



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Nursing - berufsanerkenndes Studium zur
Pflegefachperson

KOMMUNIKATION IN DER PALLIATIVEN PFLEGE

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Paulina Stier*

Betreuer*in: *Prof. Dr. Melanie Jagla-Franke*

Zweitbetreuer*in: *Heike Wirth M.Sc.*

URN: [urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0316-8](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0316-8)

Tag der Einreichung: *17.05.2023*

*„Wenn alle, die sich beruflich um den Patienten kümmern, diese Unvereinbarkeit
oder gar den Konflikt zwischen dem Kranken und seiner Umgebung erkennen und
ihn auch in der Familie bewusst machen, wäre viel getan“*

(Kübler-Ross E. , 1971)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Neubrandenburg, 17.05.2023

Abstract

Zielsetzung

Die Beantwortung der Frage: „Wie kann das Denken Zugehöriger über den Tod von Klient*innen ab 60 Jahren in der stationären Intensivpflege verändert werden?“

Einführung

Der Umgang mit Sterben und Tod ist für alle Beteiligten eine emotionale Herausforderung und beginnt mit Unsicherheiten im Bereich der Kommunikation. Die Pflege sorgt für eine innovative Palliative-Care und weitet den Blickwinkel auf den Tod mit Hilfe von Empathie, Kommunikation und Transparenz aus.

Einschlusskriterien

Eine Literaturrecherche; der Hauptfokus liegt auf den Angehörigen, in englischer und deutscher Sprache

Methode

Diese Arbeit bietet eine Orientierung über den Stand der Forschungsliteratur zu dem ausgewählten Thema. Es wurden PubMed, Cochrane, Google Scholar und Springerlink als Datenbanken verwendet. Die Forschungsfrage wurde mit Hilfe der W-Fragen von Dederich o.J. beschrieben. Die Schlüsselbegriffe wurden in Verbindung mit den Booleschen Operatoren in die Datenbanksuche eingefügt. Nach dem Modell von Bates, der Berrypicking Methode, wurde des Weiteren eine Handsuche durchgeführt. Die Suche beschränkte sich auf die Monate Januar bis März 2023 und die gewählten Studien wurden in dem Zeitraum 2020-2023 veröffentlicht.

Ergebnisse

Es wurden acht Studien in diese Arbeit eingeschlossen. Die Untersuchungen begrenzten sich auf Zugehörige von schwer kranken Menschen auf Intensivstationen. Die aufgestellte These wurde in dieser Arbeit positiv beantwortet.

Schlussfolgerungen

Das Denken über den Tod kann nicht direkt verändert werden, doch die Sicht auf den Tod kann unter Teilnahme an pflegerischen Maßnahmen, Visiten und der Festlegung von weiteren Zielen sensibilisiert werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
1 Einleitung	1
2 Problemstellung und Relevanz.....	2
3 Forschungsfrage und Zielsetzung	3
4 Theoretischer Hintergrund	4
4.1 <i>Grundlagen der palliativen Pflege.....</i>	<i>4</i>
4.2 <i>Kommunikation.....</i>	<i>5</i>
4.3 <i>Umgang mit dem Tod.....</i>	<i>8</i>
5 Methodik	12
7 Ergebnisse	16
9 Fazit.....	28
Literaturverzeichnis.....	29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Flussdiagramm.....	15
--------------------------------	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe und Ein- und Ausschlusskriterien	12
Tabelle 2 Anwendung der Suchbegriffe unter Ein- und Ausschlusskriterien	13

1 Einleitung

Basierend auf mehreren absolvierten Praxiseinsätzen im Bereich der Pflege, trat das Thema Kommunikation innerhalb der Sterbebegleitung dauerhaft in den Vordergrund.

Die vorliegende Arbeit wird sich mit dem Thema Kommunikation in der palliativen Pflege beschäftigen. Das Setting beinhaltet vorwiegend den Umgang mit Sterben und Tod. Der Fokus liegt auf dem Kontakt der Pflege und der Angehörigen, um dieses Thema zu sensibilisieren und um die Angehörigen aufzuklären. Dieser Lebensabschnitt ist für alle Beteiligten eine emotionale Herausforderung und beginnt mit Unsicherheiten im Bereich der Kommunikation. Sowohl für die betroffenen Patient*innen als auch für die Angehörigen und Freund*innen beginnt mit der Überbringung der Nachricht des bevorstehenden Todes eine schwere Zeit. Viele Entscheidungen werden getroffen, doch hierbei kommt die Frage auf, ob diese Entscheidungen zu Gunsten der Patient*innen oder zum eigenen Wohl der Angehörigen getroffen werden. Die Todesthematik ist für viele Menschen ein schwer zu verarbeitender Bereich, da dieser immer mit Trauer, Einsamkeit und Verlust zusammenhängt. Im Rahmen dieser Arbeit wird ebenfalls das Thema Sterbehilfe aufgegriffen und es wird der Frage nachgegangen, inwieweit ambulant intensiv versorgte Patient*innen eigenständig über ihr Ableben entscheiden dürfen. Die Aufgabe der Pflege ist es hierbei, für eine innovative palliative Pflege zu sorgen und den Blickwinkel auf den Tod für alle Beteiligten zu verändern und auszuweiten. Es geht hierbei um Empathie, Kommunikation und Transparenz. Die Ergebnisse der Recherche einer nicht ausreichenden Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Angehörigen werden betrachtet. Die Zielgruppe bezieht sich auf Personen ab dem Alter von 60 Jahren mit Einbezug dessen Angehörige.

Im theoretischen Teil befinden sich die Grundlagen der palliativen Pflege, worauf diese Forschung aufbaut.

2 Problemstellung und Relevanz

Die Menschen werden älter, die Anzahl der Schwerstkranken steigt und das Hinauszögern des unvermeidlichen Endes des Lebens wird einfacher, aufgrund des medizinischen Fortschrittes.

Die Medizin erreicht mit der Hilfe von der PEG, kurz für perkutane endoskopische Gastrostomie, Trachealkanülen, Magensonden und vielen weiteren Lebensverlängernden Maßnahmen einen Höhepunkt zum Thema Leben. Doch inwieweit können Klient*innen eigenständig über ihr Ableben entscheiden und welche Faktoren beeinflussen diese Entscheidung? Der Gedanke an Sterben und Tod wird von Ängsten und Einsamkeit bestimmt, ferngehalten von Kindern und Angehörigen. Der Prozess des Sterbens wird in der Gesellschaft als zu grotesk empfunden, als dass sich darüber offenkundig unterhalten werden kann. Der Verfall des Menschen erinnert an die eigene Sterblichkeit, welche mit einem tief verankerten Glauben daran, dass der Tod den Menschen selbst unmöglich ergreifen kann, nicht übereinstimmt. Um Klient*innen innerhalb der Sterbephase zu pflegen und auf das bevorstehende Ende vorzubereiten, schließt es hierbei nicht nur die Klient*innen selbst ein, vielmehr geht es um die transparente Kommunikation aller Beteiligten. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen sind wichtig, doch ohne das Verständnis von Ehepartnern, Kindern, Freunden und Bekannten kann der Prozess der Vorbereitung und des Loslassens erschwert werden. Eindrücke wie Trauer, Zorn und Hoffnung durchleben die Angehörigen ebenfalls, doch wie werden diese innerhalb des Verlustes eines geliebten Menschen unterstützt und aufgeklärt? Kritisch anzumerken ist, dass die Wissensvermittlung hinsichtlich eines voraussichtlichen Übergangs ins Jenseits für Angehörige erst spät, bis gar nicht zugänglich gemacht wird.

3 Forschungsfrage und Zielsetzung

Diese Arbeit setzt sich zum Ziel die Einstellung und das Denken von Angehörigen in Bezug auf das Ableben eines geliebten Menschen mit Hilfe von Aufklärungen und zugänglichen Wissensbeständen zum Thema Tod zu sensibilisieren, vorzubereiten und bewusst zu machen.

