

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pädagogik

Palliative Sedierung am Lebensende:

Belastungsfaktoren und Möglichkeiten der
Bewältigung von professionell Pflegenden

Bachelor-Thesis

Friedemann Ostenrath

31. Mai 2019

Palliative Sedierung am Lebensende:

Belastungsfaktoren und Möglichkeiten der
Bewältigung von professionell Pflegenden

**BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades
„Bachelor of Science“**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen

**Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft,
Schwerpunkt Pädagogik**

Friedemann Ostenrath

Erstprüfer: Prof. Dr. Anke Helmbold
Zweitprüfer: Prof. Dr. Michael Isfort

Abgabedatum: 31. Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Palliative Sedierung	3
1.1.1	Definitionen.	3
1.1.2	Indikationsstellung und Entscheidungsprozess.	4
1.1.3	Formen der Sedierung	6
1.2	Palliative Sedierung und Sterbehilfe	7
1.2.1	Ethische Aspekte	7
1.2.2	Formen der Sterbehilfe in Deutschland	9
1.2.3	Abgrenzung palliativer Sedierung von aktiver Sterbehilfe.....	11
1.3	Problemdarstellung aus pflegerischer Sicht	12
1.4	Zielsetzung und Fragestellungen	12
2	Methodisches Vorgehen	
2.1	Orientierende Literaturrecherche	14
2.2	Systematische Literaturrecherche	14
2.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
2.2.2	Überblick über die Literaturlage	17
2.2.3	Bewertung und Auswahl der Literatur	22
3	Theoretischer Rahmen	30
3.1	Das Interaktionsmodell von Imogene King	30
3.1.1	Die Rolle der Pflegenden	35
3.1.2	Pflege als Interaktionsprozess	35
3.1.3	Die Theorie der Zielerreichung	36
3.1.4	Anwendung des Interaktionsmodells	37

4	Ergebnisse	39
4.1	Belastungsfaktoren	39
4.1.1	Fehlen verbindlicher Definitionen und Richtlinien	39
4.1.2	Unklare Indikation	41
4.1.3	Unzureichender Wissenstand	42
4.1.4	Intra- und interpersonale Rollenkonflikte	44
4.1.5	Ethische Dilemmata durch Vergleiche mit aktiver Sterbehilfe.....	47
4.2	Bewältigungsmöglichkeiten.....	49
4.2.1	Implementierung verbindlicher Definitionen und Richtlinien	49
4.2.2	Partizipation an Entscheidungsprozessen.	51
4.2.3	Wissenserweiterung und Kompetenzerwerb durch Bildung.....	54
4.2.4	Entwicklung eines professionellen Rollenverständnisses	56
4.2.5	Multidisziplinäre Zusammenarbeit.....	58
5	Diskussion	61
6	Fazit	67
	Abbildungsverzeichnis	I
	Abkürzungsverzeichnis	II
	Literaturverzeichnis	III
	Anhang	IV

Zusammenfassung

Hintergrund

Die palliative Sedierung ist eine Therapieoption am Lebensende, die unter medizinischen, pflegerischen und ethischen Gesichtspunkten in der Regel als sog. „Ultima Ratio“ diskutiert wird. Sie soll unerträgliches Leid im Rahmen therapierefraktärer Symptome lindern und ein würdevolles Sterben ermöglichen.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, Belastungsfaktoren professionell Pflegender zu identifizieren und Möglichkeiten einer Bewältigung sowohl durch Pflegende selbst aber auch durch Änderungen von Rahmenbedingungen aufzeigen zu können.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline/PubMed, Livivo und PsycINFO durchgeführt. Die ausgewertete Literatur umfasst einen Zeitraum von fünfzehn Jahren. Die relevanten Studien wurden mittels spezifischer Bewertungsmodelle auf ihre Qualität geprüft.

Theoretischer Rahmen

Das Interaktionsmodell von Imogene King dient als theoretischer Bezugsrahmen, um die Erkenntnisse dieser Arbeit auf pflegewissenschaftlicher Basis beurteilen und diskutieren zu können.

Ergebnisse

Fehlende Richtlinien, unzureichendes Wissen, Rollenkonflikte und ethische Dilemmata konnten als belastende Faktoren eruiert werden. Verbindliche Richtlinien, die Partizipation an Entscheidungsprozessen sowie eine Förderung multidisziplinärer Zusammenarbeit können Belastungen reduzieren.

Fazit

Das Literaturreview identifiziert und bestätigt bereits vorhandene Erkenntnisse. Dennoch ist weitere Forschung in diesem Handlungsfeld notwendig, um weitere entlastende Ansätze für die Bewältigung der täglichen Arbeit mit palliativ sedierten Patienten und deren Angehörigen zu finden und eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

Gender Erklärung

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts oder anderweitiger Geschlechteridentitäten, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

1 Einleitung

Bereits zu Zeiten der vormodernen Medizin um ca. 1500-1850 entstand eine intensive Diskussion zur „Cura palliativa“, die als unverzichtbare Alternative zu einer radikalen, kurativen Behandlung angesehen wurde (Stolberg, 2007, S. 7). So wird der Begriff „palliativ“ in der Regel vom lateinischen Wort „pallium“ (Mantel, Umhang) bzw. „palliare“ (bedecken, tarnen, lindern) abgeleitet (Müller-Busch, 2014, S. 2). Untrennbar verbunden mit der Entstehung des palliativen Ansatzes in der Medizin ist auch die Hospizidee. Bereits im 4. und 5. Jahrhundert n. Chr. entstanden in Syrien Gasthäuser, Hospize oder Xenodochien, die sich der Betreuung Kranker und Sterbender widmeten. Die Pflege Sterbender stand dabei im Vordergrund. Als historischer Impuls für die Entwicklung der modernen Hospizbewegung und von Palliative Care wird die Gründung des „St. Christopher’s Hospice“ in London im Jahre 1967 durch die britische Ärztin Cicely Mary Stode Saunders (1918-2005) angesehen. Nachdem Saunders erste Erfahrungen im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden auf Grundlage ihrer Tätigkeit als Sozialarbeiterin und Krankenschwester sammeln durfte, studierte sie im Anschluss daran Medizin. Sie widmete sich fortan der Frage, wie eine optimale und umfassende medizinische, pflegerische, soziale und spirituelle Betreuung dieser Menschen in der modernen Medizin ermöglicht und verwirklicht werden könnte (Schnell & Schulz, 2014, S. 5).

Im Jahre 1983 wurde hierzulande die erste Palliativstation mit fünf Betten in der Chirurgischen Klinik der Universität Köln eröffnet (ebd., 2014, S. 4-6). Nach einer zögerlichen Entwicklung in den Folgejahren hat sich die Anzahl seit 1996 (28 Palliativstationen und -einheiten sowie 30 stationäre Hospize für Erwachsene) auf ca. 330 Palliativstationen und -einheiten sowie ca. 250 stationäre Hospize im Jahr 2019 mehr als verachtfacht (DHPV & DKHV, 2019). Diese Zahlen verdeutlichen die besondere Bedeutung von Palliative Care, welche in den nächsten Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung im Rahmen der Altersmedizin weiter zunehmen wird. Seit Ende des 19. Jahrhunderts verschiebt sich die Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten der älteren Altersgruppen (Schnell & Schulz, 2014, S. 8). Betrachtet man im Vergleich dazu Zahlen potentiell zum Tode führender Krankheiten wie z.B. Krebserkrankungen, so sind auch diese signifikant gestiegen. Vergleicht man diese mit der Lage im Jahr 1970, hat sich die Zahl der Betroffenen weltweit sogar fast verdoppelt (RKI, 2016,

S. 22). Nach Schätzungen der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC), einer Einrichtung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), erkrankten im Jahr 2018 weltweit 18,1 Millionen Menschen an Krebs, wovon 9,6 Millionen infolgedessen verstarben (Deutsches Ärzteblatt, 2018).

Die Palliativmedizin stellt für die Versorgung dieser Menschen eine wichtige Orientierung dar (Schnell & Schulz, 2014, S. 8). In der Regel können palliativmedizinische Maßnahmen bei der Mehrzahl der schwerstkranken und sterbenden Patienten eine gute Linderung der Beschwerden verschaffen. Es gibt jedoch Situationen, in denen ein Patient in Erwartung des Todes therapierefraktären, für ihn nicht erträglichen Leiden ausgesetzt ist (Hopprich et al., 2016, S. 60). In diesem Fall kann als Ultima Ratio die palliative Sedierung eingesetzt werden (Müller-Busch et al., 2007, S. 63). Diese wird in der Regel zur Linderung von Schmerzen, Unruhe und/oder Dyspnoe verabreicht. Experten stehen einer palliativen Sedierung in der Regel positiv gegenüber. Sie betrachten diese als eine tiefe Dauersedierung. In der Öffentlichkeit wird die palliative Sedierung dagegen eher in Verbindung mit Sterbehilfe gebracht (Engström et al., 2007, S. 26-27). Aufgrund der Komplexität und Vielfalt dieses Handlungsfeldes ist die "Palliative Sedierung am Lebensende" wiederkehrend Gegenstand von wissenschaftlichen Studien (z.B. Ziegler et al., 2018), von aktuellen Standards (z.B. Oechsle et al., 2017) und Leitlinien (z.B. EAPC/Alt-Epping et al., 2010). Die Publikationen verweisen einerseits auf die Aktualität der Thematik, andererseits auf Unsicherheiten und den Bedarf an Entscheidungs- und Handlungssicherheit in der Versorgungspraxis bzw. in der jeweils individuellen Entscheidungssituation (Praxis Palliative Care, Ausgabe 39, 2018, S. 40). Im Jahre 2007 konstatieren Engström et al., dass sich nur wenige Studien mit der Pflege von palliativ sedierten Patienten beschäftigen (Engström et al., 2007, S. 27). Zwar hat die Anzahl der Studien in diesem Handlungsfeld seit dieser Zeit stetig zugenommen. Mit Blick auf die Belastungsfaktoren und Möglichkeiten einer Entwicklung von Bewältigungsstrategien für professionell Pflegende bei der Versorgung von palliativ sedierten Patienten besteht jedoch weiterhin ein erhöhter Forschungsbedarf, dem im Rahmen dieser Bachelor-Thesis nachgegangen werden soll.

1.1 Palliative Sedierung

Nachfolgend werden in diesem Teil der vorliegenden Arbeit insgesamt drei Unterkapitel vorgestellt, welche einen Überblick zu Definitionen, Indikationsstellung und Entscheidungsprozess sowie den unterschiedlichen Formen der Sedierung geben sollen. Dieses Hintergrundwissen ist notwendig, um den Prozess der palliativen Sedierung im weiteren Verlauf dieser Arbeit aus medizinischer, pflegerischer und ethischer Perspektive einordnen und einschätzen zu können. Der Begriff „palliative Sedierung“ wird in den meisten Fällen mit PS abgekürzt.

1.1.1 Definitionen

Therapeutische / palliative Sedierung

Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren (European Association for Palliative Care (EAPC), Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung, 2010, S. 342).

Hierbei kann es sich um eine dauerhafte oder eine nur zeitweilige (temporäre) Sedierung handeln, um einen Zustand tiefer Bewusstlosigkeit oder um einen Zustand, in dem der Patient somnolent, jedoch erweckbar ist. Im Gegensatz zur früher üblichen Bezeichnung „terminale Sedierung“ wird der Begriff der „palliativen Sedierung“ dem palliativen und damit auf eine besondere Symptomatik bezogenen Charakter der Maßnahme besser gerecht. Zudem soll hierdurch dem Missverständnis eines „terminierenden“ Vorgangs vorgebeugt werden (Weber et al., 2005, S. 292).

Refraktäres Symptom

Symptom, bei dem alle möglichen Therapieversuche versagt haben oder die Einschätzung besteht, dass keine Methoden der Palliation innerhalb eines

akzeptablen Zeitrahmens und ohne unzumutbare Nebenwirkungen zur Verfügung stehen.

Häufigste therapierefraktäre Symptome, für die PS eingesetzt wird:

- Delir / agitierte Verwirrtheit
- Dyspnoe
- Schmerzen

(Schnell & Schulz, 2014, S. 129)

1.1.2 Indikationsstellung und Entscheidungsprozess

Bezüglich des praktischen Vorgehens existieren einige Empfehlungen, wobei die EAPC-Rahmenempfehlung von 2009 die allgemein größte Verbindlichkeit besitzt (Alt-Epping et al., 2010). Die palliative Sedierung (PS) ist eine medizinische Intervention, zu deren Indikationsstellung, Patientenaufklärung, Durchführung und Überwachung äußerste Sorgfalt und palliativmedizinische Expertise erforderlich ist. Es bedarf nicht nur der Einwilligung des betroffenen Patienten und der Partizipation seiner Angehörigen, sondern auch der aktiven Einbeziehung aller mitbehandelnden Kollegen und des multiprofessionellen Teams. Dieser Ansatz entspricht der Bedeutung der PS nicht nur als medizinischer Maßnahme, sondern auch als ethischer Entscheidung (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2155).

Die Ziele der PS sind individuell und spezifisch für den einzelnen Patienten festzulegen, um diese gegen missbräuchliche Verwendung wie z.B. eine beabsichtigte Beschleunigung des Todeseintritts oder einer Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) abzugrenzen.

Zur Entscheidungsfindung sind Fallbesprechungen im kollegialen, interdisziplinären und multiprofessionellen Team geeignet, wobei eine sog. „Protokolleitlinie“ Orientierung verleihen soll.

Schlüsselfragen dieser Leitlinie sind:

- Wer wünscht die Sedierung? Wessen Leid wird gelindert?
- Welche Symptome sind indikationsgebend?
- Was wurde bisher unternommen, diese Symptome zu kontrollieren?

- Welche medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialen und/oder spirituellen Optionen bestehen außer der palliativen Sedierung, um das Leiden des Patienten zu lindern? Handelt es sich um ein tatsächlich therapierefraktäres Symptom?
- Kann die Entscheidung zur PS mit dem Patienten besprochen werden oder sind die Angehörigen zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens einzubeziehen? Wurden alle Beteiligten zur PS angehört?

Einen wichtigen Beitrag zur Tragfähigkeit der Entscheidung einer PS leistet die Einbeziehung aller an der Therapie Beteiligten. Der emotionalen Belastung durch die Situation, dass einem Patienten, dessen Wohl dem Behandlungsteam anvertraut ist, nicht anders zu helfen ist als durch Dämpfung oder Ausschaltung seines Bewusstseins, ist mit besonderer Sensibilität zu begegnen (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2156). Für die Angehörigen ist der Vorgang der PS insbesondere durch die Beeinträchtigung oder gar den Verlust der verbalen Kommunikationsmöglichkeiten mit einschneidenden Konsequenzen verbunden und kann als hohe Belastung erlebt werden (Morita et al., 2004, S. 550).

Empfehlungen der EAPC-Leitlinie zum vorübergehenden Einsatz der PS bei psychischen oder existenziellen Krisen:

1. Nur bei Patienten in fortgeschrittenen Stadien einer zum Tod führenden Erkrankung.
2. Indikation durch psychologisch geschulte, mit den Patienten und ihren Angehörigen vertraute Kliniker, nach mehrfacher Untersuchung und erfolglosem Einsatz von bei Angst, Depression und existenziellen Krisen bewährten Therapieansätzen.
3. Beurteilung in multidisziplinären Fallkonferenzen unter Beteiligung von Psychiatern, Seelsorgern, Ethikbeauftragten und Pflegekräften.
4. Begrenzung auf 6 - 24h; Dosisreduktion nach zuvor vereinbarter Frist.
5. Kontinuierliche Sedierung nur nach wiederholter zeitlich begrenzter Sedierung, mit intensiver Therapie im Intervall.

