



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Umgang mit trauernden Angehörigen im Krankenhaus

**Eine zielgerichtete Betrachtung von
Nicht-Palliativstationen**

Bachelor-Thesis

Abgabetermin: 1. Juni 2015

Vorgelegt von: Christiane Lindenau



Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Doris Wilborn
Zweiter Prüfer: Jörg Rahmann

Inhalt

1	Einleitung.....	3
1.1	Methodik.....	6
1.2	Ziel der Arbeit.....	6
1.3	Struktur und Aufbau der Arbeit.....	7
1.4	Definitionen.....	7
1.4.1	Palliative Care.....	7
1.4.2	Hospiz.....	8
1.4.3	Sterbebegleitung.....	9
1.4.4	Palliativstationen.....	9
1.4.5	Angehöriger.....	10
1.5	Familien- und umweltbezogene Pflege­theorie.....	10
1.6	Trauer.....	12
1.7	Sterbeph­asen nach Elisabeth Kübler-Ross.....	13
1.7.1	Phase 1: Nicht-wahrhaben-Wollen und Isolation.....	14
1.7.2	Phase 2: Zorn.....	14
1.7.3	Phase 3: Verhandeln.....	14
1.7.4	Phase 4: Depression.....	15
1.7.5	Phase 5: Zustimmung.....	15
1.7.6	Neue Ansätze der Sterbeph­asen.....	15
1.8	Trauerph­asen.....	15
1.8.1	Trauerph­asen nach Verena Kast.....	16
1.8.1.1	Phase 1: Leugnen, Nicht-wahrhaben-Wollen.....	16
1.8.1.2	Phase 2: Intensive aufbrechende Emotionen.....	16
1.8.1.3	Phase 3: Suchen, Finden, Loslassen.....	17
1.8.1.4	Phase 4: Akzeptanz und Neuanfang.....	18
1.8.2	Kritik an dem Trauermodell.....	18

1.8.3	Traueraufgaben nach J. William Worden.....	18
1.8.3.1	Aufgabe 1: Den Verlust als Realität akzeptieren	19
1.8.3.2	Aufgabe 2: Den Schmerz verarbeiten	19
1.8.3.3	Aufgabe 3: Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen	19
1.8.3.4	Aufgabe 4: Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden	19
1.8.4	Kritik am Aufgabenmodell.....	20
2	Die Rolle von Angehörigen in der Palliativpflege	20
2.1	Welche Hilfe stellen Angehörige für die Pflegenden dar?	20
2.2	Welche Bedürfnisse haben Angehörige während der Trauer?	22
2.3	Welche Hilfe können Pflegende trauernden Angehörigen bieten?	24
2.4	Vorschläge für Pflegekräfte zum Umgang mit Angehörigen im Sinne der aufgezeigten Trauermodelle	28
2.5	Stellenwert der Palliativversorgung in der Ausbildung	30
3	Fazit.....	31
	Quellenverzeichnis	34
	Eidesstattliche Erklärung.....	38

1 Einleitung

Unter dem Begriff Palliative Care wird die Begleitung eines schwerstkranken und sterbenden Menschen und dessen Entlastung von Schmerzen und anderen Symptomen verstanden. Diese Form der pflegerischen Tätigkeit stellt sowohl für Angehörige als auch für das Pflegepersonal eine besondere Herausforderung dar (Haagen & Möller, 2013, S. 50).

Für die Angehörigen bedeutet es einerseits eine für sie fremde und nicht einfache Situation verstehen zu müssen und darin zu handeln sowie andererseits zu lernen, mit ihrer eigenen Hilflosigkeit umzugehen (Huber & Casagrande, 2011, S. 37). Der Verlust eines Familienmitgliedes bedeutet „häufig eine tiefe Erschütterung des familiären Gleichgewichts“ (Haagen & Möller, 2013, S. 3) und eine Belastung, die zum Zusammenbruch eines Familiensystems führen kann (Borasio, 2013, S. 81).

Das Pflegepersonal muss über spezifisches Fachwissen verfügen und in der Lage sein, dieses auch verständlich an die Angehörigen weiterzugeben (Huber & Casagrande, 2011, S. 37f). Von dem Pflegepersonal wird ein hohes Maß an Kommunikationsbereitschaft sowie Selbstreflexion verlangt (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 2), „da der Umgang (...) [mit der palliativen Versorgung] auch immer die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben oder dem Erleben von Sterben im eigenen Umfeld bedeutet“ (Wüller u.a., 2014, S. 2). Auch „sollten [sie] wissen, was Sterben bedeuten kann, (...), welche besondere Zuwendung und Pflege Sterbende brauchen und auch, welche besondere Aufmerksamkeit Angehörigen (...) gut tut“ (Arndt, 2005, S. 11).

Im Jahr 2012 stand das Pflegepersonal rund 404.000 vollstationären Patienten gegenüber, die in deutschen Krankenhäusern verstorben sind (Statistische Bundesamt, 2013, S. 62). Jedoch ist hierbei anzumerken, dass nicht alle sterbenden Patienten gleichzeitig palliativpflichtig sind. In 46,4 Prozent der Todesfälle fand das Sterben damit nicht Zuhause, sondern in einem Krankenhaus statt (Statista, 2015). „Im Krankenhaus ist der Tod nicht vorgesehen, aber der Regelfall. Nirgends tritt der Todes- und Trauerfall so häufig ein wie im Krankenhaus und – an zweiter Stelle – in Heimen“ (Lammer, 2014, S. 5). „Das Krankenhaus ist allgemein hin die meist wahrgenommene Institution des Sterbens

mit dem höchsten Grad der Institutionalisierung aller Sterbeorte“ (Thönnies, 2013, S. 31). Diese Verlagerung des Sterbens vom Zuhause der Menschen in Institutionen wie Krankenhäuser und Palliativstationen (Haagen & Möller, 2013, S. 61) konfrontiert Pflegepersonal im Berufsalltag immer häufiger sowohl mit sterbenden Patienten als auch mit deren Angehörigen (Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 18).

Dieser Anforderung wird zum Teil dadurch Rechnung getragen, dass im Jahr 2014 bereits über 200 stationäre Hospize und 250 Palliativstationen in Deutschland betrieben wurden (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2014). Allerdings spielen „Diese (...) als Sterbeorte rein statistisch nur eine untergeordnete Rolle (derzeit zwei bis vier Prozent der Sterbefälle)“ (Borasio, 2013, S. 39). Auf palliativen Stationen eingesetztes Pflegepersonal hat die Möglichkeit, sich auf die Begleitung eines Sterbenden und der Angehörigen professionell vorzubereiten (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 34).

Bei der großen Anzahl von Todesfällen in Institutionen ist jedoch davon auszugehen, dass der palliative Pflege- und Versorgungsbedarf auch von Nicht-Palliativstationen getragen werden muss und Menschen dort auch während der palliativen Versorgung versterben. Denn „auf fast allen Stationen im Krankenhaus sterben Patienten“ (Arndt, 2005, S. 48).

Diese Entwicklung wird wissenschaftlich bislang nicht ausreichend aufgearbeitet. Es liegen aktuell nur wenige Erkenntnisse zu den auf Palliativstationen sterbenden Menschen vor, noch weitaus weniger über die Anzahl der Verstorbenen auf Normalstationen während der palliativen Versorgung. Auch empirische Arbeiten zu dem Umgang mit Palliativpatienten und deren Angehörigen auf Normalstationen lassen sich nur wenige finden.

Auf einer Palliativstation übernimmt das Pflegepersonal neben den klassischen Aufgaben auch „die psychische Betreuung des kranken Menschen und seiner Familie. Damit das Pflegepersonal ausreichend Zeit hat, diese Aufgaben zu erfüllen, hat eine Pflegeperson höchstens vier Kranke zu betreuen“ (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 34). Diese Integration von Angehörigen wird von der wachsenden Disziplin der „Palliative Care“ ausdrücklich gefordert und gefördert, wobei dieser Ansatz bislang jedoch vor allem in der Pflege von Tumorpatienten

zum Einsatz kommt. „Dem steht entgegen, dass im deutschen Sprachraum nur etwa 25% unserer Bevölkerung an Tumorerkrankungen sterben“ (Johnson, Lehmann & Gerhard, 2013, S. 11).

Über die immer häufiger auftretende Herausforderung für das Pflegepersonal auf Nicht-Palliativstationen, sich zunehmend auch mit der Begleitung und Integration der Angehörigen der Palliativpatienten auseinanderzusetzen, ist daher aktuell nur wenig bekannt.

Auf einer Nicht-Palliativstation ist das Verhältnis von Pflegenden zu Kranken in der Regel geringer als auf Palliativstationen und wird immer wieder diskutiert (Arndt, 2005, S. 16). Daher ist anzunehmen, dass für eine professionelle palliative Pflege und Versorgung auf Nicht-Palliativstationen dem Pflegepersonal keine ausreichende Zeit zur Betreuung von Patienten und Angehörigen zur Verfügung steht. Denn zu einer ganzheitlichen palliativen Versorgung gehört auch die Begleitung trauernder Angehöriger: „Trauerbegleitung gehört zum ganzheitlichen Konzept der Palliative Care. Die Pflegekräfte müssen (...) die Bedürfnisse von Angehörigen, engen FreundInnen (...) [ernst nehmen]“ (Davy, Ellis & Feuz, 2010, S. 114). Es steht außer Frage, dass die Trauerarbeit und Trauerbegleitung der Angehörigen während der palliativen Versorgung des Betroffenen eine zeitaufwändige, intensive und anspruchsvolle pflegerische Leistung darstellt. Diese Versorgung ist für die Angehörigen und besonders für den Betroffenen von hoher Bedeutung. In der Definition von Palliative Care durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002) wird deutlich, dass Angehörige und Betroffene zusammen behandelt werden müssen. Die Versorgung des sozialen Umfeldes des Betroffenen beginnt mit der Pflegebedürftigkeit und geht dabei über die Sterbephase hinaus (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2009, S. 4).

Das Bewusstsein für die „bedeutsame steuernd-koordinative Funktion, kompensierende und versorgende Hilfe- und Pflegeleistungen (...) und eine bedeutende psychisch-sozial entlastende Funktion“ (George, 2005, S. 131) von Angehörigen ist mittlerweile vorhanden (Nagele & Feichtner, 2009, S. 180). „Trotz dieser Erkenntnis werden die Angehörigen keinesfalls immer professionell in das Kommunikations- und Handlungsgeschehen einbezogen“ (George, 2005, S. 131).

