

BACHELORARBEIT

Bedürfnisse von Sterbenden in der
Finalphase aus Sicht der Pflegenden

Vorgelegt am 4. Juni 2018
Von Niemann, Folke

1. Prüferin: Frau Prof. Dr. Uta Gaidys
2. Prüferin: Frau Monika Schleith

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Problembeschreibung: Der demografische Wandel geht mit einer steigenden Zahl von Menschen einher, die in der Sterbephase versorgt werden müssen, sodass eine Auseinandersetzung mit der Sterbebegleitung notwendig ist. Das Krankenhaus ist in Deutschland der häufigste Sterbeort. Den Pflegenden wird in der Versorgung von Sterbenden aufgrund der Nähe zu den Patientinnen und Patienten die Hauptrolle zugeschrieben. Jedoch scheint die Versorgung von Sterbenden in der Praxis häufig mit Defiziten besetzt zu sein. Die pflegerische Versorgung von Sterbenden wird oft als unzureichend und unpersönlich beschrieben.

Untersuchungsfrage: Aus der Problemlage resultieren folgende Fragen: Welche Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden? Wie erkennen Pflegende diese?

Methodik: Nach einer systematischen Literaturrecherche und dem Schneeballsystem erfolgt die Literaturanalyse, um den Forschungsstand aufzuzeigen. Zusätzlich werden drei Experteninterviews mit Pflegenden aus dem Krankenhaus durchgeführt und analysiert. Schließlich werden die Untersuchungsfragen durch die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes und des Expertenwissens aus der Praxis umfassend beantwortet.

Ergebnisse: Die Bedürfnisse von Sterbenden im Krankenhaus, die in der Literaturanalyse festgestellt wurden, stimmen größtenteils mit den Inhalten der Interviewanalysen überein. Dies verdeutlicht, dass die Pflegenden mit den Bedürfnissen von Sterbenden weitestgehend vertraut sind. Dennoch werden in der Literatur und den Interviews kaum konkrete Hinweise bezüglich des Erkennens von Bedürfnissen gegeben. Die befragten Pflegenden verwiesen eher darauf, was ihnen bei der Identifikation der Bedürfnisse helfe. Überdies stellten sich Restriktionen der Rahmenbedingungen als zentraler Punkt der Interviewanalysen heraus, wodurch die Bedürfnisse der Sterbenden weniger aktiv wahrgenommen werden.

Schlussfolgerungen: Es sind weitere Untersuchungen bezüglich des Erkennens der Bedürfnisse von Sterbenden nötig. Ungeachtet dessen ist eine individuelle, würdevolle Pflege von Sterbenden nur bei Änderung der Rahmenbedingungen möglich. Folglich gilt es zu untersuchen, welche Maßnahmen notwendig sind, um eine Pflege zu ermöglichen, die den Sterbenden und Pflegenden gerecht wird.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Problembeschreibung.....	1
1.2. Untersuchungsziel	3
1.3. Untersuchungsfrage	4
2. Methodik.....	4
2.1. Datenerhebung und -analyse.....	4
2.2. Durchführung und Stichprobenbeschreibung	6
3. Begriffsbestimmungen Pflege am Ende des Lebens	7
3.1. Bedürfnisse	7
3.2. Palliative Care	9
3.3. End-of-Life Care	10
3.4. Finalphase	10
4. Ergebnisse der Literaturanalyse	12
4.1. Vorstellung der Studien	12
4.2. Körperliches Wohlbefinden	13
4.3. Einbeziehen der Angehörigen.....	14
4.4. Vorbereitung auf das Sterben	15
4.5. Akzeptanz und Autonomie	16
4.6. Information und Beratung	17
4.7. Erholsame Umgebung	18
5. Ergebnisse der Interviewanalyse	19
5.1. Angenehme Umgebung	19
5.2. Präsenz der Angehörigen	20
5.3. Nicht alleine sein	23
5.4. Versorgung der körperlichen Symptome	24

5.5. Den Abschluss finden	26
5.6. Ruhe.....	27
5.7. Erkennen der Bedürfnisse	28
5.7.1. Vorwissen über die Patientinnen und Patienten	28
5.7.2. Eigene Intuition	29
5.7.3. Patientenbeobachtung	30
5.8. Restriktion in den Rahmenbedingungen	31
6. Diskussion.....	35
7. Schlussfolgerung.....	41
Literaturverzeichnis.....	44
Anhang	I
Eidesstattliche Erklärung	XIII

1. Einleitung

1.1. Problembeschreibung

Krebserkrankungen waren laut des statistischen Bundesamtes (2015) in Deutschland im Jahr 2015 die zweithäufigste Todesursache. Bösartige Neubildungen spielen bei annähernd jedem vierten Sterbefall eine Rolle (Statistisches Bundesamt, 2015). Einer Studie der World Health Organization zufolge können bis 2025 weltweit weitere 20 Millionen Menschen an Krebs erkranken (Ferlay, Soerjomataram, Dikshit et al., 2015). Dies wäre laut Ferlay et al. (2015) ein Zuwachs um 40 Prozent. Auch Schmacke (2007) prognostiziert aufgrund der demographischen Entwicklung einen steigenden Bedarf an Palliative Care.

Auch die Zahlen der Krankenhausaufenthalte nach Diagnosegruppen bestätigen eine steigende Bedeutung der Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Die zweitgrößte Diagnosegruppe „bösartige Neubildungen“ wird nach Schätzungen der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010) bis 2030 auf 2,2 Millionen Fälle in Deutschland steigen. Dies wäre ein Anstieg um fast 17% (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Außerdem wird die Lebenserwartung steigen, sodass mehr Menschen im hohen Alter sterben (Statistisches Bundesamt, 2015). Grund dafür ist laut des Statistischen Bundesamtes (2015) die Alterung der geburtsstarken Generation. Durch das höhere Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden oder durch eine Krankheit stationär behandelt werden zu müssen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Aus dieser Entwicklung resultieren steigende Zahlen der jährlichen Sterbefälle (Statistisches Bundesamt, 2015). Nach Angaben des statistischen Bundesamtes (2015) sind im Jahr 2013 in Deutschland 894 000 Menschen gestorben. Die jährliche Sterberate wird für Anfang der 2050er auf 1,1 Millionen Menschen prognostiziert (Statistisches Bundesamt, 2015). Aufgabe der Gesundheitsversorgung ist die Bewältigung der Konsequenzen des Bevölkerungs- und Gesundheitswandels, damit auch in Zukunft eine verbesserte Patientenversorgung gewährleistet werden kann (Robert-Koch-Institut, 2015).

Dasch, Blum, Gude et al. (2015) stellen fest, dass das Krankenhaus in Deutschland der häufigste Sterbeort ist. Die größte Berufsgruppe, die Sterbende begleitet, sind Pflegende (Costello, 2005; Lauterbach, 2013; Kim und Lee, 2003). Auch Dunn, Otten und Stephens (2005) schreiben Pflegenden die Hauptrolle in der Versorgung von Sterbenden zu. Durch die aufgezeigten demografischen Veränderungen wird deutlich, dass Pflegende auch in Zukunft mehr Menschen in der Sterbephase versorgen müssen, sodass laut Dunn et al. (2005) eine Auseinandersetzung mit der Sterbebegleitung notwendig ist. Zudem fassen Calo und Schuster (2016) zusammen, dass es noch nie eine höhere Anzahl von Palliativpatientinnen und -patienten in fast allen Pflegebereichen gab, deren Bedürfnisse hochkomplex sind und professionelle Pflege beanspruchen.

Indessen vermerken Montag, Ostgathe und Kern (2007), dass die Situation der Patientinnen und Patienten am Lebensende im Mittelpunkt der Palliativpflege steht und die Menschen durch ihren nahenden Tod mehrschichtig beeinflusst werden. Physische, psychische, spirituelle und soziale Veränderungen werden von jeder Patientin und jedem Patienten individuell erlebt (Montag et al., 2007). Diese Veränderungen gehen mit individuellen Bedürfnissen einher, so Montag et al. (2007). Zusätzlich weist Stähli (2016) darauf hin, dass Palliativpflege eine Art der Fürsorge ist, welche auf jede Patientin und jeden Patienten individuell und bedürfnisorientiert eingeht. Darüber hinaus stellt er in seiner Arbeit fest, dass in der Palliative Care viel von den Pflegenden verlangt wird (Stähli, 2016). Beispielsweise ist die Fachkompetenz über Form und Verlauf der Krankheit ebenso wichtig wie eine ausgeprägte Sozialkompetenz durch eine aufmerksame, positive und humorvolle Haltung, so Stähli (2016).

Obwohl das Krankenhaus, wie bereits erwähnt, der häufigste Sterbeort ist (Dasch et al., 2015), scheint die Versorgung von Sterbenden in der Praxis häufig mit Defiziten besetzt zu sein. Diesbezüglich zeigt Halpapp (2009) auf, dass die Strukturen im Krankenhaus für eine gute Pflege Sterbender ungünstig sind. Auch Großklaus-Seidel, Flieder und Wiedemann (2014) bestätigen, dass Krankenhäuser auf die Versorgung von Sterbenden nicht vorbereitet sind. Gleichmaßen zeigen Calo und Schuster (2016) auf, dass die pflegerische Versorgung älterer Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase häufig unzureichend und unpersönlich ist.

Folglich fordern Kim und Lee (2003), dass Pflegende auf die Versorgung von Sterbenden ausreichend vorbereitet sein sollten. Zudem schreiben Dietz, Rémi, Schildmann et al. (2012), dass es Aufgabe der Pflegenden ist, individuell auf die Symptome und Veränderungen der Patientinnen und Patienten in der Sterbephase einzugehen. Schließlich verbringen Pflegende im Vergleich zu anderen Berufsgruppen die meiste Zeit mit Patientinnen und Patienten in der Finalphase (Kim und Lee, 2003). Dies verdeutlicht nochmals die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der Palliative Care im Krankenhaus (Großklaus-Seidel et al., 2014).

Die Studienlage hinsichtlich der Palliativversorgung bezieht sich hingegen vorrangig auf Symptome und ärztliche Interventionsmöglichkeiten. Literatur, welche die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden thematisiert, wurde hingegen kaum gefunden. Eine Darstellung aus Sicht der Pflegenden würde der Entwicklung und Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Sterbenden und deren Angehörigen dienen (Costello, 2005). Schließlich könnten Verbesserungsvorschläge aus dem gewonnenen Wissensstand abgeleitet werden, so Costello (2005). Für eine Verbesserung der individuellen Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase benötigen Pflegende das Wissen über die Schwerpunkte der Versorgung (Kim und Lee, 2003).

1.2. Untersuchungsziel

Ziel dieser Ausarbeitung ist die Darstellung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden. Darüber hinaus wird aufgezeigt, wie Pflegende die Bedürfnisse der Sterbenden erkennen. Diese Arbeit soll dazu beitragen, Unsicherheiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten in der Finalphase abzubauen und die individuelle Pflege zu optimieren. Insgesamt wird durch diese Arbeit ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Finalphase geleistet.

1.3. Untersuchungsfrage

Aus der zuvor geschilderten Problemlage resultieren folgende Fragen:

- Welche Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden?
- Wie erkennen Pflegende diese?

2. Methodik

Im Folgenden wird die Vorgehensweise dargestellt, die zur Beantwortung der Forschungsfragen führen soll. Die Methodik dieser Arbeit gliedert sich in zwei Arbeitsschritte. Im ersten Schritt wird geeignete Literatur mittels einer systematischen Recherche und dem Schneeballsystem ausfindig gemacht und analysiert, um den aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen. Im zweiten Schritt werden Experteninterviews mit Pflegenden durchgeführt und analysiert. Durch diese Vorgehensweise werden die Untersuchungsfragen durch aktuelle Literatur und Expertenwissen aus der Praxis umfassend beantwortet. Dabei werden Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen fokussiert, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten.

2.1. Datenerhebung und -analyse

Zunächst wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand darzustellen. Dazu wird die Datenbank MEDLINE genutzt. Zunächst wird eine Übersicht der Begriffe, die in der systematischen Literaturrecherche genutzt werden, gegeben. Diese deutschen Begriffe werden im nächsten Schritt in die englische Sprache übersetzt: Onkologie, Finalphase, Sterben, Sterbephase, Pflegende, Pflege, Perspektive, Sicht, Bedürfnisse. Schließlich werden folgende englische Begriffe mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden: oncology, neoplasms, death, terminal care, final stage, dying phase, terminally ill, nurse, nursing care, nursing, care, perspective of, point of view, description, needs, desire, necessities, symptoms. Um geeignete Literatur ausfindig zu machen, werden MeSH-Terms und Trunkierungszeichen verwendet. Darüber hinaus erfolgt die Recherche mithilfe Google Scholar sowie Referentenlisten.

Außerdem wird die Staatsbibliothek Hamburg und die Fachbibliothek Soziale Arbeit und Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften genutzt, um wissenschaftliche Zeitschriften mit geeigneten Publikationen einzubeziehen. Vereinzelt werden Autorinnen und Autoren augenscheinlich geeigneter Literatur via Email kontaktiert, falls die Artikel nicht frei zugänglich sind. Demzufolge wird ein Teil der relevanten Literatur durch das Schneeballsystem ausfindig gemacht. Es wird Literatur in deutscher und englischer Sprache verwendet, da keine weiteren Sprachen sicher beherrscht werden. Die gesichtete Literatur wird anhand der Überschriften und Abstracts ein- bzw. ausgeschlossen. Im nächsten Schritt werden die Artikel, die relevant scheinen, durchgelesen, um die Verwendbarkeit erneut zu überprüfen. Ferner werden Informationen aus der Literatur herausgearbeitet, um relevante Inhalte schriftlich festzuhalten. Aus den gesammelten Informationen wird ein logischer und verständlicher Aufbau erarbeitet. Es werden sieben Studien als Grundlage der Literaturanalyse verwendet, welche in der Ergebnisdarstellung der Literaturanalyse vorgestellt werden.

Das Wissen aus der Praxis wird empirisch durch Experteninterviews erhoben, um die Sicht der Pflegenden darzustellen. Es wird das qualitative Forschungsdesign mit explorativem Charakter gewählt, da diese empirische Forschungsarbeit die Erfahrungen und das Erleben von Menschen thematisiert (Brandenburg, Panfil und Mayer, 2013). Es werden drei leitfadengestützte Experteninterviews geführt, um die Erfahrungen von Pflegenden aufzuzeigen. Der häufige Kontakt der Pflegenden zu Patientinnen und Patienten in der Finalphase im Krankenhaus ist Voraussetzung für ein Interview, damit ausschließlich Expertenwissen Grundlage dieser Arbeit wird. Für die Erarbeitung des Interviewleitfadens werden Themen aus der Literatur extrahiert, um daraus Fragen zu formulieren. Die Interviews werden semistrukturiert gestaltet, damit die Reihenfolge der Fragen dem Gesprächsverlauf angepasst werden kann. Die Fragen werden offen formuliert, um möglichst freie, unvoreingenommene Informationen zu erhalten. Nach der Durchführung der Interviews werden diese transkribiert. In der Transkription wird die fragende Person mit „FN“ (Folke Niemann) gekennzeichnet. Die Pflegenden werden „P1“ (Pflegerin 1), „P2“ (Pflegerin 2) und „P3“ (Pflegerin 3) genannt. Die Transkription erfolgt wortgetreu, wobei Grammatikfehler nicht korrigiert werden, um die Aussagen der Pflegenden möglichst authentisch wirken zu lassen.

Sprechpausen werden mit folgenden Zeichen kenntlich gemacht: „(...)“. Das Transkript des Interviews mit der Pflegenden 1 befindet sich als Beispiel im Anhang. In der Ergebnisdarstellung der Interviews werden die Inhalte mit Zitaten der Pflegenden belegt. Die Zitate werden in kursiver Schrift dargestellt, um diese vom übrigen Text abzuheben. Vereinzelt werden Satzteile, die nicht relevant sind, ausgelassen und mit „[...]“ gekennzeichnet, um die Lesbarkeit der Zitate zu vereinfachen. Zusätzliche Worte, die dem Lesefluss dienen, werden folgendermaßen dargestellt: „[Beispiel]“. Dabei bleibt die Aussage des Zitates sinngetreu erhalten.

Im Anschluss werden die Interviews mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet, denn diese Methode eignet sich besonders für die Auswertung von Experteninterviews. Schließlich gelingt es durch die Inhaltsanalyse, aus unstrukturierten Texten, zentrale Botschaften herauszuarbeiten (Mayring, 2010). Im ersten Schritt der systematischen Auswertung nach Mayring (2010) erfolgt die Kategorienbildung, wobei die Kategorien aus dem Interviewmaterial entstammen. Im Anschluss erfolgt die Codierung, d.h. die Aussagen der Pflegenden werden den bestehenden Kategorien zugeordnet (Mayring, 2010). Nach Abschluss der Codierung werden die Aussagen der Pflegenden entsprechend der Inhaltsanalyse zusammengefasst, interpretiert und mit Zitaten belegt, um die Gültigkeit der Aussagen darzustellen.