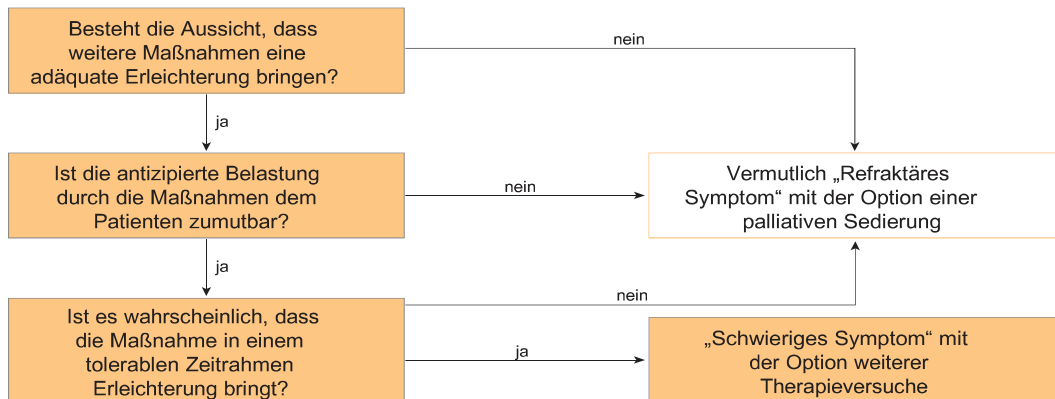


Abb. 1. Algorithmus zur Identifikation therapierefraktärer Symptome

(entnommen aus: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137: S. 2156, leicht modifiziert)

1.1.3 Formen der Sedierung

Es werden leichte, mittlere und tiefe Sedierungsgrade unterschieden. Des Weiteren können intermittierende oder kontinuierliche Formen zum Einsatz kommen.

Im Hinblick auf die Sedierungsdauer ist zu bemerken, dass ein Patient, der intermittierend (zeitweilig) sediert wird, zwischenzeitlich wache Phasen erlebt, in welchen die Kommunikation mit dem Personal und den Angehörigen möglich ist. Müller-Busch et al. weisen ausdrücklich darauf hin, dass zu Beginn einer PS die Anfangsdosis so gewählt werden sollte, dass die Kommunikationsfähigkeit des Patienten erhalten bleibt. Somit kann der Patient die Effektivität der Sedierung selbst beurteilen (Müller-Busch et al., 2006). Zudem behält der Patient die Möglichkeit sich für die Fortführung oder den Abbruch der Sedierung zu entscheiden.

Bei der kontinuierlichen Sedierung gibt es keine wachen Intervalle mehr. Sowohl die Körperpflege als auch die Gabe von Flüssigkeit und künstlicher Nahrung muss vollständig vom Pflegepersonal übernommen werden. Der Patient bleibt bis zum Todeseintritt durch die Verabreichung von Sedativa bewusstlos (Schreiber, 2012, S. 7). Da die vorliegende Arbeit keinen primär medizinischen- bzw. pharmakologischen Ansatz verfolgt, wird auf Medikamente und Dosierungen, die beim Vorgang der PS zum Einsatz kommen, nicht näher eingegangen.

1.2 Palliative Sedierung und Sterbehilfe

In den letzten Jahren wurde insbesondere von Vertretern der Palliativmedizin die PS als therapeutische Option und ethisch akzeptable Alternative zur Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) oder Assistenz zur Selbsttötung benannt. Die PS umfasst die Induzierung eines Bewusstseinszustandes, in dem nach ärztlicher Einschätzung Patienten weder Schmerzen noch anderes Leid wahrnehmen müssen. Wie bereits geschrieben, wird sie als „Ultima Ratio“ in Situationen befürwortet, in denen das vom Patienten empfundene Leid nicht mit anderen adäquaten Mitteln gelindert werden kann (Müller-Busch et al., 2007, S. 62-63). Die nachfolgenden Teile dieses Kapitels sollen die definitorischen Abgrenzungsschwierigkeiten ethischer und rechtlicher Fragestellungen beleuchten und verständlich machen.

1.2.1 Ethische Aspekte

Ethische Fragestellungen sind Bestandteil der täglichen Praxis bei der Betreuung und Behandlung von Patienten in der Palliativmedizin. Fragen nach den Kennzeichen eines richtigen oder gelingenden Lebens und Sterbens beziehen sich auf Werte und Normen des Einzelnen oder einer Gruppe von Menschen und sind Beispiele für eine Vielzahl ethisch relevanter Themen, mit denen sich Patienten, Angehörige und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen in der Palliativmedizin auseinandersetzen müssen (Müller-Busch, et al., 2007, S. 57). Die ethische Rechtfertigung der PS basiert auf den Prinzipien des informierten Einverständnisses, der Proportionalität und der Doppelwirkung (Hauser et al., 2009, S. 577).

Informiertes Einverständnis

Voraussetzung für jede Form der medizinischen Behandlung, somit auch für die Einleitung einer PS, ist das Einholen des informierten Einverständnisses („informed consent“). Als einwilligungsfähig angesehen wird ein Patient, der seinen eigenen Willen äußern kann, relevante Informationen verstehen und einschätzen kann. Da zum Zeitpunkt der Indikationsstellung die Entscheidungsfähigkeit des Patienten jedoch eingeschränkt sein kann, sollte – beispielsweise bei zunehmender Dyspnoe – die Möglichkeit der PS und ihren

Konsequenzen frühzeitig mit dem Patienten besprochen werden (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2158). Sofern der Patient nicht einwilligungsfähig ist, müssen die Stellungnahmen von Angehörigen und Mitgliedern des therapeutischen Teams als Indikatoren des mutmaßlichen Patientenwillens verwendet werden (Cherny, Radbruch, 2009). Die Angehörigen übernehmen dabei die Aufgabe der Vermittlung des Patientenwillens; sie sollen sich nicht gezwungen sehen, eine medizinische Entscheidung zu treffen. Dies ist ausdrücklich ärztliche Aufgabe. Bereits im Jahr 2004 empfehlen Morita et al. diesbezüglich ausdrücklich, diese Tatsache von ärztlicher Seite aus auch gegenüber Angehörigen zu artikulieren und sich wiederholt rückzuversichern, um möglichen Belastungen und Schuldgefühlen, die im Zusammenhang mit diesen schwerwiegenden Entscheidungen ausgelöst werden können, vorzubeugen (Morita et al., 2004, S. 889).

Proportionalität

Unter dem Prinzip der Proportionalität wird verstanden, dass das Risiko und die Nebenwirkungen einer Maßnahme in angemessener Relation zur Schwere der Krankheitssituation und dem zu erwartenden Benefit stehen müssen. Bei Anwendung einer PS impliziert dies, dass die Schwere der Symptome und ihre Refraktärität (Unempfindlichkeit bzw. Nicht-Ansprechen auf andere Therapien) sorgfältig analysiert und bewertet werden müssen, bevor eine Maßnahme, welche mit einem weitgehenden oder völligen Verlust des Bewusstseins und der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeit einhergeht, eingeleitet werden darf. In diesem Falle wird von der sogenannten „Schaden-Nutzen-Analyse“ gesprochen, insbesondere dann, wenn psychosozialer oder existenzieller Stress als Indikation für die PS zu prüfen sind (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2158). Die Wichtigkeit der Proportionalität wird auch in der Studie von Gielen et al. aus dem Jahre 2012 hervorgehoben. Die Autoren weisen darauf hin, dass der Patient nur so weit sediert wird, wie notwendig, um refraktäre Symptome zu lindern. Gemäß dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist es jedoch nicht erforderlich, zuerst eine intermittierende oder leichte Sedierung durchzuführen, bevor eine tiefe oder kontinuierliche Sedierung Anwendung findet. Wenn nach Beurteilung des Zustands und der Wünsche des Patienten eindeutig ist, dass nur eine tiefe oder kontinuierliche Sedierung das

Leiden des Patienten lindern kann, ist von einer leichten oder intermittierenden Sedierung abzusehen (Gielen, van den Branden, van Iersel, Brockaert, 2012, S. 700).

Doppelwirkung

Das Prinzip der Doppelwirkung, welches im Rahmen ethischer Rechtfertigung Anwendung finden kann, beruht auf der Annahme, dass in seltenen Situationen ein lebensverkürzender Effekt theoretisch möglich sein kann. Es kann – basierend auf der katholischen Tradition (Thomas von Aquin, 1225-1274) – zur moralischen Rechtfertigung herangezogen werden. Es besagt, dass es moralisch vertretbar ist, die Möglichkeit einer vorhersehbaren, unerwünschten Folge in Kauf zu nehmen, um eine erwünschte Wirkung zum Wohle des Patienten zu erzielen (Radbruch, Nauck, Klaschik, 2002, S. 878). In Bezug auf die PS bedeutet dies, dass die Linderung von Leiden durch Senkung der Bewusstseinslage beispielsweise einer potenziellen Atemdepression und dem damit möglicherweise einhergehenden Tod des Patienten übergeordnet ist (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2158).

1.2.2 Formen der Sterbehilfe in Deutschland

Einleitend sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass bis zum Jahre 1980 Ärzte in Deutschland zur Lebenserhaltung verpflichtet waren und dieses Procedere als unproblematisch angesehen wurde, da niemand sterben wollte, der weiterleben konnte. Ausgenommen hiervon waren lediglich „Selbstmörder“, welche man als psychisch krank einstufte. Schmerzen wurden so gut wie möglich bekämpft - auch wenn der Tod durch das Schmerzmittel und nicht die Erkrankung eintrat (Putz, 2016, S. 389). Diese Praxis bestätigte der Bundesgerichtshof später als legal (BGH, 15.11.1996 – 3 StR 79/96 und BGH, 25.06.2010 – 2 StR 454/09).

Hierzulande verläuft die Grenze zwischen rechtllichem und rechtswidrigem Handeln nicht zwischen aktivem und passivem Verhalten, wobei diese strikte Trennung weiterhin einen unerlässlichen Schritt zur komplexen strafrechtlichen Bewertung darstellt (Putz, 2016, S. 390).

Insgesamt werden vier Formen der Sterbehilfe unterschieden:

1. Aktive direkte Sterbehilfe („Tötung auf Verlangen“)

Diese ist strafrechtlich verboten, auch wenn sie auf Verlangen des Betroffenen (§ 216 StGB) oder in Eigeninitiative (§§ 211, 212 StGB: Mord, Totschlag) erfolgt. Die sogenannte Tatherrschaft hat nicht der Patient inne, sondern eine Person (z.B. Arzt, Pflegekraft).

2. Aktive indirekte Sterbehilfe

Hierunter fallen palliative Behandlungen, bei denen eine Schmerz- und Symptomlinderung im Vordergrund steht. Durch die Gabe von starken Schmerzmitteln wird in Kauf genommen, dass die Lebenszeit des Patienten verkürzt wird. Wenn diese medizinisch indiziert sind, gelten sie als nicht strafbar.

3. Passive Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe versteht man das Nichteingreifen (Unterlassen), Reduzieren oder Nicht-Fortführen (Abbrechen) lebenserhaltender Maßnahmen aus medizinethischen Gründen. Als Beispiel sei an dieser Stelle der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, z.B. künstliche Ernährung oder Beatmung genannt.

4. Beihilfe zum Suizid

In Deutschland galt bis vor einiger Zeit die Regelung, dass die Beihilfe zum Suizid eines freiverantwortlich und wohlwogen handelnden Suizidenten keine Straftat war. Mit Einführung des neuen § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe) gilt diese Rechtsprechung jedoch nicht mehr uneingeschränkt.

Als Alternative zur Selbsttötung wird heutzutage auch zusätzlich der Begriff des „Sterbefastens“ genannt, welcher jedoch nicht zu den rechtsverbindlichen Definitionen der Sterbehilfe gezählt wird. Hierbei handelt es sich um einen „Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – FVNF“, wobei der Patient selbst das Essen und Trinken einstellt, ohne dass Alter und/oder Krankheit das Verlangen nach Essen und Trinken reduziert oder aufgehoben hätten. Dieser Verzicht bei einem freiverantwortlichen und wohlwogenen Patienten muss unabhängig vom Gesundheitszustand respektiert werden (Putz, 2016, S. 392).

(Quellen: Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS), HRR-Strafrecht.de, Online-Zeitschrift und Rechtsprechungsdatenbank, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2016)

1.2.3 Abgrenzung palliativer Sedierung von aktiver Sterbehilfe

Seitdem die Methode der PS am Lebensende praktiziert wird, gibt es diesbezüglich ethische und rechtliche Diskussionen. Die European Association for Palliative Care (EAPC) mahnt in ihrer Leitlinie:

„Der Einsatz dieser Maßnahme erfordert Sorgfalt, umsichtiges Vorgehen und klinische Erfahrung. Eine Nichtbeachtung der potenziellen Risiken und hinterfragenswerten Praktiken kann schädigendes und unethisches Handeln nach sich ziehen, welches die Glaubwürdigkeit und die Reputation der verantwortlichen Therapeuten und Institutionen als auch der Palliativmedizin insgesamt beeinträchtigen kann.“

(European Association for Palliative Care (EAPC), Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung, 2009, S. 113)

In der Literatur wird teilweise der Standpunkt vertreten, dass die PS im Grunde eine versteckte und eher quälende Form der Tötung auf Verlangen („slow euthanasia“) ist (Billings / Block, 1996; Klein, 2002). Die PS erscheint in dieser Sichtweise als eine Praxis der Selbsttäuschung, mit der gesetzlichen Bestimmungen und ärztlichen moralischen Vorgaben Genüge getan wird, statt wirklich den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2158). Um die Sedierung am Lebensende moralisch und ethisch richtig einordnen zu können, muss nach der Absicht gefragt werden, die zu ihrer Einleitung führt (Schreiber, 2012, S. 9). Solange diese ausschließlich in der Linderung des Leidens liegt, unterscheidet sich die PS grundsätzlich von der Tötung auf Verlangen, deren Ziel es ist, das Leid durch den Tod des Leidenden zu beseitigen. Die Grenze zur aktiven Sterbehilfe wird allerdings immer dann überschritten, wenn eine Sedierung ohne gravierende Symptome eingeleitet wird (Missachtung des Prinzips der Proportionalität) und/oder die Dosis der eingesetzten Medikamente von vornherein unangemessen hoch gewählt oder trotz bereits ausreichender Sedierung weiter eskaliert wird (Laufenberg-Feldmann et al., 2012, S. 2158).

Wenn die Behandlung der Symptome durch Analgetika und Sedativa gleichzeitig zu einer Lebensverkürzung führt, so kann diese als nicht vermeidbare Nebenfolge in Kauf genommen werden. In diesem Fall wird die Sedierung als indirekte Sterbehilfe gewertet. Steht dagegen hinter der Sedierungsbehandlung die Absicht, den Tod des Patienten herbeizuführen oder gezielt das Leben zu verkürzen, liegt aktive Sterbehilfe vor, die nach wie vor verboten ist. Wird damit dem Wunsch des Patienten entsprochen, handelt es sich um eine „Tötung auf Verlangen“, die in Deutschland nach § 216 StGB unter Strafe steht (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 101 (19/2004), S. A1298 ff).

1.3 Problemdarstellung aus pflegerischer Sicht

In der End-of-Life-Versorgung gehört die Linderung von unerträglichem Leiden der Patienten zum klinischen Alltag. Wo konventionelle Symptomkontrolle nicht mehr ausreicht, kann eine PS in Betracht gezogen werden (Ziegler et al., 2018, S. 1). Studien der vergangenen Jahre belegen zweifelsfrei, dass sich der Einsatz der PS ausgebreitet hat und in Zukunft eine zunehmende Zahl von Fachkräften in Krankenhäusern, medizinischen Zentren und dem häuslichen Umfeld betreffen wird (Rietjens et al., 2008, Deschepper et al., 2013). Wie einem systematischen Literaturreview von Abarshi et al. aus dem Jahre 2014 eindeutig zu entnehmen ist, nehmen Pflegende eine Schlüsselrolle bei der Versorgung palliativ sedierter Patienten ein (Abarshi et al., 2014, S. 920). Das Tätigkeitsfeld Pfleger umfasst hierbei nicht nur die fachlichen Herausforderungen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung angesiedelt sind, sondern in erheblichem Maße auch die multidisziplinäre Zusammenarbeit, die Betreuung von Angehörigen, das Aushalten ethischer und moralischer Dilemmata und daraus resultierender Rollenkonflikte. Unterschiedliche Wissensstände aufgrund divergierender Bildungsniveaus, verschiedener beruflicher Settings, kultureller und religiöser Besonderheiten sowie das Fehlen allgemeingültiger Richtlinien und Standards erschweren die tägliche Arbeit zusätzlich.

1.4 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse des vorliegenden Literaturreviews einerseits Belastungsfaktoren, andererseits Möglichkeiten der Bewältigung von professionell Pflegenden im Rahmen von PS zu identifizieren, zu bewerten und unter Zuhilfenahme des Interaktionsmodells nach Imogene King, welches den theoretischen Rahmen dieser Arbeit bildet, einem Bewältigungsansatz für die Praxis Pflegender zuzuführen.