Im Folgenden soll daher der Umgang mit trauernden Angehörigen auf einer Nicht-Palliativstation beleuchtet werden. Neben den organisatorischen Gegebenheiten soll auch auf die Vorbereitung des Personals auf die palliative Versorgung eingegangen werden.

1.1 Methodik

Dieser Bachelor-Thesis liegt eine intensive Literaturrecherche zu Grunde, welche im Rahmen des Wintersemesters 2014/2015 durch die Nutzung der Datenbanken PubMed, Cinahl, Psychlit, Carelit, Medpilot, Gerolit, und ZQP Berlin sowie Hibs durchgeführt wurde.

Es wurde Literatur gesucht, in der der Begriff Angehörige erläutert und die Bedürfnisse und Bedarfe von trauernden Angehörigen – vor allem im Hinblick auf eine palliative Versorgung auf einer Nicht-Palliativstation im Krankenhaus – untersucht und diskutiert wird. Gleichzeitig wurden Studien zur epidemiologischen Situation, Prävalenz, Inzidenz von Hospizen, Palliativstationen und Todesraten gesucht, sowie über die Rolle der Pflege im Setting Krankenhaus für die Angehörigenbetreuung.

Zunächst wurde in PubMed nach MeshTerms gesucht, wobei mit Hilfe von leo.org, linguee.de sowie einem deutsch-englischem Wörterbuch übersetzt wurde. Bei PubMed wurde mit Hilfe der gefundenen MeshTerms eine Literatursuche durchgeführt. Die weiteren Datenbanken wurden zur freien Suche, unter anderem auch mit Hilfe der gefundenen MeshTerms, verwendet.

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, den Stellenwert der Angehörigen für den Patienten aufzuzeigen und dabei hervorzuheben, welche Rolle die Angehörigen in der palliativen Versorgung einnehmen und in welchem Verhältnis sie zu Pflegekräften stehen.

Für die Praxis soll des Weiteren erkennbar sein, welche Rolle das Pflegepersonal bei der Angehörigenbetreuung beziehungsweise -begleitung einnimmt. Aufgrund dieser Zielsetzung wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Welche Hilfe stellen Angehörige für die Pflegenden dar?
- Welche Bedürfnisse haben Angehörige während der Trauer?
- Welche Hilfe können Pflegende trauernden Angehörigen bieten?

1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit

Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden die Begriffe Palliative Care, Angehöriger und Familie und Trauer herausgearbeitet und definiert. Die Familien- und umweltbezogene Pflegelehre von Friedemann wird kurz erläutert, um die Bedeutung des sozialen Umfeldes des Palliativpatienten sichtbar zu machen. Die für die Angehörigenbetreuung notwendigen Kenntnisse der Trauertheorien und Traueraufgaben werden herausgearbeitet und im Rahmen dieser Arbeit kurz angerissen. Das Thema „Trauerbegleitung“ erstreckt sich auf eine riesige Spanne an theoretischen Modellen und Gedanken, gesellschaftlichen Normen, ethischen Vorstellungen sowie sozialen Ansätzen, welche aufgrund des Umfangs und der Themenvielfalt in dieser Bachelor-Thesis nur angerissen werden können.

1.4 Definitionen

1.4.1 Palliative Care

Palliative Care ist die lindernde und schützende Sorge für Schwerkranke und sterbende Menschen und ihren Angehörigen. Palliare kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „mit einem Mantel bedecken“ (Pschyrembel, 2011, S. 1420). Sterbende sollen so begleitet werden, dass sie so weit wie möglich selbstbestimmt und aktiv ihr Leben bis zuletzt leben können (Lexa, 2013, S. 14).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Palliative Care 1990 erstmals definiert und die Definition 2002 erweitert:

„Palliative Care ist ein Handlungsansatz, der die Lebensqualität jener Kranken und ihrer Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Dies geschieht durch die Verhütung und Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme (...) frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt“ (WHO, 2002).

Des Weiteren wird Palliative Care wie folgt beschrieben:

- „[Palliative Care] bietet Entlastung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen an;
- betont das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess; (...)
- bietet ein Unterstützungssystem für Familien an, um die Belastungen während der Krankheit der PatientInnen ebenso zu bewältigen wie später die eigene Trauer; (...“ (WHO, 2002).

Palliative Care wird im Gegensatz zum Hospizansatz nicht erst in den letzten Wochen oder Monate des Patienten angewandt, sondern „wenn die kurativen Maßnahmen nicht mehr“ ausreichen, um das Wohlbefinden des Menschen wiederherzustellen, „oder der kranke Mensch kurative Maßnahme nicht mehr wünscht“ (Student & Napiwotzky, 2011, S. 10). Somit ist Palliative Care in der heutigen Zeit keine Behandlungsform für sterbende Menschen und ihre Familien, sondern eine erweiterte Betreuungsweise, um Wohlbefinden und bestmögliche Lebensqualität für diese herzustellen (Student & Napiwotzky, 2011, S. 10f; WHO, 2002).

„Der daraus erwachsende Anspruch an eine umfassende und angemessene Versorgung verlangt sowohl spezifische Kenntnisse im eigenen Fachgebiet in Palliative Care als auch die Fähigkeit zu berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit. Die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Vordergrund, die Schwerpunkte der Betreuung sind individuell verschieden“ (Lins, 2011, S. 26).

1.4.2 Hospiz

Ein Hospiz beschreibt eine „ambulante od. stationäre Einrichtung zur interdisziplinären Begleitung, Betreuung u. (...) Behandlung sowie Pflege Schwerstkranker u. Sterbender“ (Pschyrembel, 2011, S. 838). Bei Bedarf werden die Angehörigen mit in die Vorgänge integriert (Pschyrembel, 2011, S. 838).

„Im Hospiz werden schwerpunktmäßig die Symptome der Erkrankung überwacht und die Beschwerden gelindert. Darüber hinaus geht es um die pflegerische, psychosoziale sowie spirituelle Betreuung des Menschen“ (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 8). Die hauptamtlichen oder ehrenamtlichen Mitarbeiter eines Hospizes

sowie die Pflegekräfte werden für die Sterbebegleitung durch Fortbildungen gezielt geschult (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 8).

„Stationäre Hospize sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter; sie verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2009, S. 6).

1.4.3 Sterbebegleitung

Unter Sterbebegleitung wird die „Betreuung Sterbender i. R. der Palliativmedizin (...)“ mit Augenmerk auf die „Stärkung des Patientenwillens“ (Pschyrembel, 2011, S. 1828) verstanden.

1.4.4 Palliativstationen

Palliativstationen werden laut Pschyrembel als „stationäre Behandlungs- u. Pflegeeinrichtung für Palliativmedizin (z.B. Hospiz)“ (2011, S. 1420) beschrieben. Die Stationen sind „eigenständige, an ein Krankenhaus gebundene Abteilungen“ (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 15). Die Stationen sind so aufgebaut, dass vorwiegend Einzelzimmer vorhanden sind. Dabei wird auf eine wohnliche Gestaltung von Station und Zimmer geachtet (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 15).

Auf einer Palliativstation werden Betroffene aufgenommen, die an einer unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung leiden und im Krankenhaus behandelt werden müssen. Ein Arzt steht rund um die Uhr für die Versorgung bereit (Klaschik, Nauck, Radbruch & Sabatowski, 2000, S. 15f). Palliativstationen unterscheiden sich in vielen Aspekten von Nicht-Palliativstationen. Zum einen wird neben der Behandlungspflege der Arbeitsbereich der Pflegekräfte um die psychische Betreuung des Betroffenen und seiner Angehörigen erweitert (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 34), zum anderen ist der Personalschlüssel höher angesetzt als auf anderen Stationen. „Damit das Pflegepersonal ausreichend Zeit hat, diese Aufgaben zu erfüllen, hat eine Pflegeperson höchstens vier Kranke zu betreuen, und jeder Kranke wird wiederum nur von einigen wenigen Pflegern versorgt“ (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 34). Auch stehen für Angehörige „kostenlos Übernachtungsmöglichkeiten zur Verfügung“ (Lübbe & Beckmann, 2013, S. 16).

1.4.5 Angehöriger

„Mit den Angehörigen sind alle verwandten, vertrauten, nahe stehenden und freundschaftlichen Beziehungen eines Menschen umschrieben. Sie durchleben ebenso einen Prozess des Loslassens und des Abschiednehmens. Sie sind in ähnlicher Weise belastet und brauchen dieselbe Aufmerksamkeit und Begleitung wie der sterbende Mensch selbst“ (Kränzle, Schmid & Seeger, 2011, S. 17; Lexa, 2013, S. 11).

Zur Abgrenzung des Begriffs Angehöriger ist „nicht der biologische Verwandtschaftsgrad [entscheidend], sondern die persönliche Nähe zum Patienten“ (Wüller u. a., 2014, S. 39). Daher wird in der vorliegenden Arbeit unter dem Begriff Angehöriger das persönliche Umfeld des Sterbenden im Sinne von Menschen mit persönlicher Nähe zum Patienten verstanden.

1.5 Familien- und umweltbezogene Pflegeetheorie

Im Folgenden werden die Grundannahmen der Familien- und umweltbezogenen Pflegeetheorie nach dem Grundsatz des systemischen Gleichgewichts von Marie-Luise Friedemann dargestellt, um die Bedeutung des Miteinbeziehens des sozialen Umfeldes des Betroffenen herauszuarbeiten. Dabei soll der Zusammenhang zwischen Betroffenen und Angehörigen hergestellt werden, um die Auswirkungen des Einbezugs und der Mitbetreuung von Angehörigen in die Pflege auf Pflegekräfte und Betroffene hervorzuheben.

Es ist wichtig, Pflegeetheorien zu kennen, zu verstehen und zu entwickeln, sodass „ein gemeinsames Pflegeverständnis (...) [aufgebaut wird], das (...) den Pflegenden ermöglicht, sich gegenseitig zu verständigen“ (Friedemann, 1996, S. 14).

