

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Palliative Care in der Intensivpflege

-

Über den Zusammenhang zwischen kommunikativen Kompetenzen von Pflegenden und der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2012

Vorgelegt von: Kay Schmidt
1931021
Holsteiner Chaussee 261
22457 Hamburg

Betreuende Prüfende: Frau Dipl. Pflegepädagogin Katharina Straß

Zweite Prüfende: Frau Anne Pommerening

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
1.1	Hintergrund und Problemdarstellung	2
1.2	Persönlicher Hintergrund und Ziel der Arbeit	4
1.3	Methodisches Vorgehen und Aufbau	5
2	Palliative Care.....	7
2.1	Sterben in der heutigen Gesellschaft.....	7
2.2	Sterben im Krankenhaus.....	9
2.3	Palliative Care Heute.....	10
2.3.1	Definition.....	12
2.3.2	Leitgedanke und Ziele	13
2.4	Lebensqualität im Kontext der Palliative Care.....	14
3	Intensivpflege	19
3.1	Charakteristik der Intensivpflege.....	19
3.2	Kommunikative Besonderheiten.....	21
3.3	Kommunikation als pflegerische Kompetenz	25
3.3.1	Verbale Kommunikation.....	26
3.3.2	Nonverbale Kommunikation.....	28
3.3.2.1	Basale Stimulation®	30
4	Kommunikative Kompetenzen Pflegender als beeinflussender Faktor der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten.....	31
4.1	Effekte auf die intensivpflegerische Begleitung von sterbenden und schwerstkranken Patienten.....	31
4.2	Die Rolle der Angehörigen.....	34
5	Diskussion.....	35
6	Schlussfolgerung.....	40
	Literatur.....	42
	Anhang	
	I. Idealtypische Verlaufskurve eines Intensivpatienten.....	49
	Eidesstattliche Erklärung.....	50

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemdarstellung

Tod und Sterben¹ verlagern sich mit zunehmender Tendenz in die Krankenhäuser (Jordan 2010a, 16- 21). Diese Verlagerung kann als Ausdruck des Bemühens verstanden werden, dem Tod mit den Mitteln unserer heutigen Medizin möglichst energisch entgegen zu treten (Salomon 2004, 177). In über der Hälfte der ca. 850.000 Todesfälle pro Jahr ist in der Bundesrepublik Deutschland das Krankenhaus der Ort des Sterbens (Bundesamt für Statistik 2012). Diese Zahl wird in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. Die Begründung dafür liegt in der steigenden Karzinominzidenz und in der demographisch bedingten Zunahme an älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen (Sarhatlic 2009, 6 ff.).

Gerade auf Intensivstationen, welche darauf abzielen, das Leben von Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen zu retten sowie die subjektive Lebensqualität wiederherzustellen oder zu erhalten (Clemens, Klaschik 2009, S. 88), wird versucht dem Tod möglichst energisch entgegenzutreten (Grünewald, Stolecki, Ullrich 2010, 10). Dies gelingt auch bei 75 bis 90% der Patienten², welche auf einer Intensivstation behandelt werden (Luce, Prendergast 2001, 19-29). Jedoch verbringen ca. 25% der in Deutschland stationär behandelten Patienten ihre letzten Lebensmonate auf einer Intensivstation (van Aken, Prien, Berendes 2003, 264-272). Mit zunehmendem medizinischen Fortschritt, der demografischen Entwicklung sowie der Zunahme an pflegebedürftigen und multimorbiden Patienten [...], wird die Anzahl der behandelten Patienten in den Krankenhäusern und auf den Intensivstationen stetig ansteigen (Shortell, Zimmermann, Rousseu 1994, 508- 525; van Aken, Prien, Berendes 2003, 264- 272; Simon, S. et al. 2008).

In dieser Bachelorarbeit wird das Sterben auf Intensivstationen näher betrachtet. Fokussiert wird dabei die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten.

Der Begriff der Lebensqualität hat sich als „feste Größe“ in der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker etabliert. Der „Charta zur Betreuung von sterbenden und schwerstkranken

¹Sterben ist der Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktionen; am Ende steht der Tod als Zusammenbruch integrierender Organsysteme (de Gruyter 2002, 1585).

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise gemeint ist sowie Frauen und Männer in gleicher Weise angesprochen werden.

Patienten“ ist zu entnehmen, dass Palliative Care³ in den letzten 50 Jahren einen richtigen Weg zur Verbesserung der Lebensqualität Sterbender und Schwerstkranker [...] eingeschlagen hat (Müller- Busch, Weihrauch, Hoppe 2010, 3).

Inwieweit lässt sich diese Aussage auf die pflegerische Begleitung von Sterbenden und Schwerstkranken im Krankenhaus respektive auf Intensivstationen übertragen?

Insbesondere bei Betrachtung folgender Studienlage, muss eine Auseinandersetzung mit dieser Frage stattfinden.

Nach Simon et al. (2009) halten 75% von befragten Krankenhausmitarbeitern⁴ ein „würdevolles Sterben“ im Krankenhaus für nicht möglich (Simon et al. 2009, 1399). Dieses Bild zeichnete sich bereits in einer 1989 veröffentlichten Gießener Studie ab, welche aufzeigte, dass deutsche Ärzte und Pflegekräfte die Sterbebedingungen in Akutkrankenhäusern als „menschenunwürdig“ bezeichneten (George, Beckmann, Vaitl 1989, 306 ff.).

Dem Pflgethermometer 2009, einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, ist folgendes zu entnehmen: Jede dritte Pflegekraft im intensivpflegerischen Setting gab an, dass sie „häufig“ oder „oft“⁵ in den letzten sieben Arbeitstagen keine angemessene Begleitung Sterbender [...] durchführen konnte (Isfort, Weidner et al. 2010, 69). Als Hindernisse für eine gute Sterbebegleitung gaben deutsche [...] Pflegekräfte in einer empirischen Studie zur Sterbebegleitung vor allem „Zeitmangel, Defizite in der Kommunikation und mangelhafte Kenntnis in der Schmerztherapie“ an (Kaluza, Töpferwein 2005).

Bei Betrachtung des Pflgethermometers 2009 (Isfort, Weidner et al. 2010) und den Äußerungen von Krankenhausmitarbeitern, welche ein „würdevolles Sterben“ im Krankenhaus für nicht möglich halten (Simon et al. 2009, 1399), stellt sich die Frage, inwieweit eine auf die Lebensqualität ausgerichtete Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten, in einem primär auf Kuration ausgerichteten Setting, wie der Intensivstation gewährleistet ist. Bezug nehmend auf die kommunikativen Defizite, welche als Hindernis für eine gute Sterbebegleitung von Pflegenden genannt wurden, beschreibe ich im Folgenden das Ziel meiner Arbeit.

³ Palliative Care wird im 2. Abschnitt differenziert betrachtet.

⁴ Pflegenden und Ärzte

⁵ 5- stufige Likertskala (nie, selten, häufiger, oft, keine Angabe)

1.2 Persönlicher Hintergrund und Ziel der Arbeit

Die Verbesserung oder der Erhalt der Lebensqualität ist ein zentrales Ziel in der Praxis der Palliative Care. Das Behandlungsziel der Intensivmedizin und -pflege besteht in erster Linie in der Lebensverlängerung und Wiederherstellung der Gesundheit (vgl. Clemens, Klaschik 2009, S. 88).

Diese konträr verlaufenden Zielvorstellungen gestalten es in meinen Augen als schwierig, im Setting der Intensivpflege, eine auf die Lebensqualität des Patienten ausgerichtete Begleitung zu gewährleisten.

In meinen intensivpflegerischen Erfahrungen zeichnete sich Folgendes ab: in der alltäglichen Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten war eine kurative Ausrichtung der Intensivmedizin und -pflege prominent. Eine Integration der Palliative Care in die intensivpflegerische Arbeit fand kaum statt. Palliative Care setzte an, wenn die kurative Behandlung keine Wirkung mehr zeigte und infolgedessen der Patient in ein Hospiz überwiesen wurde. Häufig erfolgte dies zu spät. Der Patient verstarb nach kurzer Zeit, bewusstseinsgetrübt, auf dem Transport ins Hospiz oder nach wenigen Tagen im Hospiz⁶.

Im Kontext der Intensivpflege ist es mein Ziel zu erarbeiten, wie Pflegekräfte durch Anwendung kommunikativer Fertigkeiten dazu beitragen können, den Patienten im Sterbeprozess nach seinen Vorstellungen von Lebensqualität zu versorgen.

In der Arbeit soll ein eventuell bestehender Zusammenhang zwischen kommunikativen Kompetenzen von Pflegenden und der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten aufgezeigt werden.

Die Erarbeitung soll darüber hinaus einen Anreiz geben, sich den kommunikativen Besonderheiten in der Intensivpflege bewusst zu werden sowie Kommunikation reflektiert in die Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten zu integrieren.

⁶ Diese Information entstammt aus meinen Praxiserfahrungen in der Hospizpflege.

1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau

Zur Identifikation der Einflüsse kommunikativer Kompetenzen Pflegender auf die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten, wurde eine systematische Literaturrecherche in den allgemein bibliographischen Datenbanken PubMed und Cinahl durchgeführt. Die Suchstrategie umfasste die Hauptsuchbegriffe („intensive care unit“ , „intensive care“, „palliative care“, „end of life care“, „nursing“, „communication“, „dying patient/ person“, „quality of life“/ „health related quality of life“).

Bei der Recherche wurden keine Limits gesetzt. Um die Trefferanzahl einzugrenzen, wurden die einzelnen Suchbegriffe mit den Operatoren „and/ or“ verbunden. Das Ergebnis waren 136 Studien und Artikel. Von diesen Studien und Artikeln wurden die Zusammenfassungen hinsichtlich der Kompatibilität, Relevanz und Aussagekraft mit der Thematik der Bachelorarbeit gesichtet. Daraufhin blieben 48 Studien und Artikel, die hinsichtlich der Kriterien zur kritischen Beurteilung von Studien nach Behrens und Langer beurteilt wurden (Behrens und Langer 2010, 155- 300). Zur Volltextanalyse und Bearbeitung blieben 11 Studien und Artikel. Bei den Studien handelt es sich um quantitative und qualitative Studien, sowie um systematische Übersichtsarbeiten.

Zudem erfolgte eine Handrecherche in Fachbibliotheken Hamburgs⁷ mit den oben genannten Suchbegriffen und den deutschen Äquivalenten. Die dort gefundene Literatur wurde wiederum hinsichtlich der Kompatibilität, Relevanz und Aussagekraft in Bezug auf die Thematik der Bachelorarbeit gesichtet.

Aufbau

Im Fokus der Palliative Care (2. Kapitel) wird zum Einstieg in die Thematik in einem Abriss das gegenwärtige Bild des Sterbens in der heutigen Gesellschaft (2.1) sowie im Krankenhaus, respektive auf Intensivstationen (2.2) dargestellt. Der Umgang mit Tod und Sterben wird betrachtet. Die Situation sterbender und schwerstkranker Patienten im Krankenhaus wird dargestellt. Die Notwendigkeit des Einzugs von Palliative Care in die Krankenhauslandschaft wird markiert. Dem schließt sich der theoretische Bezugsrahmen der Palliative Care an (2.3). Definition, Leitgedanke und Ziele der Palliative Care werden dabei differenziert betrachtet. Das 2. Kapitel endet in einer Betrachtung des Lebensqualitätsbegriffes im Kontext der Palliative Care (2.4). Die Lebensqualität

⁷ Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky, Bibliotheken der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Ärztekammer Hamburg- Bibliothek des ärztlichen Vereins, UKE- ärztliche Zentralbibliothek/ Bibliothekarischer Handapparat Geschichte und Ethik der Medizin

sterbender und schwerstkranker Patienten bildet fort an, neben der Kommunikation als pflegerische Kompetenz, den Mittelpunkt dieser Bachelorarbeit.

Im 3. Kapitel wird die Intensivpflege fokussiert. Zum Einstieg werden Charakteristik (3.1) sowie kommunikative Besonderheiten (3.2) in der Intensivpflege dargestellt, um der im Fokus dieser Arbeit stehenden kommunikativen pflegerischen Kompetenz einen Bezugsrahmen zu schaffen. Daran anschließend wird Kommunikation als pflegerische Kompetenz dargestellt (3.3). Verbale und nonverbale Kommunikationsmuster werden auf Grundlage der Kommunikation als pflegerische Kompetenz differenziert betrachtet. Als ein Beispiel zur praktischen Umsetzung wird, im Fokus der nonverbalen Kommunikation, das Konzept der Basalen Stimulation[®] vorgestellt.

Anschließend werden pflegerische kommunikative Kompetenzen der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten gegenüber gestellt. Ein eventuell bestehender Zusammenhang wird aufgezeigt. Mögliche Effekte kommunikativer Kompetenzen Pflegender auf die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten werden dargestellt (4.1). Die Rolle der Angehörigen in der Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten in der Intensivpflege wird betrachtet (4.2). Hauptaugenmerk liegt hierbei darauf, wie Angehörige die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten beeinflussen und mitbestimmen können.

2 Palliative Care

Im Fokus der Lebensqualität, als feste Größe in der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker (Müller- Busch, Weihrauch, Hoppe 2010,), verlangt die Zunahme der sterbenden und schwerstkranken Patienten auf Intensivstationen Lösungsansätze.

Diese sollten dem Zweck dienen, den Patienten nach seinen Vorstellungen von Lebensqualität zu begleiten und ihn in seiner letzten Lebensphase, wenn möglich allumfassend, zu unterstützen.

Eine Möglichkeit bietet hier die Praxis der Palliative Care (Sarhatlic 2009, 6-10). Palliative Care gehört zu den „jüngsten und innovativsten Konzepten“ im Gesundheitsbereich (Student, Napiwotzky 2007, VII) und findet seine Wurzeln in der Hospizbewegung (Bergmann 2009, 45). Palliative Care fokussiert in erster Linie eine besondere Haltung und Einstellung den kranken Menschen und ihren Angehörigen gegenüber. Die besondere Haltung ist geprägt von „einem geduldigen Zulassen, dem Bemühen, Wohlbefinden zu ermöglichen, Sinn zu entdecken und die Patienten [...] dabei zu unterstützen, ihren eigenen Weg zu finden“ (Student, Napiwotzky 2007, VII).

Um sich dem theoretischen Bezugsrahmen der Palliative Care fundierter annähern zu können und den Leser für die Thematik zu sensibilisieren, wird im Vorfeld der Bearbeitung des Konzeptes der Palliative Care, das gegenwärtige Bild des Sterbens in der heutigen Gesellschaft und im Krankenhaus näher betrachtet.