Folgende Fragestellungen lassen sich daraus ableiten:

- 1.) Welchen Belastungsfaktoren sind professionell Pflegende ausgesetzt?*
- 2.) Welche Möglichkeiten zur Bewältigung dieser Belastungen gibt es?*

Im Diskussionsteil und Fazit dieser Arbeit sollen unter Einbezug der gefundenen Ergebnisse kontextuelle Rückschlüsse auf die zentralen Grundbegriffe des King'schen Interaktionsmodells sowie den Mittelpunkt ihrer Theorie, das sogenannte „Goal Attainment“ (Zielerreichung) gezogen werden. Eine ausführliche Beschreibung des King'schen Interaktionsmodells wird im theoretischen Rahmen dieser Arbeit aufgeführt.

2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der orientierenden und systematischen Literaturrecherche erläutert. Die im Prozess entwickelten Ein- und Ausschlusskriterien sowie Suchkategorien werden beschrieben. Im Anschluss daran wird ein Überblick über die Literaturlage gegeben und eine Bewertung und Auswahl der Literatur vorgenommen. Eine Übersicht über die systematische Literaturrecherche in Form exemplarischer Auszüge und eines Flussdiagramms sowie die relevanten Studien, welche die Basis der Literaturanalyse bilden, sind dem Anhang dieser Arbeit zu entnehmen (siehe Anhang A bis F).

2.1 Orientierende Literaturrecherche

Die orientierende Literaturrecherche erfolgte über den Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (OPAC), das Suchportal Livivo der deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) sowie den Datenbanken Medline/PubMed und PsycINFO. Zusätzlich wurden freie Suchen in den Suchmaschinen Google und Google Scholar durchgeführt, um einen ersten Überblick zum Themenfeld zu erlangen. Im Rahmen dieser Vorrecherche wurden sowohl englisch- als auch deutschsprachige Suchbegriffe wie z.B. Palliative Care oder Palliativpflege, Palliative Sedation oder Palliative Sedierung verwendet. Diese wurden mit den Begriffen Pflege oder nursing, Belastung oder burden unsystematisch kombiniert, um die Literaturlage auf die Fragestellungen dieser Arbeit zu reduzieren. Auf Grundlage dieser einfachen Suchstrategie wurde eine detailliertere Literatursuche initiiert, welche relevante Schlagwörter (key words) sowie Medical Subject Headings (MeSH-Terms) für die weitere systematische Literaturrecherche generierte. Im Anschluss daran konnten das Thema und die zu untersuchenden Fragestellungen dieser Arbeit entwickelt werden.

2.2 Systematische Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die Methode einer systematischen Literaturübersicht gewählt. Des Weiteren kennzeichnen definierte Ein- und Ausschlusskriterien die systematische Recherche, welche detailliert in Kapitel 2.2.1 dieser Arbeit aufgeführt werden.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Medline/PubMed, PsycINFO sowie dem Suchportal Livivo. Diese Datenbanken wurden bewusst gewählt, um sowohl einen medizinisch, pflegewissenschaftlich und psychologisch fundierten Hintergrund ermitteln zu können. Zu Beginn wurde in Medline/PubMed mit diversen Suchbegriffen über die freie Suche und mit den nachfolgenden Mesh-Terms recherchiert: palliative sedation, terminal sedation, perception, burden, coping, end-of-life und distress.

Unter Verwendung der Boole'schen Operatoren (AND, OR, NOT) konnten die zahlreichen Kombinationen entweder deutlich reduziert oder erweitert werden. Zusätzlich wurden Trunkierungen wie nurs*, decision*, cop*, ethic* sowie unterschiedliche Phrasensuchen eingesetzt. Exemplarisch wird an dieser Stelle eine Suchstrategie vorgestellt, welche zahlreiche Treffer generierte. Die freie Suche mit der Begriffskombination „palliative sedation OR terminal sedation AND nurs*“ erzeugte 934 Treffer. Über die Feldersuche wurde die Trefferanzahl auf Publikationen aus den Jahren 2004 bis 2019 begrenzt. Durch Einsatz des Suchbegriffs „attitude“ reduzierte sich die Trefferanzahl auf 337. Eine weitere Verknüpfung mit dem Begriff „experience“ führte zu einer Trefferanzahl von 46 und wurde durch die spezifische Suche nach „review“ letztlich auf 9 Treffer begrenzt. Aus diesen Suchergebnissen waren drei Reviews und neun Studien von bedeutender Relevanz für die Bearbeitung der Fragestellungen. Fortgesetzt wurde die systematische Literaturrecherche in den Suchportalen Livivo (Suchportal Lebenswissenschaften) und PsycINFO mittels deutsch- und englischsprachiger Suchbegriffe und relevanter MeSH-Terms. Folgende MeSH-Terms sind von Bedeutung: palliative sedation, terminal sedation, end-of-life, perception und self-care.

Zur weiteren Eingrenzung wurde mit den bereits aufgeführten und zusätzlichen deutschsprachigen Trunkierungen sowie Phrasensuchen recherchiert. Diese lieferten jedoch aufgrund der ausführlichen Suche in der Datenbank Medline/PubMed keine weiteren relevanten Ergebnisse. Die Schneeballrecherche in den relevanten Artikeln lieferte keine weiteren Treffer. Internetrecherchen und Ermittlungen in medizinischen und pflegerischen Fachzeitschriften sowie -büchern verliefen ebenfalls ergebnislos. Die systematische Literaturrecherche wurde beendet, als keine relevanten Treffer mehr erzielt werden. Im weiteren Procedere wurden die Abstracts auf inhaltlichen Bezug zu den Fragestellungen geprüft. Der sich anschließende Analyseprozess

beinhaltete die Bewertung der Volltexte unter Zuhilfenahme der „allgemeinen Kriterien zur Beurteilung von Studien“ nach Brandenburg/Panfil „Pflegerwissenschaft. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegerwissenschaft“ (3. vollständig überarbeitete Auflage, 2018). Die Studien wurden hinsichtlich zentraler Aspekte, insbesondere bezüglich Forschungsfragen, detaillierter Beschreibung der Datenerhebung und Datenanalyse, der gebildeten Stichproben und einer stringenten Ergebnisdarstellung und Diskussion überprüft und bewertet. Die Werke von Mayring „Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken“ (12. überarbeitete Auflage, 2015) sowie von Mayer „Pflegerforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung“ (4. vollständig überarbeitete Auflage, 2015) und die Auswahl designspezifischer Bewertungskriterien über das Internetportal „www.equator-network.org“ ergänzen die Beurteilung. Das Prisma-Statement wurde dabei zur Bewertung der inkludierten systematischen Reviews, das MORECare-Statement zur Bewertung der Mixed Method-Studie herangezogen.

Mit Beendigung der systematischen Literaturrecherche erfüllen 14 Studien und vier Reviews die Ein- und Ausschlusskriterien sowie bedeutende Kriterien zur Beurteilung wissenschaftlicher Artikel und bilden die Basis vorliegender Literaturanalyse. Im Anhang dieser Arbeit befinden sich exemplarische Auszüge der systematischen Literaturrecherche in den aufgeführten Datenbanken sowie ein PRISMA-Flussdiagramm, welches den Rechercheprozess graphisch darstellt (siehe Anhang A bis D).

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Als Einschlusskriterien dieser Arbeit wurden Artikel und Studien aus der gesamten Welt einbezogen und gesichtet, deren Untersuchungsgegenstand die palliative, kontinuierliche und/oder bewusste tiefe Sedierung war und welche Einstellungen, Erfahrungen, Wohlbefinden, ethische, moralische Aspekte sowie daraus resultierende mögliche Dilemmata aus Sicht professionell Pflegender beleuchten. Des Weiteren wurden Suchbegriffe wie Verhalten, Intervention, Entscheidung, Pflege am Lebensende, Wahrnehmung, Stress, Belastung, Bewältigung, Selbstpflege und Euthanasie eingeschlossen. Zudem wurden Studien inkludiert, welche eine interprofessionelle bzw. multiprofessionelle

Sichtweise mit Blick auf den Vorgang der palliativen Sedierung sowohl aus pflegerischer als auch ärztlicher Perspektive hatten. Der Zeitraum wurde auf fünfzehn Jahre begrenzt, um möglichst neue und aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu erzielen. Ein weiterer Grund für die Begrenzung des Zeitraumes besteht in der progressiven Entwicklung der Palliativmedizin und ihrer Möglichkeiten.

Als Ausschlusskriterien für die vorliegende Arbeit wurden alle Artikel und Studien definiert, die nicht in deutsch- und englischsprachiger Literatur verfasst wurden, welche sich ausschließlich auf die ärztliche Perspektive oder Seite der Familienmitglieder/Angehörigen beschränkten, einen Vergleich mit anderen Therapieverfahren oder die Untersuchung der Kosteneffektivität oder medizinischer Outcome-Parameter unterschiedlicher Sedierungsverfahren als Untersuchungsziel hatten. Auch Artikel und Studien, welche ausschließlich seelsorgerische, religiöse oder kulturelle Aspekte beleuchten, wurden ausgeschlossen.

2.2.2 Überblick über die Literaturlage

Die ausgewählten Studien geben insgesamt einen Überblick über das Belastungsempfinden professionell Pflegender in ihrer täglichen Arbeit mit palliativ sedierten Patienten und beziehen teilweise angrenzende Berufsgruppen wie z.B. Ärzte oder medizinische Fachkräfte ein. Zudem zeigen einige Studien konstruktive Ansätze zur Bewältigung dieser Belastungen auf. Die Untersuchungen umfassen Forschungsarbeiten aus dem europäischen, süd- und nordamerikanischen sowie asiatischen Raum. Die 18 Studien setzen sich aus zehn qualitativen und drei quantitativen Studien, einer Mixed-Method-Studie, welche qualitatives und quantitatives Design vereint sowie vier Reviews zusammen (siehe Anhang E). Zu den qualitativen Forschungsarbeiten zählen die Untersuchungen von Ziegler et al. (2018), Lokker et al. (2018), Le Boul et al. (2017), Seymour et al. (2015), Arevalo et al. (2013), Patel et al. (2012), Brinkkemper et al. (2011), Swart et al. (2010), Rietjens et al. (2007) und Beel et al. (2006). Nachfolgende Forscher nutzen ein quantitatives Design: Gielen et al. (2012), Inghelbrecht et al. (2009) und Morita et al. (2004). Die Kombination aus zwei unterschiedlichen Ansätzen, das sog. Mixed-Method-Design wenden Zuleta-Benjumea et al. (2018) an, wohingegen vier Forschergruppen systematische

Reviews erstellen (Ziegler et al., 2017; Abarshi et al., 2014; Bruce et al., 2011 und Engström et al., 2007).

Fünf Studien (Ziegler et al., 2018; Leboul et al., 2017; Patel et al., 2012; Rietjens et al., 2007; Beel et al., 2006) thematisieren das konzeptionelle Verständnis für die Anwendung einer PS und richten ihren Blick auf die Untersuchung des Wissens und den Einsatz von Sedierungspraktiken am Lebensende. Ebenfalls eingenommen wird diese Untersuchungsperspektive im Rahmen der systematischen Literaturreviews von Engström et al. (2007) und Bruce et al. (2011) sowie innerhalb der Mixed-Method-Studie von Zuleta-Benjumea et al. aus dem Jahre 2018.

Vier weitere Studien fokussieren die Erfahrungen und Einstellungen von Pflegenden bezüglich getroffener Entscheidungen am Lebensende (Ziegler et al., 2018; Arevalo et al., 2013; Gielen et al., 2012; Inghelbrecht et al., 2009), wobei die Studie von Inghelbrecht et al. versucht, die spezifische Rolle Pflegender zu ergründen, um soziodemographische und arbeitsbezogene Merkmale zu identifizieren. Auch die systematischen Reviews von Ziegler et al. (2017) und Abarshi et al. (2013) richten ihr Augenmerk auf die Entscheidungsprozesse, wobei Ziegler et al. im Schwerpunkt das emotionale Wohlbefinden Pflegender (82%) im Vergleich mit Ärzten (18%) betrachten.

Sich aus der Arbeit mit palliativ sedierten Patienten ergebende moralische und ethische Dilemmata werden in den Studien von Lokker et al. (2018) und Gielen et al. (2012) beleuchtet. Die Studie von Gielen et al. untersucht hierbei zusätzlich den Einfluss demographischer Variablen und bezieht Aspekte von Religion und Weltanschauung ein.

Die unterschiedlichen Einflussfaktoren, die zum Einsatz einer PS und daraus resultierenden Belastungen für Pflegende führen, werden in den Studien von Ziegler et al. (2017), Seymour et al. (2015) und Morita et al. (2004) definiert. Ziegler et al. richten ihren Forschungsansatz auf die Fragestellung, ob bestimmte klinische und nicht-klinische Faktoren zu einer Belastung führen, wohingegen Seymour et al. einen Vergleich auf Grundlage der UNBIASED-Studie (UK Netherlands Belgium International Sedation Study) aus dem Jahr 2011 vornehmen. Hierbei wird ein Vergleich der Differenzen der klinischen Praxis in drei Ländern (U.K., Niederlande, Belgien) trotz vorliegender Richtlinien aus pflegerischer und ärztlicher Perspektive fokussiert. Morita et al. legen den

Untersuchungsschwerpunkt einerseits auf die Identifizierung von Einflussfaktoren, andererseits auf die emotionalen Belastungen, welche sich im Rahmen von PS ergeben. Sie unternehmen den Versuch effektivere Strategien zur Reduzierung der Belastungen von Pflegenden zu erforschen.

Das bereits aufgeführte systematische Literaturreview von Bruce et al. (2011) verfolgt zudem den Ansatz die komplexe Natur der PS vor dem Hintergrund des Wissens über die integralen Rollen und Verantwortlichkeiten von Pflegenden zu erörtern, wobei die Forschungsintention von Brinkkemper et al. das Eruiere der Erfahrungen von Pflegekräften mit PS im ambulanten/häuslichen Setting nach Einführung der ärztlichen Richtlinie KNMG im Jahre 2005 (Überarbeitung 2009) ist. Die verbleibende Studie von Swart et al. (2010) erhebt Daten in Bezug auf die Erfahrungen und das Erleben von Pflegenden und Ärzten mit der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod und fokussiert den Untersuchungsinhalt auf die Eigenschaften von Patienten, die Entscheidungsfindung zur PS und deren Auswirkungen. Die Forschungsfragen können in allen betrachteten Studien aus der formulierten Zielsetzung und Fragestellung abgeleitet werden. Keine der untersuchten Studien führt diese jedoch explizit in Fragenform auf.

Innerhalb der qualitativen Studien ermitteln Arevalo et al. (2013) und Swart et al. (2010) die Daten mittels strukturierter Fragebögen. Bei Arevalo et al. wird der Fragebogen-Entwurf vorab innerhalb einer Pilotstudie ausschließlich unter Pflegenden getestet. Swart et al. beziehen sowohl Pflegende als auch Ärzte ein. Ziegler et al. (2018), Leboul et al. (2017) und Patel et al. (2012) wählen die Methode der Datenerhebung durch Interviews, wobei Ziegler et al. einen vordefinierten Gesprächsleitfaden, welcher durch 10 Experteninterviews pilotiert wird, festlegen. Der Diskussionsleitfaden besteht aus offenen Fragen sowie sechs Themen. Leboul et al. und Patel et al. nutzen in ihrer methodischen Vorgehensweise zur Datensammlung sogenannte Fokusgruppeninterviews. Leboul et al. befragen multiprofessionelle Fokusgruppen und werten zudem selbstgeschriebene Erzählungen der Teilnehmer aus. Bansari et al. definieren wie Ziegler et al. einen Leitfaden, welcher auf Grundlage einer Literaturrecherche und Expertenmeinungen erstellt, pilothaft getestet und modifiziert wurde. Die Moderation wird durch einen Experten im Feld der qualitativen Forschung vorgenommen. Die Gemeinsamkeit der Datenerhebung in den untersuchten Studien von Lokker et al. (2018), Seymour et al. (2015), Rietjens et al. (2007) und Beel et al. (2006) besteht darin, dass alle u.a. das Instrument der

halbstrukturierten Interviews nutzen. Lokker et al. und Rietjens et al. bedienen sich o.g. Interviewform, indem sie offene Fragen formulieren und ihre Daten nach Einführung der Sedierungsrichtlinie KNMG/Niederlande aus dem Jahre 2005 ermitteln. Seymour et al. und Rietjens et al. erheben die Daten retrospektiv nach Versterben des Patienten (in den meisten Fällen bis ca. 2 Monate nach dem Tod), wobei Seymour et al. als ergänzendes Instrument das sog. „aide mémoire“ verwenden. Die Studien von Rietjens et al. und Beel et al. werden von den Forschern jeweils in zwei Teile gegliedert. Rietjens et al. arbeiten im ersten Teil der Datenerhebung mit geschlossenen Fragen, der zweite Teil gestaltet sich halbstrukturiert mit offenen Fragen. Beel et al. konzipieren ein deskriptiv, exploratives Studiendesign und sammeln die benötigten Daten mithilfe eines Interviewleitfadens, der aus einer Literaturrecherche, Prinzipien des symbolischen Interaktionismus und klinischer Erfahrung des Forschers abgeleitet wird. In den Studien von Rietjens et al. und Beel et al. ist der Interviewzeitraum ähnlich; Rietjens et al. ermitteln die durchschnittliche Dauer mit ca. 45 min. bei einem vorgegebenen Zeitfenster von 25-70 min. Im ersten Interview von Beel et al., welches dem Sammeln demographischer Daten, Erfahrungen und Wahrnehmungen Pflegender dienen soll, beträgt der vorgegebene Interviewzeitraum 40-90 min., innerhalb des zweiten Interviews, welches eine Klärung der Informationen aus dem ersten Interview erwirken soll, beträgt das Zeitfenster 30 min. Wieviel Zeit im Durchschnitt benötigt wurde, wird im Gegensatz zur Rietjens-Erhebung nicht näher definiert.

