.....	7
4 Methodisches Vorgehen.....	9
5 Allgemeine Belastung der Pflegekräfte auf der Intensivstation	11
5.1 Emotionale Belastung.....	13
5.2 Strukturelle Belastung.....	13
6 Pflegerische Aufgaben bei (potenziellen) Organspender*innen.....	14
7 Psychische Belastung der Pflegekräfte bei hirntoten Menschen und potenziellen Organspender*innen	16
7.1 (Hirn-) Tod als Belastungsfaktor	19
7.2 Versorgung /Betreuung der Organspender*innen auf der Intensivstation.....	21
7.3 Betreuung der Angehörigen.....	23
8 Wichtige Aspekte bei der Betreuung und Versorgung von (potenziellen) Organspender*innen	27
8.1 Haltung	28
8.2 Einstellung	29
8.3 Wissen der Pflegekräfte zur Organspende.....	30
9 Fazit.....	32

Literaturverzeichnis.....	35
Anhangsverzeichnis.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords psychische Belastungen der Pflegenden auf der Intensivstation auf PubMed	9
Tabelle 2: Keywords Belastung Hirntod/ Organspender*innen der Pflegenden in PubMed und Cinahl	11

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema Spendererkennung	5
Abbildung 2: Anzahl der Krankenhäuser der Kategorien 2020.....	7
Abbildung 3: Anzahl der Organspender*innen nach Krankenhaus Kategorien 2020	7
Abbildung 4: Belastung bei der Pflege von hirntoten Menschen (n=213).....	22
Abbildung 5: Abnahme der Belastung bei der Betreuung von hirntoten Menschen mit zunehmender Berufserfahrung	23
Abbildung 6: Empfindung der Belastung bei der Kommunikation mit Angehörigen von hirntoten Menschen (n=363).....	27
Abbildung 7: Einstellung zur Organ- und Gewebespende der Pflegekräfte (n=363)	29
Abbildung 8: Wissensstandserhebung zum Thema Organspende der Pflegekräfte (n=363)	31

Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
IHA	Irreversibler Hirnfunktionsausfall
TPG	Transplantationsgesetz

1 Einleitung

Eine Organtransplantation ist für viele schwerkranke Menschen, welche auf ein neues Organ warten, eine Chance auf ein neues Leben. In Deutschland werden 9.463 Organe (Stand: 12/20) (DSO, 2021, S. 8) benötigt. Die Menschen erhoffen sich von einer Organtransplantation eine Verlängerung ihres Lebens und eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Demgegenüber stehen im Jahr 2020 insgesamt 2.941 postmortal gespendete Organe (DSO, 2021, S. 8), die in Deutschland im vergangenen Jahr von 913 postmortalen Organspender*innen (DSO, 2021, S. 8) kamen. Die Tendenz der postmortalen Organspender*innen ist 2020 im Vergleich zu 2019 (932 postmortalen Organspender*innen) um 2,0 Prozent gesunken (DSO, 2021, S. 8). Im Durchschnitt werden von einem/einer postmortalen Spender*in 3,2 Organe gespendet.

Der Organspendeprozess ist ein komplexer und facettenreicher Prozess, in dem ein interdisziplinäres Team involviert ist. Die Betreuung eines/einer Hirntoten, potenziellen Organspender*in, ist keine alltägliche Situation und wird häufig als anspruchsvoll, intensiv und belastend beschrieben und als sehr individuelle Arbeitsbelastung erlebt. Sie ist mit einem hohen Maß an Verantwortung verbunden. Der Prozess beinhaltet die Diagnose bis zur Organexplantation (Simonsson et al., 2020). Der Organspendeprozess beinhaltet zahlreiche Aufgaben, die gleichzeitig ausgeführt werden müssen. Es erfordert ebenso eine fachliche Kompetenz und die Unterstützung der Kolleg*innen (Simonsson et al., 2020). Der erste Schritt für eine erfolgreiche Organtransplantation ist die bestmögliche intensivmedizinische- und pflegerische Betreuung des/der Organspender*in. Die Betreuung erfolgt in der Regel auf einer Intensivstation, wo es bereits einige potenzielle Belastungsfaktoren gibt.

Ziel der Bachelor-Arbeit soll es sein, potenzielle psychische Belastungen von Pflegekräften im Kontakt mit (potenziell) hirntoten Menschen und im weiteren Verlauf bei der Betreuung eines/einer potenziellen Organspender*in und deren Angehörige zu beschreiben.

Zu Beginn der Arbeit (Kapitel 2) werden grundlegende Begriffe und theoretische Grundlagen definiert, um ein besseres Verständnis über den Hirntod, einer Organspende und Entnahmekrankenhäuser zu erhalten. Im Anschluss (Kapitel 3) folgt die Problembeschreibung mit der Fragestellung. Anschließend wird das methodische Vorgehen beschrieben (Kapitel 4). Im fünften Kapitel werden allgemeine Belastungsfaktoren auf der Intensivstation beschrieben, dazu zählen emotionale Belastungen und strukturelle Belastungen. Die pflegerischen Aufgaben bei (potenziellen) Organspender*innen werden im Anschluss in Kapitel sechs erläutert. Die psychischen Belastungen werden in Kapitel sieben beschrieben. Dieses wird in drei Kategorien unterteilt, um die drei größten Belastungsfaktoren zu beschreiben: (Hirn-)Tod als Belastungsfaktor, Versorgung/Betreuung der Organspender*innen auf der Intensivstation und die Betreuung der Angehörigen. Bei der Betreuung von (potenziellen) Organspender*innen gibt es wichtige Aspekte, die ebenfalls zu Belastungsfaktoren führen können. Dazu zählen die Haltung, die Einstellung und das Wissen der Pflegekräfte zur Organspende (Kapitel 8). Zum Schluss folgt das Fazit (Kapitel 9).

Englischsprachige Zitate wurden von der Autorin ins Deutsche übersetzt.

2 Begriffsbestimmungen und theoretische Grundlagen

2.1 Hirntod

Der Hirntod wird als „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ oder auch als der „unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen“ definiert, wobei die Gesamtfunktion des Klein-, Großhirns und Hirnstamms erlischt. Das Herz-Kreislauf-System kann nur mithilfe von intensivmedizinischen Maßnahmen künstlich aufrechterhalten werden (DSO, 2016, Kapitel 3, S. 1). Der Hirntod tritt ein, wenn das gesamte Gehirn nicht mehr durchblutet wird, es stirbt ab. Dieses ist die Folge einer schweren Hirnschädigung. Die Hirnschädigung kann zum Beispiel in Folge einer schweren Schädel-Hirn-Verletzung durch äußere Einwirkungen, zum Beispiel durch einen Unfall, verursacht werden. Es können jedoch auch Erkrankungen, wie zum Beispiel Hirnblutungen, Hirntumore, Schlaganfälle oder Hirnhautentzündungen, zu einem Hirntod führen (DSO, 2016, Kapitel 3, S. 1).

Den Hirntod müssen zwei erfahrene Fachärzt*innen, die den/die Patient*in unabhängig voneinander untersuchen, diagnostizieren. Die Hirntod-Diagnostik wird durchgeführt, wenn eine direkte oder indirekte Hirnschädigung zweifelsfrei festgestellt wird. Sobald die Voraussetzungen erfüllt sind, werden alle vorgeschriebenen klinischen Symptome der gesamten Hirnfunktionen geprüft:

- Prüfung auf Vorliegen eines tiefen Komas (tiefe Bewusstlosigkeit)
- Prüfung des Ausfalls der Hirnstamm-Reflexe
- Prüfung des Ausfalls der Spontan-Atmung

Eine apparative Untersuchung ist erforderlich, wenn nicht alle klinischen Ausfallssymptome geprüft werden können (DSO, 2016, Kapitel 3, S. 5).

Der Hirntod lässt sich in vier Phasen aufteilen:

1. „*Der Komapatient*“: Der Patient liegt im Koma und alle versuchen ihn zu retten (Schäfer, 2017).
2. „*Ein Hirntoter?*“: Es kommt die Frage nach einem Hirntod auf, erste Anzeichen deuten darauf hin, zum Beispiel tiefes Koma und weite lichtstarre Pupillen (Schäfer, 2017).
3. „*Durchführung der Hirntoddiagnostik*“: Die Hirntoddiagnostik wird durchgeführt (Schäfer, 2017).
4. „*Der Hirntote*“: Der Hirntod wurde diagnostiziert (Schäfer, 2017).

Sobald der irreversible Hirnfunktionsausfall diagnostiziert wurde, ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt (DSO, 2016, Kapitel 3, S. 1).

Verstorbene, bei denen der Hirntod nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt worden ist und keine medizinischen Ausschlusskriterien zur Organspende aufgrund der Funktion der Organe oder die Gefährdung des Empfängers durch übertragbare Krankheiten vorliegen, werden als potenzielle Organspender bezeichnet (DSO, 2021, S. 53).

2.2 Organspende

Eine Organspende darf nur durchgeführt werden, wenn rechtliche und medizinische Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Regelungen sind genau in dem Transplantationsgesetz (TPG) geregelt. Zu den Voraussetzungen für die postmortale Organspende gehören der diagnostizierte Hirntot und eine Zustimmung zur Organ- und/oder Gewebespende (DSO, 2016, Kapitel 2, S. 1).

Sobald der irreversible Hirnfunktionsausfall bevorsteht oder vermutet wird, dass er bereits eingetreten ist, steht eine potenzielle Organspende im Raum. Hierfür ist ausschlaggebend, was der Patient gewollt hätte. In einem ersten orientierten Gespräch mit den behandelnden Ärzt*innen und den Angehörigen wird versucht, den Wunsch des/der Patient*in nach einer Organspende zu ermitteln. Die weiteren intensivmedizinischen Maßnahmen richten sich nach Therapie-, Therapieziel- und Prognosegesprächen. Das Vorgehen richtet sich dabei nach dem (mutmaßlichen) Patientenwillen, welcher im besten Fall schriftlich oder mündlich geäußert wurde. Wenn der Wunsch des/der Patient*in nicht bekannt ist, entscheiden die Angehörigen mit der Frage, was der Patient*in gewollt hätte (DSO, 2016, Kapitel 5, S. 1-6).

Wenn kein Organspendewunsch vorliegt, kann die Therapie des/der Patient*in bereits vor der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls begrenzt werden. Dies geschieht mit dem Ziel der palliativen Symptomlinderung und der Sterbebegleitung (DSO, 2021, S. 6).

Hatte der/die Hirntote jedoch den Wunsch einer Organspende, werden die intensivmedizinischen Maßnahmen fortgeführt. Das Herz-Kreislauf-System und die Organfunktionen werden bis zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls aufrechterhalten. Ist der irreversible Hirnfunktionsausfall eingetreten, wird die Zustimmung zur Organspende von den Angehörigen (erneut) eingeholt. Bis zur postmortalen Organspende werden die intensivmedizinischen Maßnahmen weiterhin fortgeführt und intensiviert, um ein bestmögliches Outcome der Organe zu ermöglichen. Der Zeitraum bis zur Transplantation kann Stunden bis Tage dauern. In Deutschland wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 3,2 Organe pro Spender entnommen (DSO, 2021, S. 9).

Sobald mindestens ein Organ zum Zwecke der Transplantation entnommen wird, zählt der/die Verstorbene als Organspender*in (DSO, 2021, S. 53).

Ein detaillierter Ablauf der Spendererkennung befindet sich in der nachfolgenden Abbildung 1.

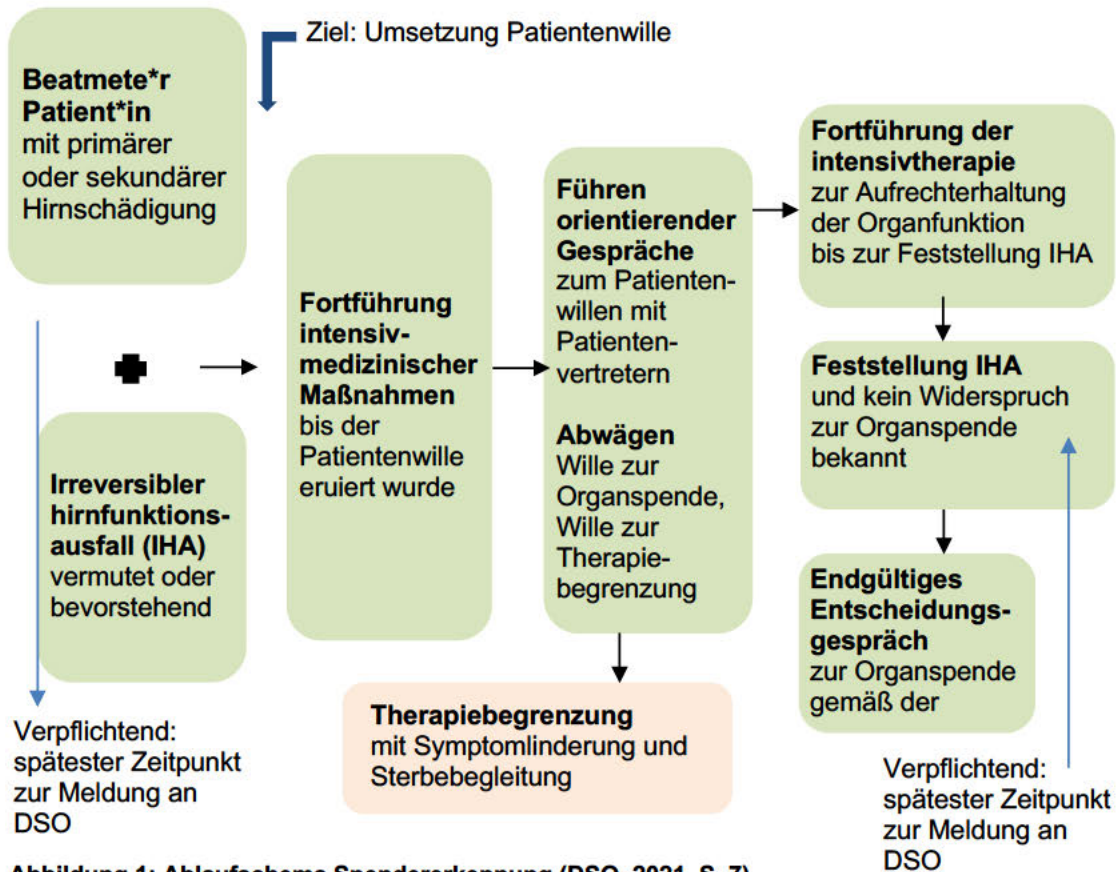


Abbildung 1: Ablaufschema Spendererkennung (DSO, 2021, S. 7)

In Deutschland gilt als gesetzliche Grundlage die Entscheidungslösung. Dies bedeutet, dass Organe und Gewebe nach dem Tod nur entnommen werden dürfen, wenn die verstorbene Person diesem zur Lebenszeit zugestimmt hat. Sollte keine Entscheidung vorliegen, werden die Angehörigen des/der Patient*in nach einer Entscheidung gefragt (BZgA, o. J.).