In der Pflegeetheorie von Friedemann wird den Pflegenden ein neuer Zugang zur Familie aufgezeigt. Der Mensch wird nach Friedemann (1996) als ein ganzheitliches Wesen angesehen, dessen Umfeld einen prägenden Einfluss auf dieses Wesen besitzt. „Die Pflege der Familie oder größerer Systeme schließt die Individuen und ihre Subsysteme mit ein“ (Friedemann, Köhler & Augustyniak, 2010, S. 49). Die zu versorgenden Patienten, seine Familie und Angehörigen

stehen im Mittelpunkt der Pflege. Der Patient und seine Angehörigen werden zusammen wahrgenommen und gepflegt, wodurch die Angehörigen wiederum ihrerseits zu einem Teil des Pflegeprozesses werden.

Der Einbezug der gesamten Familie in den Pflegeprozess nach Friedemann (1996) verfolgt das Ziel, die Ängste der betroffenen Individuen abzubauen. Jedes in den Prozess der familien- und umweltbezogenen Pflege involvierte Individuum (Betroffener, Familie etc.) strebt dabei nach den vier Zielen des systemischen Gleichgewichts: Stabilität, Regulation/Kontrolle, Wachstum und Spiritualität. Das Anstreben dieser Subziele dient dem übergeordneten Ziel der Bekämpfung von Ängsten der Angehörigen und der Patienten (Friedemann, 1996).

Friedemann (1996) vertritt im Rahmen ihrer Pflege Theorie die Standpunkte, die „Pflege beim Individuum schließt die Familie und vernetzten Systeme der Umwelt mit ein“, und „individuelle Pflege und die Pflege der Familie sind kaum unterscheidbar“ (Friedemann, 1996, S. 42). Es ist folglich von essentieller Bedeutung, dass die Familie beziehungsweise das soziale Umfeld von der individuellen Pflege nicht getrennt werden kann. Denn die Angehörigen sind ebenfalls vom drohenden Tod betroffen und werden sich dadurch wandeln. „In vielen Pflegesituationen ist es nicht nur der sterbende Patient, sondern auch seine Angehörigen, die Pflege benötigen. Die wichtigste Aufgabe der Pflegenden ist die gefühlvolle Unterstützung der Angehörigen, wobei deren Ängste ernstgenommen werden müssen. Während des Sterbeprozesses können erfahrene Pflegenden Angst lindern, indem sie die Angehörigen auf schöne Erfahrungen und Offenbarungen des sterbenden Menschen aufmerksam machen, ohne ihnen jedoch fremde Ansichten aufzudrängen“ (Friedemann u. a., 2010, S. 147).

Die Pflege Theorie von Friedemann (1996) und der postulierte Zusammenhang zwischen Betroffenen und Angehörigen bestätigt die Wichtigkeit des Einbezugs von Angehörigen in die individuelle Pflege von Sterbenden durch die Pflegenden. „Die erfolgreiche Pflege kann auf die Anwendung der Theorie des systemischen Gleichgewichts zurückgeführt werden“ (Friedemann u. a., 2010, S. 143).

1.6 Trauer

In diesem Abschnitt wird zum Verständnis des Begriffes Trauer das dafür benötigte theoretische Grundwissen vermittelt, um später im Kapitel 2.3 (Welche Hilfe können Pflegende trauernden Angehörigen bieten) praktische Wege und Strategien zum Umgang mit Trauer aufzeigen zu können.

„Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.“ (Freud, 1946, S. 428).

Was bedeutet Trauer für den Menschen? Es ist „nüchtern formuliert (...) die natürliche Reaktion auf ein Verlusterlebnis“ (Kostrzewa, 2013, S. 160). Das Gefühl der Trauer durchläuft der Mensch nicht nur, wenn eine ihm nahestehende Person verstorben ist, sondern auch wenn er andere schmerzhaftere Verlusterfahrungen durchläuft (Müller, Brathuhn & Schnegg, 2014, S. 16). Verluste können für jeden Menschen etwas anderes bedeuten, alles was mit Gefühlen und Emotionen behaftet ist, kann als Verlust angesehen und betrauert werden (Kostrzewa, 2013, S. 160; Müller u. a., 2014, S. 16). Es kann beispielsweise sein, dass „Menschen, [die] ihre Arbeit verlieren, (...), Kranke, die durch ihre Krankheit bleibend gezeichnet sein werden, (...)“ (Müller u. a., 2014, S. 16), oder Menschen die ihre Lieblingspuppe verlieren (Kostrzewa, 2013, S. 160), diese Verluste betrauern.

Zusammenfassend ist die Trauer für den Menschen eine der Natur entsprechende elementare Erwidern unseres Körpers auf Verlusterfahrungen wie Trennung und Abschied (Canacakis & Montermann-Müller, 2013, S. 32f). Während ein Mensch trauert, sind Kummer und Schmerz allgegenwärtige Empfindungen (Bonanno & Petzold, 2012, S. 18), ebenso wie Traurigkeit, Wut, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, Angst, Einsamkeit, Erschöpfung, Hilflosigkeit, Sehnsucht, Befreiung und Emotionale Taubheit, um nur einige zu nennen (Worden, 2011, S. 26ff). Jede Trauer ist „so individuell wie die Person des Trauernden und dessen Beziehung zum Betrauten (...)“ (Haagen & Möller, 2013, S. 9). Aufgrund der Individualität von Trauer kann davon ausgegangen werden, dass keine universelle Struktur vorhanden ist, wie mit der eigenen Trauer umzugehen ist (Kostrzewa, 2013, S. 161). Es gibt keine vorgegebene Zeit in der die Trauer bewältigt werden muss sowie keine richtige Art und Weise, wie die Trauer ausgedrückt werden

muss (Bonanno & Petzold, 2012, S. 16; Kostrzewa, 2013, S. 163). Die Trauer hat eine enorme emotionale Auswirkung auf den Betroffenen, die sogar dessen Körper beeinflussen kann, beispielsweise durch Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Schlappeheit, Kraftlosigkeit oder Roboter-artiges Verhalten (Kostrzewa, 2013, S. 161).

Auch der drohende Verlust eines Menschen kann betrauert werden. „Sterbende und ihre Angehörigen trauern längst vor dem Tod (...)“ (Müller u. a., 2014, S. 16; Haagen & Möller, 2013, S. 54). Daher ist es wichtig, schon in dieser Phase den Angehörigen Unterstützung durch Pflegekräfte in Krankenhäusern anzubieten (Haagen & Möller, 2013, S. 53f).

„Der Umgang mit einem Verlust ist davon abhängig, wie tiefgreifend und lebensverändernd dieser Verlust erlebt wird. Zu den Faktoren, die auf dieses vielfältige Erleben einwirken und es prägen, gehören auch der erlernte Umgang mit Krisen und die Persönlichkeitsstruktur des betreffenden Menschen“ (Müller u. a., 2014, S. 16). Daher ist es für das Pflegepersonal von großer Bedeutung, einen hohen Grad an Selbstreflexion – unter anderem über den Umgang mit Krisen – mitzubringen (Wüller u. a., 2014, S. 2). Jeder Mensch darf trauern, die Trauer muss zugelassen und durchlebt werden. Denn durch eine Bewältigung der Trauer können Verluste verarbeitet werden (Bonanno & Petzold, 2012, S. 18; Canacakis & Montermann-Müller, 2013, S. 34).

1.7 Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross

Mit dem Werk „Interviews mit Sterbenden“ von Elisabeth Kübler-Ross (1969) entstand das Modell der Sterbephasen. Darin skizziert sie die Krankheitsverarbeitung von sterbenden Menschen in fünf verschiedenen Phasen (Mayer & Wasner, 2011, S. 11). Ausgehend von den fünf Phasen entwickelte sich eine Übertragung auf den Trauerprozess. Kast (1982) hat die einzelnen Phasen den jeweiligen Trauerphasen zugeordnet, die bewältigt werden müssen, um die Trauer zu verarbeiten (Haagen & Möller, 2013, S. 11).

Elisabeth Kübler-Ross ist eine US-amerikanische Ärztin, Autorin und Thanatologin (Sterbeforscherin). Durch ihr Buch „On Death and Dying – Interviews mit Sterbenden“ im Jahr 1969 wurde sie bekannt. Darin führt sie Interviews mit

Sterbenden und beschreibt ihr daraus entwickeltes Sterbephasenmodell (Kübler-Ross, 2014, S. 11).

In den folgenden Unterkapiteln werden die fünf verschiedenen Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross vorgestellt:

- (1) „Nicht-Wahrhaben-Wollen,
- (2) Zorn,
- (3) Verhandeln,
- (4) Depression bzw. Resignation,
- (5) Zustimmung bzw. Annahme“ (Haagen & Möller, 2013, S. 11).

1.7.1 Phase 1: Nicht-wahrhaben-Wollen und Isolierung

Die erste Sterbephase des Modells von Elisabeth Kübler-Ross ist die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens und der Isolierung. In dieser Phase reagieren Patienten, die eine unheilbare Diagnose erfahren haben, häufig mit Verleugnung („Nicht-wahrhaben-Wollen“), Schock und später mit Isolierung. Hier gilt es für Angehörige und Pflegekräfte, dem Patienten keine Unterhaltung aufzudrängen (Mayer & Maier, 2011, S. 66-77).

1.7.2 Phase 2: Zorn

Als Zorn benennt Elisabeth Kübler-Ross die zweite Sterbephase. In dieser Phase reagiert der Patient mit Zorn, Wut und Neid und Schuldzuweisungen auf andere Menschen. Hierbei ist es wichtig zu verstehen, dass der Zorn nicht persönlich gegen zum Beispiel die Angehörigen gerichtet ist. Der Patient versucht darüber hinaus durch immer mehr werdende Ansprüche nicht in Vergessenheit zu geraten (Kübler-Ross, 2014, S. 80-115; Mayer & Maier, 2011, S. 80). „Ich bin noch am Leben, vergesst das nur nicht! Ihr könnt noch meine Stimme hören, ich bin noch nicht tot!“ (Kübler-Ross, 2014, S. 82).

1.7.3 Phase 3: Verhandeln

In der dritten Phase beginnt das Verhandeln des Patienten mit sich selbst, mit den Pflegenden und mit Gott. Er erhofft sich durch sein Wohlverhalten einen Aufschub, vielleicht eine Weile keine Schmerzen zu haben, die Hochzeit seines Kindes mitzerleben und vieles mehr. In dieser Phase ist es wichtig, keine falschen

Hoffnungen zu schüren, aber auch den Patienten seiner Hoffnungen nicht zu berauben (Kübler-Ross, 2014, S. 113-115).