Die Methodik der Datenerhebung und der eingesetzten Instrumente innerhalb der drei quantitativen Studien (Gielen et al.; Inghelbrecht et al.; Morita et al.) ähnelt in einigen Punkten der Vorgehensweise derjenigen Studien, die von qualitativem Design sind. So ist der Fragebogen bei Gielen et al. dreiteilig, anonym und selbstverwaltend gestaltet. Der erste Teil identifiziert demographische Informationen, der zweite beleuchtet Religion und Weltanschauung und im dritten und letzten Teil werden Daten zur Einstellung zur PS erhoben. Inghelbrecht et al. und Morita et al. führen beide eine landesweite Querschnittstudie anhand von Fragebögen durch. Die von Inghelbrecht et al. eingesetzte sogenannte „Total Design-Methode“ beinhaltet drei Follow-Up-Mailings zur Verbesserung der Rücklaufquote, insgesamt ist der Fragebogen 3 ½-seitig und den Befragten werden ca. 10-15 min. Bearbeitungszeit gewährt. Morita et al. entwickeln im Jahre 2004 ihren Fragebogen auf Grundlage einer Literaturrecherche und führen

Tiefeninterviews mit 17 Palliativ-Pflegekräften aus sieben Palliativstationen und 255 Onkologie-Pflegekräften aus einem Krankenhaus durch.

Die Mixed-Method-Studie von Zuleta-Benjumea et al. basiert im qualitativen Teil auf einem phänomenologischen Ansatz, wohingegen der quantitative Teil aus zwei Fragebögen besteht. Der erste Teil der Fragebögen beinhaltet Multiple-Choice-Fragen, der zweite Teil weist eine 5-stufige Likert-Skala auf.

Die systematischen Literaturreviews von Ziegler et al., Abarshi et al., Bruce et al. und Engström et al. weisen im Gesamten überwiegend Gemeinsamkeiten und kaum Unterschiede auf. Gemeinsamkeit aller Forscher ist, dass sie eine ausgiebige Literaturrecherche durchgeführt haben, welche klar beschrieben wird. Engström et al. betreiben ihre Recherche in vier, Ziegler et al. in sieben, Abarshi et al. in acht und Bruce et al. in zehn Datenbanken. Auch die definierten Zeiträume der unterschiedlichen Forschergruppen zeigen vergleichbare Umfänge. Ziegler et al. untersuchen Studien aus dem Zeitraum von 1990-2016, Abarshi et al. von 1990-2012, Bruce et al. von 1996-2009 und Engström et al. von 1990-2005. Ziegler et al. identifizieren dabei insgesamt drei Studien, wovon eine qualitative und zwei quantitative Designs sind. Abarshi et al. ermitteln insgesamt sogar vier qualitative, fünf quantitative Studien und eine Mixed-Method-Studie. Unterschiede in der Vorgehensweise kennzeichnen die Untersuchung von Ziegler et al., welche zusätzlich das Mittel der retrospektiven Datenerhebung durch landesweite Querschnittsbefragungen oder teilstrukturierte Interviews nutzen und das sog. Maslach-Burnout-Inventory, ein Messinstrument zur Burnout-Gefährdung, anwenden. Engström et al. konzipieren ihr Review in drei Phasen, in welchen sie die Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche ausführlich erläutern und anhand eines Flussdiagramms (Engström et al., 2009, Abb. 1, S. 33) darstellen.

Die Stichprobengröße innerhalb der qualitativen Studien mit Blick auf Pflegende, welche den hauptsächlichen Fokus der vorliegenden Arbeit darstellen, rangiert im Bereich von 10 (Beel et al.) bis 576 Teilnehmern (Lokker et al.; Swart et al.; Arevalo et al.). In der Studie von Swart et al., welche Pflegende und Ärzte inkludiert, werden zusätzlich 1580 Ärzte befragt. Innerhalb der quantitativen Studien wird eine Anzahl von 589 (Gielen et al.) bis 6000 (Ingelbrecht et al.) Befragten beschrieben. Die Teilnehmerzahl der Mixed-Method-Studie von Zuleta-Benjumea et al. beträgt 41 Pflegende im quantitativen und 22 Pflegende

(aufgeteilt in vier Fokusgruppen) im qualitativen Teil (Convenience-Stichprobe). Die systematischen Literaturreviews von Ziegler et al. (2017) und Abarshi et al. (2014) weisen jeweils Umfänge von 3900 bis 7515 befragten Personen auf.

Insgesamt benennen 16 Studien Einschlusskriterien, wohingegen die Studien von Arevalo et al. (2013) und Leboul et al. (2017) keine Angaben machen. Bei 13 Studien wird nicht ausdrücklich auf Ausschlusskriterien hingewiesen. Der Zeitraum, indem die benötigten Daten erhoben wurden, wird in zwei Studien (Arevalo et al.; Beel et al.) nicht explizit benannt. In allen anderen Studien kann dieses Kriterium nachvollzogen werden.

Ethische Aspekte werden in allen qualitativen, quantitativen Studien sowie der Mixed-Method-Studie ausführlich beschrieben. In den verbleibenden vier Reviews verweisen lediglich Ziegler et al. (2017) darauf, dass sie im Rahmen ihrer Qualitätsbewertung nach Anwendung des multimethodischen Instruments (Hawker et al., 2002) ethische Prinzipien beim durchgeführten Literaturreview beachtet und eingeschlossen haben. Die Studien von Abarshi et al., Bruce et al. und Engström et al. geben keinerlei gesonderte Hinweise auf die Einhaltung ethischer Aspekte ihrer inkludierten Studien.

2.2.3 Bewertung und Auswahl der Literatur

Unter Zuhilfenahme der kriteriengeleiteten Bewertung nach Brandenburg/Panfil (2018), der Werke von Mayring zur qualitativen Inhaltsanalyse (2015) sowie von Mayer zur Pflegeforschung (2015) und der Auswahl designspezifischer Kriterien über das Internetportal „www.equator-network.org“ wurden die ausgewählten Studien und Reviews bewertet. Die ausgewählten und bewerteten Studien sind im Anhang dieser Arbeit in Tabellenform aufgeführt (siehe Anhang F).

Alle qualitativen Studien erläutern ausdrücklich die Problemstellung der zu untersuchenden Forschungsfrage(n) sowie der pflegerischen und pflegewissenschaftlichen Relevanz. Die Wahl des Designs sowie dessen Begründung wird in den Studien von Ziegler et al. (2018), Lokker et al. (2018), Leboul et al. (2017), Seymour et al. (2015), Arevalo et al. (2013), Patel et al. (2012) und Brinkkemper et al. (2011) detailliert und nachvollziehbar dargestellt. Ziegler et al. nutzen zur Analyse ihrer Studienergebnisse die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, orientieren sich an den COREQ-Richtlinien und

bilden durch argumentative Interpretationsabsicherung insgesamt sechs Kategorien heraus. Zur weiteren Auswertung der Datenerhebung wird jede Fokusgruppe aufgenommen und wortgetreu transkribiert. Die Wahl des Designs wird begründet, auf eine potenzielle Rückrufverzerrung durch die Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen hingewiesen. Leboul et al. und Patel et al. verwenden im Gegensatz zu Ziegler et al. die Methode der Grounded Theory, um die erhobenen Daten zu bewerten. Leboul et al. weisen im Rahmen dessen auf den induktiven Konzeptionalisierungsprozess hin und orientieren sich wie Ziegler et al. und Seymour et al. an den COREQ-Richtlinien (s. oben). Leboul et al. führen eine thematische Analyse der vollständigen Skripte der Diskussionen der Fokusgruppen in Echtzeit durch und bilden ebenfalls Kategorien. Sie nutzen zudem das Mittel der Triangulation, welches auch in den Studien von Lokker et al., Patel et al. und Seymour et al. eingesetzt wird. Dadurch gewährleisten Leboul et al., dass die Validität innerhalb der Studie gegeben ist und verweisen mit Blick auf die Reliabilität darauf, dass die Ergebnisse ausschließlich aus dem Inhalt der textbasierten Dateien abgeleitet wurden. In Bezug auf das Gütekriterium der Transferabilität wird von den Autoren der Studie angemerkt, dass der Studienkontext klar definiert wurde, aber die Ergebnisse nicht zwangsläufig auf andere Palliativstationen übertragbar sind. Eine Datensättigung wird nur in der dritten Fokusgruppe erreicht. Lokker et al. nutzen zur Auswertung ihrer Daten die konstante Vergleichsmethode nach Glaser (1965), die bereits erwähnte Form der Triangulation und führen wie Seymour et al. und Patel et al. die Verfahrensdokumentation in Form wortgetreuer Transkription und Anonymisierung auf. Die interne Konsistenz wurde durch Interviewschema, eintägige Schulung und monatliche Treffen zur Diskussion der Ergebnisse und Zwischenanalysen geprüft. Eine Datensättigung wird nicht beschrieben. Zudem weisen die Autoren daraufhin, dass aufgrund des retrospektiven Designs eine Rückrufverzerrung nicht auszuschließen ist. Auch die Studie von Seymour et al. benennt ausdrücklich als Limitation, dass einerseits aufgrund des retrospektiven Designs eine mögliche Rückrufverzerrung nicht ausgeschlossen werden kann und andererseits Interviewdaten abhängig von subjektiver Erfahrung und Interpretation sind. Sie nutzen als Analysetool die konstante Vergleichsmethode nach Corbin & Strauss und orientieren sich wie Ziegler et al. und Leboul et al. an den COREQ-Richtlinien. Das gewählte retrospektive Design wird beschrieben und begründet. Darüber hinaus wird die Validität der Ergebnisse dadurch erhöht,

dass die Pflegenden und Ärzte aus drei unterschiedlichen Ländern rekrutiert wurden und eine Anwendung standardisierter Kriterien vorgenommen wird. Interessant wäre auch eine Erhebung mit Blick auf sterbende Patienten (nicht bereits verstorbene) gewesen. Eine Datensättigung wird weder explizit aufgeführt, noch ist diese anzunehmen. Patel et al. führen eine zielgerichtete Stichprobe durch und benutzen wie Leboul et al. ebenfalls das bereits erwähnte Instrument der Grounded Theory. Das gewählte qualitative Design wird ausführlich beschrieben und begründet. Der Prozess der Datensättigung wird in dieser Studie im Rahmen des Analyseprozesses ausdrücklich erläutert. In der ersten Phase wurden durch zwei Experten unabhängig voneinander zwei Fokusgruppen-Transkripte geprüft. In der Folge wurden vorläufige Themen identifiziert, gemeinsam diskutiert und verbleibende Transskripte überprüft und kodiert. In der zweiten Phase beschreiben die Autoren explizit, dass wiederkehrende Themen durch Diskussionsrunden identifiziert und redundante Themen durch den Prozess der Auswahl, Ordnung und Clusterung reduziert wurden (Patel et al., 2012, S. 433). Limitationen könnten sowohl durch eine mögliche Selektionsverzerrung bezüglich Austauschs in den Fokusgruppen untereinander als auch des Fokus auf ausschließlich Pflegenden im Tagdienst hervorgerufen worden sein. Diese Tatsache und der Umstand, dass die Fokusgruppe ethnisch sehr homogen war, könnte abweichende Ergebnisse generieren. Die Forschergruppe um Arevalo et al. nutzt einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) zur Bewertung kontinuierlicher Variablen, wohingegen statistisch signifikante Differenzen zwischen den Pflegeeinstellungen für kategorische Variablen mittels Chi-Quadrat-Tests kalkuliert werden. In beiden Fällen wird $P < 0,05$ als statistisch signifikant angesehen. Validität und Reliabilität der Ergebnisse sind aufgrund einer Datenverzerrung durch die geringe Rücklaufquote fraglich. Zudem wird keine verbindliche Auskunft darüber gegeben, ob die Definition von Leiden, psychisches und physisches Leiden umfasst. Ein Informationsrückruf wurde nicht getestet. Brinkkemper et al. importieren die erhobenen Daten, welche aus dem webbasierten Fragebogen gewonnen wurden, in eine Excel-Tabelle und analysieren diese mithilfe SPSS 15Æ0 (2006). Da der eingesetzte Fragebogen selbstkonstruiert war und keiner psychometrischen Bewertung unterzogen wurde, wurde die Konstruktvalidität post hoc getestet. Zur Validierung der Fragen wurde eine 5-Punkte-Skala bereitgestellt, die anschließend neu skaliert wurde, um die Befragten als positiv,

negativ oder neutral gegenüber einer bestimmten Domäne zu kategorisieren. Als Grenzen der Studie werden von den Autoren u.a. unvollständige Fragebögen, eine ungleichmäßige Resonanz verteilt über die Regionen der Niederlande sowie eine statistisch signifikante Anzahl von fehlenden Werten durch die Länge des Fragebogens (bis zu 14,1%) angegeben. Eine Datensättigung kann auch in dieser Studie nicht erreicht werden. Swart et al., Rietjens et al. und Beel et al. beschreiben ihr Design, bleiben aber bezüglich einer nachvollziehbaren Begründung eine Antwort schuldig. Swart et al. rekrutieren im Rahmen einer nicht-zufälligen Stichprobe 576 Pflegenden, die Rücklaufquote der Fragebögen ergibt 48% (n=278), die der Fälle 67% (n=185). Die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen Ärzten und Pflegenden wird mittels Kruskal-Wallis-Test und χ^2 bewertet. Sie benutzen als weiteres Analyseinstrument die logistische oder lineare Regressionsanalyse, um die Daten bezüglich Einstellung und Arbeitserfahrung anzupassen, wobei sie für alle durchgeführten Tests $P < .05$ als statistisch signifikant ansehen. Die interne Konsistenz wird nicht geprüft, lediglich gemutmaßt. Eine Übertragbarkeit auf andere Settings ist nicht anzunehmen, da keine allgemeingültigen Richtlinien vorhanden sind. Rietjens et al. wählen ein retrospektives, qualitatives Design und analysieren ihre gewonnenen Daten unter Anwendung der konstanten Vergleichsmethode sowie Zuhilfenahme der qualitativen Analyse-Software QSR NUD*IST v.4. Zudem verwenden sie das Instrument der kommunikativen Validierung, bilden nach Einsatz argumentativer Interpretationsabsicherung Kategorien und erläutern ihre Verfahrensdokumentation durch Aufzeichnung und wortgetreues Transkribieren. Allerdings bleibt angesichts des qualitativen Studienansatzes fraglich, warum die geringe Stichprobe (n=16) ausschließlich aus einem Tertiärkrankenhaus stammt. Bezüglich der Aufteilung ihres Forschungsansatzes in zwei Teile (Interviews mit geschlossenen Fragen und halbstrukturierte Interviews mit offenen Fragen) geben die Autoren mit Blick auf den qualitativen Teil des Fragebogens keine Auskunft darüber, wie die Daten analysiert wurden. Kritisch zu beurteilen ist an dieser Stelle auch die Tatsache, dass einige Berichte von Pflegenden mehr als fünf Jahre zurückliegen. Eine Datensättigung wird nicht erreicht, wobei die Variabilität der Daten wahrscheinlich auf ein Fehlen von Spezifität bei der Definition von PS zurückzuführen ist. Das Design bei Beel et al. wird als deskriptiv-explorativ ausgewiesen, jedoch nicht explizit begründet. Die Stichprobe ist ebenfalls sehr gering (n=10) und ermöglicht daher keine Übertragbarkeit auf

andere Einrichtungen. Beel et al. setzen die thematische Inhaltsanalyse nach Streubert & Carpenter (1999) ein, beschreiben eine offene Codierung, Clustering und eine Kategorienbildung aus Daten. Wie Rietjens et al. nutzen sie ebenfalls das Mittel der kommunikativen Validierung, indem sie einen ersten Autor zur Vervollständigung der Kodierung und einen zweiten zur Überprüfung der Transkripte – unabhängig vom ersten Autor – einsetzen, welche im Folgeprozess die Ergebnisse vergleichen und die Bildung der jeweiligen Kategorien durch Diskussion und Konsens beschreiben. Ähnlich wie in der Studie von Rietjens et al. lässt trotz der angemessenen Analysemethoden ein fehlender Konsens bezüglich einer allgemeingültigen Definition von PS und die geringe Anzahl an Teilnehmern eine mögliche Datenverzerrung vermuten. Letztendlich ermitteln alle drei Forschergruppen trotz des nicht begründeten Designs jedoch interessante Ergebnisse in Bezug auf die Schwerpunkte der vorliegenden Arbeit und stellen konstruktive Lösungsansätze vor.