2.3 Entnahmekrankenhaus

In Deutschland führen „Entnahmekrankenhäuser“ die Organspende durch. Diese werden nach § 9a TPG definiert und müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die Krankenhäuser müssen nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sein, Organentnahmen zu ermöglichen. Sie haben die

Aufgabe den endgültigen, irreversiblen Ausfall des Gesamthirns nach ärztlicher Beurteilung des potenziellen Organspenders festzustellen und dieses der DSO mitzuteilen. Ebenso müssen sie sicherstellen, dass die Entnahme der Organe in einem Operationssaal durchgeführt wird und diese dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entspricht, damit die Qualität und Sicherheit der entnommenen Organe gewährleistet wird. Das medizinische Personal, welches in den Prozess eingebunden ist, muss für die Aufgaben der Organspende qualifiziert sein (DSO, 2021, S. 19).

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist die bundesweite Koordinationsstelle für Organspende und begleitet alle Abläufe in der Akutsituation. Sie möchte möglichst vielen Menschen auf der Warteliste durch eine Organtransplantation mit einem geeignetem Spenderorgan helfen. Sie vertritt die Interessen der verstorbenen Organspender*innen und begleitet die Angehörigen während des gesamten Prozesses. Die Mitarbeiter der DSO unterstützen die Krankenhäuser im Interesse einer bestmöglichen Effizienz und Qualität. Sie sind ebenso der Ansprechpartner in der Krankenhausbetreuung und -beratung (DSO 2020 S. 36).

In Deutschland gibt es rund 1.250 Entnahmekrankenhäuser (DSO, 2021, S. 45). Diese werden, um sie bundesweit einheitlich vergleichbar zu machen, in drei Kategorien eingeteilt:

A: Universitätskliniken: 38 Krankenhäuser

B: Krankenhäuser mit Neurochirurgie: 125 Krankenhäuser

C: Krankenhäuser ohne Neurochirurgie: 1.085 Krankenhäuser

Anzahl Krankenhäuser nach Kategorien 2020

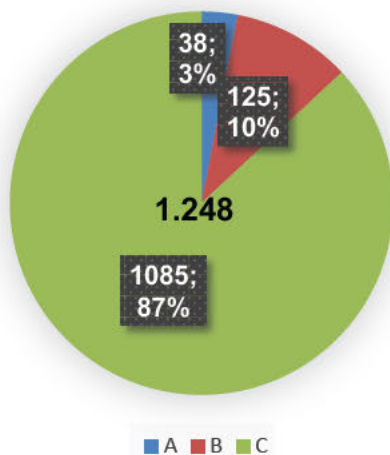


Abbildung 2: Anzahl der Krankenhäuser der Kategorien 2020 (DSO, 2021, S. 67)

Organspender nach Krankenhaus-Kategorie 2020

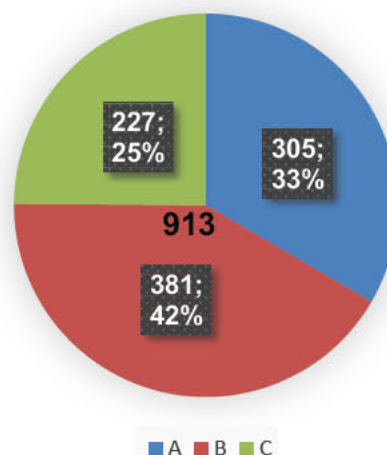


Abbildung 3: Anzahl der Organspender*innen nach Krankenhaus Kategorien 2020 (DSO, 2021, S. 67)

In Abbildung 3 wird die Anzahl der Organspender*innen nach den Kategorien der Krankenhäuser im Jahr 2020 dargestellt. Die Kategorie A ist mit 38 Krankenhäusern die kleinste Kategorie. Sie hatte im Jahr 2020 305 Organspender*innen, das entspricht im Durchschnitt etwa 8,03 Organspender*innen im Jahr pro Krankenhaus. Kategorie B ist die zweitgrößte Kategorie mit 125 Krankenhäusern. Sie hatte im Jahr 2020 381 Organspender*innen zu verzeichnen, dies entspricht etwa 3,05 Organspender*innen im Jahr pro Krankenhaus. Am meisten Krankenhäuser umfasst die Kategorie C mit 1.085 Krankenhäusern. Sie haben jedoch die kleinste Menge mit 227 Organspender*innen im Jahr 2020 gehabt. Dieses entspricht circa 0,2 Organspender*innen pro Krankenhaus im Jahr. Dies zeigt deutlich die Häufigkeit eines/einer Organspender*in im Krankenhaus und verdeutlicht, dass die Situation einer Organspende nicht alltäglich ist.

3 Problembeschreibung und Fragestellung

Pflegekräfte stehen Patient*innen in allen Phasen ihrer Erkrankungen bei und sind zusätzlich Ansprechpartner*innen für die Angehörigen. Auf einer Intensivstation gibt es eine Menge an potenziellen Belastungsfaktoren. Die Diagnose Hirntod und ein/eine (potenzielle) Organspende ist ein nichtalltäglicher komplexer Prozess und beinhaltet zusätzliche

Belastungsfaktoren für Pflegekräfte auf einer Intensivstation. Eine Organspende wird von Pflegenden als vielfach belastend erlebt. Dieses wird in mehreren Studien untersucht und beschrieben (Flodén & Forsberg, 2009; Moghaddam et al., 2018; Simonsson et al., 2020). Die Pflegenden betreuen den/die Hirntote, potenzielle*n Organspender*in von der Diagnose Hirntod über die Zustimmung der Angehörigen zum Organspendeprozess bis zum Abschluss der Organspende. Zusätzlich betreuen die Pflegenden die Angehörigen der Hirntoten (Moghaddam et al., 2018).

Die erstmalige Betreuung und Versorgung eines/einer Organspender*in wurde als einer der anspruchsvollsten Tage in der beruflichen Laufbahn beschrieben (Simonsson et al., 2020). Pflegekräfte sind meist diejenigen, die die ersten Anzeichen des Hirntodes erkennen. Verdächtige Anzeichen können weite Pupillen, Hypothermie, Polyurie oder ein hoher intrakranieller Druck sein (Hiemetzberger, 2016, S. 135; Simonsson et al., 2020).

Die intensivmedizinische Versorgung des/der Hirntoten sowie die Betreuung der Angehörigen ist für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung, denn dem/der Hirntoten kann selbst nicht mehr geholfen werden. Die Pflegenden begleiten die Hirntoten sowie die Angehörigen bis zur Organtransplantation, wenn dies dem Willen des/der Patient*in entspricht. Fachliche Kompetenz, professionelle Pflege sowie die eigene Haltung zur Organspende sind wichtig und entscheiden über den Verlauf der Organspende. Die Bewältigung von schwierigen und komplexen pflegerischen Aufgaben, wie eine Organspende, führt häufig zu negativen mentalen und psychischen Auswirkungen (Salehi et al., 2013).

Zu der sonst stressigen Situation auf der Intensivstation, kommt die nichtalltägliche Situation eines/einer (potenziellen) Organspender*in hinzu. Pflegende erleben teilweise Konflikte zwischen ihren Gefühlen und ihrer beruflichen Pflicht (Salehi et al., 2013). Die Belastungsfaktoren können zu einer psychischen Belastung führen. Somit ergibt sich für die Autorin folgende Fragestellung:

Welche psychischen Belastungen erleben Pflegekräfte im Kontakt mit hirntoten Menschen (potenziellen Organspender*innen) und ihren Angehörigen?

Um die Fragestellung zu beantworten, werden die allgemeinen psychischen Belastungsfaktoren auf einer Intensivstation dargestellt. Im nächsten Schritt werden die pflegerischen Aufgaben bei einem hirntoten Menschen beschrieben. Im Anschluss werden dann die Belastungsfaktoren und Herausforderungen der Pflegekräfte, welche im Kontakt mit hirntoten Menschen und im weiteren Verlauf des Organspendeprozess auftreten, dargelegt. Hierzu gehört ebenso die Frage nach der Haltung, der Einstellung und dem Wissen der Pflegekräfte zum Thema Organspende.

4 Methodisches Vorgehen

Die systematische Literaturrecherche hat von April bis Mai 2021 stattgefunden. Sie erfolgte über die Datenbanken PubMed (Public Medicine) und Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

Zunächst wurde recherchiert, welche allgemeinen psychischen Belastungsfaktoren auf einer Intensivstation auftreten. Hierfür wurde mit folgenden Keywords recherchiert, ins Englische übersetzt und mit „OR“ und „AND“ verknüpft:

Suchbegriff Deutsch	Suchbegriff Englisch
Psychische Belastung	psychological strain, psychological stress, mental stress
Intensivstation	critical care, intensive care units
Pflegekräfte	Nurses, caregiver

Tabelle 1: Keywords psychische Belastungen der Pflegenden auf der Intensivstation auf PubMed

Die Recherche wurde auf Publikationen von 2010 bis 2021 eingegrenzt und gefiltert. Die Ergebnisse wurden auf die Sprachen Deutsch und Englisch eingeschränkt. Da bei den Ergebnissen viele Studien über Covid-19 dabei waren, wurde dieses als Ausschlusskriterium hinzugefügt. Im ersten Schritt

wurden die Überschriften sowie der Abstract durchgelesen. Hierbei konnten die Ergebnisse gefiltert werden. Im nächsten Schritt wurde der Volltext durchgelesen und geprüft, ob diese mit der Fragestellung zusammenpassen. Zusätzlich zu der Datenbankrecherche in „PubMed“ wurden eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt sowie Referenzlisten anderer Literatur herangezogen. Es erfolgte ebenfalls eine Handrecherche in der Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Soziale Arbeit & Pflege und in der Bibliothek der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg, hier wurde nach Zeitschriften und Veröffentlichungen zum Thema recherchiert.

Im nächsten Schritt wurde sich mit der Fragestellung „Welche psychischen Belastungen erleben Pflegekräfte im Kontakt mit hirntoten Menschen (potenziellen Organspender*innen) und ihren Angehörigen?“ beschäftigt. Die Recherche wurde auf Publikationen von 2005 bis 2021 eingegrenzt und gefiltert. Ebenso wurden hier die Ergebnisse auf die Sprachen Deutsch und Englisch eingeschränkt. Zusätzlich zur Datenbanksuche wurden ebenfalls eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt sowie Referenzlisten anderer Literatur herangezogen. Die Suche bei PubMed ergab zunächst 69 Treffer und bei Cinahl 92 Treffer. Im ersten Schritt wurden die Überschriften sowie der Abstract durchgelesen. In diesem Schritt konnten die Ergebnisse auf 24 Ergebnisse bei PubMed und 22 Ergebnisse bei Cinahl gefiltert werden. Die doppelten Ergebnisse wurden herausgefiltert. Im nächsten Schritt wurde der Volltext durchgelesen und geprüft, ob diese mit der Fragestellung zusammenpassen. Am Ende konnten 8 relevante Studien bei PubMed und eine relevante Studien bei Cinahl herausgefiltert werden. Im Anhang befinden sich eine detaillierte Übersicht der Suchstrategie auf PubMed (Anhang A.1) und Cinahl (Anhang A.2) sowie das PRISMA Flow-Diagramm (Anhang B).

Für die systematische Literaturrecherche wurde folgende Keywords verwendet, ins Englische übersetzt und mit „OR“ und „AND“ verknüpft:

Suchbegriff Deutsch	Suchbegriff Englisch
Pflegekraft	Caregiver, nurses, nursing
Hirntod, Organspender	brain death, organ donors
Belastung, Herausforderung, Stressoren	Burden, experience, stressors

Tabelle 2: Keywords Belastung Hirntod/ Organspender*innen der Pflegenden in PubMed und Cinahl

Zusätzlich zu der Recherche in „PubMed“ und „Cinahl“ wurde ebenfalls eine Handrecherche in der Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Soziale Arbeit & Pflege und in der Bibliothek der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg durchgeführt. Hier wurde nach Zeitschriften und Veröffentlichungen zum Thema recherchiert.

5 Allgemeine Belastung der Pflegekräfte auf der Intensivstation

Auf einer Intensivstation werden schwerkranke Menschen behandelt. Die Pflegekräfte tragen eine hohe Verantwortung. Die Intensivpflege ist hoch spezialisiert und bewegt sich häufig im Grenzbereich zwischen Leben und Tod. Die Pflegekräfte sind für die Patient*innen 24 Stunden rund um die Uhr da. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sie einer Vielzahl an Faktoren ausgesetzt sind. Diese könnten zum Beispiel physisch, chemisch, biologisch oder psychosozial sein. In einer Studie von Isfort et al. (2012) gaben 81,2% der Leitungskräfte an, dass die empfundene Arbeitsbelastung vom Jahr 2010 zum Jahr 2011 gestiegen sei. Dies kann man zum Beispiel an der steigenden Zahl der ernsthaften und längerfristigen Erkrankungen (zum Beispiel Burnout, Depression oder ernsthafte Muskel- oder Skeletterkrankungen), der steigenden Krankheitshäufigkeit/-länge und an der kurzfristigen Krankheitswiederholung von einzelnen Mitarbeiter*innen erkennen (Isfort et al., 2012, S. 50).

Psychische Belastungen kommen verstärkt auf der Intensivstation vor (Ganster, 2011). Die objektiven Arbeitsbelastungen und das subjektive Belastungserleben ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen überdurchschnittlich hoch (Melzer, 2020). In der Studie von Hiemisch et al. (2011) wird beschrieben, dass 31,1% der Pflegekräfte an psychischer Arbeitsbelastung leiden. Eine Folge von zu hohen psychischen Belastungen könnte Burnout sein.