2.1 Sterben in der heutigen Gesellschaft

Bis zum 19. Jahrhundert gehörten Tod und Sterben zum Alltäglichen erleben. Die Gesellschaft nahm den Tod als unabwendbar hin und unterstützte den Sterbenden, als auch seine Angehörigen im Prozess des Trauerns. Der Tod wurde öffentlich kommuniziert. Seine Verarbeitung fand in der Gesellschaft statt (Gronemeyer 2007, S. 155-186).

Sterbende und Schwerstkranke werden auch heute in Deutschland in der Regel von ihren Familien und einem unterstützenden sozialen Umfeld versorgt. Doch durch den Wandel familiärer Strukturen, stößt dieses Versorgungsprinzip zunehmend an seine Grenzen (Müller- Busch, Weihrauch, Hoppe 2010, 4). Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass häufig keine Kinder oder Lebenspartner existieren, die die Pflege übernehmen können (Jordan 2010a, 16- 21).

Ein weiteres Merkmal der heutigen Gesellschaft ist, dass „das Erleben des Todes Anderer und der Umgang mit Sterbenden nicht mehr zu den typischen Alltagserfahrungen der Menschen zählen“ (Hahn, Hoffman 2009, 121). Der Prozess des Sterbens wird zunehmend von der Öffentlichkeit abgeschirmt (Hahn, Hoffman 2009, 121), was seit den 1950er Jahren in der Entwicklung deutlich wird, in welcher immer mehr Menschen entgegen ihrem eigenen Willen in Krankenhäusern [...] versterben (Jordan 2010a, 16- 21). Demgegenüber steht Umfragen zufolge bei 80- 90% der deutschen Bevölkerung der Wunsch, zu Hause zu versterben, welchem jedoch nur in 10-20% nachgegangen werden kann (Seeger 2006, 11). Nach Gronemeyer (2007) befinden wir uns inmitten eines Prozesses der „Medikalisierung“⁸ von Tod und Sterben (Gronemeyer 2007, S. 155-186).

Als gesellschaftliche Reaktion auf die Verlagerung von Tod und Sterben in die Krankenhäuser (Jordan 2010a, 16- 21) und der Situation Sterbender und Schwerstkranker in diesen, zeichnet sich eine Gegenbewegung, die Hospizbewegung, ab (Hahn, Hoffman 2009, 122). In der Hospizbewegung und der sich immer weiter entwickelnden Praxis der Palliative Care manifestiert sich eine Beziehung zum Sterben, welche von Sterberitualen und neuen Formen im Umgang mit sterbenden und schwerstkranken Patienten geprägt ist (Bergmann 2009, 45). Auf Definition, Ziele und Hintergrund der Palliative Care wird im Abschnitt 2.3 differenziert eingegangen. Ob sich die Hospizbewegung in einer Weise ausdifferenzieren wird, sodass sie sich als neuer Abschnitt in der Geschichte durchsetzen kann, unterliegt bisher nur der Vermutung. Bisher kann verzeichnet werden, dass die Hospizbewegung und die sich daraus entwickelten Ansätze einer angemessenen Sterbebegleitung, die Krankenhäuser [...] stark unter Druck gesetzt haben (Hahn, Hoffman 2009, 122).

Um sich der Situation sterbender und schwerstkranker Patienten im Krankenhaus bewusst zu werden, wird im nachfolgenden Abschnitt das gegenwärtige Bild des Sterbens im Krankenhaus näher betrachtet.

⁸ Der Begriff der Medikalisierung geht auf den Philosophen, katholischen Priester und Medizinkritiker Ivan Illich zurück. Er beschreibt damit den umfassenden Einfluss der Medizin auf alle Lebensbereiche. Medikalisierung des Sterbens, bezieht sich darauf, dass die Medizin als Wissenschaft und Praxis zu bestimmen begann, wer sterbend sei, auf welche Weise und in welcher Institution sterbende Menschen am besten aufgehoben seien; mitkonnotiert ist dabei, dass Andere, soziale, religiöse, spirituelle Hilfen beim Sterben vernachlässigt werden. (vgl. Illich 1995)

2.2 Sterben im Krankenhaus

Das zentrale Anliegen der Palliative Care ist es, eine gute Begleitung schwerstkranker und sterbender Patienten zu gewährleisten (Student, Napiwotzky 2007, 8f.). Dieses Anliegen wird jedoch nicht in allen Krankenhäusern bzw. auf allen Intensivstationen optimal umgesetzt (Simon et al. 2009, 1399). Unter einer guten Begleitung ist in diesem Kontext die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Patienten zu verstehen (Simon et al. 2009, 1399). Vertiefender wird der Lebensqualitätsbegriff im Abschnitt 2.4 betrachtet.

Mit dem Einzug ins Krankenhaus findet sich der sterbende und schwerstkranke Patient in einer technisch bestimmten Sphäre wieder (Hahn, Hoffman 2009, 126). Technik und Maschinen bestimmen die pflegerische Arbeit als allgegenwärtiges Phänomen im Krankenhaus und auf den Intensivstationen⁹. Hülsken- Giesler (2008) beschreibt dieses Phänomen als „Technisierung“ der Pflege (Hülsken- Giesler 2008, 253). In einer von Russel (1999) veröffentlichten retrospektiven Studie, berichten Patienten über ihre unliebsamen Erinnerungen an den Intensivstationsaufenthalt. Hier wurden als besonders belastende Faktoren die Geräusche der Geräte, die Privatgespräche des Personals, der Schlafmangel, der Wachzustand mit Trachealtubus und die ständigen Aktivitäten in unmittelbarer Umgebung genannt (Russel 1999, 783-791). Durch die „Technisierung“ der Pflege zeichnen sich weitgreifende Folgen ab. Als Beispiele sind im Kontext dieser Erarbeitung Folgen auf das körperliche und seelische Befinden der Patienten zu nennen. (Hülsken- Giesler 2008, 253- 257). „Im Rahmen einer medizinisch- technisch geprägten Krankenhauswelt, liegt die Aufgabe des Pflegepersonals darin, die technischen Verfahren für den Patienten erträglich zu gestalten“ (Hülsken- Giesler 2008, 256).

Wie im Vorfeld beschrieben, halten nach Simon et al. (2009) 75% von befragten Krankenhausmitarbeitern ein „würdevolles Sterben“ im Krankenhaus für nicht möglich (Simon et al. 2009, 1399). Diese Aussage bestätigend, wissen [...] Pflegekräfte, dass sie mit der Aufgabe, Patienten beim Sterben zu begleiten, unter den gegebenen Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen überfordert sind¹⁰. Die Ausbildungen in [...] den Pflegeberufen passen sich zwar auf lange Sicht den Erfordernissen des Umgangs mit Tod und Sterben an,

⁹ Verwendung von Computertechnologie, verschiedene Pflegetechniken etc.

¹⁰ Bestandsaufnahme 2003: empirische Studie des Hospizvereins Trier (vgl. Hahn, Hoffmann 2009, S. 134-140)

jedoch die strukturellen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses sind nicht in vergleichbarer Weise anzupassen¹¹ (Hahn, Hoffman 2009, 124 ff.).

Des Weiteren muss der bisherigen Entwicklung der Palliative Care im Krankenhaus Interesse gelten, in welcher sich die Umsetzung der Palliative Care fast ausschließlich darin zeigt, dass Palliativstationen eingeführt werden (Heimerl, Heller, Pleschberger 2007, 53). Dadurch können häufig nur wenige Patienten eine gut spezialisierte palliative Behandlung erfahren. Die Einrichtung von Palliativstationen kann also in noch keiner Weise als Lösung für den Umgang und die Kultur des gesamten Krankenhauses in Zusammenhang mit Tod und Sterben angesehen werden (Heimerl, Heller, Pleschberger 2007, 53). Vielmehr muss die Entwicklung von Palliativstationen als Bemühen der Krankenhäuser bewertet werden, die Hospizbewegung auch in vorrangig kurativen Institutionen Einzug gewähren zu lassen (Hahn, Hoffman 2009, 122). Friesacher (2008) beschreibt die Einrichtung von Palliativstationen als problematisch. Nach Friesacher (2008) darf die Gestaltung sämtlicher Abläufe, hier im Kontext der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker auf Palliativstationen nicht vereinheitlicht, durchrationalisiert und ziellos optimiert werden. Vielmehr sind es kommunikative Kompetenzen Pflegender, in der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker, die im Fokus der pflegerischen Arbeit zur Anwendung kommen sollten (Friesacher 2008, 155). An dieser Stelle wird die Etablierung von Palliativstationen nicht als negative Entwicklung dargestellt. Die Wichtigkeit kommunikativer Kompetenzen soll hervor gehoben werden.

Die kommunikativen Kompetenzen Pflegender fokussierend, wird im weiteren Verlauf der Bearbeitung darauf eingegangen, wie und in welchem Umfang unter den geschilderten Bedingungen eine, auf die Lebensqualität der sterbenden und schwerstkranken Patienten ausgerichtete Pflege gewährleistet werden kann.

Zunächst wird der theoretische Bezugsrahmen der Palliative Care näher betrachtet.

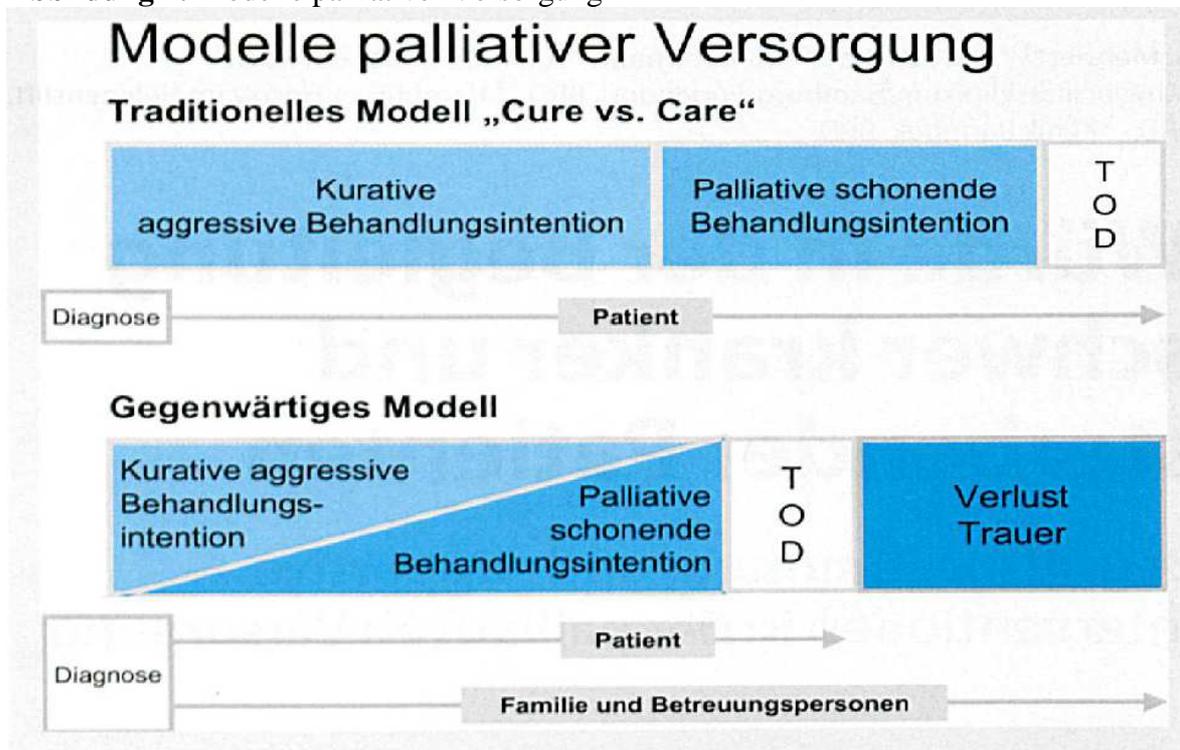
2.3 Palliative Care Heute

Die aus England stammende Hospizbewegung hat ihren Ursprung in einer Tradition der Pflege und Fürsorge für sterbende Menschen. Die moderne Hospizbewegung lässt sich auf die Klöster des Mittelalters zurückführen und ist heute als eine besondere Form der Begleitung für sterbende und schwerstkranken Menschen zu verstehen, welches keinen festen Grundregeln unterworfen ist. Der Hospizbewegung liegt die Auffassung zu Grunde,

¹¹ Schichtdienst, häufig wechselndes Personal etc.

dass Tod und Sterben etwas dem Leben Zugehöriges sind. Ein zentrales Merkmal der Hospizbewegung ist, dass die letzte Lebensphase an den Bedürfnissen der sterbenden Menschen ausgerichtet wird (Student, Napiwotzky 2007, 6-10). Seit den 1960er wird laut Husebø und Klaschik (2009) die Arbeit der „Palliative Care“ durch zwei Frauen geprägt. Einerseits durch die Psychiaterin Elisabeth Kübler- Ross, die mit ihrer wissenschaftlichen Arbeit eine neue Kultur der Kommunikation mit Sterbenden vertritt und andererseits durch die Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders, die 1967 mit dem St. Christophers Hospice das erste Hospiz der modernen Hospizbewegung schuf (Husebø, Klaschik 2009, 2).

Abbildung 1: Modelle palliativer Versorgung



Das traditionelle und das gegenwärtige Modell der palliativen Versorgung
(Quelle: Mehnert et al. 2006, 1088)

Bis vor 10- 20 Jahren setzte die palliative Versorgung erst dann an, wenn die kurative Behandlung keine Effekte mehr zeigte (siehe Abbildung 1, traditionelles Modell). Heute gilt grundsätzlich (Abbildung 1, gegenwärtiges Modell), dass kurative Behandlungsziele palliative Maßnahmen nicht ausschließen und umgekehrt (Clemens, Klaschik 2009, 89). Und obwohl heute eine Trennung zwischen kurativ und palliativ obsolet ist, setzen palliative Versorgungspfade häufig erst in den letzten Tagen und Wochen ein. Gerade im

Krankenhaus findet die kontinuierliche Einbindung von Palliative Care nicht statt, was eine Begründung in der vorrangig kurativen Ausrichtung der Krankenhäuser findet (Student, Napiwotzky 2007, 11).

Der Begriff der Palliative Care ist als Überbegriff zu verstehen, unter dem sich Palliativpflege, Palliativmedizin und andere versammeln. Auch die Hospizbewegung als solche, kann subsummiert werden (Pleschberger 2007, 27).

Was genau unter dem Begriff der Palliative Care zu verstehen ist, wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels geklärt. Es findet eine differenzierte Betrachtung von Definition, Leitgedanke und Zielen der Palliative Care statt.

