

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
<i>1.1 Problembeschreibung</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Forschungsfrage</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Forschungsziel</i>	<i>3</i>
2. Methodik	3
<i>2.1 Systematische Literaturrecherche</i>	<i>3</i>
<i>2.2 Qualitative Experteninterviews</i>	<i>5</i>
3. Ergebnisse der Literaturrecherche	10
<i>3.1 Terminale Hydratation – Terminale Dehydratation</i>	<i>10</i>
<i>3.2 Subkutantherapie</i>	<i>13</i>
4. Ergebnisse der qualitativen Interviews	15
5. Diskussion	24
6. Fazit	31
7. Literaturverzeichnis	32
Anhang	A1
Eidesstattliche Erklärung	

Abkürzungen

BÄK: Bundesärztekammer

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

d.h.: das heißt

ebd.: ebenda

engl.: englisch

et al.: et alii/et aliae (Bedeutung: und andere)

ff.: folgende

HAW: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hrsg.: Herausgeber

i.d.R: in der Regel

lt.: laut

RCT: (engl. *Randomized Controlled Trial*); Randomisierte kontrollierte Studie

Tab.: Tabelle

u.a.: unter anderem

u./o.: und/oder

WHO: Weltgesundheitsorganisation

Gender Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit auf die Formulierung der weiblichen Sprachform verzichtet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form in der folgenden Thesis geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Glossar

Cochrane Collaboration®: Internationale gemeinnützige Organisation, die Menschen bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen durch externe Evidence unterstützen möchte, beispielsweise durch Systematische Übersichtsarbeiten, die nach vorab festgelegten Qualitätskriterien erstellt werden („Cochrane Reviews“) (Behrens&Langer 2010).

Dehydration: Flüssigkeitsreduktion (Knipping 2007); Abnahme des Körperwassers durch gesteigerte renale, gastrointestinale, pulmonale bzw. perkutane Wassergabe ohne entsprechende Zufuhr oder iatrogen verursacht (therapeutische Maßnahme oder falsche Infusionstherapie) (Pschyrembel 2011); Austrocknung des Körpers durch Abnahme des Körperwassers.

Flüssigkeitssubstitution: Ein künstlicher Volumenersatz, wenn eine ausreichende orale Flüssigkeitsaufnahme nicht mehr möglich ist, siehe auch Hydratation (Aulbert et al. 2012).

Finalphase: Eigentliche Sterbephase, bezieht sich in der Regel auf die letzten 72 Stunden des Lebens (Aulbert et al. 2012).

Hydratation: Flüssigkeitszufuhr/Flüssigkeitssubstitution (Knipping 2007).

Hyperhydratation: Überschuss an Körperwasser durch überschießende Flüssigkeitszufuhr u./o. nicht ausreichende renale Ausscheidung (Pschyrembel 2011).

Hypodermoklyse: Subkutane Hydratation (Flüssigkeitsgabe in das Unterhautfettgewebe per Butterfly-Kanüle) (Nauck 2012, 361; Knipping 2007).

Informierte Zustimmung: engl. informed consent; Entscheidung des Patienten, an der Studie teilzunehmen, nachdem er über eventuelle Vor- und Nachteile aufgeklärt wurde (Behrens&Langer 2010).

Palliative Care: Methodische Handlungsweise der Hospizarbeit, definiert von der WHO (Student&Napiwotzky 2011).

Port: In die Vene eingeführter und subkutan implantierter zentraler Venenzugang, der i.d.R. lebenslang verbleiben kann (Bausewein et al. 2010).

Rasselatmung: ein rasselndes Atemgeräusch, hervorgerufen durch Sekretionen im oberen Rachen oder der Luftröhre, die vom Sterbenden aufgrund seiner Schwäche nicht mehr

abgehustet werden können, es wird i.d.R. bei Sterbenden in der letzten Phase beobachtet, ist jedoch nicht pathognomonisch (Bausewein et al. 2010).

Rehydratation: Parenterale, künstliche Flüssigkeitssubstitution (Knipping 2007).

SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Kränzle 2014).

Signifikanz: Sind die Daten einer Studie von reinen Zufallswerten abweichend, so sind die Ergebnisse statistisch signifikant, das heißt wahrscheinlich auf die Interventionen zurückzuführen. Die statistische Signifikanz wird häufig mit dem p-Wert angegeben; dabei wird zu Beginn der Studie das Signifikanzniveau (α , meist 0,05) festgelegt und bei der Auswertung einer Studie für jeden Vergleich ein p-Wert berechnet (Behrens&Langer 2010).

Subkutantherapie: Medikamente und/oder Flüssigkeit werden über eine Butterfly-Kanüle in die Subkutis (Unterhautfettgewebe) zur effektiven Linderung von Symptomen gegeben (Student&Napiwotzky 2011).

Terminale Dehydratation: Das bewusste Zurückhalten von Flüssigkeit im Sinne einer therapeutischen Maßnahme zur Symptomkontrolle in der Sterbephase; therapeutische Flüssigkeitsreduktion; physiologisches Flüssigkeitsdefizit (Knipping 2007).

Terminale Hydratation: Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase; Flüssigkeitszufuhr (Knipping 2007).

Terminalphase: Stunden, Tage bis maximal Wochen vor dem Tod bei einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung (Aulbert et al. 2012).

Xerostomie: Mundtrockenheit (Knipping 2007).

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Die Versorgung mit Flüssigkeit in der Sterbephase ist ein hoch emotionales, vielfach kontrovers diskutiertes Thema (Eychmüller&Nauck 2012; Knipping 2007). Viele Schwerkranke und Palliativpatienten nehmen oral nur noch geringe Flüssigkeitsmengen in ihrer letzten Lebensphase¹ zu sich (Good et al. 2014). Gründe hierfür können laut Knipping (2007) Schluckstörungen, allgemeine Schwäche, Verwirrtheit, Bewusstseinsstörungen, nachlassendes Durstempfinden sein (Knipping 2007). Folgen eines Flüssigkeitsdefizites können in Form von Durstgefühl, Mundtrockenheit, Nierenfunktionsstörungen bis hin zu Nierenversagen, Konzentrationsstörungen, Sprachstörungen, Verwirrtheit, Fieber, Unruhe und Muskelkrämpfen auftreten (Knipping 2007). Es gibt keinen Standard oder allgemein gültige Regeln für oder gegen eine Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase (Eychmüller&Nauck 2012; Bausewein et al. 2010). Die gängige Praxis in Alten- und Pflegeheimen ist nach Knipping (2007) oft die Gabe von NaCl 0,9%² Infusionen in subkutaner Form nach ärztlicher Anordnung, da sie eine unkomplizierte schonende Anwendungsform darstellt (Knipping 2007). Das Nichtresorbieren der zugeführten Flüssigkeit in Form von Überwässerung ist laut Wüller et al. (2014) durch Ödembildung in Gewebe und Lunge erkennbar. Für den Patienten³ kann das ein unangenehmes Absaugen der übermäßigen Schleimbildung sowie präfinales Rasseln bedeuten (ebd.); es nimmt also entscheidenden Einfluss auf die Qualität des Sterbeprozesses. Ödeme im Gewebe haben nach Knipping (2007) Auswirkungen auf die Durchblutung der Patienten sowie auf das Sensibilitätsempfinden und bringen nicht selten ein unangenehmes Druckgefühl und Schmerzen mit sich. Eine verminderte Flüssigkeitsaufnahme und das bewusste Verzicht auf eine solche Gabe kann dem

¹ In dieser Thesis sind mit der letzten Lebensphase die letzten Lebenswochen, -tage und -stunden gemeint (Knipping 2007). Als Synonyme werden Terminalphase, Lebensende, Sterbephase, letzte Lebensphase verwendet (Knipping 2007).

² Im Verlauf werden folgende Synonyme verwendet: Subkutantherapie, Infusion(en), subkutane Infusion(en), subkutane Flüssigkeitsgabe, Flüssigkeitsgabe, Flüssigkeit, Flüssigkeitsversorgung.

³ Im Verlauf werden folgende Synonyme verwendet: Patient, Sterbender, Bewohner.

natürlichem Sterbeprozess entsprechen und die zuvor beschriebenen Symptome der Überwässerung verhindern (Bausewein et al. 2010; Good et al. 2014). Eine Hauptsorge Angehöriger gilt dem Verdursten des Patienten bei verminderter Flüssigkeitsaufnahme (Eychmüller&Nauck 2012; Knipping 2007). Es gibt laut Good et al. (2014) und (Husebø&Klaschik 2009) keine evidenzbasierten Nachweise, die von Erleichterung für den Sterbenden durch Flüssigkeitszufuhr sprechen. Das Pro und Contra der Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase unter ethischen, medizinischen und pflegerischen Aspekten abzuwägen, wird laut Eychmüller&Nauck (2012) als eines der schwierigsten Probleme in der Praxis beurteilt. Die klinische Evidenz, um Patienten und deren Angehörige bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Flüssigkeitsgabe zu beraten, sei gering. Eychmüller&Nauck (2012) sprechen von praktischen Erfahrungswerten, die neben Untersuchungsergebnissen (mit schwacher Evidenz) für oder gegen eine Flüssigkeitssubstitution am Lebensende sprechen können. Pflegende⁴ und ebenso alle dem interdisziplinären Team angehörigen Personen entscheiden und beraten Sterbende und Angehörige folglich ohne wissenschaftlich fundierte Belege in ihrer täglichen Praxis hinsichtlich der Flüssigkeitsgabe. Erfahrungswerte und Teamabsprachen spielen offensichtlich eine große Rolle, um den Sterbenden bestmöglich zu versorgen. Zur Eingrenzung der Problematik erfolgt im nächsten Abschnitt das Formulieren der Forschungsfrage (Panfil 2013).

1.2 Forschungsfrage

In der Problembeschreibung werden nicht näher beschriebene praktische Erfahrungswerte (neben schwachen evidenzbasierten Untersuchungen) (Eychmüller&Nauck 2012) genannt, aufgrund derer Entscheidungen hinsichtlich der Flüssigkeitsgabe am Lebensende getroffen werden. Es stellt sich somit die Frage, welche Erfahrungen Palliativ-Pflegende hinsichtlich der Subkutantherapie gemacht haben, die sie aufgrund interner Evidenz zu einer Entscheidungsfindung und Beratung kommen lassen, und welche pflegerelevanten Konsequenzen sich daraus ergeben.

⁴ Im Verlauf werden folgende Synonyme verwendet: Pflegende, Palliativfachpflegende, Palliativ-Pflegende, Studienteilnehmer, Interviewpartner. Allen gemeinsam ist eine dreijährige examinierte Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege (Krankenschwester/Krankenpfleger).

Die zu untersuchenden Fragestellungen lauten:

Flüssigkeitssubstitution am Lebensende –

Was für Erfahrungen haben Palliativ-Pflegende hinsichtlich der Subkutantherapie gemacht? Welche pflegerelevanten Konsequenzen lassen sich daraus ableiten?

1.3 Forschungsziel

Diese Bachelor-Arbeit⁵ hat das Ziel, die Erfahrungen, die Palliativpflegende bezüglich der Flüssigkeitsversorgung am Lebensende (mit der Subkutantherapie) gemacht haben, zu beschreiben. Es soll eingangs der aktuelle Forschungsstand in der Literatur vorgestellt werden, um diesen den Erfahrungen Pflegender gegenüber zu stellen und zu diskutieren. So sollen die Hintergründe und die Bedeutungen von Pflegenden hinsichtlich der Entscheidungsfindung und Beratung von Sterbenden und deren Angehöriger transparent gemacht werden. Dadurch soll nachvollzogen werden, welches Wissen Pflegende bei ihrer Beratung und ihren Entscheidungen anwenden, um Sterbende und ihre Angehörigen in diesem Prozess bestmöglich zu unterstützen. Ebenso sollen pflegerelevante Spannungsfelder und sich daraus ergebende Konsequenzen aufgezeigt werden.

2. Methodik

Diese Forschungsarbeit wird in zwei Phasen durchgeführt, einer systematischen Literaturrecherche und einer empirischen Datenanalyse in Form von qualitativen Interviews.

2.1 Systematische Literaturrecherche

Um relevante Literatur zu identifizieren erfolgt zunächst eine systematische Literaturrecherche in den fachbezogenen Datenbanken Pubmed⁶ und Cochrane⁷. Diese wird im Folgenden transparent und reproduzierbar dargelegt (Simon 2013). Das von

⁵ Im Verlauf werden folgende Synonyme verwendet: Bachelor-Arbeit, Thesis, Bachelor-Thesis, Arbeit, Forschungsarbeit, Studie.

⁶ <http://www.pubmed.gov/>

⁷ <http://www.thecochranelibrary.com>

Behrens&Langer (2010) für die Konkretisierung der Suchbegriffe und Fragestellung vorgeschlagene Pike-Schema findet in dieser Arbeit keine Anwendung. Es sind weder das Outcome noch die Kontrollintervention relevant, daher wird es nicht berücksichtigt. Die deutschsprachigen Schlüsselworte für die Recherche lauten: *Subkutantherapie, Flüssigkeitssubstitution, Flüssigkeitsversorgung, Hydratation, Dehydratation, Palliative Care, Lebensende, Palliativ-Pflegekräfte, Erfahrungen*. Diese werden übersetzt, sodass die Suchstrategie die aus der Fragestellung abgeleiteten und durch Synonyme ergänzten englischen Suchbegriffe *fluidity, hydration, water; sodium chloride, subcutaneous infusion, hypodermoclysis, terminal phase, final phase, end of life, patient, palliative care, experience*, know how, nurse, carer, caregiver* enthält. Es wird ein zeitliches Limit von 10 Jahren gesetzt. Für die logische Verbindung der Suchbegriffe werden alle Anfragen mit einer Nummer versehen und die *Boole'schen Operatoren* „AND“ und „OR“ eingesetzt (Simon 2013). Bei der Trefferzahl von 15 wird die Suche bei Cochrane beendet, und die Suchbegriffe *nurse, carer, caregiver, experience** und *know how* werden nicht weiter verknüpft, da die Anzahl eine gut zu überprüfende darstellt. Die Titel der 15 Treffer werden hinsichtlich der Relevanz und Aussagekraft zu der Thematik der Bachelorarbeit überprüft. Nach inhaltlicher Sichtung ergibt sich ein relevantes, in der Evidenzhierarchie hoch eingestuftes Cochrane Review⁸ (Evans 2003). Dieses wird im Volltext kritisch analysiert (Behrens&Langer 2010) und in den Ergebnisteil eingebracht. Die Suche bei Pubmed liefert nach dem gleichen Vorgehen nur einen Treffer, dieser wird jedoch ausgeschlossen, da er inhaltlich nicht zur Thematik passt. Im Anhang findet sich die Tabelle der Suchstrategie (Anhang 1, A2). Zudem findet eine Handrecherche in den Fachbibliotheken Hamburgs⁹ statt. Die oben genannten deutschsprachigen Suchbegriffe und Synonyme werden in den Bibliothekskatalogen benutzt. Die dort gefundene Literatur wird ebenfalls hinsichtlich der Relevanz und Aussagekraft gesichtet und dann als Volltext für die Bearbeitung herangezogen. Darüber hinaus wird in den Datenbanken der pflegerelevanten Zeitschriften „Zeitschrift für Palliativmedizin“ des Thieme-Verlags und „Pflege“ vom Huber-Verlag recherchiert. Gesichtet werden die Inhalts- und

⁸ Good et al. 2014

⁹Bibliothek des ärztlichen Vereins; Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; Fachbibliothek Sozialwissenschaften; Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg; UKE-Ärztliche Zentralbibliothek.