Eine psychische Belastung wird laut DIN Norm EN ISO 10075-1 folgendermaßen definiert: *„Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“*

Die in der Definition beschriebenen Einflüsse ergeben sich aus den Arbeitsbedingungen. Diese lassen sich wie folgt beschreiben:

- **Arbeitsaufgabe:** *„Art und Umfang der Tätigkeit“* (Joiko et al., 2010, S. 9) (zum Beispiel Verantwortung, Patientenversorgung oder -betreuung)
- **Arbeitsmittel:** *„alle technischen Komponenten am Arbeitsplatz wie Werkzeuge, Vorrichtungen, Maschinen, Geräte“* (Joiko et al., 2010, S. 9) (zum Beispiel Beatmungsgeräte oder Überwachungsmonitore)
- **Arbeitsumgebung:** *„physikalisch-chemisch-biologische Arbeitsumgebung“* (Joiko et al., 2010, S. 9) (zum Beispiel Arbeitsklima, Lärm oder Gerüche)
- **Arbeitsorganisation:** *„Regelung der Arbeitszeit, Art und Weise der Reihenfolge von Tätigkeiten oder Arbeitsablauf“* (Joiko et al., 2010, S. 9) (zum Beispiel Schichtdienst oder Pausen)
- **Arbeitsplatz:** *„direkte Arbeitsumgebung des Einzelnen mit Arbeitsstuhl und -tisch“* (Joiko et al., 2010, S. 9) (zum Beispiel die Patientenzimmer)

Das Belastungsempfinden hängt von den individuellen Voraussetzungen, wie zum Beispiel den Fähigkeiten, Erfahrungen oder der Einstellung, ab. Die psychische Belastung kann langfristig zu allgemeinen psychosomatischen Störungen und Erkrankungen, zum Beispiel Kopfschmerzen, Burnout, Fehlzeiten, Fluktuation oder Frühverrentung, führen (Joiko et al., 2010, S. 11).

In den folgenden Abschnitten werden einige beispielhafte Belastungsfaktoren auf der Intensivstation beschrieben. Eine detaillierte Auflistung von Belastungen im Pflegeberuf kann bei Höhmann et al. (2016) nachgelesen werden.

5.1 Emotionale Belastung

Die emotionalen Anforderungen von Pflegekräften können auf einer Intensivstation enorm sein. Die Sterblichkeitsrate ist in einem Krankenhaus auf der Intensivstation am höchsten (van Dam et al., 2013). Pflegekräfte werden fast täglich mit dem Tod konfrontiert. Sie sind auf der Intensivstation im ständigen Kontakt mit schwerkranken und sterbenden Patient*innen und ihren Angehörigen und tragen eine große Verantwortung. Sie müssen sich in Folge dessen mit einem hohen Ausmaß an körperlichen und seelischen Leids der Patient*innen auseinandersetzen (Meraner & Sperner-Unterweger, 2016). Dies führt zu vielen potenziellen Belastungsfaktoren auf der Intensivstation. Wenn der Patient stirbt, empfinden Pflegenden eventuell das Gefühl des Versagens, Unzufriedenheit oder haben sogar Schuldgefühle. Ebenso ist eine invasive Behandlung, obwohl die Situation des/der Patient*in (zum Beispiel bei einem schweren Trauma oder älteren Patient*innen) aussichtslos erscheint, belastend (Köllner et al., 2011). Den Pflegekräften fällt manchmal die professionelle Distanzierung zum/zur Patient*in schwer, besonders wenn Patient*innen länger auf der Station liegen (Ganster, 2011). Ein wichtiger Bestandteil der Pflegenden auf der Intensivstation ist die Betreuung der Angehörigen. Diese kann verschiedene Gefühle auslösen, eines davon ist beispielsweise das Schuldgefühl, welches auftreten kann, wenn die Pflegenden die Erwartungen der Angehörigen nicht erfüllen (Ganster, 2011).

5.2 Strukturelle Belastung

Die strukturelle Belastung beinhaltet viele potenzielle Belastungsfaktoren. In diesem Absatz werden einige Beispiele von struktureller Belastung genannt. Auf der Intensivstation ist häufig ein Personalmangel. Dieses führt dazu, dass die Pflegekräfte wenig Zeit für Patient*innen und einen hohen Zeitdruck haben (Hiemisch et al., 2011). Es gibt ebenso einen ständigen Wechsel von Routineaufgaben und Notfällen, was zu Hektik und Stress führen kann (Teufert & Bercker, 2015, S. 24). Es kommt zusätzlich zu einem hohen Verwaltungsaufwand, zum Beispiel die ausführliche Dokumentation, der viel Zeit in Anspruch nimmt (Hiemisch et al., 2011). Intensivpflegekräfte sind einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt, da im Akutbereich oft nicht sofort klar ist, ob Patient*innen beim Eintreffen an einer ansteckenden Krankheit leiden.

Dieses führt zu Unsicherheit und ist eine belastende Situation für das ganze interdisziplinäre Behandlungsteam (Ganster, 2011).

Pflegekräfte arbeiten in der Regel im Schichtdienst, das heißt, dass sie auch am Wochenende und in der Nacht arbeiten. Dieses wird bei den meisten als belastend beschrieben. Ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus kann langfristig zu negativen Auswirkungen führen (Ganster, 2011; Hiemisch et al., 2011). Pflegende stehen häufig durch den Schichtdienst unter Anspannung, Nervosität, leiden unter Schlafstörungen und sind häufig einer zunehmenden Isolation durch einen Mangel an sozialen Kontakten ausgesetzt.

Lärm auf der Intensivstation hat ein enormes Stresspotenzial und kann bei zu hoher Intensität Befindlichkeitsstörungen und Unruhe auslösen, denn auf der Intensivstation kommt es vermehrt zu Alarmmeldungen der Geräte, wie zum Beispiel Beatmungsgeräte, Infusionsgeräte oder Monitore und verschiedener Arbeitsgeräusche (Hirsch, 2015; Höhmann et al., 2016). Eine gehörschädigende Wirkung kann bereits bei etwa 65 Dezibel eintreten. Der durchschnittliche Geräuschpegel liegt etwa zwischen 50,53 und 53,79 Dezibel. Auf einer Kinderintensivstation ist der durchschnittliche Geräuschpegel sogar etwas höher und liegt bei 61,01 Dezibel (Hirsch, 2015). Eine zu hohe Lärmexposition kann zu pathologischen Folgen führen (Ganster, 2011; Hirsch, 2015). Weitere Aspekte des Lärms können in dem Artikel „Störfaktor Lärm (1)“ von Hirsch (2015) nachgelesen werden.

6 Pflegerische Aufgaben bei (potenziellen) Organspender*innen

Der/die (potenzielle) Organspender*in wird weiterhin auf einer Intensivstation betreut und versorgt. Sobald die endgültige Diagnose des Hirntodes abgeschlossen ist und der/die Hirntote für eine Organentnahme in Frage kommt, beginnt die Phase der organerhaltenden Behandlung für den/die potenzielle*n Organspender*in (Ungerer et al., 2020). Diese Phase beinhaltet neben den allgemeinen Belastungsfaktoren auf der Intensivstation zusätzliche Belastungsfaktoren für die Pflegekräfte.

Eine würdige Versorgung sollte gewährleistet sein, sie sollte auf dem Respekt vor dem/der Organspender*in und den Angehörig*innen beruhen (Simonsson et al., 2020). Die pflegerischen Maßnahmen werden aufrechterhalten oder sogar intensiviert. Die Versorgung des/der potenziellen Organspender*in erfolgt nach den gleichen pflegerischen Basisprinzipien wie bei anderen Patient*innen (Simonsson et al., 2020). Sie sind sehr aufwendig und zeitintensiv. Die pflegerischen Maßnahmen bei einem/einer potenziellen Organspender*in gelten nicht nur dem/der Hirntoten, sondern gleichzeitig auch dem/der anonymen Empfänger*in (BZgA, 2011a). Die Behandlungs- und Pflegemaßnahmen beeinflussen die Organfunktion, welche im Falle einer Organspende ein besseres Outcome für den/die Empfänger*in bringen könnte (Rahmel, 2017).

Der Organspendeprozess erfordert hohe Anforderungen an die persönlichen Merkmale, wie zum Beispiel die Fähigkeit Empathie zu zeigen. Die Unterstützung der Angehörigen und die Durchführung der Interventionen zur Erhaltung der Organe sollte im Gleichgewicht stehen, sie kommt jedoch schnell zur Verschiebung (Simonsson et al., 2020). Als wichtig wird auch erachtet, dass noch nicht so erfahrene Kolleg*innen Unterstützung von erfahrenen Pflegenden erhalten (Simonsson et al., 2020). Die Pflegenden überwachen den/die Hirntote, führen Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen durch und unterstützen bei den notwendigen Untersuchungen.

Intensivpflegende sollten über das Thema Organspende und über spezifische Veränderungen, die sich aus der Diagnose ergeben, gut informiert sein, um Probleme rechtzeitig zu erkennen und Komplikationen zu vermeiden (Rahmel, 2017). Die Ziele der Therapie zur Organprotektion sind im Wesentlichen organ- und problembezogen (Sicksch, 2011). Da im Gehirn die Funktionen erloschen sind, ist die Regelung des Körpers aufgehoben und es treten infolgedessen häufig Probleme und Komplikationen auf, welche engmaschig beobachtet und kontrolliert werden müssen (DSO, 2016, Kapitel 8, S. 1-6; Rahmel, 2017; Sicksch, 2011):

- Lazarus-Zeichen
- Diabetes insipidus centralis
- Hyperglykämien
- Hyper-/ Hypotonie
- Elektrolytentgleisung/ -störungen
- Hyper-/ Hypothermie
- Organdysfunktionen

Zusätzlich müssen regelmäßig Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur, Diurese, periphere Sauerstoffsättigung, Elektrolytkontrollen, zentraler Venendruck sowie die Beatmungsparameter kontrolliert werden. Der/die Organspender*in benötigt, wie bereits beschrieben, die gleiche pflegerische Zuwendung wie andere Intensivpatienten. Somit erhält er/sie auch dieselbe grundpflegerische Versorgung wie andere Patient*innen. Hierzu gehören zum Beispiel: Waschen, Betten, Rasieren oder Lagern. Am wichtigsten sind jedoch die Augenpflege, Bronchialtoilette, Lagerung und die Behandlung der Hypothermie, um die Organe und das Gewebe in einem bestmöglichen Zustand zu erhalten und einer Infektion vorzubeugen (Klein, 2004; Lemes & Bastos, 2007).

Die konsequente Durchführung von organprotektiven Intensivmaßnahmen ist von wichtiger und entscheidender Bedeutung für den Erfolg der Transplantation und der erste Schritt zur erfolgreichen Therapie der Empfänger*in. Die professionelle Fortführung der Behandlungs- und Pflegemaßnahmen beeinflusst die Organfunktion und ist wichtig für den/die Empfänger*in (Rahmel, 2017).

7 Psychische Belastung der Pflegekräfte bei hirntoten Menschen und potenziellen Organspender*innen

Pflegekräfte stellen rund um die Uhr die Versorgung des/der Patient*in sicher. Der komplexe Prozess einer Organspende ist für sie emotional herausfordernd und belastend (Drexler, 2015; Simonsson et al., 2020). Im Kontakt mit diesem Prozess entstehen immer wieder kleinere, aber auch größere Herausforderungen, welche als Stress empfunden werden können.

Eine ethische Herausforderung besteht darin, wenn die Pflegekräfte bereits Informationen zum Verdacht auf einen Hirntod des/der Patient*in haben oder sich selber Gedanken zu dieser Diagnose in Bezug auf den/der Patient*in machen, sie jedoch keine Informationen an die Angehörigen weitergeben dürfen (Drexler, 2015): *„Das ist eine schwierige Situation, weil ich im Prinzip weiß, was auf sie zukommt oder wie die Situation ist. ... Dann wird hinter verschlossenen Türen unter Ärzten und Pflegern die Transplantation schon angesprochen, aber die Angehörigen wissen im Prinzip noch gar nichts, dann folgt ja noch der Schritt, dass DSO [Deutsche Stiftung Organtransplantation] involviert wird.“* (Drexler, 2015). Aber auch die Durchführung medizinischer Interventionen, bevor die Angehörigen über die mögliche Diagnose Hirntod beziehungsweise eine mögliche Organspende informiert werden, ist eine ethische Herausforderung: *„In ihren Augen sagen wir eins und tun dann etwas ganz anderes.“* (Flodén & Forsberg, 2009). Die Pflegekräfte berichten deshalb von einer Erleichterung, sobald die Entscheidung einer Organspende getroffen wurde (Flodén & Forsberg, 2009).

Der Pflegeprozess eines/einer (potenziellen) Organspender*in ist einzigartig und erfahrene Pflegekräfte erleben ihn genauso stressig wie beim ersten Mal (Moghaddam et al., 2018; Simonsson et al., 2020). Sie wissen, wie wichtig die Erhaltung der Lebensfähigkeit der Organe ist und berichten von Ängsten, zum Beispiel haben sie Befürchtungen, dass die Organe des/der Hirntoten die Lebensfähigkeit für eine Organspende verlieren könnten (Moghaddam et al., 2018). Sobald sie mehrere Intensivpatient*innen betreuen, erhält der/die (potenziell) Hirntote weniger Pflege als die anderen Patient*innen (Drexler, 2015). Diese Aussage der Pflegenden wird auch in der Studie von Moghaddam (2018) bestätigt. Wenn sich Pflegekräfte um Hirntote kümmern, deren Organe nicht gespendet werden sollen, kommt es vor, dass sie sich nebenbei noch um andere Patient*innen kümmern müssen. Dieses kann ferner zu Schuldgefühlen führen, wenn der/die andere schwerkranke Patient*in mehr Pflege erhält. Die Pflegekräfte befinden sich in einer ethischen Zwickmühle: *„Wenn Sie gebeten werden, sich um einen Nicht-Organspender und einen Patienten, der viel Pflege braucht, zu kümmern, wissen Sie wirklich nicht, wie Sie die Pflege für beide durchführen sollen. Richtig, der Nicht-Organspender wird nicht zur*

Transplantation gehen. Aber manchmal braucht der andere Patient so viel Pflege, dass man sich nicht um den hirntoten Patienten kümmern kann. Das ist mir passiert. Dann dachte ich, dass sie auch Menschen sind und das Recht haben, versorgt zu werden. Aber die Bedingungen waren so, dass ich die Fürsorglichkeit nicht bieten konnte.....“ (Moghaddam et al., 2018).