2.2. Durchführung und Stichprobenbeschreibung

Die Kontaktaufnahme zu den Pflegenden erfolgte mit Unterstützung von Frau Prof. Dr. Uta Gaidys über den Studiengang Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management (IGM) am Department Pflege und Management der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg). In einer Vorlesung der Studierenden im zweiten Semester erfolgte eine Vorstellung der Thematik dieser Forschungsarbeit, um geeignete Interviewpartnerinnen oder Interviewpartner ausfindig zu machen. Es erklärten sich drei Studierende zu einem Interview bereit, woraufhin Kontaktdaten ausgetauscht wurden. Um ein Rückschluss auf die Pflegenden auszuschließen, werden nur wenig Informationen über die Interviewpartnerinnen gegeben.

Die drei Pflegenden arbeiten im Durchschnitt seit fünf bis sechs Jahren in der Pflege. Alle arbeiten im Krankenhaus in verschiedenen Bereichen, darunter Gynäkologie und Intensivstation. Ein Interview dauerte im Durchschnitt 15,47 Minuten (Interview 1: 21,38 Minuten; Interview 2: 12,47 Minuten; Interview 3: 12,56 Minuten).

3. Begriffsbestimmungen Pflege am Ende des Lebens

In diesem Kapitel werden folgende zentrale Begriffe dieser Arbeit definiert, um ein einheitliches Verständnis zu schaffen: Bedürfnisse, Palliative Care, End-of-Life Care und Finalphase. Zunächst wird der Begriff der Bedürfnisse beleuchtet, da sich diese Forschungsarbeit mit den Bedürfnissen Sterbender beschäftigt. In der Literaturanalyse werden Studien verwendet, die verschiedene Versorgungsansätze wie Palliative Care und End-of-Life Care thematisieren. Beide Ansätze werden trotz unterschiedlicher Blickwinkel häufig als Synonym verwendet (Lauterbach, 2013). Zudem schreiben Nauck und Jaspers (2003), dass eine klare Abgrenzung der Begriffe nötig ist, um Missverständnissen vorzubeugen. Folglich ist eine Begriffsbestimmung notwendig, um die Unterschiede klarzustellen. Dementsprechend werden diese Begriffe im Verlauf dieser Forschungsarbeit bewusst eingesetzt, um die unterschiedlichen Versorgungsansätze nicht als Synonym zu verwenden. Im Anschluss wird der Begriff der Finalphase definiert, da diese Arbeit die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der Finalphase fokussiert.

3.1. Bedürfnisse

Der Duden (2018) umschreibt Bedürfnisse unter anderem als Wunsch oder als Verlangen nach etwas. Im Kontext der Gesundheit definiert Becker (2006) ein Bedürfnis als inneren Mangelzustand, in dem die Person auf Hilfe angewiesen ist, um die Gesundheit und das Wohlbefinden zu verbessern. Weiter führt er aus, dass die Befriedigung der Bedürfnisse mit positiven Gefühlen wie Freude und Wohlbehagen einhergeht. Bedürfnisse, die nicht befriedigt werden, sind mit negativen Gefühlen, beispielsweise Ärger verbunden (Becker, 2006).

In Bezug auf Bedürfnisse im Versorgungskonzept der Pflege gibt es zwei Begriffe, die für eine breite Diskussion sorgen (Bartholomeyczik, 2004). Die Begriffe „Pflegebedarf“ und „Pflegebedürftigkeit“ werden laut Bartholomeyczik (2002) trotz großer Unterschiede häufig als Synonym verwendet. Bartholomeyczik (2004) definiert Pflegebedarf als den Bedarf an notwendigen pflegerischen Interventionen einer Person. Folglich ist es die Pflege, die eine Person benötigt (Bartholomeyczik, 2004). Sie führt aus, dass der Pflegebedarf das Ergebnis eines Beurteilungsprozesses ist, welcher die Ressourcen, Beeinträchtigungen und Ziele einer Person einschließt. Als Grundlage für die Beurteilung werden laut Bartholomeyczik (2004) je nach Versorgungskontext verschiedene theoretische Konzepte und Assessmentinstrumente genutzt. Folglich ist der Pflegebedarf das Ergebnis eines Beurteilungsprozesses, um die Gesamtheit der erforderlichen Pflege und Unterstützung darzustellen (Bartholomeyczik, 2004).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird im §14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI definiert. Demnach ist eine Pflegebedürftigkeit vorhanden, wenn die Selbstständigkeit oder Fertigkeiten einer Person durch ihre Gesundheit beeinträchtigt sind, sodass Hilfe durch andere Personen von Nöten ist. Weiter wird beschrieben, dass die betroffene Person Beeinträchtigungen körperlicher, kognitiver oder psychischer Art aufweisen muss oder die Bewältigung von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen bzw. Anforderungen nicht ohne Hilfe bewerkstelligen kann. Nach dem §14 Sozialgesetzbuch XI muss der Zeitraum der Pflegebedürftigkeit entweder auf Dauer oder mindestens ein halbes Jahr sein. Weiter werden sechs Module, beispielsweise Mobilität und Selbstversorgung, beschrieben, die die Pflegebedürftigkeit erfassen, diese sind entsprechend ihrer Bedeutung für die Pflegebedürftigkeit gewichtet (§14 Sozialgesetzbuch XI Begriff der Pflegebedürftigkeit). Auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird im Sozialgesetzbuch XI definiert. Entsprechend des §15 Sozialgesetzbuch XI wird die Pflegebedürftigkeit in einen der fünf Grade, auch Pflegegrade genannt, eingeteilt.

Bartholomeyczik (2002) fasst zusammen, dass die Pflegebedürftigkeit die Situation der Person selbst beschreibt, es ist folglich als Merkmal zu verstehen. Die Pflegebedürftigkeit ist schließlich das Produkt aus Einschränkungen und Ressourcen einer Person (Bartholomeyczik, 2002).

Auch Hasseler und Görres (2005) beschreiben Pflegebedürftigkeit als eine eingeschränkte Autonomie in der Gestaltung des Alltags, wodurch Hilfe in der Lebensgestaltung notwendig ist. Dabei werden die Ressourcen der Person beachtet, um die Selbstständigkeit zu fördern (Hasseler und Görres, 2005).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Pflegebedarf das Ergebnis eines Beurteilungsprozesses ist (Bartholomeyczik, 2004). Hingegen ist die Pflegebedürftigkeit ein Merkmal einer Person, die durch die Gesundheit in der Selbstständigkeit beeinträchtigt ist (Bartholomeyczik, 2002). Demzufolge widmet sich diese Forschungsarbeit den Bedürfnissen, genauer dem Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden.

3.2. Palliative Care

Die World Health Organization (WHO) verfasste 2002 eine detaillierte Definition des Versorgungsansatzes der Palliative Care. Diese beschreibt Palliative Care als einen Ansatz, der die Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und den damit einhergehenden Problemen konfrontiert sind, zum Ziel hat. Um dies zu erreichen, steht Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitige Identifikation, sorgsame Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden physischer, psychosozialer als auch spiritueller Natur im Fokus (World Health Organization, 2017). Folglich ist das Ziel der Palliativ Care die bestmögliche Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten zu erreichen (Lauterbach, 2013). Überdies, so Lauterbach (2013), wird das Sterben in der Palliative Care als ein natürlicher Teil des Lebens gesehen. Auch Buzgova, Sikorova und Jarosova (2014) beschreiben, dass es in der Palliative Care darum geht, die Faktoren, die mit der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zusammenhängen, zu erfassen, kontrollieren und organisieren. Dazu gehört grundlegendes Symptommanagement, Beachtung der Autonomie als auch eine wirkungsvolle Kommunikation mit den Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen (Buzgova et al., 2014). Dementsprechend bringt das Konzept der Palliative Care eine berufsgruppenübergreifende Palliativkultur mit sich, so Montag et al. (2007). Dabei werden die Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen der Patientinnen und Patienten gemeinsam wahrgenommen (Montag et al., 2007).

3.3. End-of-Life Care

Eine einheitliche Definition für End-of-Life Care ist bislang nicht etabliert (Michalsen, 2013). Auch für die Einschätzung des zeitlichen Beginns der End-of-Life Care bleibt Interpretationsspielraum (Lanken, Terry, DeLisser et al., 2008).

Im Gegensatz dazu erörtert Krau (2016), dass End-of-Life Care ein Teil der Palliative Care ist. Er definiert End-of-Life Care als die Versorgung von Menschen, die sich dem Ende des Lebens nähern (Krau, 2016). Obwohl der Zeitpunkt schwer vorauszusagen ist, gibt Krau (2016) eine zeitliche Orientierung. Demnach ist End-of-Life Care ein Ansatz für Patientinnen und Patienten, die sich in ihrem letzten Lebensjahr befinden (Krau, 2016). Im Sinne der Gesundheitsversorgung und rechtmäßigen Zwecke begrenzt sich dieser Zeitraum normalerweise auf die letzten sechs Monate, so Krau (2016). Kränzle, Schmid, Riehm et al. (2014) bestätigen ebenfalls, dass sich End-of-Life Care im englischen Sprachgebrauch auf die letzte Lebensphase bezieht. Die Autorinnen und Autoren verweisen ebenfalls auf den Zeitraum der letzten Monate bzw. des letzten Jahres (Kränzle et al., 2014).

Das wesentliche Ziel der End-of-Life Care ist es, ein würdevolles Sterben für die Patientinnen und Patienten zu ermöglichen (Krau, 2016). Überdies stellen Rai, Kumar, Pahwa et al. (2008) vier Bereiche fest, die als Versorgungsbereiche der End-of-Life Care anzusehen sind: körperliche Symptome, psychische Symptome, soziale Bedürfnisse, d.h. zwischenmenschliche Beziehungen, pflegerische und wirtschaftliche Anliegen, sowie existenzielle oder spirituelle Bedürfnisse (Rai et al., 2008).

3.4. Finalphase

Auch die Finalphase wird in der Literatur nicht einheitlich definiert (Nauck, 2001). Dennoch umschreibt Nauck (2001) den Begriff der Finalphase als die eigentliche Sterbephase und bezieht diese auf die letzten Tage und Stunden bzw. die letzten 72 Stunden des Lebens. Diesbezüglich zeigen Dietz et al. (2012) auf, dass der zeitliche Beginn der Finalphase schwer erkennbar sein kann. Darüber hinaus verweisen die Autorinnen und Autoren auf häufige Veränderungen, die in der Finalphase bei Patientinnen und Patienten auftreten.

Klinische Zeichen einer Finalphase sind unter anderem zunehmende Schwäche und Schlafbedürfnis, reduzierter Wunsch nach Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, abgeschwächtes Interesse an der Umgebung (Dietz et al., 2012). Außerdem ist eine sinkende Kontaktfähigkeit bis hin zum Bewusstseinsverlust möglich, so Dietz et al. (2012). Die Autorinnen und Autoren fordern, dass jegliches Handeln flexibel an die Symptome und Veränderungen in den letzten Lebenstagen und Stunden individuell angepasst werden sollte (Dietz et al., 2012).

Folgende Bereiche haben Montag et al. (2007) als pflegerische Schwerpunkte in der Finalphase herausgearbeitet:

- Beratung und Hilfe der Patientinnen und Patienten für die größtmögliche Selbstbestimmtheit bei schwankenden oder abnehmenden Ressourcen,
- Unterstützung und Begleitung der Angehörigen, auch nach dem Sterben der Patientin oder des Patienten,
- Organisation, Koordination, Beratung und Pflege in der häuslichen Versorgung,
- Pflege der Verstorbenen (Montag et al., 2007).

4. Ergebnisse der Literaturanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche aufgeführt, um den aktuellen Forschungsstand darzustellen. Es folgt eine kurze Vorstellung der Studien, um einen Überblick der Literatur zu geben. Die Ergebnisse der Studien werden in den einzelnen Kapiteln dargestellt.

4.1. Vorstellung der Studien

Kim und Lee (2003) untersuchten in ihrer Forschungsarbeit Pflegende in Korea unter anderem hinsichtlich deren Einstellungen zum guten und schlechten Sterben. Dazu wurden Fragebögen der 185 Pflegenden aus Akutkrankenhäusern ausgewertet (Kim und Lee, 2003).

In der qualitativen Studie von Volker, Kahn, Penticuff et al. (2004) wurden neun Pflegende aus der onkologischen Versorgung in Texas hinsichtlich der End-of-Life Care interviewt. Unter anderem thematisierten sie die Erfahrungen von den Pflegenden bezüglich der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care (Volker et al., 2004).

Mistry, Bainbridge, Bryant et al. (2015) stellten in ihrer qualitativen Studie mit phänomenologischen Ansatz dar, was in der End-of-Life Care am wichtigsten ist. Dafür wurden 107 Personen aus Palliative Care Teams in Kanada befragt, darunter 39% Pflegende, 19% Ärztinnen und Ärzte, 27% Managerinnen und Manager und 15% weitere Versorgungsbeteiligte (Mistry et al., 2015).

Buzgova et al. (2014) ermittelten in ihrer Studie den Stellenwert der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase in einem tschechischen Krankenhaus anhand eines Assessment-Instruments, dem „Patient Needs Assessment in Palliative Care“ (PNAP). Dabei wurden 225 Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen eingeschlossen (Buzgova et al., 2014). Darüber hinaus stellen Buzgova et al. (2014) auch die ungedeckten Bedürfnisse dar.

Das Ziel der Forschungsarbeit von Nakano, Sato, Katayama et al. (2011) war die Erstellung eines Versorgungsplans, der sicherstellt, dass Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen am Lebensende täglich Freude verspüren können. In diesem Zuge soll ein gutes Sterben ermöglicht werden (Nakano et al., 2011).

Die Interviews wurden laut von Nakano et al. (2011) mit 22 Ärztinnen und Ärzten sowie 23 Pflegenden von Palliativstationen im Japan geführt.

Costello (2005) interviewte 29 Pflegende in England hinsichtlich ihrer Erfahrungen vom Sterben im Krankenhaus. In seiner Forschungsarbeit werden Faktoren zum guten und schlechten Sterben dargestellt (Costello, 2005).

Auch die Studie von Kristjanson, McPhee, Pickstock et al. (2001) thematisiert gutes und schlechtes Sterben aus Sicht der Pflegenden. 20 Pflegende einer Palliativstation eines Krankenhauses in Australien wurden hinsichtlich ihrer Ansicht zum guten und schlechten Sterben im Krankenhaus befragt.

Aus den eingeschlossenen Studien wurden Hauptkategorien gebildet, welche die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase darstellen: Körperliches Wohlbefinden, Einbeziehen der Angehörigen, Vorbereitung auf das Sterben, Akzeptanz und Autonomie, Information und Beratung, Erholsame Umgebung.

4.2. Körperliches Wohlbefinden

Kim und Lee (2003) weisen auf, welche Faktoren aus Sicht der Pflegenden für ein gutes Sterben sprechen. Der Punkt, der von den Pflegenden am häufigsten genannt wird, ist das Bedürfnis nach Wohlbefinden (Kim und Lee, 2003). Wohlbefinden schließt laut Kim und Lee (2003) das Freisein von Schmerzen ein. Auch Mistry et al. (2015) und Volker et al. (2004) zeigen in ihren Studien, dass das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten unmittelbar mit der Schmerz- und Symptomlast zusammenhängt. Daraus resultierend sprechen die befragten Pflegenden und Mitglieder des interdisziplinären Teams der Versorgung der körperlichen Symptome einen hohen Stellenwert zu (Mistry et al., 2015 und Volker et al., 2004). Laut Buzgova et al. (2014) ist die Versorgung der körperlichen Symptome das dritt wichtigste Bedürfnis von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase. Überdies erläutern Kristjanson et al. (2001), dass Pflegende den Sterbeprozess als gut bewerten, wenn das Leiden, das durch die Erkrankung verursacht wird, unter Kontrolle ist. Dies beinhaltet das Freisein von Leiden, die Kontrolle der Symptome und die Wahrung der Würde (Kristjanson et al., 2001).

Wenn die Kontrolle über das Leiden der Patientinnen und Patienten unmöglich ist, wird der Sterbeprozess von den Pflegenden folglich als schlecht bewertet, so Kristjanson et al. (2001). In diesen Fällen leiden die Patientinnen und Patienten unter unwürdigen und hartnäckigen Symptomen (Kristjanson et al., 2001). Ergänzend bestätigt Costello (2005), dass Pflegende das Sterben als traumatisch wahrnehmen, wenn Patientinnen und Patienten in der Sterbephase Schmerzen oder andere Symptome aufweisen.

Nakano et al. (2011) untersuchten in ihrer Studie wie beschrieben, was dafür nötig ist, damit Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen Freude erleben können. Die Ergebnisse sind in Hauptkategorien aufgeführt, welche mit Subkategorien versehen sind (Nakano et al., 2011). 80% aller Befragten des interdisziplinären Teams nannten die Schmerzerfassung und -linderung als einen Punkt, der dazu beiträgt, dass Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen Freude empfinden können, so Nakano et al. (2011). Darunter sind Subkategorien wie Reduktion der Schmerzen, Einschätzung der körperlichen und psychischen Verfassung und Linderung des psychischen Schmerzes gefasst (Nakano et al., 2011). Außerdem wird die Achtung der Würde und persönlichen Werte, beispielsweise hinsichtlich des Umgangs mit Ausscheidungen, in der Arbeit von Volker et al. (2004) als ein Faktor für das Wohlbefinden festgehalten.