Grundlage für die Arbeit bildet eine Literaturrecherche in diversen Datenbanken. Für die Auswahl der Literatur tauchten folgende Schlüsselwörter auf:

Kommunikation, palliative Pflege, Zugehörige, Pflege und Intensivpflege

Aufgrund dessen, stellt sich die Forschungsfrage: „Wie kann das Denken Zugehöriger über den Tod von Klient*innen ab 60 Jahren in der ambulanten Intensivpflege verändert werden?“

4 Theoretischer Hintergrund

4.1 Grundlagen der palliativen Pflege

Die Palliativmedizin stammt aus dem lateinischen = „paliu“, was so viel bedeutet wie Mantel oder Umhüllung. Sie setzt sich zum Ziel ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Jedoch ist die Ummantelung oder Abgrenzung nicht immer die Lösung für alle Sterbenden. Der Sterbeprozess wird unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Dabei fällt auf, dass weitere Professuren und Mediziner sich auf den palliativen Bereich spezialisieren sollen. Um den Unterschied zwischen palliativer Pflege und Sterbehilfe zu festigen und weiterzutragen. Ein weiterer Faktor ist die bedeutsame Schmerztherapie. Nicht nur physische Schmerzen werden hierbei behandelt, dazu kommen ebenfalls die psychisch emotionalen Schmerzen, sowie Depressionen als auch das Gefühl von einem Verlust der eigenen Würde und des Lebenssinns. Hierbei steigt der Bedarf von Pflegeempfänger*innen mit schweren Krankheiten nach ärztlich assistiertem Suizid laut (Küng, 2014). Das etablierte Fachgebiet der palliativen Pflege setzt die Individualität und die Lebensqualität der Pflegeempfänger*innen in den Vordergrund. Die Betroffenen haben das Recht friedlich und in Würde zu sterben. Der Tod ist unabwendbar und gehört wie die Geburt zu Leben dazu. Der Prozess der palliativen Pflege beginnt nicht erst in der finalen Phase, sondern vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum Tod (Woodhouse, 2014), die genauen Prozesse, die dort wirken beginnen von der Diagnose über die Begleitung vor dem Tod, zum Tod und die Begleitung nach dem Tod (Schärer-Sautschi, 2012).

Eine Definition von Sterben und Tod ist nicht gesetzlich festgelegt und aufgrund dessen schwer zu festigen. Die erste dokumentierte Definition besagt, dass der „Tod gilt allgemein als Trennung von Seele und Körper; in diesem Sinne steht er dem Leben entgegen, das in der Verneinung von beidem besteht“ laut (Jevon, 2013). Um in solch einem Feld zu arbeiten, muss ein multidisziplinäres Team bestehend aus qualifizierten, fachspezifischen Personen, welche in einen dauerhaften Austausch von Assessments, Versorgung und

Behandlung von Pflegeempfänger*innen stehen und kooperativ zusammen arbeiten (Jevon, Pflege von Sterbenden und verstorbenen Menschen , 2013).

Das multidisziplinäre Team basiert auf Interprofessionalität, berufsübergreifendem Verständnis, Respekt und guten Manieren (Dunphy, Kommunikation mit Sterbenden , 2014). Um eine organisierte Pflege in der Sterbephase zu sichern, wird nach dem ICP (=Integrated Care Pathways) gearbeitet. Dieses Programm ist eine schriftliche Anleitung für angemessene pflegerische Maßnahmen unter Berücksichtigung verschiedener klinischer Szenarien. Die Schwerpunkte hierbei liegen in dem Symptommanagement, eine effiziente Kommunikation und die Berücksichtigung der spirituellen Bedürfnisse (Dunphy, 2014).

4.2 Kommunikation

Die palliative Pflege stützt sich auf die gewaltfreie Kommunikation, welche Empathie, ein Herz haben und auf Trauer und auf Schmerz adäquat reagieren zu können, voraussetzt. Die GfK (= gewaltfreie Kommunikation) ist kein Konzept, sie soll eine ganzheitliche Pflege unterstützen und die Grundhaltung gegenüber den Pflegeempfänger*innen verändern. Um dies sicherzustellen, werden vier Punkte betrachtet und durchgeführt. Es beginnt damit, dass eine Situation beobachtet und geschildert wird, daraufhin werden die Gefühle aller Beteiligten erläutert und zusammengefasst, die jeweiligen Bedürfnisse werden ausgesprochen und festgelegt und zuletzt wird eine Bitte zur Veränderung ausgesprochen. Diese Bitte kann allerdings auch verneint werden und die Suche nach Optionen folgt. Im Fokus hierbei stehen die zentralen Punkte Gefühle und Bedürfnisse. Um wertende Worte wie gut oder schlecht zu vermeiden werden Emotionen in adaptiv (=gesund, unmittelbar) und maladaptiv (=ungesund) geteilt, dies soll einen respektvollen Umgang sicherstellen (Neander, Empathische Kommunikation in der Palliativbetreuung, 2022).

Das Kommunikationsbedürfnis von Pflegeempfänger*innen kann in drei Stufen eingeteilt werden. Zuerst ist das Kommunikationsbedürfnis erhöht, dann verringert und zu guter Letzt symbolisch. Die erste und zweite Stufe befindet sich in einem kreisförmigen Wechsel, welcher allein von den Betroffenen festgelegt wird. Die letzte Stufe über das Kommunizieren mit Hilfe von Symbolen spiegelt sich an dem Beispiel „Die Türen schließen sich“ wieder. Ergänzend zur verbalen Kommunikation tritt die nonverbale Kommunikation bestehend aus wesentlichen Elementen wie Blick-, Haut- und Körperkontakt zwischen zwei Menschen hinzu (Neander, 2022). Diese Vorgehensweise bezieht sich nicht nur auf die Beziehung zwischen der Pflege und den Pflegeempfänger*innen, sondern befasst sich ebenfalls mit den Zugehörigen der Betroffenen. Die Zugehörigen haben meist ein gesteigertes Redebedürfnis, tragen Sorgen mit sich und versuchen die Situation zu verstehen. Sie sind überfordert und stellen viele Fragen zu dem zukünftigen Verlauf, in diesem Bereich müssen organisatorische Sachen wie den Besitz einer Patientenverfügung, einer Betreuungsverfügung oder einer Vorsorgevollmacht geklärt werden. Die Vorsorgevollmacht beinhaltet finanzielle Angelegenheiten und Aufenthaltsbestimmungen, die Betreuungsverfügung kann eine fremde Person oder Zugehörige aufweisen und eine Patientenverfügung steht für eine Aufrechterhaltung der Autonomie (=Selbstbestimmung) der Pflegeempfänger*innen (Brüning, 2015).

Um Zugehörige beraten zu können, müssen bestimmte Kompetenzen erfüllt sein. Dazu gehört die Ressourcenorientierung zwischen den Zugehörigen und den Pflegeempfänger*innen, worauf die Pflege oft aufbauen kann. Somit können grundsätzliche Anliegen besprochen und Unterstützung geboten werden (Steinebach, 2014).

Von der Pflege wird das „menschlich sein“ erwartet. Sie muss beruhigend und bedürfnisorientiert gegenüber den Pflegeempfänger*innen sein und eine klare, überzeugende Kommunikation vorweisen (Dumphy, 2014).

Damit der Verlauf der Behandlung für die Pflegeempfänger*innen positiv weitergeführt werden kann, muss die dazugehörige Familie miteinbezogen wer-

den. Die WHO (=World Health Organisation) beschreibt, dass Pflegeempfänger*innen gleichermaßen wie dessen Zugehörige betrachtet werden (Downie, 2014). Das Gesetz schützt die Interessen der Pflegeempfänger*innen jedoch nicht die der Zugehörigen. Somit entstehen Interessenkonflikte, welche sich auf drei wesentliche Punkte reduzieren. Die Vertraulichkeit muss gewahrt und sichergestellt werden, der Pflege- und der Sterbeort ist im Zusammenhang mit dem Todeszeitpunkt entscheidend (Downie, 2014, S. 82). Darüber hinaus machen sich die Betroffenen Sorgen über die Versorgung während dessen Abwesenheit. Dies führt zu Gereiztheit, Einsamkeit, Hilflosigkeit und Unverständnis. Aufgrund von den entstehenden Gefühlen brauchen die Angehörigen ein Gleichgewicht zwischen dessen Sorgen und Bedürfnissen im Sinne einer Auszeit (Kübler-Ross E. , 1971, S. 135-137).