Während des Abstellens der Geräte, nachdem die Diagnose Hirntod diagnostiziert und die Einwilligung zu einer Organspende nicht erteilt worden ist, ist es nach Angaben von Pflegenden wichtig, dass sie vor Ort präsent sind (Drexler, 2015). Es wird beschrieben, dass die Betreuung von (potenziell) hirntoten Menschen ähnlich der eines/einer palliativen Patient*in zu sehen ist. Die Betreuung von (potenziell) hirntoten Patienten und deren Angehörigen liegt in der Sterbebegleitung: *„Letztendlich wie so einen palliativen Menschen zu verabschieden....“* (Drexler, 2015)

Die Kommunikation wird innerhalb des Behandlungsteams von (potenziell) Organspender*innen unterschiedlich wahrgenommen und beschrieben. Auf einigen Intensivstationen wird das Thema als *„ein absolutes Tabuthema“* dargestellt und als *„Verdrängnis“* gesprochen (Drexler, 2015). Pflegende empfinden es jedoch als belastend nicht darüber zu sprechen und würden sich gerne austauschen (Drexler, 2015).

Zu den bereits beschriebenen Herausforderungen und Belastungen lassen sich drei größere Belastungskategorien bestimmen, welche in den nachfolgenden Kapiteln genauer beschrieben werden:

- (Hirn-)Tod als Belastungsfaktor
- Versorgung/Betreuung der Organspender*innen auf der Intensivstation
- Betreuung der Angehörigen

Das Hauptmotiv der Pflegekräfte ist zu wissen, dass die Lebensqualität anderer Menschen durch eine Organspende verbessert werden kann. Dieses Wissen motiviert Pflegende, weshalb sie sich intensiver um die Familien und die Organspender*innen kümmern (Moraes et al., 2015). Die Mehrheit der

Pflegenden würden sich eine Rückmeldung über die Organspende wünschen. Dies ergab die Studie der BZgA (2011). Für etwa 64% der Pflegekräfte ist eine Rückmeldung über den Erfolg/Misserfolg der transplantierten Organe für die Arbeit im Transplantationsprozess wichtig, 23% der Pflegenden empfanden eine Rückmeldung als nicht wichtig und 14% machten dazu keine Angaben (BZgA, 2011b, S. 55).

7.1 (Hirn-) Tod als Belastungsfaktor

Sobald der Hirntod medizinisch diagnostiziert wurde, können Gefühle wie Trauer, Frustration und Enttäuschung auftreten. Mit der Diagnose Hirntod wurde bestätigt, dass diesem/dieser Patient*in nicht mehr geholfen werden kann und er/sie nicht mehr zurückkommen wird. Die weitere Arbeit und Behandlung scheinen von diesem Zeitpunkt an erfolglos zu sein: *„Die Arbeit, die Sie für den Patienten tun, jedoch aber wissen, dass er zerfallen wird, scheint unter diesem Gesichtspunkt erfolglos zu sein, sagte ich. Weil sie sich nicht erholen werden und man enttäuscht ist, dass sie nicht zurückkommen werden ...“* (Moghaddam et al., 2018).

Bei der Wahrnehmung des/der Hirntoten entsteht eine Diskrepanz zwischen den objektiven Fakten und dem theoretischen Wissen. Auf dem ersten Blick gleicht der/die Hirntote einem/einer schlafenden oder komatösen Patient*in. Das Erscheinungsbild des/der Hirntoten deckt sich nicht mit dem Bild eines/einer Toten. Wenn man Hirntote anschaut, erkennt man, dass sich der Thorax hebt und senkt. Der Puls ist tastbar und eine arterielle Blutdruckkurve wird am Monitor angezeigt. Der/die Hirntote fühlt sich warm an, scheidet weiterhin Urin aus und es können teilweise spinale Reflexautomatismen auftreten (Drexler, 2015; Hiemetzberger, 2016, S. 127; Maier, 2015).

Bei einigen Pflegekräften kommen Zweifel der Genauigkeit der Diagnose Hirntod auf (Salehi et al., 2013; Souza et al., 2013). Wie bereits beschrieben sieht der/die Hirntote auf den ersten Blick nicht so aus als sei er/sie tot. *„Weißt du, manchmal hast du Zweifel daran, dass er tot ist, weil das Herz immer noch schlägt...“* (Souza et al., 2013). Manchmal kann es auch vorkommen, dass spinale Reflexe bei dem/der Hirntoten zu beobachten sind. Dieses kann

erschreckend wirken. Es sieht so aus, dass der/die Patient*in sich bewegt oder etwa sich aufrichtet (Salehi et al., 2013): *„...Wenn er/sie als Reflex seine/ihre Hand nach oben hebt, denkt man plötzlich, er/sie könnte aufwachen, was wäre, wenn er/sie zurück kommt, sie sollten es nicht eilig haben, vielleicht wacht er auf. Ich kann sagen, ich verlasse mich zu 80% auf die Diagnose...“* (Salehi et al., 2013).

Bei der Betreuung von hirntoten Patient*innen treten Hilflosigkeit, Schuldgefühle und Angst von Nachlässigkeit auf. Es können ebenso Gefühle auftreten, dass der Hirntod das Ergebnis eines Misserfolgs oder Versagens von den Pflegekräften auf Grund von mangelndem Wissen oder mangelnder Erfahrung sein könnte. Aber auch Gefühle die Rolle als Pflegekraft nicht erfüllt zu haben (Moghaddam et al., 2018; Souza et al., 2013). *„Bei diesem Patienten denke ich, dass wir manchmal das Gefühl haben, versagt zu haben. Sie tun alles für ihn und dann sehen Sie, dass es nichts gebracht hat...“* (Souza et al., 2013).

In der Studie von Souza et al. (2013) wurde beschrieben, dass die überwiegende Mehrheit der potenziellen Organspender*innen junge Menschen sind, deren Leben unerwartet und plötzlich zu Ende ist. Diese Tatsache ist ein weiterer Stressfaktor. Pflegende können sich teilweise an einzelne Patient*innen, deren Angehörige oder Situationen erinnern (Souza et al., 2013). In anderen Studien geht hervor, dass Pflegekräfte es als zusätzliche Belastungen empfinden, je jünger der/die Hirntote ist (Drexler, 2015; Flodén & Forsberg, 2009; Lemes & Bastos, 2007) oder die Ursache für die Diagnose eine traumatische Ursache hat (Moraes et al., 2015). Einige Pflegekräfte sehen den Tod als Misserfolg oder unmenschlich (Flodén & Forsberg, 2009).

Die Möglichkeit einer Organspende ist ein großer Erfolg der Medizin, die es möglich macht, anderen Menschen durch eine Organspende das Leben zu retten. Einige Pflegekräfte motiviert es und sie sehen den Hirntod als Chance. Sie empfinden es als positiv bei einem Organspendeprozess beteiligt zu sein: *„Es ist sehr groß und fantastisch, dass wir einen Beitrag leisten können, dass wir so vielen Menschen helfen können. Es ist fantastisch, seine gesunden*

Organe einem anderen geben zu können, wenn man sie nicht mehr braucht.“
(Flodén & Forsberg, 2009).

7.2 Versorgung /Betreuung der Organspender*innen auf der

Intensivstation

Wenn die Voraussetzungen für eine Organspende gegeben sind, beginnt ein neuer Intensivmaßnahmen- und Pflegeabschnitt auf der Intensivstation (Rahmel, 2017). Die Versorgung der Verstorbenen wird von allen Beteiligten als eine große Herausforderung empfunden, da diesen Patient*innen selbst nicht mehr geholfen werden kann (Simonsson 2019). Das Ziel der weiteren Behandlung ist nun der Funktionserhalt und die Funktionsüberprüfung der Organe, die zur Transplantation vorgesehen sind. Die Pflegenden versorgen und betreuen ab dem Zeitpunkt der Hirntodfeststellung einen toten Menschen. Die Betreuung eines/einer (potenziellen) Organspender*in ist eine beruflich und ethische herausfordernde Situation und wird im Vergleich zu anderen Intensivpatient*innen als körperlich anstrengender empfunden (Flodén & Forsberg, 2009). Die große Verantwortung einen/eine (potenzielle*n) Organspender*in zu betreuen beinhaltet die Notwendigkeit eine würdevolle Situation zu schaffen. Die Pflegekräfte sollten dem/der (potenzielle*n) Organspender*in und deren Angehörigen Respekt und Würde entgegenbringen und sich gleichzeitig bestmöglich um die Organerhaltung kümmern (Flodén & Forsberg, 2009).

Studien beschreiben, dass die Betreuung von Organspendern und der damit verbundene Prozess zur Organerhaltung, die Vorbereitung zur Operation und die Organentnahme für Pflegekräfte als schwer und stressig empfunden wird (Drexler, 2015; Flodén & Forsberg, 2009; Salehi et al., 2013). *„...die Pflege dieses Patienten ist für mich sehr stressig, da sie gut versorgt werden sollten. Wir versuchen, sie für den Empfänger gut zu pflegen; ihre Organe sollten keine Probleme haben, damit sie nach der Transplantation gut funktionieren...“* (Salehi et al., 2013). Die Betreuung eines Organspenders und die damit verbundenen Intensivmaßnahmen zur Organprotektion ist eine anspruchsvolle Tätigkeit und wird als unangenehm (Drexler, 2015) beschrieben. Sie wird jedoch meist als professionell bewältigt empfunden. Die Belastung kann jedoch

auch so hoch sein, dass die Pflegenden den/ die Hirntot*e nicht mehr betreuen können (Drexler, 2015).

In der Studie der BZgA (2011) geht es um die Einstellung, das Wissen und Verhalten von Pflegekräften zur Organ- und Organspende. Hier nahmen Pflegekräfte aus Deutschland aus den Bereichen Chirurgie, Intensivstation und Transplantationsabteilung aus Krankenhäusern mit Transplantationsabteilung teil, sowie Pflegekräfte aus Krankenhäusern ohne Transplantationsabteilung, jedoch mit neurologischer Intensivstation. Die Zielpersonen haben einen Fragebogen mit verschiedenen Fragen ausgefüllt. Hier kam unter anderem heraus, dass der Großteil der Pflegekräfte (82%) die Pflege von hirntoten Menschen immer oder manchmal als belastende Situation empfinden. Insgesamt empfanden lediglich 19% die Pflege von hirntoten Menschen als nicht belastend (Abbildung 4).

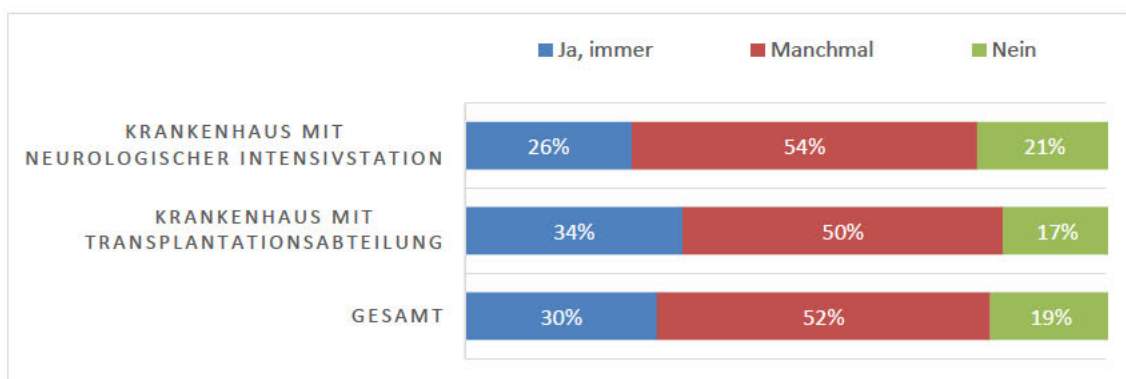


Abbildung 4: Belastung bei der Pflege von hirntoten Menschen (n=213) (BZgA, 2011b, S. 40)

In derselben Studie der BZgA (2011) wurde ebenfalls untersucht, ob die Belastung bei der Betreuung von hirntoten Menschen mit zunehmender Berufserfahrung der Pflegekräfte abnimmt. Hierbei gaben 42% der Befragten an, dass dieses nicht der Fall sein. 47% gaben an, dass die Belastung zumindest manchmal abnimmt und nur drei Prozent sagten aus, dass die Belastung mit zunehmender Berufserfahrung völlig abnimmt (Abbildung 5).

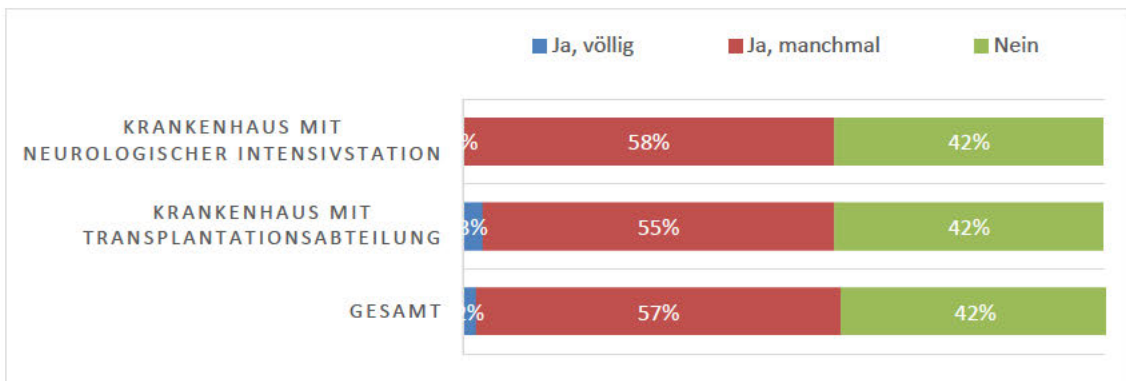


Abbildung 5: Abnahme der Belastung bei der Betreuung von hirntoten Menschen mit zunehmender Berufserfahrung (BZgA, 2011b, S. 42)

7.3 Betreuung der Angehörigen

Eine besondere und somit die größte Herausforderung ist der Umgang und die Kommunikation mit den Angehörigen des/der potenziellen Organspender*in und gehört damit zu einer der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben in diesem Organspendeprozess (Flodén & Forsberg, 2009; Grammenos et al., 2014; Moghaddam et al., 2018; Simonsson et al., 2020; Söffker et al., 2014). In der Studie von Bein et al. (2003) wurde nach der Belastung bei der Betreuung eines/einer hirntoten Patient*in und die Betreuung der Angehörigen gefragt. Hier wurde bestätigt, dass die Betreuung der Angehörigen als belastender empfunden wird als die Betreuung des/der hirntoten Patient*in (Bein et al., 2003).