4.3. Einbeziehen der Angehörigen

Kim und Lee (2003) legen in ihrer Arbeit dar, dass ein gutes Verhältnis innerhalb der Familie häufig als Faktor genannt wurde, der zu einem guten Sterben führt. Dieses Bedürfnis der Sterbenden aus Sicht der Pflegenden inkludiert den Wunsch, der Familie nicht zur Last zu fallen (Kimm und Lee, 2003). Ähnlich zeigen Kristjanson et al. (2001) in ihrer Arbeit auf, dass familiärer Zusammenhalt als Voraussetzung für ein gutes Sterben gesehen wird. Für den familiären Zusammenhalt ist laut der Pflegenden die Anwesenheit, Kommunikation, Vertrauen und Vorbereitung der Angehörigen notwendig (Kristjanson et al., 2001). Weiter beschreiben Kristjanson et al. (2001), dass der Sterbeprozess von den Pflegenden als schlecht bewertet wird, wenn Familienangehörige abwesend, unvorbereitet, verzweifelt oder zerstritten waren.

Ergänzend deutet Costello (2005) in seiner Arbeit auf den Wissensstand der Angehörigen hin. Er beschreibt, dass das Nicht-Wissen der Familie über das bevorstehende Sterben mit einem schlechten Sterbeprozess verbunden ist (Costello, 2005). Überdies ist laut Costello (2005) auch das stressfreie Verabschieden von Angehörigen aus Sicht der Pflegenden ein Bedürfnis Sterbender.

4.4. Vorbereitung auf das Sterben

Costello (2005) und Kim und Lee (2003) beweisen in ihren Arbeiten, dass Pflegende die Vorbereitung des Sterbens als einen wichtigen Faktor sehen, der zu einem guten Sterbeprozess für alle Beteiligten führt. Die Vorhersehbarkeit des Sterbens macht eine Organisation im Voraus möglich, so Costello (2005). Durch die Vorbereitungen können sich Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und Pflegende besser auf den weiteren Sterbeprozess einstellen (Costello, 2005). Auch die Vorbereitung der Beisetzung wird als ein Bedürfnis Sterbender aus Sicht der Pflegenden wahrgenommen (Kimm und Lee, 2003). Zusätzlich legt Costello (2005) in seiner Arbeit dar, welche Faktoren aus Sicht der Pflegenden zum schlechten Sterben führen. Er weist auf, dass ein plötzlich und unerwarteter Tod ein begünstigender Faktor zum schlechten Sterben ist. Dadurch können sich die Patientinnen und Patienten, die Angehörigen und die Pflegenden nicht auf das Geschehen einstellen (Costello, 2005). Durch die fehlende Organisation im Vorfeld wird die Sterbephase als unvorbereitet erlebt, sodass der Sterbeprozess als schlecht bewertet wird, so Costello (2005). Folglich wird deutlich, dass ein Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden, Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen notwendig ist, um für ein gutes Sterben zu sorgen (Costello, 2005). Insgesamt wird durch die Organisation im Voraus das größtmögliche Wohlbefinden hinsichtlich der psychischen und körperlichen Bedürfnisse möglich gemacht, so Costello (2005).

Überdies beschreiben Mistry et al. (2015) in ihrer Studie, dass die Versorgung der nicht-körperlichen Bedürfnisse in der End-of-Life Care einen hohen Stellenwert hat. Die Erfüllung der spirituellen und emotionalen Bedürfnisse wurde von den Befragten des interdisziplinären Teams häufig als ein Faktor genannt, der in der letzten Lebensphase von Bedeutung ist (Mistry et al, 2015).

Auch Costello (2005) fordert, die religiösen Bedürfnisse in der Vorbereitung des Sterbens einzuschließen. So kann die Erfüllung der spirituellen und emotionalen Bedürfnisse die körperlichen Symptome lindern (Mistry et al., 2015). Mistry et al. (2015) zufolge ist das Freisein von emotionalen und spirituellen Belastungen, was auch die Angst vor dem Sterben impliziert, hilfreich, um geistig schmerzfrei zu sein. Die spirituellen und emotionalen Bedürfnisse werden in der End-of-Life Care als sehr wechselhaft und tagesformabhängig beschrieben (Mistry et al., 2015).

4.5. Akzeptanz und Autonomie

Costello (2005) beweist in seiner Arbeit, dass Pflegende die Akzeptanz des Sterbens als ein Bedürfnis von Patientinnen und Patienten in der Sterbephase wahrnehmen. Dieser Punkt inkludiert hinsichtlich des Sterbens auch die Akzeptanz seitens der Angehörigen (Costello, 2005). Auch Kristjanson et al. (2001) weisen auf, dass Pflegende die Akzeptanz des Sterbens seitens der Patientinnen und Patienten als Voraussetzung für ein gutes Sterben sehen. Ergänzend wird festgestellt, dass der Sterbeprozess der Patientinnen und Patienten, die für den Tod nicht bereit sind, von den Pflegenden als schlecht bewertet wird (Kristjanson et al., 2001). Diese Patientinnen und Patienten werden häufig als jung, wütend und verängstigt hinsichtlich des Sterbens beschrieben, so Kristjanson et al. (2001).

Das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Autonomie wird in mehreren Studien beschrieben. Das Assessment-Instrument, welches in der Studie von Buzgova et al. (2014) untersucht wurde, zeigt den Stellenwert der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase auf. Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen schätzten das Bedürfnis nach Respekt und Unterstützung durch das Fachpersonal als am wichtigsten ein (Buzgova et al., 2014). Laut Buzgova et al. (2014) ist Autonomie das zweitwichtigste Bedürfnis. Ferner weisen Volker et al. (2004) auf, dass es aus Sicht der Pflegenden den Sterbenden ein Bedürfnis ist, den zeitlichen Verlauf des Sterbeprozesses zu beeinflussen. Viele Pflegende berichteten, dass Patientinnen und Patienten ihren Tod herauszögern, bis ein bestimmtes Ziel oder Ereignis erreicht wird (Volker et al., 2004).

Ergänzend stellen Mistry et al. (2015) in ihrer Studie fest, dass die befragten Mitglieder des interdisziplinären Teams der End-of-Life Care fordern, dass die Wünsche der Patientinnen und Patienten beachtet werden müssen, um eine gute Pflege gewährleisten zu können. Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen möchten mitbestimmen, wer die pflegerische Versorgung durchführt und wann dies geschieht (Mistry et al., 2015). Durch gemeinsame Entscheidung und Planung wird ihnen in der End-of-Life Care die Möglichkeit des Mitbestimmens und der Kontrolle gegeben, so Mistry et al. (2015).

Zusätzlich beweisen Nakano et al. (2011) in ihrer Arbeit, dass die Beachtung der Individualität der Patientinnen und Patienten dazu beiträgt, dass sie in den letzten Lebenstagen Freude verspüren können. Demzufolge sollte die Pflege auf die individuellen Vorlieben, Hobbies und Interessen der Patientinnen und Patienten abgestimmt werden (Nakano et al., 2011). Folglich hält Mistry et al. (2015) fest, dass Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care unter Beachtung der individuellen Wertvorstellung mit Respekt, Mitgefühl und Würde versorgt werden sollten. Ferner zeigt Costello (2005) auf, dass ein Mangel an Würde und Respekt zu einem schlechten Sterbeprozess führt.

4.6. Information und Beratung

Mistry et al. (2015) zeigen in ihrer Arbeit auf, dass der gleiche Wissensstand aller Beteiligten als ein Bedürfnis von Patientinnen und Patienten wahrgenommen wird. Demzufolge sollten in der End-of-Life Care keine widersprüchlichen Auskünfte von den Beteiligten in der Versorgung kommuniziert werden, denn durch unterschiedliche Informationen entstehen erneute Diskussionen, die so vermieden werden können (Mistry et al., 2015).

Zugleich thematisiert Costello (2005) in seiner Arbeit den Informationsstatus der Patientinnen und Patienten. Er zeigt auf, dass Pflegenden Faktoren, wie eine fehlende Diagnose und Unsicherheiten bezüglich der Prognose, als Belastung für die Patientinnen und Patienten in der Sterbephase wahrnehmen (Costello, 2005). Folglich verdeutlicht Mistry et al. (2015), dass das interdisziplinäre Team für die Anleitung und Beratung bezüglich Veränderungen in der End-of-Life Care verantwortlich ist.

Entsprechend sollten körperliche und psychische Symptome der Finalphase den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen erklärt werden (Mistry et al., 2015). Dies inkludiert laut Mistry et al. (2015) die aktuellen Symptome der Patientinnen und Patienten als auch die möglichen Veränderungen im Laufe des Sterbeprozesses.

4.7. Erholsame Umgebung

In der Studie von Nakano et al. (2011) haben knapp 90% der Befragten die Gestaltung einer erholsamen Umgebung als Voraussetzung genannt, damit Patientinnen und Patienten in den letzten Lebenstagen Freude verspüren können. Außerdem berichten die Befragten, dass es Patientinnen und Patienten bevorzugen, wenn die Umgebung persönlicher gestaltet wird (Nakano et al., 2011). Dies inkludiert laut Nakano et al. (2011) beispielsweise die Dekoration mit persönlichen Gegenständen und Bildern. Dies helfe den Patientinnen und Patienten dabei, sich trotz der Krankenhausumgebung wie zuhause zu fühlen (Nakano et al., 2011). Auch Costello (2005) zeigt in seiner Arbeit auf, dass die Umgebung der Sterbenden einen hohen Stellenwert hat. Er klärt auf, dass Pflegende das Sterben im Patientenzimmer als Voraussetzung zu einem guten Sterbeprozess sehen. Das Sterben außerhalb der Station wurde von den Pflegenden dementsprechend als Faktor zum schlechten Sterben identifiziert (Costello, 2005).

5. Ergebnisse der Interviewanalyse

Im Folgenden werden die Inhalte der ausgewerteten Interviews mit den Pflegenden aufgezeigt. Zunächst werden die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase aus Sicht der befragten Pflegenden dargestellt. Anschließend wird beschrieben, wie Pflegende die Bedürfnisse Sterbender erkennen. Zuletzt werden die Restriktionen in der Pflege in der Finalphase durch die aktuellen Rahmenbedingungen aufgezeigt.

Die Analyse der Interviews lässt folgende Kategorisierung der Bedürfnisse zu: Angenehme Umgebung, Präsenz der Angehörigen, Nicht alleine sein, Versorgung der körperlichen Symptome, Den Abschluss finden, Ruhe. Diese Bedürfnisse werden in den folgenden Kapiteln beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews untermauert. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Pflegende die Individualität der Patientinnen und Patienten in der Finalphase beachten wollen. Dementsprechend sind die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht zu vergleichen, sondern als einzigartig anzusehen: *„[...] Bedürfnisse vergleichen, das geht ja überhaupt nicht, weil jeder ist einfach individuell und für den einen ist das [eine] ein Weltuntergang, für den anderen ist das [andere] ein Weltuntergang. Das kann man ja nicht miteinander vergleichen [...]“* (P1: 230-233).

5.1. Angenehme Umgebung

Dieses Bedürfnis umfasst zwei Aspekte. Zunächst nehmen Pflegende das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten in der Finalphase nach einer angenehmen räumlichen Gestaltung war, damit eine ruhige Atmosphäre herrschen kann. Im zweiten Punkt berichten Pflegende, wie der Einsatz von Hilfsmitteln der Vermittlung von Ruhe dienlich ist.

Die Pflegenden betonen das Bedürfnis nach Ruhe, welches in der Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase wahrgenommen wird: *„die haben ja [...] ein Bedürfnis nach Ruhe [...]“* (P1: 80-81). Folglich kommen die Pflegenden dem Wunsch nach Ruhe beispielsweise mit der Organisation eines Einzelzimmers nach. Dadurch können sich die Sterbenden mit den Aspekten beschäftigen, die für sie wichtig sind: *„[...] man nimmt den Nachbar-Patienten dann aus dem Zimmer raus, also dass da nicht noch irgendwelche anderen Angehörigen drin sind.“*

Sondern man beschränkt sich auf das wesentliche, was in dem Moment von Bedeutung sein könnte.“ (P1: 82-85). Außerdem wird das Übernachten von Angehörigen mit im Patientenzimmer möglich gemacht: „[...] da war denn der Sohn und die Schwiegertochter mit im Zimmer. Also die haben da geschlafen [...]“ (P1: 45-46).

Ferner wird der Einsatz von Hilfsmitteln mehrmals aufgeführt, um dem Ruhebedürfnis der Patientinnen und Patienten in der Finalphase nachzukommen. Die befragten Pflegenden möchten durch den Einsatz von Kerzen und Kristallsteinen für eine beruhigende Stimmung sorgen: „[...] [Ich] hatte noch Kerzen, offenes Licht darf man ja nicht, aber wir haben [...] diese Kristallsteine, die beruhigend wirken sollen [...]“ (P2: 45-47). Überdies setzen Pflegende auch beruhigende Musik ein, um für eine friedliche Atmosphäre zu sorgen: „[...] und hab auch noch eine beruhigende CD in den Kassettenrekorder gelegt [...]“ (P2: 47-48).

5.2. Präsenz der Angehörigen

Alle befragten Pflegenden berichten, dass sie das Bedürfnis Sterbender wahrnehmen, ihre Angehörigen um sich zu haben. Dieses Bedürfnis ist mit dem Bedürfnis „Nicht alleine sein“ verbunden (siehe 5.3). Folglich beschreibt Pflegende 1, dass die Patientinnen und Patienten in der Finalphase jemanden bei sich haben möchten. Sie nimmt den Wunsch nach der Anwesenheit von Angehörigen und körperlicher Nähe wie z.B. Handhalten wahr: „[Man deckt] die psychischen Bedürfnisse auch manchmal auch einfach durch das Dasein, also wie gesagt, Handhalten oder ermöglichen, dass die Angehörigen dabei sind [...]“ (P1: 101-103).

Grundsätzlich wird in der Pflege der Patientinnen und Patienten in der Finalphase deutlich, dass dem Umgang mit Angehörigen einen besonderen Stellenwert zugeschrieben wird. Die Pflege der Sterbenden erweitert sich vor allem in der Finalphase auch auf die Versorgung der Angehörigen: „Genau, es erweitert sich die Pflege sozusagen. Von der Pflege des Sterbenden zur Pflege der Familie sozusagen.“ (P1: 51-52). Folglich werden die Angehörigen durch die Pflegenden beispielsweise durch einen Anruf informiert, damit sie ihren sterbenden Angehörigen verabschieden und in den Tod begleiten können.

Pflegende 3 berichtet es folgendermaßen: *„Ganz oft haben wir auch Angehörige, die sagen 'können Sie uns bescheid sagen, wir kommen dann'. Die begleiten dann ihre Angehörigen mit in den Tod [...]“* (P3: 26-28). Ähnlich beschreibt Pflegende 2, dass die Angehörigen bei Zeiten informiert werden: *„[...] die Angehörigen waren nicht da, die waren aber informiert und sind dann im Frühdienst dazugekommen“* (P2: 23-25). Diesbezüglich wird es als herausfordernd beschrieben, festzustellen, wann der richtige Zeitpunkt zum Informieren der Angehörigen ist. Schließlich ist der Zeitpunkt des Sterbens häufig schwer vorauszusagen. *„Das ist ja manchmal auch nicht so absehbar, manchmal geht's schnell und manchmal nicht. [...] ganz oft ist es [...] so, dass es sich dann entweder noch ganz stark in die Länge zieht oder ähm, dass wenige Minuten dauert und dann gehen sie von uns.“* (P3: 64-69).

Überdies wird von einer Pflegenden herangetragen, dass manche Patientinnen und Patienten die Anwesenheit der Angehörigen abwarten. Weiter beschreibt Pflegende 3, dass sich der Zustand der Sterbenden schnell verschlechtern kann, sobald die Angehörigen vor Ort sind: *„Was ich auch ganz oft schon erlebt hab, ist, dass die Patienten warten. Also richtig warten. Und sobald die Angehörigen, [...] die Station betreten geht's schon rapide in Richtung Ende.“* (P3: 63-73).

Ferner deuten Pflegende darauf hin, dass der Umgang mit den trauernden Angehörigen in der Pflege von Sterbenden auch zur Herausforderung werden kann. Dafür ursächlich scheint unter anderem die bereits erwähnte Erweiterung der Pflege des Sterbenden auf die trauernden Angehörigen zu sein: *„da war denn der Sohn und die Schwiegertochter mit im Zimmer. [...] das war auch so die Herausforderung. Dass man nicht nur die Sterbende begleitet, sondern man begleitet die trauernden Angehörigen, die sozusagen den Tod der Mutter miterleben [...]“* (P1: 45-48). Diesbezüglich berichtet Pflegende 2 von einer Patientin in der Finalphase, wobei die Kommunikation mit ihren beiden Söhnen als problematisch dargestellt wird. Einer der Söhne war blind, der zweite Sohn hatte einen frühkindlichen Hirnschaden. Die Pflege konzentrierte sich folglich nicht nur auf eine Person, die Patientin, sondern schloss die Angehörigen ebenfalls mit ein. Schließlich empfand die Pflegende den Umgang mit den Angehörigen als bedrückend: *„[...] da waren sogar auch die Angehörigen dabei, zwei Söhne, einer war blind, der andere hatte frühkindliche Hirnschäden, also die Kommunikation mit den Angehörigen war dann auch sehr schwer.“*

[...] das war dann schon eine ganz andere Situation auch mit den Angehörigen umgehen zu müssen, weil normalerweise hat man nur die Patienten, um die man sich dann kümmert, was heißt nur, aber es ist nochmal [...] belastender [...] wenn die Angehörigen [...] auch dabei sind.“ (P2: 31-39).