Stichwortverzeichnisse von 2010-2015. Es wird ein Treffer in Form einer Kasuistik gefunden (Camartin&Wieland 2014). Diese findet jedoch keine Verwendung, da dessen inhaltlichen Aussagen bereits über Fachbücher der beschriebenen Literaturrecherche herangezogen werden und Primärliteratur über die oben beschriebene Suchstrategie gesichtet wurde. Die Quellenangabe befindet sich im Literaturverzeichnis. Zusätzlich findet eine freie Internetrecherche bei google scholar zur Erschließung der grauen Literatur statt. Über die Literaturverzeichnisse der bereits beschafften Literatur findet eine weitere Erschließung relevanter Literatur statt.

2.2 Qualitative Experteninterviews

In der zweiten Phase der Methodik wird das Design, die Stichprobe, das Setting, der Ablauf, die Methode der Datensammlung, die Art der Datenanalyse und die Einhaltung der ethischen Richtlinien und des Datenschutzes für diese Forschungsarbeit dargestellt (Panfil 2013). Auf die Thematik der Gütekriterien wird am Ende dieses Kapitels gesondert eingegangen.

Design

Da sich die Fragestellung dieser Arbeit auf die Erfahrungen von Palliativpflegenden fokussiert, wird ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, welches das weitere methodische Vorgehen festlegt (Panfil 2013). Die durch Erfahrungen in der Betreuung Sterbender geprägte innere Lebenswelt der Pflegenden soll in dieser Arbeit beschrieben werden (Flick et al. 2012). Es können im Gegensatz zur quantitativen Forschung detailliertere und genauere Analysen durch die fünf geführten Interviews erstellt werden, vor allem wird die Perspektive der Pflegenden erfasst (Flick 2009). Durch die Vorgehensweise des qualitativen Ansatzes stehen die einzelnen Pflegenden in ihrem Setting im Vordergrund, und die Wahrnehmungen und Erfahrungen hinsichtlich der Subkutantherapie können so analysiert und beschrieben werden (Shaha&Schnepf 2013). Es ist in der Sichtung für diese Bachelorarbeit keine Literatur gefunden worden, die dieses Phänomen aus Sicht der Pflegenden bereits beschreibt (ebd.).

Stichprobe/Setting/Ablauf

Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus fünf Palliativfachpflegekräften aus verschiedenen Einrichtungen zusammen. Es werden verschiedene Settings gewählt, um ein möglichst

breites Spektrum an Erfahrungen mit der Subkutantherapie in unterschiedlichen Einrichtungen zu generieren (Shaha&Schnepf 2013). Durch praktische Ausbildungseinsätze bekannte Häuser werden für die Rekrutierung herangezogen. Diese werden zunächst telefonisch kontaktiert und erhalten auf Wunsch ein Informationsschreiben über dieses Forschungsprojekt (Anhang 2, A3), (Informierte Einwilligung siehe *Ethik/Datenschutz*). Die Teilnahme erfolgt nach Interesse auf freiwilliger Basis. Es werden ein Hospiz, ein spezialisierter ambulanter Palliativdienst, ein Altenpflegeheim, eine Krankenpflegeschule sowie die onkologische Palliativstation eines Krankenhauses kontaktiert. Anforderungen an die Interviewpartner sind neben einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eine Weiterbildung zur Palliativfachpflegekraft und eine Praxiszeit von mindestens zwei Jahren im palliativen Setting. Für die Interviews können zwei männliche und drei weibliche Pflegenden rekrutiert werden, die diese Einschlusskriterien erfüllen und Interesse an der Forschungsarbeit haben. Alle Pflegenden haben Berufserfahrung in mindestens zwei der genannten Settings. Die Interviews finden in einem geschützten, für den Interviewpartner natürlichen Umfeld statt und werden von der Autorin dieser Thesis geführt. Dafür werden Termine und Räumlichkeiten mit den Interviewpartnern abgesprochen. Alle Interviews finden auf Wunsch der Pflegenden in den jeweiligen Häusern in einem ruhigen Nebenraum statt. Die Interviewzeiten liegen zwischen neun Minuten und 16 Minuten. Da die Auswertung von fünf Interviews im zeitlich engen Rahmen dieser Arbeit möglich sein muss, sollte die Interviewzeit 20 Minuten nicht überschreiten. Drei Interviews wurden bereits Ende 2014 im Rahmen des Moduls Pflegeforschung unter gleicher Thematik, jedoch anders lautender (nicht zu beantwortender) Fragestellung von der Autorin geführt. Die Verwendung in dieser Arbeit findet unter neuer Fragestellung mit vorhandenen Transkripten statt, wobei die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) selbstverständlich erneut durchgeführt wird. Medjedovic&Witzel (2010, 17) schreiben: „Die Anwendung neuer theoretischer Gesichtspunkte oder veränderter Forschungsperspektiven auf „alte“ Daten kann neue Erkenntnisse und Theorien generieren. (...) Durch die Einnahme einer Außenperspektive können weitergehende Aspekte aufgedeckt werden, die zunächst nicht gesehen wurden.“. Die Ausarbeitung von fünf Interviews bietet ein größeres Spektrum an Erfahrungen von Pflegenden. Im Rahmen dieser Thesis wäre es zeitlich nicht möglich gewesen, diese

Anzahl von Interviews zu führen und zu analysieren. Daher wird auf genannte Transkripte zurückgegriffen.

Methoden der Datenerhebung

Die Datenerhebung findet durch halbstandardisierte Experteninterviews statt, wodurch der Zugang zur gewünschten subjektiven Sichtweise der jeweiligen Palliativpflegenden erfragt werden kann (Flick 2012). Die Pflegenden bringen ihre Erfahrungen und persönlichen Perspektiven zur Flüssigkeitssubstitution am Lebensende ein und werden so in die Untersuchung einbezogen (ebd.). Ihr besonderes Wissen wird auf diese Weise für die Beschreibung der Analyse zugänglich (Gläser&Laudel 2010). Als Experten werden in dieser Forschungsarbeit die Pflegenden bezeichnet, da sie über Wissen in Form von Erfahrungen zur Thematik verfügen. Dieses ist für die Untersuchung relevant und dient der Beantwortung der Forschungsfragen (ebd.). Es wird ein Interviewleitfaden (Anhang 4, A6) mit fünf offenen Fragen erstellt. Diese sind abgestimmt auf die im 3. Kapitel ermittelten Ergebnisse der Literaturrecherche und damit auch auf die Forschungsfragen. Der Interviewleitfaden wird während der Gespräche nicht der Reihe nach abgefragt, sondern im Verlauf wird entschieden, welche Frage wann und in welcher Form gestellt wird (ebd.). Der Leitfaden bildet die Grundlage für die Interviews und wird an die jeweilige Gesprächssituation und den Gesprächspartner angepasst. Somit wurde er nach den drei bereits geführten Interviews leicht modifiziert, um auf die neue Fragestellung noch besser einzugehen. Den Pflegenden soll so überlassen werden, wie sie die Fragen beantworten möchten und dabei eine möglichst ungezwungene Gesprächssituation erleben (ebd.). Zu Beginn der Interviews wird den Pflegenden im Rahmen der informierten Einwilligung nochmals das Ziel der Untersuchung und des Interviews erläutert. Es wird wiederholt, dass die Ergebnisse pseudonymisiert und die Daten geschützt werden (siehe *Ethik/Datenschutz*). Die Einwilligung der Teilnehmenden zur Tonbandaufzeichnung wird eingeholt. Als Einstieg der Interviews wird die erste Frage in Form einer Erzählanregung gestellt (ebd.).

Methode der Datenanalyse

Die digital aufgezeichneten Interviews werden per Transkription in eine schriftliche Form gebracht. Da in dieser Arbeit die Inhalte der Interviews im Vordergrund stehen und keine sprachwissenschaftlichen Aspekte, werden die einfachen Transkriptionsregeln nach

Kuckartz (2014) gewählt. Anschließend werden die Transkripte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Ziel ist das wissenschaftliche Analysieren der Kommunikationsinhalte aus den Interviews (Mayring&Gläser-Zikuda 2008). Für diese Arbeit wird von den drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse die *Zusammenfassung* gewählt, da hierbei die Interviewaussagen so reduziert werden, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und so die Erfahrungen der Pflegenden widerspiegeln (Mayring 2002). Der transkribierte Text wird nach einem sehr klaren Vorgehen bearbeitet, indem zunächst als kleinste Analyseeinheit jede Aussage schrittweise kodiert wird. Die aus den Kodiereinheiten gebildeten Paraphrasen bilden nach der Reduktionsphase die Kategorien. Diese werden am Ausgangsmaterial rücküberprüft, und mit zwei Kommilitoninnen (zeitlich begrenzt) diskutiert (Mayring 2015). Die Inhalte der Kategorien stehen jeweils auch exemplarisch für die Aussagen anderer Pflegender. Die Aussagen der Interviewpartner werden wörtlich oder synonym wiedergegeben (ebd.). Anhand des so entwickelten Kategoriensystems werden die Ergebnisse der Interviewauswertung dargestellt (Kapitel 4).

Ethik/Datenschutz

Zunächst werden die Teilnehmer telefonisch und auf Wunsch schriftlich über Ziele, Art und Weise ihrer Mitwirkung und Folgen aufgeklärt (Gläser&Laudel 2010). Die Interviewpartner erhalten im Rahmen der informierten Einwilligung vorab einen Informationsbogen (Anhang 3, A5), auf welchem die genauen Bedingungen des Interviews und die Umstände erklärt sind. Die Pflegenden haben fünf Tage Zeit über ihre Entscheidung an der Teilnahme nachzudenken. Nach schriftlicher Zustimmung der Interviewpartner und Terminabsprache werden die Interviews geführt. Es wird garantiert, das Interview zu jeder Zeit ohne Angabe von Gründen abbrechen zu können. Es besteht kein Zwang Fragen zu beantworten, alles Erzählte wird vertraulich behandelt. Der Interviewpartner wird vor Beginn gebeten, die Tonaufnahme zu gestatten (Gläser&Laudel 2010). Die Einhaltung des Datenschutzes wird in Form der Pseudonymisierung (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz) erfolgen, da es nicht möglich ist, die Daten so zu verändern, dass sie nicht doch auf die jeweilige Person zurückzuführen wären. Bei der Auswertung werden der Name und andere Identifikationsmerkmale der jeweiligen Interviewpartner durch einen Code ersetzt (P1 - P5). So soll die Identifizierung ausgeschlossen oder

wesentlich erschwert werden. Selbstredend werden die Teilnehmer als Menschen geachtet und behandelt. Die forschungsethischen Prinzipien werden auf diese Weise eingehalten (Flick 2009). Das Forschungsvorhaben wurde 2014 unter anderer Fragestellung, allerdings innerhalb der gleichen Thematik von der Ethikkommission der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg im Rahmen des Moduls Pflegeforschung genehmigt.

Gütekriterien

Um die Wissenschaftlichkeit dieser qualitativen Forschungsarbeit aufzuzeigen, soll aus der Vielzahl der nicht einheitlichen und vielfach diskutierten qualitativen Gütekriterien¹⁰ (Haas-Unmüßig&Schmidt 2010) die Güte an dem Beschreiben des Prozesses gemessen werden. Dieses wird erreicht, indem der Forschungsprozess lückenlos beschrieben, begründet, dokumentiert und somit für andere nachvollziehbar wird (Brandenburg et al. 2013). Die klassischen quantitativen Gütekriterien (Objektivität: bei Interviewaussagen sehr subjektiv, Reliabilität: Interviews liefern bei Wiederholung nicht dieselben Aussagen, Validität: geringe Teilnehmerzahl wird keine Übertragung ermöglichen) werden nicht angewendet, da sie unpassend für eine Forschungsarbeit mit Schwerpunkt Interviewauswertung sind. Die Auswahl des Designs, der Inhaltsanalyse, der Untersuchungsgruppe, der Datenanalyse sowie der Datenerhebungsmethode sind im obigen Kapitel 2.2 erläutert. Es wird methodisch sauber, wie in den einzelnen Schritten beschrieben gearbeitet. Im Ergebnisteil der Interviews wird mit Originalzitate gearbeitet. Es wird auf Gegenbeispiele und Widersprüche hingewiesen, und die gezogenen Schlussfolgerungen werden aus den Daten heraus begründet (Kuckartz 2014). Der Fokus wird der qualitativen Datenerhebung angemessen, auf den Auswertungsprozess gelegt (Brandenburg et al. 2013).

¹⁰ Auf die Diskussion der Gütekriterien wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da sie Inhalt für weitere Forschung bietet und nicht Schwerpunkt dieser Arbeit ist. Bei Interesse sei auf die Studie von Haas-Unmüßig&Schmidt (2010) verwiesen.

3. Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Begleitung Sterbender und deren Angehöriger fallen in das pflegerische Feld des Palliative Care Konzeptes. Die WHO (2005) definiert hiermit ein ganzheitliches Betreuungskonzept zur Begleitung Sterbender mit einem Handlungsansatz, der die Lebensqualität von Kranken und ihren Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) werden frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt (WHO 2005; Student&Napiwotzky 2011). In den Grundsätzen der Bundesärztekammer (2011, 347) zur ärztlichen Sterbebegleitung ist zu lesen: „(...) bei Sterbenden, bei denen der Eintritt des Todes in Kürze zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“ Auch wenn hier von ärztlichen Pflichten gesprochen wird, ist die Pflege ebenso direkt involviert und angesprochen, da es ihr obliegt, Flüssigkeit zu verabreichen und die Wirkung zu evaluieren. Auf die Problematik eben dieser Gabe wird im Folgenden näher eingegangen.