Eine weitere Aufgabe der palliativen Pflege ist die Überbringung von schlechten Nachrichten. Schlechte Nachrichten sind negative Auswirkungen, die sich auf die zukünftige Denkweise auswirken können (Jevon, Pflege von Sterbenden und verstorbenen Menschen , 2013, S. 199).

Hierbei ist eine ausgeprägte Kollusion gefragt, das bedeutet, dass Richtige, der richtigen Person zum richtigen Zeitpunkt zu sagen (Dumphy, 2014, S. 126). Jedoch ist diese nicht für jeden positiv, sondern eher als Hindernis empfunden (Woodhouse, 2014, S. 141). Schlechte Nachrichten werden zuallererst den Pflegeempfänger*innen mitgeteilt, obgleich sie bei vollem Bewusstsein sind oder nicht. Erst dann folgt das Informieren der Familie und den Zugehörigen. Diese Aufgabe ist den Ärzt*innen vorbehalten, jedoch ist dies nicht gesetzlich festgelegt (Dumphy, 2014, S. 148).

Die Pflege und die Medizin müssen für die Zugehörigen Ansprechpartner sein und mit dauerhafter Transparenz handeln. Es ist sehr wichtig gewisse Gespräche zu führen im Sinne der Vorbereitung von allen Beteiligten auf den bevorstehenden Tod. Noch so kleine Hoffnungsschimmer werden in solchen Situationen ergriffen, was die dauerhafte Transparenz umso wichtiger erscheinen lässt, da Pflegeempfänger*innen sowie dessen Zugehörige loslassen können

müssen. Andernfalls kann der Sterbeprozess erschwert werden (Kübler-Ross E. , 1971, S. 139-150).

Kinder werden grundsätzlich nicht in den Trauer- und Sterbeprozess miteinbezogen, da dieses Thema für sie verstörend wirken könnte, jedoch ist die Auffassungsgabe von Kindern eine andere. Bis zum dritten Lebensjahr hat das Kind nur mit der Trennung zu kämpfen, in den darauffolgenden zwei Jahren empfindet das Kind den Tod als einen vorübergehenden Zustand. Ab dem Alter von fünf Jahren berichteten Kinder über den Tod als einen schwarzen Mann. Wenn die Kinder neun bis zehn Jahre alt sind, kann der unveränderliche biologische Vorgang verstanden werden. In jeder Phase des Begreifens bei einem Kind ist es sehr wichtig, dass dieses in den Prozess miteinbezogen wird, ihnen zugehört wird und gestattet wird dessen Gefühle zu äußern (Kübler-Ross E. , 1971, S. 152-153).

4.3 Umgang mit dem Tod

Um den Prozess des Ablebens so Autonomieorientiert und angenehm wie möglich zu machen, müssen vier Kriterien eingehalten werden. Eine Sicherstellung für ein gelassenes Sterben ist oberste Priorität. Die Betroffenen haben einen ruhigen Sterbeverlauf, damit ist gemeint, dass diese sich um nichts mehr Gedanken machen müssen wie zum Beispiel über die Hinterbliebenen und die anfallenden Kosten. Die Personen werden durch die Pflege, Medizin und dessen Zugehörige begleitet. Die Autonomie muss geschützt und in den Vordergrund gestellt werden (Neander, 2022, S. 129).

Der Begriff Autonomie kommt aus dem griechischen = *autónomos* und bedeutet die Fähigkeit zu haben nach eigenen Gesetzen zu leben. Emmanuel Kant berief sich auf die Fähigkeit der Selbstlenkung und empfand es als Fundament der politischen Demokratie. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jeder Mensch machen konnte, was er / sie wollte. Die Autonomie beinhaltet eine vernunftgesteuerte Selbstbestimmung. An einem Beispiel erklärt: Das Medizinpersonal

handelt heteronom (= von außen beeinflusst), da sie nach Richtlinien handelt und nicht aus eigener Überzeugung (Downie, 2014, S. 59-60).

Die Pflegeempfänger besitzen dementsprechend die Freiheit zur Selbstbestimmung auch im Tod. Hans Küng sagte: „aus dem Recht zum Leben folgt ja keineswegs eine Pflicht zum Leben“ (Küng, 2014, S. 109). Die Entscheidungen der Betroffenen müssen von den behandelnden Ärzt*innen unterstützt und berücksichtigt werden.

Doch wieso fällt die Entscheidung und die Akzeptanz des eigenen Ablebens so schwer?

Die Angst vor dem Tod verbindet sich mit dem Gedanken einer furchtbaren Untat im Unterbewusstsein. Für die Gesellschaft ist der Tod ein Tabu-Thema und Gespräche darüber werden für zu morbide gehalten. Kübler-Ross sagte: „Die Zeiten sind vorbei, in denen ein Mensch in Frieden und Würde sterben durfte.“ (Kübler-Ross E. , 1971, S. 14). Der Sterbende Mensch wird aufgrund der ansteigenden Erkenntnisse in der Naturwissenschaft und der Medizin mehr und mehr als Objekt eines Prozesses betrachtet, weniger als Individuum (Kübler-Ross E. , 1971, S. 15). Um den Vorgang des Sterbens zu begreifen wurden fünf verschiedene Sterbephasen ermittelt, womit eine besser fundierte Kommunikation mit den Betroffenen möglich ist.

Zuerst kommt die Phase des Nichtwahrhabenwollens und der Isolierung. Die Betroffenen sind entsetzt über die Diagnose und versuchen der Situation auszuweichen. Die Sterbenden selbst entscheiden in welcher Position sie sich gerade befinden, ob sie sich der Situation stellen oder sie verleugnen bleibt allein die Entscheidung der Betroffenen. In dieser Phase ist es wichtig die Angehörigen aufzuklären, damit sie den Prozess unterstützen können, jedoch kann es passieren, dass die Zugehörigen selbst nicht in der Lage sind alles zu realisieren. Dies kann den Wahrnehmungsprozess der Betroffenen deutlich behindern und ihnen die Chance auf das Realisieren nehmen (Kübler-Ross E. , 1971, S. 41-50).

In der zweiten Phase befinden sich die Sterbenden in einem Zustand des Zorns. Dieser erstreckt sich auf dessen ganze Umgebung. Die Trauer der Zugehörigen wird oft unterdrückt und kann zu ansteigendem Zorn bei den Betroffenen führen. Diese Gefühle werden nicht zugelassen und gefühlt. Dementsprechend wird sich nicht in die Lage der Sterbenden versetzt und als schnell vergessen abgetan. Doch wer will schon vergessen werden? Egal ob begründet oder unbegründeter Zorn, er muss gefühlt und ausgelassen werden. Er muss akzeptiert werden (Kübler-Ross E. , 1971, S. 50-57).

Das Verhandeln ist der Schwerpunkt der dritten Phase. Hierbei setzen sich die Betroffenen selbst eine Frist, nach der nichts mehr erbittet wird. Eventuell verborgene Schuldgefühle oder tief liegende Hassgefühle werden offengelegt, indem einige Menschen sich im Angesicht des Todes der Kirche verschrieben oder dessen Körper der Wissenschaft offenlegen (Kübler-Ross E. , 1971, S. 78-79).

Innerhalb der vierten Phase durchleben die Betroffenen Depressionen. Hierbei stoßen Begriffe wie das Aussehen, Finanzen, Arbeitsplatz und Bildung aufeinander. Die Betroffenen müssen sich schmerzlich mit dessen Ableben auseinandersetzen und den Verlauf nach dem Eintritt des Todes besprechen, dies kann zu schweren Depressionen führen. Es gibt zwei Formen von Depressionen. Zum einen die reaktive Depression, welche Scham- und Schuldgefühle beinhalten. Hierbei kann es hilfreich sein Komplimente zu machen. Zum anderen beinhaltet die vorbereitende Depression das Trauern und die eigene Annahme des Schicksals. Wenn wichtige Fragen zum Ablauf geklärt sind, können sich diese Depressionen lösen. Damit es dazu kommen kann, müssen die Zugehörigen Da-Sein und den Schmerz teilen können. Sie müssen die Bedürfnisse anerkennen. Dies ist notwendig für die Bereitschaft zum Sterben (Kübler-Ross E. , 1971, S. 80-82).