1.7.4 Phase 4: Depression

Der Patient kann in der vierten Sterbephase durch das Auftreten der entsprechenden Symptome und Beschwerden seine Krankheit nicht mehr leugnen. Durch die sogenannten Verluste (Verlust des Arbeitsplatzes, wirtschaftlicher Verlust, Verlust des Körpergefühls, Verlust der Familie, etc.) entwickeln sich Depressionen. Hier helfen Zuhören und offene Gespräche (Kübler-Ross, 2014, S. 116-138).

1.7.5 Phase 5: Zustimmung

Im siebten Kapitel schreibt Kübler-Ross (2014, S. 139): „[D]Er [Patient] hat seine Emotionen aussprechen dürfen, Neid auf die Lebenden und Gesunden, Zorn auf alle, (...). Er hat den drohenden Verlust (...) betrauert, und nun sieht er seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen.“ Es bedeutet jedoch nicht, dass der Patient den Tod annimmt, oder dass er aufgibt. Der Patient ist schwach, somnolent und die Gesprächsbereitschaft nimmt ab. Es erfolgt meist nur noch non-verbale Kommunikation (Kübler-Ross, 2014, S. 139-165).

1.7.6 Neue Ansätze der Sterbephasen

Die von Elisabeth Kübler-Ross entwickelten Sterbephasen folgen keiner strengen zeitlichen Abfolge. Je nach Patient wechseln sie häufig einander ab, es müssen aber auch nicht alle Phasen durchlaufen werden. Die Phasen können auch von Angehörigen durchlaufen werden. Das Modell ist eine Richtlinie und kein Konzept eines „ordnungsgemäßen Sterbens“ (Mayer & Wasner, 2011, S. 12f). Es kann Angehörigen und Pflegekräften dabei helfen, auf den Patienten richtig einzugehen.

1.8 Trauerphasen

Nach einer Verlusterfahrung beginnt der Mensch den Prozess der Trauerarbeit oder der Trauerphasen, um den Verlust zu verarbeiten. In der Psychologie wird versucht, diesen Prozess der Trauerbewältigung in verschiedene Phasen aufzuteilen. Im Laufe der Zeit entstanden verschiedene Phasenmodelle, die Menschen während der Trauer durchlaufen. Eine Diskussion der in der Literatur

eingeführten Trauerphasenmodelle und Traueraufgaben würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, weshalb nur ausgewählte Ansätze dargestellt werden.

In den folgenden Unterkapiteln werden das Trauerphasenmodell von Verena Kast und die Traueraufgaben von William Worden vorgestellt.

1.8.1 Trauerphasen nach Verena Kast

Wie im Kapitel 1.7 (Sterbephase nach Elisabeth Kübler-Ross) bereits erwähnt, hat Kast (1982) aus den Grundlagen, die durch Kübler-Ross gelegt wurden, ein Trauerphasenmodell zur Verlustbewältigung entwickelt (Haagen & Möller, 2013, S. 11). In den folgenden Unterkapiteln werden die vier Trauerphasen von Kast (1982) vorgestellt:

- (1) Leugnen, Nicht-wahrhaben-Wollen
- (2) Intensive aufbrechende Emotionen
- (3) Suchen, Finden, Loslassen
- (4) Akzeptanz und Neuanfang.

1.8.1.1 Phase 1: Leugnen, Nicht-wahrhaben-Wollen

Der Beginn des Trauerprozesses ist der Verlust des geliebten Menschen. Der Angehörige verfällt in der ersten Phase nach der Todesnachricht oft in eine Art Schockzustand. Während dieses Schockzustandes wird einerseits der Tod entweder energisch dementiert beziehungsweise als unwahr bezeichnet, oder andererseits keine Emotionen über den Tod gezeigt, eine scheinbare Empfindungslosigkeit wird an den Tag gelegt. Diese Phase des Leugnens ist sehr kurz, sie dauert einige Stunden, maximal ein paar Tage. Während dieser Phase können auch körperliche Reaktionen wie zum Beispiel Tachykardie, Insomnie, Diaphoresis sowie körperliche Unruhe auftreten (Kast, 2013, S. 69ff).

1.8.1.2 Phase 2: Intensive aufbrechende Emotionen

In der zweiten Phase durchläuft der Angehörige mit großer Intensität die unterschiedlichsten Gefühle und Emotionen. Trauer, Verlust, Schmerz, Wut, Angst, Erleichterung und vielleicht auch Freude, dass nach einer langen Krankheit die Erlösung gekommen ist – aber auch Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen – können durchlebt werden.

Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen sind für die Angehörigen mitunter sehr belastend und können dazu beitragen, dass dieser nicht über die zweite Phase der Trauer hinauskommt. Dies kann unter anderem geschehen, wenn der Angehörige annimmt, dem Verstorbenen seine Liebe nicht genug gezeigt zu haben, oder ihn nicht gewürdigt beziehungsweise nicht richtig versorgt zu haben. Aus solchen negativen Gefühlen kann sich sehr schnell eine Depression entwickeln.

Die in dieser Phase vorkommenden Gefühlsausbrüche können in einigen Fällen auf das Umfeld projiziert werden. Damit kann das soziale Umfeld gemeint sein, aber auch das professionelle Umfeld, wie zum Beispiel Ärzte oder Pflegepersonal können betroffen sein. Aber diese Wut und Aggression kann auch gegen sich selbst gerichtet werden. Besonders diese Gefühlsausbrüche verhindern jedoch eventuell das Auftreten einer Depression, daher sollte der Trauernde diese unterschiedlichen Emotionen annehmen und durchleben (Kast, 2013, S. 71ff).

1.8.1.3 Phase 3: Suchen, Finden, Loslassen

Während der dritten Phase wird die Verbindung mit dem Verstorbenen gesucht um diese erneut zu durchleben. Erinnerungen werden durch Fotos, bedeutende Orte sowie Kleidungsstücke bewusst hervorgerufen.

In dieser Phase werden idealerweise eventuell vorhandene Konflikte oder unausgesprochene Themen mit dem Verstorbenen diskutiert, um so die Trauer weiter verarbeiten zu können. Auch in dieser Zeit kann es ebenfalls wieder zu Gefühlsausbrüchen wie Wut und Aggression kommen, die die Verarbeitung der Gefühle unterstützen können.

Am Ende dieser Phase sind die eventuell vorhandenen Konflikte und unausgesprochenen Themen geklärt und besprochen und es findet eine Art Versöhnung mit dem Verstorbenen und seinem Verlust statt.

Es gibt Fälle, in denen Menschen sich in dieser Phase in eine Art Traumwelt mit dem Verstorbenen zurückziehen, es wird so gelebt, als ob diese Person weiterhin existiert. Dadurch kann sich bei zu lang anhaltender Dauer der Trauernde von der Wirklichkeit des Lebens entfernen und der Übergang zur nächsten Phase nicht stattfinden (Kast, 2013, S. 76ff).

1.8.1.4 Phase 4: Akzeptanz und Neuanfang

Der Verlust des Trauernden wird im Übergang zur vierten Phase als Realität wahrgenommen. Die vierte Phase besteht darin, das eigene Leben und Umfeld wieder aktiv mit zu gestalten. Es zeigen sich neue Möglichkeiten auf, die eventuell mit dem Verstorbenen nicht möglich waren. Es wird deutlich, dass ein Verlust auch Neues bewirken kann. Der Trauernde hat realisiert, dass die Trauer und der Verlust zum eigenen Leben gehört und dass der Mensch diese verarbeiten und weiterleben kann und muss (Kast, 2013, S. 81f).

1.8.2 Kritik an dem Trauermodell

Das Modell von Kast soll nicht als statischer Ablauf verstanden werden, jedoch wird erwartet, dass alle Phasen im Trauerprozess durchlebt werden (Lammer, 2014, S. 72ff; Lexa, 2013, S. 11f).

Es wird kritisiert, dass Trauermodelle Erwartungshaltungen an die betroffenen Personen erzeugen. Treten die erwarteten Emotionen eines Trauernden nicht auf oder werden Phasen für das Umfeld nicht ersichtlich durchlaufen, wird häufig angenommen, dass dieser seine Trauer nicht korrekt durchleben würde und seine Emotionen abwehrt und zurückhält. Dies kann schnell dazu führen, dass sein Umfeld ihn als behandlungsbedürftig wahrnimmt. Durch den Druck von außen kann sich der Betroffene missverstanden fühlen, aber vor allem allein gelassen (Bonanno & Petzold, 2012, S. 16; Lammer, 2014, S. 74). Da Trauer ein natürlicher Prozess ist – das bedeutet auch, dass jeder Mensch den Umgang mit der Trauer auf seine individuelle Art und Weise bewältigt – ist davon auszugehen, dass die Phasen nicht wie beschrieben durchlebt werden müssen und nicht jeder Mensch sichtbar jede Phase durchlaufen wird (Bonanno & Petzold, 2012, S. 16).

1.8.3 Traueraufgaben nach J. William Worden

1987 hat der amerikanische Psychotherapeut J. William Worden eine Aufstellung von Traueraufgaben für die Trauerbegleitung veröffentlicht, die er im Jahre 1991 überarbeitete (Haagen & Möller, 2013, S. 12).

Im den nachstehenden Unterkapiteln werden dessen Aufgaben dargestellt, wobei die Reihenfolge nicht aufeinander aufbaut, sondern dynamisch zu betrachten ist:

- (1) „Den Verlust als Realität akzeptieren
- (2) Den Trauerschmerz erfahren und durcharbeiten
- (3) Sich anpassen an seine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt
- (4) Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren“
(Haagen & Möller, 2013, S. 12f; Worden, 2011, S. 45ff; Borasio, 2013, S. 87f).

1.8.3.1 Aufgabe 1: Den Verlust als Realität akzeptieren

Der Verlust eines Menschen muss als Realität wahrgenommen werden. Einige Trauernde können in dieser Nicht-Wahrhaben-Wollen-Phase hängen bleiben, da sie den Tod verleugnen und nicht akzeptieren (Haagen & Möller, 2013, S. 12; Worden, 2011, S. 45ff).

1.8.3.2 Aufgabe 2: Den Schmerz verarbeiten

Gefühle wie Schmerz, Wut, Ablehnung, Erleichterung sind unabdingbar mit der Trauerarbeit verbunden. Indem diese Gefühle erlebt und durchlebt werden, wird der Verlust verarbeitet (Haagen & Möller, 2013, S. 12; Worden, 2011, S. 50ff).