3.1 Terminale Hydratation – Terminale Dehydratation

Die folgenden Ausführungen sollen dem Grundverständnis der Thematik dienen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und werden nicht in die Tiefe der anatomischen, medikamentösen und pathophysiologischen Ursachen gehen, da der Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit auf der Beschreibung der Erfahrungen Pflegender liegt (Flick 2011). Einleitend sei gesagt, dass Eychmüller&Nauck (2012) zwei Hauptmechanismen nennen, die bei fehlender Flüssigkeitszufuhr einsetzen und den in der Sterbephase reduzierten Flüssigkeitsbedarf erklären sollen. Zum einen betrifft das die wasserproduzierende Fettoxidation (1,07 ml Wasser wird durch Oxidation eines Gramms Fett geliefert) und gleichzeitig die massive Verminderung der Harnstoffexkretion auf ca. 200 ml pro Tag. Um die Versorgung bzw. die Nicht Versorgung mit Flüssigkeit am Lebensende entscheiden zu können, werden Argumente der Literatur- und Studienanalyse für und gegen die terminale Hydratation und terminale Dehydratation genannt (Knipping 2007). Neben dem wichtigsten Argument des Patientenwillens liegt ein weiteres darin, dass der Sterbende Durstgefühle und den Wunsch nach Flüssigkeit äußert, eine orale

Aufnahme aus in der Problembeschreibung genannten Gründen jedoch nicht mehr möglich ist (BÄK 2011). Weiterhin soll die Gabe von Flüssigkeit die Lebensqualität¹¹ des Patienten verbessern (Kränzle 2014). Belastende Symptome, unter denen der Bewohner während seines Sterbeprozesses leiden kann und die im Zusammenhang mit einer terminalen Dehydratation stehen (Kopfschmerzen, Delir/Verwirrtheit, Schmerzen, Agitiertheit, Schläfrigkeit, Muskelkrämpfe), können laut Knipping (2007) eventuell mit der Gabe von Flüssigkeit vermindert werden. Es kann (zur möglichen Symptomlinderung) der Versuch unternommen werden, für eine gewisse Zeit Flüssigkeit zu verabreichen und im Abstand von 12-24 Stunden die Gesamtsituation zu evaluieren (Knipping 2007). Anhand des Ergebnisses des Rehydratationsversuches kann sich das weitere Vorgehen orientieren (Kränzle 2014). Wichtig bei diesen Entscheidungen sollen Absprachen und Abwägungen im interdisziplinären Team sein (Eychmüller&Nauck 2012). Ebenso kann die Flüssigkeitsgabe laut Knipping (2007) der Stressreduktion von Angehörigen dienen, die unter einer Nichtgabe häufig stark leiden, da dies meist die einzige und letzte Form von Zuwendung und Fürsorge für sie bedeuten kann. Es werden aber auf der anderen Seite schwerwiegende Argumente genannt, die gegen eine Flüssigkeitsgabe und damit auch für eine terminale Dehydratation sprechen. Patienten sollen in der letzten Lebensphase selten Durstgefühle haben. Wenn sie dennoch ein Durstgefühl bekommen, dann entsteht dieses meist durch Austrocknung der Mundschleimhäute, hervorgerufen durch Mundatmung, Medikamente, Pilzinfektion und/oder lokale Bestrahlung. Daher sollte ein verstärkter Fokus auf die Mundhygiene gelegt werden (Borasio 2011; Knipping 2007; Kränzle 2014). Kränzle (2014, 234) schreibt: „Mundpflege ist in der palliativen Pflege eine der wichtigsten pflegerischen Handlungen.“. Laut Kränzle (2014) gibt es bislang keine wissenschaftlichen Studien, die bestätigen, dass Xerostomie (Mundtrockenheit) mit der subkutanen oder intravenösen Infusionsgabe zu lindern wäre. Eychmüller&Nauck (2012) führen an, es gebe keine evidenzbasierten Beweise dafür, dass eine Dehydratation das Leben verkürzt oder Leiden verstärkt (Eychmüller&Nauck 2012). Weiterhin soll die Aktivität der Organe im Sterbeprozess stark eingeschränkt sein, die Niere wird als erstes

¹¹ An dieser Stelle wird auf eine zusammenfassende Definition von Knipping (2007) Bezug genommen, da diese in die Thematik der Arbeit gehört. Knipping (2007) sieht Lebensqualität als ein individuelles, subjektives, situatives und immer auch individuell veränderliches Konzept im Sinne des Patienten und seiner Angehörigen an. Daraus ergibt sich für sie eine individuelle, patientenbezogene Betreuung und eine ebensolche Gestaltung der Entscheidungsprozesse.

Organ genannt, welches seine Funktion einschränkt bzw. einstellt. Die künstlich zugeführte Flüssigkeit könne nicht mehr ausgeschieden werden und führt darüber zu Ödembildung im gesamten Körper, vor allem im Lungengewebe (Borasio 2011, Kränzle 2014). Diese Ansammlung in der Lunge kann laut Bausewein et al. (2010) das in der Sterbephase entstehende Symptom der Rasselatmung verstärken oder auch hervorrufen und dient als Indikation eine bestehende Infusionsgabe abubrechen. Als Folge kann ein unangenehmes Absaugen des Schleims aus der Luftröhre nötig werden, und durch die Ansammlung im Körpergewebe ist mit einer erhöhten Dekubitusgefahr zu rechnen (ebd.). Neben der reduzierten Ödembildung und der reduzierten bronchialen Sekretion werden zwei weitere wichtige Argumente für eine terminale Dehydratation genannt. Eine (eingangs als Mechanismus beschriebene) geringere Urinproduktion und -ausscheidung führt laut Gerhard (2011) zu weniger (für den Patienten) schwierigen Toilettengängen und Umlagern auf die Bettpfanne, das Legen eines Blasenkatheters könne verhindert werden. Im Zuge der verringerten Flüssigkeitszufuhr wird eine erhöhte Ausschüttung körpereigener Endorphine genannt, die eine schmerzlindernde Wirkung haben und sich somit positiv auf den Sterbeprozess auswirken soll (Borasio 2011; Kränzle 2014). Knipping (2007) nimmt eine Unterscheidung in Dehydratation als Pflegediagnose und terminale Dehydratation als therapeutische Intervention bei der Betreuung Sterbender vor (Knipping 2007). In dem thematischen Zusammenhang dieser Arbeit wird immer von letzterem ausgegangen. Bezugnehmend auf die Recherche der aktuellen Studienlage kommen Good et al. (2014) in ihrem Cochrane Review zu dem Ergebnis, aufgrund zu geringer methodisch schwacher Studienzahl keine klaren Vorteile für die therapeutische Flüssigkeitssubstitution geben zu können, gleiches gilt für Schäden bzw. Nachteile eben dieser. Das nach Analyse (Behrens&Langer, 2010) methodisch hochwertig eingestufte Review beinhaltet sechs Studien, von diesen werden fünf durch ihre deutlichen Bias-Risiken als methodisch schwach und wenig aussagekräftig gewertet¹². Die randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudie von Bruera et al. aus dem Jahr 2013 ist hingegen als methodisch qualitativ hochwertig einzustufen (Good et al., 2014, 7-8). Dieses bestätigt ebenfalls die Analyse nach Behrens&Langer (2010). Die Autoren des Reviews, der Studie selber sowie

¹² Auf besagte fünf Studien wird aufgrund eigener Analyse nach Behrens/Langer (2010) nicht näher eingegangen, da sie eine zu geringe Aussagekraft für die Verwendung in dieser Arbeit haben.

die Autorin dieser Forschungsarbeit führen als Limitation an, aus finanziellen Gründen statt der geplanten Teilnehmerzahl von 150 Patienten nur 129 eingeschlossen zu haben, sowie ausschließlich Krebspatienten mit nur leichter Dehydratation berücksichtigt zu haben. Außerdem wurde die orale Aufnahme von Flüssigkeit nicht bilanziert. Bruera et al. (2013) untersuchten den Einfluss der parenteralen Hydratation auf die Lebensqualität (anhand verschiedener amerikanischer Assessment-Instrumente/Skalen), die Symptomveränderung (von vier Dehydrierungssymptomen: Müdigkeit, Muskelkrämpfe, Bewusstseinseintrübung, Halluzinationen) und das Gesamtüberleben (Bruera et al. 2013). Die Studie wurde in den USA in sechs Hospizen mit subkutaner Infusionsgabe bei 129 Krebspatienten (über 18 Jahre, Lebenserwartung eine Woche) durchgeführt. Als Ergebnis geben die Autoren an, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe (100 ml Kochsalzlösung subkutan über vier Stunden pro Tag) und der Interventionsgruppe (1.000 ml Kochsalzlösung subkutan über vier Stunden pro Tag) an Tag vier und Tag sieben in allen Bereichen gab. Die subkutane Flüssigkeitsgabe hat laut Bruera et al. (2013) somit keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität, Symptome von Dehydrierung und das Gesamtüberleben. Nach Abschluss der Ausführungen von Hydratation und Dehydratation soll im nächsten Kapitel auf die der Fragestellung entsprechende subkutane Verabreichungsform eingegangen werden.

3.2 Subkutantherapie

Student (2011, 80) schreibt: „Bei der Subkutantherapie werden Medikamente¹³ und/oder Flüssigkeit über eine Butterfly-Kanüle in die Subkutis zur effektiven Linderung von Symptomen gegeben.“ Um belastende Symptome in der Sterbephase zu lindern und das Wohlbefinden wenn möglich zu steigern, erweist sich die Methode laut Knipping (2007) als einfach, kostengünstig, risiko- und komplikationsarm, patientenorientiert und aus palliativer Sicht gering invasiv. Weitere Vorteile sollen darin begründet liegen, dass der Zugang nicht durch eine ständige Flüssigkeitszufuhr offengehalten werden muss, sowie darin, dass venöse Infektionen vermieden werden. Der Patient müsse nicht für jede Infusion erneut punktiert werden, eine Dauertherapie werde ermöglicht (Kränzle et al.

¹³ Hierauf wird im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit nicht näher eingegangen, ebenfalls nicht auf die Technik und Pflege des Legens einer Butterfly-Kanüle.

2014; Student 2011). Als Kontraindikationen einer solchen Therapie werden Ödembildung, Rötung, Auslaufen von Flüssigkeit aus der Einstichstelle unter den Verband, Verhärtung und Schmerzen angegeben (Student 2011). Lehnt der Patient das Legen einer Infusion ab, ist die Therapie abzubrechen bzw. gar nicht erst zu beginnen (Kränzle 2014). Eychmüller&Nauck (2012) sehen einen wesentlichen Nachteil der Infusionsgabe darin, dass sich die Vorbereitung auf den nahenden Tod hin zur Flüssigkeitsbilanzierung verschiebt und das Thema somit mehr in den Vordergrund rückt als das eigentliche, der bevorstehende Tod. Laut Kränzle (2014) findet die Subkutantherapie überwiegend Einsatz in der ambulanten Pflege, in Alters- und Pflegeheimen, sowie Hospizen. Als Gründe hierfür werden die ärztliche Delegation der Verabreichung an examiniertes Pflegepersonal und in der Regel risiko- und komplikationsärmere Verträglichkeit genannt. In Krankenhäusern soll die Methode äußerst selten Anwendung finden, dort sei die Gabe über intravenöse Zugänge üblich (Kränzle 2014).

Zusammenfassend lässt sich anhand der Literatur- und Studienanalyse festhalten, dass es sowohl Gründe für eine Flüssigkeitsgabe geben kann, als auch dagegen. Diese erscheinen jedoch schwerwiegender und in der Überzahl. Bruera et al. (2013) liefern als Anhaltspunkte (aufgrund beschriebener Limitationen) keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf belastende Symptome, Lebensqualität und Lebensverlängerung nach Infusionsgabe. Good et al. (2014) können aufgrund zu geringer, unterschiedlicher und methodisch schwacher Studien keine Empfehlungen hinsichtlich der Praktikierbarkeit der therapeutischen Hydratation aussprechen. Psychosoziale sowie ethische Aspekte des Patientenwohls und das derer Angehöriger werden in der Priorität ganz oben angeführt (Knipping 2007). Mundpflege wird als wichtigste Maßnahme zur Behandlung des Durstgefühls genannt (Borasio 2011; Knipping 2007; Kränzle 2014). Interdisziplinäre Teamabsprachen werden als äußerst wichtig erachtet (Eychmüller&Nauck 2012). Die subkutane Applikationsform anstelle der intravenösen Applikationsform soll eine weniger invasive, einfach handhabbarere und komplikationsärmere Methode sein (Eychmüller&Nauck 2012). Nach den Literatur- und Studienergebnissen wird im nächsten Kapitel das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse vorgestellt.

4. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Als Ergebnis der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) haben sich folgende Hauptkategorien ergeben: *einschätzen können, Bedeutung der Mundpflege, Bedeutung des Sterbeprozesses, individuell und bedürfnisorientiert entscheiden, gewünschte Konsensbildung auf Augenhöhe, Unterschiede in Setting und Profession erleben, Angehörige einbeziehen, Wirkweisen nicht beobachten können, Schmerzempfinden aushalten müssen*. Die identifizierten Hauptkategorien werden im Folgenden vorgestellt, es werden jeweils beispielhafte Zitate angeführt.

Einschätzen können

Pflegende berücksichtigen beobachtete Symptomveränderungen im Für und Wider der Flüssigkeitsgabe. „... *negativ ist halt wirklich eine zunehmende Dyspnoe, weil das irgendwie dadurch, dass das vom Körper nicht mehr verarbeitet werden kann, eben sich praktisch im Körper einlagert. Das kann natürlich irgendwie in den Extremitäten sein, diese dicken Hände und Füße, Arme, Beine die man dann sieht. Das kann aber auch sich auf die Lunge legen, irgendwie so ein Brodeln in der Lunge, was im Sterbeprozess sowieso irgendwann einsetzen wird, aber dann früher und heftiger kommen kann. Also negativ, dass Flüssigkeit im Körper ist, wo sie nicht hingehört!*“ (P2, Z. 157-164). „... *dass die betreffende Person angefangen hat, deutliche Rasselgeräusche bei der Atmung zu haben, also sprichwörtlich ist die Person vollgelaufen.*“ (P4, Z. 24-26). Pflegende konnten nicht feststellen, dass bereits bestehende Dehydrierungszeichen durch die Gabe gemindert wurden. „*Auch dass sich das Durstgefühl dadurch nicht minimiert hat oder auch andere Anzeichen von Exsikkose nicht minimiert worden sind, wie z.B. stehende Hautfalten.*“ (P3, Z. 25-26). Die Interviewpartner haben beobachtet, dass die Flüssigkeitsgabe weder geholfen, noch geschadet hat. Sie tendieren dennoch dahin, es eher als eine Belastung für den Körper zu sehen. „*Es ist völlig nutzlos, ... würde ich sogar so weit gehen zu sagen, dass es eine Belastung für den Körper wird [aufgrund von Ödembildung].*“ (P2, Z. 84-86). Eine Pflegende konnte von einem Fall berichten, bei dem die vorübergehende Gabe bis zum Einsetzen des Sterbeprozesses Einfluss auf Wachheit und Verwirrung hatte. „...*die sehr unruhig und sehr verwirrt geworden ist ... direkten Zusammenhang feststellen zwischen Flüssigkeitsmangel und dann Gabe. ...wirklich über einen langen Zeitraum ... Infusionen zukommen lassen.*“ (P1, Z. 89-92). Allerdings konnte auch gegenteiliges

beobachtet werden. „ ... er ist darunter nicht mehr wacher geworden.“ (P1, Z. 49). Pflegende messen der Gabe einen positiven psychologischen Effekt für den Patienten bei. „... das ist wirklich eine Kopfgeschichte, mental. Das ist aber nicht zu unterschätzen, ... sieht [Patient] das plätschert da rein, das wirkt sich in irgendeiner Weise positiv aus, das ist ein ganz anderes Denken.“ (P2, Z. 153-156). So sehen Pflegende bei bestimmten Symptomen die Infusionsgabe als Möglichkeit und Versuch zur Linderung. „... was man jetzt auch noch behandeln kann, ..., er hat viel erbrechen müssen, er hat Durchfall gehabt oder ... stark geblutet. Das sind ja alles so Dinge, ..., da kann eine Infusion auch sinnvoll sein ...“ (P1, Z. 65-68). „... klarer Grund ... subkutane Infusion anzuhängen, sind Muskelkrämpfe, ..., was Leiden verursacht für den Menschen, genau.“ (P1, Z. 147-149). Die Mehrzahl der Palliativpflegenden beruft sich in ihrem Wissen auf ihre interne Evidenz. „... das es da eigentlich nachweislich, es gibt keine Belege dafür, dass es eben schadet auf der einen Seite oder eben nützt auf der anderen Seite.“ (P1, Z. 59-60).