Wenn die Pflegeempfänger*innen für den Tod bereit sind, folgt die Phase der Zustimmung. Hierbei wurden alle anderen Phasen überwunden und das Schicksal wird akzeptiert. In dieser Phase sind die Betroffenen meist sehr

schwach, schläfrig und haben das Bedürfnis den Schlaf auf Stunden auszu-
dehnen. Es ist ein Zustand frei von Gefühlen, der Schmerz ist vergangen und
die letzte Ruhe folgt. In diesem Abschnitt brauchen die Zugehörigen mehr
emotionale Zuwendung und Hilfe als die Betroffenen selbst. Die Kommunika-
tion reduziert sich auf Gesten und wenig Worte. Die Hand zu halten wird zur
Hauptaufgabe der Pflege. Das Empfangen von Besuch wird immer anstren-
gender, umso kürzer der Besuch, desto besser. Das gibt trotz der kurzen Zeit
ein Gefühl nicht vergessen worden zu sein. Das Leben in Würde zu beenden
und dies zu realisieren wird leichter wenn es sich um ältere kranke Menschen
handelt, welche das ganze Leben hart gearbeitet und eine Familie aufgezogen
haben und wenn alle Beteiligten genug Zeit zur Vorbereitung hatten (Kübler-
Ross E. , 1971, S. 99-105).

Alle fünf Phasen werden von der Hoffnung begleitet. Sie kann über Tage, Wo-
chen oder Monate hinweg helfen bei Verstand zu bleiben und eine Rechtferti-
gung für die Situation zu finden. Hierbei kann es zu einem Konflikt kommen.
Zum einen kann es passieren, dass den Pflegeempfänger*innen der Hoff-
nungsschimmer genommen wird und dieser gezwungen wird die Tatsachen
einzusehen. Zum anderen kann es auch sein, dass die Zugehörigen den Hoff-
nungsschimmer nicht gehen lassen und somit die Betroffenen nicht loslassen
können. Alle Beteiligten werden über die Verbundenheit von Leben und Tod
in Kenntnis gesetzt und dementsprechend kann ersichtlich gemacht werden,
in welchen Phasen die Pflegeempfänger*innen und die Zugehörigen sich mo-
mentan befinden (Kübler-Ross E. , 1971, S. 120-123).

Die Sterbephasen sind speziell für die Sterbenden, insofern existieren auch
Phasen, in denen sich die Zugehörigen befinden. Dies nennt man die Trauer-
phasen, welche sehr den Sterbephasen ähneln. Zuerst kommt die Phase des
Schocks, welche gleichzusetzen ist mit dem Nichtwahrhabenwollen aus der
ersten Sterbephase. Darauf folgt die Kontrolle. Hierbei geht es um Miteinbe-
ziehung und Aufgaben abgeben, damit die Zugehörigen einen kontrollierten
Anteil an dem Ableben einer geliebten Person haben. Im Folgenden startet die

Regression, in der die Zugehörigen auf sich allein gestellt sind und sie langsam die Situation begreifen. Zuletzt passen sich die Familie und Angehörige dem Zustand an und akzeptieren. (E-Derrerr-Merk, 2013).

5 Methodik

Diese Arbeit bietet eine Orientierung über den Stand der Forschungsliteratur zu dem Thema Kommunikation in der palliativen Pflege.

Die Forschungsfrage: „Wie kann das Denken Angehöriger über den Tod von Klient*innen ab 60 Jahren in der ambulanten Intensivpflege verändert werden?“ wurde mit Hilfe der W-Fragen von (Dederich, 2000, S. 2) beschrieben und die Schlüsselbegriffe in Verbindung mit den Booleschen Operatoren in die Datenbanksuche eingefügt (siehe Tab. 1).

Diese Schlagwörter wurden mit Hilfe der Booleschen Operatoren AND und UND unterschieden und miteinander kombiniert. Es wurden PubMed, Cochrane, Google Scholar und Springerlink als Datenbanken verwendet. Die gesamte Recherche fand zwischen den Monaten Januar bis März 2023 statt.

Die Studiensuche beschränkte sich auf den Veröffentlichungszeitraum von den Jahren 2020 bis 2023. Dies ergründet sich aus der Aktualität der Studien, um einen Ausblick auf den Ist-Zustand zu gewährleisten.

Tabelle 1 Suchbegriffe und Ein- und Ausschlusskriterien

Suchbegriffe	Ein- und Ausschlusskriterien
Kommunikation / Communication	Zeitraum von 2020 bis 2023 Deutsch und Englisch Systematische Reviews / Übersichtsarbeiten
Palliative Pflege / Palliativ Care	
Angehörige / Relatives	
Pflege / Nursing	

Intensivpflege / Intensive Care Unit	Artikel Ambulante Intensivpflege
--------------------------------------	-------------------------------------

Folgende Einschlusskriterien waren ausschlaggebend für die Nützlichkeit der Studien zu diesem Thema. Zum einen lag der Hauptfokus auf den Schlagwörtern Kommunikation, palliative Pflege, Zugehörige, Pflege und Intensivpflege. Zum anderen wurden diese Studien weiterhin eingeschränkt auf die oben genannten Jahre, in englischer und deutscher Sprache, systematische Übersichtsarbeiten und Artikeln. Ausgeschlossen waren alle zum Kauf verpflichtende Studien.

Der geografische Standpunkt der durchgeführten Studien, die Religion, Glaubensfragen oder ethische Hintergründe wurden hierbei nicht als Ausschlusskriterien gekennzeichnet.

Ein gefundenes Duplikat wurde entfernt, wonach 46 Studien verblieben. Diese wurden auf Titel und Abstract geprüft. Weiterhin ausgeschlossen wurden 38 Studien, die keinen Bezug zur Fragestellung hatten oder nicht für das Thema relevant waren. Die verbleibenden 8 Studien wurden hinsichtlich der Einschlusskriterien untersucht und alle für relevant empfunden. Alle Suchergebnisse sind in Abb.1 grafisch dargestellt.

Tabelle 2 Anwendung der Suchbegriffe unter Ein- und Ausschlusskriterien

Datenbanken	Suchbegriffe	Anzahlen	Einschränkungen	nach Einschränkung
PubMed	Communication, palliative care, Relatives, Nursing,	n = 163	2020-2023 systematic Review free full text	n = 4

	Intensive Care			
Cochrane	Unit	n = 0		
Google Scholar	Kommunikation, palliative Pflege, Angehörige, Pflege, Intensivpflege	n = 5.760	2020-2023 Deutsch Übersichtsarbeiten	n = 37
Springer Link		n = 172	2020-2023 Deutsch Artikel	n = 5
Gesamtanzahl	n = 46			
Duplikationen entfernt	n = 1			
Aufgenommen in Vorauswahl	n = 8			