1.8.3.3 Aufgabe 3: Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen

Dieser Abschnitt hat eine bedeutende Rolle in der Trauerbewältigung. Hinter der dritten Aufgabe verbirgt sich ein Veränderungsprozess, wobei der Trauernde neue Anforderungen, Pflichten und Aufgabenbereiche meistern und ausüben muss. Der Sinn des Lebens muss neu bestimmt werden. Diese Aufgaben können Trauernde oft vor aussichtslose Situationen bringen (Haagen & Möller, 2013, S. 12; Worden, 2011, S 52ff).

1.8.3.4 Aufgabe 4: Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden

In dieser Phase steht das eigene Leben im Vordergrund und wird aktiv gestaltet. Der Verstorbene ist nicht in Vergessenheit geraten, sondern immer noch ein Teil des Trauernden und dieser ruft ihn aktiv in Erinnerung. Es ist essentiell, dass der Verstorbene während dieser Entwicklung weiterhin ein Teil des Trauernden ist, aber einen neuen Platz in dessen Leben erhält. Der Trauernde muss das

Bewusstsein entwickeln, interessante Möglichkeiten, die der neue Lebensabschnitt bereithält, zu erkennen, was aber nicht bedeutet, dass die Vergangenheit damit weniger Wert einnimmt (Haagen & Möller, 2013, S. 13; Worden, 2011, S. 56ff).

1.8.4 Kritik am Aufgabenmodell

„Im Unterschied zu den Phasenmodellen geben Aufgabenmodelle Struktur und Orientierung, ohne dabei das Trauerverhalten zu stark zu schematisieren oder zu normieren. Deshalb halte ich sie für geeigneter: Sie lassen Raum für individuell verschiedene Trauererfahrungen und individuelle Strategien oder Stile, damit umzugehen. Sie orientieren sich an den konkreten Veränderungen und Problemen, die man nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen zu bewältigen hat. Und: Aus den Aufgaben, die Trauernde zu bewältigen haben, lassen sich die Aufgaben der Trauerbegleitung ableiten“ (Lammer, 2014, S. 75).

Worden (1987) geht davon aus, dass „auch nach erfolgreicher Trauerarbeit eine Resttrauer bleibt, die gekennzeichnet ist durch bei Erinnerung an den Verstorbenen empfunden Schmerz sowie weiterbestehender Beziehung zu diesem“ (Haagen & Möller, 2013, S. 13). Worden versteht diesen Schmerz nicht „als unbewältigte oder nicht abgeschlossene Trauerarbeit, sondern als einen normalen, ein Leben lang bestehenden Trauerprozess“ (Haagen & Möller, 2013, S. 13).

2 Die Rolle von Angehörigen in der Palliativpflege

Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, inwieweit Angehörige die Pflegekräfte unterstützen können. Es werden die Bedürfnisse der Angehörigen beleuchtet und aufgeführt, welche Hilfe die Pflegenden den Angehörigen bieten können.

2.1 Welche Hilfe stellen Angehörige für die Pflegenden dar?

„Die Angehörigenbetreuung ist nicht nur Mittel zum Zweck, um mit dem Patienten besser auszukommen, die Pflege zu erleichtern oder für einen reibungsloseren Ablauf zu sorgen. Die Angehörigen sind die direkten Adressaten Ihrer Betreuung!“ (Wüller u. a., 2014, S. 34).

Angehörige werden in der Arbeitsweise der Palliativ Care als Bestandteil des Pflegeprozesses gesehen und sind als solche von den Pflegenden mitzuversorgen. Sie können zwar einen zusätzlichen Arbeitsaufwand darstellen, sie sind aber vielmehr eine zu nutzende Ressource, die durch eine frühzeitige Integration und eine richtige Anleitung die Pflegenden auch entlasten können, „soweit das in Anbetracht von Art, Schwere und Dauer der Erkrankung sinnvoll ist“ (Wüller u. a., 2014, S. 34). In der Palliativversorgung ist dieses in der Regel gegeben. Angehörige können hierdurch Bestandteile pflegerischer Tätigkeit übernehmen, z.B. die Mundpflege des Patienten oder das Befeuchten der Lippen, um dem zu Pflegenden das Gefühl der Trockenheit zu nehmen, wenn dieser nicht mehr ausreichend Flüssigkeit aufnehmen kann. Im Ergebnis stellt der Einbezug von Angehörigen eine Entlastung der Pflegekraft dar und verbindet die Palliativversorgung mit dem gewohnten sozialen Umfeld des zu Pflegenden.

Darüber hinaus lernen Pflegekräfte Patienten in der Regel erst mit der einsetzenden Pflegebedürftigkeit kennen. Kenntnisse über Angewohnheiten (heißes oder kaltes Wasser zum Waschen), Aromen/Düfte die gefallen, oder die Deutung von Mimik und Gestik sowie spezielle Bedürfnisse des zu Pflegenden kann sich eine Pflegekraft erst ab diesem Zeitpunkt aneignen. Angehörige kennen den zu Pflegenden in der Regel genau und sind als Experten eine zentrale Ressource, um auf den Pflegenden besser eingehen und die Pflege so individuell wie möglich abstimmen zu können (Kostrzewa, 2013, S. 88).

Die Unterstützung der Palliativversorgung durch die Einbindung der Angehörigen kann daher ein wichtiger Bestandteil der Pflege darstellen und zum therapeutischen Erfolg der Pflege beitragen (Wüller u. a., 2014, S. 34). Pflegekräfte in der Palliative Care sollten daher die Zusammenarbeit mit Angehörigen als Chance begreifen und diese frühzeitig integrieren und anleiten. Das pflegerische Fachwissen der Pflegekräfte und die persönlichen Kenntnisse und Erfahrungen der Angehörigen ergänzen sich und erleichtern somit die palliative Versorgung des zu Pflegenden (Kostrzewa, 2013, S. 88). Allerdings können Angehörige unter anderem durch ihre Unwissenheit oder Unkenntnis die Pflege behindern. Dies muss durch die Pflegekraft evaluiert werden und je nach Bedarf durch Gespräche oder Ähnlichem versucht werden aufzubrechen.

2.2 Welche Bedürfnisse haben Angehörige während der Trauer?

„Trauer, Sterben und Tod gehören zum Leben. Aber viele mögen gerade darüber nicht sprechen und lassen die Betroffenen mit ihren Gedanken, Gefühlen und Ängsten allein. Dabei benötigen Kranke und ihre Angehörigen in dieser letzten Zeit besonders viel Zuwendung, menschliche Wärme und Aufmerksamkeit“ (Klaschik u. a., 2000, S. 27).

Die Betreuung der Angehörigen ist ein wichtiger Baustein der Palliative Care. Dabei spielt auch die Erhaltung der Lebensqualität der Angehörigen eine wichtige Rolle (Wüller u. a., 2014, S. 34). Fühlen sich die Angehörigen nicht wohl, kann dieser Zustand negative Auswirkungen auf den Betroffenen haben. Um den daraus resultierenden Betreuungsbedarf wahrnehmen zu können, muss die Pflegekraft ihr Augenmerk auch auf die Angehörigen lenken. „Nicht selten ist die Betreuung der Angehörigen aufwändiger, als die des Patienten. Dabei wird dies auch einmal mit einer höheren zeitlichen Belastung einhergehen müssen“ (Wüller u. a., 2014, S. 34; Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 17).

Die Bedürfnisse der Angehörigen während der verschiedenen Trauerphasen sind so individuell wie die eigentliche Trauer. Im Folgenden werden einige mögliche Bedürfnisse aufgeführt:

- Angehörige haben während der Trauerphase das Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung
- Angehörige benötigen Unterstützung bei der Mehrfachbelastung (Beruf, Familie, Haushalt) (Kostrzewa, 2013, S. 80)
- Sie möchten wahrgenommen, gehört und getröstet werden
- Sie haben das Bedürfnis nach Aussprache und einem aktiven und wertfreien Zuhörer
- Sie möchten beruhigt, umarmt, gehalten, geliebt und bestärkt werden
- Angehörige brauchen Akzeptanz, Annahme, Ehrlichkeit und Wertschätzung für das Geleistete
- Sie benötigen Unterstützung mit Versicherungen, bei Behördengängen sowie Formalitäten etc. (Canacakis, 2009, S. 111)
- Angehörige möchten gerne ihre Gefühle zulassen, zeigen und ausleben können (Wehner, 2014, S. 48)

Das bedeutet, Angehörige möchten in ihrer Trauer wahr- und ernstgenommen werden. Pflegekräfte sind dabei ihr erster Ansprechpartner, diese sollten daher Angehörigen zuhören und sich Zeit für sie nehmen, damit Angehörige sich angenommen fühlen.

Angehörige haben häufig den Wunsch nach Gesprächen über das Sterben und den Tod. Häufig stellt aber Unwissen darüber, wie derartige Gespräche geführt werden können, eine Hürde dar. Pflegekräfte sollten diese Hürden bewusst abbauen. Wenn sie darauf nicht vorbereitet sind, verstärken sie durch ihre Unsicherheit die Barriere zu den Angehörigen (Kostrzewa, 2013, S. 84). Damit Pflegekräfte und Angehörige während des Pflegeprozesses offen über das Sterben sprechen können, sieht die „strukturierte Angehörigenarbeit für die Palliativversorgung“ (Kostrzewa, 2013, S. 85) Gespräche über Sterbebegleitung und Palliativversorgung direkt zu Beginn der palliativen Versorgung vor (Kostrzewa, 2013, S. 85).

Auf dieser Basis ist es möglich, Angehörige bewusst in die Pflege des Betroffenen zu integrieren. Falls es erwünscht ist, kann die Übertragung von Pflegeaufgaben die Hilflosigkeit der Angehörigen unterbrechen und ihnen das Gefühl geben, sich nützlich einbringen zu können und nicht nur als Zuschauer hilflos daneben stehen zu müssen. Aufgabe der Pflegekraft ist es, Angehörige bei der Übernahme von Aufgaben anzuleiten und ihnen auch Grenzen aufzuzeigen. Angehörige dürfen sich nicht selber bei der Betreuung oder durch die Trauer in ihrer eigenen Gesundheit schädigen. Insbesondere während der Abschiedsphase kann es zu Überforderungen oder Ängsten und Krisen kommen. Es bilden sich viele Fragen in dem Kopf des Angehörigen (Kränzle u. a., 2014, S. 17):

- „Was wird kommen?
- Habe ich genügend Kraft, das alles durchzuhalten?
- Woher bekomme ich Unterstützung?
- Wie kann ich helfen?
- Was wird passieren?
- Wann wird der sterbende Mensch von seinem Leid erlöst?
- Werde ich in der Todesstunde dabei sein und es aushalten können?
- Wie kann ich Abschied nehmen?