2.3.1 Definition

Palliative Care ist inzwischen ein weltweit anerkanntes Konzept. In verschiedenen Definitionsschritten¹² hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dieses Konzept gesetzt, modifiziert und an die neuen gesellschaftlichen Entwicklungen angepasst (Heller, Knipping 2007, 39).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliative Care nach einer Revision im Jahr 2002 wie folgt:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual“ (WHO 2002).

Im Kontext der vorliegenden Thematik soll der, aus der Definition hervorgehende, unterstützende Charakter der Lebensqualität hervorgehoben werden (Steffen- Bürgi 2007, 33). Die WHO verfolgt mit der Definition die Bemühungen des Heilens und der Symptomlinderung (Stahl 2006 333ff.). Den Bemühungen anknüpfend, greifen zur Umsetzung dieser, parallel oder ergänzend, präventive, kurative, rehabilitative und palliative Behandlungskonzepte (Steffen- Bürgi 2007, 34).

¹² 1990, 2002

2.3.2 Leitgedanke und Ziele

Eine an der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten ausgerichtete Begleitung in der letzten Lebensphase und des Sterbens hat in der Palliative Care oberste Priorität und ist als Leitgedanke der Palliative Care zu verstehen. Durch eine ganzheitliche Herangehensweise¹³ soll Leiden umfassend gelindert werden, um den sterbenden und schwerstkranken Patienten [...] bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und seine Lebensqualität zu verbessern. Kommunikation gehört neben Weiteren¹⁴, zu den Grundanliegen der palliativpflegerischen Versorgung (Müller- Busch 2011, 7- 12).

Um den Leitgedanken der Palliative Care in die Arbeit mit sterbenden und schwerstkranken Patienten integrieren zu können, werden nachfolgend die von der WHO definierten Ziele der Palliative Care genannt. Die Ziele sind sowohl als solche zu verstehen, dienen aber auch als Handlungsrichtlinien in der Begleitung von sterbenden und schwerstkranken Patienten (Seeger 2006, 8f.).

“Palliative Care:

- *provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- *affirms life and regards dying as a normal process;*
- *intends neither to hasten or postpone death;*
- *integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- *offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;*
- *uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- *will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*
- *is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or*

¹³ Eine ganzheitliche Herangehensweise beschreibt die Begleitung eines Patienten unter Einbezug physischer, psychischer, kultureller, spiritueller und sozialer Bedürfnisse (Steffen- Bürgi 2007, 32).

¹⁴ Prävention und Behandlung des Leidens sowie ethische Orientierung (Müller- Busch 2011,7- 12).

radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications”(WHO 2002).

Die Lebensqualität fokussierend, nimmt das Ziel der interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichteten Arbeit eine besondere Stellung ein. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeit ist von einer Kooperation zwischen Ärzten, Pflegekräften, Vertretern weiterer Berufsgruppen¹⁵ sowie Ehrenamtlichen geprägt (Neubert, Bohrer, Koller 2004, 120). Auch die Angehörigen können als Teil des Teams betrachtet werden (Müller- Busch 2011, 7f.). Die Erfassung der Lebensqualität, als komplexes Konstrukt¹⁶, bedarf der interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeit und ist als Grundlage für die interaktive Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Betreuenden¹⁷ (Neubert, Bohrer, Koller 2004, 120) zu verstehen.

Die Verbesserung der Lebensqualität [...] ist ein Grundanliegen der Palliative Care (Müller- Busch 2011, 7- 12). Im folgenden Abschnitt wird die Lebensqualität im Kontext der Palliative Care näher betrachtet. Dieser Schritt bildet die Basis, um die Wichtigkeit der Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu markieren. Der Leser soll darüber hinaus für eine Erfassung der Lebensqualität von sterbenden und schwerstkranken Patienten in der Intensivpflege sensibilisiert werden.

2.4 Lebensqualität im Kontext der Palliative Care

Die Lebensqualität ist ein „wichtiger patientenrelevanter Outcomeindikator“. Im [...] pflegerischen Kontext stehen die gesundheitsbezogenen Aspekte der Patienten im Fokus der Lebensqualitätsbetrachtung. „Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann als die wahrgenommene subjektive Gesundheit einer Person aufgefasst werden“ und bedeutet „die vom Betroffenen ausgehende Beurteilung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit in psychischen, physischen, sozialen und emotionalen Lebensbereichen“ (Bullinger 2006, 5f.). Hierbei lässt sich eine semantische Redundanz in der Lebensqualitätsdefinition nach Bullinger und der Palliative Care Definition der WHO feststellen. Dies markiert die Wichtigkeit der Lebensqualität im Kontext der Palliative Care.

Die Wichtigkeit der Erhaltung und/ oder der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten [...] wird in zahlreichen Definitionen der Palliative Care als primäre Aufgabe der

¹⁵ Seelsorger, Sozialarbeiter, Pastor etc.

¹⁶ Siehe: 2.4 Lebensqualität im Kontext der Palliative Care

¹⁷ Interdisziplinäres und multiprofessionelles Team

Begleitung beschrieben (Jocham 2008, 286). So ist Palliative Care laut der Weltgesundheitsorganisation (2002) „an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness“ (WHO 2002). Aber auch aus weiteren Palliative Care Definitionen von Organisationen die sich der Palliative Care angenommen haben, wird dem Begriff der Lebensqualität ein hoher Stellenwert beigemessen. So steht der Begriff der Lebensqualität auch in der Palliative Care Definition der European Association for Palliative Care (EAPC) im Zentrum der Betrachtungen. Palliative Care ist nach der EAPC „die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität konzentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben“ (EAPC 1998). In der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zeigt sich ein ähnliches Bild. Palliative Care wird hier als „die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist“ (DGP 2005) definiert.

Die Präsenz des Lebensqualitätsbegriffes in den Palliative Care Definitionen hebt den hohen Stellenwert dieser, im Kontext der Begleitung von sterbenden und schwerstkranken Patienten, hervor (Bausewein, Roller, Voltz 2007, 3).

Im Setting der Intensivpflege sind Patienten den verschiedensten Problemlagen ausgesetzt. Zur Aufnahme auf die Intensivstation kann beispielsweise ein akutes Ereignis geführt haben oder aber die Folgen einer chronischen Erkrankung haben eine intensivstationäre Behandlung notwendig werden lassen. Wobei die Folge der chronischen Erkrankung gleich betrachtend ein akutes Ereignis darstellt (Salomon 2004, 177). Daraus lassen sich für jeden Patienten unterschiedliche Begleiterscheinungen (Wahrnehmungsbeeinträchtigungen unterschiedlichen Ausmaßes), aus den zu Grunde liegenden Problemlagen ableiten. Die Mitteilungsfähigkeit der Patientenklientel kann stark variieren. Folglich kann die Identifizierung dessen, was dem Leben des Patienten Qualität verleiht, herausfordernd für alle an der Pflege Beteiligten sein (Salomon 2004, 177). Neben der Variationsbreite in der Mitteilungsfähigkeit, lassen sich weitere Schwierigkeiten in der Lebensqualitätserfassung ableiten.

Die Gründe dafür werden nachfolgend näher betrachtet.

Die Lebensqualität wird in der gesichteten Fachliteratur zur Palliative Care als „individuell, subjektiv, situativ und deshalb als individuell veränderlich“ beschrieben

(Neubert, Bohrer, Koller 2004, 120; Bullinger 2006, 5f.; Steffen- Bürigi 2007, 32f.). Jeder Patient sieht und erlebt sein Leben und seine Erkrankung auf eine andere Weise (Uebach, Kern 2004, 74). Daraus folgt, dass die Beurteilung der Wirkung und des Nutzens palliativpflegerischer [...] Maßnahmen, nicht allein an der Veränderung klinischer Parameter oder Symptome beurteilt werden kann. Als Maßstab muss vielmehr das vom Patienten ausgehende subjektive Erleben des Gesundheitszustandes herangezogen werden. Hierunter wird das Befinden und Wohlbefinden der Patienten [...] sowie die erlebten Möglichkeiten, den Alltag und die sozialen Beziehungen befriedigend zu gestalten, betrachtet (Bullinger 2006, 5; Steffen- Bürigi 2007, 32f.).

Hinzu kommt, dass sich die Vorstellungen von Lebensqualität in der letzten Phase des Lebens täglich ändern können. Dies erfordert an das betreuende Team eine permanente Anpassung (Heußner 2006, 24).

Neben der subjektiven Auslegung des Lebensqualitätsbegriffes, gibt es eine weitere Schwierigkeit diesen zu greifen. Diese ist dem Umstand geschuldet, dass der Lebensqualitätsbegriff häufig umgangssprachlich synonym verwendet wird. So wird er beispielsweise mit Schmerzlinderung, Symptomkontrolle, Erhaltung und Verbesserung der Funktionalität, Lebensfreude, Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit, soziale Unterstützung, Fürsorge sowie Würde und Sinnfindung auf eine Ebene gestellt. In der Synonymvielfalt wird wiederum die subjektive Auslegung des Lebensqualitätsbegriffes deutlich (Bartels 2006, 291). Für die pflegerische Praxis ergibt sich daraufhin die Notwendigkeit zu erheben, was für den Patienten individuell Lebensqualität bedeutet. „Der Patient muss bei der Frage danach, was seinem Leben Qualität verleiht, als Experte verstanden werden“ (Steffen- Bürigi 2007, S. 32) oder seine Angehörigen müssen als Experten hinzu gezogen werden (Clemens, Klaschik 2009, 92). Die Einschätzung der Angehörigen spiegelt jedoch die Wahrnehmung der Patienten nicht direkt wider. Eigene Wünsche und Wertvorstellungen werden eingebracht, wodurch eine Diskrepanz zu den Vorstellungen von Lebensqualität des Patienten entstehen kann (Bullinger 2006, 6).

Richard et al. (2005) kommen in einer retrospektiven Studie mit dem Titel „Quality of Dying in the ICU- Ratings by Family Members“ zu dem Schluss, dass der Aspekt der aktiven Mitgestaltung der letzten Lebensstage von Patientenseite, als höchstes Maß der Lebensqualität verstanden wird (Richard et al. 2005). Daraus ergibt sich für Pflegende, im Fokus der Lebensqualität der Patienten, der Auftrag, den Patienten so zu versorgen, dass er in der Phase des Sterbens nicht von den zahlreich auftretenden körperlichen (z. B. Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit), psychosozialen und spirituellen (z. B. Ängste vor dem

Sterben, Sorge um die Angehörigen) Problemen belastet wird. Im Prozess der Bewältigung des Sterbens bekommt der Patient so viel an benötigter Unterstützung, sodass ihm noch genügend Energie und Aufmerksamkeit zu Teil wird, seine letzten Lebenstage aktiv mitgestalten zu können (Uebach, Kern 2004, 74). Hierbei wird die eingangs beschriebene besondere Haltung in der Palliative Care deutlich, welche von einem geduldsamen Zulassen, dem Bemühen, Wohlbefinden zu ermöglichen, Sinn zu entdecken und die Kranken dabei zu unterstützen, ihren eigenen Weg zu finden, geprägt ist (Student, Napiwotzky 2007, VII).

Die Ausführungen zur Lebensqualität im Kontext der Palliative Care zeigen auf, welche Komplexität vom Begriff der Lebensqualität ausgeht. Die Interpretation von Lebensqualität erfordert von Patient zu Patient eine neue Anpassung. Lebensqualität kann zwar definiert werden, die Auslegung der Definitionen unterliegt jedoch, aufgrund der subjektiven Betrachtungsweise des Begriffs, keiner Allgemeingültigkeit.

Gerade im Setting der Intensivpflege, auf das im folgenden Abschnitt eingegangen wird, kann sich die Erhebung der individuellen Lebensqualität als schwierig gestalten. Die Intensivstation ist ein Ort, wo Patienten mit Wahrnehmungsbeeinträchtigungen unterschiedlichen Ausmaßes betreut werden (Salomon 2004, 177).

Mit dem bereits dargestellten zunehmenden Einzug der Medizintechnik ins Krankenhaus und die sich daraus abzeichnende Schwierigkeit die [...] kommunikativen Bedürfnisse des Patienten mit den technischen Anwendungen in Einklang zu bringen (Hülken- Giesler 2008, 256), wird im Folgenden der theoretische Bezugsrahmen der Intensivpflege thematisiert. Hierbei werden in einem kurzen Abriss die Charakteristika der Intensivpflege sowie die kommunikativen Besonderheiten abgebildet. Anschließend wird die Kommunikation zwischen Intensivpflegepersonal und dem Patienten differenziert betrachtet. Den Fokus bilden hierbei die Techniken der verbalen und nonverbalen Kommunikation, um einen Versuch anzustellen, trotz Wahrnehmungsbeeinträchtigung unterschiedlichen Ausmaßes der Patienten (Salomon 2004, 177), eine Begleitung zu ermöglichen, die sich an den Vorstellungen von Lebensqualität des sterbenden und schwerstkranken Patienten orientiert. In der Bearbeitung wird weder auf bestimmte Krankheitsbilder oder medikamentöse Therapien und die damit verbundenen ursächlichen Begleiterscheinungen, noch auf die unterschiedlichen Formen von Bewusstseinsstörungen eingegangen. Um die gesamte Patientenklientel einer

Intensivstation zu erfassen, wird im weiteren Verlauf die Formulierung der „Wahrnehmungsbeeinträchtigung unterschiedlichen Ausmaßes“ nach Salomon (2004) Anwendung finden (Salomon 2004, 177). Die Tatsache, dass die Patientenklientel einer Intensivstation sehr facettenreich ist, soll in dieser Arbeit nicht näher fokussiert werden. Ziel ist es, im Kontext der Intensivpflege darzustellen, wie die Lebensqualität im Sterbeprozess durch Anwendung verbaler und nonverbaler kommunikativer Fertigkeiten, nach den Vorstellungen des Patienten und seinen Angehörigen gestaltet werden kann. Dabei ist in erster Linie nicht ausschlaggebend, welche Grunderkrankung vorliegt oder welcher Bewusstseinszustand vorherrschend ist.

3 Intensivpflege

3.1 Charakteristik der Intensivpflege

„Die intensivpflegerische Arbeit gehört zu den jüngsten Spezialisierungen innerhalb der professionellen beruflichen Pflege“ (Friesacher 2008, 134). Seit ihrem Beginn in den 1950er Jahren ist die Intensivpflege in der Entwicklung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und im Bewusstsein der Bevölkerung schnell zu einem Inbegriff des Fortschritts einerseits, aber auch der sogenannten „Apparatemedizin“ andererseits geworden, welche als inhuman und wenig patientenorientiert dargestellt wird (Grünwald, Stolecki, Ullrich 2010, 10).