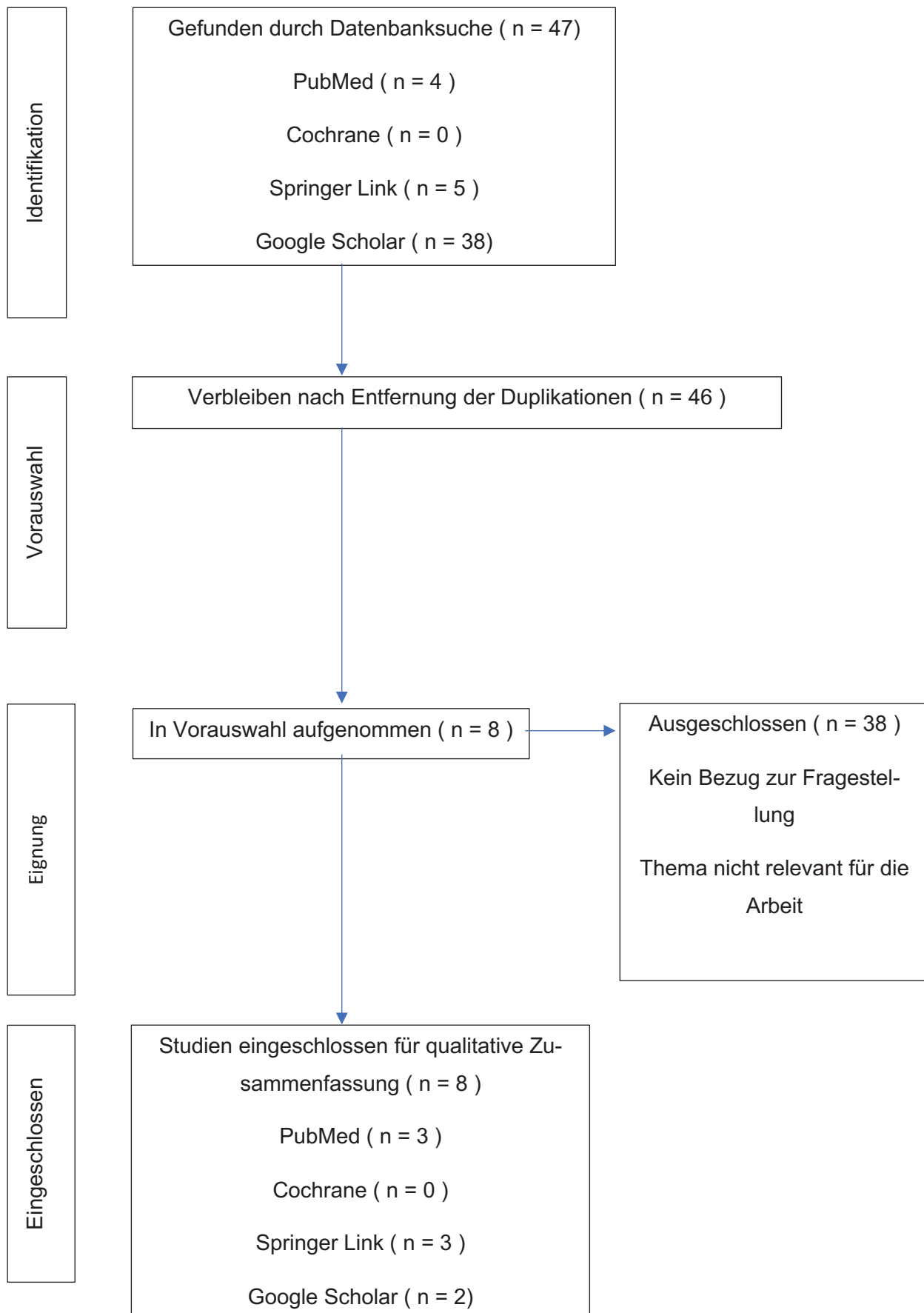


Abbildung 1 Flussdiagramm

7 Ergebnisse

Nach (Friedemann Nauck, 2021) beinhaltet die palliative Medizin das Ziel, die Lebensqualität von schwer kranken Menschen zu erhalten und oder sie zu verbessern. Eine Primärversorgung mit palliativmedizinischer Basisqualifikation kann erbracht werden. Ebenfalls ist eine Spezialisierung der Pflege bei komplexer Symptomlage möglich. Dies wird mit Hilfe eines multiprofessionellen Teams gesichert. Innerhalb der Notversorgung kann aufgrund von Schmerzexazerbationen und psychosozialen Komponenten schwer auf eine palliative Situation geachtet werden. Diese Situationen sind nicht einfach zu erkennen. In dem palliativen Bereich befinden sich oft Pflegeempfänger*innen, welche an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung leiden im Gegensatz zur Akutmedizin, wobei es sich überwiegend um nichtonkologische ältere Pflegeempfänger*innen handelt.

In der Literatur sind 3–10 % der Notrufe von palliativ Medizinischer Bedeutung gewesen, wovon sich 1 % in der Terminalphase befindet. Über 1 von 10 gescreenten Pflegeempfänger*innen in der Notaufnahme benötigten palliativen Behandlungsbedarf, dies wurde in einer Krämer Studie gezeigt. Innerhalb dieser Vorgänge sind Zugehörige meist die ersten Ansprechpartner*innen. Umso besser die Kommunikation zwischen allen Beteiligten ist, desto besser kann die Krankheitsbearbeitung der Pflegeempfänger*innen und dessen Compliance werden. Es entsteht ein Vertrauensverhältnis. Ein entscheidendes Fazit für die Praxis ist es, dass palliativmedizinische Beratungsstrukturen klinischer und außerklinischer Settings bekannt sein müssen, damit Situationen mit einer herausfordernden Therapiezielfindung oder komplexer psychosozialer Probleme gelöst werden können.

In der Untersuchung von (Carsten Hermes, 2020) wird festgestellt, dass die personelle Ausstattung der Kliniken oder Stationen für eine realistische Einschätzung der Intensivmedizinischen Behandlungskapazität unverzichtbar sind, sie jedoch nicht betrachtet werden. Dies ist ein Problem, welches beinhaltet, dass das Vorhandensein von Materialien nicht die Versorgung von Pflegeempfänger*innen sichert. Aufgrund dessen müssen Pflegefachpersonen in Bereitschaft einsetzbar sein.

Die Pflegefachpersonen mit einer Fachweiterbildung im Bereich der Intensivmedizin sollten bei Schulungsprogrammen, Kurzschulungen, Geräteeinweisungen und vieles mehr mitwirken, da eine Versorgung von schwerstkranken Menschen eines gewissen Wissenstand erfordert. Diese Weiterbildungen können per E-Learning, mit Hilfe von Literatur oder der One Minute Wonder (=OMW) durchgeführt werden.

Jedoch ist hier festzustellen, dass das Erlangen dieses Wissens als Grundlage dient und die Handhabung dessen voraussetzt. Das bedeutet, dass qualifiziertes Stammpersonal, welches lange Erfahrungswerte hat mit eingesetzt werden muss. Innerhalb der Covid-19 Pandemie wurden die sozialen Kontakte auf Intensivstationen stark eingeschränkt oder vollständig untersagt. Fehlender Kontakt zu geliebten Personen begünstigen ein Entstehen von Angst, eines Delirs, Depressionen und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Dies hat negative Folgen in Hinblick auf die Kommunikation mit den Pflegeempfänger*innen und erschwert die Findung von Therapiezielen. Zugehörigen wurde der Besuch untersagt, TV-Teams jedoch hatten freien Zugang. Dies ist wird in dieser Studie nicht gerechtfertigt.

Der Kontakt von Pflegeempfänger*innen und Zugehörigen kann in vielerlei Hinsicht gesichert werden. Zum einen können kostenlose Videotelefonate inklusive der Bereitstellung von WLAN gesichert werden. Zum anderen können Angehörigenhotlines und Intensivtagebücher implementiert werden. Dazu kommt die Bereitstellung von seelsorgerischer Betreuung.

In der Studie von (Dieter Heitmann, 2020) wurden Unterstützungsansätze durch Angebote der Pflege für die Zugehörigen untersucht. Die Intensivmedizin hat die psycho-sozialen Bedürfnisse bislang nicht konkret betrachtet und dies wird in diesem Artikel untersucht.

Ein Aufenthalt auf einer Intensivstation ist für Betroffene eine belastende Situation, da die Umgebung vollständig unbekannt ist und dies im Zusammenhang mit Ängsten und vielen Fragen steht. Laut Studien hat die Bewältigung eines Aufenthaltes Auswirkungen auf die Phase nach der Behandlung. Familienorientierte Konzepte werden international angewendet, finden jedoch hierzulande kaum Anwendung. Der psychischen Belastung bei Zugehörigen wird ebenfalls noch wenig Beachtung geschenkt, jedoch zeigen internationale Forschungsarbeiten auf, dass der Großteil von Zugehörigen sehr zufrieden mit der Versorgung ihrer Lieben ist.

Der Aufenthalt auf einer Intensivstation verursacht ausgeprägten Stress. Der Umgang mit Zugehörigen wird wenig beleuchtet, denn die Pflege empfindet dies häufig als störend. Dementsprechend kann die Pflege die Zugehörigen auch vollständig ausschließen, indem restriktive Besuchszeiten eingeführt werden können. Sorgen, Nöte und Ängste werden von Seiten der Pflege nicht ausreichend wahrgenommen. Aufgrund dessen müssen Aufklärungen und Schulungen stattfinden.