Bedeutung der Mundpflege

Wenn Sterbende ein Durstgefühl empfinden, liegt der Grund überwiegend in dem Austrocknen der Mundschleimhaut. Daher dürfen Durst und Mundtrockenheit nicht gleichgesetzt werden. „... das Durstgefühl so an sich nicht gegeben ist in der Sterbephase, ... dass die Mundschleimhaut austrocknet und darüber das Gefühl entsteht.“ (P4, Z. 71-72). Dem Austrocknen der Mundschleimhaut wird durch die Mundpflege vorgebeugt, eine subkutane Infusionsgabe kann hingegen keine Linderung verschaffen. Damit das Durstgefühl gemindert wird, muss die Mundpflege professionell durchgeführt werden. „Das A und O ist wirklich, das lernt man in jeder Palliativ-Fortbildung, das A und O ist Mundpflege. Da kann man so viel auffangen, so viel abpuffern mit Flüssigkeitsgefühl im Mund. Da kann man sich diese ganzen subkutanen Infusionen schenken. ... Das ist zwar aufwändig, das ist dann wirklich pro Schicht auch ganz oft, manchmal ist es halbstündlich oder stündlich, ..., dass es den Leuten viel mehr bringt, als diese subkutanen Infusionen, die da so reinplätschert und die da echt keinen Effekt mehr hat.“ (P2, Z. 139-148). Es kann aber trotz professionell durchgeführter Mundpflege Zeichen für Durstgefühle geben, wo der Versuch einer subkutanen Infusion zur Linderung unternommen wird. „Jemand, der Lippen lecken zeigt, kann ein Hinweis sein für Durstgefühl, trotz guter Mundpflege, da kann es noch ein Versuch sein, ihm Linderung zu verschaffen, durch eine subkutane

Infusion.“ (P1, Z. 144-147). Palliativpflegende binden Angehörige ein, indem sie sie in der Mundpflege anleiten und ihnen so eine alternative Form der Fürsorge ermöglichen. „... würde meinen Fokus eher auf Hinwendung legen, gute Mundpflege, die Angehörigen dazu anleiten, die Mundpflege auch durchzuführen, ganz viel Wohlfühlelemente mit einzubauen.“ (P1, Z. 119-121). Die Gabe einer subkutanen Infusion birgt die Gefahr, die Mundpflege zu vernachlässigen. „... dann ist natürlich die Gefahr, dass das [Mundpflege] weggelassen wird, sondern lieber einfach was angehängt wird.“ (P3, Z. 97-98).

Bedeutung des Sterbeprozesses

Für Pflegende stellt der Sterbeprozess etwas Natürliches dar. „Das ist ein völlig normaler Vorgang, wenn sich Menschen von dieser Welt verabschieden.“ (P3, Z. 121-122). Es wird betont, dass der Körper in der letzten Phase keine Flüssigkeit mehr benötigt und eine grundsätzliche Gabe abgelehnt wird. „... Ältere, die ganz friedlich rüber geschlafen sind, die haben auch wirklich nichts gebraucht [Flüssigkeit], ..., also die sind dann wirklich ganz friedlich von dannen gezogen.“ (P5, Z. 89-92). „... dass man den natürlichen Prozess des Körpers auch damit unterstützt, dass man eben halt keine Flüssigkeit mehr zuführt, ..., der Sterbeprozess leichter wird.“ (P3, Z. 64-67). Allerdings bereitet es Pflegenden Schwierigkeiten, den Zeitpunkt der eigentlichen Sterbephase, in der dann eine Flüssigkeitsgabe strikt abgelehnt wird, zu erkennen. „... ich konnte zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht einschätzen, wo geht sein Weg jetzt eigentlich hin, ..., wo befindet sich dieser Mensch jetzt eigentlich gerade in seinem Krankheitsprozess oder auch in seinem Sterbeprozess. ... ich war sehr hin- und hergerissen, weil ich einfach gar nicht wusste, wo geht die Reise hin. ...relativ zügig wieder zurückgezogen ... und es war dann klar, das ist sein Weg jetzt.“ (P1, Z. 21-52). „...der Bewohner sich wirklich in seiner allerletzten Phase seines Lebens befindet. ... der Tod wirklich wenige Stunden bis wenige Tage bevorsteht, ..., da würde ich mich dagegen entscheiden noch eine subkutane Infusion anzulegen ...“ (P1, Z. 114-118). „... sind die Infusionsgaben sofort abgesetzt worden, wenn jemand terminal wurde.“ (P4, Z. 114-115). Die Gabe in der letzten Phase wird aus pathophysiologischen Gründen abgelehnt. „... ,benötigt der Körper weniger Input, Organe versagen nach und nach und stellen langsam ihren Dienst ein. Es kann ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr verarbeitet werden.“ (P2, Z. 78-83). Wenn unklar ist, an welchem Punkt der Patient steht, ziehen Pflegende in Erwägung eine subkutane Infusion zur

Überprüfung einer eventuellen Symptomlinderung zu verabreichen. Es wird aber auch betont, die Gabe in Absprache zum richtigen Zeitpunkt abzubereiten. „... *hab mich dann dazu entschieden, in Rücksprache mit unseren behandelnden Ärzten, ihm eine subkutane Infusion auch zukommen zu lassen, um einfach zu gucken, wie reagiert er darauf. ... ich wollte einfach sehen, so was, was könnte sich dadurch eventuell noch verändern. ... wenn wir keinen Erfolg in der Maßnahme sehen, ziehen wir uns dann damit auch wieder zurück.*“ (P1, Z. 28-40).

Individuell und bedürfnisorientiert entscheiden

Pflegende betonen in ihren Erfahrungen, dass die Entscheidungsfindung zur Flüssigkeitsversorgung immer eine ganz individuelle sei. Sie werde abgestimmt auf die Wünsche und das Wohlbefinden des Sterbenden. Es gibt keinen Standard. „*Das ist wirklich ganz individuell, ..., dass wir diese Dinge eben auch nicht festzurren in einem Standard, weil das kann man einfach gar nicht machen,, sondern dass wir wirklich ganz individuell den Menschen betrachten, den wir vor uns haben mit seiner Lebensgeschichte, mit den Wünschen, die er geäußert hat, vielleicht anhand einer Patientenverfügung oder auch in Gesprächen und uns den Verlauf angucken.*“ (P1, Z. 156-161). „... *am Patientenwohl ausgerichtet.*“ (P1, Z. 168). „*Und wenn das gewünscht wird, machen wir das.*“ (P2, Z. 30-31). „...[im Sterbeprozess] *dann einfach vielleicht nicht mehr trinken zu wollen, ..., dass es in der Pflege dann auch eher darum gehen sollte, diesen Wunsch auch zu respektieren.*“ (P5, Z. 117-120). Pflegende geben an, dass eine Patientenverfügung und eine Vollmacht die Entscheidung mit beeinflussen und sie in die Lage bringen können, Flüssigkeit verabreichen zu müssen. „*Wenn eine ganz klare Patientenverfügung besteht, wo drin steht, keine lebensverlängernde Flüssigkeitsgabe, keine lebensverlängernde Maßnahme, dann berufe ich mich darauf. Gibt es eine Vollmacht, dann muss ich es unter Umständen machen, ..., dann ist es so, dann ist das eine klare Ansage.*“ (P2, Z. 112-122). Es werden rechtliche Aspekte berücksichtigt.

Gewünschte Konsensbildung auf Augenhöhe

Deutlich wird in den Aussagen der Pflegenden die Wichtigkeit, dass Entscheidungen immer gemeinsam innerhalb des Teams getroffen werden. „... *in Teamabsprache, ja muss einfach auch klar sein, dass wir einen gemeinsamen Weg angehen. Das ist für uns und auch für die Leute, die hier liegen einfach auch wichtig.*“ (P2, Z. 62-65). Es wird darauf

geachtet, einen gemeinsamen Konsens zu haben. „...wenn ich den Eindruck habe, und der Eindruck deckt sich auch mit dem meiner Kollegen...“ (P1, Z. 113-114). Mit Hilfe von Gesprächen werden Teamentscheidungen bei unterschiedlichen Meinungen getroffen. Dabei werden Dienstübergaben und Fallbesprechungen genutzt. „Ja, war geteilter Meinung, aber es ist dann so, dass wir dann in den Übergaben dann auch versuchen, darüber zu sprechen, und wenn es sehr große Differenzen gibt, dann haben wir auch Zeit, sogenannte Fallbesprechungen hier zu machen, ..., wo dann eben auch alle betreffenden Personen dran teilnehmen ...“ (P1, Z. 43-47). Auch das interdisziplinäre Team wird bei Entscheidungen einbezogen. „..., die getragen werden muss innerhalb des Teams, des interdisziplinären Teams auch.“ (P1, Z. 188-189). „Es ist in Absprache mit allen. Mit den Leuten direkt, mit Angehörigen und natürlich auch mit den Ärzten, die müssen es ja letztendlich auch ansetzen.“ (P2, Z. 34-36). Die Letztverantwortung des Arztes stellt Pflegende vor große Widerstände und bedeutet, Probleme in der Gesprächsführung mit ihnen zu haben. Andere Tätigkeiten dürfen aufgrund dessen nicht vernachlässigt werden. „...musste ich das dann widerwillig erledigen, weil es die Anordnung vom Arzt war.“ (P5, Z. 44-45). „...habe ich durchaus oft, gerade was Dienstärzte betrifft, die schlechte Erfahrung gemacht, dass ich ab einem gewissen Punkt keine Lust mehr hatte, diese Diskussion zu führen, als auch, dass ich irgendwann halt resigniert habe, was das angeht.“ (P4, Z. 36-39). „Ja, ich hab das dann gemacht, weil es verordnet war, genau. Und auch ohne, dass ich da in die Diskussion eingestiegen bin. Ich hab´s gemacht, weil´s verordnet war, ja.“ (P3, 18-20). „Ich hatte auch noch andere Sachen auf Station zu tun, als zu diskutieren.“ (P4, Z. 50-51). Zeitprobleme werden ebenfalls für den interdisziplinären Austausch angegeben, besonders im Krankenhaus, auch wenn dessen Wichtigkeit betont wird. „Was meiner Meinung nach wirklich sehr wichtig ist, ist der interdisziplinäre Austausch, und der sollte aus meiner Erfahrung raus und auch gerade in Krankenhäusern mehr gepflegt werden, es fehlt einfach die Zeit dazu, sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen und mit allen Beteiligten die Situation zu besprechen.“ (P1, Z. 207-210).

Unterschiede in Setting und Profession erleben

Die unterschiedlichen Erfahrungen, die Pflegende hinsichtlich der subkutanen Infusionsgabe schildern, begründen sich durch die jeweiligen Einrichtungsformen. „Im SAPV-Team, da war Konsens, dass keine Flüssigkeitsgaben in der terminalen Phase

irgendeinen Profit erbringen. Da wurde sogar sehr viel Wert darauf gelegt, dass keine Infusionsgaben halt da stattfinden. Aber stationär war das doch auch eine Palliativstation und trotzdem haben die das nicht [die Infusion abgesetzt]... Da hat die Palliativversorgung in dem Sinne nicht funktioniert. Leider.“ (P4, Z. 110-119). „Wenn man in einem guten Palliativteam arbeitet, dann fährt man straight seine Linie, dass man diese Infusionsgaben nicht braucht ... , wo halt keine Palliativteams unterwegs sind, wenn man in die klassische Altenpflege oder in die ambulante Pflege reinschaut, dann ist man doch erschrocken, dass dieser Irrglaube, dass subkutane Infusionsgaben in der terminalen Phase ernsthaft Profit bringen würden, wirklich ganz, ganz fest verankert, irgendwie.“ (P4, Z. 140-148). Einem Pflegenden ist die subkutane Verabreichungsform in zwanzigjähriger Praxistätigkeit im Krankenhaus nicht begegnet. „Also untergekommen ist es [subkutane Infusion] mir wirklich nur hier [Hospiz] bisher. ... im Krankenhaus eher so geregelt, dass es da i.v. Zugänge gibt, da wird subkutan nichts verabreicht. Hier jetzt schon. ... einschneidendes Erlebnis oder so, nö.“ (P2, Z. 9-13). Eine andere Studienteilnehmerin mit onkologisch-palliativen Erfahrungen würde im Gegensatz zur subkutanen Darreichungsform die Flüssigkeitsversorgung über einen Port bevorzugen: „... idealerweise Portversorgung, ..., weil man die Leute nicht erneut pieken muss, weil der schon liegt und das Anstechen darein tut nicht so weh.“ (P5, Z. 110-112). Die Portversorgung stellt allerdings nur eine eingeschränkte Alternative zur Subkutantherapie dar, da dieser bereits vorhanden sein muss und als Indikation eine längerfristige Infusionstherapie vorsieht, wie es auf onkologischen Stationen meist gegeben ist. Pflegende mit Erfahrungen im Hospiz erleben Übereinstimmung mit ärztlichen Entscheidungen. „... wobei wir mit unseren Ärzten auch verwöhnt sind, die da eigentlich unsere Schiene mitfahren.“ (P2, Z. 177-178). Im Setting Krankenhaus gibt es gegenteilige Äußerungen. „Das war immer gerade abhängig, welches Team die Patienten betreut hat ..., der eine Arzt war felsenfest überzeugt, der Patient hat sehr wohl noch Durstgefühle und wurde dann auch mit Infusionen bedacht, und es gab Ärzte, die haben gesagt, wir lassen jetzt alle weiteren Maßnahmen und lassen denjenigen in Frieden.“ (P5, Z.32-38). Im gleichen Setting sind Pflegende dem Argument des Verdurstens begegnet. „Das wurde ja auch immer von den Medizinern, ... auf der palliativ-onkologischen Station ... wieder gesagt, hier wird niemand verhungern und keiner verdursten, ja.“ (P3, Z. 50-53). Ebenso der Aussage: „...so dieses Totschlagargument, jemandem keine Flüssigkeit zukommen zu lassen, ist gleichbedeutend

mit, jemanden verdursten zu lassen.“ (P1, Z. 199-200). Pflegende erkennen darin mangelnde Erfahrung von Ärzten. „Die behandelnden Ärzte konnten es meiner Vermutung nach nicht aushalten, dass jemand keine Infusion mehr bekommt, gar keine Therapien in dem Sinne erhält.“ (P4, Z. 7-9). Pflegende sind je nach Setting und Arzteinstellung mit verschiedenen Entscheidungen hinsichtlich der Flüssigkeitsgabe konfrontiert. Diese entsprechen nicht immer ihrem pflegerischen Verständnis. Diese Unterschiede können sie, wie in der Kategorie *gewünschte Konsensbildung auf Augenhöhe*, vor Widerstände stellen.