- Was passiert, wenn der Mensch verstorben ist?“ (Kränzle u. a., 2014, S. 17)

Diese Fragen resultieren häufig aus fehlender Erfahrung und Befangenheit gegenüber dem Sterben. Diese Unsicherheit und eine oftmals einsetzende Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit führen zu einer Belastung des Angehörigen. Zusammen mit den Belastungen, die aus der „Rolle als pflegende Angehörige“ (Kränzle u. a., 2014, S. 17f) resultieren, ist die „psychische und physische Belastung von Angehörigen (...) sehr groß“ (Kränzle u. a., 2014, S. 17f). Die Angehörigen benötigen daher Unterstützung im Umgang mit sterbenden Menschen, eine Möglichkeit, sich mit für sie verständlichen Informationen zu versorgen und sich darüber austauschen zu können.

Im Kapitel 1.6 (Trauer) wurde dargelegt, dass die Trauer bei Angehörigen auch schon vor dem eigentlichen Tod des Palliativpatienten stattfindet. Es werden bereits während der palliativen Versorgung einsetzende Einschränkungen des Betroffenen, beispielsweise der Verlust von Kraft, Beweglichkeit oder Sprechfähigkeit, als Verlust empfunden und betrauert (Henkelmann, 2010, S. 57). Eine Betreuung der Angehörigen muss diese früh einsetzende Trauer mit berücksichtigen und die Angehörigen rechtzeitig informieren und beraten. Den Angehörigen soll in der letzten Lebensphase des Betroffenen viel Beistand, aber auch konkrete Hilfe angeboten werden.

2.3 Welche Hilfe können Pflegende trauernden Angehörigen bieten?

„Wenn sich ein Mensch dem Ende seines Lebens nähert, greift er unter Umständen auf die Unterstützung durch seine (...) [Angehörigen] zurück“ (Jevon, 2013, S. 41).

Die Pflegenden sind im Krankenhaus die direkten Ansprechpartner für Angehörige, da sie im besten Falle fortwährend die sterbende Person gepflegt haben. Deshalb sind es oft Pflegenden, die den Trauerprozess für trauernde Personen positiv gestalten können. Die Position der Pflegekraft umfasst daher viele Aufgaben, vor allem „diese Menschen zu unterstützen und im Auge zu behalten, dass auch Familienmitglieder Stadien der Trauer und des anstehenden

Verlusts durchlaufen und ihre eigenen seelischen Bedürfnisse haben“ (Jevon, 2013, S. 41). Es ist aus diesem Grund wichtig, den Angehörigen einen angemessenen Einblick in den Zustand des Patienten zu geben und einen Dialog über „Fragen des Sterbens und des Todes“ zu beginnen (Jevon, 2013, S. 41).

„Die Versorgung von Palliativpatienten ist sehr herausfordernd, da der unheilbar kranke Mensch und dessen Angehörige im Mittelpunkt des Geschehens stehen und die Pflegekräfte ihnen am nächsten sind. Die Pflegekraft ist die Bezugs- und Vertrauensperson, die [...] den Überblick über den Krankheitsverlauf hat“ (Lexa, 2013, S. 15). Daher ist es die Aufgabe der Pflegekräfte, den Palliativpatienten und seine Angehörigen je nach Situation passend über die bevorstehenden Verfahren beziehungsweise über die Therapie zu informieren und alle Pflegemaßnahmen die getätigt werden, mit dem Patienten und den Angehörigen zu besprechen und zu begründen. Denn „häufig werden [gerade] Pflegende angesprochen, wenn Patienten und Angehörige die Ausführungen des Arztes nicht verstanden haben“ (George, 2005, S. 134).

Bei Palliativpatienten können die verschiedensten Symptome und zusätzliche Probleme (z. B. Infekte) auftreten. Die Pflegekräfte müssen diese kennen und erkennen, deren Behandlungsmöglichkeiten wissen und diese dann auch den Palliativpatienten und dessen Angehörigen verständlich erklären können (Lexa, 2013, S. 15). Dabei soll sichergestellt werden, dass alle Beteiligten die Ziele und den Ausgang der Therapie verstehen (Jevon, 2013, S. 27).

Durch die Unterstützung des zu Pflegenden und seiner Angehörigen kann die Pflegekraft zur Vertrauensperson werden und die Rolle der Person einnehmen, „die alles überblickt, die berät, die Vorschläge macht, die die jeweiligen Spezialisten kennt und einschaltet“ (Lexa, 2013, S. 15). Häufig benötigen Angehörige „Orientierung und Hilfe, sie leiden ebenso wie manche Patienten unter der Fremdheit im Krankenhaus, die oft auch durch die verschiedensten Dienste nicht aufgehoben ist, sondern vielleicht sogar verstärkt wird“ (Arndt, 2005, S. 48). Pflegekräfte können „in solchen Situationen die Funktion der Mittlerin/des Mittlers übernehmen und dabei vielleicht dazu beitragen, dass todkranken Patienten [und ebenso dessen Angehörigen] angemessene Phasen der Ruhe zugestanden werden“ (Arndt, 2005, S. 49).

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Pflegekräften, den Palliativpatienten und seinen Angehörigen stellt eine enorme Ressource dar, die für nötige Anleitungen genutzt werden sollte (George, 2005, S. 134). Die Pflegekräfte „sind bei den Betroffenen präsent, sie kennen die Personen und die Umstände, können gute Momente des Dialogs erkennen und sie sprechen die Sprache der Betroffenen“ (George, 2005, S. 134).

Pflegekräfte müssen Verständnis für Ängste, Sorgen und Nöte der Angehörigen aufzeigen. Empathie und einfühlsames Verhalten sind im Umgang mit trauernden Angehörigen von genauso großer Bedeutung wie die Aufgabe der Pflegenden, den Angehörigen zu vermitteln, dass sie ernstgenommen, anerkannt, und bestätigt werden (Kostrzewa, 2013, S. 164). „Auch das spontane tröstende, helfende Wort verfehlt seine Wirksamkeit nicht. Eine freundliche Geste, ein mitfühlendes Wort, die auch die eigene Betroffenheit nicht verbergen sind aufrichtige pflegerische Zuwendungen, die bei aller beruflichen Geschäftigkeit unsere persönliche Anteilnahme zeigen“ (Arndt, 2005, S. 59).

Es ist nützlich mit den Angehörigen vor dem Tod des Palliativpatienten Gespräche zu führen, um beide Patient und Angehörige, besser kennen zu lernen. Es bietet sich an, im Gespräch wichtige Gewohnheiten sowie Einzelheiten über den Palliativpatienten zu erfahren. Dieses Wissen kann in den letzten Stunden des Patienten nützlich werden, um diese für ihn zu erleichtern und angenehmer zu gestalten (Arndt, 2005, S. 84f). Dafür muss eine „Bereitschaft zur Kommunikation mit dem Sterbenden [und] (...) seinen Angehörigen bei den Pflegekräften vorhanden sein (Hametner, 2011, S. 41).

Ein wertfreier Umgang mit trauernden Angehörigen ist für Pflegekräfte sehr wichtig. Handlungen und Äußerungen von Angehörigen dürfen nicht bewertet werden, denn es gibt keine standardisierte Form der Trauer (Kostrzewa, 2013, S. 164). In dem Verhalten der Pflegekräfte muss eine „verbale und nonverbale Übereinstimmung“ (Kostrzewa, 2013, S. 165) gezeigt werden. Authentisches Verhalten, die Übereinstimmung von Mimik und Gestik mit dem gesprochenem Wort, soll den Angehörigen Sicherheit vermitteln (Kostrzewa, 2013, S. 165).

Für das Pflegepersonal ist ein hoher Grad an Selbstreflexion – unter anderem über den Umgang mit Krisen – von großer Bedeutung (Wüller u. a., 2014, S. 2;

Henkelmann, 2010, S. 67). Denn „Sterbende zu pflegen setzt die persönliche Bereitschaft voraus, sich den Fragen im Zusammenhang mit Tod und Sterben zu stellen“ (Arndt, 2005, S. 50) und „ausführlicher mit Familienangehörigen über Sterben und Tod zu sprechen und sie (...) in sterbenahe Situationen [falls möglich] ein[zu]beziehen“ (Haagen & Möller, 2013, S. 6). Die Angehörigen haben häufig den Wunsch nach Gesprächen über das Sterben und den Tod und sprechen Pflegende als Bezugsperson im Krankenhaus darauf an (Kostrzewa, 2013, S. 84).

Wie im Kapitel 2.1 (Welche Hilfe stellen Angehörige für die Pflegenden dar?) ausgeführt, sollten Angehörige in die Betreuung des Patienten eingebunden werden (Wüller u. a., 2014, S. 34). Dabei ist es jedoch von großer Bedeutung, dass Pflegekräfte richtig einschätzen können, welche Aufgaben der jeweilige Angehörige übernehmen kann, beziehungsweise überhaupt möchte. Um dies verlässlich einschätzen zu können, muss versucht werden, sich in die Angehörigen hineinzusetzen, um dessen individuelle Beziehung zum Patienten zu evaluieren (Wüller u. a., 2014, S. 35). Mit Hilfe dieser Informationen können die Pflegekräfte entscheiden, „in welchem Maße ein Angehöriger überhaupt bereit sein kann, den Sterbenden intensiv zu begleiten“ (Wüller u. a., 2014, S. 35; Kostrzewa, 2013, S. 87).