Um sich der Intensivpflege zu nähern, folgt an dieser Stelle eine Definition der Intensivpflege nach Meyer und Friesacher (1993), die von der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF) übernommen wurde und auch heute noch im Leitbild der DGF von ihrer Aktualität zeugt (Friesacher 2003, 423). Demnach definiert sich Intensivpflege:

„ [...] als die Unterstützung, Übernahme, und Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens unter Berücksichtigung der existenziellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biographie/ Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen. Ziel ist es, den Patienten unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten durch präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen zur weitgehenden Selbstständigkeit zurückzuführen oder dem Patienten Linderung zu geben und im Sterben zu begleiten“ (Meyer, Friesacher 1993, 91).

Intensivstationen als hoch spezialisierte Einheiten in Krankenhäusern zeichnen sich durch einen „hohen personellen, medikamentösen und technischen Aufwand“ aus. Mit diesem Aufwand soll das Ziel der intensivmedizinischen und -pflegerischen Bemühungen verfolgt werden, akut und kritisch kranke Patienten zu versorgen sowie Mortalität und Morbidität zu senken (Friesacher 2008, 135ff.).

Wie eingangs bereits verdeutlicht verbringen jedoch ca. 25% der in Deutschland stationär behandelten Patienten ihre letzten Lebensmonate auf einer Intensivstation (van Aken, Prien, Berendes 2003, 264-272). Dies verdeutlicht, dass trotz rasanter medizinischer Fortschritte und zunehmender hochentwickelter Technologien, Patienten unvermeidbar auf Intensivstationen versterben. Pflegende werden in diesen Fällen mit der Endlichkeit des

Lebens konfrontiert (Thompson 2002, 331) und müssen sich von dem vorrangig kurativen Leitgedanken ihrer Arbeit distanzieren (Clemens, Klaschik 2009, 89).

Dies stellt insoweit eine Schwierigkeit dar, da sich die Intensivpflege [...] vorrangig an den somatischen Funktionen eines Patienten orientiert. Dabei besteht die Gefahr, dass psychische und soziale Komponenten in den Hintergrund gedrängt werden (Friesacher 2008, 148). Eine Tendenz kann sich abbilden, in welcher sich Pflegende vermehrt den pathophysiologischen Problemen widmen (Pearce 2002, 429), zuweilen auf „Kosten der leiblichen, sozialen, kommunikativen und seelischen Bedürfnisse der Patienten“ (Hülken-Giesler 2008, 257).

In einer von Fenner (2003) durchgeführten „Literaturuntersuchung zu Problemfeldern von Pflegekräften auf Intensivstationen“ leiden Pflegende vor allem unter der hohen Mortalitätsrate, welche frustrierend wirkt. Dies vor allem deswegen, weil Pflegende durch Überbelastung aufgrund zu weniger Planstellen, nicht ausreichend Zeit haben, Sterbende und Schwerstkranke im Prozess des Sterbens zu begleiten (Fenner 2003, 230). Pflegende stehen unter „Handlungsdruck“ und unterliegen den „Routinen funktionalisierender Handlungsabläufe“ (Friesacher 2008, 157). In einer quantitativen Studie im cross-sectional design mit dem Titel „Organizational climate and intensive care unit nurses` intention to leave“ wird die Problemlage der Überbelastung Intensivpflegender in ähnlicher Weise aufgezeigt (Stone et al. 2006, 1907ff.). Die Begleitung Sterbender wird im Stationsalltag als Nebentätigkeit der eigentlichen Pflege geleistet und häufig als zusätzliche belastende Aufgabe im Auge der Pflegenden angesehen (Heesch 2008, 277). Hinzu kommt, dass Intensivstationen nur in den seltensten Fällen über eine räumliche Ausstattung zur Sterbebegleitung verfügen (z. B. Ruheraum, Raum der Stille) (Schmidt- Holo 2006, 276).

In der Definition zur Intensivpflege nach Meyer und Friesacher (1993) distanzieren sich die Autoren vom rein kurativen Anspruch der intensivpflegerischen Arbeit, indem sie Aspekte der Palliative Care als theoretische Grundlage integrieren. Dies wird in der Aussage „dem Patienten Linderung zu geben und im Sterben zu begleiten“ (Meyer, Friesacher 1993, 91) deutlich. Aus der Definition wird der Anspruch an die in erster Linie kurativ ausgerichtete Intensivmedizin und -pflege deutlich. Sobald das Lebensende eines Patienten absehbar ist, müssen palliative Maßnahmen in den Vordergrund treten (Clemens, Klaschik 2009, 89).

Die theoretische Umsetzung in die Pflegepraxis scheint idealistisch, markiert jedoch ein erstrebenswertes Ziel von Pflegenden auf Intensivstationen. Dies gerade in Anbetracht der im Vorfeld dargestellten Ergebnisse des Pflgethermometers 2009 (Isfort, Weidner et al. 2010) und den Äußerungen von Krankenhausmitarbeitern, welche ein „würdevolles Sterben“ (Simon et al. 2009, 1399) im Krankenhaus für nicht möglich halten.

Die pflegerische Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten darf nicht an einer rein optimalen medizinischen Versorgung orientiert sein (Müller- Busch; Weihrauch; Hoppe 2010, 19). Zur Sterbebegleitung in der Intensivpflege gehören neben der Linderung von Schmerzen und Beschwerden und der persönlichen Zuwendung, vor allem kommunikative Kompetenzen (Grünewald, Stolecki, Ullrich 2010, 65). Die zur Sterbebegleitung in der Intensivpflege zugehörige kommunikative Kompetenz aufgreifend, wird im Folgenden auf die kommunikativen Besonderheiten der Intensivpflege eingegangen. Im Fokus stehen hierbei besonders die kommunikativen Schwierigkeiten, welche in der Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient im Setting der Intensivpflege auftreten können. Im Anschluss wird, die als wichtig herausgestellte kommunikative Kompetenz Pflegenden in der Sterbebegleitung von Intensivpatienten (Grünewald, Stolecki, Ullrich 2010, 65) thematisiert und die verbale und nonverbale Kommunikation differenziert betrachtet. Dies weiterhin das Ziel verfolgend, einen eventuell bestehenden Zusammenhang zwischen kommunikativen Kompetenzen Pflegenden und der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten aufzuzeigen.

3.2 Kommunikative Besonderheiten

In dieser Bearbeitung wurde sich zwar davon distanziert, auf die verschiedenen Erkrankungen und die ursächlichen Begleiterscheinungen einzugehen. Um jedoch im Folgenden die kommunikativen Besonderheiten im Setting der Intensivpflege darstellen zu können, werden im Verlauf dieses Abschnittes Beispiele von Krankheitsbildern angebracht, um diese im kommunikativen Kontext darstellen zu können.

In diesem Abschnitt werden zunächst die kommunikativen Besonderheiten von Seiten der Patienten und dann von Seiten der Pflegepersonen dargestellt. Abschließend werden die Besonderheiten, welche in der Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient zum Tragen kommen können, betrachtet.

Patient

In der Sterbephase ist der Patient zunehmend körperlich geschwächt und ist weiteren (erheblichen) Beschwerden ausgesetzt. Durch die Erkrankung oder verabreichte Medikamente können „Vigilanz¹⁸ und geistige Fähigkeiten“ beeinträchtigt sein. Es findet ein zunehmender sozialer Rückzug statt. Die Kontakte beschränken sich verstärkend auf die nächsten Angehörigen und das Stationsteam [...]. Die aktive Kontaktaufnahme und Aufrechterhaltung der Kommunikation erfordert einen gewissen Aufwand. Vielen sterbenden und schwerstkranken Patienten fehlt dafür die Motivation und Kraft (Kirsch, Blatt- Bodewig 2007, 1170- 1179).

Pflegeperson

Für Intensivpflegende gehört die Aufrechterhaltung einer [...] Kommunikation mit [...] sterbenden und schwerstkranken Patienten zu den schwierigsten Aufgaben (Friesacher 2008, 156). Das zu Grunde liegende Merkmal der heutigen Gesellschaft, in welchem das Erleben des Todes Anderer und der Umgang mit Sterbenden nicht mehr zu den typischen Alltagserfahrungen der Menschen zählen (Hahn, Hoffman 2009, 121), betrifft auch Pflegende als Privatperson außerhalb der Intensivstation. Selbst wenn Pflegende fast täglich mit Tod und Sterben konfrontiert werden (Heesch 2008, 274), kann es auch ihnen schwerfallen, diese Thematik zu verbalisieren (Thompson 2002, 336f.). Pflegende unterliegen jedoch dem Anspruch, sterbende und schwerstkranken Patienten zu begleiten. Sie sind dem Patienten während seines stationären Aufenthaltes besonders nahe und während der Arbeitszeit stets am Bett des Patienten präsent (Student, Napiwotzky 2007, 130). Diese Nähe und permanente Präsenz können sich negativ auf die Begleitung Sterbender und Schwerstkranker auswirken. „Kommunikative Befürchtungen¹⁹“ können sich ausbilden, welchen „Distanzierungstaktiken“ Pflegender folgen können. Als Beispiele sind hier das selektive Nichtwahrnehmen von psychosozialen Belangen oder die vorgetäuschte Ausstrahlung von Zuversicht zu nennen (Thompson 2002, 336f.). Diese „Distanzierungstaktiken“ dienen vorrangig dem Selbstschutz, um das emotionale Leiden der Patienten und deren Angehörigen von sich fernzuhalten. „Kommunikative Befürchtungen“ und „Distanzierungstaktiken“ hemmen die Kommunikation mit sterbenden und schwerstkranken Patienten (Thompson 2002, 336f.). „Kommunikative Befürchtungen“ können folglich ihre Ursachen in der Individualität der Pflegeperson haben

¹⁸ Wachheit, Aufmerksamkeit, Bewusstsein (de Gruyter 2002, 1764)

¹⁹ Beschreibt die Furcht, Tod und Sterben zu thematisieren (Thompson 2002, 336).

(Pearce 2002, 429), indem es ihnen schwer fällt, Tod und Sterben zu thematisieren (Thompson 2002, 336f.). Jedoch auch das institutionell bedingte und an Kuration ausgerichtete Rollenverständnis der Pflegenden auf Intensivstationen kann als Ursache „kommunikativer Befürchtungen“ verstanden werden. Nach diesem Rollenverständnis widmen sich Pflegende vermehrt den „pathophysiologischen Problemen“ der Patienten (Pearce 2002, 429), zuweilen auf Kosten der [...] kommunikativen Bedürfnisse der Patienten (Hülksen- Giesler 2008, 257).

Die permanente Präsenz und Nähe der Pflegenden wirkt sich jedoch nicht ausschließlich negativ auf die Pflegeperson- Patient Beziehung aus. Die positiven Aspekte überwiegen. Pflegende haben die Möglichkeit zur intensiven Kommunikation mit dem Patienten, können ihn wahrnehmen und beobachten (Student, Napiwotzky 2007, 130). In der täglichen Grundpflege, welche von wahrnehmenden, kommunikativen und beobachtenden Aspekten geprägt ist, zeigen sich beispielsweise Beeinträchtigungen in der Lebensqualität der Patienten. Der Patient äußert sich, soweit es ihm möglich ist, zeigt Körperspannungen, Veränderungen der Atmung, des Pulses oder der Haut (Student, Napiwotzky 2007, 131f.). Diese sowie Veränderungen des Blutdrucks und Ähnliche können als nonverbale Zeichen des Leidens verstanden werden (Thompson 2002, 336).

Interaktion Pflegeperson- Patient

Es sind jedoch nicht nur die von Seiten der Pflegeperson ausgehenden Befürchtungen, die eine Kommunikation zwischen Pflegeperson und Patient negativ beeinträchtigen können. Auch im direkten Pflegeperson- Patientenkontakt kann es zu Hindernissen kommen, die eine effektive Kommunikation beeinflussen (Pearce 2002, 438ff.). Nach Pearce (2002) lassen sich fünf Hindernisse effektiver Kommunikation auf Intensivstationen feststellen. Dazu zählen: *Verschlüsselungsfehler*, *Übermittlungsfehler*, *Kanalinterferenz*, *Wahrnehmungsfehler* und *Entschlüsselungsfehler*. Im Folgenden werden zu jedem dieser Hindernisse eine kurze Charakteristik sowie ausgewählte Beispiele gegeben, um ein Bewusstsein für diese Hindernisse zu schaffen.

a) Verschlüsselungsfehler

Hierbei werden Probleme, die sich bereits im Denkprozess, welcher der Kommunikation vorausgeht oder diese einleitet, beschrieben. Beeinträchtigungen der Hirnfunktion (z. B. eine veränderte Bewusstseinslage), Beeinträchtigungen des Erinnerungsvermögens (z. B. hohes Alter, Demenz) oder Kopfverletzungen können dazu führen, nicht die richtigen Worte oder nonverbalen Zeichen auszuwählen.

b) Übermittlungsfehler

Bei diesem Hindernis ist der Patient in der Lage sich für eine beabsichtigte Nachricht zu entscheiden. Doch beispielsweise durch eine Intubation, bewegungseinschränkende Überwachungssysteme, medikamentöse Sedierung und Muskelrelaxierung kann sich der Patient nicht bewegen. Diese Umstände erschweren die Artikulation oder die nonverbale Kommunikation mittels Gestik und Mimik. Auch eine schwere Dyspnoe kann die verbale Kommunikation einschränken.

c) Kanalinterferenz

Nachdem eine Nachricht übermittelt wurde, kann diese durch *Übermittlungs- und Aufmerksamkeitsüberlastung* falsch gedeutet oder verstanden werden. Eine *Übermittlungsbelastung* entsteht zum Beispiel wenn gleichzeitig oder zu schnell gesprochen wird. Als Beispiel ist hier der tracheotomierte Patient zu nennen. Pflegende müssen gleichzeitig die Lippen der Patienten lesen und seine nonverbalen Gesten richtig deuten. Spricht und gestikuliert der Patient zu schnell, kann die Pflegekraft ihn nur unzureichend verstehen und es kann zu Interpretationsschwierigkeiten kommen.