Die Betreuung der Angehörigen durch die Pflegekräfte wird meist als selbstverständlich angesehen und beginnt bereits bei der Aufnahme des/der Patient*in. Die Angehörigen benötigen in mehreren Phasen des Prozesses Unterstützung der Pflegekräfte, welche sie hierbei begleiten können: Überbringung der Todesnachricht und der Realisierung, Entscheidungsprozess einer Organspende und beim Abschied vom/von der Verstorbenen (Schnelzer, 2014, S. 102). Die Phasen erfordern Behutsamkeit, Empathie, Feingefühl und eine gewisse Art von Einfühlung (BZgA, 2011a, S. 32). Die Pflegekräfte können die Angehörigen vielfach unterstützen.

- *„Praktische Unterstützung“*: Hierbei können die Pflegenden praktische Hilfe bereitstellen, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Besuchszeiten, die Versorgung mit Getränken und Speisen oder durch die Einbeziehung der Angehörigen in die pflegerische Versorgung des/der (potenziell) Hirntoten (Tewes & Brause, 2018).
- *„Emotionale Unterstützung“*: Hierbei vermitteln die Pflegekräfte den Angehörigen zum Beispiel Halt, Vertrauen oder Sensibilität und stehen ihnen beiseite (Tewes & Brause, 2018).
- *„Unterstützung durch Informationen“*: Angehörige möchten regelmäßig Informationen erhalten. Sie stellen zum Beispiel Fragen zur Diagnose, zu Arztgesprächen oder das weitere Vorgehen (Tewes & Brause, 2018).
- *„Geistige Unterstützung“*: Diese kann durch eine individuelle Betreuung der Angehörigen und durch die Akzeptanz der Normen entstehen (Tewes & Brause, 2018).

Sobald der Hirntod im Raum steht und die Hirntoddiagnostik beginnt, ist die Betreuung des/der potenziell Hirntoten und der Angehörigen besonders schwierig und anspruchsvoll (Drexler, 2015). Die behandelnden Ärzt*innen sprechen mit den Familienmitgliedern des/der Hirntoten und erklären ihnen die Diagnose und den weiteren Vorgang. Die Angehörigen müssen sich nun nicht nur mit dem Akutereignis auseinandersetzen, sondern auch mit dem meist plötzlichen Tod des Familienmitglieds (Drexler, 2015). Die Angehörigen erhoffen sich Besserung des Zustandes ihres geliebten Menschen, doch plötzlich verlieren sie ihn/sie. Bei den Hinterbliebenen kann es zu unterschiedlichen Reaktionen, wie zum Beispiel Verzweiflung, Weinen oder Gefühl von tiefer Traurigkeit kommen. Die Pflegenden sollten den Angehörigen nah sein, ihnen zur Verfügung stehen und zuhören. Die Gefühle der Angehörigen und die Gesamtsituation löst bei vielen Pflegekräften oftmals starken Stress aus (Souza et al., 2013). Oftmals fragen die Angehörigen die Pflegenden auch nach Informationen zum/zur Hirntoten oder der Diagnose (Simonsson et al., 2020).

Eine zusätzliche Belastung für die Angehörigen ist die Frage nach einer Organspende. Die Frage wird in einem Gespräch mit den Angehörigen, den

behandelnde Ärzt*innen, dem/der Koordinator*in für die Organspende und eventuell den Pflegekräften versucht zu klären. Die Angehörigen sind in einem emotionalen Ausnahmezustand und haben Schwierigkeiten mit dem Akutereignis des Hirntodes umzugehen und sehen sich häufig mit der Frage nach einer Organspende überfordert (Ungerer et al., 2020). Ihnen sollte etwas Freiraum gegeben werden und es muss sichergestellt werden, dass die Angehörigen die Informationen zur Diagnose Hirntod und dem weiteren Vorgehen richtig verstanden haben. Die Pflegenden haben Schwierigkeiten den Hirntod den Angehörigen zu erklären, sie empfinden es als stressig und unangenehm und versuchen es zu vermeiden.

Ärztliche Auskünfte und Informationen aus Gesprächen oder anderen Quellen werden häufig bei den Pflegekräften reflektiert und nachgefragt (BZgA, 2011a, S. 32) Die Angehörigen verstehen auch teilweise nicht immer alles aus den Gesprächen mit den Ärzt*innen, da eventuell Fachbegriffe verwendet werden, und fragen anschließend bei den Pflegenden erneut nach. Diese vielen Fragen können weitere Belastungssituationen verursachen (Drexler, 2015), da sich die Pflegenden nicht immer gut vorbereitet fühlen (Moraes et al., 2015). Die Angehörigen sollten sich mit der Frage nach einer Organspende nicht unter Druck gesetzt gefühlt.

In der Studie von Moraes (2015) wird beschrieben, dass die Anwesenheit der Pflegekräfte in Gesprächen mit Ärzt*innen und Angehörigen wichtig sei. Die Anwesenheit der Pflegekräfte bei dem Gespräch der Ärzt*innen mit den Angehörigen ist ebenfalls wichtig, da sie täglich mit den Angehörigen Kontakt und eventuell eine bessere Beziehung als andere Personen aus dem interdisziplinären Behandlungsteam zu ihnen haben. Außerdem ist es bedeutsam über den Verlauf bestens informiert zu sein (Moraes et al., 2015). In der Studie von Drexler (2015) wird jedoch die Aussage getätigt, dass die Pflegekräfte häufig bei den Informationsgesprächen mit den Angehörigen nicht anwesend sind. Dadurch wissen sie häufig nicht, auf welchem Stand die Angehörigen sind und müssen häufig bei den Ärzt*innen nachfragen *„... Oft weiß man dann auch nicht, auf welchem Stand sind die jetzt wirklich genau ... man muss immer noch rückfragen, das ist schon immer so ein bisschen schwierig*

dann, was kann man da jetzt so genau sagen, an was muss ich noch denken.“
(Drexler, 2015).

Die Trauer von Angehörigen erschweren den Umgang mit der Situation zusätzlich. Pflegende erleben den Kontakt mit einem/einer potenzielle*r Organspender*in als belastend und können unter psychischen Reaktionen leiden. Betroffene erzählten von emotionaler Müdigkeit, Schlafstörungen und Verdauungsstörungen, wie zum Beispiel Übelkeit und Appetitlosigkeit, da sie häufig an den/die Organspender*in denken und sich teilweise fragen, ob die getroffene Entscheidung nach einer Organspende richtig war (Salehi et al., 2013).

Im Mittelpunkt der Beziehung von den Pflegekräften zu den Angehörigen steht die Anwesenheit, Demut und die Professionalität. Eine professionelle Haltung, aber auch eine professionelle Distanz gegenüber den Angehörigen soll den Pflegenden in der Situation helfen (Flodén & Forsberg, 2009). Es wird ebenfalls als sehr schwierig, unangenehm und schmerzhaft beschrieben, mit den Angehörigen in der Trauerphase konfrontiert zu sein und die Gefühle der Angehörigen gegenüber des/der Hirntoten zu beobachten und sich zu stellen. Auf Grund der verstärkten emotionalen Gefühle kann es vorkommen, dass die Pflegenden mit der Situation überfordert sind und mit den Angehörigen weinen. *„Der Moment, in dem Familien merken, dass ihr Patient hirntot ist und sie ihn besuchen kommen, ist eine sehr schmerzhaft Szene. Familien reagieren heftig, ich kann mich nicht kontrollieren, weil ich es nicht ertrage. Manchmal weine ich mit ihnen...“* (Moghaddam et al., 2018).

Einige Pflegende haben Schuldgefühle gegenüber den Angehörigen, wenn sie das Thema Organspende ansprechen und sehen sich in der Pflicht ihr Wissen für eine eventuell bevorstehende Organspende an die Angehörigen weiterzugeben (Simonsson et al., 2020). Es passiert auch, dass die Angehörigen das medizinische Personal, insbesondere die Pflegekräfte, für den Hirntod verantwortlich machen. Diese Beschuldigung verursacht eine zusätzliche Belastung und Stress und könnte zusätzliche Schuldgefühle verursachen. *„Ihr Patient ist hirntot und die Familie gibt dir die Schuld. Man*

kann diese Last nicht abnehmen und erklären, es ist sehr schwer...“
(Moghaddam et al., 2018)

Häufig erzählen die Angehörigen von ihren Geliebten, was die Pflegenden emotional trifft (Simonsson et al., 2020). Manchmal haben die Angehörigen Zweifel, ob ihr Familienmitglied wirklich tot ist. Sie sehen das schlagende Herz und die Vitalfunktionen am Monitor. Sie haben Schwierigkeiten den Tod zu verstehen und zu akzeptieren, besonders wenn es ein Kind ist. Dieser Aspekt in der Pflege ist schwierig, sie versuchen den Angehörigen zu erklären, dass ihr/ ihre Angehörige*r tot ist (Moraes et al., 2015).

In der Studie von der BZgA (2011) wurde nach der Belastung im Umgang und der Kommunikation mit den Angehörigen von hirntoten Menschen gefragt. Hier erkennt man, dass ein Großteil (82%) der Befragten die Kommunikation mit den Angehörigen als belastend ansehen. Für 14 % sei die Situation keine Belastung und 5 Prozent machten dazu keine Angaben. In der Abbildung 6 ist zu sehen, dass aus den Antworten der Pflegekräfte aus den Krankenhäusern mit neurologischer Intensivstation und Krankenhäusern ohne Transplantationsabteilung kein relevanter Unterschied hervorgeht.

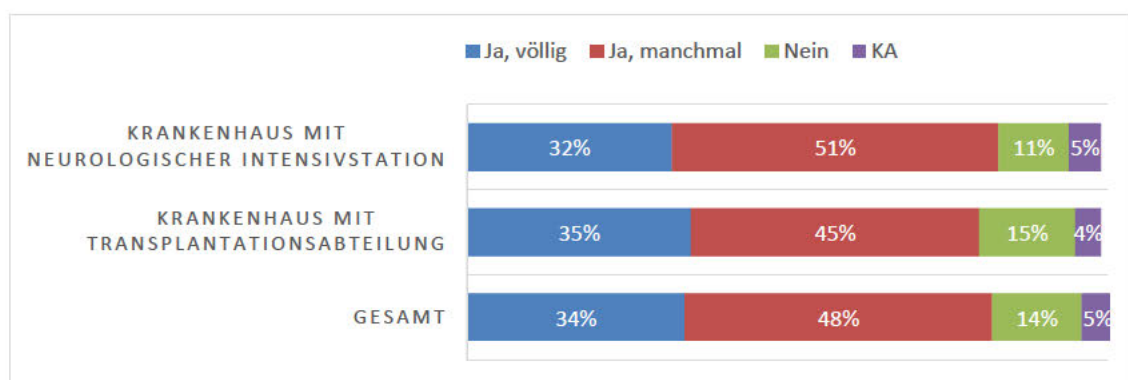


Abbildung 6: Empfindung der Belastung bei der Kommunikation mit Angehörigen von hirntoten Menschen (n=363) (BZgA, 2011b, S. 47)

8 Wichtige Aspekte bei der Betreuung und Versorgung von (potenziellen) Organspender*innen

Das Thema Organtransplantation ist eine besondere Aufgabe in der Pflegepraxis, wobei es um mehr als rein pflegerisch-qualitative Aspekte geht. Es geht nicht allein um Wissen und Erfahrung. Bedeutsam ist auch die

Vorstellung über Leben und Tod, sowie die eigene Einstellung und Haltung in Bezug auf eine Organspende. Dies erfordert eine persönliche und professionelle Auseinandersetzung mit dem komplexen Thema (BZgA, 2011b).

In mehreren Studien wurde beschrieben, dass die persönliche Einstellung und Haltung zur Organspende eine wichtige Rolle bei der Betreuung von (potenziellen) Organspender*innen spielt. Das spezifische Fachwissen über die Diagnose Hirntod und die pflegerischen Aspekte bei der Versorgung von Hirntoten, potenziellen Organspender*innen ist jedoch ebenfalls wichtig (Flodén & Forsberg, 2009; Grammenos et al., 2014; Söffker et al., 2014).

8.1 Haltung

Die Einstellung und Haltung der Pflegekräfte ist in der Art und Weise entscheidend, wie die Pflegenden den/die (potentielle*n) Organspender*in pflegen und betreuen (Flodén & Forsberg, 2009):

- *Haltung 1 „Ich kann das Leiden lindern“: „Wenn man einen guten Job machen will, muss man sich selbst als Werkzeug in der Beziehung zur Familie sehr einfühlsam einsetzen, man muss präsent sein und sich trauen, der Familie nahe zu kommen«. »Mein Ziel ist es, eine würdevolle Situation für den Spender und die Familie zu schaffen, verbunden mit der Übergabe der Leiche in bestmöglichem Zustand an die chirurgische Abteilung.“ (Flodén & Forsberg, 2009)*
- *Haltung 2 „Meine Pflicht ist es, für die Lebenden und nicht für die Toten zu sorgen“: Diese Haltung ist für die würdevolle Versorgung und Betreuung von (potenziellen) Organspender*innen schwierig und macht es fast unmöglich die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfüllen (Flodén & Forsberg, 2009).*
- *Haltung 3 „Das Wichtigste ist, neutral zu bleiben“: Bei dieser Haltung ist aufgefallen, dass die Pflegenden weniger proaktiv auf eine mögliche Spende hinarbeiten: „Ich glaube nicht, dass es meine Aufgabe ist, dieses Thema mit der Familie anzusprechen...“ (Flodén & Forsberg, 2009).*

- Haltung 4 „Der ganze Prozess ist unangenehm“: Der Prozess wird als unangenehm empfunden „...natürlich mache ich das, weil es sonst nicht passieren würde...“ (Flodén & Forsberg, 2009)

Es zeigt sich, dass eine neutrale Haltung der Pflegenden nicht ausreicht, um sich bedürfnisorientiert um die Angehörigen zu kümmern (Flodén & Forsberg, 2009). Die Haltung spielt auch eine wichtige Rolle bei der Belastung von den Pflegenden. Bei Pflegekräften, welche „Haltung 4“ haben, ist es wahrscheinlicher psychische Belastungen zu empfinden. Sie empfinden den Prozess als unangenehm und pflegen die Person wahrscheinlich nur, weil sie sich dazu gezwungen fühlen. Bei der „Haltung 1“ treten eventuell nicht so viele Belastungsfaktoren auf. Sie sehen es als selbstverständlich und haben Ziele vor sich.