Angehörige einbeziehen

Angehörigen wird bei der Betreuung von Sterbenden eine große Bedeutung beigemessen. „...die Angehörigen, die ja die tragende Säule in der Versorgungsform sind“ (P4, Z. 121-122). Pflegende geben an, dass Angehörige den Durst des Sterbenden als psychische Belastung erleben und die Flüssigkeitsgabe als letzte Form der Zuwendung assoziieren. „Mein Eindruck war immer, dass Angehörige sowieso den Durst bei Sterbenden Menschen als etwas ganz Furchtbares empfinden, also dass die immer sehr darauf bedacht waren, dass der Patient keinen Durst hat, dass er noch was zu trinken bekommen soll, ... , um ihm noch was Gutes tun zu können.“ (P3, Z. 45-50). Um Angehörige in ihrer Hilflosigkeit zu unterstützen, wird die Infusionsgabe in Erwägung gezogen. „..., dass der Krankheitsprozess so plötzlich fortschreitet, sodass die Angehörigen und auch die Bewohner selber überhaupt nicht hinterher kommen dann. Dann würde ich mich auch immer eher nochmal dazu entscheiden zu sagen, so wir geben ein gewisses Maß an Infusion und Flüssigkeit ... und einfach auch um die Angehörigen und die Betroffenen selber ein Stück weit wieder mit einzufangen und immer in Absprache auch mit den Angehörigen zu gucken“ (P1, Z. 69-75). Um Angehörigen Ängste zu nehmen, messen Pflegende dem Einbeziehen eine hohe Bedeutung bei und legen Wert darauf, sie nicht zu überfordern. „...die bei Verzicht darauf [Flüssigkeitsgabe], ohne die Angehörigen mit ins Boot zu holen, ganz, ganz viele Ängste auslösen kann, und ich halte das für ganz wichtig, gemeinsame Entscheidungen zu treffen, auch mit den Angehörigen bzw. ganz große Aufmerksamkeit auch darauf zu legen, die Angehörigen einfach in dem Tempo mitzunehmen, das sie auch brauchen.“ (P1, Z. 192-195). Eine Form der Einbindung stellt die Mundpflege dar. Pflegende sehen sich Angehörigen gegenüber in der Beraterrolle. „Ich würde ganz generell in die Richtung beraten, es nicht zu machen. Das würde ich vorsichtig

formulieren, bei den Angehörigen. Da sind lange Gespräche notwendig. Aber dann kann man, man sollte die Leute aufklären.“ (P2, Z. 74-77).

Wirkweisen nicht beobachten können

Die Interviewpartner sind hinsichtlich ihrer Einschätzung ambivalent, ob es sich bei der Flüssigkeitszufuhr um eine lebensverlängernde Maßnahme handelt. Anhand von Erfahrungen wird deutlich, dass die Begründung aufgrund von beobachtetem Nutzen und Symptomatik geschieht und nicht isoliert vom Gesamtzusammenhang gegeben werden kann. Eine zugeführte Infusionsmenge von 500 ml am Tag reicht nicht aus, um daran eine Lebensverlängerung beobachten zu können. *„Also aus meiner Erfahrung heraus kann ich sagen, nein, es ist keine lebensverlängernde Maßnahme, weil ich wirklich nicht beobachten konnte, dass es nützt, ... bei den Mengen ... hab ich nie beobachten können, dass es eine lebensverlängernde Maßnahme ist.“ (P1, Z. 126-129).* Da besagte Pflegende die Gabe als nicht lebensverlängernde Maßnahme einschätzt, würde sie sie auch verabreichen, wenn ein Patient lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt, da sie bei unsicheren Symptomen wie einer ausgeprägten Mundatmung oder Lippenlecken zur Linderung des Durstgefühls beitragen könnte. Eine andere Pflegende ist gegenteiliger Ansicht: *„Es ist eine Flüssigkeitszufuhr. Und eine Flüssigkeitszufuhr ist schon auch eine lebensverlängernde Maßnahme, auch wenn man das nicht richtig messen kann.“ (P5, Z. 59-61).* Die Begründung wird in einem Unterbinden des natürlichen Prozesses der Exsikkose gesehen. Die Aussage *„Hab ich schon viele Diskussionen drum rum gehabt und würde dieses mittlerweile, denke ich, tendenziell eher mit ja beantworten ..., man sieht das ja nicht direkt und gerade auch wenn die Sterbephase eher kurz ist.“ (P4, Z. 83-85)* verdeutlicht die Schwierigkeiten in der Entscheidung und Festlegung. Dadurch, dass die Wirkweise nicht direkt beobachtet werden kann, fällt es Pflegenden schwer, die Frage der lebensverlängernden Maßnahme zu beurteilen.

Schmerzempfinden aushalten müssen

Eine Pflegende assoziiert aufgrund ihrer negativen Erfahrungen in einem Altenpflegeheim die Subkutantherapie als Maßnahme, *„die dem Patienten erstens Schmerzen zufügt, ihm weh tut und zweitens nicht zu seinem Wohlbefinden oder gesteigerten Lebensqualität führt ... nicht wirklich weiter hilft.“ (P3, Z. 82-86).* Der genannten Pflegenden fiel es schwer, die Infusion zu verabreichen (P3, Z. 10-13). *„Der merkt jetzt auch einfach diese Schmerzen,*

die man ihm damit zufügt, er hat auch Reaktionen gezeigt, wie z.B. zurückzucken. ... Und nachher in seinem Sterben, wo wir das nach wie vor durchgeführt haben, da hat er nicht mehr reagiert.“ (P3, Z. 31-35). Es wurden die in der Kategorie *gewünschte Konsensbildung auf Augenhöhe* beschriebenen Widerstände bei Arztanordnungen seitens der Pflegenden in diesem Zusammenhang deutlich betont. Daran und an der folgenden Aussage ist zu erkennen, dass Pflegende dem Schmerzempfinden von Patienten eine große Bedeutung beimessen. „... widerwillig, weil ich es gemein finde und mir Patienten berichtet haben, dass es brennt und weh tut.“ (P5, Z. 105-107). Einerseits wird davon berichtet, dass die subkutane Infusionsgabe das Sterben durch Wassereinlagerung und Schmerzen erschwert, andererseits können aber auch Vorteile der Maßnahme im Gegensatz zur intravenösen Verabreichung genannt werden. „Dafür besteht aber dann nicht die Gefahr, dass der Bewohner in zu schneller Zeit quasi überwässert. ... Vorteile für mich, dass wir sie ohne auf den Arzt zu warten selber geben können und es ein nicht so massiver Eingriff ist wie die Vene.“ (P1, Z. 178-181). Offenbar wird in der subkutanen Verabreichung aber nur ein zeitlicher Vorteil in der Überwässerung gesehen, denn erwähnt wird das Symptom bei beiden Gaben von der gleichen Pflegenden. Eine subkutane Infusion zu verabreichen bedeutet für die Pflegenden, aushalten zu müssen, dass sie dem Patienten Schmerzen zufügen, auf der anderen Seite aber auch Vorteile zu anderen Applikationsformen zu erkennen.

Deutlich wird in den Erfahrungen Pflegender, dass innerhalb der Kategorie *gewünschte Konsensbildung auf Augenhöhe* emotionale Widerstände und Diskrepanzen in der Zusammenarbeit mit Ärzten vorliegen. Das Bedürfnis sowie die Wichtigkeit nach Teamentscheidungen stellen einen Gegenpol in genannter Kategorie dar. Ambivalenz ist in den Aussagen zur Einschätzung der lebensverlängernden Wirkweise zu erkennen, und Pflegende äußern Schwierigkeiten im Benennen der eigentlichen Sterbephase des Bewohners. Dem Schmerzempfinden von Patienten wird eine hohe Bedeutung beigemessen, verdeutlicht wird das in der Kategorie *Schmerzempfinden aushalten müssen*. Bei der Einbeziehung von *Angehörigen* gilt es gleichwohl, deren Ängste und Wünsche in beratender Funktion zu berücksichtigen, als auch den individuellen Entscheidungsprozess des Sterbenden im Fokus zu haben. Anhand der Mundpflege wird deutlich, dass die Studienteilnehmer den Anspruch haben professionell zu pflegen. Die Entscheidung der

Flüssigkeitsgabe stellt die Interviewpartner offensichtlich vor besondere, teils emotionale Herausforderungen und in der Konsequenz sehr häufig vor ethische Abwägungen.

5. Diskussion

Die Ergebnisse spiegeln die in der Problembeschreibung angedeutete Vielschichtigkeit des Themas wider. Neben der selektiven Plausibilisierung wird auf Gegenbeispiele, Widersprüche und Widerstände hingewiesen (Lamnek, 2010). Diese sind in den Kategorien der Interviewauswertung besonders deutlich geworden und veranschaulichen die Konsequenzen für Pflegende. Die Studienteilnehmer verfügen über ein breites Spektrum an Erfahrungen, die sich sehr stark mit den Ergebnissen der Literatur- und Studienanalyse decken. Die Interviewpartner messen pflegerischen Handlungen eine große Bedeutung bei. In ihren Aussagen wird jedoch deutlich, dass es in der Umsetzung zu mehrschichtigen Spannungsfeldern kommt, die als Konsequenz hohe Anforderungen und Kompetenzen auf verschiedenen Ebenen an die Pflegenden stellen. Dieses soll genauer diskutiert werden. Die Kategorie *einschätzen können* bedeutet für Pflegende mögliche relevante Symptomveränderungen wahrzunehmen, einzuschätzen und die mögliche Gabe von Flüssigkeit zu evaluieren. Die Studienteilnehmer äußern, die von Wüller et al. (2014) genannten Symptomveränderungen in Form von Ödembildung, Rasselatmung und Dyspnoe beobachtet zu haben. Das bedeutet neben einer guten Krankenbeobachtung damit konfrontiert sein zu können, unangenehme, teils auch beängstigende Symptome wie die auch von Bausewein et al. (2013) genannte Rasselatmung selber und mit den Angehörigen auszuhalten. Sehr herausfordernd ist die Einschätzung, in welchem Maße der Patient beeinträchtigt ist um mögliche pflegerelevante (unter Umständen keine Linderung verschaffende) Maßnahmen abzuleiten und Angehörige zu begleiten. Die Kategorie *Angehörige einbeziehen* wird im Verlauf noch aufgegriffen. Pflegende geben an, dass es keine wissenschaftlichen Belege hinsichtlich der Wirkweise von Flüssigkeitsgabe am Lebensende gibt und Standards aufgrund der Wichtigkeit der Kategorie *individuell und bedürfnisorientiert entscheiden* nicht anwendbar sind. In Konsequenz bedeutet dieses, dass Pflegende ihre Tätigkeiten aufgrund interner Evidenz ausführen und eigene Handlungsstrategien formulieren, die sie wie in den Erfahrungen erkennbar reflektieren. Auch Eychmüller&Nauck (2012) und Bausewein et al. (2010) sprechen von schwacher Evidenzlage, die Sichtung der Studienlage bestätigt dieses. Good et al. (2014) kommen zu

dem Ergebnis, aufgrund beschriebener Einschränkungen keine klaren Vorteile- und Nachteile der Subkutantherapie geben zu können, da die Studien zwar keinen signifikanten Vorteil in der Flüssigkeitsgabe festgestellt haben, jedoch methodisch schwach und damit nicht ausreichend aussagekräftig sind. Die einzige methodisch hochwertig eingestufte Studie von Bruera et al. (2013) kommt zu dem Ergebnis, dass es keinen signifikanten Unterschied in verschiedenen Outcomes zwischen den Gruppen bei festgesetzten Parametern und genannten Limitationen gibt. Die dort nicht bilanzierte orale Aufnahme ist sehr zu hinterfragen und könnte zu erhöhten zugeführten Flüssigkeitsmengen geführt haben, dieses in der Folge zu verfälschten Ergebnissen. Hinzu kommt, dass der p-Wert für den Ausschluss eines zufällig erzielten Ergebnisses so geringfügig abweicht, dass dieses in Kombination mit dem Ausschluss der möglichen oralen Aufnahme zwar Anhaltspunkte, jedoch keine in die Praxis übertragbaren Ergebnisse liefern kann. Die Studie lässt keine Aussage zu, wie sich eine Gabe von mehr als 1.000 ml pro Tag auswirkt, gleiches gilt für das komplette Weglassen von Flüssigkeit. Eine Gabe von 100 ml mit einem Placebo Effekt gleichzusetzen, ist aufgrund der von Eychmüller&Nauck (2012) beschriebenen Mechanismen ebenso zu hinterfragen. Die Daten der Studie lassen die Interpretation zu, dass die Menge der zugeführten Flüssigkeit zwischen 100 ml und 1.000 ml nicht mehr entscheidend auf die Symptomveränderung, Lebensqualität und Lebensdauer ist, eine geringe Gabe von 100 ml aber auch nicht zum von Angehörigen und Ärzten als Totschlagargument gefürchteten Verdursten führen muss. Dieses findet sich auch in den Aussagen einiger Pflegender wieder, die hinsichtlich der Lebensverlängerung keinen Nutzen der Infusionsgabe feststellen konnten, allerdings oben beschriebene negative Symptomveränderungen beobachten konnten. Die Anhaltspunkte, die die Studie anhand keiner signifikanten Unterschiede geben kann, lassen sich in zwei Richtungen mit jeweils weiterreichenden Konsequenzen für Pflegende auslegen. Die Mehrdimensionalität und Mehrperspektivität, in der sich Pflegende bewegen und handeln, wird besonders deutlich. Wenn die Gabe keinen Nutzen für den Sterbenden bringt, unterstreicht dieses die in den Erfahrungen beschriebene gängige Praxis des Unterlassens in Hospizen und dem SAPV-Dienst im Einklang mit ärztlichen Absprachen. Es entspräche dem von Pflegenden beschriebenen Zulassen eines natürlichen Sterbeprozesses, in dem der Körper keine Flüssigkeit mehr benötigt, zu sehen in der Kategorie *Bedeutung des Sterbeprozesses*. Dem Sterbenden werden keine weiteren zusätzlichen Schmerzen zugefügt, die Pflegende in der