Falls es zu einem Bruch der Familie während des Aufenthaltes auf einer Intensivstation kommen sollte, kann es gravierende Folgen geben. Es kann zu einem Rollenverlust oder einer Änderung der Rollenverteilung kommen. Die Angst vor dem Tod und Unsicherheiten kommen hinzu und dies führt zu starkem Druck. Zugehörige werden laufend als Sprachrohr der Pflegeempfänger*innen angesehen und dem dementsprechend miteinbezogen. Somit sind die Zugehörigen eine Hilfe für die Pflege und für die Betroffenen selbst, da sie dazu beitragen können psychischen Stress zu vermindern. Es herrscht ein hoher Bedarf an Kommunikation und Informationen, diese sollten verständlich ausgedrückt werden. Hinzu können schriftliche Informationen und Bildmaterial

genommen werden. Die Unterstützung durch die Pflege ist für die Zugehörigen besonders bedeutsam und das Bedürfnis nach Hoffnung kann eine Hilfe in Bezug auf die Lebensqualität sein. Zugehörige möchten Teil der Behandlung sein und mitwirken.

Die Kommunikation kann verbessert werden, indem die Besuchszeiten ausgedehnt werden, damit den Pflegeempfänger*innen ein Da-Sein vermittelt werden kann. Die Perspektive der Pflege soll angepasst werden, um die Zugehörigen als Ressource und nicht als Störfaktor zu sehen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass sie als primäre Ansprechpartner wahrgenommen werden können. Die Pflege ist ebenfalls ein Übersetzer von den medizinischen Fachausdrücken die die Ärzt*innen nutzen, zu einer weniger fachlichen Sprache verständlich für die Betroffenen.

Innerhalb dieser Vorgänge müssen Zugehörige viele Entscheidungen treffen, falls die Pflegeempfänger*innen keine Möglichkeit haben sich zu äußern. Hierbei bietet die Pflege Hilfe bei der Entscheidungsfindung an, indem Gesprächsrunden geführt werden können. Dabei bieten Ärzt*innen und Pflegefachpersonen zusammen Antworten.

Um das Problem der mangelnden Sensibilität der Pflege zu beheben, können Schulungen durchgeführt werden, die die Problematik der Zugehörigen in den Vordergrund stellen und ein besseres Verständnis hervorrufen.

Der Fokus liegt darauf, das Umfeld der Pflegeempfänger*innen miteinzubeziehen und Bedürfnisse richtig einzuschätzen. Mögliche Ansatzpunkte hierbei sind die Gestaltung von Warteräumen und wie oben genannt die Ausdehnung der Besuchszeiten.

Falls die Problematik nicht von der Pflege selbst gelöst werden kann, ist die Vermittlung an andere Unterstützung wie einem Psychosozialen Dienst auch möglich.

Ergebnisse der Studie von (Teresa Deffner, 2022) sind, dass Angehörigenbetreuung ein wichtiger Aspekt der Versorgung auf Intensivstationen ist. Angehörige müssen kontinuierliche und qualifizierte Unterstützungsangebote erhalten, welche durch multiprofessionelle Fallbesprechungen und psychosoziale Fachkräfte gesichert werden können. Die Versorgung der Zugehörigen ist wichtig, da diese sich auf den gesamten Verlauf des Aufenthalts auswirkt. Dazu gehört die Mortalität und die Behandlungsdauer wie vieles mehr. Ebenfalls scheint auch das Führen von Intensivtagebüchern sich positiv auf das Outcome der Pflegeempfänger*innen.

Zugehörige können passiv durch dessen bloße Anwesenheit oder aktiv durch gemeinsame Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Die von Person zur Person unterschiedlichen Outcomes können in kurz- und langfristig unterteilt werden. Zugehörigenintegration werden als kurzfristige Outcomes angesehen, welche im Zusammenhang mit Kommunikation, Entscheidungsfindung und Zufriedenheit steht. Langfristige Outcomes werden aus der Sicht der Zugehörigen betrachtet und werden als psychische Langzeitfolgen beschrieben. Hierbei handelt es sich um das Ziel einer direkten und indirekten Reduktion psychischer Symptome.

Die Familienzentrierte Versorgung wird im Bereich der Intensivpflege sowohl positiv als auch kritisch angesehen. Die psychische Gesundheit des Pflegepersonals ist aktuell jedoch unklar.

Zugehörigenversorgung wird durch politische Entscheidungen, ergänzend zur Charta der Betreuung Schwerkranker, als eine sichtbare Verantwortung gegenüber Sterbenden und dessen Familie.

Das System der familienzentrierten Versorgung besteht daraus, dass die Pflegeempfänger*innen der Mittelpunkt eines von der Familie geschützten Systems sind. Dies wird als Mindeststandard angesehen. Dies obliegt einer Qualitätssicherung, welche für jede Station mindestens eine qualifizierte Person festlegt, die die Arbeit mit den Zugehörigen dauerhaft übernimmt. Ziel ist es eine aktive Partnerschaft zwischen den Pflegeteam und den Zugehörigen zu

entwickeln und zu nutzen. Dies wird in jeder Phase des Sterbens / Trauerns verlangt. Bedürfnisse müssen geachtet und berücksichtigt werden. Bisher besteht wenig Forschung über eine konkrete Umsetzung der Familienorientierung.

Ein wichtiger Punkt ist es für die Praxis eine Flexibilität der Anwesenheitszeiten zu gewährleisten, um eine strukturierte Zugehörigen- und Pflegeempfänger*innen Kommunikation zu unterstützen. Gesprächstechniken- und Modelle finden ebenfalls Anwendung, um die Qualität zu sichern. Ausschlaggebend für die Qualitätssicherung ist die Benutzung einrichtungsbezogener Standards, Bereitstellung von genügend Personal und Räumlichkeiten sowie eine regelmäßige Schulung der Pflegefachpersonen.

In den Ergebnissen der Untersuchungen durch (Felix Holzer, 2022) wird die Akzeptanz von Humor im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess besprochen. In einer Gesellschaft die Offenherzigkeit und Unvoreingenommenheit repräsentiert, wird das Thema Sterben und Tod immer mit Negativität verbunden. Es ist schwer den Tod zu akzeptieren, wenn dieser bisher nur bekämpft wurde.

In der palliativen Pflege steht jedoch nicht die Heilung, sondern das Lindern von Symptomen im Mittelpunkt. Dazu gehört ebenfalls die Zugehörigenbetreuung, welche mit Ängsten und Trauer zu kämpfen haben. Jedoch tun sind nicht ausschließlich Zugehörige und Betroffene selbst schwer mit der Kommunikation in dieser Situation, denn auch die Pflege hat mitunter Schwierigkeiten Gefühle nicht zu stark zuzulassen.

Hierbei steht der Humor als Grundlegenden Kontrast dem Tod gegenüber. Humor hat im psychischen, physischen und sozialen Bereich einen positiven Einfluss. Daraus schließen sich zwei Aspekte. Zum einen ist es der Humor zum Beziehungsaufbau, welche eine Beziehung als soziales Konstrukt- und Grundbedürfnis darstellt. Hierbei wird die Möglichkeit geboten eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen der Pflege und den Pflegeempfänger*innen zu erhalten.

„Humor und Spaß ist in erster Linie dazu da, einen Kontakt mit Mitmenschen aufzubauen.“ (Felix Holzer, 2022, S. 60). Er wird ebenfalls als Eisbrecher genutzt, um den ersten Zugang zu den Personen zu ermöglichen und eine vertrauliche Beziehung aufzubauen.

Zum anderen muss die Beziehung wachsen und darin investiert werden. Damit ist das Teilen einer glücklichen Erfahrung gemeint, wie ein gemeinsames Lachen. Humor kann große Intimität schaffen und peinliche Situationen entschärfen, ebenso wie die Stärkung des Teams zu festigen und zu stärken. Gemeinsames Lachen stärkt das Vertrauen zueinander. Besonders führt Humor zu einem Spannungs- und Druckabbau. Es wird die Möglichkeit geboten Dampf abzulassen. Dies wird auch als Ablenkung von dem Leid beschrieben.

Mit Hilfe des Humors, können Spannungszustände und schwierige Situationen vereinfacht und entschärft werden. Die Literatur unterstützt somit den Gebrauch von Humor im Umgang mit Sterben und Tod.

In einer breit angelegten Studie von (Leanne M. Boehm, 2021) wurde untersucht inwieweit die Einbeziehung von Zugehörigen den Krankheitsverlauf beeinflussen. Dabei wurde festgestellt, dass es entlastende Faktoren für die Intensivstation selbst und für die Betroffenen haben kann. Dies wurde unter Einbeziehung von 14 Berichten und 13 Studien beleuchtet. Die wichtigsten Ergebnisse hierbei, waren die Artikulation unter Einfluss von verschiedenen Emotionen, wie Angst, Wut und Scham. Währenddessen wurden Haltungen wie Freundlichkeit und Empathie von dem Pflegepersonal erwartet. Jedoch wird laut den Berichten vielmehr schwierige Emotionen und eine andere Form von Stress erlebt.