Eine *Aufmerksamkeitsüberlastung* entsteht, wenn mehrere akustische Signale um die Aufmerksamkeit der Pflegeperson konkurrieren. Der Patient spricht beispielsweise mit der Pflegeperson und gleichzeitig klingelt ein weiterer Patient. Ebenso kann der Patient durch die technische Umgebung, die Geräuschkulisse und der Aktivitäten der Mitglieder des multiprofessionellen Teams in seiner Aufmerksamkeit überlastet sein.

d) Wahrnehmungsfehler

Hierbei handelt es sich um die mangelnde Fähigkeit einer Person, bestimmte sensorische Reize wahrzunehmen. Als Beispiel kann hier die liegende Position des Patienten genannt werden. Hierdurch ist sein Gesichtsfeld eingeschränkt, sodass kein Augenkontakt, keine Mimik oder andere nonverbale Zeichen wahrgenommen werden können. Bestimmte Medikamente können zu Wahrnehmungsbeeinträchtigungen führen. Auch die Bewusstlosigkeit als schwerste Form der Wahrnehmungsbeeinträchtigung, kann dazu führen, dass keine externen Reize wahrgenommen werden können.

e) Entschlüsselungsfehler

Hierunter fällt die Problematik, durch Verständnisschwierigkeiten, Probleme bei der Interpretation der empfangenen Nachricht zu haben. Als Beispiele sind hier Verständnisschwierigkeiten durch Sprache und Dialekt zu nennen. Gerade der Gebrauch von medizinischer und technischer Fachsprache führt zu Entschlüsselungsfehlern. Jedoch

auch Verwirrheitszustände, Schmerzen und Erschöpfung können die Bedeutungserfassung von empfangenen Nachrichten behindern. (Pearce 2002, 438ff.)

In der Arbeit mit sterbenden und schwerstkranken Patienten sind diese Hindernisse allgegenwärtig. Alle Methoden zur Verständigung mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten bleiben wirkungslos, wenn sie nicht mit einer patientenorientierten Zuwendung, einer Wertschätzung des Kranken und über das Bewusstsein möglicher Hindernisse einhergehen (Grünewald, Stolecki, Ullrich 2010, 68).

Dieses Kapitel abschließend kann aufgrund der Problemlagen und deren Begleiterscheinungen der Patientenkielentel in der Intensivpflege von einer beeinträchtigten Kommunikation ausgegangen werden. Die beeinträchtigte Kommunikation im Kontakt mit Intensivpatienten erschwert die Zuwendung und kann dazu führen, dass „die Bedürfnisse des Patienten weniger beachtet, sein Wille weniger berücksichtigt und seine Würde weniger geachtet wird“ (Grünewald, Stolecki, Ullrich 2010, 68). Der Patient wird zum passiven Empfänger nonverbaler Kommunikation (Pearce 2002, 444). Darin kann die Gefahr bestehen, dass Pflegende die Kommunikation aufgrund der nicht vorhandenen Reaktion der Patienten auf „funktionsorientierte Handlungsabläufe“ z. B. „ich sauge sie jetzt ab“ beschränken. Eine „Verobjektivierung und Verdinglichung“ des Patienten kann die Folge sein (Friesacher 2008, 156).

Um den sterbenden Patienten trotz seiner eventuell beeinträchtigten Kommunikationsfähigkeit, eine Pflege zukommen zu lassen, die sich an seinen Vorstellungen von Lebensqualität orientiert, wird im folgenden Abschnitt gezielt auf die Kommunikation als pflegerische Kompetenz eingegangen. Ziel ist es aufzuzeigen, inwiefern Kommunikation die Lebensqualität Sterbender und Schwerstkranker unter Zuhilfenahme verbaler und nonverbaler Kommunikationsmuster beeinflussen kann.

3.3 Kommunikation als pflegerische Kompetenz

Eine therapeutische Beziehung sollte als eines der Grundelemente der Pflegepraxis angesehen werden, die alle Stadien des Pflegeprozesses miteinander verknüpft (Parsons 2002, 414). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird die therapeutische Beziehung aus der kommunikativen Perspektive betrachtet. Kommunikation als pflegerische Kompetenz ist in der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegeperson und Patient als eine unverzichtbare

Grundlage zu verstehen (Veit 2004, 174) und bildet die Basis für jegliche Art von Interaktion (Pearce 2002, 430). Kommunikation in Form des „Dialoges zwischen Patient und Pflegekraft“ wird in den Ausführungen von Hülsken- Giesler (2008) als die „eigentliche pflegerische Tätigkeit“ beschrieben (Hülsken- Giesler 2008, 48). Nach Student und Napiwotzky (2007) wird Kommunikation als eine zentrale Kompetenz der Palliative Care beschrieben (Student, Napiwotzky 2007, 45). Kommunikative Kompetenzen sind als Pflegemaßnahmen im palliativen Kontext zu verstehen. An dieser Stelle soll der Tatsache Aufmerksamkeit geschenkt werden, dass es Zeit braucht, professionelle kommunikative Kompetenzen zu erwerben. Diese wachsen häufig erst mit langjähriger Berufserfahrung und dabei gilt es, die zu Beginn der Ausbildung erworbenen Kompetenzen durch Reflexion weiterzuentwickeln und vertiefend auszubauen (Elzer, Sciborski 2007, 13).

Das personenbezogene Handeln im pflegerischen Kontext zeichnet sich durch einen hohen Anteil an interaktiven und sprachlichen Handlungen im direkten Pflegekraft- Patient Kontakt aus (Hülsken- Giesler 2008, 48). Dabei obliegt es nicht der Willensfreiheit zu entscheiden, ob man kommunizieren möchte oder nicht. Jeder Kontakt zwischen Pflegeperson und Patient beinhaltet den Austausch von Informationen mittels verbaler und nonverbaler Kommunikation (Pearce 2002, 430). Aufgabe der Pflegenden ist es dabei, im Sinne der ganzheitlichen Herangehensweise die sozialen, kulturellen, religiösen und ethischen Lebensumstände der sterbenden und schwerstkranken Patienten in die verbale und nonverbale Kommunikation zu integrieren (Müller- Busch; Wehrauch; Hoppe 2010, 19).

Nach Thompson (2002) haben kommunikative [...] Fertigkeiten Pflegenden einen großen Anteil daran, wie Patienten und Angehörige den Intensivstationsaufenthalt erleben (Thompson 2002, 336). Im Folgenden wird differenziert auf die verbale und nonverbale Form der Kommunikation eingegangen, um darüber hinaus einen eventuell bestehenden Zusammenhang zwischen kommunikativen Kompetenzen Pflegenden und der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten aufzeigen zu können.

3.3.1 Verbale Kommunikation

Wie eingangs beschrieben kann es sich als schwierig gestalten, eine an der Lebensqualität des Patienten ausgerichtete Pflege zu gewährleisten. Dies ist dem Umstand geschuldet,

dass auf der Intensivstation Patienten mit unterschiedlich stark ausgeprägten Wahrnehmungsbeeinträchtigungen betreut werden (Salomon 2004, 177), was eine beeinträchtigte Kommunikation zur Folge haben kann (Grünewald, Stolecki, Ullrich 2010, 68). Jedoch muss an dieser Stelle vermerkt werden, dass nicht alle sterbenden und schwerstkranken Patienten in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind, sodass keine verbale Kommunikation mehr möglich ist (Salomon 2004, 177). Im Anhang 1 „Idealtypische Verlaufskurve eines Intensivpatienten“ ist dies ersichtlich. Während sich in der Akutphase und der angeschlossenen Postakutphase die Kommunikation vorrangig nur nonverbal ausrichtet, sind die Patienten in den angeschlossenen Phasen durchaus der verbalen Kommunikation fähig (Friesacher 2008, 153).

Nach Heesch 2008 versterben Patienten jedoch vermehrt in der Akutphase bzw. Postakutphase (Heesch 2008, 275). Der „Idealtypischen Verlaufskurve eines Intensivpatienten“ (Anhang 1) ist zu entnehmen, dass in diesen Phasen die nonverbalen Kommunikationsmuster überwiegen (Friesacher 2008, 152). Aus diesem Grund ist es nur einem geringen Prozentsatz der sterbenden Patienten gewährt, am Lebensende verbal zu kommunizieren (Timm 2000, 17ff.). In einem kurzen Abriss soll jedoch der verbalen Kommunikation Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Verbale Kommunikation ist allgegenwärtig. Menschen drücken sich, fast schon unbewusst mittels verbaler Kommunikation aus (Pearce 2002, 440f.). Unter dieser kann alles Gesprochene und Geschriebene zusammengefasst werden (Kulbe 2008, 46).

Verbale Kommunikation lässt sich in zwei Bereiche einteilen. Zum Einen in die verbal direkte Kommunikation, in welcher gesprochene Wörter ihre definierte Bedeutung haben. Zum Anderen in die verbal symbolische Kommunikation. Hierbei wird das Gesprochene durch Bilder, Symbole etc. ergänzt oder gänzlich im übertragenen Sinne ausgedrückt. Die Ergänzung der verbalen Kommunikation durch Bilder, Symbole etc. soll darauf abzielen, die Aussagekraft einer Nachricht zu unterstützen oder zu verstärken (Student, Napiwotzky 2007, 46f.).

In der Pflege findet verbale Kommunikation in Informations- und Alltagsgesprächen statt. Daneben sind es zudem die persönlichen Gespräche zwischen Patient und Pflegeperson, die den Hauptbestandteil verbaler Kommunikation ausmachen. In den persönlichen Gesprächen können Probleme und Ängste von Patientenseite thematisiert und vertiefend betrachtet werden (Friesacher 2008, 155). Eine Auseinandersetzung mit dem

Krankheitserleben sowie den krankheitsbedingten Beschwerden kann stattfinden (Aulbert 2007b, 1079).

In der verbalen Kommunikation mit sterbenden und schwerstkranken Patienten ist ein Bewusstsein über mögliche Missverständnisse notwendig. Gerade die Kommunikation am Lebensende kann von Missverständnissen geprägt sein. Worte haben zwar klare Bedeutungen, doch die Bedeutung kann sich je nach Kontext oder wie ein Wort im Satz verwendet wird, ändern (Pearce 2002, 440f.). Wenn sich zudem der Symbolsprache bedient wird, kann ein Missverstehen im Gespräch verstärkt werden.

Sowohl auf der Seite der Patienten, als auch auf der Seite der Angehörigen findet ein Verdrängen des Todes statt (Thompson 2002, 335ff.). Gerade im kurativ ausgerichteten Setting der Intensivpflege, welches Mortalität und Morbidität zu senken versucht (Friesacher 2008, 135ff.), muss versucht werden, reflektiert und missverständnisfrei zu kommunizieren. Dies vor allem dann, wenn sich der Symbolsprache bedient wird (Thompson 2002, 335ff.).

Die Tatsache aufgreifend, dass nach Heesch (2008) vermehrt Patienten in der Akutphase, bzw. Postakutphase versterben (Heesch 2008, 275) und dass im Prozess des Sterbens die nonverbalen Kommunikationsanteile gegenüber den verbalen Kommunikationsanteilen zunehmen (Student, Napiwotzky 2007, 106), wird im nachfolgenden Abschnitt auf die nonverbale Kommunikation eingegangen.

3.3.2 Nonverbale Kommunikation

Nonverbale Kommunikation ist ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil der Kommunikation. In der Intensivpflege stellt sie ein wichtiges Element in der Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient dar. Nonverbale Kommunikation greift vor allem dann, wenn der Patient nicht mehr fähig ist, sich verbal zu äußern (Pearce 2002, 444), bedingt durch die Wahrnehmungsbeeinträchtigungen unterschiedlichen Ausmaßes (Salomon 2004, 177).

Die nonverbale Kommunikation entspringt der spontanen Intention und wird im Alltag häufig unbewusst eingesetzt (Pearce 2002, 441). In der Verständigung mit Sterbenden und Schwerstkranken gilt es, den spontanen und unbewussten Einsatz der nonverbalen Kommunikation kritisch abzuwägen (Araújo, da Silva, Francisco 2004, 156). Eine

reflektierte und wissenschaftlich fundierte Kommunikation ist in der pflegerischen Begleitung als Grundlage zu verstehen (Elzer, Sciborski 2007, 38).

Nonverbale Kommunikation ist vielfältig und tangiert das menschliche Sinnessystem auf mannigfaltige Weise. Sie kommt durch Körpersprache, eine Vielzahl an Gesten, dem Gesichtsausdruck, die reine Anwesenheit, dem Grad der physischen Nähe zum Patienten sowie über Berührungen zum Ausdruck (Araújo, da Silva, Francisco 2004, 156). Durch die nonverbale Kommunikation können eine Vielzahl von Empfindungen, persönliche Überzeugungen und Einstellungen sowie Emotionen übermittelt werden (Pearce 2002, 441).

Nonverbale Kommunikationsmuster nehmen im Prozess des Sterbens in ihrer Präsenz zu und werden für den sterbenden und schwerstkranken Patienten zunehmend wichtiger (Student, Napiwotzky 2007, 106). Das Verlangen nach Ruhe und Rückzug in der letzten Lebensphase bedarf kaum der verbalen Kommunikation (Araújo, da Silva, Francisco 2004, 156). Auch die Aussagekraft der nonverbalen Kommunikation kann, wie in der verbalen Kommunikation, durch Symbole gestützt und verstärkt werden. Symbole werden hierbei bewusst oder unbewusst eingesetzt. Der bewusste Einsatz zeigt sich z. B. über die Mimik, mit einem Blick auf das leere Wasserglas. Unbewusst drückt sich der Patient über Körperspannungen, Veränderungen der Atmung, des Pulses oder der Haut aus (Student, Napiwotzky 2007, 131f.). Durch diese, als nonverbale Zeichen des Leidens zu verstehenden Symbole (Thompson 2002, 336), teilt sich der Patient seinem Umfeld mit. Faktoren, die die Lebensqualität beeinflussen, können erkannt werden (Student, Napiwotzky 2007, 48).

Im Fokus der verbalen und nonverbalen Kommunikation mit dem sterbenden und schwerstkranken Patienten steht eine gelingende „Verständigung und Anerkennung“. Eine Möglichkeit zur Umsetzung bietet hier das Konzept der Basalen Stimulation[®] (Friesacher 2008, 157), um trotz Wahrnehmungsbeeinträchtigung unterschiedlichen Ausmaßes (Salomon 2004, 177) eine Kommunikation aufrecht zu erhalten, die sich an der Vorstellung von Lebensqualität des sterbenden und schwerstkranken Patienten orientiert. In den letzten Jahren hat sich das Konzept der Basalen Stimulation[®] zu einer ausdrucksstarken Form der nonverbalen Kommunikation in der Palliative Care entwickelt

(Krug, Cost 2008, 193). Im Folgenden wird dieses Konzept stellvertretend als eine Möglichkeit der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker, in Auszügen angerissen.²⁰

3.3.2.1 Basale Stimulation[®]

Basale Stimulation[®] ist ein Konzept der individuellen Entwicklungsförderung, welches zunächst für körper- und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche konzipiert wurde. Es geht davon aus, dass auch schwerst wahrnehmungsbeeinträchtigte Patienten etwas wahrnehmen, selbst wenn Außenstehende keine erkennbaren Reaktionen ablesen können. Im Zuge der Weiterentwicklung und der Übertragung des Konzeptes der Basalen Stimulation[®] auf die Gesundheits- und Krankenpflege, zeigten sich außergewöhnliche Erfolge. Dies vor allem bei Patienten, die in ihrer Fähigkeit zur Aktivität und Kommunikation beeinträchtigt sind. Im Kontext dieser Erarbeitung sind es beispielsweise bewusstseinsbeeinträchtigte, beatmete sowie sterbende Patienten, welche von der Basalen Stimulation[®] profitieren können (Nydahl, Bartoszek 2003, 2f.). Bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten bietet die Basale Stimulation[®] vielfältige Hilfen nonverbaler Kommunikation (Heesch 2008, 275). Mit der Basalen Stimulation[®], wird eine Beziehung zum Patienten über somatische, vestibuläre und vibratorische Angebote aufgebaut. Diese werden durch orale, auditive, taktil-haptische, olfaktorische und visuelle Angebote ergänzt (Nydahl, Bartoszek 2003, 106- 189).