Wenn die Angehörigen in die Pflegemaßnahmen und Behandlungskonzepte eingebunden werden, „verringert sich deren Hilflosigkeit“ (Wüller u. a., 2014, S. 38). Dadurch können die Angehörigen „aktiv etwas Sinnvolles“ machen (Wüller u. a., 2014, S. 38). Für die Angehörigen ist es meist angenehmer, wenn sie an die zu übernehmenden Pflegemaßnahmen langsam herangeführt werden, „damit sie ihre Scheu [und Unsicherheit] verlieren“ und nicht „bei jeder Berührung und Handreichung Angst [haben], etwas falsch oder <<kaputt>> zu machen“ (Wüller u. a., 2014, S. 38; Kostrzewa, 2013, S. 87). Jedoch müssen die Angehörigen durch die Pflegekräfte eine „entsprechende Anleitung erfahren“ und „Sie dürfen (...) nicht mit der schweren Verantwortung allein gelassen werden und sich immer an das Pflegepersonal wenden können“ (Arndt, 2005, S. 56; Kostrzewa, 2013, S. 87).

Wüller u.a. (2014) empfehlen Pflegekräften daher: „[er]muntern Sie die Angehörigen und streichen Sie die Bedeutung ihrer Hilfe heraus“ (S. 38). Jedoch muss hier darauf geachtet werden, dass Angehörige sich nicht auf „Kosten der eigenen Gesundheit aufopfern“ (Wüller u. a., 2014, S. 38). „Regen Sie stattdessen Pausen an, Abwechslung bei [zum Beispiel] den Sitzwachen und ggf. auch die eigene Suche nach Unterstützung“ (Wüller u. a., 2014, S. 38).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass Angehörige „in der palliativen Begleitung immer wieder eine Achterbahn der Gefühle [erleben]“ (Lexa, 2013, S. 11). Laut George (2005) ist „die Fokussierung der Familie und die Einbeziehung der Angehörigen (...) [kein] Luxus, sondern ein gesundheitspolitisches <<Muss>>“ (S. 132). Wie im Unterkapitel 2.5 (Stellenwert der Palliativversorgung) deutlich wird, haben sich die Beteiligten an der palliativen Pflege jedoch noch nicht ausreichend auf diese neue Situation eingestellt (George, 2005, S. 132).

2.4 Vorschläge für Pflegekräfte zum Umgang mit Angehörigen im Sinne der aufgezeigten Trauermodelle

Im Folgenden werden Trauerreaktionen dargestellt und beschrieben, inwieweit die Pflegekräfte den Angehörigen in jeder Phase der Trauermodelle eine hilfreiche Unterstützung bieten können.

Nach dem Verlustereignis steht der Angehörige unter Schock. Abhängig davon, wie unvorhersehbar der Verlust war, kann die Heftigkeit der Reaktion auf das Ereignis ausfallen (Kostrzewa, 2013, S. 162). Dieser Schockzustand kann wenige Stunden bis mehrere Tage andauern. In dieser Zeit ist es essentiell, dem Trauernden bewusst zu machen, dass er nicht alleine ist. Für die Pflegekräfte bedeutet dies vor allem, Präsenz zu zeigen (Kostrzewa, 2013, S. 162). Es soll empathisch und vor allem wertfrei mit dem Angehörigen umgegangen werden, er soll die Möglichkeit haben „seine Emotionen frei“ (Kostrzewa, 2013, S. 162) ausleben zu können. Dem Trauernden sollen „keine Interpretationen, Ratschläge oder fertige Lösungen angeboten werden“ (Kostrzewa, 2013, S. 164). Kast (2013) beschreibt diese Zeit auch schon in ihrer 1. Phase des Leugnens und Nicht-wahrhaben-Wollens.

Nachdem der Verlust allmählich wahrgenommen wird, kommen die unterschiedlichsten Gefühle der Trauer, wie Wut, Aggressivität, Schuldgefühle, Angst, Einsamkeit, Schock, emotionale Taubheit, um nur einige zu nennen, zum Vorschein (Worden, 2011, S. 27ff). „Der Trauernde befindet sich in einem Gefühlschaos“ (Kostrzewa, 2013, S. 162). Während dieser Zeit ist es weiterhin wichtig, Präsenz zu zeigen, die Gefühle des Trauernden sollen nicht unterdrückt oder unterbunden werden. Kast ist der Ansicht, dass gerade diese Gefühlsausbrüche in der 2. Phase der intensiven aufbrechenden Emotionen eventuell das Auftreten einer Depression verhindern (Kast, 2013, S. 71ff).

Den Trauerschmerz zu erfahren und durcharbeiten ist die 2. Traueraufgabe nach Worden (2011). In dieser Traueraufgabe wird die große Bedeutung eines Zulassens der Gefühle deutlich, denn nur so wird die Trauer verarbeitet (Haagen & Möller, 2013, S. 12; Worden, 2011, S. 50ff). Besonders wichtig ist es, in dieser Zeit „keine eigenen Trauererlebnisse“ zu erzählen, denn diese lenken „vom eigentlich Trauernden ab“ (Kostrzewa, 2013, S. 162).

Tag für Tag wird dem Trauernden immer mehr die Realität des Verlustes klarer. Jedoch kann der Verlust nur langsam verarbeitet werden. „Immer wieder wird das Ereignis geschildert“ (Kostrzewa, 2013, S. 162). Kast (2013) beschreibt, dass Suchen nach der Verbindung mit dem Verstorbenen in ihrer 3. Phase (Kast, 2013, S. 76ff). In dieser Zeit ist es wichtig, dass dem Trauernden die Möglichkeit gegeben wird, sein Ereignis immer wieder erzählen zu können um den Druck des Geschehenen verringern zu können (Kostrzewa, 2013, S. 163).

Zum Schluss wird der Prozess der Veränderung immer sichtbarer. Der Trauernde „wendet (...) [sich] langsam wieder seiner sozialen Umwelt zu. Er orientiert sich neu und wendet sich neuen Aufgaben zu. Er muss allerdings auch akzeptieren, dass die Welt für ihn eine andere geworden ist“ (Kostrzewa, 2013, S. 163). Hierbei ist es wichtig, dass der Trauernde unterstützt wird, wieder zur Selbstständigkeit zu gelangen (Kostrzewa, 2013, S. 163).

2.5 Stellenwert der Palliativversorgung in der Ausbildung

In den letzten Jahren wurde der ehemals sehr eng gefasste Begriff Pflege erweitert (George, 2005, S. 131). Die Pfl egetätigkeit wird erweitert um Aufgaben zur Beratung, Prävention und Rehabilitation (George, 2005, S. 131). „Die Ablösung der Pflegeberufe vom medizinischen Paradigma, gemeint ist die Orientierung an Krankheiten und an der ärztlichen Assistenz, fördert die Erweiterung der Kompetenzen (...)“ (George, 2005, S. 131). Es soll so weit gehen, dass in der Ausbildung „die Angehörigen dabei nicht nur als <<nützliche Ressource>> gesehen werden, sondern ihr (gegenseitiger) Einfluss auf Gesundheit/Krankheit“ im Fokus steht“ (George, 2005, S. 131).

Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, „benötigen kommunikative Kompetenzen, Fähigkeiten, die über den alltäglichen Schwatz hinausgehen“ (George, 2005, S. 132). Um Pflegekräfte auf ihre Rolle in der palliativen Pflege hinreichend vorzubereiten, müssen diese Fähigkeiten „systemisch gelehrt und gelernt und professionell ausgeübt werden“ (George, 2005, S. 132). Denn Sterben und der Tod wird auch weiterhin „immer aktuell [sein], da es für den Menschen eine Herausforderung bleibt, den stetigen Wandel und die Veränderung anzunehmen, die ihren stärksten Ausdruck im Tod finden“ (Henkelmann, 2010, S. 67).

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zum Thema Patienten- und Angehörigengespräch bedarf einer Verbesserung. Vor allem die Kommunikation mit Angehörigen stellt „eine noch weitaus unbekanntere Aufgabe“ dar (Wüller u. a., 2014, S. 35). Der Schwerpunkt „Angehöriger“ wird in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege nur unzureichend thematisiert (George, 2005, S. 22). Es ist hervorzuheben, dass während und nach der Versorgung von Palliativpatienten und dessen Angehörigen außerordentliche Problemstellungen, Angelegenheiten und Aufträge entstehen. Diese müssen „im Rahmen der Ausbildung besonders berücksichtigt werden“ (Arndt, 2005, S. 18). Des Weiteren findet die Auseinandersetzung mit dem Überbringen schlechter Nachrichten erst seit kurzem statt (Jevon, 2013, S. 207).

Durch den hohen Bedarf an der Weiterbildung Palliative Care wird deutlich, dass während der heutigen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege die Themen der Palliativversorgung weiterhin zu kurz kommen (Kostrzewa, 2013. S. 31). „Obwohl schon seit mehreren Jahren die vorliegenden Curricula an den Pflegefachschulen entsprechende Themen aufgegriffen haben, scheint das vermittelte Wissen nicht auszureichen“ (Kostrzewa, 2013. S. 31).

3 Fazit

Ausgehend von der Erkenntnis, dass ein erheblicher Anteil der Sterbefälle in Krankenhäusern auf Nicht-Palliativstationen stattfindet, wurde festgestellt, dass die Situation auf den betroffenen Stationen und der Umgang des Pflegepersonals damit bislang nicht ausreichend wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Die vorliegende Arbeit stellt einen Beitrag dazu dar, diese Lücke zu schließen.

Nach dem Ansatz der Palliativ Care setzt die palliative Versorgung eines Patienten bereits ein, sobald eine lebensverkürzende Diagnose gestellt wird. Ziele sind die Linderung von Schmerzen und belastenden Symptomen sowie die Integration von Angehörigen in den zu betreuenden Kreis (WHO, 2002). Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002) und einschlägige Literatur von Kränzle u.a. (2011), Lexa (2013) und anderen versteht unter palliativer Pflege immer die Pflege des Patienten und seiner Angehörigen. Diese Sichtweise geht auch auf die Pflegetheorie von Friedemann (1996) zurück, die auf dem systemischen Gleichgewicht basiert. Es wird dabei nicht der Patient als Individuum betrachtet, sondern das System von Beziehungen in das er eingebettet ist. Dieses System umfasst alle sozialen Beziehungen des Patienten, die zusammenfassend als Angehörige bezeichnet werden. Neben der Familie werden also auch Freunde und Bekannte des Patienten in der palliativen Pflege berücksichtigt, um das systemische Gleichgewicht trotz des einschneidenden Sterbeprozesses zu erhalten (Friedemann u. a., 2010, S. 40f).