Innerhalb der quantitativen Studien erläutern die Forscher ausdrücklich die Problemstellung der zu untersuchenden Forschungsfrage(n) sowie der pflegerischen und pflegewissenschaftlichen Relevanz. Die Wahl des Designs sowie dessen Begründung wird in den Studien von Gielen et al., Inghelbrecht et al. und Morita et al. detailliert und nachvollziehbar dargestellt. Alle drei Forschergruppen erheben ihre Daten anhand von Fragebögen. Das Vorgehen der Forscher weist nur marginale Differenzen auf. So verwenden alle einheitlich das Mittel der Likert-Skala, um eine Übereinstimmung von Aussagen der Befragten bezüglich ihrer Einstellungen zur PS zu überprüfen. Gielen et al. und Inghelbrecht et al. greifen dabei auf eine 5-Punkte-Skala, Morita et al. auf eine 7-Punkte-Skala zurück. Morita et al. bestimmen daraus resultierend vier Items. Der Ad-hoc-Belastungswert wird als Mittelwert der vier Items berechnet (Cronbachs Alpha Koeffizient 0,86), welches in Bezug auf die zu untersuchende Forschungsfrage als adäquate Maßnahme zu bewerten ist. Um unabhängige Einflussfaktoren von Belastungen zu testen, nutzen die japanischen Forscher die Modelle der multiplen logistischen bzw. multiplen linearen Regressionsanalyse, wobei sie alle signifikanten Prädiktoren, welche vorangegangen mit dem Student's t-Test und Pearson Chi-Quadrat-Test ermittelt worden sind, durch univariate Analysen identifiziert und letztlich als unabhängige Variablen in diese Modelle aufgenommen haben. Sowohl Inghelbrecht et al. als auch Morita et al. verwenden zur Beurteilung von Korrelationen das sog. Bonferroni-

Korrekturverfahren. Bei Morita et al. wird dieser Wert auf $P < 0,001$ und bei Inghelbrecht et al. auf $P < .0033$ ermittelt. Gielen et al. führen ebenfalls das Mittel des Pearson-Chi-Quadrat-Tests zur Analyse auf, nutzen aber zusätzlich noch den Kruskal-Wallis-Test, um den Einfluss demographischer Variablen auf bestimmte Palliativsedierungs-Cluster sowie die Wirkung von religiösen oder ideologischen Clustern in Bezug auf die Palliativsedierungs-Cluster beurteilen zu können. Die religiösen oder ideologischen Cluster werden hierbei durch eine Latenzanalyse der Antworten der Pflegenden im zweiten Teil des Fragebogens gewonnen. Eine Datensättigung ist bei allen drei Forschergruppen fraglich. Als Stärken der Studie bei Morita et al. ist zu konstatieren, dass es sich um eine große landesweite Stichprobe handelte. Das Fehlen einer universellen Definition von PS im Jahre 2004 und die Tatsache, dass die befragten Studienteilnehmer allesamt Japaner waren, führt hingegen zu Einschränkungen der Übertragbarkeit auf andere Settings. Bei Inghelbrecht et al., welche ihre Studie selbst als repräsentative Stichprobe bewerten, wurden die Erhebungen auf Grundlage des seit Mai 2002 geltenden Euthanasiegesetzes in Belgien erhoben. Eine Übertragbarkeit ist auch hier nicht möglich, da in anderen Ländern unterschiedliche kulturelle und religiöse Werte sowie Berufspraktiken existieren. Die Rücklaufquote beträgt immerhin 62,5%, obwohl die Vollständigkeit der Antworten (fehlende Daten) nicht beschrieben wird. Die Studie von Gielen et al. setzt ihren Schwerpunkt auf ethische Entscheidungen und das Empfinden Pflegender in der Arbeit mit palliativ sedierten Patienten und ihren Angehörigen. Eine Verzerrung der erhobenen Daten könnte sich aus der Tatsache ergeben, dass die Daten vor Veröffentlichung der flämischen Richtlinie zur Palliativsedierung, welche im Dezember 2010 veröffentlicht wurde, ermittelt worden sind. Die Richtlinie könnte das Vertrauen der Pflegenden in das Verfahren der PS gestärkt haben und einige Bedenken wegen versteckter (unfreiwilliger) Sterbehilfe ausgeräumt haben. Eine weitere Einschränkung der Studie ist, dass die PS für refraktäres psycho-emotionales Leiden nicht untersucht wurde. Auch die Struktur des Fragebogens und die Fragen selbst basieren offenbar nicht auf einem validierten Test. Letztendlich kann auch durch die Behandlung der Fragebogenergebnisse als nominale Daten ein Teil der Granularität der ersten Antworten verloren gegangen sein, obwohl die Anpassung der Daten dies hätte kompensieren müssen.

Die Mixed-Method-Studie von Zuleta-Benjumea et al. (2018), welche quantitatives und qualitatives Vorgehen kombiniert, rekrutiert 41 Teilnehmer für die Endstichprobe des quantitativen Teils und beschreibt eine Convenience-Stichprobe (willkürliche Stichprobe) von 22 Teilnehmern aus drei partizipierenden Institutionen für den qualitativen Teil. Für die Erhebung der quantitativen Daten wurden für die Verhältnisse der kontinuierlichen Variablen Messungen der zentralen Tendenz und Dispersion (Mittelwert, Median, Standardabweichung und Perzentile) verwendet. Vergleiche zwischen den Gruppen wurden, wie bei Gielen et al. und Swart et al. mittels Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt. Zuleta-Benjumea et al. nutzen zusätzlich den Mann-Whitney-U-Test. Die Korrelationsanalyse wurde mit dem Spearman ρ -Test getätigt. Die qualitativen Daten aus den Diskussionen der Fokusgruppen wurden aufgezeichnet und wortgetreu aus dem Spanischen transkribiert. Anschließend wurden die Antworten in jeder Fokusgruppe nach Kategorien (emotionale Auswirkungen und Wahrnehmung der Rolle) analysiert, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren. Die Darstellung der Ergebnisse – sowohl der quantitativen als auch qualitativen Studienkomponenten ist transparent und detailliert. Der Vorbehalt bezüglich des nicht validierten Fragebogens wird einerseits im methodischen Teil, andererseits im Diskussionsteil der Studie erwähnt. Das Vorgehen der Forscher entspricht einer durchdachten, nachvollziehbaren und passgenauen Methodik und Analyse für den zu untersuchenden Sachverhalt.

Abschließend wird das methodische und analytische Vorgehen innerhalb der systematischen Reviews von Ziegler et al., Abarshi et al., Bruce et al. und Engström et al. bewertet. Die Forschungsfragen werden von allen Autoren ausführlich und themenrelevant nachvollziehbar beschrieben. Einzig die Studie von Bruce et al. benennt keine Ausschlusskriterien, alle anderen erläutern sowohl Ein- als auch Ausschlusskriterien umfänglich. Der Prozess der Literaturrecherche wird in allen Studien umfangreich erörtert. Die dabei gewählten Datenbanken können als zweckdienlich erachtet werden, um die Forschungsfragen zu beantworten. Ziegler et al., Abarshi et al. und Engström et al. erwähnen die Anzahl eingeschlossener Studien, bei Bruce et al. lässt sich diese nicht nachvollziehen. Während Bruce et al. keinerlei Aussagen bezüglich gewählter Bewertungs- bzw. Analyseschemata machen, was eindeutig als methodische Schwäche zu werten ist, verweisen Ziegler et al. auf eine Testung der Evidenz-Qualität auf Ergebnisebene durch Einsatz des GRADE-Ansatzes und ziehen

neben PRISMA-Statement, STROBE-Statement, CASP-Checkliste zusätzlich das multimethodische Bewertungsinstrument nach Hawkers et al. hinzu. Als Limitation werden u.a. eine mögliche Datenverzerrung aufgrund von Retrospektivität der eingeschlossenen Studien und das Fehlen einer Standardmetrik für emotionales Wohlbefinden angeführt. Die Forschergruppe um Abarshi et al. nutzt eine vierstufige Skala basierend auf validierten Tools zur Testung der wissenschaftlichen Qualität und setzt zur Analyse die „Goughs` weight of evidence“ - Kriterien ein. Zusätzlich wird eine Synthese der Daten mittels Datensatzes für qualitative und quantitative Studien eingesetzt, was ebenfalls als angemessen für die Bewertung der eingeschlossenen Literatur anzusehen ist. Stärken und Grenzen benennen die Forscher nicht explizit. Sie weisen jedoch daraufhin, dass sie kulturelle Aspekte im Rahmen ihres Reviews nicht berücksichtigt haben. Angesichts der Transferabilität der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass diese nicht auf andere Settings übertragbar sind. Die Studie von Bruce et al. macht keine ausreichend detaillierten Angaben zu Methodik und Analyse, was im Vergleich mit den anderen Reviews als klare Schwäche zu bewerten ist. Limitationen werden nicht explizit ausgewiesen und ein Bezug zur Forschungsmethodik lässt sich nicht herstellen. Das Review von Engström et al. aus dem Jahre 2007 hingegen beschreibt ein detailliertes und passgenaues Procedere im Rahmen der Datenerhebung und -analyse. Ihre Literaturrecherche beschreiben die Forscher um Engström et al. - ebenso wie die Forschergruppen um Ziegler et al. und Abarshi et al. - innerhalb eines Flussdiagramms und führen ihre inkludierten Studien in Tabellenform im Anhang auf. Die Inhaltsanalyse wird durch das Swedish Council on Technology Assessment in Health Care und das Swedish Council of Nursing durchgeführt, welche über weitreichende Erfahrung im Bereich der Datenauswertung verfügen. Die interne Konsistenz wird bei Engström et al. geprüft und beschrieben. Als Limitation führen die Forscher an, dass es keine globale Definition von PS am Lebensende gibt, weswegen sie eine Definition nach Lynch (2003) nutzen, die zu möglicher Datenverzerrung (BIAS) geführt haben könnte. Die angewandten Bewertungskriterien in den Studien von Ziegler et al., Abarshi et al. und Engström et al. können als adäquat für die Beurteilung der jeweiligen Studienqualität angesehen werden.

3 Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel wird der theoretische Bezugsrahmen dieser Arbeit erläutert. Da sich Pflegende bei der Versorgung palliativ sedierter Patienten in ständiger Interaktion mit dem Patienten, seinen Angehörigen sowie Mitarbeitern anderer Berufsgruppen bewegen, wurde das Interaktionsmodell nach Imogene King als Grundlage gewählt. Im letzten Teil dieses Kapitels wird beschrieben, wie das gewählte Pflegemodell angewandt werden kann, um eine Hilfestellung zur Bearbeitung des Themas geben zu können.

3.1 Das Interaktionsmodell von Imogene King

Imogene King (1923-2007) gilt als eine der bedeutendsten Repräsentantinnen der theoretischen Strömung der amerikanischen Pflegewissenschaften, die Pflege vor allem als Interaktionsprozess zwischen Pflegekräften und Patienten definiert. Die Grundelemente ihres Konzepts präsentierte King sowohl in einer Publikation aus dem Jahre 1964 unter dem Titel „Nursing Theory: Problems and prospect“ als auch eines Artikels aus dem Jahre 1968, der „A conceptual frame of reference for nursing“ lautete (Evers, 1997, S. 89). Drei Jahre später, im Jahre 1971 stellte sie ihr Konzept umfassend in einem Buch mit dem Titel „Toward a Theory for Nursing“ vor. Ziel der King'schen Theorie war es, eine theoretische Wissensdomäne, einen theoretischen Bezugsrahmen für pflegerisches Handeln zu entwickeln. Ihrer Einschätzung nach findet Pflege innerhalb eines sozialen Systems statt. Sie unterschied dabei fünf unterschiedliche Dimensionen:

1. Ort der Pflege
 2. Betroffene Individuen
 3. Individuen im Umfeld, in dem sich der Prozess vollzieht
 4. Soziale Organisation, in der sich der Prozess vollzieht
 5. Gemeinschaft, in der die soziale Organisation funktioniert
- (Evers, 1997, S. 90)

Auf Grundlage ihrer Erkenntnisse stellte King fest, dass der Pflegeprozess abhängig von der Pflegekraft, dem Patienten, den Personen im Umfeld (z.B. Angehörigen) und der sozialen Organisation, in welcher der Prozess stattfindet, stark variiert. Einschätzen, handeln, kommunizieren, bewerten und koordinieren waren nach Einschätzung Kings spezifische Komponenten von Pflege (King,

1964). Die vielfältigen sozialen Veränderungen mitsamt ihren Auswirkungen auf die Pflege interessierten King, wobei ihr Hauptaugenmerk darauf lag zu ergründen, welche Elemente der Pflege im Hinblick auf soziale Veränderungen und die rasante Zunahme der Erkenntnisse auf Dauer würden bestehen können. King bringt ihre Erkenntnisse in Verbindung mit der allgemeinen Systemtheorie und versucht zu erklären, welche Entscheidungen Pflegekräfte aufgrund von vorhandenen Informationen in Pflegesituationen treffen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass mit Blick auf das Thema der vorliegenden Arbeit die Einbeziehung Pflegenden in Entscheidungsprozesse als wichtiger Aspekt von Imogene King erachtet wird. Die Ergebnisse des Literaturreviews im nachfolgend aufgeführten vierten Kapitel „Ergebnisse“ unterstreichen die Bedeutsamkeit, die King bereits früh dieser Thematik beigemessen hat. Als essentielle Merkmale der Pflege, die trotz aller Veränderungen stets vorhanden bleiben, führt King „Soziale Systeme, Gesundheit, Wahrnehmung und interpersonale Beziehungen“ an. Diese fungieren bei King als Ausgangspunkt für die Formulierung weiterer Begriffe ihres Konzepts, die nachfolgend zusammengefasst werden (Evers, 1997, S. 90). Bei der Zusammenfassung wird versucht, einen Fokus auf die relevanten Schwerpunkte (Pflegende, Patient(en), Belastungen und Bewältigungsansätze) der vorliegenden Qualifikationsarbeit zu legen.

Zunächst beschreibt King den Begriff „*Patient*“, welchen sie folgendermaßen definiert: „*Human beings are the focus for nursing*“. Pflegekräfte müssen sich vor allem auf „human behaviour“, „social interaction“ und „social movement“ (menschliches Verhalten, soziale Interaktionen und gesellschaftliche Entwicklungen) konzentrieren. Den metaparadigmatischen Begriff „Patient/Klient“ oder „Person“ hat King wie folgt umschrieben (Fawcett, 1989): Er umfasst drei dynamische, interaktive, offene Systeme: 1) das Individuum als personales System, das 2) in interpersonalen Systemen (Gruppen) funktioniert, die 3) wiederum innerhalb sozialer Systeme (Gesellschaften) funktionieren (Evers, 1997, S. 91).