Des Weiteren wird beschrieben, dass die Akzeptanz des Sterbens seitens der Angehörigen stagnieren kann, sobald das Sterben unmittelbar bevorsteht. In diesen Fällen schlagen Angehörige beispielsweise Therapiemaßnahmen vor, die zuvor nicht besprochen wurden. Pflgende 2 setzt dies in Zusammenhang mit den Verlustängsten der Angehörigen: *„[...] die [Angehörigen waren] erst auch ganz akzeptiert [...] mit der Situation und wenn's denn aber heißt, [...] es geht jetzt wirklich dem Ende zu [...] dann fahren die auch nochmal komplett hoch 'jetzt muss man irgendwas machen, jetzt brauch er doch noch eine Ernährung, weil der verhungert ja und hat ja gar nichts'. [...] [um] noch zu halten den Menschen vor den Verlustängsten.“ (P2: 164-171).* Ungeachtet dessen hat die Anwesenheit der Angehörigen auch positive Effekte. Beispielsweise thematisiert Pflgende 1, dass Angehörige für mehr Ruhe für die Patientinnen und Patienten in der Finalphase sorgen: *„Es war alles sehr unruhig. Und auch die Angehörigen kamen [...] dazu, die konnten ihn dann ein bisschen beruhigen [...]“ (P2: 94-95)*

Ferner wird erörtert, dass Pflgende das Bedürfnis wahrnehmen, dass Sterbende die Zeit mit ihren Angehörigen in Ruhe verbringen möchten. Folglich halten sich die Pflgenden soweit wie möglich zurück, während die Angehörigen vor Ort sind: *„[...] ich hab natürlich hauptsächlich die Angehörigen auch alleine bei ihr gelassen, bin natürlich ab und zu mal reingegangen [...]“ (P2: 44-45).* Weiter beschreibt Pflgende 2, dass sie die Verpflichtungen des Stationsalltags wahrnimmt, um den Patientinnen und Patienten mit deren Angehörigen Zeit zu geben, um das Sterben zu akzeptieren: *„Und ansonsten möchte ich es nicht Ignoranz nennen, aber teilweise muss man die denn auch gehen lassen und denen die Zeit lassen, das zu akzeptieren. So von meinerseits dann Ignoranz und den Alltag dann erstmal nebenbei laufen lassen.“ (P2: 176-179).* Zudem wird beschrieben, dass Pflgende die Angehörigen in die Pflege der Sterbenden mit einbeziehen.

Dies erfolgt beispielsweise bei der Körperwäsche oder Positionierung der Patientinnen und Patienten in der Finalphase: „[...] natürlich auch die Anwesenheit [der] Angehörigen mit einbeziehen, zum Beispiel in [...] eine Körperwäsche um das nochmal dem Patienten angenehm zu machen [...] wenn er dann doch Fieber bekommt oder Schmerzen hat, den [Patienten] mit den Angehörigen vielleicht sogar zu lagern, schön hinzulegen [...].“ (P2: 179-183).

5.3. Nicht alleine sein

Alle Pflegenden berichten, dass sie in der Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase das Bedürfnis wahrnehmen, nicht alleine sein zu wollen. Pflegende 3 fasst es folgendermaßen zusammen: „[...] einfach das jemand da ist, dass die nicht alleine sind, dass die merken, es ist jemand da, der kümmert sich, ich bin nicht alleine [...].“ (P3: 44-45). Diesbezüglich betont eine Pflegende, dass sie das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten wahrnimmt, jemanden bei sich zu haben, um nicht alleine zu sein. Folglich spricht sie, unabhängig von deren geistiger Verfassung, in der Versorgung mit den Sterbenden. Sie geht davon aus, dass die Patientinnen und Patienten in der Finalphase die Atmosphäre trotz Bewusstseins Einschränkungen wahrnehmen: „[...] mit dem Patienten, egal wo er sich mental befinden mag, natürlich auch sprechen. Also das ist natürlich wichtig. Er ist ja kein Stück Holz, nur weil er im Sterben liegt. [...] Das denke ich, ist auch ein Bedürfnis auf jeden Fall. Also ich denke schon, egal in welcher Phase die sich befinden, dass die das zumindest oder die Stimmung oder die Atmosphäre mitbekommen.“ (P1: 103-109).

Pflegende 2 beschreibt eine Situation, in der ein Patient in der Finalphase sehr unruhig wurde, wenn niemand anwesend war. Der Patient hat in seiner Unruhe sämtliche Kräfte mobilisiert, sobald er in seinem Zimmer alleine war. Dies verdeutlicht die Bedeutung der Anwesenheit einer Person bei Patientinnen und Patienten in der Finalphase: „[...] teilweise hat er wieder das ganze Bett auseinandergepflückt und wollte über die Bettgitter steigen, [wobei] er vorher gar nicht richtig laufen konnte geschweige denn sitzen konnte, also der [Patient hat] nochmal alles aus sich herausgeholt und das ist natürlich meistens passiert, wenn man den Raum wieder verlassen hat und er alleine war [...].“ (P2: 95-100).

Folglich wünscht sich Pflegende 3 für die Patientinnen und Patienten in der Finalphase eine Person, die dauerhaft anwesend ist, um das Gefühl des Alleinseins nicht aufkommen zu lassen: „[...] wenn man da nur sitzt und Händchen hält, zum Beispiel. [...] dass der Patient einfach weiß, da ist jemand, ich bin nicht alleine.“ (P3: 110-113). Schließlich würde sie gerne mehr für die Patientinnen und Patienten in der Finalphase da sein: „Ich würde gerne mehr Empathie zeigen. Zeigen, dass ich da bin, dass die nicht alleine sind.“ (P3: 31-32). Ferner weist Pflegende 2 auf die Situation hin, wenn die Anwesenheit von Angehörigen in der Finalphase nicht gegeben ist. Schließlich wird die Pflegende dadurch zur Bezugsperson des Sterbenden, so Pflegende 2: „[...] [die] Anwesenheit der Pflegekraft [...], die ja dann die Bezugsperson ist, wenn kein Angehöriger da ist.“ (P2: 87-88).

5.4. Versorgung der körperlichen Symptome

Grundsätzlich zeigt sich den Pflegenden die Versorgung der körperlichen Bedürfnisse pragmatischer als die anderen Bedürfnisse: „Aber klar, man befriedigt sag ich mal die körperlichen Bedürfnisse anders, würde ich sagen eher durch handwerkliches [...]“ (P1: 99-101).

Pflegende 1 führt Schmerzen, Übelkeit, Unruhe und Schwitzen als die wichtigsten körperlichen Beschwerden in der Finalphase auf: „also ich denke, am allerwichtigsten ist, dass sie schmerzfrei sind und dass [...] sämtliche andere Symptome, [z.B.] Übelkeit oder Unruhe [und] einige Patienten schwitzen dann ja auch ganz doll, dass man [...] versucht [diese Symptome] zu reduzieren, also das sind jetzt sozusagen mal die körperlichen Aspekte“ (P1: 75-78). Diesbezüglich führen die Pflegenden die Begleitung der medikamentösen Schmerztherapie mittels Morphin-Perfusor auf: „Gott sei Dank, was ja nicht selbstverständlich ist heutzutage, dass die denn auch einen Mo-Perfusor bekommen“ (P2: 18-19). So berichten die Pflegenden, dass der Morphin-Perfusor auch Atembeschwerden lindern kann. Als besonders hilfreich werden die Bolus-Gaben beschrieben, die bei Bedarf die Atemsituation erleichtern und die Positionierung angenehmer machen können: „Dann ist es ja auch ein Bedürfnis, was man fühlt, was die vielleicht haben könnten, sodass man dann vielleicht auch noch Bolus-Gaben geben kann, um es einfach zu erleichtern, die Atmung zu erleichtern. Wenn man merkt, dass sie erschwerter wird.“

Oder [...] [bei vielen Patienten] hat man ja auch das Gefühl, dass die Lunge dann so zuläuft, dass die Atmung einfach erleichtert ist, dass man [die Patienten] halt im Bett besser hinlegt [...]“ (P2: 76-82). Dabei kritisiert Pflegende 3 die Hemmung seitens der ärztlichen Kollegen hinsichtlich der Gabe starker Opiode. Dies empfindet sie als sehr belastend: „Dann sag ich 'ja, wollen wir denn nicht mal Morphin geben?' [...] also, ich bin jetzt mal knallhart ehrlich, die Ärzte wollen keine Totenscheine ausstellen und versuchen das dann immer damit zu kompensieren so 'nein, Morphin nicht geben, der muss jetzt noch diese Schicht sozusagen überleben' und schieben das so weiter. Und das ist ganz ganz schrecklich.“ (P3: 33-38).

Außerdem nennt Pflegende 3 die Wundversorgung, Verabreichung von Medikamenten, Überwachung der Beatmung und Mundpflege als weitere Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase auf der Intensivstation: „[...] hauptsächlich [habe ich mich] halt um die OP-Gebiete [...] gekümmert und halt um die Beatmung und laufende Medikamente, Mundpflege [...]“ (P3: 18-20). Bezüglich der Mundpflege berichtet sie, dass sie den Mund der Patientinnen und Patienten befeuchtet und reinigt, um der Mundtrockenheit vorzubeugen: „Ja sowas wie zum Beispiel mal den Mund auswaschen, wenn der so trocken ist, weil die ja dann oft durch den Mund atmen, wenn sie nicht gerade beatmet sind.“ (P3: 53-54).

Aufgrund der starken Schweißproduktion hat Pflegende 1 bei einer Patientin das Bedürfnis nach einem frischen Nachthemd wahrgenommen und dieses gewechselt. Als die Patientin im Verlauf verstarb, war die Pflegende erleichtert, vorher die Kleidung gewechselt zu haben: „[...] zum Beispiel die Patientin, von der ich erzählt habe, bevor sie eingeschlafen ist, hatten wir nochmal ganz vorsichtig, also, weil sie hatte sehr stark geschwitzt, versucht so ein bisschen Erfrischung und ihr ein neues Nachthemd angezogen und letztendlich war ich total froh, dass wir das in Anführungszeichen geschafft haben, bevor sie gestorben ist. Also, [...] sie war nicht nassgeschwitzt, sie war in einem sauberen Nachthemd [...]“ (P1: 85-90).

Zusätzlich nehmen Pflegende das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten in der Finalphase nach kleinen Gefälligkeiten wahr, beispielsweise Eis essen, Positionierung nach Wunsch, das Auflegen eines feuchten Waschlappens auf die Stirn: „[...] einfach mal was Gutes tun [...]“.

Mal einen nassen Lappen auf die Stirn legen oder so hinlegen, wie sie es gerne haben wollen. [...] oder ja, denen irgendwelche kleinen Gefälligkeiten tun, was die halt gerne noch haben würden, Eis essen oder was weiß ich [...]" (P3: 55-60).

5.5. Den Abschluss finden

Die befragten Pflegenden nehmen wahr, dass Patientinnen und Patienten in der Finalphase das Bedürfnis haben, einen Abschluss mit ihrem Leben zu finden.

Eine Pflegende deutet darauf hin, dass das Aufkommen von Angst bei Sterbenden ein Faktor ist, der mit dem Abschließen des Lebens zusammenhängen könnte. Diesbezüglich berichtet Pflegende 1 von einer ängstlichen Patientin. Es scheint, dass das nahende Lebensende der Patientin die Ursache der Angst gewesen sein könnte: *„Also ich denke, dass Angst ein ganz großer Faktor ist, ähm, da war die letzte Patientin [...] da wusste ich auch gar nicht, ist das jetzt die Angst vor dem Tod oder ist es die Angst vor den Schmerzen oder, einfach diese Angst, dass es zu Ende geht, also so. Ich denke, dass das ein ganz großer Faktor ist [...] als psychisches Bedürfnis dieses den Abschluss finden.“ (P1: 112-119).* Ähnlich setzt Pflegende 2 die Angst in Zusammenhang mit der Unsicherheit vor dem, was als nächstes geschieht. Diese Angst erkennt sie hauptsächlich in dem Verhalten der Patientinnen und Patienten: *„Ja, hauptsächlich [...] an dem Verhalten [...] erkennt man das, weil, ja wenn die so unruhig und umtriebig sind, dann zeigt mir das persönlich meistens, dass sie [...] Angst haben, vor dem was kommt, weil also ich glaube, man merkt das auch, was da passiert“ (P2: 109 – 112).*

Weiter beschreibt Pflegende 2, dass die Angst der Patientinnen und Patienten vor dem Sterben von den Pflegenden als wechselhaft wahrgenommen wird. Trotz einer akzeptierenden Einstellung gegenüber des Sterbens, kann diese Haltung innerhalb der Finalphase dennoch wieder umschlagen. In einem beschriebenen Fall der Pflegenden 2 ist die Angst mit Panikattacken einhergegangen, die besonders zur Nacht zum Einschlafen auftraten: *„Also diese Sterbephasen waren einmal komplett verrückt eigentlich, also am Anfang wurde mir übergeben, die [Patientin] weiß das, die ist damit, mit sich im Reinen, [...] [im Verlauf hat] sie denn auch Panikattacken bekommen und besonders in der Nacht, weil die Angst hatte zu schlafen, weil sie Angst hatte nicht wieder aufzuwachen und weil sie dann doch Angst hatte was passiert.“ (P2: 62-67).*

Ferner wird das Bekanntsein einer Prognose im Interview einer Pflegenden thematisiert. Pflegende 1 schätzt es für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen als belastend ein, wenn die Prognose ungewiss ist. Diese Problematik erlebt sie als Herausforderung: *„Und ähm, gerade wenn das so diese bösartigen Erkrankungen sind, weiß man das ja häufig bis zuletzt nicht, wie die Prognose, kann man ja schlecht sagen. [...] diese ganze Ungewissheit belastet ja nicht nur den Patienten, sondern das ganze Umfeld und das habe ich schon als, ja, Herausforderung erlebt.“* (P1: 62-67). Zudem beschreibt Pflegende 2, dass es in der Finalphase zu Schuldzuweisungen von Patientinnen und Patienten gegenüber des Ärzte- und Pflegeteams kommen kann. Als Grund dafür nennt Pflegende 2 die verschiedenen Sterbephasen, in denen es auch zu Aggressionen kommen kann: *„Mit dem ungnädig sein meine ich, dass viele dann ja auch die Schuld auf die Pflege oder Ärzte zuweisen, dass sie jetzt betroffen sind [...], dass sie jetzt sterben müssen, weil der Krebs sie jetzt genommen hat und das daran ja hauptsächlich die Ärzte Schuld sind und die Pflegekräfte [...]. Das ist diese Sterbephase, [...] in der [...] sie es nicht akzeptieren, und die Aggression auch rauskommt.“* (P2: 124-131). Dieser Herausforderung begegnet sie beispielsweise mit dem Angebot und Vermitteln von Gesprächen mit Pflegenden, den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten oder Seelsorgerinnen oder Seelsorger: *„Vielleicht irgendwie noch ein Beratungstermin anbietet oder vielleicht auch die Seelsorge informiert und dass die dazu kommt oder nochmal die Ärzte bittet, nochmal mit denen zu sprechen [...]“* (P2: 139-141).

5.6. Ruhe

Das Bedürfnis nach Ruhe überschneidet sich in einigen Teilen mit dem bereits beschriebenen Bedürfnis „den Abschluss finden“ (siehe 5.5).

Wie bereits beschrieben, deutet Pflegende 1 darauf hin, dass das Aufkommen von Angst bei Patientinnen und Patienten ein Faktor ist, der mit dem Abschließen des Lebens gekoppelt sein könnte (siehe 5.5). Dementsprechend versucht Pflegende 2 auf verschiedene Wege Ruhe zu vermitteln. Zum einen gibt sie den Patientinnen und Patienten Zeit für sich und sorgt dafür, dass sie Einzelzimmer für sich haben.

Zum anderen versucht sie für die Patientinnen und Patienten da zu sein und bietet Musik an, wobei dies nicht bei jedem Sterbenden beruhigend wirkt: *„Aber da hab ich denn möglichst versucht halt bei ihm zu sein und möglichst lange auch ihm Zeit zu geben, [...] und [ich habe es] auch wieder mit der Musik versucht, was auch nicht bei jedem hilft [...]. Ich habe das Zimmer dann gesperrt, dass er denn auch alleine lag, ja.“* (P2: 100-104). Folglich macht Pflegende 2 Angebote wie Aromatherapie abhängig vom Ruhebedürfnis der Patientinnen und Patienten in der Finalphase. Besonders bei Sterbenden, die unruhig scheinen, ist Aromatherapie hilfreich, so Pflegende 2 weiter: *„Und da ist es halt unterschiedlich, je nachdem wie sie sich verhalten, was man denen anbietet, manchmal wäscht man sie nochmal ab oder bisschen mit Lavendel beträufeln, einfach zur Beruhigung, was auch bei dem Umtriebigen gut geholfen hat auf die Aromapflege ein bisschen zurückzugreifen, ja.“* (P2: 117-121).