Neben weiteren Zielen, sind die Thematik dieser Bearbeitung berücksichtigend, sind die folgenden zentralen Ziele der Basalen Stimulation[®] zu nennen [Auswahl d. Verf.]: „Das eigene Leben spüren, Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen, Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten sowie Sinn und Bedeutung geben“ (Nydahl, Bartoszek 2003, 52).

Die sich an „Basalbedürfnissen orientierende Begleitung“ sterbender und schwerstkranker Patienten zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität bei möglichst geringer Belastung sowie der „Respektierung von Autonomie und Selbstbestimmung“ des Patienten ab (Müller- Busch 2001, 729).

Eine pflegerisch kommunikative Kompetenz zeichnet sich abschließend durch den reflektierten und wissenschaftlich fundierten Einsatz verbaler und nonverbaler

²⁰ Weiterführende Literatur: Bienstein, Fröhlich 2010

Kommunikation aus. Nachfolgend wird Kommunikation als pflegerische Kompetenz der Lebensqualität Sterbender und Schwerstkranker gegenüber gestellt.

4 Kommunikative Kompetenzen²¹ Pflegender als beeinflussender Faktor der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten

Ziel der Arbeit ist es, einen eventuell bestehenden Zusammenhang zwischen kommunikativen Kompetenzen von Pflegenden und der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten im Setting der Intensivpflege aufzuzeigen.

Curtis und Rubenfeld (2005) heben in ihrer Erarbeitung die „Wichtigkeit kommunikativer Fertigkeiten in der Intensivpflege hervor“. Demnach benennen sie die Fertigkeit zu kommunizieren als eine der wichtigsten Fähigkeiten [...] in der intensivpflegerischen Arbeit (Curtis, Rubenfeld 2005, 840). Nach Thompson (2002) haben kommunikative [...] Fertigkeiten Pflegender einen großen Anteil darauf, wie Patienten [...] den Intensivstationsaufenthalt erleben (Thompson 2002, 336). Im intensivpflegerischen Setting bilden kommunikative Fähigkeiten einen Kontrast zu den technischen Fähigkeiten Pflegender. Patienten sind auf Informationen, Unterstützung, dem Gefühl von Sicherheit sowie Trost, Einfühlungsvermögen und Geborgenheit der Pflegenden angewiesen (Pearce 2002, 430)

Der Fokus liegt auf der Lebensqualität der sterbenden und schwerstkranken Patienten. Kommunikative Kompetenzen Pflegender zeigen Effekte auf die intensivpflegerische Begleitung von sterbenden und schwerstkranken Patienten.

4.1 Effekte auf die intensivpflegerische Begleitung von sterbenden und schwerstkranken Patienten

Studien und Artikel zeigen Zusammenhänge zwischen einer kommunikativen pflegerischen Kompetenz und der Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten.

²¹ Für den Ausdruck „kommunikative Kompetenz“ wurden in der verwendeten Literatur auch die Begriffe kommunikative Fertigkeiten und kommunikative Fähigkeiten verwendet.

Der Begriff der Lebensqualität wird in diesen Zusammenhängen jedoch kaum verwendet. Als Ursache dafür kann angenommen werden, dass [...] Lebensqualität als die vom Patienten „ausgehende Beurteilung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit in psychischen, physischen, sozialen und emotionalen Lebensbereichen“ (Bullinger 2006, 5f.) betrachtet wird. Lebensqualität unterliegt demnach der subjektiven Betrachtungsweise (Bullinger 2006, 5f.). Der Lebensqualitätsbegriff wird synonym verwendet (Bartels 2006, 291).

Nachfolgend werden die Effekte kommunikativer Kompetenzen Pflegender auf die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten dargestellt. Dies jedoch unter Beachtung, dass der Begriff der Lebensqualität nur selten Anwendung findet.

Die Belastung durch körperliche Beschwerden und besonders auch das Leiden in der Sterbephase kann gemindert werden, wenn kommunikative [...] Dimensionen des Leidens frühzeitig berücksichtigt werden (Müller- Busch 2011, 7f.). Eine pflegerisch kommunikative Kompetenz könne entscheidend zur „emotionalen Stabilität eines Patienten“ beitragen (Thompson 2002, 336) und leistet somit ihren Beitrag, die technisch geprägte Sphäre einer Intensivstation für den Patienten erträglich zu gestalten, was bereits im Vorfeld von Hülsken- Giesler (2008) als pflegerische Aufgabe beschrieben wurde (Hülsken- Giesler 2008, 253- 257).

Thompson hebt in seiner Bearbeitung zum Thema „Tod und Sterben in der Intensivpflege“ hervor, dass effektive Kommunikation²² die Lebensqualität im Prozess des Sterbens beeinflusst (Thompson 2002, 336). Sowohl die verbale, als auch die nonverbale Kommunikation nimmt in der Interaktion mit dem Patienten eine entscheidende Rolle ein (Thompson 2002, 336). Verbale und nonverbale Kommunikation kommen als wichtige „therapeutische Werkzeuge“ zum Einsatz (Araújo, da Silva, Francisco 2004, 156). Fehlende Kommunikation, sei sie verbal oder nonverbal, hat für den Patienten „vitale Auswirkungen, wie Selbstaufgabe und Resignation“ (Friesacher 2008, 156f.). Kommunikative Kompetenzen Pflegender können „Ängste und depressive Symptome lindern und auffangen“ (Jacobowski 2010, 422).

Aulbert (2007b) hebt zur Kommunikation mit Patienten im palliativen Setting hervor, dass das „supportive Gespräch“ (verbal) die Krankheitsannahme und Krankheitsbewältigung

²² Nach Thompson beinhaltet effektive Kommunikation, dass „Pflegerische sich für einen Patienten und dessen Familie Zeit nehmen, alle Mitarbeiter im Team einen ähnlichen Ansatz verwenden und durch regelmäßigen Austausch über den Inhalt der Gespräche informiert sind“ (Thompson 2002, 342).

unterstützt sowie zu einer psychischen und emotionalen Stabilisierung beiträgt. Gerade der Zuspruch von Hoffnung ist die Triebkraft für eine „positive Krankheitsverarbeitung, Krankheitsbewältigung und Krankheitsannahme“ (Aulbert 2007b, 1080f.). Das „supportive Gespräch“ unterliegt dem Ziel, den Patienten allumfassend zu unterstützen (Aulbert 2007b, 1072). Die Thematisierung „der Krankheit, der Behandlung, der diagnostischen Maßnahmen, der ungewohnten Situation im Krankenhaus sowie des Sterbens und des Todes [...] im Gespräch hat eine entlastende, Angst mindernde, geradezu befreiende Wirkung“ (Aulbert 2007b, 1080). Im Gespräch können des Weiteren Probleme und Nöte aufgedeckt werden und darüber hinaus für den Patienten belastende Faktoren beseitigt werden (Aulbert 2007b, 1077).

In der Kommunikation mit Sterbenden spielt die nonverbale Kommunikation eine entscheidende Rolle. Pflegende sollten die „nonverbalen Zeichen des Leidens, die Bereitschaft zum Gespräch und den Wunsch nach Information des Patienten“ erkennen (Thompsons 2002, 336). Pflegende können über die nonverbale Form der Kommunikation, ihre Empathie und ihren Trost zum Ausdruck bringen (Araújo, da Silva, Francisco 2004, 156). Durch die nonverbale Kommunikation kann ein Zugang zu wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten geschaffen werden, welche nicht mehr zu der verbalen Kommunikation fähig sind. Die Kommunikation kann aufrecht erhalten werden. Nach Bartels (2006) ist die Aufrechterhaltung der Kommunikationsfähigkeit, als Synonym des Lebensqualitätsbegriffes zu verstehen (Bartels 2006, 291) und kann somit die Lebensqualität des sterbenden und schwerstkranken Patienten positiv beeinflussen.

Nach Pearce (2002) lässt sich durch nonverbale Kommunikation, in Form der taktilen Berührung²³ „Getrenntheit und Individualität“ aufrecht erhalten und gleichzeitig das Bedürfnis nach „Nähe und Intimität“ stillen. Des Weiteren wird durch taktile Berührung Mitgefühl sowie das Gefühl von „Sicherheit und Bestätigung“ übermittelt. Eine Vertrauensbasis kann sich ausbilden. „Gefühle von Einsamkeit und Isolation des Patienten werden verringert und die Wahrnehmung von Trost, Identität und Integrität gesteigert“ (Pearce 2002, 444).

Basale Stimulation wird in der Bearbeitung von Krug und Cost (2008) mit einer gesteigerten Lebensqualität in Verbindung gebracht (Krug, Cost 2008).

²³taktil: „[...] den Tastsinn betreffend“ (de Gruyter 2002, 1634).

Im Folgenden soll die Rolle der Angehörigen näher betrachtet werden. Fokussiert werden soll, welchen Anteil die Angehörigen an der Begleitung ihrer sterbenden und schwerstkranken Angehörigen haben. Das Ergebnisinteresse liegt auch hierbei auf der Beeinflussung der Lebensqualität des sterbenden und schwerstkranken Patienten.

4.2 Die Rolle der Angehörigen

Angehörige als Teil des multiprofessionellen und interdisziplinären Teams (Müller- Busch 2011, 7f.), nehmen in der Intensivpflege eine zentrale Stellung ein (Salomon 2004, 177). Sie stehen in der Intensivpflege oft in einem engen Kontakt zu den Pflegenden, was seine Begründung beispielsweise darin findet, dass eine Intensivpflegeperson nur wenige Patienten betreut (Kuhlmann 2004, 145).

Die Mitteilungsfähigkeit der Patientenklientel einer Intensivstation kann stark variieren (Salomon 2004, 177). Das äußerlich wahrnehmbare entspricht häufig nicht dem eigentlichen Erleben des Patienten. Die Problematik einer „Divergenz zwischen Innenansicht des Patienten und der Außenansicht auf den Patienten“ (Besendorfer 2002, 302) kann sich ausbilden. Daraus lässt sich ableiten, dass die Identifizierung, was dem Leben des Patienten Qualität verleiht, herausfordernd für alle, an der Pflege Beteiligten, sein kann (Salomon 2004, 177). In der Intensivpflege können Pflegende häufig keine Reaktion von den Patienten erfahren. So bleiben nur die Angehörigen, die nach Kuhlmann (2004) die Pflege beurteilen können (Kuhlmann 2004, 152). Sie sind es, die den Patienten über längere Zeit kennen (Clemens, Klaschik 2009, 92). Angehörige fühlen sich dem Patienten besonders nahe und bilden eine Einheit mit ihm (Kuhlmann 2004, 146ff.). Dabei repräsentieren sie die Stimme des Patienten in Lebensqualitätsfragen (Jacobowski 2010, 429). Angehörige gehören zur „Gesundheit beeinflussenden Umgebung des Patienten“ und können somit die Lebensqualität des Patienten positiv beeinflussen (Kuhlmann 2004, 146).

5 Diskussion²⁴

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass kommunikative Kompetenzen Pflegender positive Effekte auf die Lebensqualität von sterbenden und schwerstkranken Patienten zeigen. Diese Effekte bedürfen jedoch einer kritischen Auseinandersetzung.

Den Umstand betrachtend, dass Lebensqualität der Subjektivität unterliegt (Bullinger 2006, 5f.), gestaltet es sich als schwierig, den Begriff abzugrenzen. In der Arbeit wurde der Lebensqualitätsbegriff definiert, doch aufgrund der subjektiven Betrachtungsweise konnte er in der Ergebnisdarstellung nicht stringent beibehalten werden. Hinzu kommt, dass die intensivpflegerische Arbeit von kommunikativen Besonderheiten geprägt ist und die in der Thematik zu Grunde liegende Patientenklientel in ihrer Kommunikation beeinträchtigt ist. Die Identifizierung, was Lebensqualität für jeden Patienten individuell bedeutet, kann nur unter erschwerten Bedingungen stattfinden.

In der Literaturrecherche wurde der Suchbegriff „Lebensqualität/ Quality of Life“ verwendet. Der Lebensqualitätsbegriff wurde in den ausgewählten Studien und der verwendeten publizierten Fachliteratur häufig ohne eine zu Grunde liegende Definition gebraucht oder es fanden sich zahlreiche Synonyme, die stellvertretend für den Lebensqualitätsbegriff zur Anwendung kamen. Der Begriff konnte somit nicht eindeutig den kommunikativen Kompetenzen Pflegender gegenüber gestellt werden. Demnach bleibt ein großer Interpretationsspielraum, die Auslegung von Lebensqualität betreffend.

Die Effekte kommunikativer Kompetenzen von Pflegenden auf die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten werden in großen Umfang in publizierter Fachliteratur beschrieben (Aulbert 2007b, Thompson 2002, Pearce 2002). Der publizierten Fachliteratur ist nicht zu entnehmen, wie die dargestellten Ergebnisse erhoben wurden. Die Validität, Reliabilität und Objektivität der vorgestellten Effekte kommunikativer Kompetenzen Pflegender auf die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten konnte nicht überprüft werden. Der Wahrheitsgehalt und eine kausale Beziehung sind demnach ungewiss.

Die in den Datenbanken PubMed und Cinahl einbezogenen qualitativen Studien beschreiben vorrangig die Wichtigkeit pflegerischer kommunikativer Kompetenzen in der Intensivpflege (Curtis, Rubenfeld 2005). Des Weiteren werden kommunikative Kompetenzen Pflegender als essentielle Elemente in der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker beschrieben (Araújo, da Silva, Francisco 2004).