Innerhalb des *personalen Systems* werden die Konzepte vom Selbst, vom Körperbild, Wachstum und Entwicklung, Wahrnehmung, Lernen, Zeit und persönlichem Raum dem Individuum zugeordnet, da sie sich auf das Wissen beziehen (Schaeffer et al., 2008, S. 186). King beschreibt Wahrnehmung als eine subjektive Tatsache, als persönliche Erfahrung und Darstellung der Wirklichkeit. Wahrnehmung beeinflusst nach ihrer Einschätzung die Reaktion von Menschen

auf andere und auf Ereignisse und darüber hinaus das persönliche Wachstum und die Entwicklung des Menschen. Laut King empfindet der Mensch folgende grundlegende, gesundheitsbezogene Erfordernisse:

- a) brauchbare Information über seine Gesundheit zu dem Zeitpunkt zu erhalten, an dem er sie benötigt und verwenden kann.
- b) präventive Maßnahmen und
- c) tatsächliche Fürsorge im Krankheitsfall zu erhalten.

(Kruijswijk et al., 1997, S. 44)

Das *interpersonale System* umfasst die Begriffe „Interaktion, Kommunikation, Transaktion, Rolle und Stress“ (Evers, 1997, S. 93). Es bezieht sich auf zwei oder mehrere Individuen, sowohl in kleineren als auch größeren Gruppen. King legt den Schwerpunkt dabei auf die Begriffe *Kommunikation* und *Interaktion* zwischen Menschen. Pflege wird nach Kings Auffassung innerhalb dieses Systems gestaltet. Pfleger und Patient sind Individuen, die miteinander kommunizieren. Infolgedessen entsteht *Interaktion* zwischen beiden, die King als Voraussetzung für einen erfolgreichen Pflegeprozess betrachtet (Kruijswijk et al., 1997, S. 45). *Kommunikation* wird als Informationskomponente der Interaktion beschrieben. Sie ist das Hilfsmittel, mit dem menschliche Beziehungen entwickelt und gepflegt werden. *Transaktionen* bezeichnet King als Wertkomponenten der Interaktion. Sie sind zielgerichtete, menschliche Verhaltensweisen (Evers, 1997, S. 94). *Transaktion* ist nach King Zielerreichung. Auch der Begriff *Rolle* nimmt bei King eine Schlüsselfunktion innerhalb des interpersonalen Systems ein. Sie versteht darunter eine Reihe von Merkmalen des Verhaltens, die von Menschen erwartet werden, die innerhalb der Gemeinschaft bestimmte Positionen innehaben. An diese Rolle sind Verhaltensregeln geknüpft. King erachtet als Pflegeziel, Menschen zu helfen, in ihren Rollen funktionieren zu können (Kruijswijk et al., 1997, S. 45). *Stress* ist wie der vorangegangene aufgeführte Begriff der Rolle im Rahmen des King'schen Pflegeverständnisses von entscheidender Bedeutung. Wichtig ist zu erwähnen, dass King unter dem Begriff Stress sowohl Pfleger wie auch Patienten subsumiert. Stress wird als Energiereaktion eines Individuums auf Personen, Dinge oder Ereignisse definiert, die sogenannten „Stressoren“. Eine Zunahme von Stress reduziert die Fähigkeit einer Person, Ereignisse wahrzunehmen und rationale Entscheidungen zu

treffen, was eine schlechte Interaktion und Zielfestlegung nach sich ziehen kann. In der Folge wird nicht zielgerecht gehandelt. Aufgabe des Pflegenden ist es, sein eigenes Stressniveau und das des Patienten im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses zu erkennen und anzupassen, damit eine Zielerreichung umsetzbar ist (Kruijswijk et al., 1997, S. 45/46). Nach King wird Stress gemindert, wenn Transaktionen zustande kommen (Evers, 1997, S. 94).

Das *soziale System* umfasst die Begriffe „Organisation, Macht, Status und Entscheidungsfindung“. Der Begriff *Organisation* schließt Personen in festgeschriebenen Rollen und Positionen ein. Diese Personen nutzen Hilfsmittel, um persönliche und organisatorische Ziele zu erreichen. *Macht* beschreibt einen Prozess, bei dem ein oder mehrere Individuen andere in einer Situation beeinflussen. Zudem wird Macht als eine Situation in dem Sinne gedeutet, dass Menschen das, was passiert, akzeptieren, selbst wenn sie nicht der gleichen Meinung sind. Der Begriff *Status* ist positionsbezogen zu verstehen. Er ist gekennzeichnet durch die Position eines Individuums innerhalb einer Gruppe oder einer Gruppe in Relation zu anderen Gruppen innerhalb einer Organisation. Die *Entscheidungsfindung* in Organisationen wird als dynamischer und systematischer Prozess beschrieben. Die beteiligten Individuen treffen eine zielgerichtete Wahl zur Beantwortung einer Frage oder Erreichung eines Zieles (Evers, 1997, S. 94).

Des Weiteren spielen die Begriffe „Umgebung“ und „Milieu“ eine Rolle im King'schen Interaktionsmodell, wobei sie den ebenfalls metaparadigmatischen Begriff *Umgebung* folgendermaßen verwendet (Fawcett, 1989): Umgebung, Gesundheitsfürsorgeumfeld, innere und externe Umgebung. Mit Blick auf die Begrifflichkeiten der inneren und externen Umgebung konstatiert King, dass die innere Umgebung eines Menschen Energie transformiert, die es ihm ermöglicht, sich an fortlaufende Veränderungen der externen Umgebung anzupassen. King spricht hier von Stressoren des inneren und externen Milieus, an die sich eine Person konstant anpasst. Ihrer Erklärung nach liegt im inneren und externen Milieu die Quelle für Stressoren. Den Begriff *Milieu* definiert sie darüber hinaus nicht explizit. Der Begriff *Gesundheit* wird als „dynamische Lebenserfahrung eines Menschen“ definiert. Die kontinuierliche Anpassung an Stressoren des inneren und externen Milieus ist laut King notwendig, um ein maximal zu erreichendes Niveau des täglichen Funktionierens zu erreichen (Evers, 1997, S. 95). Des Weiteren beinhaltet ihre Definition von Gesundheit die „Fähigkeit in

sozialen Rollen zu funktionieren“. Krankheit beschreibt eine Abweichung vom Normalem, ein gestörtes Gleichgewicht der biologischen oder psychologischen Struktur einer Person sowie einen Konflikt der sozialen Beziehungen. Ob Wohlbefinden (wellness) und Kranksein (illness) als Kontinuum oder Dichotomie betrachtet werden müssen, erläutert King nicht (Fawcett, 1989). Der Begriff *Pflegen* impliziert, dass bei King im Mittelpunkt der Pflege die Förderung, der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit, die Versorgung Kranker und Verwundeter und die Versorgung Sterbender stehen. Pflegen sieht King als Hilfeleistung an. Pflege stellt zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse von Individuen und Gruppen Dienste zur Verfügung (Evers, 1997, S. 95).

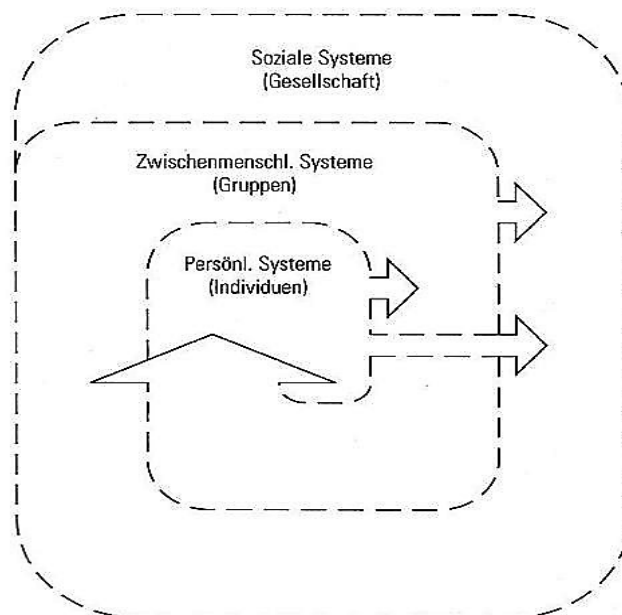


Abb. 2. Dynamisches interaktives System nach Imogene King

(Marriner-Tomey, A. (1992): *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 1. Auflage, Basel, S. 507)

3.1.1 Die Rolle der Pflegenden

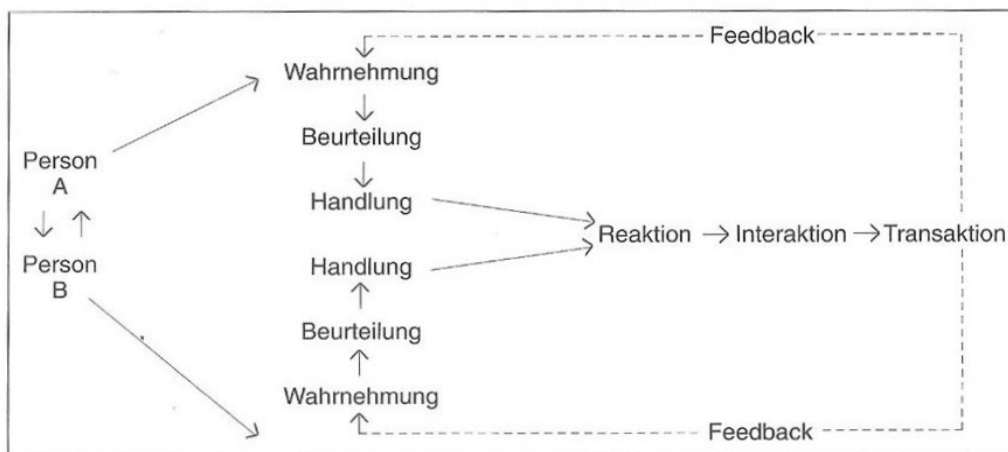
Nach King'scher Auffassung sind Pflegefachkräfte Schlüsselfiguren der Gesundheitsfürsorge. Sie „funktionieren in ihrer Rolle in den unterschiedlichsten

Zweigen des Gesundheitswesens“ (Evers, 1997, S. 95). Zusammen mit Medizinerinnen, der Familie des Patienten und anderen arbeiten sie an der Koordinierung von Versorgungsplänen. Wenn sie ihre normalen, täglichen Aktivitäten nicht mehr ausführen können, suchen Menschen die Hilfe von Pflegekräften. Ziel der Pflege ist es dabei, Individuen zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten, um in ihren Rollen funktionieren zu können. King bringt die Begriffe Person, Umgebung und Pflege durch folgende Aussagen in Verbindung: „Als professionell Hilfeleistende kommen Pflegekräfte mit dem Verhalten von Individuen und Gruppen in potentiell stressreichen Situationen, die mit Gesundheit und Krankheit zu tun haben, in Kontakt. Sie helfen Menschen professionell bei der Befriedigung von Bedürfnissen, die unerlässlich für die Ausführung täglicher Aktivitäten sind (King, 1976, S. 51).

3.1.2 Pflege als Interaktionsprozess

Die Diskussionen über das Wesen von Pflege drehen sich im Kern um Menschen in Interaktion mit ihrer Umwelt. Das menschliche Verhalten setzt sich dabei aus Handlungen, Prozessen und Aktivitäten zusammen. „Pflegehandlungen sind, wie alle menschlichen Handlungen, eine Abfolge von Verhaltensweisen interagierender Personen, die eine Situation erkennen und darauf mit Handlungen reagieren, die zum Erreichen bestimmter Ziele führen und dazu Ereignisse beeinflussen sollen“ (Schaeffer et al., 2008, S. 184). Dieser beschriebene Prozess beinhaltet eine Reihe von konkreten Handlungen (Schaeffer et al., 2008, S. 184/185). „Eine Pflegesituation ist die unmittelbare Umgebung, die räumliche und zeitliche Realität, in der Pflegekraft und Klient Beziehungen aufnehmen, um gesundheitliche Probleme zu bewältigen und die erforderlichen Anpassungen an die veränderten Bedingungen des täglichen Lebens einzuleiten“ (King, 1971, S. 24). Darüber hinaus zeichnen sich Interaktionen von Pflegekräften und Patienten/Klienten auch durch Transaktionen aus. Dabei werden Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche zwischen beiden Personen der Dyade (Einheit von zwei Personen) aufgeteilt. Wahrnehmungen Pflegenden und des Patienten charakterisieren Interaktionen. Das Wesen der Interaktion wird dabei durch das Selbstbild der Rolle des Patienten/Klienten und der Rolle der Pflegekraft ausgezeichnet. Interaktionen implizieren Stressoren, welche einen Einfluss auf beide Personen und die

jeweilige Situation, sowohl in zeitlicher als auch räumlicher Hinsicht, haben. Pflegerisches Handeln ist ein Interaktionsprozess, bei dem Pflegekräfte und Patienten einander auf bestimmte Art und Weise in der Situation wahrnehmen und durch Einsatz kommunikativer Mittel Ziele festlegen (Evers, 1997, S. 100).



Quelle: I. M. King (1971), Toward a Theory for Nursing, New York, Wiley, S. 92.

Abb. 3. Der Prozess der menschlichen Interaktion und Transaktion nach King

(nach Evers, G. (1997): Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. 1. Auflage, Berlin/Wiesbaden, S. 93)

3.1.3 Die Theorie der Zielerreichung

King leitete die Theorie der Zielerreichung von ihrem offenen, systemischen Bezugsrahmen ab. Die Frage, die sie dabei motivierte war: „Was ist das Wesen der Pflege?“ Bei der Suche nach der Natur einer Sache, betrachtet man zunächst ihr Wesen. King sah Pflegekräfte zu allererst und hauptsächlich als menschliche Wesen an, die ihre Aufgaben im Rahmen einer professionellen Rolle erfüllen. Die bereits erwähnte Interaktion zwischen Pflegendem und Rezipienten der Pflege (Patient/Klient) wurde als Grundeinheit des Verhaltens identifiziert. Zwei Menschen (Pflegekraft und Klient), welche sich in der Regel fremd sind, begegnen sich in einer Pflegesituation, um zu helfen oder sich helfen zu lassen, mit dem Ziel Gesundheit zu erhalten und soziale Rollenführung zu ermöglichen. Die King'sche Zielsetzung basiert dabei erstens auf einem Assessment der

Probleme und Gesundheitsstörungen des Klienten durch die Pflegekraft, zweitens der Sichtweise der Störung von Pflegekraft und Klient und drittens dem Austausch erforderlicher Informationen zur Zielerreichung. Ist der Klient selbst bei der Zielsetzung verbal nicht in der Lage mitwirken zu können, interagieren Pflegekräfte mit den Angehörigen, was in der Folge zu Ergebnissen und somit zur Zielerreichung führt. Die Theorie der Zielerreichung wurde als allgemeine Systemtheorie bezeichnet, da sie aus einer Reihe von Elementen besteht, welche durch Kommunikationsglieder mit zielorientiertem, zweckmäßigem Verhalten verbunden ist. Wenn gewünschte Ergebnisse als Ziele formuliert werden, die der Rezipient von Pflege erreichen soll, ist der Pflege ein Instrument zur Evaluierung der Effektivität ihres Handelns gegeben. Wenn Ziele benannt werden, wird die Zielerreichung und damit die Effektivität der Pflege gefördert. King selbst entwickelte auf Grundlage ihrer Theorie des „Goal Attainment in Nursing“ ein spezielles Dokumentationssystem, den sog. Goal-Oriented Nursing Record (GONR), welches gesteckte und erreichte Ziele festhalten sollte (Schaeffer et al., 2008, S. 189 ff).

3.1.4 Anwendung des Interaktionsmodells

Häufig wird das Modell Kings kritisiert, da es die Pflege selbst nur unzureichend inhaltlich gestaltet. Konkretes und pflegkundiges Handeln werden dabei kaum thematisiert, eine Anwendung auf bestimmte Patientengruppen erscheint teilweise nicht möglich. Trotz der Tatsache, dass Interaktion und Kommunikation einen zentralen Stellenwert innerhalb der Theorie der Zielerreichung einnehmen und deswegen eine Übertragbarkeit auf bewusstseinsgeminderte Patienten, wie z.B. palliativ sedierte Patienten nur eingeschränkt möglich ist, soll dennoch die bedeutsame Rolle des Patienten im Krankheitsverlauf soweit wie möglich berücksichtigt werden.