5.7. Erkennen der Bedürfnisse

Im vorherigen Kapitel wurde beschrieben, welche Bedürfnisse Patientinnen und Patienten in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden haben. Allerdings müssen die Bedürfnisse zunächst durch die Pflegenden identifiziert werden. Im folgenden Kapitel wird das Erkennen der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase durch die Pflegenden thematisiert. Bezüglich einzelner Bedürfnisse wurde in den vorherigen Kapiteln bereits aufgezeigt, wie Pflegende diese erkennen. Grundsätzlich scheint das Erkennen der Bedürfnisse durch folgende Aspekte zu erfolgen: Vorwissen über die Patientinnen und Patienten, Eigene Intuition sowie Patientenbeobachtung. Entsprechend dieser Punkte gliedert sich das folgende Kapitel.

5.7.1. Vorwissen über die Patientinnen und Patienten

Die Pflegenden berichten, dass das Vorwissen über die Patientinnen und Patienten eine Hilfe ist, die Bedürfnisse zu erkennen. Demzufolge erleichtert es die individuelle Pflege in der Finalphase, wenn die Vorlieben und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten bereits bekannt sind: *„[...] es hilft natürlich, wenn man die Patienten kennt, bevor sie sozusagen in die finale Phase übergehen. Also das man schon irgendwie das Wesen zumindest so ein bisschen kennengelernt hat und im Idealfall worauf sie Wert legen.“*

Das man davon [...] ausgeht und [...] weitermacht.“ (P1: 135-138). Diesbezüglich führt Pflegende 1 die Bezugspflege auf, da Patientinnen und Patienten so von vorherigen Aufenthalten bekannt sein können: „Ja, also sie lag in meinem Bereich, wir haben Bezugspflege und ich kannte sie auch von ihrer ersten OP noch [...]“ (P1: 31-32).

Zusätzlich, so informiert Pflegende 1, können weitere Anhaltspunkte in der Umgebung der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, beispielsweise Fotos von Angehörigen: *„ich würde auch sagen einfach, das, was man halt von den Patienten schon kennt [...] Oder haben die irgendwelche Dinge auf dem Nachtschrank, also die eine Patientin hatte jetzt beispielsweise, ähm, so ein Bild von ihrem Mann, ich glaube, der war auch schon verstorben, so ähm, dass man sowas berücksichtigt [sodass man] [...] mit dem geht, was man da in der Umgebung hat“ (P1: 163-172).*

5.7.2. Eigene Intuition

Alle Pflegenden weisen darauf hin, dass die eigene Intuition hilfreich ist, um die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase zu erkennen: *„So ein bisschen die Intuition sag ich mal.“ (P1: 153). Neben der Intuition wird auch das eigene Gefühl der Pflegenden als Anhaltspunkt genommen, um Bedürfnisse der Sterbenden wahrzunehmen: „Dann ist es ja auch ein Bedürfnis, was man fühlt, was die vielleicht haben könnten [...]“ (P2: 76-77), „[...] wenn ich das Gefühl [habe], also [es] ist halt auch so ein bisschen gefühlsmäßig.“ (P3: 95-96).*

Überdies werden die eigenen Vorstellungen und Wünsche, die die Pflegenden hinsichtlich des eigenen Sterbens haben, in die Pflege involviert. Als Beispiel nennt Pflegende 1 den Umgang mit Berührungen im Gesicht. Schließlich berührt sie die Patientinnen und Patienten in der Finalphase nicht im Gesicht, da sie es selbst auch nicht wollen würde: *„So gerade die psychischen Bedürfnisse am Ende, das sind ja häufig Dinge, wo ich so selber überlege, wie würde ich mir das so wünschen. Also das man dann so ein bisschen von sich auf andere schließt und versucht möglichst Nähe und Distanz so abzapfen, also zum Beispiel, was ich persönlich ganz furchtbar finde, wenn so Sterbenden dann ins Gesicht, also die Wange [...] [gestreichelt wird], das mag für den einen toll sein, aber für den anderen ist das vielleicht auch eine Grenzüberschreitung so.“ (P1: 140-147).*

Zusätzlich erwähnt Pflegende 3, dass die Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden der Wahrnehmung der Bedürfnisse dienlich sind: *„Ja, und ansonsten geht das eigentlich echt so über Erfahrungen [...]“* (P3: 158-159).

5.7.3. Patientenbeobachtung

Die Patientenbeobachtung gibt laut der Pflegenden ebenfalls Aufschluss über die Bedürfnisse der Sterbenden. Zunächst werden laut der Pflegenden Bedürfnisse durch das Verhalten der Patientinnen und Patienten identifizierbar. Beispielsweise erkennt Pflegende 2 die Angst von Patientinnen und Patienten durch unruhiges Verhalten: *„Ja, hauptsächlich auch an dem Verhalten eigentlich, erkennt man das, weil, ja wenn die so unruhig und umtriebiger sind, dann zeigt mir das persönlich meistens, dass sie sehr ähm, dass sie Angst haben, vor dem was kommt, weil also ich glaube, man merkt das auch, was da passiert.“* (P2: 109–112).

Auch Pflegende 1 bestätigt, dass die Bedürfnisse der Sterbenden durch die Beobachtung der Patientinnen und Patienten erkenntlich werden. Die Patientenbeobachtung ist in der Pflege von Sterbenden, die in der verbalen und nonverbalen Kommunikation eingeschränkt sind, besonders notwendig. Der Umgang mit Sterbenden, die in ihrer Mitteilungsfähigkeit eingeschränkt sind, wird von den Pflegenden als herausfordernd beschrieben: *„[...] dass, was ich am herausforderndsten fand, war, dass sie sich nicht mehr äußern konnte. Also das es ihr nicht mehr möglich [war, sich] verbal sozusagen mitzuteilen [...] sie konnte es nicht mehr aktiv machen, sondern man musste wirklich sozusagen ähm, durch die Patientenbeobachtungen [...] machen.“* (P1: 38-43). Ergänzend verweist Pflegende 3 auf die Beobachtung der Patientinnen und Patienten während der pflegerischen Tätigkeiten. Als Beispiel nennt sie die Mimik der Sterbenden während der Positionierung: *„[...] wenn ich sie drehe und lagere und die verziehen so das Gesicht, dann weiß ich natürlich, die haben Schmerzen, dann gebe ich denen auch was [...]“* (P3: 97-98).

Weiter erklärt Pflegende 3, dass sie Bedürfnisse von Sterbenden auch durch offensichtlichere Aspekte wie Zustand der Haut, der Zähne und des Mundes identifizieren kann: *„Vieles sehe ich, also es ist halt einsehbar, wie zum Beispiel, die ganzen offenen Stellen, die Dekubiti, Mundstatus oder Zahnstatus sagt ja auch viel aus, [...] also viel über Beobachtung einfach.“* (P3: 156-158),

„Naja, es gibt [...] Anzeichen, die man halt einfach sieht, wie trockener Mund oder sowas [...]“ (P3: 80-81). Auch die Vitalzeichen, insbesondere Blutdruck, führt Pflegende 3 als weitere Informationsquelle bezüglich des Befindens der Patientinnen und Patienten auf: „Ja, wenn die sich zum Beispiel nicht äußern können, was jetzt zum Beispiel Schmerzen betrifft, sehe ich es ja auch einfach am Blutdruck, so die sind ja am Monitor bei uns.“ (P3: 93-95). Überdies wird beschrieben, dass das Erfragen der Bedürfnisse hilfreich sei, um die Wünsche der Patientinnen und Patienten zu erfassen: „[...] ich mein, ich kann die natürlich auch fragen, wenn es möglich ist, wenn die antworten können [...]“ (P3: 81-82).

5.8. Restriktion in den Rahmenbedingungen

Die Pflegenden thematisieren in den Interviews häufig die aktuellen Rahmenbedingungen in der Pflege im Krankenhaus. Grundsätzlich ist laut Pflegende 1 die individuelle Pflege von Patientinnen und Patienten, die palliativ behandelt werden, kaum möglich. Obwohl sich Pflegende 1 Mühe gibt, ist die Pflege im Stationsalltag kaum zu bewältigen. Ein Grund dafür ist die hohe Zahl der Patientinnen und Patienten. Die Stationsklingel schaltet die Pflegende teilweise, wenn sie im Patientenzimmer ist, auf stumm, um sich für die Patientinnen und Patienten mehr Zeit zu nehmen: „[...] man gibt sich sehr viel Mühe einen palliativen Patienten richtig zu betreuen, aber im Stationsalltag, wo man dreißig andere Patienten hat und im Hintergrund immer die Klingel ist, also die macht man dann schon gar nicht mehr an, damit man wenigstens dann in dem Moment im dem Zimmer ist, das ist eigentlich kaum möglich, dass so richtig zu gestalten.“ (P1: 120-124). Darüber hinaus verdeutlicht Pflegende 3, dass die zusätzlichen Aufgaben, wie Notfallversorgungen neben der Patientenversorgung, die Situation weiter verschärfen. Durch die zusätzlichen Verpflichtungen kann sie die Aufgaben, die den Beruf der Pflegenden eigentlich ausmachen, nicht ausführen: „Wenn da irgendwie der Notfallpieper losgeht, dann kann ich da nicht am Bett stehen und ja, kann eigentlich gar nicht der Tätigkeit nachgehen, wofür mein Beruf eigentlich gemacht ist, sondern muss mich dann halt um den Notfall kümmern und alles andere bleibt quasi liegen.“ (P3: 47-51).

Weiter beschreibt Pflegende 3, dass eine individuelle Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase durch Zeitmangel kaum möglich ist. Sie benötigt für die Pflege in der Finalphase mehr Zeit: *„Also man hat einfach keine Zeit, sich um solche Patienten zu kümmern, so wie sie es eigentlich haben müssten oder gebrauchen würden.“* (P3: 23-24). Der Zeitmangel in der Begleitung im Sterbeprozess scheint für sie sehr belastend zu sein: *„Und das ist schrecklich.“* (P3: 29).

Aufgrund des Zeitmangels wünscht sich Pflegende 3 eine zusätzliche Person, die für die Patientinnen und Patienten in der Finalphase da ist, damit diese nicht allein sind. Dabei ist ihr bewusst, dass dies grundsätzlich Aufgabe der Pflegenden ist. Eine anhaltende Präsenz der Pflegenden ist aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen nicht möglich, daher würde die zusätzliche Person der Kompensation dienen: *„also ich würde es, glaube ich, ganz gut finden, wenn es extra Menschen geben würde, weil die Pflege kann's jetzt zum aktuellen Zeitpunkt nicht kompensieren, wenn es extra Menschen geben würde [...], die einfach da sind und die sich dann um die Dinge kümmern, die wir eigentlich machen müssten.“* (P3:104-108). Dieser Wunsch resultiert aus der aktuellen Arbeitsbedingungen, schließlich würde Pflegende 3 gerne selbst für die Patientinnen und Patienten da sein: *„also das ist natürlich auf die aktuelle Situation [bezogen]. Schöner wär's natürlich, wenn die Pflegekraft das selber machen könnte.“* (P3: 119-120). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die aktuellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus von Zeitmangel, hohen Patientenzahlen sowie zusätzlichen Aufgaben wie Notfallversorgung neben dem Stationsalltag geprägt sind.

Zudem führt Pflegende 1 aus, dass es schwer ist, sich neben den Aufgaben im Stationsalltag den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten im Sterbeprozess zu widmen. Auch wenn das Wissen hinsichtlich der Bedürfnisse bekannt sei, machen es die Rahmenbedingungen schwer, auf diese einzugehen: *„[...] ich denke, dass das schwierig ist, gerade wenn man sich eben sehr gehetzt fühlt und sehr viele andere Verpflichtungen hat im Stationsalltag, die ja dann nach hinten lassen, weil man muss ja Prioritäten setzen. Das ähm, ist schwierig da auf Bedürfnisse von Sterbenden einzugehen, ähm, selbst wenn man das wüsste wie es geht, einfach das die Umstände das schwierig machen.“* (P1: 198-202). Schließlich bringt der zeitliche Druck laut Pflegende 1 auch Konsequenzen für die Angehörigen hinsichtlich des Verabschiedens mit sich.

Der zeitnahe Patientenwechsel nach dem Versterben einer Patientin oder eines Patienten, löst Zeitdruck aus. Sie schätzt, dass in anderen Institutionen wie im Hospiz mehr Zeit zum Verabschieden zur Verfügung steht: *„[...] also im Hospiz weiß ich nicht, aber ich stell es mir so vor, dass die da halt nicht so nach fünfzehn Minuten auf die Uhr gucken und sagen 'so, jetzt aber Bett frei machen für den nächsten'. Das [...] macht so dieses Abschiednehmen für die Angehörigen häufig glaube ich nicht leicht.“* (P1: 187-190).

Ferner beschreibt Pflegende 1, dass Pflegende durch die aktuellen Gegebenheiten einen Mangel an Empathie entwickeln. Dabei ist ihr bewusst, dass die Empathie in der Pflege unerlässlich ist: *„man fällt dann in einen Zustand, der so nicht mehr viel mit Empathie und so zu tun hat, der, denk ich, sehr notwendig ist, gerade im Pflegeberuf [...]“* (P1: 223-225). Weiter führt sie aus, dass die Rahmenbedingungen die Pflegenden dazu zwingen, die eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen: *„[...] seine eigenen Bedürfnisse, die haben da kein Platz mehr [...].“* (P1: 260-261). Zusätzlich kann es dazu kommen, dass Pflegende die Bedürfnisse der Sterbenden verharmlosen. Schließlich ist es durch die aktuellen Bedingungen schwer, die Patientinnen und Patienten würdig zu begleiten: *„Aber wenn man denn schon anfängt, die Bedürfnisse der Patienten so ähm, runterzuspielen [...], dann kann man ja nicht mal mehr den Patienten gerecht werden, also sich selbst ganz zu schweigen.“* (P1: 261-264).

Entsprechend führt Pflegende 1 zwei Möglichkeiten auf, um mit den Rahmenbedingungen und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten umzugehen. Als erste Möglichkeit sieht sie die Durchführung der Pflege, wie es ihr Anspruch ist. Allerdings geht dies aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen mit einer hohen mentalen Belastung der Pflegenden einher. Als zweite Möglichkeit führt sie gleichgültiges Verhalten gegenüber der Patientinnen und Patienten auf: *„[...] man hat dann so zwei Möglichkeiten. Entweder man versucht seinen Ansprüchen gerecht zu werden und geht dabei selbst so ein Stück weit kaputt, weil man kann es nicht aushalten, es geht nicht. Oder man stumpft ab.“* (P1: 217-219). Daraus zog Pflegende 1 ihre Konsequenzen. Sie wechselte den Arbeitsbereich: *„Das ist halt auch der Grund, warum ich nicht mehr auf Station arbeite.“* (P1: 204).

Dieser Wechsel resultierte laut der Pflegenden aus dem Missstand der Arbeitsbedingungen, die bei ihr mit einer hohen mentalen Belastung einhergingen: *„Einfach aus der Not heraus, dass ich das selber nicht mehr aushalten konnte, diesen anderen Weg nicht mehr gehen konnte“* (P1: 236-238). Pflegende 1 schien sich aus mehreren Gründen einen anderen Arbeitsbereich gesucht zu haben. Zum einen hatte sie nach der Arbeit viel darüber nachgedacht, welche Tätigkeiten sie noch hätte ausführen wollen und was sie vergessen hatte. Hinzu kamen die Überstunden. Darüber hinaus empfand sie es als belastend, die Patientinnen und Patienten wegen Zeitmangel enttäuschen zu müssen. Wenn ihr gegenüber Gesprächsbedarf geäußert wurde und das Gespräch auch im Nachhinein aus Zeitmangel nicht stattfinden konnte, war es für sie scheinbar sehr bedrückend: *„Also dieses nie rechtzeitig nach Hause gehen, immer nach Hause gehen und darüber nachdenken, was man alles nicht geschafft hat und was man eigentlich noch machen wollte und [...] Patienten enttäuschen müssen, weil man keine Zeit hat. Wenn man mal sagt, 'ich komm nachher nochmal und rede dann nochmal drüber, ich nehme mir Zeit für sie' und man schafft es dann nicht. Also da, da geht man ja kaputt. Also ist irgendwie eine total blöde Situation.“* (P1: 238-244).

Pflegende 1 kann die Ansprüche der Pflege, die sie gerne durchführen würde, nicht erfüllen. Sie vergleicht ihre Situation mit einer metaphorischen Tür. Sie fühlt sich durch die aktuellen Gegebenheiten wie in einer sich schließenden Tür, wobei sie dazwischensteht: *„[...] was man machen möchte, [dem] kann man nicht gerecht werden durch diese ganzen Rahmenbedingungen und [...] man fühlt sich [wie in so einer] Tür, die eigentlich zugedrückt wird, aber man ist noch so dazwischen.“* (P1: 213-216). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Pflegenden im Konflikt mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, den aktuellen Rahmenbedingungen in der Pflege und sich selbst stehen.

6. Diskussion

Es folgt die Zusammenfügung der Ergebnisse der Literatur- und Interviewauswertung. Um die eingangsgestellten Fragen „Welche Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden? Wie erkennen Pflegende diese?“ zu beantworten, teilt sich die Diskussion in drei Hauptpunkte. Zunächst werden die Ergebnisse der Literaturanalyse und Interviewauswertung bezüglich der ersten Untersuchungsfrage diskutiert, d.h. hinsichtlich der Einheitlichkeit und Diskrepanz der aufgezeigten Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Im Anschluss folgt die Diskussion der zweiten Untersuchungsfrage, d.h. des Erkennens der Bedürfnisse der Sterbenden durch die Pflegenden. Zuletzt werden die Ergebnisse auf die Restriktionen durch die aktuellen Rahmenbedingungen bezogen und erörtert.