Kategorie *Schmerzempfinden aushalten müssen* beschreiben und sie vor ethische Konflikte und mögliche seelische Belastungen stellt. Betrachtet man die andere Seite, kann gesagt werden, dass, wenn es keinen signifikanten Unterschied in der Zufuhr (bei oben genannten Parametern, die sich mit den von Pflegenden geschilderten Zufuhrmengen im Hospiz decken) geben sollte, wird die Infusion dem Patienten auch keinen Schaden zufügen und könnte aus psychologischen und mentalen Gründen zur Beruhigung des Sterbenden und seiner Angehörigen gegeben werden. Dieses könnte die Ansicht derer Ärzte bestätigen, die es nicht aushalten, keine Therapie zu verordnen. Allerdings steht es im Widerspruch zu Aussagen über das Schmerzempfinden, dem nicht mehr Verarbeiten der Flüssigkeit und dadurch möglicher Ödembildung mit negativen Auswirkungen auf den natürlichen Sterbeprozess. Die Möglichkeit dieser Auslegung und Interpretation in zwei gegensätzliche Richtungen (Gabe und Nichtgabe), verdeutlicht die Herausforderungen mit denen Pflegende bei Entscheidungen am Lebensende konfrontiert sind. Es hebt die Wichtigkeit sozial-kommunikativer, fachlich-methodischer sowie reflexiver Kompetenzen hervor, die Pflegende im Bewältigen dieser Aufgaben benötigen. Um dem Bewohner ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, legen Pflegende einen besonders hohen Wert auf einen individuellen Entscheidungsprozess, zu sehen in der Kategorie *individuell und bedürfnisorientiert entscheiden*. In ihren Erfahrungen schildern sie allesamt, die Berücksichtigung des Patientenwohls und seiner Wünsche an erster Stelle zu sehen. Gleiches findet sich in den Grundsätzen der BÄK (2011) wieder. Um dieses zu ermitteln, sind sozial-kommunikative Fähigkeiten nötig, und es verdeutlicht die Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung des Sterbenden. In der *Bedeutung des Sterbeprozesses* schildern Pflegende, diesen Prozess als einen natürlichen Vorgang zu betrachten. In der Konsequenz bedeutet dieses, dass die Studienteilnehmer über reflexive Kompetenzen verfügen und sich mit dem Thema Tod und Sterben intensiv auseinandergesetzt haben. Sie setzen einen wesentlichen Inhalt der palliativen Weiterbildung in ihrem Handeln um. Es verdeutlicht, dass sie sich mit der eigenen Endlichkeit beschäftigt haben, um überhaupt Sterbende und deren Angehörige in ihrem Prozess beraten und unterstützen zu können, wenn es um Entscheidungen wie der Flüssigkeitsgabe am Lebensende geht. Die Erfahrungen zeigen ebenso, dass Pflegende bei der Betreuung Sterbender *Angehörige einbeziehen*. Hierfür wenden die Studienteilnehmer sozial-kommunikative Kompetenzen an, indem sie spezielle Bedürfnisse von Angehörigen wahrnehmen, darauf eingehen und

hinsichtlich der Flüssigkeitsgabe beraten. Es gilt, Erwartungen, die mit einer Gabe verbunden sein könnten, herauszufinden, um eventuelle Vorurteile auszuräumen. Diese können darin liegen, dass das gefürchtete Durstgefühl nicht mit einer Infusionsgabe gemindert wird, sondern eine professionell durchgeführte Mundpflege Linderung verschaffen kann. Unter hermeneutischem Aspekt leiten die Interviewpartner Angehörige in der Mundpflege an. Angehörige und Sterbende können Gründe liefern, Flüssigkeit zu verabreichen, auch zu lesen bei Knipping (2007). Solche Gründe können dadurch auftreten, dass Sterbende es ausdrücklich wünschen (Patientenverfügung), Angehörige (oder andere Menschen aus dem sozialen Umfeld) eine Betreuungsvollmacht vorlegen oder im Sinne des vermuteten Willen des Sterbenden gehandelt wird, der sich nicht mehr selber äußern kann. Auf der anderen Seite schildern Pflegende jedoch, Angehörigen grundsätzlich von der Gabe abzuraten. Sie haben beobachtet, dass eine Gabe keinen Einfluss auf Dehydrierungszeichen nimmt und im Gegenteil zu Symptomverschlechterungen führe und mit Schmerzen verbunden sein kann. Auf Grundlage der Auslegungen bis hierher verdeutlichen die Erfahrungen Pflegenden, unter welchen ethischen Bedingungen sie Entscheidungen fällen müssen. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass sich die Wünsche des Sterbenden von denen der Angehörigen unterscheiden können. Sie müssen zwischen „Autonomie“, „Fürsorge“ und „Nicht-Schaden“ abwägen (Beauchamp&Childress 2013). Vor- und Nachteile der Infusionsgabe werden gegeneinander abgewogen, um einen möglichen Nutzen für den Sterbenden und eventuelle Symptomverschlechterungen vor dem Hintergrund der Selbstbestimmung auszugleichen (Knipping 2007). Mit dem deutlich gewordenen Pflegeverständnis einer zurückhaltenden Gabe und individuell abzustimmenden Entscheidungen stoßen Pflegende je nach Setting auf emotionale Widerstände. In der Kategorie *gewünschte Konsensbildung auf Augenhöhe* in Kombination mit *Unterschiede in Setting und Profession* kommt dieses sehr deutlich zum Vorschein. Pflegende äußern sich dahingehend, sich widerwillig der ärztlichen Anordnung über eine Gabe von Flüssigkeit gebeugt zu haben, obwohl dieses Vorgehen nicht ihrem eigenen Pflegeverständnis der „Fürsorge“ und „Nicht-Schaden“ entspricht. In der Folge könnten hiermit Ängste assoziiert werden in der Art, dass Pflegende die Arztanordnung befolgen, um ihr Angestelltenverhältnis nicht zu gefährden, anstatt sich für ihre eigene Profession stark zu machen und auf Augenhöhe zu entscheiden. Diese Hypothese liefert in jedem Fall Anlass für weitere Forschung. Die Studienteilnehmer

sind gezwungen, sich reflektiert mit ihren eigenen Emotionen auseinanderzusetzen sowohl in Themen rund um das Sterben, als auch im Einbringen ihrer Profession. An dieser Stelle könnte die Aufforderung an Pflegende ausgerufen werden, ihr tradiertes Rollenverständnis zu hinterfragen. Das bietet Anlass für weitere Forschung. Zufriedenheit hingegen ist in den Aussagen der Interviewpartner zu spüren, wenn auf Augenhöhe Entscheidungen hinsichtlich einer Nichtgabe getroffen werden. Die Wichtigkeit und das Bedürfnis von (Interdisziplinären) Teamentscheidungen steht im Vordergrund. Dieses verdeutlicht, dass Pflegende sozial-kommunikative und personale Fähigkeiten anwenden, um mit anderen Berufsgruppen über Beobachtungen, deren Bedeutung und pflegerischen Konsequenzen in Fallbesprechungen und Dienstübergaben zu kommunizieren. In der Frage der Lebensverlängerung zeigen sich die Teilnehmer ambivalent in ihren Ausführungen. Eine *Wirkweise nicht beobachten zu können* scheint unter anderem ein Grund für Pflegende zu sein, die Frage nach einer lebensverlängernden Wirkweise nur schwer beantworten zu können. Dieses könnte hypothetisch mit der Angst vor unterlassener Hilfeleistung, Sterbehilfe interpretiert werden. Es scheint leichter Vertrauen in eigene Entscheidungen zu haben, wenn das Outcome überprüfbar ist. Gleiches könnte auf die Anordnung der Ärzte übertragen werden, zu lesen in der Kategorie *Unterschiede in Setting und Profession erleben*. Ordnen sie nur aus vermutetem Unwissen Infusionen an, die gegen den medizinischen und pflegerischen Auftrag der Fürsorgepflicht sprechen könnten? Oder spielen Hilflosigkeit und angedeutete Ängste (evtl. vor der eigenen Sterblichkeit) eine Rolle? Es lassen sich natürlich nur Vermutungen anstellen, die Bedarf für eine weitere Forschung aufzeigen. Aufgrund der Mehrperspektivität des Themas wäre eine Methodentriangulation (Behrens&Langer 2010) denkbar, um die Frage der Flüssigkeitssubstitution aus verschiedenen Blickrichtungen (Behandelnde des Interdisziplinären Teams, Angehörige) zu erfassen und ein vollständiges Bild zu erhalten. So könnten weitere Interviews innerhalb der verschiedenen Professionen im jeweiligen Setting (ebenso mit Angehörigen) geführt werden mit einer Teilnehmerzahl, die eine theoretische Sättigung erreicht (Lamnek 2010). Hinzu könnte versucht werden, in einem quantitativen Design über Fragebögen die Häufigkeit von Symptomveränderungen zu analysieren. Ein genauer zu untersuchender Aspekt wäre die Flüssigkeitsgabe unter dem Blickwinkel der Zuwendung (für Angehörige und den Sterbenden), da dieses in den Erfahrungen Pflegender als möglicher wichtiger Grund für eine Gabe genannt wird.

Spannend für weitere Forschung stellt auch der geschilderte Widerstand bei nicht übereinstimmenden Arztanordnungen dar: Wie haben sich Pflegende dabei gefühlt, wie gehen sie damit um, welche Strategien wenden sie in solchen Situationen an, haben sie mögliche Verbesserungsvorschläge? Auch wäre eine Fragestellung über die Bedeutung von palliativmedizinischer Weiterbildung auf die Einstellung der Flüssigkeitsgabe interessant. Untersuchungen in diese Richtung wären vorstellbar aus der Perspektive der Professionen, denn wie im Fall von Bruera et al. (2013) ist die Frage der Durchführung und Genehmigung mit Betroffenen innerhalb eines so vulnerablen Feldes ethisch äußerst schwierig und bleibt zu hinterfragen. Es wird somit weiterhin äußerst schwierig sein, evidenzbasierte palliativmedizinische Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen heranzuziehen. Das in den Ausführungen der Studienteilnehmer deutlich gewordene Einbeziehen der internen Evidenz wird auch in der Zukunft eine große Rolle spielen.

Update

Bestätigt wird die in den Erfahrungen deutlich gewordene defensive Haltung (mit dem Fokus der individuellen Einzelbetrachtung des Patientenwohl und Wunschs) der Pflegenden durch die Mitte Mai 2015 veröffentlichte S3-Leitlinie der DGP (AWMF 2015). Da diese kurz vor Fertigstellung dieser Bachelorarbeit veröffentlicht wurde, kann sie an dieser Stelle nur in die abschließende Diskussion eingebracht und keiner genauen kritischen Analyse (Evidenztabelle) unterzogen werden. Sie soll jedoch herangezogen werden, um den aktuellen Stand der Wissenschaft zu zeigen und die generierten Ergebnisse zu bekräftigen. Grundlage der Empfehlung (Empfehlungsgrad B, Level of Evidence 2) bildet eine systematische Literaturübersichtsarbeit mit 15 eingeschlossenen Studien, sowie das in dieser Forschungsarbeit analysierte RCT von Bruera et al. (2013). Die Autoren geben an, dass die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien keine Vorteile, sondern Mehrbelastung durch eine Flüssigkeitsgabe (verschiedene Applikationsformen) sieht und Bruera et al. (2013) ihre Empfehlung unterstützen. Diese geht dahin, Flüssigkeit am Lebensende (nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall) nicht zu geben (AWMF 2015). Diese Empfehlung sprechen sie für Krebspatienten in der Sterbephase auf Basis der Studien, als auch auf Basis klinischer Erfahrung und Bewertung von Experten aus. Da die Zielgruppe wie bei Bruera et al. (2013) ausschließlich Krebspatienten einschließt, ist eine Übertragung auf Sterbende mit anderen Erkrankungen natürlich unter Vorbehalt und für

den Einzelfall zu überprüfen, kann jedoch wichtige Anhaltspunkte liefern. Diese Empfehlung der S3-Leitlinie (AWMF 2015) deckt sich mit den generierten Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche und untermauert die beschriebenen Erfahrungen von Pflegenden.

Limitationen

Diese Forschungsarbeit weist Begrenzungen auf. Es konnten durch den engen zeitlichen Rahmen nur Erfahrungen von fünf Pflegenden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) bearbeitet werden. Die geringe Teilnehmerzahl lässt keine übertragbaren Ergebnisse zu, da eine theoretische Sättigung von neuen Erkenntnissen nicht erreicht wurde (Lamnek 2010). Es konnten jedoch im Sinne der qualitativen Forschung Erfahrungen der Studienteilnehmer generiert werden, die oben angedachte wichtige Anhaltspunkte für weitere detailliertere Forschung aufzeigen (Behrens&Langer 2010). In diesem Punkt stellt die Auswahl von verschiedenen Settings eine gute Wahl dar, es sind angedeutete Unterschiede in den jeweiligen Einrichtungen erkennbar, die in der Zukunft genauer analysiert werden könnten. Durch den Rahmen der Bachelorarbeit war es nicht möglich die transkribierten Texte für mehr Zuverlässigkeit von mehreren Codierenden zu analysieren. Ein Peer debriefing (Kuckartz, 2014) konnte nur in einem knappen Zeitrahmen stattfinden. Ebenso hat aus Zeitgründen keine kommunikative Validierung mit den Pflegenden stattgefunden (Mayring 2015). Es lässt sich somit nicht ausschließen, dass Aussagen der Pflegenden leicht verändert erfasst wurden. Da das Anfragen der Einrichtungen zwar durch bekannte Praxiseinsätze erfolgte, die Teilnahme jedoch von den Pflegenden selber auf freiwilliger Basis stattfand, ist die Gefahr der gewünschten Antworten gering gehalten worden. Dieser Eindruck deckte sich mit den jeweiligen Interviewsituationen. Die Pflegenden vermittelten den Eindruck, Interesse an der Forschungsarbeit zu haben und gaben teils nach den Interviews als positiven Effekt für ihre Arbeit an, auf diese Weise Reflektion über das Thema der Flüssigkeitssubstitution erhalten zu haben. Die eingangs angekündigte, nicht in die Tiefe gehende Literaturbeschreibung stellt im Nachblick keinen Nachteil dar. Die wesentlich herausgearbeiteten Aspekte liegen nah an den Erfahrungen der Interviewpartner, die mittels des qualitativen Studiendesigns gut herausgearbeitet werden konnten und somit die Forschungsfragen abschließend beantworten lassen.