Folgende inhaltliche Schwerpunkte der King'schen Theorie sollen in Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit fokussiert aufgegriffen und mit der Diskussion und dem Fazit verbunden werden:

Das „personale System“ wird im Kontext dieser Arbeit ausschließlich in Bezug auf Pflegende angewendet und beleuchtet die Konzepte der *Wahrnehmung* und des *Lernens*, welche auf die Bedeutung eines Wissenszuwachses ausgerichtet sind.

Das „interpersonale System“ wird auf die von King beschriebenen Begriffe der *Interaktion, Kommunikation, Transaktion, Rolle und Stress* angewendet. Der Fokus wird dabei auf den Austausch zwischen Pflegenden, Ärzten, Patienten und Angehörigen gelegt.

Das „soziale System“ nimmt Bezug auf den Begriff *Organisation* (Institutionen wie z.B. Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen etc.), welches die darin beschäftigten Personen (Pflegende, Ärzte, med. Fachkräfte, Angehörige etc.) einschließt. Des Weiteren werden die Begriffe *Macht* und *Status* (Berufsgruppen) sowie der Begriff der *Entscheidungsfindung* in den Kontext dieser Arbeit verwoben.

Der Autor dieser Arbeit weist an dieser Stelle daraufhin, dass einige Begriffe des King'schen Interaktionsmodells keine Berücksichtigung finden, da diese nach eingehender Überlegung weder in einen zweckerfüllenden theoretischen noch praxisbezogenen Zusammenhang mit dem Thema der vorliegenden Arbeit gebracht werden konnten.

Folglich wird zur Beantwortung der formulierten Fragestellungen und Zielsetzungen also die Hypothese aufgestellt, dass das Interaktionsmodell und die Theorie der Zielerreichung nach Imogene King einen theoretischen Rahmen als pflegewissenschaftlich fundiertes Gerüst bilden können.

4 Ergebnisse

Dieses Kapitel beinhaltet die wichtigsten Ergebnisse der 18 inkludierten Studien. Es ist zweiteilig gegliedert, wobei der erste Teil Belastungsfaktoren darstellt und in einem zweiten Teil Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die zu einer Reduzierung der Belastungen Pflegender führen können.

4.1 Belastungsfaktoren

Die nachfolgenden Teile dieses Kapitels kategorisieren auf Basis der Literaturrecherche die wichtigsten Belastungsfaktoren Pflegender in fünf Bereiche. Das Fehlen verbindlicher Definitionen und Richtlinien, die unklare Indikation zur PS, ein unzureichender Wissensstand, der intra- und interpersonale Rollenkonflikt Pflegender sowie ethische Dilemmata aufgrund von Vergleichen mit aktiver Sterbehilfe konnten als signifikante Faktoren identifiziert werden.

4.1.1 Fehlen verbindlicher Definitionen und Richtlinien

Morita et al. (Japan) verweisen in ihrer Studie aus dem Jahre 2004 bereits darauf, dass ein mangelndes, gemeinsames Verständnis von Sedierung zwischen Pflegenden und Ärzten vorhanden ist (Morita et al., 2004, S. 554). Sie vertiefen diese Erkenntnis jedoch nicht weiter, wohingegen Beel et al. (Kanada) konstatieren, dass der Begriff „palliative Sedierung“ in der Literatur nicht ausreichend definiert ist (Beel et al., 2006, S. 515). Sie stützen sich in ihrer Aussage auf eine Erhebung aus dem Jahre 2002, welche sie zusammen mit McClement und Harlos durchgeführt haben (Beel, McClement, Harlos, 2002). Auch Engström et al. (Schweden) weisen in ihrem Literaturreview auf die mehrfache Bedeutung des Begriffs hin, was zu Schwierigkeiten in der Entscheidungsfindung führt (Engström et al., 2007, S. 27). Dies bestätigen auch Patel et al. (USA), welche darauf aufmerksam machen, dass es an einem Konsens über die Terminologie verschiedener Aspekte der PS fehlt (Patel et al., 2012, S. 432). Ziegler et al. (Schweiz) beziehen sich in ihrer Studie bereits auf diese Erkenntnisse und stellen fest, dass die Prävalenz von kontinuierlicher tiefer Sedierung, also einer späten Verlaufsphase der PS, stark zwischen Ländern, Gesundheitssystemen und Patientenpopulation variiert, was zum Teil auf das

Fehlen einer gemeinsamen CDS-Definition zurückzuführen ist. Selbstverständlich differenzieren sie im Rahmen ihrer Aussage, dass unterschiedliche Wertvorstellungen und kulturelle Hintergründe eine entscheidende Rolle spielen (Ziegler et al., 2017, S. 2). In ihrer Studie aus dem Folgejahr untermauern sie diese Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse ihrer Studie ergeben, dass Pflegende und Ärzte innerhalb desselben Teams eine gemeinsame Terminologie verwenden, einschließlich eines gemeinsamen Verständnisses bezüglich der Sedierungspraxis. Mit Blick auf andere Institutionen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhausabteilungen wird von Fachkräften jedoch beschrieben, dass es schwierig ist, einen eindeutigen Begriff zu finden, der für ein gemeinsames Verständnis ausreichend ist. Sie nehmen an dieser Stelle auch Bezug auf die Studienergebnisse von Papavasiliou sowie Schildmann & Schildmann aus den Jahren 2013/2014, die ebenfalls konstatieren, dass es einen Mangel an konsistenten Terminologien und Definitionen gibt und, dass die Heterogenität der Definitionen auf Unterschiede in Sprache und Wortschatz zurückzuführen ist, welche von Angehörigen der Gesundheitsberufe innerhalb verschiedener Pflegesituationen angewendet werden (Papavasiliou et al., 2013; Schildmann & Schildmann, 2014 in Ziegler et al., 2018, S. 5). Während Palliativ Care-Fachkräfte (Pflegende und Ärzte) konsequent die Begrifflichkeiten „palliativ“, „terminal“ oder „kontinuierliche tiefe Sedierung“ verwendeten, wurde die Sedierung außerhalb der spezialisierten Palliativmedizin allgemein als „Symptomkontrolle“ oder „Komforttherapie“ beschrieben. In diesem Zusammenhang weisen die Autoren auch daraufhin, dass Patienten in bestimmten Situationen Gefahr laufen können, eine unzureichende Linderung ihres Leidens zu erhalten, da ein universell vereinbarter Begriff für ein gemeinsames Verständnis nicht ausreichend ist (Ziegler et al., 2018, S. 8). Interessant sind abschließend auch die Aussagen von Zuleta-Benjumea et al. (Kolumbien), die außerhalb Europas eine Erhebung zur Untersuchung der Rolle Pflegender durchgeführt haben und feststellen, dass es in Kolumbien und auch übertragbar auf weitere Entwicklungsländer kaum verbindliche Richtlinien bezüglich PS und der Ausbildung von Fachkräften gibt (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3969).

4.1.2 Unklare Indikation

Die Indikation einer PS ist nicht in allen Fällen gleichermaßen an eine klar definierte und indizierte Ausgangslage geknüpft, wie nachfolgende Ergebnisse aufzeigen. Beel et al. verwenden in ihrer Studie die Metapher „Working your way through the quagmire“ (Arbeit durch den Sumpf) für insgesamt fünf Kategorien, wobei sie den Schwerpunkt auf die Indikationsfindung legen. Neben der Schwierigkeit einer klaren Definition des Begriffes palliativer bzw. terminaler Sedierung benennen sie als Resultat ihrer Forschungsergebnisse eine Unschärfe zwischen dem Einsatz von Krisenmedikamenten und PS und weisen auch auf die Angemessenheit der Anwendung einer PS bei existenzieller Belastung hin (Beel et al., 2006, S. 513). Von Bedeutung ist an dieser Stelle auch, dass Pflegende der Ansicht waren, dass bei Patienten, die als akute medizinische Notfälle oder einem schweren Symptomenkomplex (z.B. extreme Unruhe und Agitiertheit) auf die Palliativstation aufgenommen wurden, eine PS zu spät begonnen wurde. Ein anderer Teil der Pflegenden war der Meinung, dass eine PS bei Patienten und Angehörigen, mit denen das Team bereits längere Zeit zusammenarbeiten konnte, möglicherweise nicht hätte verabreicht werden müssen, um aufgetretene Symptome adäquat zu kontrollieren (Beel et al. 2006, S. 514).

Rietjens et al. (Niederlande) nennen als Indikation in allen beschriebenen Fällen ihrer Studie physisches Leiden wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Unruhe und Erbrechen. Als Begleitursachen führen sie jedoch auch nicht-körperlich bedingtes Leiden wie existenzielle emotionale Unruhe und starke Angst auf (Rietjens et al., 2007, S. 645-646). Eine drei Jahre später veröffentlichte Studie von Swart et al. (Niederlande) ergab ähnliche Ergebnisse. Pflegende nannten das Symptom des Schmerzes als entscheidende Indikation zur PS deutlich häufiger als Ärzte, bei denen körperliche Erschöpfung und Delir als vordergründig erachtet wurden. Psychische Erschöpfung und existenzielles Leiden wurden vor allem dann angegeben, wenn mehr als ein entscheidendes körperliches Symptom vorlag (Swart et al., 2010, S. 1272-1273). Das systematische Literaturreview von Bruce et al. (Kanada) greift diese Problematik auf und bestätigt, dass der Begriff des existenziellen Leidens in der Literatur nicht klar definiert ist und im Hinblick auf die Indikationsstellung eine Herausforderung darstellt (Bruce et al., 2011, S. 2733). Die in Belgien durchgeführte Studie von Gielen et al. aus dem Jahre 2012 greift diesbezüglich sogar auf eine äußerst interessante Beobachtung von Müller-Busch (Müller-Busch et al, 2003) zurück, die feststellten, dass sich von 1995-

2002 die Hauptindikation für eine PS von refraktären physischen Symptomen zu psychischer Not verschoben hatte (Gielen et al., 2012, S. 703). Das Literaturreview von Abarshi et al. (United Kingdom) ergänzt diese Erhebungen und stellt heraus, dass es für Pflegende eine Herausforderung ist, die Bedürfnisse von Patienten am Ende ihres Lebens zu beurteilen. Sie konkretisieren dies, indem sie die genaue Kenntnis des Punktes, an dem die Refraktärität eingesetzt hatte als Problem identifizieren, insbesondere dann, wenn der Patient den Pflegenden unbekannt oder nicht ausreichend lange bei Bewusstsein war, um diese beurteilen zu können (Abarshi et al., 2014, S. 919). Ergänzend zu dieser Erkenntnislage lassen sich auch bezüglich der Indikation zur Verabreichung geeigneter Medikamente wie z.B. Midazolam, einem häufig im Rahmen der PS eingesetzten Benzodiazepins, Unsicherheiten seitens Pflegender und Ärzte mit Blick auf den richtigen Zeitpunkt der Verabreichung ausmachen (Leboul et al, 2017, S. 4). Das Review von Ziegler et al. (2017) greift die gewonnenen Erfahrungen aus der Rietjens-Studie (Rietjens et al., 2007) nochmals auf und konstatiert, dass in Japan im Jahre 2007 fast jeder zweite Arzt und jede dritte Pflegekraft Schwierigkeiten hatte, medizinische Indikationen genau zu bestimmen und refraktäre Symptome zu diagnostizieren (Ziegler et al., 2017, S. 7). Auch im Rahmen ihrer Folgestudie schreiben Ziegler et al., dass es in der klinischen Praxis unklar sein kann, was „unerträgliches Leiden“ bedeutet und inwieweit physisches und psychisches Leiden relevant ist (Ziegler et al., 2018, S. 8). Abschließend bestätigen dies auch Lokker et al. (Niederlande) in ihrer 2018 veröffentlichten Studie und kommen zu dem Schluss, dass Pflegende im Gegensatz zu Ärzten häufig das Gefühl hatten, dass noch nicht alle Möglichkeiten zur Linderung des Leidens des Patienten diskutiert oder erforscht waren und somit nicht alle Voraussetzungen für den Beginn einer PS erfüllt waren (Lokker et al., 2018, S. 159).

4.1.3 Unzureichender Wissensstand

Ein Mangel an Wissen und daraus resultierenden unzureichenden Fähigkeiten und Fertigkeiten kann zu erheblichen Problemen im komplexen Aufgabenfeld der PS führen, was Morita et al. als signifikanten Belastungsfaktor Pflegender identifizieren. Immerhin 27% der befragten Pflegenden, also mehr als ein Viertel (Morita et al., 2004, S. 552) gaben an, dass sie sowohl Schwierigkeiten bei der Diagnostizierung refraktärer Symptome hatten als auch über unzureichendes

medizinisches Wissen und pflegerische Fähigkeiten verfügen würden (Morita et al., 2004, S. 554). Beel et al. greifen diese Ergebnisse auf und stellen fest, dass alle Teilnehmer ihrer Befragung (n=10) angaben, dass sie von terminaler oder palliativer Sedierung gehört hatten, aber die meisten nicht wussten, was diese Begriffe bedeuten; selbst Pflegende mit Bachelor-Abschluss nicht (Beel et al., 2006, Tbl. 1, S. 512-513). Sie führten in der Regel Beschreibungen des gewünschten klinischen Ergebnisses, das als Folge der PS auftreten würde, z. B. „Wohlbefinden zu fördern oder einen friedlichen und bequemen Tod zu ermöglichen“ an. Die bereits in Kapitel 4.1.2 aufgeführten Krisenmedikamente wurden von einigen Pflegenden als vorübergehende einmalige Maßnahme für Notfälle wie Atemnot und Anfälle beschrieben, die zum Ziel hatten, den Patienten für einen kurzen Zeitraum zu sedieren. Wiederum gaben andere Befragte aufgrund unzureichenden Wissens an, dass der Einsatz von sedierenden Medikamenten für eine medizinische Krise einen anderen Zweck verfolgte und ein anderes Ergebnis hatte, als der einer PS (ebd., S. 513). Zu ähnlichen Schlüssen kommen auch Abarshi et al., die konstatieren, dass in Bezug auf Entscheidungsprozesse vor Beginn einer PS einige Pflegende ihr Wissen über Aspekte ebendieser als begrenzt ansahen, was zu Hindernissen im Kommunikationsprozess mit den Patienten, Angehörigen und dem Kollegium führte (Abarshi et al., 2014, S. 919). Um sich im Umgang mit Ärzten umfassend an Diskussionen beteiligen zu können, benötigen Pflegende ausreichende Kenntnisse über klinische und ethische Aspekte der PS, um dem Arzt Alternativen entgegenbringen zu können (Lokker et al., 2018, S. 160). Eindrücklicher wird der Mangel an Wissen jedoch durch die Mixed-Method-Studie von Zuleta-Benjumea et al. deutlich, deren Studienteilnehmer sich einig waren, dass mangelndes Wissen über PS einen wichtigen Einfluss auf negative emotionale Auswirkungen aus folgend aufgeführten Gründen hat: Einerseits könnte der Mangel an Wissen über die Ziele der Therapie Pflegende zu der Annahme verleiten, dass dem Patienten Schaden zugefügt wird (z. B. durch Sterbehilfe), was sowohl die bereits erwähnten emotionalen Schwierigkeiten als auch Fragen über die Angemessenheit der Handlung aufwirft. Andererseits könnte der Mangel an Wissen ein Defizit an persönlichem und beruflichem Vertrauen sowie Angst vor der Auseinandersetzung mit Familien/Angehörigen hervorrufen. Die meisten Teilnehmer dieser Studie erwähnten, dass sie kein ausreichendes Wissen über PS hätten und berichteten, dass sie während der

Arbeit und aus persönlichem Interesse grundlegende Konzepte von PS erworben hätten. Die Forscher ermittelten bezüglich des Wissenstandes über PS quantitative Daten und identifizierten einen Gesamtmittelwert von 22,83 Punkten in einem Bereich von 0-31 Punkten, was auf eine mittlere Ansprechgenauigkeit von 74% hinweist (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3971). Sie konstatierten, dass die meisten Pflegenden über ein hohes Maß an Wissen über die Grundlagen von PS verfügen, aber in Aspekten wie Indikationen, Entscheidungsprozessen und Medikamenten, die bei einer PS verwendet wurden, nur durchschnittliche Werte erzielten. Diese Feststellung entspricht den Ergebnissen der qualitativen Komponente, in der Pflegende zum Ausdruck brachten, dass sie über Grundkenntnisse aus ihrer Erfahrung, nicht aber aus der formalen Ausbildung verfügten. Sie erachteten diese Kenntnisse als unzureichend, um Zweifel gegenüber Patienten, Familien und den weiteren beteiligten Mitarbeitern ausräumen zu können (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3975). Interessant ist mit Blick auf das pharmakologische Wissen Pflegender, dass fast 83% der Teilnehmer wussten, dass Midazolam ein Medikament ist, welches in der PS angewendet wird, aber nur 26,82% von der Verwendung von Propofol wussten. Darüber hinaus antworteten 73,17% und 68,29%, dass Morphium und Fentanyl bei einer PS indiziert sind. Die Verwendung von Opioiden als erste Wahl wird jedoch in der wissenschaftlichen Literatur als unzureichende Praxis angesehen (Arevalo, Rietjens, Swart, Perez & van der Heide, 2013; Gielen, van den Branden, van Iersel & Brockaert, 2012; Rietjens, Hauser, van der Heide & Emanuel, 2007 in Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3976).