Die Betreuung und Integration von Angehörigen ist damit ein zentrales Element der palliativen Pflege. Normalstationen weisen jedoch in der Regel einen erheblich geringeren Personalschlüssel als Palliativeinrichtungen auf. Daher ist davon auszugehen, dass die geforderte, für das Pflegepersonal zeitaufwändige

Betreuung und Integration von Angehörigen in die Palliativpflege in der Praxis auf Nicht-Palliativstationen nach aktuellem Stand nicht ausreichend umgesetzt wird und somit Potential zur Verbesserung der Versorgung von Palliativpatienten auf Normalstationen bietet.

Das Pflegepersonal muss – neben einer Verbesserung des Personalschlüssels – dazu befähigt werden, diese Aufgabe wahrzunehmen. Dazu gehört die Erkenntnis, dass Menschen ein Verlustereignis individuell wahrnehmen und darauf reagieren, es gibt kein allgemeingültiges Schema für Trauer. Diese Individualität hat erhebliche Auswirkungen auf die palliative Pflege. Vorkommende Reaktionen und Gefühlsausbrüche sind niemals gleich, es gibt keine Norm für die Emotionen vom Patienten und seinen Angehörigen. Die palliative Pflege verlangt daher ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Offenheit und Flexibilität von den Pflegekräften (Lammer, 2014, S. 82).

Betrauert wird zudem nicht nur der Tod, sondern auch bereits der häufig sukzessiv stattfindende Verlust von Fähigkeiten des Patienten. Die betreuenden Pflegekräfte müssen diesen Trauerprozess frühzeitig erfassen, um rechtzeitig Angehörige in Pflegemaßnahmen einbeziehen zu können.

Diese Tätigkeiten verlangen neben den erforderlichen Fähigkeiten einen erheblichen Aufwand seitens der Pflegekräfte. Die Betreuung der Angehörigen kann mitunter mehr Zeit in Anspruch nehmen als die Pflege des Palliativpatienten. Es besteht die Gefahr, dass Angehörige und ihre Betreuung als Störfaktor angesehen werden. Hier bedarf es frühzeitiger Maßnahmen, um Angehörige mit Informationen und Anleitung sowie Beziehungsaufbau in die Pflege des Patienten zu integrieren. Ziel dessen ist es, die Angehörigen als eine Ressource wahrzunehmen, die einen positiven Einfluss auf den Patienten und seine Palliativversorgung haben. Angehörige sollen die Pflegekräfte durch ihr Expertenwissen über den Patienten unterstützen und gegebenenfalls selbst Pflegemaßnahmen übernehmen. Auf diese Weise kann die Angehörigenbetreuung auch zu einer Entlastung und Unterstützung des Pflegepersonals führen (Wüller u. a., 2014, S. 34).

Für eine erfolgreiche Erfassung der Bedürfnisse von Palliativpatienten und deren Angehörigen sowie die Ableitung passender Pflegemaßnahmen benötigen Pflegekräften besondere Eigenschaften und Fähigkeiten. Neben dem spezifischen Fachwissen über Palliative Care müssen die Pflegekräfte unter anderem über Sozialkompetenz, Empathie, Authentizität und Reflexionsvermögen verfügen, um den Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen professionell zu bewerkstelligen. Diese Eigenschaften und Kenntnisse sind Grundlage dafür, die Bedürfnisse von Angehörigen korrekt zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren (Lexa, 2013, S. 15f; Kostrzewa, 2013, S. 164).

Der aktuelle Stand der Ausbildungsinhalte zum Gesundheits- und Krankenpfleger bereitet das Pflegepersonal auf diese Aufgaben bislang nur unzureichend vor. Zudem müssen die organisatorischen Voraussetzungen durch eine Verbesserung des Personalschlüssels geschaffen werden, um dem Pflegepersonal ausreichend Zeit zu geben, auf sterbende Patienten und ihre Angehörigen einzugehen (Haagen & Möller, 2013, S. 6). Hinsichtlich dieser Faktoren besteht Handlungsbedarf, um eine professionelle Sterbebegleitung auf Nicht-Palliativstationen zu ermöglichen.

Quellenverzeichnis

- Arndt, M. B. (2005). *Pflege bei Sterbenden: den Tod leben dürfen: vom christlichen Anspruch der Krankenpflege* (1. Aufl.). Hannover: Schlüter.
- Bonanno, G. A. & Petzold, H. G. (2012). *Die andere Seite der Trauer: Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden*. (M. Halfbrodt, Übers.) (1., Auflage). Bielefeld: Aisthesis.
- Borasio, G. D. (2013). *Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Canacakis, J. (2009). *Ich begleite dich durch deine Trauer: Lebensfördernde Wege aus dem Trauerlabyrinth* (3., Aufl.). Freiburg: Kreuz Verlag.
- Canacakis, J. & Montermann-Müller, S. (2013). *Ich begleite dich durch deine Trauer: Lebensfördernde Wege aus dem Trauerlabyrinth* (1. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Davy, J., Ellis, S. & Feuz, M. (2010). *Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten*. (H. Börger, Übers.) (3., aktualis. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (15.01.2009). *SAPV-Glossar*. Verfügbar unter: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2009-01-15_SAPV-Glossar.pdf, Zugriff: 06.01.15.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2014). *Statistiken*. Verfügbar unter: http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html, Zugriff: 05.01.15.
- Freud, S. (1946). *Band 10: Werke aus den Jahren 1913-1917* (9. Aufl.). Frankfurt: S. FISCHER.
- Friedemann, M.-L. (1996). *Familien- und umweltbezogene Pflege: die Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Bern [u.a.]: Huber.
- Friedemann, M.-L., Köhlen, C. & Augustyniak, A. (Hrsg.). (2010). *Familien- und umweltbezogene Pflege* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- George, W. (2005). *Evidenzbasierte Angehörigenintegration* (1., Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Haagen, M. & Möller, B. (2013). *Sterben und Tod im Familienleben: Beratung und Therapie von Angehörigen von Sterbenskranken*. (M. Cierpka, A. Riehl-

- Emde, M. Schmidt, & K. A. Schneewind, Hrsg.) (1. Aufl., Bd. Praxis der Paar- und Familientherapie). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hametner, I. (2011). *100 Fragen zu Palliative Care*. Hannover: Schlütersche.
- Henkelmann, M. (2010). *Palliative Pflegeüberleitung: Koordinierte Pflege von Menschen mit terminalen Erkrankungen* (1., Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Huber, G. & Casagrande, C. (2011). *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien* (1. Aufl.). Stuttgart: Karl F. Haug.
- Jevon, P. (2013). *Pflege von sterbenden und verstorbenen Menschen: Praxishandbuch für Pflegenden*. (P. Offermanns & D. Bangert, Hrsg., M. Herrmann, Übers.) (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Johnson, M., Lehmann, J. & Gerhard, C. (2013). *Kardio-Palliative Care: Praxishandbuch zur palliativen Versorgung von Menschen mit kardiologischen Erkrankungen*. (S. Umlauf-Beck, Übers.) (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kast, V. (2013). *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Klaschik, E., Nauck, F., Radbruch, L. & Sabatowski, R. (2000). Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. *Der Gynäkologe*, 33(10), 704–710. <http://doi.org/10.1007/s001290050626>
- Kostrzewa, S. (2013). *Lernbuch Lebensende: Ein Lese-, Lern- und Arbeitsbuch für Ausbildung und Selbststudium* (1. Aufl.). Hannover: Vincentz Network.
- Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (2014). *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung* (5., aktualisierte u. erw. Aufl. 2014). Berlin: Springer.
- Kübler-Ross, E. (2014). *Interviews mit Sterbenden* (1. Aufl.). Freiburg, Br: Verlag Herder GmbH.
- Lammer, K. (2014). *Trauer verstehen: Formen, Erklärungen, Hilfen* (4. Aufl. 2014). Berlin: Springer.
- Lexa, N. (2013). *Pflege von Palliativpatienten* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lins, S. (2011). *Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland*. *Journal Onkologie*, 06/2011, 26-29. Verfügbar unter: <http://www.caritasstjosef.de/media/cmsedit/e5ba4dc06947ee3ee35cf513406dc888.pdf>, Zugriff: 06.01.15.

- Lübbe, A. & Beckmann, I. (2013). *Palliativmedizin. Antworten. Hilfen. Perspektiven.* In: Die Blaue Ratgeber (Heft 57). (Deutsche Krebshilfe e.V., Deutsche Krebsgesellschaft, Hrsg.). Verfügbar unter: http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Blaue_Ratgeber/057_0103_palliativmedizin.pdf
- Mayer, P., Wasner, M. & Maier, R. (2011). *Sterbeprozess: wissenschaftliche Grundlagen.* In: *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien.* (G. Huber & C. Casagrande, Hrsg.) (1. Aufl.). Stuttgart: Karl F. Haug.
- Mayer, P. & Maier, R. (2011). *Die Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen.* In: *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien.* (G. Huber & C. Casagrande, Hrsg.) (1. Aufl.). Stuttgart: Karl F. Haug.
- Müller, M., Brathuhn, S. & Schnegg, M. (2014). *Handbuch Trauerbegegnung und -begleitung: Theorie und Praxis in Hospizarbeit und Palliative Care* (2., Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nagele, S. & Feichtner, A. (2009). *Lehrbuch der Palliativpflege.* Wien: Facultas.
- Pschyrembel, W. (2011). *Pschyrembel® Klinisches Wörterbuch* (261. neu bearb. A.). Berlin: de Gruyter.
- Statista (2015). *Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2012.* Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/>, Zugriff: 05.01.15
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (16.12.2013). *Gesundheit Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle),* Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621127004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 05.1.15.
- Student, J.-C. & Napiwotzky, A. (2011). *Palliative Care: wahrnehmen - verstehen - schützen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Thönnies, M. (2013). *Sterbeorte in Deutschland: Eine soziologische Studie* (1. Aufl.). Lang, Peter Frankfurt.

- Wehner, L. (2014). *Empathische Trauerarbeit: Vielfalt der professionellen Trauerarbeit in der Praxis* (2014. Aufl.). Wien: Springer.
- Worden, J. W. (2011). *Beratung und Therapie in Trauerfällen : ein Handbuch* (4., überarb. und erw. Aufl.). Huber.
- World Health Organization (WHO) (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- Wüller, J., Krumm, N., Hack, K. & Reineke-Bracke, H. (2014). *Palliativpflege*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, 29. Mai 2015



Christiane Lindenau