8.2 Einstellung

Die Einstellung zur Organspende ist genauso wichtig wie die Haltung. In der Studie der BZgA (2011) wurde die Einstellung in Deutschland in einer qualitativen Studie erfasst. Hierbei kam heraus, dass rund 80% der Befragten der Pflegekräfte eine positive Einstellung zur Organ- und Transplantationsspende haben (Abbildung 7). Die Ergebnisse der Einstellung zur Organspende spiegelten sich auch in der Studie Grammenos et al. (2014) wieder, 78% der Pflegekräfte waren positiv gegenüber einer Organspende gestimmt (Grammenos et al., 2014).

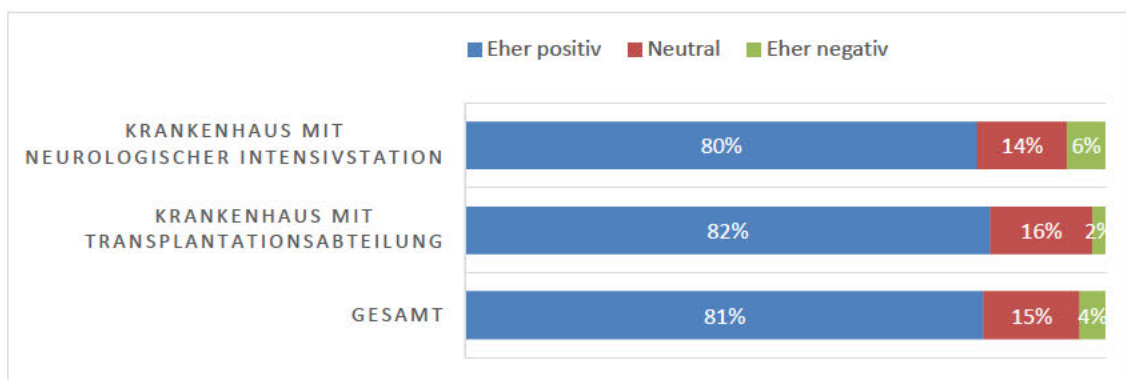


Abbildung 7: Einstellung zur Organ- und Gewebespende der Pflegekräfte (n=363) (BZgA, 2011b, S. 31)

Die positive Einstellung spiegelt sich auch mit den Ergebnissen der Bereitschaft der eigenen Organ- und Gewebespende wieder. Insgesamt wären circa 76% der Befragten der BZgA (2011) und Söffker et al. (2014) zu einer Organ- und Gewebespende bereit. Auch hier gab es zwischen den Krankenhäusern mit Transplantationsabteilung und den Krankenhäusern mit neurologischer Abteilung keine relevanten Unterschiede. In der Studie von Grammenos et al. (2014) lag die Spenderbereitschaft etwas niedriger, 66% der Pflegekräfte gaben eine Spenderbereitschaft an. Hier gab es jedoch kleine Unterschiede zwischen Kliniken mit Transplantationszentrum (60% positiv, 24% negativ und 16% waren unsicher) und Kliniken ohne Transplantationszentrum (69% positiv, 16% negativ und 15% waren unsicher) (Grammenos et al., 2014). Insgesamt haben etwa 44% bis 62% der Pflegekräfte einen Organspendeausweis (BZgA, 2011b; Grammenos et al., 2014; Söffker et al., 2014). Zu den Gründen der Ablehnung der Organspende gehören zum größten Teil Nichtakzeptanz des Hirntodkonzeptes, Angst vor Missbrauch durch Organhandel sowie Unversehrtheit des eigenen Körpers nach dem Tod (Söffker et al., 2014).

Die Akzeptanz des Hirntodes als Tod spielt bei den Belastungsfaktoren ebenfalls eine wichtige Rolle. Wer den Hirntod nicht als Tod akzeptiert, hat mehr Schwierigkeiten den/die Hirntote*n zu betreuen. In der Studie von Grammenos et al. (2014) wurde nach der Akzeptanz gefragt, 79% der Pflegekräfte akzeptieren den Hirntod als Tod, 14% waren unsicher und 7% der Pflegekräfte sehen den Hirntod nicht als Tod des Menschen an (Grammenos et al., 2014).

8.3 Wissen der Pflegekräfte zur Organspende

Bei der Betreuung eines/einer Organspender*in ist es wichtig spezifische Veränderungen, welche sich aus der Diagnose Hirntod und dem Ausfall des Regulationsorgans Gehirn ergeben, zu kennen. Ziel ist es, die Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Deshalb ist es wichtig, sich mit dem Thema auseinander zu setzen und über die Komplikationen informiert zu sein, um sie frühzeitig zu erkennen (Simonsson et al., 2020).

In mehreren Studien wurde der Wissensstand der Pflegenden als wichtiger Faktor angegeben und untersucht (BZgA, 2011b; Salehi et al., 2013). In der Studie der BZgA (2011) kam heraus, dass sich Pflegekräfte insgesamt zu 82% gut bis sehr gut über das Thema Organspende und Hirntoddiagnostik informiert fühlen. Hierbei gibt es zwischen Krankenhäusern mit neurologischer Intensivstation (79% gut bis sehr gut) und Krankenhäuser mit Transplantationsabteilung (84% gut bis sehr gut) leichte Unterschiede bei der Wissenserhebung, was in Abbildung acht zu erkennen ist (BZgA, 2011b, S. 21).

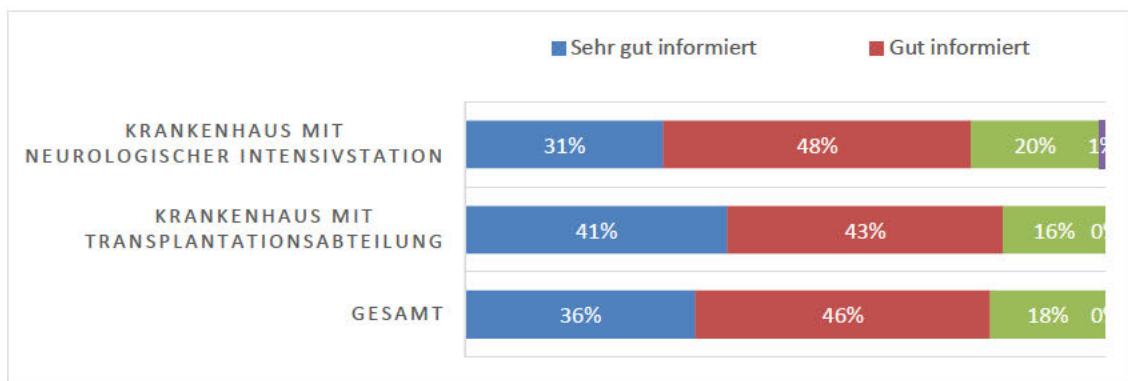


Abbildung 8: Wissensstandserhebung zum Thema Organspende der Pflegekräfte (n=363) (BZgA, 2011b, S. 21)

In einigen Studien wurde jedoch auch ein Mangel an Wissen in Bezug auf die Versorgung und die Erhaltung der Organe der Organspender*innen festgestellt (Lemes & Bastos, 2007; Salehi et al., 2013). Dieses Defizit erhöht den Stress während der Pflege (Salehi 2013). Das Thema Organspende und Transplantationsprozess wird teilweise nur unzureichend in der Berufsschule vermittelt (Salehi et al., 2013). Das benötigte Wissen und die Informationen seien häufig im Kontakt mit solchen Situationen und durch erfahrene Kolleg*innen, Ärzt*innen des Tranplantations- und Koordinationsteams oder Fortbildungen angeeignet worden (Salehi et al., 2013). „...da ich nicht auf der Intensivstation für Neurologie und Trauma Intensivstation gearbeitet hatte, hatte ich keine wissenschaftlichen Informationen über einige der damit verbundenen Sorgen. Meine Kenntnisse und Informationen, die ich während meiner Ausbildung erlangte, waren auch nicht ausreichend, aber die Ärzte standen mir zur Verfügung und führten mich. ...“ (Salehi et al., 2013).

Weiterbildungen und Schulungen sind sehr wichtig und helfen insbesondere im Hinblick auf die Angehörigen und die ethischen Aspekte im Organspendeprozess weiter. Trotzdem ist es unmöglich sich vollständig auf die erste Situation mit einem/einer Hirntoten vorzubereiten und diese ersetzen nicht die jeweiligen Erfahrungen (Simonsson et al., 2020). Viele der Pflegenden würden sich mehr Vorbereitungen auf das Thema Hirntod und Organspende, durch zum Beispiel Schulungen oder Weiterbildungen wünschen (Moraes et al., 2015; Salehi et al., 2013; Simonsson et al., 2020).

9 Fazit

Pflegekräfte erleben auf einer Intensivstation eine Vielzahl an Belastungen. Dieses können zum Beispiel emotionale oder strukturelle Belastungen sein. Wenn Pflegende in die Situation kommen, eine*n Hirntote*n, potenzielle*n Organspender*in zu betreuen und zu versorgen, können eine Menge weiterer psychischer Belastungsfaktoren auftreten. Die Pflege von (potenziellen) Organspender*innen ist keine alltägliche Situation. Eine Organspende ist jedoch eine wichtige Möglichkeit, um die Lebensqualität oder das Leben von Menschen zu verbessern und zu retten. In der Studie der BZgA (2011) gaben 82% der Pflegekräfte an, dass für sie die Situation mit hirntoten Menschen immer oder manchmal belastend ist. 42% der Befragten gaben ebenfalls an, dass die Belastung mit steigender Berufserfahrung nicht abnimmt. Der Organspendeprozess erfordert hohe Anforderungen an die persönlichen Merkmale, wie zum Beispiel an die Fähigkeit Empathie zu zeigen (Simonsson et al., 2020). Die pflegerischen Maßnahmen werden bei potenziellen Organspender*innen aufrechterhalten oder sogar intensiviert. Die Versorgung erfolgt nach den gleichen pflegerischen Basisprinzipien wie bei anderen Patient*innen und ist sehr aufwendig und zeitintensiv (Simonsson et al., 2020). Pflegekräfte gehen unterschiedlich mit der Situation der Betreuung von hirntoten Menschen um und empfinden unterschiedliche Belastungen. Die drei größten psychischen Belastungen im Prozess einer Organspende empfinden Pflegekräfte jedoch bei der Diagnose (Hirn-)Tod, im Kontakt mit den (potenziellen) Organspender*innen und besonders beim Kontakt mit den Angehörigen.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigen, dass die Betreuung von hirntoten Menschen eine Vielzahl an Belastungen ergeben kann. Es ist eine beruflich und ethisch herausfordernde Situation und wird im Vergleich zu anderen Intensivpatient*innen als körperlich anstrengender empfunden (Flodén & Forsberg, 2009). Es können Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Angst von Nachlässigkeit, emotionaler Müdigkeit, Schlafstörungen oder Verdauungsstörungen auftreten (Salehi et al., 2013). Der Hirntod kann ebenfalls als Misserfolg oder Versagen von Pflegenden auf Grund von mangelndem Wissen oder mangelnder Erfahrung empfunden werden (Moghaddam et al., 2018; Souza et al., 2013). Es kann sein, dass der Hirntod als Misserfolg oder Versagen von Pflegenden auf Grund von mangelndem Wissen oder mangelnder Erfahrung empfunden wird. Aber auch Gefühle die Rolle als Pflegekraft nicht erfüllt zu haben (Moghaddam et al., 2018; Souza et al., 2013). Bei der Wahrnehmung des/der Hirntoten entsteht eine Diskrepanz zwischen den objektiven Fakten und dem theoretischen Wissen. Das Erscheinungsbild des/der Hirntoten deckt sich nicht mit dem Bild eines/einer Toten (Drexler, 2015; Maier, 2015).

Studien belegen, dass die größte Herausforderung der Umgang und die Kommunikation mit den Angehörigen des/der potenziellen Organspender*in ist und sie damit zu einer der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben in diesem Organspendeprozess gehört (Flodén & Forsberg, 2009; Grammenos et al., 2014; Moghaddam et al., 2018; Simonsson et al., 2020; Söffker et al., 2014). Eine professionelle Haltung, aber auch eine professionelle Distanz gegenüber den Angehörigen, soll den Pflegenden in der Situation helfen (Flodén & Forsberg, 2009). Trauer von Angehörigen erschweren den Umgang mit den/der Hirntoten. Einige Pflegende haben Schuldgefühle gegenüber den Angehörigen. Die Gefühle der Angehörigen und die Gesamtsituation löst bei vielen Pflegekräften oftmals starken Stress aus (Souza et al., 2013). Oftmals fragen die Angehörigen die Pflegende auch nach Informationen zum/zur Hirntoten oder der Diagnose (Simonsson et al., 2020). In der Studie von der BZgA (2011) wurde nach der Belastung im Umgang und der Kommunikation mit den Angehörigen von hirntoten Menschen gefragt. Ein Großteil (82%) der Befragten sieht die Kommunikation mit den Angehörigen als belastend an.