²⁴ Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt unter Zuhilfenahme der „kritischen Beurteilung von Studien“ nach Behrens und Langer (Behrens und Langer 2010, 155-300)

Lediglich zwei qualitative Studien zeigen positive Effekte kommunikativer Kompetenzen Pflegender. Araújo, da Silva, Francisco (2004) beschreiben kommunikative Kompetenzen Pflegender als wichtige „therapeutische Werkzeuge“ (Araújo, da Silva, Francisco 2004, 156), wobei sie „therapeutische Werkzeuge“ nicht näher definieren. Nach Jacobowski (2010) können durch eine kommunikative Kompetenz Pflegender, Ängste und depressive Symptome gelindert und aufgefangen werden (Jacobowski 2010, 422). Diese Aussage beruht auf der Ansicht von Angehörigen (retrospektiv) auf Grundlage eines Interviews. Nach Bullinger (2006) spiegelt die Einschätzung der Angehörigen die Wahrnehmung der Betroffenen nur indirekt wider. Eigene Wünsche und Wertvorstellungen werden eingebracht (Bullinger 2006, 6). Reliabilität, Validität und Objektivität können demnach nicht überprüft werden.

Als Konsequenz lässt sich ableiten, dass weitere Forschungen notwendig sind. Dies birgt im Kontext der vorliegenden Thematik Schwierigkeiten.

Die Beeinträchtigung in der Mitteilungsfähigkeit sterbender und schwerstkranker Patienten in der Intensivpflege (Grünwald, Stolecki, Ullrich 2010, 68), machen qualitative und quantitative Forschung schwierig. Im Bereich der quantitativen Forschung liegen zwar zahlreiche psychometrische Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität vor²⁵. Die Anwendung bei sterbenden und schwerstkranken Patienten gestaltet sich jedoch als schwierig. Diese Fragebögen sind umfangreich. Der Zeitaufwand zur Durchführung ist meist hoch. Für einen Großteil sterbender und schwerstkranker Patienten nicht durchführbar. Folglich können nur schwer „valide, reliable und sensitive Daten“ zur Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten über Fragebögen erfasst werden. Der Subjektbezug der Lebensqualität hat des Weiteren großen Einfluss auf das Realitätsniveau einer Messung (Bullinger 2006, 6).

Qualitative Forschung lässt größere Einblicke in die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten zu. Jedoch sind Biasrisiken hoch. Erfolgt die Einschätzung der Lebensqualität durch Angehörige, spiegelt sich die Einschätzung der sterbenden und schwerstkranken Patienten, wie bereits erwähnt, nur indirekt wider (Bullinger 2006, 6). Die Validität betrachtend können gewonnene Ergebnisse zwar größtenteils als intern

²⁵ Psychometrische Fragebögen (Auswahl): Nottingham Health Profile (Hunt et al. 1981); Sickness Impact Profile (Bergner et al. 1981); EORTC Fragebogen (Aaronson et al. 1988), SF-36 Health Survey (Ware et al. 1992), Functional Assessment of Cancer Treatment, FACT (Cella et al. 1996), WHO Fragebogen WHOQOL (Power et al. 1999) (zit. n. Bullinger 2006, 6)

valide, jedoch nur schwer als extern valide eingestuft werden. Die Begründung findet sich in der Subjektivität [...], welche vom Lebensqualitätsbegriff ausgeht (Bullinger 2006, 5f.). Mögliche dargestellte Ergebnisse können demnach nur schwer generalisiert werden. Gewonnene Daten können einen Einblick geben und als Anhaltspunkt weiterer Forschung dienen.

Die Diskussion abschließend, soll die Basale Stimulation[®] betrachtet werden. In der Bearbeitung von Krug und Cost (2008) wurde Basale Stimulation[®] mit einer gesteigerten Lebensqualität in Verbindung gebracht. Etwaige differenzierte Effekte auf die Lebensqualität werden dem Leser jedoch nicht mitgeteilt. Der Lebensqualitätsbegriff wird keiner Definition unterzogen.

Basale Stimulation[®] als fördernde Pflege setzt andere Schwerpunkte als die funktionell orientierte Pflege einer Intensivstation (Nydahl, Bartoszek 2003, 301). Es bedarf einer hohen Sensibilität und viel Zeit, um zu ermitteln welcher Körperkontakt dem sterbenden Patienten angenehm ist und welcher nicht (Heesch 2008, 275). Arbeitsabläufe müssen flexibel gestaltet werden (Nydahl, Bartoszek 2003, 301). Zeit stellt häufig eine knappe Ressource in der Intensivpflege dar. Dieses Konzept erfordert gerade in der Intensivpflege eine hohe Akzeptanz und Toleranz der Pflegenden (Nydahl, Bartoszek 2003, 301). Das Konzept der Basalen Stimulation liefert keine ausformulierten und endgültigen Pflegemaßnahmen (Krug, Cost 2008, 94). Es soll in der Intensivpflege als andere Form der Pflege und nicht als noch mehr Pflege verstanden werden (Nydahl, Bartoszek 2003, 302). Basale Stimulation[®] bietet eine Möglichkeit die organisatorischen Rahmenbedingungen einer Intensivstation an die Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten anzupassen (Schmidt- Holos, 2006, 276).

Limitationen

Als schwierig hat es sich in der Literaturrecherche herausgestellt, Studien zur nonverbalen Kommunikation zu finden. Dies limitiert die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit erheblich, denn Kommunikation mit Sterbenden und Schwerstkranken in der Intensivpflege findet vorrangig über nonverbale Kommunikation statt. Dieses Problem zeigt auch Pearce (2002), in ihrer Erarbeitung auf. Nach Pearce (2002) scheint dieses Phänomen durch die methodische Schwierigkeit bedingt zu sein, nonverbale Daten zu beobachten und aufzuzeichnen, insbesondere in einem so komplexen Umfeld wie der Intensivstation (Pearce 2002, 444).

Aus zeitlichen Gründen beschränkte sich die Literaturrecherche auf publizierte Fachliteratur in den Fachbibliotheken Hamburgs (siehe methodisches Vorgehen) und den Datenbanken PubMed/ Cinhal. Es kann davon ausgegangen werden, dass hierbei nur ein Ausschnitt der möglichen Effekte kommunikativer Kompetenzen auf die Begleitung sterbender und schwerstkranker Patienten aufgezeigt werden konnte und noch weitere Literatur zur Verfügung steht. Um weitere Effekte aufzeigen zu können, kann es sich als hilfreich erweisen die Suche auf weitere Bibliothekskataloge und Datenbanken auszuweiten.

Bei der Studienbewertung ist anzumerken, dass die Studien sowie die publizierte Fachliteratur dem europäischen Ausland sowie Brasilien entstammen. Eine Übertragbarkeit auf Deutschland kann nicht in vollem Umfang gewährleistet werden. Hinzu kommt, dass Lebensqualität kulturell geprägt ist (Bullinger, Schmidt 2008, 27ff.), was in der vorliegenden Arbeit nicht erfasst wird und eine Übertragung auf den deutschen Kulturkreis in Frage stellt.

In der Definition der Palliative Care werden der Patient und seine Angehörigen als Einheit betrachtet, was die Wichtigkeit der Angehörigen in der letzten Lebensphase des Patienten verdeutlicht. Neben der Begleitung der Patienten, sind es auch die Angehörigen die in die Begleitung einbezogen werden. In dieser Arbeit wurde die Begleitung der Angehörigen nicht näher betrachtet. Damit soll die Wichtigkeit der Angehörigen als gleichwertiger Partner im multiprofessionellen Team nicht in Frage gestellt werden. Die Arbeit erfasst und beschreibt die Rolle der Angehörigen als Vertreter der sterbenden und schwerstkranken Patienten im Kontext der Lebensqualität des Patienten.

Bei der Prüfung der Kompatibilität der Studien und der publizierten Fachliteratur wurde nur Literatur eingeschlossen, in welcher positive Effekte kommunikativer Kompetenzen Pflegender auf die Lebensqualität der sterbenden und schwerstkranken Patienten aufgezeigt wurden. Dies findet seine Richtigkeit darin, da in der vorliegenden Arbeit die Bedingungen sterbender und schwerstkranker Patienten auf Intensivstationen beschrieben wurden und Möglichkeiten für eine Verbesserung [der Sterbebedingungen] aufgezeigt werden sollten.

Doch trotz der Bemühungen alle Dimensionen von Lebensqualität und die aus der Thematik hervorgehenden beeinflussenden Determinanten [kommunikative Kompetenzen Pflegender] zu erfassen, kann die vorliegende Arbeit nicht gewährleisten, alle Dimensionen erfasst zu haben.

Die in dieser Arbeit aufgezeigten Effekte kommunikativer Kompetenzen geben einen Einblick. Die Arbeit kann als Grundlage und Ergänzung für bestehende und weitere wissenschaftliche Bearbeitungen angesehen werden.

6 Schlussfolgerung

Kommunikative Kompetenzen Pflegender, in verbaler und nonverbaler Form, zeigen Effekte auf die Lebensqualität sterbender und schwerstkranker Patienten. Ein Zusammenhang ist erkennbar.

Lebensqualität muss als mehrdimensionales Konstrukt verstanden werden. Es wurden die Schwierigkeiten abgebildet, Lebensqualität von sterbenden und schwerstkranken Patienten im Setting Intensivpflege zu erfassen. Große Interpretationsspielräume, gerade in der Auslegung des Lebensqualitätsbegriffes wurden aufgezeigt, was seine Begründung in der Subjektivität des Lebensqualitätsbegriffes findet. Pflegende müssen sich über die Synonymvielfalt des Lebensqualitätsbegriffes bewusst sein.

Die Interpretation von Lebensqualität variiert von Patient zu Patient. Demnach lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen treffen. Im Fokus der Lebensqualität ist eine kontinuierliche Eruiierung des subjektiven Erlebens des Patienten in seinen Problemlagen durch Anwendung verbaler und nonverbaler Kommunikationstechniken erforderlich.

Kommunikation ist Voraussetzung für den Aufbau einer Pflegeperson- Patient Beziehung und somit integrativer Bestandteil der alltäglichen Pflegepraxis. Darüber hinaus ist Kommunikation eine Dimension der Palliative Care.

Die Praxis der Palliative Care integriert sich nur langsam auf Intensivstationen. Kommunikative Kompetenzen Pflegender bieten die Möglichkeit, die pflegerische Begleitung an den Vorstellungen von Lebensqualität der sterbenden und schwerstkranken Patienten auszurichten.

Damit sich Kommunikation an der Lebensqualität des Patienten orientieren und gegebenenfalls positiv beeinflussen kann, ist es für Pflegende hilfreich, sich auf den Patienten einzulassen, ihn zu beobachten sowie Raum und Zeit für Kommunikation zu schaffen. Basale Stimulation[®] bietet dafür ein Konzept zur Umsetzung.

Eine offene Haltung dem Patienten gegenüber, muss dabei als Grundvoraussetzung angenommen werden. Diese erleichtert die Erfassung von Lebensqualität. Nur der Patient kann als Experte verstanden werden, was seinem Leben Qualität verleiht. Nach Aulbert 2007b ist eine stets signalisierte verbale und nonverbale Gesprächsbereitschaft Pflegender hilfreich. Dem Patienten wird somit das Gefühl vermittelt, ernst genommen zu werden (Aulbert 2007b, 1081).

Wenn Pflegende die Angehörigen als gleichwertigen Partner im Team annehmen, haben sie in ihnen Experten an ihrer Seite, die die Lebensqualität im Sinne des Patienten effektiv beeinflussen und mitgestalten können, wenn sich der Patient nicht mehr mitteilen kann.

Eine an der Lebensqualität ausgerichtete Kommunikation verlangt ein Verständnis über die Bedeutung und Wirkung von Kommunikation, sei sie verbal oder nonverbal. Gerade im intensivpflegerischen Setting, welches von zahlreichen kommunikativen Besonderheiten beeinflusst wird.

Kommunikation mit sterbenden und schwerstkranken Patienten muss integrativer Bestandteil der Pflegeausbildung sein. Dabei gilt es, die Wichtigkeit kommunikativer Kompetenzen in der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker hervorzuheben. Eine Thematisierung von Nähe und Distanz, im Kontext der Begleitung Sterbender und Schwerstkranker, schafft ein professionelles Pflegeverständnis. Dies das Ziel verfolgend, den Patienten im Prozess des Sterbens, allumfassend zu begleiten. Vor allem jedoch die kommunikative Dimension im Prozess des Sterbens berücksichtigend.

Im Kontext der Lebensqualität ist abschließend ein Bewusstsein über Hindernisse einer gelingenden Kommunikation, die Wirkung und Aussagekraft verbaler und nonverbaler Kommunikation sowie eine selbstreflektierende Grundeinstellung hilfreich in der Kommunikation mit sterbenden und schwerstkranken Patienten.

Literatur

- Adams H.A.; Krier C.** (2005): Intensive Care Medicine : an Ethical Challenge. In: *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, Jahrgang 2005, Heft 40, 255-256.
- Angermeyer; M.C., Kilian, R.; Matschinger, H.** (2000): WHOQOL-100 und HOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
URL:<http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/5547320299d511d4b528000b4909ce2/hb.htm> -Download vom 15.05.2012
- Araújo, M.M.T.; da Silva, M.J.P.; Francisco, M.C.P.B** (2004): Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. In: *International Council of Nurses, International Nursing Review*, Jahrgang 2004, Heft 51, 149-158.
- Aulbert, E.** (2007a): Lebensqualität in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 15- 35.
- Aulbert, E.** (2007b): Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 1068- 1089.
- Bartels, S.** (2006): Ethik in der palliativen Praxis: Verbesserung der Lebensqualität : ein klares Ziel? In: *Pflegezeitschrift*, Jahrgang 2006, Heft 6, 291- 294.
- Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R.** (2007): Leitfaden Palliativmedizin : Palliative Care. München, Jena: Urban und Fischer.
- Behrens, J.; Langer, G.** (2010): Evidence- based Nursing and Caring : Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber.
- Bergmann, A.** (2009): Organspenden zwischen animistisch- magischen Todesvorstellungen und medizinischer Rationalität. In: Klinger, C. (Hrsg.): *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, 24-54.
- Besendorfer, A.** (2002): Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen : Eine qualitative Untersuchung. In: *Pflege*, Jahrgang 2002, Heft 15, 301- 308.
- Bienstein, C.; Fröhlich, A.** (2010): Basale Stimulation in der Pflege : Die Grundlagen. 6. Aufl. Bern: Hans Huber.

Bundesamt für Statistik (2010):

URL:<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html;jsessionid=727338430CBBCEB8661CE539708D8CE5.cae2>

- Download vom 30.3.2012

URL:https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621107004.pdf?__blob=publicationFile

- Download vom 30.3.2012

Bullinger, M.; Schmidt, S. (2008): Interkulturelle Lebensqualitätsforschung. In: Muthny, F.A.; Bermejo, I.: *Interkulturelle Medizin : Laintheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag, 27- 36.