Bezüglich der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase ist grundsätzlich festzustellen, dass sich die Inhalte der herausgearbeiteten Bedürfnisse in der Literatur- und Interviewanalyse überschneiden, da eine klare Abgrenzung teilweise schwer ist. Beispielsweise ist eine klare Abgrenzung zwischen den Bedürfnissen „Ruhe“ (siehe 5.6) und „den Abschluss finden“ (siehe 5.5), die in den Interviews beschrieben wurden, kaum möglich. Grund dafür sind die thematischen Ähnlichkeiten der Bedürfnisse.

Zunächst wird dargestellt, welche Bedürfnisse in der Literatur und in den Interviews ähnlich oder einheitlich beschrieben wurden. In der Literatur wurde „körperliches Wohlbefinden“ als ein Bedürfnis von Patientinnen und Patienten beschrieben (siehe 4.2). Das körperliche Wohlbefinden hängt laut Kim und Lee (2003), Mistry et al. (2015) und Volker et al. (2004) unmittelbar mit der Schmerz- bzw. Symptomlast der Patientinnen und Patienten zusammen. Auch die befragten Pflegenden äußerten, dass die „Versorgung der körperlichen Symptome“ von hoher Bedeutung ist (siehe 5.4). Schließlich schätzt Pflegende 1 die körperlichen Aspekte als am Wichtigsten ein. Folglich ist die Versorgung der körperlichen Aspekte ein Bedürfnis, welches sowohl in der Literatur als auch in der Praxis von hoher Bedeutsamkeit ist.

Überdies wird in der Literatur das „Einbeziehen der Angehörigen“ als ein Bedürfnis Sterbender erläutert (siehe 4.3). Aus den Studien von Kim und Lee (2003), Kristjanson et al. (2001) und Costello (2005) wird ersichtlich, dass eine gute Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen als Voraussetzung für ein gutes Sterben gesehen wird. Im Einklang damit berichten alle befragten Pflegenden, dass sie das Bedürfnis der „Präsenz der Angehörigen“ bei Sterbenden wahrnehmen (siehe 5.2). Obwohl das Einbinden der Angehörigen positive Effekte auf die Patientinnen und Patienten haben kann, wird der Umgang in besonderen Situationen auch als herausfordernd beschrieben. Die Anwesenheit und das Einbeziehen der Angehörigen ist folglich ein Bedürfnis, welches ebenfalls in der Literatur als auch in der Praxis wahrgenommen wird.

Ein weiteres Bedürfnis, welches in der Literatur und in der Praxis wiedergegeben wird, ist die Gestaltung der Umgebung. Nakano et al. (2011) zeigen auf, dass eine „erholsame Umgebung“ als Voraussetzung genannt wird, damit Patientinnen und Patienten in den letzten Lebenstagen Freude verspüren können (siehe 4.7). Die Krankenhausumgebung kann beispielsweise mit Hilfe von eigenen Gegenständen und Bildern persönlicher gestaltet werden (Nakano et al., 2011). In der Praxis wird das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten in der Finalphase nach einer „angenehmen Umgebung“ durch räumliche Gestaltung wahrgenommen (siehe 5.1). Darüber hinaus versuchen die Pflegenden durch den Einsatz von Hilfsmitteln eine ruhige Atmosphäre zu schaffen. Grundsätzlich wird das Bedürfnis nach einer erholsamen, angenehmen Umgebung in der Literatur und in der Praxis wahrgenommen, wobei die praktischen Hinweise voneinander abweichen.

Ferner wird in der Literatur beschrieben, dass Pflegende das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten in der Finalphase nach einer „Vorbereitung auf das Sterben“ wahrnehmen (siehe 4.4). Costello (2005) und Kim und Lee (2003) weisen auf, dass Pflegende die Vorbereitung auf das Sterben als ein Faktor sehen, der zu einem guten Sterbeprozess für alle Beteiligten führt. Außerdem gibt die Studienlage her, dass Pflegende das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach „Akzeptanz und Autonomie“ wahrnehmen (siehe 4.5). Die Akzeptanz des Sterbens wird laut Costello (2005) und Kristjanson et al. (2001) als einen Faktor beschrieben, der zu einem guten Sterben führt.

Der Wunsch nach Autonomie ist laut Buzgova et al. (2014) das zweitwichtigste Bedürfnis von Patientinnen und Patienten in der Finalphase. In der Praxis wird ein ähnliches Bedürfnis von den Pflegenden wahrgenommen. Die Pflegenden deuten auf das Bedürfnis von Sterbenden „den Abschluss finden“ hin (siehe 5.5). Eine Pflegende verweist darauf, dass die Angst von Patientinnen und Patienten ein Faktor ist, der mit dem Abschließen des Lebens zusammenhängen könnte. Die Bedürfnisse „Vorbereitung auf das Sterben“ (siehe 4.4), „Akzeptanz und Autonomie“ (siehe 4.5) und „den Abschluss finden“ (siehe 5.5) ergänzen sich inhaltlich. Punkte, die die „Vorbereitung auf das Sterben“ (siehe 4.4) beinhalten, sind im Bedürfnis „den Abschluss finden“ (siehe 5.5) inkludiert. Die Berücksichtigung der Selbstbestimmung und individuellen Wertvorstellungen spiegeln sich ebenfalls im Bedürfnis nach „Akzeptanz und Autonomie“ (siehe 4.5) wider, welche auch Inhalt des Bedürfnisses „den Abschluss finden“ (siehe 5.5) sind.

Im Folgenden werden die Bedürfnisse aufgezeigt, die in der Praxis und Literatur widersprüchlich bzw. weniger einheitlich beschrieben werden. In Zuge dessen wird die Diskrepanz zwischen der Studienlage und der Praxis dargestellt. Die Pflegenden betonten häufig das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach „Ruhe“ (siehe 5.6). Dies schließt sowohl die räumliche Ruhe als auch beruhigende Maßnahmen wie Aromatherapie ein. Die Studienlage integriert das Bedürfnis nach Ruhe in andere Bedürfnisse, beispielsweise „erholsame Umgebung“ (siehe 4.7) und „Vorbereitung auf das Sterben“ (siehe 4.4).

Darüber hinaus wurde durch die Interviewanalyse deutlich, dass den Pflegenden das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten „nicht alleine sein“ bewusst ist (siehe 5.3). Wenn das Bedürfnis nach der „Präsenz der Angehörigen“ (siehe 5.2) erfüllt ist und somit das Bedürfnis „nicht allein sein“ (siehe 5.3) gedeckt ist, betonten die Pflegenden zusätzlich, dass die Anwesenheit einer Person in der Finalphase von großer Bedeutung ist. Es lässt sich vermuten, dass die Pflegenden das Bedürfnis nach der Präsenz einer Person aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen mehrmals erwähnten.

Ein weiteres Bedürfnis, welches nicht einheitlich dargestellt wurde, ist der Wunsch nach „4.5. Information und Beratung“ (siehe 4.6). Mistry et al. (2015) und Costello (2005) thematisieren den Informationsstatus der Patientinnen und Patienten.

Durch die Deckung des Bedürfnisses nach Information und Beratung werden laut der Autoren Unsicherheiten und Missverständnisse umgangen. Zusätzlich ergab die Literaturanalyse, dass die „Vorbereitung auf das Sterben“, wie bereits beschrieben, ein Bedürfnis Sterbender ist (siehe 4.4). Obwohl sich die Bedürfnisse „Vorbereitung auf das Sterben“ (siehe 4.4) und „Information und Beratung“ (siehe 4.6) teilweise überschneiden, wird grundsätzlich deutlich, dass dieser Bereich in der Literatur von hoher Bedeutung ist. In der Interviewanalyse wurden diese Aspekte vergleichsweise wenig thematisiert, obgleich einige Punkte in das Bedürfnis „den Abschluss finden“ einzugliedern sind (siehe 5.5). Es lässt sich vermuten, dass die Diskrepanz zwischen Literatur und Praxis zumindest teilweise den aktuellen Arbeitsbedingungen in der Pflege im Krankenhaus geschuldet ist.

Insgesamt wurden die Bedürfnisse in den Studien ähnlich beschrieben, obwohl die verwendete Literatur aus dem Ausland stammt. Auch Kim und Lee (2003) fassen zusammen, dass mehrere internationale Studien, die sich mit den Vorstellungen vom guten Sterben befasst haben, trotz des kulturellen Unterschiedes ähnliche Kategorien herausgearbeitet haben. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich die Vorstellungen von gutem Sterben nicht maßgeblich kulturell unterscheiden (Kim und Lee, 2003). Zusätzlich haben sie in ihrer Studie die von den Pflegenden aufgeführten Aspekte, die zum guten Sterben führen, mit den Beschreibungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten verglichen. Die genannten Aspekte aus den unterschiedlichen Perspektiven stimmen laut Kim und Lee (2003) überein. Folglich decken sich die Aussagen der Pflegenden mit den Aussagen der Patientinnen und Patienten, vermutlich da die Berufsgruppe der Pflege sehr nah an den Patientinnen und Patienten ist (Kim und Lee, 2003).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der zweiten Untersuchungsfrage diskutiert. Aus der Studienlage werden keine Informationen bezüglich des Erkennens der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase gegeben. Obgleich die verwendete Literatur die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten beschreiben, werden wenig Hinweise gegeben, wie Pflegende diese Bedürfnisse erkennen können. Als Beispiel sei hier die Studie von Kim und Lee (2003) genannt. Den Stellenwert der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase wird in der Studie von Buzgova et al. (2014) mittels eines Assessment-Instruments (Patient Needs Assessment in Palliative Care – PNAP) untersucht.

Zusätzlich wird anhand des Fragebogens ermittelt, welche Bedürfnisse von den Patientinnen und Patienten als ungedeckt wahrgenommen werden (Buzgova et al., 2014). Hierbei handelt es sich jedoch nicht um Hinweise oder Hilfsmittel, die den Pflegenden dienen, um die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase identifizieren zu können.

Im Unterschied dazu haben die Pflegenden in den durchgeführten Interviews beschrieben, was ihnen dabei hilft, die Bedürfnisse der Sterbenden einschätzen zu können. Die Pflegenden nennen vereinzelt praktische Hinweise, wie die Beobachtung der Mimik bei der Positionierung um die Schmerzsituation einzuschätzen. Dennoch werden insgesamt wenig konkrete Hinweise beschrieben wie Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten identifiziert werden können. Jedoch wird deutlich, welche Aspekte den Pflegenden dabei helfen, Bedürfnisse zu erkennen. Das „Vorwissen über die Patientinnen und Patienten“ (siehe 5.7.1), die „Eigene Intuition“ (siehe 5.7.2) und die „Patientenbeobachtung“ (siehe 5.7.3) dienen laut den Pflegenden dem Erkennen der Bedürfnisse. Grundsätzlich wird deutlich, dass die Bedürfnisse sehr individuell sind, sodass diese nicht zu vergleichen oder zu verallgemeinern sind. Demzufolge lässt sich vermuten, dass die Pflegenden aufgrund der Individualität der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten wenig konkrete Hinweise dargestellt haben.

Überdies werden die „Restriktion in den Rahmenbedingungen“ als zentraler Punkt aus der Interviewanalyse herausgearbeitet (siehe 5.8). Unter anderem führt der Zeitmangel, die hohe Patientenzahl und die zusätzlichen Aufgaben im Stationsalltag dazu, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten weniger aktiv wahrgenommen werden. Außerdem führen die aktuellen Gegebenheiten zu einem Mangel an Empathie seitens der Pflegenden. Die Situation scheint für die Pflegenden durch die Rahmenbedingungen sehr belastend zu sein.

Als Resultat werden zwei Möglichkeiten beschrieben, wie Pflegende mit den aktuellen Gegebenheiten umgehen. Zum einen wird gleichgültiges Verhalten der Pflegenden gegenüber den Patientinnen und Patienten genannt, sodass die Situation der Sterbenden weniger aktiv wahrgenommen und entsprechend reagiert wird.

Zum anderen wird die adäquate Durchführung der Pflege beschrieben, die allerdings mit einer hohen mentalen Belastung der Pflegenden verbunden ist, da die Pflegenden dann ihren eigenen Bedürfnissen nicht gerecht werden können. Schließlich wechselte eine der drei befragten Pflegenden ihren Arbeitsbereich, da sie die Versorgung der Patientinnen und Patienten unter den aktuellen Arbeitsbedingungen ethisch nicht vertreten konnte. Aus der Interviewanalyse wird deutlich, dass die aktuellen Rahmenbedingungen die Pflege, wie sie die Pflegenden gerne durchführen möchten, kaum möglich ist.

Auch das Pflege-Thermometer 2009 zeigt auf, dass die mangelhafte pflegerische Versorgung im Krankenhaus Alltag ist (Isfort, Weidner, Neuhaus et al., 2010). Weiter berichtet die Studie, dass nur jede dritte Pflegenden der Meinung ist, dass die geplanten Maßnahmen, die für die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten notwendig sind, auch tatsächlich durchgeführt werden können. Folglich werden hinsichtlich der durchzuführenden Maßnahmen Prioritäten gesetzt (Isfort et al., 2010). Besonders defizitär ist laut der Studie Pflege-Thermometer 2009 unter anderem die Pflege von Sterbenden. Daraus resultiert Handlungsbedarf auf allen Ebenen, sodass die Gesundheitspolitik, Gewerkschaften, Interessensgemeinschaften und weitere Aktionäre tätig werden müssen, um die Rahmenbedingungen der Pflege nachhaltig zu verbessern (Isfort et al., 2010). Die verwendeten Studien in der Literaturanalyse thematisieren die Rahmenbedingungen hingegen wenig. Dies könnte damit zusammenhängen, dass überwiegend englischsprachige Literatur aus dem Ausland eingeschlossen wurde.

7. Schlussfolgerung

Zu Beginn dieses Kapitels werden die Limitationen dieser Forschungsarbeit aufgezeigt. Im Anschluss wird die Bedeutung der Ergebnisse für die Pflege dargestellt. Zusätzlich erfolgt ein Ausblick, welcher weitere Empfehlungen impliziert. Zunächst lässt sich sagen, dass dies die erste empirische Forschungsarbeit der Autorin war. Zuvor wurden wenig Erfahrungen in der empirischen qualitativen Forschung gesammelt, wodurch manche Aspekte als herausfordernd wahrgenommen wurden, als Beispiel sei hier die Durchführung der Interviews mit den Pflegenden genannt.

Durch die zweiteilige Arbeit, d.h. Literaturanalyse und Interviewanalyse, konnten einige Inhalte nur oberflächlich behandelt werden. Um den Rahmen dieser Ausarbeitung nicht zu sprengen, musste sich teilweise auf das Wesentliche beschränkt werden. Unter anderem hätte die Kommunikation mit den Sterbenden und den Angehörigen genauer betrachtet werden können. Zudem sind die Bedürfnisse in den eingeschlossenen Studien häufig nur oberflächlich beschrieben. Insgesamt hätten noch mehr Bedürfnisse herausgearbeitet werden können, die allerdings seltener und als weniger bedeutsam beschrieben wurden. Zum Beispiel hätten die religiösen Bedürfnisse der Sterbenden weiter ausgeführt werden können. Ferner bleibt in einzelnen Studien unklar, ob ausschließlich Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen fokussiert wurden, z.B. in der qualitativen Studie von Mistry et al. (2015). Überdies thematisierte die verwendete Literatur verschiedene Versorgungsansätze wie Palliative Care und End-of-Life Care. Folglich wurde nicht nur die Finalphase betrachtet, sondern auch die Wochen bis Monate davor. Grund dafür war der Mangel an Literatur, welche speziell die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase fokussiert. Zudem wurden Arbeiten eingeschlossen, die sowohl Pflegende als auch weitere Mitglieder des interdisziplinären Teams untersuchten, obwohl sich diese Ausarbeitung primär mit der Perspektive der Pflegenden beschäftigt. Diese Vorgehensweise ist ebenfalls mit dem Mangel an Studien, die ausschließlich die Sichtweise der Pflegenden darstellen, zu begründen. Zusätzlich thematisierten die eingeschlossenen Studien häufig gutes bzw. schlechtes Sterben. Allerdings können die Voraussetzungen für ein gutes Sterben nicht mit den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten gleichgesetzt werden.

Bezüglich der Interviews sind weitere Limitationen festzustellen. Die befragten Pflegenden sind alle im Studierendentalter und haben erst fünf bis sechs Jahre Berufserfahrungen. Dies ist kritisch zu reflektieren, da das Thema dieser Forschungsarbeit, die Bedürfnisse von Sterbenden, sehr spezifisch ist. Auch die Durchführung der Interviews ist verbesserungswürdig, beispielsweise wäre es vereinzelt sinnvoll gewesen, zentrale Fragen im Gespräch zu wiederholen, um die Pflegenden mehrmals zum Nachdenken anzuregen. Zudem wurden in der Interviewanalyse vereinzelt Tätigkeiten der Pflegenden als Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erfasst, beispielsweise die Wundversorgung. Die pflegerischen Maßnahmen basieren jedoch nicht immer auf den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in der Finalphase. Das Eingehen auf die Bedürfnisse der Sterbenden ist schließlich nicht mit den regulären pflegerischen Interventionen gleichzusetzen.