Der Bezug zum Delir wird hierbei in den Vordergrund gestellt und wird als ein emotionales Erlebnis betrachtet. Ein angebrachtes Verständnis würde sich positiv auf die Betroffenen selbst sowie auf dessen Zugehörige auswirken.

Die Zitate und Aussagen wurden von einem internationalen und multidisziplinären Team aus akademischen Pflegefachkräften, wissenschaftlichen Assistent*innen, einem Arzt und einem Universitätsbibliothekar analysiert. Welche neben dem positiven Einfluss von Familie auf die Pflegeempfänger*innen erkannt haben, dass zugehörige genauer informiert werden möchten, damit ein umfangreicheres Verständnis für die Situation aufgebracht werden kann. Dazu gehört die situationsangepasste Artikulation der ausgeprägten Emotionen, die Natur der ganzen Person in Betracht zu ziehen (kognitiv, psychisch und spirituell) und Kommunikation und Aufklärung ein sehr Wertvoller Bestandteil der Pflege ist.

In der systematischen Übersicht von (Andreas Xyrichis, 2021) ist es das Ziel, dass die Interventionen zur Förderung der Beteiligung von Zugehörig*innen untersucht werden, welche am effektivsten sind und den Vorgang unterstützen. Es wird sich auf den Bereich der Intensivstation im Erwachsenenalter eingegrenzt. Das methodische Vorgehen wurde detailliert beschrieben.

Diese Arbeit basierte auf 20 untersuchten Studien welche zwischen 1989 und 2018 veröffentlicht wurde. Die Stichprobengrößen wurden in quantitative und qualitative Studien unterschieden. Innerhalb der quantitativen waren 30 bis 1106 Familienmitglieder beteiligt und in den qualitativen Studien waren 10 bis 54 Familienmitglieder beteiligt. Die Zugehörigen, Ärzt*innen und die Pflegefachpersonen wurde miteinbezogen. Dies führte zu der Erkenntnis, dass evidenzbasierte Ratschläge zu den jeweiligen Interventionen mangelhaft auf Intensivstationen auftreten oder genutzt werden. Um dieses Projekt den Prozess der Überprüfung zu unterziehen wurde eine Gruppe von Dienstnutzer*innen und Betreuer*innen, welche über Werbungen von den jeweiligen Einrichtungen rekrutiert wurden, zusammengestellt.

Die Gruppe bestand aus vier Überlebenden und dessen Betreuer*innen / Zugehörig*innen. Diese wurde in jeden Schritt des Prozesses miteinbezogen und nahm an vier geplanten Sitzungen teil. Dies führte von Monologen zu kritisch denkenden Diskussionen.

Beteiligte Interventionsarten wurden nach geringer bis hoher Bedeutung aufgelistet. Änderungen der Umgebungseinheit, webbasierter Support (=Unterstützung), diskussionsbasierter Support, Multikomponenten Support, Teilnahme an Runden und der Teilnahme an der physischen Pflege wurden als wichtige Interventionen festgelegt.

Hierbei fiel auf, dass die Einbeziehung der Familie in die Visitenprozesse positive Auswirkungen auf die Teilnahme an der täglichen Visitenintervention hat und eine Möglichkeit bietet Fragen zu stellen und Probleme zu klären.

Die Evidenzbasis wurde insgesamt als moderat bis schwach bewertet. Darüber hinaus wurde geschlussfolgert, dass die Gesellschaftsrunden die Kommunikationsergebnisse stärken, webbasierte Interventionen die Zufriedenheit der Familie erhöhen kann und diskussionsbasierte Interventionen der Entscheidungsfindung und dem Wohlergehen der Familie zugute kommen kann.

Nach (Louise Rose, 2022) gibt es nur wenige Instrumente zur Qualitätserfassung einer hochwertigen Pflege für schwer erkrankte Menschen. Dementsprechend wurde eine Checkliste zur Qualitätsverbesserung, welche mit Hilfe von Interviews und systematischen Überprüfungen belegt wurde, erstellt. Die Beteiligten waren 138 interprofessionelle Teams, Pflegeempfänger*innen und dessen Zugehörige. Der Bereich begrenzte sich auf die Intensivstation.

Schwer kranke Menschen haben komplexe und individuelle Pflegebedürfnisse, welche eine Belastung für die Pflegeempfänger*innen selbst, dessen Zugehörige und die Pflegefachpersonen darstellen kann. Rundumchecklisten für den Bereich der Intensivpflege berücksichtigt möglicherweise nicht die Individualität des Pflegeprozesses für die Betroffenen.

Noch ist nicht klar, ob das Fehlen von solchen Verbesserungen für die Qualität der angewendeten Instrumente zu negativen Ergebnissen oder schlechten Erfahrungen beiträgt, jedoch ergab eine Studie über Akutkrankenhäuser in den USA, dass es hinsichtlich der Mortalität zwischen leistungsstarken und leistungsschwachen Krankenhäusern Unterschiede gab.

Es wurde 15 Überlebende auf der Intensivstation befragt und die Antworten unterschieden sich in einigen Punkten. Einer der Faktoren war, dass die Familie in die medizinische / pflegerische Versorgung miteinbezogen werden, an den Visiten teilhaben und die Besuchseinschränkungen minimiert werden sollte.

Nachdem drei Fragerunden stattgefunden haben, wurde eine Checkliste erstellt, welche 11 umsetzbare Kernprozessbereiche und eine Liste geeigneter Empfehlungen enthält.

Ziel des ganzen war es, die patienten- und familienzentrierte Versorgung zu verbessern. Besonders hierbei ist die Beteiligung der Familienangehörigen an der Toolentwicklung. Auch der Zugang der Angehörigen zur Intensivstation sowie die Beteiligung an der Entscheidungsfindung wurden als wichtig erachtet. Weiterhin werden zukünftige Forschungen zu dem Thema geraten.

8 Diskussion und Limitationen

Die Palliativmedizin unterscheidet sich von dem kurativen Heilungsprozess insofern, dass innerhalb einer palliativen Pflege nicht die Heilung vielmehr die Linderung der Symptome beschrieben wird. Diese ist dazu da die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Innerhalb der Akutversorgung herrschen jedoch Unklarheiten über die Erkennung von palliativen Situationen, welche eine detaillierte Kommunikation mit den Pflegeempfänger*innen und den zugehörigen voraussetzt. Dies kann gesichert werden mit Hilfe von Weiterbildungen im multiprofessionellen Team (Friedemann Nauck, 2021). Dies wird ebenfalls von (Carsten Hermes, 2020), (Dieter Heitmann, 2020), (Teresa Deffner, 2022)

Diese Wissensvermittlung kann per E-Learning, Literatur oder mit der One Minute Wonder Methode stattfinden (Carsten Hermes, 2020, S. 496).

Um eine qualitativ hochwertige und korrekte Pflege im Intensivstationären Bereich sichern zu können, muss die personelle Ausstattung als Grundlage bestehen. Hinzu kommt, dass die Einbeziehung der Zugehörigen von hoher Bedeutung ist, da diese einen direkten Einfluss auf das Outcome der Betroffenen haben kann (Carsten Hermes, 2020)

Damit der Aufenthalt auf der Intensivstation so angenehm wie möglich für alle Beteiligten ist, ist es wichtig, dass diese auch die Möglichkeit haben sich psychosozialen Bedürfnissen zu öffnen und ihnen Unterstützung geboten wird. In diesen Situationen herrschen kommunikative Herausforderungen, welche von Stress, Angst und Trauer beeinflusst werden. Die Pflege wird hierbei vor eine Herausforderung gestellt, welche wahrgenommen werden muss. Wenn dies geschieht, kann die Kommunikation vertrauensvoller und ressourcenorientierter geleitet werden. Dies dient als Entlastung für die Zugehörigen (Dieter Heitmann, 2020).