Die persönliche Einstellung und Haltung zur Organspende spielen eine wichtige Rolle bei der Betreuung von (potenziellen) Organspender*innen. Das spezifische Fachwissen über die Diagnose Hirntod und die pflegerischen Aspekte bei der Versorgung von Hirntoten, potenziellen Organspender*innen ist ebenfalls wichtig. Aus den Studien ist hervorgegangen, dass das Thema Organspende und der Transplantationsprozess teilweise nur unzureichend in der Berufsschule vermittelt wurde (Salehi et al., 2013) und die Pflegenden das benötigte Wissen und die Informationen sich selber aneignen (Salehi et al., 2013). Viele der Pflegenden würden sich mehr Vorbereitungen auf das Thema Hirntod und Organspende, durch zum Beispiel Schulungen oder Weiterbildungen wünschen (Moraes et al., 2015; Salehi et al., 2013; Simonsson et al., 2020).

Es könnte helfen, Fallbesprechungen im Falle eines/einer hirntoten Patient*in auf der Intensivstation durchzuführen und die Situation zu besprechen. Hierbei können die persönlichen Emotionen, Defizite, oder Wünsche von Pflegekräften im Kontakt mit hirntoten Menschen und deren Angehörige herausgefunden werden. Die Fallbesprechung könnte Pflegenden bei der Verarbeitung der Situation helfen.

Literaturverzeichnis

Bein, T., Kuhr, L.-P., Krämer, B. K., von Kramolin, M., & Anthuber, M. (2003). Hirntod und Organspende: Einstellung und psychische Belastung des Personals von Intensivstationen. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 06(44), 429–434.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.). *Gesetzliche Regelungen der Organspende*. Abgerufen 1. Mai 2021, von <https://www.organspende-info.de/gesetzliche-grundlagen/entscheidungsloesung.html>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011a). *Pflegeprofessionalität im Organspendeprozess. Denkanstöße zur Rolle der Pflege bei Organtransplantationen* (4.100.04.13).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b). Einstellung, Wissen und Verhalten von Pflegekräften zur Organ- und Gewebespende. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/organ-gewebe_spende_befragung_pflegekraefte_2010--b9ec08fc5b16173c0976df14c7f72e24.pdf

Drexler, S. (2015). „... das ist eine schwierige Situation“. *Intensiv*, 23(03), 154–159. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1550614>

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) (Hrsg.). (2016). *LEITFADEN FÜR DIE Organspende* (4. überarbeitete Auflage). ISBN-Nr. 978-3-943384-19-2

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) (Hrsg.). (2021). *Jahresbericht. ORGANSPENDE UND TRANSPLANTATION IN DEUTSCHLAND 2020*.

- Flodén, A., & Forsberg, A. (2009).** A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 306–313. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.002>
- Ganster, R. (2011).** Psychische Belastungen aus Sicht der Pflege. *intensiv*, 19(03), 116–119. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277103>
- Grammenos, G., Bein, T., Briegel, J., Eckardt, K.-U., Gerresheim, G., Lang, C., Nieß, C., Zeman, F., & Breidenbach, T. (2014).** Einstellung von potenziell am Organspendeprozess beteiligten Ärzten und Pflegekräften in Bayern zu Organspende und Transplantation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(24), 1289–1294. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370107>
- Hiemetzberger, M. (2016).** Hirntod und Organentnahme aus Sicht der Pflege. In U. H. J. Kötner, C. Kopetzki, & S. Müller, *Hirntod und Organtransplantation: Zum Stand der Diskussion* (S. 123–149). Verlag Österreich
- Hiemisch, A., Kiess, W., & Brähler, E. (2011).** Psychische Arbeitsbelastung an einer Universitätskinderklinik – Ergebnisse einer Umfrage zum Belastungserleben und der resultierenden Mitarbeitergesundheit. *Klinische Pädiatrie*, 223(4), 236–241. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1271812>
- Hirsch, I. (2015).** Störfaktor Lärm (1). *Intensiv*, 23(1), 8–14. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396937>

- Höhmann, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L. (2016).** Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.) *Pflege-Report 2016 "Die Pflegenden im Fokus"*. (S. 73–89). Schattauer.
- Isfort, M., Weidner, F., & Gehlen, D. (2012).** *Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).
- Joiko, K., Schmauder, M., & Wolff, G. (2010).** *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten* (5. Auflage). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Klein, K. (2004).** Intensivmedizinische Betreuung eines Organspenders. *intensiv*, 12(02), 61–67. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812922>
- Köllner, V., Bernardy, K., Bialas, P., & Loew, T. (2011).** Psychosoziale Situation und psychologische Betreuung in der Intensivmedizin. In H. Burchardi, R. Larsen, G. Marx, E. Muhl, & J. Schölmerich, *Die Intensivmedizin* (11. Auflage, S. 17–26). Springer Berlin Heidelberg New York.
- Lemes, M. M. D. D., & Bastos, M. A. R. (2007).** The maintenance care of potential organ donors: Ethnographic study on the experience of a nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 986–991. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500016>
- Maier, F. (2015).** Keine Routine. *Intensiv*, 34(04), 190–193. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1556891>

- Melzer, M. (2020).** Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegender. *Stressreport Deutschland 2019. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, 136–145. <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20191007>
- Meraner, V., & Sperner-Unterweger, B. (2016).** Patienten, Ärzte und Pflegepersonal auf Intensivstationen: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. *Der Nervenarzt*, 87(3), 264–268. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0098-9>
- Moghaddam, H. Y., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E. (2018).** Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients: A content analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7205–7216. <https://doi.org/10.19082/7205>
- Moraes, E. L. d., Neves, F. F., Santos, M. J. d., Merighi, M. A. B., & Massarollo, M. C. K. B. (2015).** Experiences and expectations of nurses in caring for organ donors and their families. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(spe2), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800018>
- Rahmel, A. (2017).** Organspende—Eine Herausforderung für die Pflege: Intensivmaßnahmen nach irreversiblen Hirnfunktionsausfall. *ProCare*, 22(1–2), 30–32. <https://doi.org/10.1007/s00735-017-0735-y>
- Salehi, S., Kanani, T., & Abedi, H. (2013).** Iranian nurses' experiences of brain dead donors care in intensive care units: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(6), 475–482.
- Schäfer, P. K. (2017).** Der Zeitpunkt des Todes. *intensiv*, 25(05), 235–239. <https://doi.org/10.1055/s-0043-112973>

- Schnelzer, T. (2014).** Den Hirntod bewältigen: Die Begleitung der Angehörigen. In K. Hilpert & J. Sautermeister, *Organspende—Herausforderung für den Lebensschutz* (S. 102–111). Herder Verlag.
- Sicksch, M. (2011).** Pflege eines Organspenders. *Intensiv*, 19(06), 314–317. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1292773>
- Simonsson, J., Keijzer, K., Södereld, T., & Forsberg, A. (2020).** Intensive critical care nurses' with limited experience: Experiences of caring for an organ donor during the donation process. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1614–1622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15195>
- Söffker, G., Bhattarai, M., Welte, T., Quintel, M., & Kluge, S. (2014).** Einstellung des intensivmedizinischen Fachpersonals zur postmortalen Organspende in Deutschland. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109, 41–47. <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0271-x>
- Souza, S., Borenstein, M., Silva, D., Souza, S., & Carvalho, J. (2013).** SITUATIONS OF STRESS EXPERIENCED BY NURSING STAFF IN THE CARE OF THE POTENTIAL ORGAN DONOR. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(3), 42–52. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n3p42>
- Teufert, S., & Bercker, S. (2015).** Psychosoziale Situation und psychologische Betreuung in der Intensivmedizin. In Marx, G., Muhl, E., Zacharowski, K., Zeuzem, S. (Hrsg.) *Die Intensivmedizin* (12. Auflage). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Tewes, S., & Brause, M. (2018).** Wenn Betroffene zu Entscheidern werden. *Intensiv*, 26(01), 8–13. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120857>

Ungerer, M. N., Schönenberger, S., Barreiros, A. P., Blaes-Eise, A.-B., & Rahmel, A. (2020). Hirntod und Umgang mit (potenziellen) Organspendern und Angehörigen. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie*, 55(07/08), 453–466. <https://doi.org/10.1055/a-1167-1420>

van Dam, K., Meewis, M., & van der Heijden, B. I. J. M. (2013). Securing intensive care: Towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 31–40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x>

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Suchstrategien in den Literaturdatenbanken	A
Anhang A.1: Suchstrategie PubMed	A
Anhang A.2: Suchstrategie CINAHL	B
Anhang B: PRISMA Flow-Diagramm	C
Anhang C: Beurteilungsbögen der eingeschlossenen Studien	D
Anhang C.1: Beurteilungsbogen Flodén & Forsberg (2009).....	D
Anhang C.2: Beurteilungsbogen Drexler (2015).....	E
Anhang C.3: Beurteilungsbogen Moraes et al. (2015).....	F
Anhang C.4: Beurteilungsbogen Moghaddam et al. (2018).....	G
Anhang C.5: Beurteilungsbogen Simonsson et al. (2020).....	H
Anhang C.6: Beurteilungsbogen Salehi et al. (2013).....	I
Anhang C.7: Beurteilungsbogen Souza et al. (2013).....	J
Anhang C.8: Beurteilungsbogen Guido et al. (2009).....	K

Anhang

Anhang A: Suchstrategien in den Literaturdatenbanken

Anhang A.1: Suchstrategie PubMed

Such-schritte	Befehle	Limits	Treffer
S1	caregiver		90.405
S2	nurses		396.767
S3	nursing		825.276
S4	((caregiver) OR (nurses)) OR (nursing)		1.015.254
S5	brain death[Title/Abstract]		6.993
S6	organ donors[Title/Abstract]		4.002
S7	(brain death[Title/Abstract]) OR (organ donors[Title/Abstract])		10.417
S8	experience		873.445
S9	burden		271.044
S10	Stressors		50.910
S11	((experience) OR (burden)) OR (stressors)		1.169.089
S12	(((((caregiver) OR (nurses)) OR (nursing)) AND ((brain death[Title/Abstract]) OR (organ donors[Title/Abstract]))) AND (((experience) OR (burden)) OR (stressors)))		104
S13	(((((caregiver) OR (nurses)) OR (nursing)) AND ((brain death[Title/Abstract]) OR (organ donors[Title/Abstract]))) AND (((experience) OR (burden)) OR (stressors)))	2005 - 2021, English, German	69

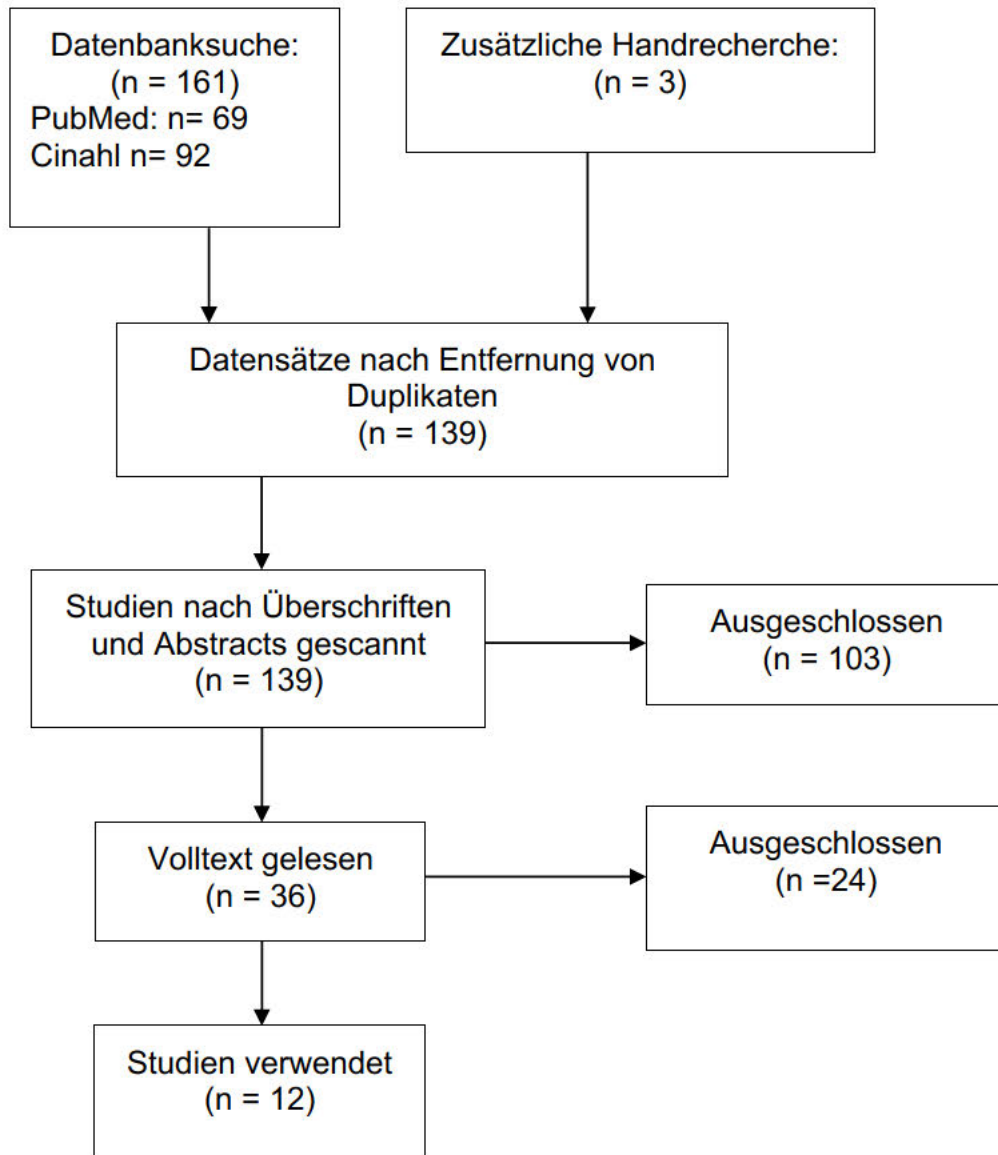
(Quelle: eigene Darstellung, erstellt am 24.04.2020)

Anhang A.2: Suchstrategie Cinahl

Such-schritte	Befehle	Limits	Treffer
S1	caregiver		72.578
S2	nurses		531.013
S3	nursing		705.638
S4	S1 OR S2 OR S3		964,890
S5	brain death		3,709
S6	organ donors		5,613
S7	S6 OR S7		8,528
S8	experience		379,342
S9	burden		85,660
S10	Stressors		40,320
S11	S9 OR S10 OR S11		486,271
S12	S5 AND S8 AND S12		170
S13	S5 AND S8 AND S12	2005 - 2021, English	90
S14	S5 AND S8 AND S12	2005 - 2021, Deutsch	2

(Quelle: eigene Darstellung, erstellt am 01.05.2020)

Anhang B: PRISMA Flow-Diagramm



(Quelle: eigene Darstellung)

Anhang C: Beurteilungsbögen der eingeschlossenen Studien

Anhang C.1: Beurteilungsbogen Flodén & Forsberg (2009)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Flodén, Anne; Forsberg, Anna (2009): A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors

Forschungsfrage: Wie nehmen erfahrene Krankenschwestern die Organspende auf der Intensivstation wahr?