Bullinger, M. (2006): Methodische Grundlagen und Aspekte der Lebensqualität. In: *Dtsch Med Wochenschr*, Jahrgang 2006, Heft 131, 5-7.

Clemens K., Klaschik E. (2009): Integration palliativmedizinischer Prinzipien in die Behandlung von Intensivpatienten : Vom “shared decision making” und der Begleitung von Angehörigen. In: *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, Jahrgang 2009, Heft 2, 88-94.

Curtis, J.R.; Rubenfeld, G.D. (2005): Improving Palliative Care For Patients In The Intensive Care Unit. In: *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 8, No. 4, 840- 854.

De Gruyter, W. (2002): Pschyrembel : Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2005): Was ist Palliativmedizin? URL: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski.pdf - Download vom 22.04.2012

Elzer, M.; Sciborski, C. (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege : Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Bern: Hans Huber

European Association for Palliative Care (EAPC) (1998): Definition of Palliative Care. URL: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx> - Download vom 22.04.2012.

Fenner, E. (2003): Literaturuntersuchung zu Problemfeldern von Pflegekräften auf Intensivstationen. In: *intensiv*, Jahrgang 2003, Heft 11, 230- 234.

Friesacher, H. (2003): Pflege in lebensbedrohlichen Situationen: Intensivpflege. In: Rennen- Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 417- 445.

- Friesacher, H.** (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns : Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. In: Remmers, H. (Hrsg): *Pflegewissenschaft und Pflegebildung*. Band 2. Göttingen: V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück.
- George W., Beckmann D., Vaitl D.** (1989): Aktuelle empirische Daten zu den Sterbebedingungen im Krankenhaus. In: *Psychother med Psychol*, Jahrgang 1989, Heft 39, 306-309.
- Gronemeyer, R.** (2007): Sterben in Deutschland : Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Grünewald, M. ; Stolecki, D. ;Ullrich, L.** (2010): Intensivpflege und Anästhesie. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Hahn, A.; Hoffmann, M.** (2009): Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. In: Klinger, C. (Hrsg.): *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, 121-144.
- Heesch, E.** (2008): Sterbebegleitung auf der Intensivstation. In: *intensiv*, Jahrgang 2008, Heft 16, 274- 277
- Heimerl, K.; Heller, A.; Pleschberger, S.** (2007): Implementierung der Palliative Care im Überblick. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber, 50- 57.
- Heller, A.; Knipping, C.** (2007): Palliative Care : Haltungen und Orientierungen. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber, 39-45
- Heußner, P.** (2006): Die Lebensqualität schwerstkranker und sterbender Menschen. In: Koch, U. et al: *Die Begeleitung schwer kranker und sterbender Menschen: Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung*. Stuttgart: Schattauer, 17- 27
- Husebø, S; Klaschik E. (Hrsg)** (2009): Palliativmedizin : Grundlagen und Praxis. 5. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Hülsken- Geisler, M.** (2008): Der Zugang zum Anderen : Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. In: Remmers, H. (Hrsg): *Pflegewissenschaft und Pflegebildung*. Band 3. Göttingen: V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück
- Isfort, M.; Weidner, F. et al.** (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im

Krankenhaus. URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf - Download vom 27.04.2012

- Illich, I.** (1995): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Beck.
- Jacobowski et al.** (2010): Communication in Critical Care: Family Rounds in the Intensive Care Unit. In: *American Journal of Critical Care*, Jahrgang 2010, Heft 19, 421-430.
- Jocham, H. R.** (2008): Palliative Versorgung und Ausbildung in Deutschland : Gemeinsam den Alltag gestalten. In: *Pflegezeitschrift*, Jahrgang 2008, Heft 5, 286-289.
- Jordan, I.** (2010a): Von der Notwendigkeit des Ablebens zur präventiven Sterbegestaltung? Zum Wandel sozialer und medizinischer Sterbe- Debatten in den 80er Jahren. In: *Gesundheitswesen*, Jahrgang 2010, Heft 72, 16-21.
- Jordan, I.** (2010b): Endlichkeit und Hospizbetreuung : Zur institutionellen Bewältigung der Sterblichkeit seit den 1970er Jahren. In: Hilt, A.; Jordan, I.; Frewer, A. (Hrsg.): *Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit- Geschichte- Theorie- Ethik*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 271- 284.
- Kaluza J., Töpferwein G.** (2005): Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende : eine empirische Studie. Berlin: Trafo.
- Kirsch, G.; Blatt- Bodewig, M.** (2007): Soziale und emotionale Belastung und Unterstützung durch Mitpatienten. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg) (2007): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 1170- 1179.
- Krug, S; Cost, I.** (2008): Basale Stimulation in der Onkologie- und Palliativpflege- Teil 1: Zu mehr Lebensqualität anregen. In: *Pflegezeitschrift*, Jahrgang 2008, Heft 4, 193-196.
- Kuhlmann, B.** (2004): Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen : Eine qualitative Untersuchung. In: *Pflege*, Jahrgang 2004, Heft 17, 145- 154.
- Kulbe, A.** (2008): Sterbebegleitung : Hilfen zur Pflege Sterbender. München, Jena: Urban & Fischer.
- Latasch, L.; Knipfer, E. (Hrsg)** (2004): Anästhesie : Intensivmedizin : Intensivpflege. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer.

- Linstedt, U.** (2000): Wahrnehmungsfähigkeit unter Narkose und Langzeitbeatmung. In: Nydahl, P.; Bartoszek, G. (Hrsg): *Basale Stimulation : Neue Wege in der Intensivpflege*. 3. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 33- 37.
- Luce J.M., Prendergast T.J.** (2001): The changing nature of death in the ICU. In: Curtis, J.R.; Rubenfeld, G.D. (Hrsg): *Managing Death in the Intensive Care Unit: The Transition from Cure to Comfort*. Oxford, UK: Oxford University Press, 19- 29.
- Mehnert, A. et al.** (2006): Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten : Begriffsbestimmung und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. In: *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, Jahrgang 2006, Heft 49, 1087- 1096.
- Meyer, G.; Friesacher, H.** (1993): Die Anwendung eines Pflegekonzeptes als Grundlage der Weiterbildung in der Intensivpflege. In: *intensiv*, Jahrgang 1993, Heft 1, 88- 94.
- Müller- Busch, H. C.** (2001): Intensivmedizin- Palliativmedizin : Widerspruch oder Ergänzung? In: *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. Stuttgart, New York: Georg Thieme, 726- 734.
- Müller- Busch, H.C.; Weihrauch, B.; Hoppe, J.-D.** (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 2. Aufl. URL: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta-08-09-2010.pdf - Download vom 24.4.2012
- Müller- Busch, H. C.** (2011): Definition und Ziele in der Palliativmedizin. In: *Internist*, Jahrgang 2011, Heft 52, 7-14.
- Neubert, R. N.; Bohrer, T.; Koller, M.** (2004): Wie erleben Patienten den Aufenthalt auf einer chirurgischen Intensivstation : Eine prospektive Beobachtungsstudie aus Sicht der Pflege. In: *intensiv*, Jahrgang 2004, Heft 12, 120- 129.
- Nydahl, P.; Bartoszek, G. (Hrsg)** (2003): *Basale Stimulation : Neue Wege in der Intensivpflege*. 3. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 33- 37.
- Parsons, E.P.** (2002): Technologie und Pflegedilemma : Eine soziologische Analyse von Modernismus und Postmodernismus auf Intensivstationen. In: Millar, B.; Burnard, P. (Hrsg): *Intensivpflege- High- touch und High- tech : Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Bern: Hans Huber, 401- 428.
- Pearce, J.:** (2002): Kommunikation in der Intensivpflege. In: Millar, B.; Burnard, P. (Hrsg): *Intensivpflege- High- touch und High- tech : Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Bern: Hans Huber, 429- 450.

- Pleschberger, S.** (2007): Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber, 24- 29.
- Richard, A. et al.** (2005): Quality of Dying in the ICU : Ratings by Family Members. In: *Chest*, Vol. 128, No.1, 280- 287.
- Russell S.** (1999): An exploratory study of patient's perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 29, No.4, 783- 791
- Salomon, F.** (2004): Sterbebegleitung in der Intensivmedizin : Vom Umgang mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen und deren Angehörigen. In: *intensiv*, Jahrgang 2004, Heft 12, 177-180.
- Sarhatlic, R.** (2009): Medizinische und pflegerische Betreuung sterbender Patienten Innerhalb des Krankenhauses : SIK-Studie (Sterben im Krankenhaus). Freiburg i. Br.: Albert Ludwigs Universität, Dissertation, 2009.
- Schmidt- Holos, M.** (2003): Der Tod- persona non grata auf der Intensivstation. In: *intensiv*, Jahrgang 2006, Heft 14, 276- 279.
- Seeger, C.** (2006): Leitlinien der Palliative Care. In: Kränzle, S.; Schmid, U; Seeger, C. (Hrsg): *Palliative Care : Handbuch für Pflege und Begleitung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 8- 11.
- Shortell S.M., Zimmermann J., Rousseu D.M.** (1994): The performance of intensive care units: Does good management make a difference? In: *Medical Care*. Vol. 62, No.5, 508- 525.
- Simon, S. et al** (2008): Begleitung am Lebensende heute und morgen : Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2050 und deren Auswirkungen auf die Zukunft von Palliative Care in Deutschland (abstract). In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, Jahrgang 2008, Heft 9, 150.
- Simon, S. et al.** (2009): Sterbebegleitung im Krankenhaus : erste Erfahrungen mit dem „Liverpool Care Pathway“ (LCP) in Deutschland. In: *Dtsch Med Wochenschr*, Jahrgang 2009, Heft 134, 1399- 1404.
- Stahl, S.** (2006): Entwicklung der Hospiz- und Palliativbewegung : Vision oder tägliche Praxis? In: *Pflegezeitschrift*, Jahrgang 2006, Heft 6, 332- 336.
- Steffen- Bürgi, B.** (2007): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber, 30- 38.

- Stone, P. W. et al.** (2006): Organizational climate and intensive care unit nurses` intention to leave. In: *Crit Care Med*, Vol. 34, No. 7, 1907- 1912.
- Störkel, F.** (2009): Pflege am Lebensende. In: *Pflegezeitschrift*, Jahrgang 2009, Heft 11, 641.
- Student, J.-C.; Napiwotzky, A.** (2007): Palliative Care : wahrnehmen- verstehen- schützen. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Thompson, D.** (2002): Tod und Sterben in der Intensivpflege. In: Millar, B.; Burnard, P. (Hrsg): *Intensivpflege- High- touch und High- tech : Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Bern: Hans Huber, 331- 350.
- Timm, W.** (2000): Sterbebegleitung auf der Intensivstation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Uebach, B.; Kern, M.** (2004): Aufgaben, Stand und Entwicklung von Palliativpflege. In: Wenzel Backe, K. (Hrsg): *Krankenpflege Journal*, Jahrgang 2004, Heft 42, 73- 75.
- van Aken, H.; Prien, T.; Berendes, E.** (2003): Intensive Care Medicine Today. In: *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. Stuttgart, New York: Georg Thieme, 264- 272.
- Veit, A.** (2004): Professionelles Handeln : als Mittel zur Bewältigung des Theorie- Praxis- Problems in der Krankenpflege. Bern: Hans Huber.
- Wolf, C.** (2010): Tod und Sterben : Gesellschaftliche und biblische Perspektiven. In: *Vorbereitet sterben- Wenn der Tod in Leben tritt, 2.*, überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Bad Homburg: Oncken Stiftung, 10-23.
- World Health Organisation** (2002): Definition of palliative care. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> - Download vom 21.04.2012

Anhang

I. Idealtypische Verlaufskurve eines Intensivpatienten (nach Friesacher 2000, Meyer 1993, Zieger 1993)

<p><i>Phase 0: Vor der Krise (Krankheit, Trauma, Vergiftung)</i></p> <p>Normale Alltagsaktivität</p>
<p><i>Phase 1: Akutphase (Krise):</i></p> <p>Komplette Beeinträchtigung der Lebensaktivitäten und schwerste existenzielle Bedrohung. Maximale Unterstützung und Übernahme durch die Intensivpflegenden. Kommunikation und Kontaktaufnahme eingeschränkt und nur bedingt möglich. Eine oder mehrere Vitalfunktionen sind beeinträchtigt und werden ersetzt und unterstützt. Maximaler Einsatz personeller, apparativer und medikamentöser Maßnahmen. Die Stufe höchster Medizinität und weitgehender Orientierung an medizinischen Handlungsbögen.</p>
<p><i>Phase 2 (Postakutphase):</i></p> <p>Teilweise Eigenaktivitäten, jedoch noch weitgehend abhängig in den Lebensaktivitäten. Die existenzielle Bedrohung kann häufig durch die ständige personelle Anwesenheit aufgefangen werden. Kommunikation und Kontakt oftmals nonverbal möglich. Vitalfunktionen werden weiterhin aufwendig apparativ (z. B. Beatmung, Hämofiltration, intraaortale Ballonpumpe, Schrittmacher) und medikamentös (z. B. Analgetika, Sedativa, Herz und Kreislauf unterstützende Mittel, Antibiotika) unterstützt. Hohe Medizinität und Sozialität, Orientierung sowohl an medizinischen als auch an pflegerischen Handlungsbögen.</p>
<p><i>Phase 3 (Stabilisationsphase):</i></p> <p>Eigenaktivitäten (Atmen, Bewegen) können verstärkt wahrgenommen werden. Kommunikation und Kontaktaufnahme oftmals wieder verbal möglich. Aktivierung und Rehabilitation setzen ein. Die existenzielle Bedrohung weicht einer vorsichtigen optimistischen Zukunftsperspektive. Vitalfunktionen weitgehend stabilisiert, deutliche Reduktion apparativer und medikamentöser Maßnahmen. Geringe Medizinität und hohe Sozialität, Orientierung überwiegend an pflegerischen Handlungsbögen.</p>
<p><i>Phase 4 (Rehabilitationsphase):</i></p> <p>Weitgehendes Wiedererlangen der Lebensaktivitäten, zum Teil mit lang anhaltenden oder bleibenden Einschränkungen und Behinderungen. Intensive rehabilitative Pflege, Vorbereitung auf die Verlegung auf die nachsorgende Station, was oftmals zu erneuter existenzieller Bedrohung führt. Frührehabilitation (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungsberatung) setzt je nach Konzeption der Intensivstation schon hier ein. Vitalfunktionen stabilisiert, lediglich Überwachung notwendig. Medizinität gleicht sich dem Niveau der weiterversorgenden Stationen an, pflegerische Handlungsbögen überwiegen.</p>

Quelle: Friesacher 2008, 152

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig 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.

Hamburg, den 01.06.2012

Kay Schmidt