Innerhalb der palliativen und der pädiatrischen Pflege bestehen besser ausgeprägte Umsetzungen von Zugehörigenbetreuung, welche auf die Intensivpflege adaptiert werden sollte. Jedoch fehlt es in diesem Bereich an Kommunikation und konkreter Umsetzung. Der Mindeststandard auf Intensivstationen sollte sich an gemeinsamen Zielen, Entscheidungsfindungen und gegenseitiger Unterstützung orientieren und dies umsetzen. Dies wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf der Betroffenen aus und beugt negative Nachwirkungen von dem Aufenthalt auf der Intensivstation vor.

Um dies zu sichern, müssen Einrichtungsbezogene Standards, Schulungen und genügend Personal zur Verfügung stehen (Teresa Deffner, 2022).

Um eine qualitativ hochwertige Pflege zu sichern entwickelten (Louise Rose, 2022) eine Checkliste zur Qualitätsverbesserung. Der für diese Arbeit wichtige Aspekt hierbei, ist es, dass alle Familienmitglieder von den jeweilig Betroffenen in alle Entscheidungen bezüglich der Erstellung dieser Checkliste miteinbezogen wurden.

Doch neben den Assessmentinstrumenten, Leitfäden und Dokumenten zur Unterstützung darf der Einsatz von Menschlichkeit begründet auf Akzeptanz, Empathie und Kongruenz nicht fehlen. Damit eine Beziehung zu den Betroffenen und dessen Zugehörige entstehen kann, ist der Umgang mit Humor ein wichtiges Mittel. Die palliative Pflege soll Schmerzen lindern. Damit sind nicht ausschließlich körperliche Schmerzen gemeint.

Der Einsatz von Humor kann das Wohlbefinden der Pflegeempfänger*innen verbessern und wirkt sich gleichzeitig positiv auf die Pflegefachkräfte selbst aus. Dies zeigt die Studie von (Felix Holzer, 2022).

Es ist wichtig die Gesamtheit und den Wert der einzelnen betroffenen Person zu sehen und wahrzunehmen. Damit sind nicht ausschließlich die Pflegeempfänger*innen selbst gemeint, sondern die dazugehörigen Familienmitglieder ebenfalls. Dieses Vorgehen stützt sich auf Mitgefühl und Kommunikation. Weiterhin wird in solchen Situationen mit schweren Emotionen gekämpft, welche durch Stress ausgelöst werden. Je mehr Freundlichkeit und Empathie ihnen entgegengebracht wird, desto besser fühlen sie sich Verstanden und miteinbezogen (Leanne M. Boehm, 2021).

Nach den Erkenntnissen von (Andreas Xyrichis, 2021) müssen künftige Interventionen unter wesentlich stärkerer Einbindung von Zugehörigen entwickelt und diese vielschichtiger gestaltet werden. Dies dient dazu, dass das Einsetzungsvermögen der Zugehörigen individuell und beliebig bleibt. Dabei soll alles auf der Entscheidung zur Beteiligung von den Zugehörigen ausgehen.

Es kam die Frage auf, wieso die palliative Pflege sich nicht ausreichend in der Akutpflege etablieren kann. Da wie in dieser Arbeit beschrieben, der Sterbeprozess ab dem Beginn der Diagnose stattfindet. Es wurden sehr wenig Studien mit dem zentralen Aspekt der Angehörigenbetreuung gefunden. In vielen Studien ist die Zugehörigenbetreuung ein wichtiger Teil, beschränkt sich allerdings nicht auf ein einzelnes Thema. Die Familienzentrierten Betreuung muss sich von den medizinischen Interventionen Abgrenzen und als ein eigenständiger wichtiger Aspekt angenommen werden.

Unter der zusätzlichen Verwendung von anderen Suchbegriffen, wie die Familienzentrierte Betreuung, hätten eventuell mehr oder weniger Studien zur Verfügung gestanden. Ebenso hätte die Altersspanne weiter ausgedehnt werden können. Falls andere Textarten, wie Bücher zur Anwendung gekommen wären, könnte das Ergebnis positiver oder negativer aussehen. Ebenfalls können Studien durch die Autorin dieser Arbeit selbst falsch interpretiert worden sein.

9 Fazit

Mit Hilfe einer Literaturrecherche wurde die Forschungsfrage, ob das Denken von Zugehörigen über den Tod verändert werden kann, konnte nicht vollständig beantwortet werden.

Es gibt nur wenige, bis gar keine Studien, in denen die Zugehörigenversorgung im Mittelpunkt steht und nicht als eigenständiger Aspekt betrachtet wird, jedoch wurde dessen Einbeziehung in den Pflegeprozess der Betroffenen in jeder Studie befürwortet. Die Familienzentrierte Pflege wirkt unterstützend und entlastend für die Betroffenen, den Zugehörigen und die Pflege.

Das Denken über den Tod kann nicht direkt verändert werden, doch die Sicht auf den Tod kann unter Teilnahme an pflegerischen Maßnahmen, Visiten und der Festlegung von weiteren Zielen sensibilisiert werden.

Literaturverzeichnis

- Andreas Xyrichis, S. F. (25. Februar 2021). Interventions to promote family member involvement in adult critical care settings: a systematic review. *BMJ Open*, S. 1-20.
- Brüning, B. B. (2015). In *Wie ich es will* (S. S. 14-21). Weinheim : Verlagsgruppe Beltz.
- Carsten Hermes, T. O. (2. Juli 2020). Sektion Pflege zur aktuellen Situation der Intensivpflege in Deutschland. Berlin, Deutschland.
- Dieter Heitmann, K. B. (Mai 2020). Die Intensivstation aus der Perspektive von Angehörigen . *PflegeZeitschrift* , S. 58-60.
- Downie, F. R. (2014). In *Philosophie der palliativ Care* (S. S. 79). Bern: Hans Huber Verlag .
- Dumphy, J. (2014). In *Kommunikation mit Sterbenden* (S. S. 175-178). Bern: Hans Huber Verlag.
- Dunphy, J. (2014). In *Kommunikation mit Sterbenden* (S. S. 171). Bern : Hans Huber Verlag .
- Dunphy, J. (2014). In *Kommunikation mit Sterbenden* (S. S. 152). Bern : Hans Huber Verlag.
- E-Derrer-Merk. (2013). Lernkarten Altenpflege. München: Elsevier GmbH.
- Felix Holzer, C. R. (Dezember 2022). Tod und Humor - ein Paradoxes Verhältnis? *PFLEGE*, S. 58-61.
- Friedemann Nauck, B. J. (19. März 2021). CME Integration der palliativmedizin in die Akutmedizin. Georg-August-Universität Göttingen, Deutschland.
- Jevon, P. (2013). In *Pflege von Sterbenden und verstorbenen Menschen* (S. S. 27). Bern : Hans Huber Verlag .
- Jevon, P. (2013). Definition von Tod und Sterben. In *Pflege von Sterbenden und verstorbenen Menschen* (S. S. 22-23). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kübler-Ross, E. (1971). In *Interviews mit Sterbenden* (S. S. 135-137). Stuttgart : Kreuzverlag.
- Kübler-Ross, E. (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuzverlag.
- Küng, H. (2014). Das Bemühen um ein menschenwürdiges Sterben . In *Glücklich Sterben ?* (S. S. 75-79). München : Piper Verlag GmbH.
- Leanne M. Boehm, A. C. (28. Juni 2021). Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, S. 2-12.
- Neander, K.-D. (2022). In *Empathische Kommunikation in der Palliativbetreuung* (S. S. 26-38). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Neander, K.-D. (2022). In *Empathische Kommunikation in der Palliativbetreuung* (S. S. 145-146). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Neander, K.-D. (2022). In *Empathische Kommunikation in der palliativ Betreuung* (S. S.129). Stuttgart : W. Kohlhammer .
- Schärer-Sautschi, E. (2012). In *Trauern* (S. S. 23). Bern: Hans Huber Verlag.
- Steinebach, V. S. (2014). In *Innovative Palliativ Care* (S. S. 102). Bern: Hans Huber Verlag.
- Teresa Deffner, U. M. (13. Oktober 2022). Psychosoziale Angehörigenversorgung: Rahmenkonzept für Intensivstationen. Deutschland.
- Woodhouse, M. A. (2014). In *Palliativ-Care-Konzepte* (S. S. 105-108). Bern: Hans Huber Verlag.