6. Fazit

Die qualitative Studie beschreibt die Erfahrungen, die Pflegende hinsichtlich der Subkutantherapie am Lebensende gemacht haben. Die Entscheidung für oder gegen eine Flüssigkeitsgabe ist keine rein medizinische, ebenso spielen ethische und emotionale Einzelfallentscheidungen eine große Rolle, es gibt keinen Standard. Die Ergebnisse aus dem breiten Spektrum an Erfahrungen der Pflegenden liegen sehr nah an den Ergebnissen der Literatur- und Studienanalyse. Von einer Flüssigkeitsgabe wird im Allgemeinen abgeraten, sie sollte nur nach Abwägung im Einzelfall erfolgen. In diesem Fall stellt die Subkutantherapie eine weniger invasive Maßnahme zur möglichen Symptomlinderung und psychologischen Beruhigung des Patienten und seiner Angehörigen dar, als eine intravenöse Therapie. In den Ausführungen der Studienteilnehmer werden Diskrepanzen und Widerstände deutlich, die zeigen, dass die Umsetzung des theoretischen Hintergrundwissens und eigenen Pflegeverständnisses mit Spannungsfeldern verbunden ist. Als Konsequenz ergibt sich hieraus das Anwenden von Kompetenzen auf verschiedenen Ebenen. Pflegende wägen Entscheidungen über geeignete Therapien am Lebensende innerhalb von ethischen Prinzipien ab. Dafür benötigen sie neben fachlich-methodischen und sozial-kommunikativen Kompetenzen ein ebenso hohes Maß an Selbstreflektion. Sie vereinen Schlüsselkompetenzen und Spezialwissen hinsichtlich der Entscheidung der Flüssigkeitsgabe am Lebensende, um dem Patienten ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

7. Literaturverzeichnis

- AWMF (2015). AWMF-Leitlinien Register Nr. 128/001OL. *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1.0.pdf. [25.05.2015].
- Aulbert, Eberhard; Nauck, Friedemann; Radbruch, Lukas (Hrsg.) (2012). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 3. Auflage. Stuttgart, Schattauer Verlag.
- Brandenburg, Hermann; Panfil, Eva-Maria; Mayer, Herbert (Hrsg.) (2013). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Bausewein, Claudia; Raymond, Voltz; Roller, Susanne (Hrsg.) (2010). *Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. München, Elsevier GmbH.
- Beauchamp Tom L., Childress James F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. 7. Auflage. New York, Oxford, Oxford University Press.
- Bruera, Eduardo; Hui, David; Dalal, Shalini; Torres-Vigil, Isabel; Trumble, Joseph; Roosth, Joseph et al. (2013). *Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial*. *Journal of clinical oncology*, 21(1), 111-118.
- Bundesärztekammer (2011). *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. *Deutsches Ärzteblatt*, 108:A, 346-348.
- Bundesministerium der Justiz (2012). *Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben*. Berlin, Silber Druck oHG.
- Borasio, Gian Domenico (2011). *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. München, Verlag C.H. Beck oHG.
- Camartin, C., Wieland, Th. (2014). *Flüssigkeitsgabe am Lebensende*. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 15 (1), 22-27.
- Evans, David (2003). *Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions*. *Journal of Clinical Nursing*, (12) 77-84.

- Eychmüller, Steffen (2012). *Flüssigkeitssubstitution am Lebensende*. 357-365. In: Aulbert, Eberhard; Nauck, Friedemann; Radbruch, Lukas (Hrsg.) (2012). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 3. Auflage. Stuttgart, Schattauer Verlag.
- Flick, Uwe (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 4. Auflage. Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe; von Kardoff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.) (2012). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 9. Auflage. Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gerhard, Christoph (2011). *Neuro-Palliative Care: Interdisziplinäres Praxishandbuch zur palliativen Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen*. Bern, Verlag Hans Huber
- Gläser Jochen.; Laudel Grit. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Good, P.; Richard, R.; Syrmis, W.; Jenkins-Marsh, S.; Stephens, J. (2014). *Medically assisted hydration for adult palliative care patients (review)*. The Cochrane Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006273.pub3/full>. [01.05.2015].
- Haas-Unmüßig, Pia; Schmidt, Cordula (2010). *Der Diskurs zu den Gütekriterien der qualitativen Forschung*. *Pflege*, 23 (2) 109-118.
- Husebø, Stein; Klaschik, E. (2009). *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. 5. Auflage. Heidelberg, Springer Medizin Verlag.
- Knipping, Cornelia (Hrsg.) (2007). *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.
- Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (2014). *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. 5. Auflage. Berlin, Springer-Verlag.
- Kuckartz, Udo (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2. Auflage. Weinheim und Basel, Beltz Juventa Verlag.

- Lamnek, Siegfried (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim, Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim, Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp; Gläser-Zikuda (2008). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse*. 2. Auflage. Weinheim, Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Auflage. Weinheim, Beltz Verlag.
- Medjedovic, Irena; Witzel, Andreas (2010). *Wiederverwendung qualitativer Daten. Archivierung und Sekundärnutzung qualitativer Interviewskripte*. 1. Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Panfil, Eva-Maria (2013). *Forschung und Forschungsprozess*. 29-42. In: Brandenburg, Hermann; Panfil, Eva-Maria; Mayer, Herbert (2013). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Pschyrembel (2011). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG
- Schnell, Martin W. (2013). *Pflegeforschungsethik*. 191-201. In: Brandenburg, Hermann; Panfil, Eva-Maria; Mayer, Herbert (2013). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Shaha, Maya; Schnepf, Wilfried (2013). *Qualitative Designs*. 67-84. In: Brandenburg, Hermann; Panfil, Eva-Maria; Mayer, Herbert (2013). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Simon, Michael (2013). *Literaturrecherche*. 43-65. In: Brandenburg, Hermann; Panfil, Eva-Maria; Mayer, Herbert (2013). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, Annedore (2011). *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*. Stuttgart, Thieme Verlag.

Wüller, Johannes; Krumm, Norbert; Hack, Karin; Reineke-Bracke, Heike (2014).
Palliativpflege. 1. Auflage. München, Urban & Fischer Verlag.

World Health Organisation (WHO), (2005). *WHO definition of palliative care*.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [15.04.2015].

Anhang

Anhang 1: Suchstrategie Pubmed/Cochrane.....	A2
Anhang 2: Informationsschreiben.....	A3
Anhang 3: Einverständniserklärung.....	A5
Anhang 4: Interviewleitfaden	A6
Anhang 5: Transkript P1.....	A7

Anhang 1

Cochrane 04.05.2015

#	Suchbegriff	Treffer	#OR	Treffer	# AND	Limits	Treffer
#1	fluidity	155	OR #12	20803	AND #15	10 Jahre	15
#2	hydration	1652					
#3	water	14274					
#4	sodium chloride	6088					
#5	subcutaneous infusion	1699	OR #13	1711			
#6	hypodermoclysis	20	OR #14	18989			
#7	terminal phase	1173					
#8	final phase	5086					
#9	end of life	15023					
#10	patient	166772					
#11	palliative care	3072					

Pubmed 04.05.2015

#	Suchbegriff	Treffer	# OR	Treffer	# AND	Limits	Treffer
#1	fluidity	12915	OR #12	796236	AND #15	10 Jahre	1
#2	hydration	25201					
#3	water	701947					
#4	sodium chloride	87971					
#5	subcutaneous infusion	9233	OR #13	9305			
#6	hypodermoclysis	173	OR #14	84927			
#7	terminal phase	19335					
#8	final phase	14966					
#9	end of life	51700					
#10	patient	5173565					
#11	palliative care	53620					

Anhang 2



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Informationsschreiben zur Teilnahme an einem studentischen Forschungsprojekt zur Erlangung der Bachelorarbeit.

Thema: „Flüssigkeitssubstitution am Lebensende“

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben erhalten Sie kurze Informationen über meine Forschungsarbeit.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich herausfinden, welche Erfahrungen Palliativ-Pfleger mit der subkutanen Infusionsgabe am Lebensende gemacht haben. Die Ergebnisse möchte ich der aktuellen Literatur gegenüberstellen und als Ziel pflegerelevante Herausforderungen aufzeigen. Um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen zu generieren, möchte ich Interviews in verschiedenen Einrichtungen durchführen. Die Länge der Interviews wird mit 20 Minuten geplant. Anforderungen an interessierte Pflegekräfte sind eine examinierte Pflegeausbildung, eine palliative Fachweiterbildung sowie eine mindestens zweijährige Tätigkeit in einem palliativen Setting. Die Laufzeit der Studie beträgt zwei Monate, vom 01.04.-01.06.2015.

Vor Beginn des Interviews unterzeichnet die examinierte Pfleger eine Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview. Der/Die Interviewpartner/in hat jederzeit das Recht vom Interview zurückzutreten. Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und für die Auswertung in eine schriftliche Form gebracht. Die Tonbandaufnahme wird verschlüsselt aufbewahrt und ist nur der Verfasserin der

Bachelorarbeit sowie der betreuenden Dozentin zugänglich. Nach Abschluss des Forschungsprojektes wird die Aufnahme gelöscht. Bei der wissenschaftlichen Ausarbeitung werden alle Angaben von der interviewten Person aus dem Text pseudonymisiert. Je nach Bewertung der Bachelorarbeit wird diese auf der Homepage der HAW veröffentlicht und für jeden zugänglich.

Über eine freiwillige Teilnahme von Pflegenden aus Ihrer Einrichtung würde ich mich sehr freuen, Sie erreichen mich unter den im Briefkopf angegebenen Kontaktdaten.

Mit freundlichen Grüßen,

Michaela Langner

Anhang 3



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem studentischen Forschungsprojekt zur Erlangung der Bachelorarbeit.

Thema: „Flüssigkeitsversorgung am Lebensende“

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, an besagtem Forschungsprojekt in Form eines Interviews teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend von der Studentin des Studienprojektes in eine schriftliche Form gebracht wird. Die Tonbandaufnahme wird verschlüsselt aufbewahrt. Sie ist nur der Verfasserin der Bachelorarbeit, sowie der betreuenden Dozentin zugänglich. Nach Abschluss des Forschungsprojektes wird die Aufnahme unwiederbringlich gelöscht.

Ich bin darüber informiert worden, dass für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes alle Angaben zu meiner Person aus dem Text pseudonymisiert werden. Je nach Bewertung der Bachelor-Thesis wird die Arbeit auf der Internetseite der HAW veröffentlicht und für jeden zugänglich.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen, ohne dass Nachteile für mich entstehen. Dieses ist auf telefonischem Wege oder per Post möglich. Im Falle des Widerrufs kann ich mich wenden an:

Michaela Langner, xxx, xxxxx Hamburg, xxx/xxxxxx.

Ich habe eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

Datum/ Ort

Unterschrift

Anhang 4

Interviewleitfaden

1. Waren Sie selber schon in der Situation eine subkutane Infusion bei einem Sterbenden zu verabreichen? Können Sie uns von dieser Situation berichten, damit wir einen Einblick in die Situation bekommen? (mögliche Nachfragen da Erzählaufforderung: Emotionen, Rahmenbedingungen, was sagten Kollegen dazu, wie ging es dem Patienten mit der Infusion?)
2. Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen einem Patienten eine subkutane Infusion zu verabreichen und wie würden Sie dieses begründen?
3. Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen, dem Patienten **keine** subkutane Infusion zu geben und wie würden Sie dieses begründen?
4. Stellen subkutane Infusionen für Sie eine lebensverlängernde Maßnahme dar und wie würden Sie dieses begründen?
5. Sind Ihnen aus ihrem Team gegensätzliche Ansichten und Begründungen zu diesem Thema bekannt?

Modifizierte Fragen:

- Konnten Sie Symptomveränderungen, sowohl positive als auch negative durch die Gabe am Patienten feststellen?
- Wie kommt es in Ihrer Einrichtung zu einer Entscheidung, ob ein Sterbender subkutane Infusionen erhält?

Anhang 5

1 Transkribiertes Interview 1 (P1) 10.11.2014

2

3 I: Ich geh davon aus, dass dir hier in der Einrichtung schon die Gabe von subkutanen
4 Infusionen begegnet ist, von daher würde dich zunächst gerne fragen, ob du dich an eine
5 besondere Situation mit einem Sterbenden, ein besonderes Erlebnis erinnern kannst und
6 mir davon berichten würdest?

7

8 P1: Also, erst einmal ist ja die Frage, ähm, nach einem sterbenden Menschen. Wobei man
9 auch einfach nochmal unterteilen kann, also wir sprechen von Menschen in einer
10 Terminalphase, wobei man sagt, die Terminalphase kann sich ja von Tagen bis zu max.
11 mehreren Wochen hinziehen und in der eigentlichen Sterbephase die bis zu 72 Std. geht,
12 spricht man von der Finalphase (I: Ja!). Und ich hab tatsächlich einem relativ jungen
13 Mann, der zu uns kam mit Glioblastom, mich dazu entschieden ihm eine subkutane
14 Infusion anzuhängen, weil er, so berichtete die Ehefrau oder die Lebensgefährtin, bis
15 wenige Tage vor Übernahme in unser Haus wach und kontaktierbar und orientiert war.
16 Und bei uns nun schon wach und ansprechbar, aber sehr schläfrig ankam, und die
17 Medikation aus dem Vorkrankenhaus so war, dass er kein Kortison bekam und wir haben
18 uns dann hier dazu entschieden mit Rücksprache mit unseren behandelnden Ärzten ihm
19 eben auch Kortison zukommen zu lassen, in der Hoffnung, dass das eben auch nochmal
20 Einfluss hat auf den Wachheitsgrad hat und ich wusste eben auch, er hat halt im Vorfelde
21 wenig getrunken wenig gegessen, und hat eben auch keine Infusionen bekommen und ich
22 konnte zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht einschätzen, wo geht sein Weg jetzt eigentlich

23 hin. Ist er vielleicht eingetrübt, weil er kein Kortison bekommen hat, ist da vielleicht noch
24 eine Verbesserung des Wachheitszustandes zu erwarten. Ist er vielleicht so eingetrübt und
25 so schläfrig, weil er selber wenig gegessen und getrunken hat und keine Infusion im
26 Vorfelde bekommen hat und ich war mir einfach überhaupt nicht sicher, wo befindet sich
27 dieser Mensch jetzt eigentlich gerade in seinem Krankheitsprozess oder auch in seinem
28 Sterbeprozess und genau, hab mich dann dazu entschieden, in Rücksprache mit unseren
29 behandelnden Ärzten ihm eine subkutane Infusion auch zukommen zu lassen, um einfach
30 zu gucken, wie reagiert er darauf. Das ist dann aber in einer Größenordnung von 500 ml
31 am Tag. Also das ist eine Größenordnung wo wir uns hier im Haus bewegen, 500 ml,
32 vielleicht mal 1 Liter, je nachdem, genau. Ja, zu meinen Emotionen in der Situation (..),
33 das war einfach, ich war sehr hin- und hergerissen, weil ich einfach überhaupt nicht wusste
34 so, wo geht die Reise hin. Ich hatte aber auch schon das Gefühl, die Familie kommt dem
35 ganzen Krankheitsprozess so überhaupt nicht hinterher und genau, ich wollte einfach
36 sehen, so was, was könnte sich dadurch eventuell noch verändern. Im Team wurde das
37 geteilt aufgenommen, muss man sagen. Wir haben uns aber dann in Gesprächen darauf
38 einigen können, so wir versuchen das jetzt einfach mal eine Zeitlang und ziehen uns dann
39 aber, wenn wir keinen Erfolg in der Maßnahme sehen, ziehen wir uns dann damit auch
40 wieder zurück.