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
Forschungsfrage siehe oben. Ziel der Studie war es, die Wahrnehmung der Erfahrungen von Intensivpflegern im Bereich der Organspende zu beschreiben. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
Phänomenologie |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
Nicht näher beschrieben. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
Die Auswahl erfolgte über die Betreuer der Intensivstationen. Neun Krankenschwestern von drei verschiedenen Intensivstationen aus drei verschiedenen Krankenhäusern wurden ausgewählt. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
Ja, bei den Teilnehmern wurden Alter, Berufserfahrung und Geschlecht beschrieben. Forscher wurden nicht näher beschrieben. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i>
Es wurden Interviews im Herbst 2006 durchgeführt. |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Muster, Themen? Vorstehende Hermeneutik</i>
Die Analyse erfolgte in 7 Schritten: Interviews durchlesen, Zusammenfassung wichtiger Teile, Kondensat von Antworten, Vergleich Kategorien, Benennung Kategorien, Kontrastvergleich |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wenn nein: warum nicht?</i>
Nicht beurteilbar |

Aussagekraft

- | | |
|---|--|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
Ja, die Ergebnisse wurden strukturiert beschrieben. Zitate von Teilnehmern wurden eingefügt. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konstanz im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>
Ja |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|---|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja, die Ergebnisse helfen anderen Intensive Care Pflegekräften der Organspende. |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Ja, die Ergebnisse sind auf Pflegende in der Organspende übertragbar. |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.2: Beurteilungsbogen Drexler (2015)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Drexler, Sabine (2015): „... das ist eine schwierige Situation“
 „... Wer eben Intensivpflegekräfte die Betreuung von (potenziell) intubierten Patienten
 Forschungsfrage: während der ggf. darauf folgenden organprotektiven Therapie bis zur Explantation?“

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Forschungsfrage siehe oben. Ziel war es, probenbehaftete Situationen für Pflegekräfte bei der Betreuung von (potenziell) intubierten Patienten herauszufinden.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ja, sie erfolgte umfangreich in deutsch- und englischsprachigen Datenbanken, sowie einschlägigen deutschen Instituten, Fachzeitschriften und peer-reviewed wissenschaftlichen Zeitschriften im 12/2013.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Daten wurden auf zwei Intensivstationen eines Universitätsklinikums in Deutschland erhoben. Die Auswahl wurde nicht beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Nein, es wurde nur die beschrieben, dass die Teilnehmer alle mindestens fünf Jahre Berufserfahrungen haben, und unterschiedliche Berufserfahrungen haben (Arbeitsgeber, Abteilungen, Bereiche).
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Es erfolgte offene Interviews.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Vorstehende Hermeneutik</i> Die Auswertung erfolgte auf Basis von Benner (1994).
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Nicht beurteilbar

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Kurze Übersicht von Phänomen der Pflegeenden mit Zitaten.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, sie wurden jedoch sehr knapp beschrieben.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Ja, die Übertragbarkeit der Pflegeenden in der Organspende ist gegeben.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.3: Beurteilungsbogen Moraes et al. (2015)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Moraes, Edva do Lea de; Neves, Fabrício Ferreira; Santos, Marcelo José dos; Mergh, Miriam
 Quelle: Aparecida Barbosa; Massaro, Mariana Cristina Komatsu Braga (2015): Experiences and expectations of nurses in caring for organ donors and their families
 Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
Ziele der Studie waren es, die Erfahrungen und Erwartungen von Krankenschwestern auf der Intensivstation bei der Betreuung von Organ Spendern und ihren Familien zu verstehen. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
Phänomenologie, basierend nach Alfred Schutz |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Revidiert?</i>
Ja |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
Krankenschwestern der Intensivstation eines Lehrkrankenhauses wurden persönlich kontaktiert. 20 Interviews wurden durchgeführt. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
Ja, Alter und Berufserfahrung wurden beschrieben. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i>
Ja, es wurden Einzelinterviews von durchschnittlich zwei Stunden durchgeführt. |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Muster, Themen? Vertiefende Hermeneutik</i>
Die Analyse der Daten erfolgte nach der Sozialphänomenologie nach Alfred Schutz. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wenn nein: warum nicht?</i>
Ja |

Aussagekraft

- | | |
|---|---|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
Ja, ausführliche und nachvollziehbare Ergebnisse. Zitate der Teilnehmer wurden verwendet. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>
Ja |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|--|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja, die Erfahrungen der Pflegenden in Bezug auf eine Organspende wurden detailliert beschrieben. |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Ja, für Pflegekräfte, die zum Umgang mit Organ Spendern und deren Familien kümmern. |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): **1** - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.4: Beurteilungsbogen Moghaddam et al. (2018)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Moghaddam, Ham deh Yazd ; Manzar , Zahra Sadat; Heydar · Abbas; Mohammad · Eesa
 Quelle: . (2018): Exp a n ng nurses' exper ences of car ng for bra n dead pat ents: a content ana ysis

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Das Ze d eser Stud e war es, d e menta e We t der Erfahrungen von Krankenschwestern be der P f ege von h rntoten Pat enten zu erforschen.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Natura stsch
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> N cht näher beschreiben
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Te nehmer aus Krankenhäusern, we che an dre med z n schen Un vers tät en angesch ossen s nd. Es wurden E nsch usskr ter en we zum Be sp e e n BA-Absch uss, m nd. e njähr ger Berufserfahrung auf der ITS, Vorgesch chte n der Betreuung von H rntoten.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Ja, Gesch echt, A ter und Berufserfahrung wurden angegeben. Perspekt ve des Forschers wurde n cht näher beschreiben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Es wurden 21 ha bstrukturate persön che Interv ews m t Fe dnot zen zur Datenerfassung von März 2014-Jun 2016 durchgeführt. Es wurden a geme ne offene Fragen verwendet.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Vorstehende Hermeneutik</i> D e Ana yse erfo gte durch e ne qua tat ve Inha tsana yse. Es wurden Haupt-/ und Unterkategor en geb det.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ja, Z e waren 18 Interv ews, es wurden zu S cherhe t dre mehr geführt.

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Ja, d e Ergebn sse wurden struktur ert und ausführ ch darge egt. Zusätz ch gab es e ne ausführ che Tab e und Z tate der Te nehmer.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Es wurden deta erte Ergebn sse dargeste t. E ne ausführ che Tab e m t Kategor en zum Thema Stress und Konf kten der P f egenden wurde v sua s ert.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	D e Übertragbar t auf P f egekräfte m Kontakt m t H rntoten Pat enten wurde n der Stud e wurde bestät gt

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): **1** - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.5: Beurteilungsbogen Simonsson et al. (2020)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Simonsson, Johan; Keizer, Kar; Söderstedt, Theres; Forsberg, Angeca (2020): Intensivstationen
 Quelle: care nurses' with limited experience- Experiences of caring for an organ donor during the
 donation process

Forschungstrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Zerst es zu beschreiben, wie die Pflegenden auf der Intensivstation mit begrenzter Erfahrung die Betreuung eines Organspenders während des Spendeprozesses erleben.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Nicht angegeben
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Es erfolgte gezielte Stichproben. Die Teilnehmer mussten entsprechende Voraussetzungen erfüllen (Berufserfahrung <3 Jahre, mind. 1x und höchstens 3x Beteiligung am Organspendeprozess). 13 Pflegenden wurde dazu aufgefordert zuzunehmen, 7 nahmen teil.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Ja, es wurde das Geschlecht, das Alter und die Berufserfahrung beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Es wurden 7 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Es gab einen Leitfaden mit offenen Fragen. Die Interviews haben durchschnittlich 30 Minuten gedauert.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Es erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse mit einem induktiven Ansatz nach Graneheim und Lundman (2014).
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Keine Angaben

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Ja, die Ergebnisse sind strukturiert und nachvollziehbar dargestellt. Es wurden Kategorien gebildet und Zitate verwendet.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konkordanz im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, die Erfahrungen der Pflegenden im Kontakt mit Organ Spendern wurden ausführlich beschrieben.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Ja, die Übertragbarkeit ist bei Pflegenden auf der Intensivstation bei der Pflege von Organ Spendern gegeben.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.6: Beurteilungsbogen Salehi et al. (2013)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Salehi, Shayesteh; Kanan, Tahereh; Abed, He dara (2013): Iran an nurses experiences of brain dead donors care intentions: A phenomenological study

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Zwar es, die Erfahrungen iranischer Krankenschwestern bei der Versorgung von hirn-toten Organspendern auf der Intensivstation zu untersuchen.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Keine Angaben
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Enschuskrter waren der Bachelor-Abschluss, arbeiten auf der Intensivstation, mindestens 1x an der Pflege von hirn-toten Spendern teilgenommen. Die Studie wurde in 3 Krankenhäusern durchgeführt.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja, es gibt eine detaillierte Tabelle mit dem Geschlecht, dem Alter, und der Berufserfahrung auf der Intensivstation der jeweiligen Teilnehmer.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Es wurden unstrukturierte Interviews von November 2011 bis April 2012 durchgeführt. Es nahmen 8 Teilnehmer teil. Die Interviews hatten eine Länge von 20-40 Minuten.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Theorien? Verwendete Hermeneutik</i> Die transkribierten Materialien wurden untersucht und überprüft. Es wurden Kategorien gebildet und die Ergebnisse kombiniert.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Keine Angaben

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisse wurden ausführlich und verständlich beschrieben. Es wurden Kategorien gebildet und die Zitate verwendet.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, die Erfahrungen der Pflegenden auf der Intensivstation im Umgang mit hirn-toten Organspendern wurden detailliert und ausführlich beschrieben.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Ja, die Übertragbarkeit ist gegeben.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.7: Beurteilungsbogen Souza et al. (2013)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Souza, S v a S va; Borenste n, M r am Süssk nd; S va, Den se Mar a Guerre ro V e ra da;
 Quelle: Souza, Sabr na da S va de; Carva ho, Ju ana Bonett de (2013): SITUATIONS OF STRESS
 EXPERIENCED BY NURSING STAFF IN THE CARE OF THE POTENTIAL ORGAN DONOR
 Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Z e der Stud e st es, Stresss tuat onen, denen das Pf egepersona auf der Intens vstat on be der Betreuung von potenz e en Organspendern ausgesetzt st, zu dent f z eren.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Qua tat ve Untersuchung exp orat ven und beschre benden Typs
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ke ne Angaben
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> D e Stud e wurde n e nem Krankenhaus auf der Intens vstat on m t 14 Pf egekräfte durchgeführt. Voraussetzung war, dass d e Pf egenden schon m ndestens 3 Ma Kontakt m t Organspendern hatten.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Es wurden das Gesch echt, das A ter, d e Konfess on und d e Berufserfahrung beschr eben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Es wurden ha bstruktur erte Interv ews durchgeführt. D e Datensamm lung erfo gte von September 2009 b s Oktober 2009.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> D e transkr b erten Interv ews wurden vervo ständ gt, ge esen, Kod ert und n zwe Katego ren (Bedrohungen und Herausforderungen) herausgef tert.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ke ne Angaben

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Ja, d e Ergebn sse wurden n 2 Katego ren und ansch eßend n Unterkatego ren unterte t. D e Ergebn sse s nd struktur ert und übers cht ch. Z tate wurden e ngefügt
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konens im Forschertum? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, es wurden Stresss tuat onen der Pf egenden m Kontakt m t potenz e en Organspendern ausführ ch beschr eben.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Ja, d e Ergebn sse s nd auf Pf egende, we che Kontakt zu potenz e en Organspendern haben, übertragbar.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang C.8: Beurteilungsbogen Guido et al. (2009)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Guido, Laura de Azevedo; Lina, Graciele e Fernanda da Costa; Ando, Rafaela; Conegatto, Carmine Cony; Tonin, Carolina Codevita (2009): Stressors in the nursing care of referred to potential organ donors

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
Ziele der Studie sind, Statistiken, die Bedeutung der Arbeit von Pflegenden auf der Intensivstation häufig auftreten und diese als stressig empfunden. Insbesondere bei der Versorgung von potenziellen Organ Spendern. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
Explorativ-deskriptives Studie |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
Keine Angaben |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
Die Studie wurde auf einer Intensivstation eines Krankenhauses in Südbahien durchgeführt. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
Ja, es wurden Alter, Geschlecht, Funktion und Berufserfahrung der Teilnehmer beschrieben. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i>
Die Studie wurde mit halbstrukturierten Interviews durchgeführt. Es nahmen 19 Pflegenden an der Studie teil. |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Muster, Theorien? Verstehende Hermeneutik</i>
Die Analyse folgte in vier Schritten: Voranalyse, Untersuchung des Materials, Datenbehandlung und Interpretation. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wann nicht: warum nicht?</i>
Keine Angaben |

Aussagekraft

- | | |
|---|---|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
Ja, die Ergebnisse sind nachvollziehbar, jedoch nicht so umfangreich. Es wurden Zitate mitgebracht. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>
Ja |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|--|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja, es wurden verschiedene Stressoren der Pflegenden im Kontakt mit potenziellen Organ Spendern beschrieben. |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Ja, die Ergebnisse der Studie sind auf andere Pflegekräfte, die potenzielle Organ Spender betreuen, übertragbar. |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Elmshorn, den 29.05.2021

A solid black rectangular box used to redact the signature of the author.

Lisa-Marie Moritz