Zuletzt wird dargestellt, was diese Forschungsarbeit für die Pflege bedeutet. Ziel dieser Ausarbeitung war die Darstellung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden. Zusätzlich wurde aufgezeigt, wie Pflegende diese Bedürfnisse erkennen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass den Pflegenden die Bedürfnisse der Sterbenden bekannt sind. Schließlich stimmen die Ergebnisse der Literaturanalyse mit den Inhalten der Interviewanalysen größtenteils überein. Zugleich kann nicht ausgeschlossen werden, dass Pflegende manche Bedürfnisse der Sterbenden aufgrund der aktuellen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus nicht erkennen. Obwohl die Literatur- und Interviewanalysen größtenteils ähnliche Resultate hervorbrachten, ist zu vermuten, dass Pflegende nur ein Teil der gesamten Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der Finalphase wahrnehmen. Auch die Interviewanalyse deutete darauf hin, dass die Bedürfnisse der Sterbenden von den Pflegenden aufgrund der Rahmenbedingungen weniger aktiv wahrgenommen werden.

In der Literatur wurden keine Informationen hinsichtlich des Erkennens der Bedürfnisse gegeben. Auch die befragten Pflegenden gaben insgesamt wenig konkrete Hinweise, wie die Bedürfnisse von Sterbenden identifiziert werden können. Andererseits wird aufgezeigt, welche Aspekte den Pflegenden dabei helfen, Bedürfnisse zu erkennen.

Dennoch wird deutlich, dass ein Bedarf an weiteren Untersuchungen bezüglich des Erkennens der Bedürfnisse von Sterbenden vorhanden ist. Grundsätzlich müssen sich zunächst die Rahmenbedingungen verändern, um die individuelle Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase gewährleisten zu können, beispielsweise durch Attraktivitätserhöhung des Pflegeberufes sowie Rekrutierung von Pflegenden aus dem Ausland. Ferner sind Bildungsmaßnahmen für Pflegenden sinnvoll, um Kompetenzen hinsichtlich der Bedürfnisse von Sterbenden und des Erkennens dieser zu entwickeln. Zusätzlich wurde in dieser Forschungsarbeit die Belastung der Pflegenden deutlich, da sie ethisch in einem Konflikt mit den Bedürfnissen der Sterbenden, den Rahmenbedingungen und sich selbst stehen. Folglich gilt es zu untersuchen, welche Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um die Pflege zu ermöglichen, die den Bedürfnissen der Patientinnen, Patienten und Pflegenden gerecht wird.

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist der Abbau von Unsicherheiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten in der Finalphase, um die Pflege von Sterbenden zu optimieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Forschungsarbeit einen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung leisten kann, wobei die Restriktionen durch die aktuellen Arbeitsbedingungen in der Pflege im Krankenhaus beachtet werden müssen. Auch der demografische Wandel verdeutlicht die Relevanz dieser Thematik. Abschließend ist zu betonen, dass eine individuelle, ganzheitliche, würdevolle Pflege von Sterbenden nur möglich ist, wenn die Politik, Verbände und weitere Instanzen für eine nachhaltige Verbesserung der Zustände in der Pflege sorgen.

Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, S. (2002): Analyse des Pflegebedarfs. Schwerstpflegebedürftige im außerstationären Bereich. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.) (2002): Ambulant vor stationär - Perspektiven für eine integrierte Pflege Schwerkranker. Bern (Hans Huber Verlag), 199-217.

Bartholomeyczik, S. (2004): Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit - Konzeptentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. PrInterNet, 7/8 (6), 389-395.

Becker, P. (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen (Hogrefe), 2006.

Brandenburg, H.; Panfil, E.; Mayer, H. (2013): Pflegewissenschaften 2 – Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Bern (Hogrefe AG), 2013.

Buzgova, R.; Sikorova, L.; Jarosova, D. (2014): Assessing Patients' Palliative Care Needs in the Final Stages of Illness During Hospitalization. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 33(2), 184-193.

Calo, S., Schuster, T. (2016). Hoffnung trotz enttäuschter Hoffnung auf Heilung - Umgang mit Palliativpatienten. Pflegezeitschrift, 69(11), 654-657.

Costello, J. (2005): Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. Journal of Advanced Nursing, 54(5), 594–601.

Dasch, B.; Blum, K.; Gude P.; Bausewein C. (2015): Sterbeorte - Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. Deutsches Ärzteblatt International, 112(29-30), 496-504.

Dietz, I.; Rémi C.; Schildmann, K.; Schultz, C. (2012): Symptome in der Finalphase. In: Schnell, M. W.; Schulz, C. (Hrsg.) (2012): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg (Springer Medizin Verlag).

Duden (2018): Bedürfnis – Bedeutungsübersicht.

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Beduerfnis>, abgerufen am 13.04.2018

Dunn, S.; Otten, C.; Stephens, E. (2005): Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104.

Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; Rebelo, M.; Parkin, DM.; Forman, D.; Bray, F. (2015): Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), 359-86.

Großklaus-Seidel, M.; Flieder, M.; Wiedemann, K. (2014): *Ambulante und stationäre Palliativpflege*. Stuttgart (Kohlhammer GmbH), 2014.

Halfpap (2009) in Lauterbach, L. (2013): Die Perspektive der Pflegewissenschaft auf das Sterben im Krankenhaus. In: George, W.; Dommer, E.; Szymczak, V.R. (Hrg.) (2013): *Sterben im Krankenhaus*. Gießen (Psychosozial-Verlag).

Hasseler, M.; Görres, S. (2005): *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen - Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Hannover (Schlütersche Verlag), Berliner Schriften, Reihe Pflegebibliothek, 2005.

Kim, S.; Lee, Y. (2003): Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nursing Ethics*, 10(6), 624-637.

Kränzle, S.; Schmid, U.; Riehm, C.; Glaser, H.; Hill, S.; Kutzner, M.; Class, K.; Marquardt, H. (2014): *Grundlagen und Besonderheiten der palliativen Pflege*. In: Krätzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrg.) (2014): *Palliativ Care – Handbuch für Pflege und Begleitung*. 5. Auflage. Berlin (Springer-Verlag).

Krau, S. D. (2016): The Difference Between Palliative Care and End of Life Care: More than Semantics. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), ix-x.

Kristjanson, L. J.; McPhee, I.; Pickstock, S.; Wilson, D.; Oldham, L.; Martin, K. (2001): Palliative care nurses' perceptions of good and bad deaths and care expectations: a qualitative analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(3), 129-139.

Lanken, P.N.; Terry, P.B.; DeLisser, H.M.; Fahy, B.F.; Hansen-Flaschen, J.; Heffner, J.E.; Levy, M.; Mularski, R.A.; Osborne, M.L.; Prendergast, T.J.; Rucker, G.; Sibbald, W.J.; Wilfond, B.; Yankaskas, J.R. (2008) An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illness. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177(8), 912–927.

Lauterbach, L. (2013): Die Perspektive der Pflegewissenschaft auf das Sterben im Krankenhaus. In: George, W.; Dommer, E.; Szymczak, V.R. (Hrg.) (2013): *Sterben im Krankenhaus*. Gießen (Psychosozial-Verlag).

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlage und Techniken*. Weinheim (Beltz Verlag), 2010.

Michalsen, A. (2013): Begriffsklärungen. In Michalsen A.; Hartog, C.S. (Hrg.) (2013): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Berlin (Springer-Verlag).

Mistry, B.; Bainbridge, D.; Bryant, D.; Toyofuku, S.; Seow, H. (2015): What matters most for end-of-life care? Perspectives from community-based palliative care providers and administrators. *BMJ Open* 2015, 5(6), e007492.

Montag, T.; Ostgathe, E.; Kern, M. (2007): Besonderheiten der Pflege in der Palliativmedizin. *Palliativmedizin*, 8(3), 101-115.

Nakano, K.; Sato, K.; Katayama, H.; Mitsunori, M. (2011): Living with pleasure in daily life at the end of life: recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses. *Palliative Support Care* 2013, 11(5), 405-413.

Nauck, F.; Jaspers, B. (2003) in: Lauterbach, L. (2013): Die Perspektive der Pflegewissenschaft auf das Sterben im Krankenhaus. In: George, W.; Dommer, E.; Szymczak, V.R. (Hrg.) (2013): *Sterben im Krankenhaus*. Gießen (Psychosozial-Verlag).

Nauck F. (2001) Symptomkontrolle in der Finalphase. *Schmerz*, 15(5), 362–369.

Isfort, M.; Weidner, F.; Neuhaus, A.; Kraus, S.; Köster, V.-H.; Gehlenet, D. (2010): *Pflege-Thermometer 2009 - Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).

Rai, A.; Kumar, S.; Pahwa, H.; Ramakant; Kumar, S.; Suryavanshi, P.; Mishra, D. (2008): Palliative And End Of Life Care. The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care, 6(2), o.S..

Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel: Gesundheit in Deutschland - Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin (Robert Koch-Institut), 435-441.

Schmacke, N. (2007): Palliativmedizin und demographischer Wandel. Medizinische Klinik, 102(7), 582–585.

Sozialgesetzbuch XI § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html>, abgerufen am 03.05.2018

Sozialgesetzbuch XI § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit,

Begutachtungsinstrument, <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/15.html>, abgerufen am 03.05.2018

Stähli, A. (2016): Emotionen in der Palliativpflege - Umgang mit Patienten am Lebensende. Pflegezeitschrift, 69(9), 471-473.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2010, Heft 2.

Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden (Destatis).

Statistisches Bundesamt (2015): Todesursachen in Deutschland. Statistisches Bundesamt (Destatis), 12(4).

Volker, D.; Kahn, D.; Penticuff, J. (2004) Patient Control and End-of-Life Care Part I: The Advanced Practice Nurse Perspective. Oncology Nursing Forum, 31(5), 945-953.

World Health Organization - WHO (2017): Definition of Palliative Care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, abgerufen am 24.11.2017

Anhang

Interviewleitfaden	II
Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Interview	III
Transkription Interview 1	IV

Interviewleitfaden

Folgende Fragen können im Experteninterview thematisiert werden:

1. Inwieweit haben Sie Kontakt zu Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalphase?
2. Können Sie mir die Situation beschreiben, in der Sie das letzte Mal eine sterbende Patientin oder einen sterbenden Patienten betreut haben?
3. Welche Herausforderungen gibt es in der Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase?
4. Welche Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten in der Finalphase?
5. Wie erkennen Sie diese Bedürfnisse?
6. Welche Anzeichen gibt es, die auf das individuelle Befinden der Patientinnen und Patienten hindeuten?

Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Interview

Thema: Bedürfnisse von Sterbenden in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden

Hiermit erkläre ich,

Interviewpartner/in:

(Vorname, Name)

dass ich durch

Studentin: Niemann, Folke

Adresse: [REDACTED]

mündlich und schriftlich über das Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken des Interviews, das von der Studierenden Folke Niemann (DS Pflege 10/14) durchgeführt wird, informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit der Studentin zu klären.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen kann. Ich bin bereit, an dem Interview teilzunehmen.

Interviewpartner/in:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Transkription Interview 1

- 1 FN: Ah ja, jetzt geht's los. Okay. Also, inwieweit hast du denn Kontakt zu
2 Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Finalpflege?
- 3 P1: Also, ich habe ja bis September gearbeitet, also bis dahin täglich eigentlich.
4 Also jeden Tag, wenn ich gearbeitet habe. Also wir waren Brustzentrum und
5 gynäkologisches Krebszentrum und eigentlich war jeder zweite Patient onkologisch
6 und viele, ähm, palliativ und auch einige in der finalen Phase, also teils wurden die
7 dann natürlich auch nach Hause überwiesen aber teilweise sind die dann auch bei
8 uns gestorben.
- 9 FN: Okay, also das war stationär, nää?
- 10 P1: Mhm, stationär, genau.
- 11 FN: Und kannst du mir eine Situation beschreiben, in der du das letzte Mal einen
12 sterbenden Patienten betreut hast?
- 13 P1: Mhm, das ist schon ein bisschen her. Aber das war sogar meine erste, also die
14 anderen habe ich alle mitbetreut, aber da war ich nicht da, als sie denn wirklich
15 eingeschlafen sind. Das war eine Patientin mit Mamma-Ca und die hatte
16 Lebermetastasen, kam eigentlich zur OP, weil sie nochmal nach-resektieren wollten
17 und die ist dann innerhalb von zwei Tagen bei uns gestorben. Sollte ich beschreiben
18 oder?
- 19 FN: Mhm, beschreiben.
- 20 P1: Ja, also was ich da (...) ziemlich krass fand, also gerade bei Mamma-Ca, wenn
21 das in die Leber geht, das geht ja wirklich sehr schnell. Also den einen Tag ist sie
22 noch auf dem Flur und normale Hautfarbe, sag ich mal. Und dann ähm (...) innerhalb
23 von einem halben Tag abgebaut. Erst mit so Verwirrtheit, eher so
24 Demenzsymptome und dann, also klar, einfach diese Lebersymptomatik halt. Und
25 dann ähm, halt gelb und dann hat eigentlich sie so einen halben Tag nur noch so
26 schwer geatmet und dann ist sie eingeschlafen.
- 27 FN: Okay, das ging dann ja doch ganz schön schnell.
- 28 P1: Ja, innerhalb von zwei Tagen war das. Also kam mit der Aussicht auf OP und
29 (...) ging nicht wieder raus sozusagen.

30 FN: Hast du sie die zwei Tage betreut?

31 P1: Ja, also sie lag in meinem Bereich, wir haben Bezugspflege und ich kannte sie
32 auch von ihrer ersten OP noch, also (...)

33 FN: Schon eine bekannte Patientin

34 P1: Genau, und ähm, ja eine sehr nette Patientin und das ähm, also ich erinnere
35 das so, als wäre das gestern gewesen.

36 FN: Dann komm ich mal zur nächsten Frage. Welche Herausforderungen gibt es in
37 der Pflege von Patientinnen und Patienten in der Finalphase?

38 P1: Also, dass, was ich am herausforderndsten fand, war, dass sie sich nicht mehr
39 äußern konnte. Also das es ihr nicht mehr möglich war, verbal sozusagen
40 mitzuteilen, und auch nicht mehr irgendwie, also nicht mehr richtig nonverbal in
41 Führungszeichen, also sie konnte es nicht mehr aktiv machen, sondern man
42 musste wirklich sozusagen ähm, durch die Patientenbeobachtungen sozusagen
43 alles ähm (...) machen. Sie hatte in ihrem Zimmer, also wir hatten natürlich den
44 Nachbarn dann rausgeschoben als es ihr schlechter war oder die Nachbarin viel
45 eher und ähm, da war denn der Sohn und die Schwiegertochter mit im Zimmer. Also
46 die haben da geschlafen und ähm, das war auch so die Herausforderung. Dass man
47 nicht nur die Sterbende begleitet, sondern man begleitet die trauernden
48 Angehörigen, die sozusagen den Tod der Mutter miterleben, also die waren dabei,
49 als sie gestorben ist.

50 FN: Mhm, das reduziert sich dann nicht nur auf eine Person quasi.

51 P1: Genau, es erweitert sich die Pflege sozusagen. Von der Pflege des Sterbenden
52 zur Pflege der Familie sozusagen.

53 FN: Würdest du sagen, dass das auch die Herausforderungen so insgesamt, jetzt
54 abgesehen von der Patientin, ist? Auch eben die Angehörigen mitzuversorgen und
55 die nonverbale Kommunikation?

56 P1: Hm, ja, also bei onkologischen Patienten würde ich sagen ja, auf jeden Fall.
57 Also weil das, so eine onkologische Erkrankung betrifft ja nicht nur eine Person,
58 sondern betrifft das ganze Umfeld. Also die ganze Familie ist ja rausgerissen, man
59 ist ja gesund, gerade so onkologische Erkrankungen machen ja keine Schmerzen,

60 so die machen manchmal ein paar Symptome, aber die kann man dann auch
61 aushalten und häufig stellt man das ja erst fest, wenn es sozusagen fortgeschritten
62 ist. So war das bei uns jetzt häufig. Und ähm, gerade wenn das so diese bösartigen
63 Erkrankungen sind, weiß man das ja häufig bis zuletzt nicht, wie die Prognose, kann
64 man ja schlecht sagen. Selbst Leute mit sehr aggressiven Tripple-Negativ Mamma-
65 Ca, sag ich jetzt mal, haben ja, also überleben ja auch manchmal. Und das ist
66 glaube ich etwas, diese ganze Ungewissheit belastet ja nicht nur den Patienten,
67 sondern das ganze Umfeld und das habe ich schon als, ja, Herausforderung erlebt.
68 Obwohl die natürlich häufig, also ist jetzt so meine Erfahrung, dass onkologische
69 Patienten eher nicht fordern, sondern eher man eher sozusagen (...)

70 FN: anbietet.

71 P1: Ja, man muss sich sozusagen anbieten und den sagen 'das ist okay, dass Sie
72 das jetzt in Anspruch nehmen', weil die häufig sich eher so als Belastung sehen.