41

42 I: Also die Einschätzung war schon geteilt im Team, manche die gesagt haben nein und...

43 P1: Ja, war geteilter Meinung, aber es ist dann so, dass wir dann in den Übergaben dann
44 auch versuchen, darüber zu sprechen und wenn es sehr große Differenzen gibt, dann, dann
45 haben wir auch Zeit sogenannte Fallbesprechungen hier zu machen, die wirklich auch sehr
46 kurzfristig oder eben auch geplant einberaunt werden können, wo dann eben auch alle

47 betreffenden Personen dran teilnehmen und dann besprechen wir diese Dinge, ja, genau.
48 Wie es dem Patienten dabei ging, (...), kann ich jetzt so rückblickend sagen, hat er davon
49 nicht profitiert, weil er tatsächlich (.), er ist darunter nicht mehr wacher geworden, auch
50 das Kortison hatte keine Wirkung mehr in dem Sinne, in dem erhofften Sinne mehr
51 gezeigt, so dass wir uns dann mit der subkutanen Infusion dann auch relativ zügig wieder
52 zurückgezogen haben und es war dann klar, das ist sein Weg jetzt.

53

54 I: Konnte man denn im Gegensatz zu: es hat ihm nichts mehr gebracht, er hat nicht
55 profitiert Verschlechterungen sehen, oder war es einfach egal in der Wirkung?

56

57 P1: Genau, es hat also weder geholfen, noch hat es geschadet in der Situation. Wobei man
58 eben auch sagen muss bei Mengen von 500 ml über einen Tag sind es so geringe Mengen,
59 das es da eigentlich nachweislich, es gibt keine Belege dafür, dass es eben schadet auf der
60 einen Seite oder eben auch nützt auf der anderen Seite. Es gibt ganz viele Gründe dafür, es
61 gibt ganz viele Gründe dagegen und so würde ich sagen, ist auch unsere Haltung hier im
62 Haus. Wir gehen eher dazu, dass wir sagen, wir machen das immer anhand einer
63 individuellen Entscheidung fest. Wir gucken uns den Bewohner an, gucken wo steht der zu
64 der Zeit in seinem Krankheitsprozess, was sind vielleicht Gründe dafür, die dafür sprechen
65 könnten, dass es jetzt vielleicht was ist, was man jetzt auch noch behandeln kann, was
66 weiß ich, er hat viel erbrechen müssen, er hat Durchfall gehabt oder er hat jetzt irgendwie
67 stark geblutet. Das sind ja alles so Dinge, wo man sagen kann, ok, da kann ne Infusion
68 auch sinnvoll sein, das probieren wir aus. Oder Gründe, die dafür sprechen können zu
69 sagen, so wir geben subkutan, können Gründe in den Angehörigen selber sein, dass der
70 Krankheitsprozess so plötzlich fortschreitet, so dass die Angehörigen und auch die

71 Bewohner selber überhaupt nicht hinterher kommen dann. Dann würde ich mich auch
72 immer eher nochmal dazu entscheiden, zu sagen, so wir geben ein gewisses Maß an
73 Infusion und Flüssigkeit um einfach zu gucken, was bewirkt es in der Situation und einfach
74 auch um die Angehörigen und die Betroffenen selber ein Stück weit wieder mit
75 einzufangen und, und immer in Absprache auch mit den Angehörigen zu gucken, wieweit
76 gehen wir, wo ziehen wir uns jetzt aus welchen Gründen zurück.

77

78 I: Hast du Beispiele oder etwas, was dir jetzt so ad hoc einfällt, an welchen Symptomen
79 man deutlich sehen konnte, dass es eine Verschlechterung gegeben hat?

80

81 P1: Das haben wir auch schon erlebt hier im Haus, genau. Das einfach gar nicht mehr
82 resorbiert wurde, dass sich starke Ödeme ausgebildet haben an der Stelle, an der es
83 infundiert wurde und man merkte so, dass verteilt sich einfach auch gar nicht mehr im
84 Körper.

85

86 I: Gibt es in deiner Erfahrung auch positive Beispiele wo man sagt, also da hat der
87 Versterbende von der Gabe profitiert?

88

89 P1: Ja, ich kann mich an eine Bewohnerin erinnern, die sehr unruhig und sehr verwirrt
90 geworden ist und da konnte man tatsächlich einen direkten Zusammenhang feststellen
91 zwischen Flüssigkeitsmangel und dann Gabe. Dieser Bewohnerin haben wir wirklich über
92 einen relativ langen Zeitraum immer wieder auch Infusionen zukommen lassen, auch bis

93 zu 1 Liter meine ich mich zu erinnern am Tag, bis sie dann auch irgendwann an einem
94 Punkt war, wo klar war, so und jetzt profitiert sie da auch einfach gar nicht mehr von.

95

96 I: Kannst du diesen Punkt genauer beschreiben oder den in Worte fassen?

97

98 P1: Das ist, wenn, bei ihr war's so dann meine ich mich zu erinnern, das das die
99 Flüssigkeitszufuhr dann auch einfach keinen Einfluss mehr auf die Verwirrung hatte und
100 dass sie zunehmend auch schwächer wurde und schläfriger wurde und genau, das sind
101 dann so Situationen, wo wir dann uns zusammensetzen und gucken, macht das jetzt
102 überhaupt noch Sinn, oder ziehen wir uns einfach mit der Menge zurück und genau.

103

104 I: Könntest du Umstände nennen, wo du dann sagst, da würde ich auf keinen Fall mehr
105 eine subkutane Infusion geben? Ich hab jetzt rausgehört, wenn sie sich auf den Weg
106 gemacht haben, oder wenn sie auf ihrem Weg sind. Könntest du das noch genauer
107 erklären?

108

109 P1: Ein Grund ist ganz klar immer für mich in dem Bewohner selber gelegen, also wenn es
110 eine Patientenverfügung gibt, in dem er ganz klar für sich formuliert hat, ich lehne
111 sämtliche Zufuhr von Flüssigkeit sei es über Vene, ZVK oder subkutan ab, das einzige was
112 ich wünsche ist eine gute Mundpflege. Dann ist es in dem Bewohner selber und das kann
113 ich einfach respektieren (I: Ja!). Ähm wenn ich den Eindruck habe und der Eindruck deckt
114 sich auch mit dem meiner Kollegen, dass der Bewohner sich wirklich in seiner allerletzten
115 Phase seines Lebens befindet. Also wenn man wirklich nicht davon sprechen kann, das ist

116 was, was sich vielleicht noch über Tage hinzieht, sondern es gibt Zeichen, die dafür
117 sprechen, dass der Tod wirklich wenige Stunden bis wenige Tage bevorsteht, dann ist das
118 was, da würde ich mich dagegen entscheiden noch eine subkutane Infusion anzulegen und
119 würde meinen Fokus eher auf Hinwendung legen, gute Mundpflege, die Angehörigen dazu
120 anleiten, die Mundpflege auch durchzuführen. Ganz viel Wohlfühlelemente mit
121 einzubauen.

122

123 I: Und ist die subkutane Infusion für dich eine lebensverlängernde Maßnahme oder nicht,
124 könntest du das klar beantworten mit eindeutigem ja oder nein und jeweils begründen?

125

126 P1: Also aus meiner Erfahrung heraus kann ich sagen, nein, es ist keine
127 lebensverlängernde Maßnahme, weil ich wirklich nicht beobachten konnte, dass es nützt,
128 aber ich konnte auch bei den Mengen, von denen ich spreche, nämlich 500 ml am Tag, hab
129 ich nie beobachten können, dass es eine lebensverlängernde Maßnahme ist. Was es
130 bewirken kann ist, dass es das Sterben für denjenigen erschwert, dadurch dass er Wasser
131 einlagert, dass er zudem vielleicht auch noch mehr Wasser in der Lunge hat, dass er gegen
132 an atmen muss, ähm, das ja, aber nicht, dass es das Leben an sich herausgezögert hat.
133 Konnte ich bisher nicht beobachten, nicht ganz klar.

134

135 I: Wenn jetzt ein Patient mit einer Patientenverfügung kommt, die nicht ganz dezidiert fein
136 aufgedröselte Maßnahmen beschreibt, wenn da pauschal steht keine lebensverlängernden
137 Maßnahmen, würde das für dich darunter fallen, keine subkutane Infusion zu
138 verabreichen?

139

140 P1: Das ist ein offener Punkt. (...) Da würde ich mich orientieren wollen an den
141 Symptomen, die der Mensch mir zeigt. Also wenn er es nicht mehr selber äußern kann,
142 wenn ich wirklich das Gefühl habe, hm, da ist jetzt jemand, der hat eine ganz ausgeprägte
143 Mundatmung, (..), da kann man das auch vielleicht nochmal überlegen, eine subkutane
144 Infusion anzulegen, obwohl das auch alles keine gesicherten Faktoren sind. Jemand, der
145 Lippen lecken zeigt, kann ein Hinweis sein, für Durstgefühl, trotz guter Mundpflege, da
146 kann es noch ein Versuch sein, ihm Linderung zu verschaffen, durch eine subkutane
147 Infusion. Was ganz klarer Grund für mich wäre subkutane Infusion anzuhängen, sind so
148 was wie z.B. Muskelkrämpfe, die ja auch verursacht werden können durch zu großen
149 Flüssigkeitsentzug, weil das ist wirklich was, was Leiden verursacht für den Menschen,
150 genau.

151

152 I: Im Team gibt es da eine einheitliche Ausrichtung? Am Anfang hattest du es ja schon
153 gesagt, es gibt geteilte Meinungen zu dem Thema oder herrschen individuell verschiedene
154 Meinungen je nach Fall dazu?

155

156 P1: Das ist wirklich ganz individuell, also da nee, ich glaube das ist auch so Haltung
157 unseres Teams, dass wir diese Dinge eben auch nicht festzurren in einem Standard, weil
158 das kann man einfach gar nicht machen, schon gar nicht zu diesem Thema, sondern dass
159 wir wirklich ganz individuell den Menschen betrachten, den wir vor uns haben mit seiner
160 Lebensgeschichte mit den Wünschen, die er geäußert hat, vielleicht anhand einer
161 Patientenverfügung oder auch in Gesprächen und uns den Verlauf angucken. So und wie

162 ist unser Eindruck dazu und dann versuchen wir uns auszutauschen und da einen Konsens
163 zu finden.

164

165 I: Also schon so, dass man sagen kann: bei dem einen Patienten würde man zustimmen
166 (P1: Ja!), bei dem anderen nicht (P1: Ja!)?

167

168 P1: Auf jeden Fall aber immer am Patientenwohl ausgerichtet.

169

170 I: Das ist schön. Könntest du mir zum Abschluss noch deine Erfahrungen mit der
171 subkutanen Gabe im Gegensatz zur i.v.-Gabe schildern?

172

173 P1: Also erstmal, wir geben hier in der Regel nur subkutan die Infusionen, weil das für den
174 Bewohner im Vergleich eine deutlich sanftere Methode ist und wir sie selber legen
175 können, unsere Ärzte müssen da nicht extra ins Haus kommen. Und zu meiner
176 Krankenhauszeit konnte ich schon doch beobachten, dass sich Venen auch entzünden und
177 das möchte man natürlich vermeiden, allerdings muss ich dazu sagen, dass, also mir ist es
178 hier auch schon unter gekommen, dass sich Ödeme gebildet haben. Dafür besteht aber
179 dann nicht die Gefahr, dass der Bewohner in zu schneller Zeit quasi überwässert. Vorteile
180 für mich, dass wir sie ohne auf den Arzt zu warten selber geben können und es nicht ein so
181 massiver Eingriff ist wie die Vene.

182

183 I: Gut. Für mich waren das jetzt alles sehr runde begründete Antworten, ich hätte keine
184 weiteren Fragen. Möchtest du noch ein abschließendes Wort dazu sagen?

185

186 P1: Ja, ein abschließendes Wort dazu wäre wirklich nochmal für mich, dass diese Frage
187 nach subkutaner Infusion am Lebensende ja oder nein, wirklich eine ganz ganz
188 individuelle Entscheidung ist, die getragen werden muss innerhalb des Teams, des
189 interdisziplinären Teams auch, aber auch auf jeden Fall mit den Angehörigen und mit
190 Freunden zusammen um die mit ins Boot zu holen, weil die Entscheidung nach Gabe von
191 gerade von Flüssigkeit am Lebensende immer eine ganz ganz existentielle ist und die bei
192 Verzicht darauf, ohne die Angehörigen mit ins Boot zu holen, ganz ganz viele Ängste
193 auslösen kann und ich halte das für ganz wichtig gemeinsame Entscheidungen zu treffen,
194 auch mit den Angehörigen bzw. ganz große Aufmerksamkeit auch darauf zu legen, die
195 Angehörigen einfach in dem Tempo mitzunehmen, das sie auch brauchen. Dann kann die
196 Entscheidung auch dahingehend ausfallen, zu sagen: ok, derjenige kriegt Infusionen und
197 wir bleiben einfach in einem regelmäßigen Kontakt und gucken von Tag zu Tag, wie
198 können wir weiter gehen. Und was vielen Menschen auch tatsächlich heute noch begegnet,
199 gerade auch in den Krankenhäusern ist so dieses Totschlagargument jemandem keine
200 Flüssigkeit zukommen zu lassen ist gleichbedeutend mit jemanden verdursten zu lassen
201 und das glaube ich, löst ganz große existentielle Ängste aus, nicht nur bei den Bewohnern,
202 sondern auch bei den Angehörigen.

203

204 I: Ja, ein spannendes kontrovers zu diskutierendes Thema, je nach Einrichtung und
205 Situation die man vorfindet, hast du passend gesagt: Es gibt da halt keinen Standard.

206

207 P1: Nein, es gibt keinen Standard. Was meiner Meinung nach wirklich sehr wichtig ist, ist
208 der interdisziplinäre Austausch und der sollte aus meiner Erfahrung raus, und auch gerade
209 in Krankenhäusern, mehr gepflegt werden, es fehlt einfach die Zeit dazu, sich gemeinsam
210 an einen Tisch zu setzen und mit allen Beteiligten die Situation zu besprechen.

211

212 I: Ein sehr schönes Schlusswort, ich danke dir für das Interview.

213

214 P1: Ja, sehr gerne, das war auch für mich interessant, das Thema auf diese Weise zu
215 reflektieren, also vielen Dank zurück.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich 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, 29.05.2015

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

Unterschrift