73 FN: Ja, okay. Welche Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten in der
74 Finalphase?

75 P1: Ähm (...), also ich denke, am allerwichtigsten ist, dass sie schmerzfrei sind und
76 dass sie sämtliche andere Symptome, Übelkeit oder Unruhe, einige Patienten
77 schwitzen dann ja auch ganz doll, dass man das sozusagen versucht zu reduzieren,
78 also das sind jetzt sozusagen mal die körperlichen Aspekte. Was ich aber auch sehr
79 wichtig finde, ist diese (...) diese psychologischen Aspekte. Also die Bedürfnisse
80 fallen ja nicht weg, nur weil sich der Patient nicht mehr äußern kann oder die haben
81 ja trotzdem ein Bedürfnis nach Nähe und Bedürfnis nach Ruhe, also ähm, wie
82 gesagt, man nimmt den Nachbar-Patienten dann aus dem Zimmer raus, also dass
83 da nicht noch irgendwelche anderen Angehörigen drin sind. Sondern man
84 beschränkt sich auf das wesentliche, was in dem Moment von Bedeutung sein
85 könnte. Also, körperliche (...) also ich weiß zum Beispiel die Patientin, von der ich
86 erzählt habe, bevor sie eingeschlafen ist, hatten wir nochmal ganz vorsichtig, also,
87 weil sie hatte sehr stark geschwitzt, versucht so ein bisschen Erfrischung und ihr
88 ein neues Nachthemd angezogen und letztendlich war ich total froh, dass wir das in
89 Anführungszeichen geschafft haben, bevor sie gestorben ist. Also, sie war in einem
90 (...) sie war nicht nassgeschwitzt, sie war in einem sauberen Nachthemd und sie
91 konnte dann, also sie sehr stark geatmet, aber so, im Prinzip alles, was wir machen

92 konnten, konnten wir machen. Und sie hatte einen Morphin-Perfusor bekommen.
93 Also das war natürlich angeordnet und dann, je nach Zustand, wenn das Gefühl
94 aufkam, also das war denn eher Nachtdienst, also sie ist bei mit im Frühdienst
95 gestorben, wurde dann auch angerufen, die Atmung wird schwerer, dass dann mit
96 ein, also dass dann der Perfusor hochgestellt wurde.

97 FN: Okay, also würdest du quasi sagen, dass sich das einmal in körperliche und
98 einmal die psychischen Bedürfnisse gliedern lässt?

99 P1: Ja, also man muss es natürlich im gesamten sehen. Aber klar, man befriedigt
100 sag ich mal die körperlichen Bedürfnisse anders, würde ich sagen eher durch
101 handwerkliches und ähm (...) die psychischen Bedürfnisse auch manchmal auch
102 einfach durch das Dasein, also wie gesagt, Handhalten oder ermöglichen, dass die
103 Angehörigen dabei sind und ähm (...) und natürlich mit dem Patienten, egal wo er
104 sich mental befinden mag, natürlich auch sprechen. Also das ist natürlich wichtig.
105 Er ist ja kein Stück Holz, nur weil er im Sterben liegt. Also ist ja weiterhin ein Mensch
106 mit Rechten und das, da muss man darauf eingehen. Das denke ich, ist auch ein
107 Bedürfnis auf jeden Fall. Also ich denke schon, egal in welcher Phase die sich
108 befinden, dass die das zumindest oder die Stimmung oder die Atmosphäre
109 mitbekommen. Da bin ich fest von überzeugt. Also weiß ich ja nicht ob es stimmt,
110 aber davon gehe ich mal aus.

111 FN: Okay. Fallen noch weitere Bedürfnisse, so psychischer Art ein?

112 P1: Also ich denke, dass Angst ein ganz großer Faktor ist, ähm, da war die letzte
113 Patientin, die ich, also die lag in meinem Bereich, aber die ist dann nicht bei mir
114 gestorben, die immer ganz groß von der Angst immer war und man kann das dann
115 ja auch gar nicht und das wusste ich auch gar nicht, ist das jetzt die Angst vor dem
116 Tod oder ist es die Angst vor den Schmerzen oder, einfach diese Angst, dass es zu
117 Ende geht, also so. Ich denke, dass das ein ganz großer Faktor ist. Und ähm, je
118 nachdem, als psychisches Bedürfnis dieses den Abschluss finden. Also ich glaube,
119 das ist häufig im Krankenhaus kaum möglich ist, das zu ermöglichen. Weil also,
120 man gibt sich sehr viel Mühe einen palliativen Patienten richtig zu betreuen, aber im
121 Stationsalltag, wo man dreißig andere Patienten hat und im Hintergrund immer die
122 Klingel ist, also die macht man dann schon gar nicht mehr an, damit man wenigstens
123 dann in dem Moment im dem Zimmer ist, das ist eigentlich kaum möglich, dass so

124 richtig zu gestalten. Also die Möglichkeiten sind ja begrenzt. Man kann ja auch keine
125 Kerzen oder sowas machen, also diese LED-Kerze oder so kann man dann
126 machen, aber das ist (...)

127 FN: nicht vergleichbar.

128 P1: Ja, also die Stimmung ist ja anders. Ob man jetzt eine richtige Kerze macht oder
129 so eine LED-Kerze mit an- und ausklicken.

130 FN: Okay, also dieses Abschlussfinden wäre im Krankenhaus, jetzt, es ist schwierig,
131 weil es nicht so die gewohnte Umgebung ist um sich selbst zu finden quasi
132 nochmal?

133 P1: Ja.

134 FN: Mhm. Wie erkennst du diese Bedürfnisse von den Patienten?

135 P1: Also, durch das eine, es hilft natürlich, wenn man die Patienten kennt, bevor sie
136 sozusagen in die finale Phase übergehen. Also das man schon irgendwie das
137 Wesen zumindest so ein bisschen kennengelernt hat und im Idealfall worauf sie
138 Wert legen. Das man davon sozusagen ausgeht und das sozusagen weitermacht.
139 Und dann guckt man natürlich in dem Moment, also jetzt gerade so körperliche
140 Symptome kann man denn natürlich nur in dem Moment erkennen und ja. So
141 gerade die psychischen Bedürfnisse am Ende, das sind ja häufig Dinge, wo ich so
142 selber überlege, wie würde ich mir das so wünschen. Also das man dann so ein
143 bisschen von sich auf andere schließt und versucht möglichst Nähe und Distanz so
144 abzupassen, also zum Beispiel, was ich persönlich ganz furchtbar finde, wenn so
145 Sterbenden dann ins Gesicht, also die Wange streicheln so also, das mag für den
146 einen toll sein, aber für den anderen ist das vielleicht auf eine Grenzüberschreitung
147 so. Also man will Nähe zeigen, aber man muss sich genau überlegen, wie zeige ich
148 jetzt die Nähe. Und einem Patienten, der nicht Sterben liegt, würde man ja auch
149 nicht einfach so an der Wange streicheln, also das man da so ein bisschen guckt.

150 FN: Auf's eigene Bauchgefühl auch hört.

151 P1: Ja, genau.

152 FN: Okay.

153 P1: So ein bisschen die Intuition sag ich mal. Ja.

154 FN: Also quasi einmal, dass, so den Patienten zu kennen, seine Wertvorstellungen
155 und dann nochmal so die eigene Intuition, was würde mir jetzt gerade guttun.

156 P1: Ja, genau.

157 FN: Okay, gut. Und welche Anzeichen gibt es, die das individuelle Befinden des
158 Patienten hindeuten? Das ist so ein bisschen die gleiche Frage, aber noch ein
159 bisschen anders gestellt.

160 P1: Also das ist natürlich schwierig in der finalen Phase (...) ich überlege mal, also.
161 Jetzt körperlich oder also jetzt einfach insgesamt?

162 FN: Insgesamt.

163 P1: Mhm (...) das ist schwierig, ich würde auch sagen einfach, dass, was man halt
164 von den Patienten schon kennt, also gibt ja Patienten, die immer beispielsweise
165 immer ihr eigenes Nachthemd abziehen wollen, die auf gar keinen Fall ein
166 Patientenhemd anziehen wollen und andere Patienten haben ihre Tasche noch
167 nicht mal ausgepackt und fragen nach einem Patientenhemd zum Beispiel. Ähm (...)
168 das ist ja auch sehr individuell. Oder haben die irgendwelche Dinge auf dem
169 Nachtschrank, also die eine Patientin hatte jetzt beispielsweise, ähm, so ein Bild
170 von ihrem Mann, ich glaube, der war auch schon verstorben, so ähm, dass man
171 sowas berücksichtigt. So ein bisschen mit dem geht, was man da in der Umgebung
172 hat.

173 FN: So einfach ein Gefühl für den Menschen da entwickelt.

174 P1: Okay. Fällt dir sonst noch irgendwas ein, was du loswerden möchtest?

175 FN: Wie ist deine Überschrift?

176 P1: Die Bedürfnisse von Patienten in der Finalphase aus Sicht der Pflegenden.

177 FN: Ach ja, ja. Also ich denke, das tut vielleicht gar nichts zur Sache, aber ich denke,
178 das ist im Krankenhaus immer eine, also das es gut organisiert sein kann, aber jetzt
179 aus meiner Erfahrung auf meiner Station eher schwierig war, sich da zu bemühen.
180 Also ich weiß zum Beispiel in dem Frühdienst als jetzt die Patientin gestorben ist,
181 musste ich mich da auch durchsetzen, dass ich da auch meine Zeit nehmen darf,
182 weil zum Beispiel eine Kollegin immer gedrängt hatte, die müsse jetzt nach unten,
183 also in die Patho, und ich müsste jetzt, das müsste jetzt gemacht werden und so

184 und ich habe nur gedacht 'nein, das muss jetzt überhaupt nicht jetzt gemacht
185 werden'. Also das äh, die Angehörigen sind da drin und die brauchen jetzt ihre Zeit
186 und äh, dass äh, muss man jetzt nicht so übers Knie brechen so. Also das hat man
187 natürlich zuhause oder im einem Hospiz zumindest - also im Hospiz weiß ich nicht,
188 aber ich stell es mir so vor, dass die da halt nicht so nach fünfzehn Minuten auf die
189 Uhr gucken und sagen 'so, jetzt aber Bett frei machen für den nächsten'. Das ist so,
190 macht so dieses Abschiednehmen für die Angehörigen häufig glaube ich nicht leicht.
191 Und ähm, so hat sich das dann halt so, aber auch nur weil ich mich da so
192 durchgesetzt habe, so über den ganzen Vormittag so gezogen, also bis die
193 Angehörigen dann auch gesagt haben 'okay, wir gehen jetzt' und ich gesagt habe
194 'ich würde sie jetzt nach unten bringen' und dann war das für die auch in Ordnung.
195 Und das wäre für mich undenkbar gewesen da ins Zimmer reinzugehen und zu
196 sagen 'also, ähm, ich würde jetzt gerne Ihre Mutter unter Ihren Händen sozusagen
197 entreißen und nach unten bringen weil es hier jetzt gerade in Ablauf passt' und ähm,
198 ich denke, dass das schwierig ist, gerade wenn man sich eben sehr gehetzt fühlt
199 und sehr viele andere Verpflichtungen hat im Stationsalltag, die ja dann nach hinten
200 lassen, weil man muss ja Prioritäten setzen. Das ähm, ist schwierig da auf
201 Bedürfnisse von Sterbenden einzugehen, ähm, selbst wenn man das wüsste wie es
202 geht, einfach das die Umstände das schwierig machen.

203 FN: Das so die Rahmenbedingungen nicht so optimal sind, um die gut zu versorgen.

204 P1: Ja, genau. Das ist halt auch der Grund, warum ich nicht mehr auf Station arbeite.
205 Also ich habe mich ganz bewusst dafür entschieden jetzt beim Studium das nicht
206 mehr nebenbei zu machen. Weil so gefühlt, hat man gerade so bei solchen Sachen,
207 das sind ja nicht nur die finale Phase, sondern generell palliative Patienten, die
208 haben ganz andere Bedürfnisse als jemand, der zum Beispiel zu uns kam, haben
209 wir natürlich auch, wo eine Ovarialzyste oder so. Das ist ein vergleichsweise kleiner
210 Eingriff, was natürlich nicht weißt, dass es für den Patienten eine kleine Sache ist,
211 das ist was anderes, aber die haben viel weniger Redebedarf als jemand, dem jetzt
212 beispielsweise die Gebärmutter entfernt werden musste, aufgrund einer Entartung
213 sag ich mal. Und ähm, man kommt dem, was man machen möchte, kann man nicht
214 gerecht werden, durch diese ganzen Rahmenbedingungen und man ist irgendwie
215 immer so in so einem, also man fühlt sich so eine Tür, die eigentlich zugedrückt
216 wird, aber man ist noch so dazwischen. Und ähm, man hat dann so zwei

217 Möglichkeiten. Entweder man versucht seinen Ansprüchen gerecht zu werden und
218 geht dabei selbst so ein Stück weit kaputt, weil man kann es nicht aushalten, es
219 geht nicht. Oder man stumpft ab. So und das hatte ich mir von Anfang an gesagt,
220 dass ich nicht abstumpfe. Das habe ich mir am ersten Tag der Ausbildung mir
221 vorgenommen, weil ich das furchtbar fand. Ähm, die Schwestern, mit den ich da so
222 gearbeitet haben, was die da so, sag ich, mal für Wesen, also das ohne das jetzt
223 negativ zu meinen, sondern man wird dann ja einem, man fällt dann in einen
224 Zustand, der so nicht mehr viel mit Empathie und so zu tun hat, der, denk ich, sehr
225 notwendig ist, gerade im Pflegeberuf und ähm. Jetzt habe ich den Faden verloren.
226 Also ich hatte mir es auf jeden Fall fest vorgenommen, dass ich das nicht mache
227 und habe dann irgendwann in dem letzten halben Jahr, das ich gearbeitet hab,
228 festgestellt, dass ich so dass bei mir erkannt hab, dass ich manchmal so abgleite.
229 Also das ich manchmal Dinge relativiere oder irgendwelche Bedürfnisse von
230 Patienten im Vergleich zu anderen Bedürfnissen sehe, also so Bedürfnisse
231 vergleichen, das geht ja überhaupt nicht, weil jeder ist einfach individuell und für
232 den einen ist das ein Weltuntergang, für den anderen ist das ein Weltuntergang.
233 Das kann man ja nicht miteinander vergleichen und ähm, dass ich das bei mir
234 festgestellt habe und dann gemerkt hab 'ne, das geht überhaupt nicht, das bin ich
235 nicht und das wollte ich nie sein und ich muss da jetzt irgendwie so ähm, ein
236 Schlusstrich ziehen, weil ich sonst genauso werde, wie ich nie sein wollte. Einfach
237 aus der Not heraus, dass ich das selber nicht mehr aushalten konnte, diesen
238 anderen Weg nicht mehr gehen konnte. Also dieses nie rechtzeitig nach Hause
239 gehen, immer nach Hause gehen und darüber nachdenken, was man alles nicht
240 geschafft hat und was man eigentlich noch machen wollte und dieses Patienten
241 enttäuschen müssen, weil man keine Zeit hat. Wenn man mal sagt, 'ich komm
242 nachher nochmal und rede dann nochmal drüber, ich nehme mir Zeit für sie' und
243 man schafft es dann nicht. Also da, da geht man ja kaputt. Also ist irgendwie eine
244 total blöde Situation. Und was ich gerade finde, auf einer onkologischen Station, wo
245 die Bedürfnisse einfach nochmal gerade so diese Begleitung der Patienten
246 eigentlich für mich so im Fokus steht, weil man selbst, wenn man Grundpflege oder
247 so durchführt, ist man ja trotzdem begleitend, also egal vom Krankheitsbild jetzt,
248 aber diese Ganzheitlichkeit hat man natürlich mehr bei jemanden der onkologisch
249 erkrankt ist, als jemand, der jetzt eine Zyste meinetwegen hatte. Ähm, und das kann
250 ich so nicht, äh, weiß ich nicht, konnte ich nicht mit mir vereinbaren mehr. Ich hätte

251 es gerne gekonnt, aber wenn so das Resultat ist, dass ich merke, dass mir die Dinge
252 so ein bisschen egal werden, dann ist das der Moment wo ich sage, ne da muss
253 ich, also ich gehe.

254 FN: Okay. Das man beiden Bedürfnissen, von dem Patienten und auch von sich
255 selbst nicht gerecht wird.

256 P1: Ja, genau. Wobei das natürlich immer hinten ran gestellt wird. Also ähm, das
257 eigene Hungergefühl oder dieses 'eigentlich muss ich seit acht Stunden auf Klo',
258 ähm, das fällt dann so völlig weg, daran ist gar nicht zu denken in so einem Alltag.
259 Das man irgendwie in Anführungszeichen noch versucht seine eigenen
260 Bedürfnisse, die haben da kein Platz mehr, so ne. Aber wenn man denn schon
261 anfängt, die Bedürfnisse der Patienten so ähm, runterzuspielen, dann ist ja nicht
262 mal mehr das gegeben, dann kann man ja nicht mal mehr den Patienten gerecht
263 werden, also sich selbst ganz zu schweigen. Das lerne ich jetzt gerade, aber ja. Das
264 ist eigentlich so (...) also deswegen habe ich mich auch gemeldet, weil ich so das
265 Gefühl hatte, mit den Bedürfnissen, dass das gerade so bei Sterbenden, das das
266 etwas ist, was ich immer gut konnte, aber irgendwann ich an einen Punkt
267 gekommen bin 'okay, äh, ich kann es nicht mehr leisten.

268 FN: Die individuelle Pflege (...) ja. Okay. Gibt es sonst noch etwas?

269 P1: Ne.

270 FN: Okay.

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.“

(Ort, Datum)

(Unterschrift – Folke Niemann)