4.1.4 Intra- und interpersonale Rollenkonflikte

Pflegende nehmen im Prozess der PS eine wichtige Rolle ein. Sie sind häufig Mittler zwischen Ärzten, Patienten, Familien und Angehörigen. Dies führt zu einer emotionalen Belastung, die die Befragten in der Studie von Morita et al. bestätigten. Sie beklagten, dass es kein gemeinsames Verständnis zwischen Ärzten und Pflegenden gab und dass sie oft widersprüchliche Wünsche betreffs PS zwischen Patienten und Familien/Angehörigen erlebten. Darüber hinaus empfanden sie es als Belastung, über unzureichende „zwischenmenschliche Fähigkeiten“ zu verfügen, um Patienten mit refraktären Symptomen adäquat

versorgen zu können (Morita et al., 2004, S. 554). Prozentual ausgedrückt gaben von 2607 Pflegekräften ca. 30% an, ihre derzeitige Arbeitssituation aufgrund dieser emotionalen Belastungen verlassen zu wollen und 12% äußerten, dass die Involvierung in die PS eine Belastung sei. Weitere 12% fühlten sich hilflos im Umgang mit Patienten, die sediert wurden, 11% gaben an, dass sie eine Situation, in der ein Patient sediert werden musste, meiden würden und 4% empfanden ihr Handeln sogar als wertlos (Morita et al., 2004, S. 553). Beel et al. nehmen in ihrer Studie Bezug auf die Wahrnehmungen Pflegender und führen auf, dass Pflegende es als oberste Priorität ansehen, Wohlbefinden für Patienten, Familien und auch das eigene Team zu schaffen. So deuten Interviewdaten darauf hin, dass Pflegende zeitweise große Schwierigkeiten hatten, Patienten zu betreuen, die mit refraktären Symptomen zu kämpfen hatten. Wenn Symptome durch die Anwendung einer Sedierung gelindert werden konnten, definierten die Pflegenden diese Entscheidung als positiv. Das Versagen einer Sedierung hingegen wurde als traumatisierend für Patienten, Familien und weitere Beteiligte des Versorgungsteams wahrgenommen (Beel et al., 2006, S. 514). Inghelbrecht et al. (Belgien) stellen im Rahmen ihrer Erhebung fest, dass Pflegende im Allgemeinen Entscheidungen am Lebensende eher befürworten als Ärzte. Ihr Hauptmotiv ist es, dem fürsorglichen Zweck der Leidenslinderung zu dienen, auch wenn dies den Einsatz zum Tode führender Medikamente indiziert (Inghelbrecht et al., 2009, S. 659). Die Studie von Brinkkemper et al. (Niederlande), in der eine landesweite Befragung innerhalb sogenannter MTA-Teams (Medizinisch-Technische-Assistenzteams) durchgeführt wurde, stellt die Rolle Pflegender im ambulanten/häuslichen Setting dar. In den Niederlanden wird die PS in diesem Falle entweder vom Hausarzt oder von Pflegefachkräften umgesetzt, die speziell ausgebildet sind und auf Grundlage der haus- und fachärztlichen Richtlinie arbeiten. Die Ergebnisse der Autoren zeigen auf, dass Pflegende sich in Ausübung ihrer Tätigkeit sowohl um medizinische als auch pflegerische Belange kümmern müssen und der Hausarzt in einer erheblichen Anzahl von Fällen zu Beginn einer Sedierung abwesend war. Mit Blick auf die Rolle niederländischer Pflegefachkräfte wirft dies jedoch konfliktbehaftete Fragestellungen nach der Verantwortlichkeit von Pflegenden und ihres rechtlichen Schutzes bei Anwendung einer PS auf (Brinkkemper et al., 2011, S. 1725). Arevalo et al. veröffentlichten diesbezüglich zwei Jahre später eine Studie, in welcher sie explizit die pflegerische Rolle bezüglich differenter

Erfahrungen in Bezug auf Entscheidungsfindung und die täglich geleistete Arbeit untersucht haben. Sie erheben, dass Pflegende bei der Einleitung und Überwachung einer PS eine große Verantwortung tragen, da sie in vielen Fällen die einzig professionell ausgebildeten Fachkräfte sind, die zu Beginn der Sedierung anwesend sind. So waren 81,40% Pflegende zu Beginn der PS anwesend, wohingegen Angehörige (52,76%) und Ärzte (45,22%) eher selten anwesend waren. Die Beteiligung am Entscheidungsprozess beschränkt sich auf eine unterstützende Rolle gegenüber Patienten, Angehörigen und Ärzten ohne dabei eine aktive Verantwortung für die Entscheidung zu übernehmen. Nur 16,16% der Befragten identifizierten sich jedoch als erste Befürworter des Einsatzes einer kontinuierlichen PS (Arevalo et al., 2013, S. 621). Äußerst aufschlussreiche Erkenntnisse liefert auch die Studie von Lokker et al., die Tiefeninterviews mit 36 Pflegenden durchführten, die im Krankenhaus, Pflegeheim oder der Grundversorgung arbeiteten. Sie äußerten, dass die Beurteilung von refraktären Symptomen, die ein Patient erleiden muss, von der Familie, dem Arzt oder der Pflegekraft unterschiedlich eingeschätzt wird. Die Interviewteilnehmer beschrieben Situationen, in denen sie der Meinung waren, dass der Einsatz einer Sedierung notwendig war, um das Leiden des Patienten zu lindern, wohingegen Ärzte angaben, dass es zu früh dafür wäre. Der hierarchische Unterschied zwischen Ärzten und Pflegenden wurde als beunruhigend bezeichnet. Zudem empfanden es Pflegende, die die meiste Zeit mit Patienten verbringen, als sehr lästig, den Patienten im Namen des Arztes zu erklären oder zu begründen, warum es noch nicht an der Zeit war, mit der Sedierung zu beginnen (Lokker et al., 2018, S. 159). Ein weiterer Aspekt des intra- und interpersonalen Rollenkonfliktes Pflegender wird eindrucksvoll durch die Befragungsergebnisse von Zuleta-Benjumea et al. aufgezeigt, in der die befragten Pflegekräfte äußerten, dass Traurigkeit, Schmerz, Unsicherheit und Angst bei einem Patienten auftreten können. Die Betreuung jüngerer Patienten und Kinder kann zu einer stärkeren emotionalen Belastung führen, da Pflegende ein Spiegelbild der eigenen Kinder, Familie oder sogar ihrer selbst darin sahen (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3973).

4.1.5 Ethische Dilemmata durch Vergleiche mit aktiver Sterbehilfe

Die Entscheidung einen Patienten mit refraktären Symptomen in der Palliativmedizin zu sedieren, ist nie leicht und beinhaltet das Treffen schwieriger Entscheidungen. Diese Entscheidungen können auch Auswirkungen auf professionell Pflegende haben, insbesondere auf Pflegende, die täglich sterbende Patienten zu versorgen haben. Wenn die Entscheidung zur Sedierung eines Patienten getroffen wird, sind Pflegende in der Regel aktiv in diesen Prozess eingebunden (Venke & Miller, 2008; Brinkkemper et al., 2011 in Gielen et al., 2012, S. 693). Solche Erfahrungen konfrontieren die Pflegenden mit der ethischen Komplexität der PS (Beel et al., 2006, Venke & Miller, 2008, Brinkkemper et al., 2011). Gielen et al. legen den Schwerpunkt in ihrer im Jahre 2012 veröffentlichten Studie auf die Untersuchungen ethischer Einstellungen belgischer Palliativpflegekräfte. Die Auswertung ihrer Daten wurde vor Erstellung der flämischen Richtlinie zur PS vorgenommen. Das belgische Recht erlaubt freiwillige Sterbehilfe (auf geäußerten Wunsch des Patienten) und untersagt nicht-freiwillige Sterbehilfe (Gielen et al., 2012, S. 699). Insgesamt waren 75,6% der Pflegenden mit der Aussage, dass Sterbehilfe humaner als eine PS sei, nicht einverstanden bzw. lehnten diese klar ab. Dennoch war nur ein Fünftel davon überzeugt, dass aufgrund der PS keine Sterbehilfe erforderlich wäre. 74,9% der Befragten waren überzeugt, dass Anträge zur Sterbehilfe aus der Familie eines Patienten, welcher sich in tiefer bzw. kontinuierlicher Sedierung befindet, abzulehnen sind (ebd., S. 695). Morita et al. definieren als Determinanten der pflegerischen Belastung ebenfalls ethische Dilemmata. Die Teilnehmer ihrer Studie beklagten, dass PS ethisch nicht von Sterbehilfe zu unterscheiden war, die Not der Patienten auch durch PS nicht gelindert wurde und eine künstlich herbeigeführte Unterdrückung des Bewusstseins keinen wünschenswerten Sterbeprozess darstellte (Morita et al., 2004, S. 554). Die im Jahre 2007 veröffentlichte Studie von Rietjens et al. kategorisiert die von Pflegenden empfundenen ethischen Dilemmata in drei Perspektiven. Insgesamt wurden 16 Pflegekräfte befragt, von denen sieben angaben, dass eine PS den Sterbeprozess nicht beschleunigen würde, drei weitere Teilnehmer äußerten, dass es den Tod zwar beschleunigen würde, dies jedoch gerechtfertigt sei, wenn es keinen anderen Weg zur Linderung des Leidens gäbe. Die übrigen sechs verbliebenen Pflegenden antworteten, dass PS der Praxis der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids sehr nahe läge und sie es aufgrund dessen als sehr

schwierig empfänden, darin involviert zu sein (Rietjens et al, 2007, S. 646). Die Studie von Seymour et al., welche auf Grundlage der „UNBIASED-Studie“ aus dem Jahr 2011 basiert, vergleicht den Vorgang der kontinuierlichen PS bis zum Tod in drei europäischen Ländern. Niederlande, Belgien und United Kingdom weisen allesamt verbindliche Richtlinien für den Einsatz einer PS auf. Allerdings ist nur in der niederländischen und belgischen Rechtsprechung „freiwillige Sterbehilfe“ erlaubt. Ein großer Teil britischer Befragter, die auf Grundlage des „Liverpool Care Pathway“ arbeiten, waren trotz dieser Richtlinie besorgt, dass die Verwendung von „schweren“ Dosen von Beruhigungsmitteln den Tod beschleunigen könnte oder als gleichwertig mit Sterbehilfe angesehen werden könnte (Seymour et al., 2015, S. 53). Im Gegensatz dazu empfanden die belgischen Befragten, dass eine kontinuierliche PS bis zum Tod eine Alternative zur Sterbehilfe darstellte, die von Patienten selbst gewählt werden konnte. Diese Wahrnehmung war unter den niederländischen Pflegenden und Ärzten weniger stark verbreitet; hier wurde die „Option“ einer kontinuierlichen PS bis zum Tode mit Patienten diskutiert und meistens bereits im Vorfeld mit diesen über Sterbehilfe gesprochen. Im Falle des Einsetzens refraktären Leidens konnte diese „Option“ jedoch nicht umgesetzt werden. Die erhobenen Daten der Studie deuten darauf hin, dass die Wahrnehmung von Praktizierenden, die in Ländern arbeiten, in denen Sterbehilfe legalisiert ist, unterschiedlich ist (Seymour et al., 2015, S. 58). Sehr interessante Ergebnisse liefert diesbezüglich auch die Studie von Leboul et al., die im Rahmen von Interviews aufzeigen, dass Pflegende, die PS durchführen, Angst hatten, den Tod des Patienten zu beschleunigen oder gar zu verursachen, selbst wenn das Team zuvor die Entscheidung zur Sedierung diskutiert hatte. Sie verdeutlichen dies anhand des Beispiels des Benzodiazepins Midazolam. Dies ist auf die implizite Gleichung „Midazolam = Sedierung = beschleunigter Tod“, welche in ihrer radikalsten Form gleichbedeutend mit „Midazolam = Sedierung = Tötung des Patienten = Sterbehilfe“ ist, zurückzuführen (Leboul et al., 2017, S. 6-7). Die Schweizer Autoren um Ziegler et al. äußern sich ebenfalls zu dieser Thematik und führen die Aussage einer Palliativpflegekraft auf, die angibt, dass ihr Team bei Anwendung der ersten kontinuierlichen PS sehr besorgt darüber war, dadurch den Tod des Patienten beschleunigt zu haben. Nach einer Neubewertung der Situation betonte die betreffende Pflegekraft jedoch, dass Benzodiazepine im Gegensatz zum ärztlich assistierten Suizid, nicht mit der Absicht verabreicht wurden, den Tod zu

beschleunigen. Sie weist allerdings ausdrücklich darauf hin, wie wichtig es ist, moralische Bedenken ernst zu nehmen (Ziegler et al., 2018, S. 8).

4.2 Bewältigungsmöglichkeiten

Die nachfolgenden Teile dieses Kapitels zeigen auf Basis der Literaturrecherche Möglichkeiten zur Bewältigung pflegerischer Belastungen auf. Diese konnten ebenfalls in fünf Kategorien gegliedert werden. Eine Implementierung verbindlicher Definitionen und Richtlinien, die Partizipation an Entscheidungsprozessen, Wissenserweiterung und Kompetenzerwerb durch Bildung sowie die Entwicklung eines professionellen Rollenverständnisses und die Förderung multidisziplinärer Zusammenarbeit konnten als relevante Strategien identifiziert werden.

4.2.1 Implementierung verbindlicher Definitionen und Richtlinien

Wie aus Kapitel 4.1.1 unstrittig hervorgeht, fehlt es trotz einiger Fortschritte noch immer an verbindlichen Definitionen sowie Richt- und Leitlinien, die die schwierige Praxis der PS für alle Beteiligten erleichtern. In ihrer Studieneinleitung nehmen Ziegler et al. (Ziegler et al., 2018, S. 1) Bezug auf eine Erhebung von Papavasiliou et al., die hervorheben, dass seit 1963 die Terminologien im Hinblick auf die Versorgung am Lebensende immer komplexer geworden sind, was zu einer Vielzahl der heutzutage verwendeten Begriffe geführt hat (Papavasiliou et al., 2014). Um das Verfahren für die Sedierung zu standardisieren, wurden mehrere Praxisleitlinien entwickelt (Abarshi, Rietjens et al., 2017). In den Niederlanden wurde die PS als gängige medizinische Praxis durch Erstellung einer nationalen medizinischen Richtlinie (KNMG) eingeführt, die erstmals im Jahr 2005 veröffentlicht und im Jahr 2009 aktualisiert wurde (Arevalo et al., 2013, S. 622). Die Richtlinie unterscheidet die PS von der Sterbehilfe, die in den Niederlanden gesetzlich geregelt ist. Sie enthält darüber hinaus nicht nur Empfehlungen für Medikamente zur Sedierung, sondern auch Empfehlungen für den Entscheidungsprozess und die Koordination der gesundheitlichen Versorgung (Sheldon, Dutch Medical Association, 2009). Auch die Studienergebnisse von Swart et al. (2010) und Brinkkemper et al. (2011) unterstreichen, dass es noch Verbesserungspotenzial im Hinblick auf die

vorangehend genannten Verfahrensweisen gibt (Swart et al., 2010 & Brinkkemper et al., 2011 in Arevalo et al., 2013, S. 614). Claessens et al. konstatieren, dass die Behandlung von psychosozialen oder existenziellen Leiden mittels PS jedoch umstritten bleibt (Claessens et al., 2011 in Arevalo et al., 2013, S. 614). Von Bedeutung ist auch die Tatsache, dass sich mit Blick auf die Niederlande feststellen lässt, dass die Einführung einer Richtlinie für eine signifikant höhere Verbindlichkeit z.B. bezüglich Entscheidungsfindung und Medikamenteneinsatzes gesorgt hat. Das in Kapitel 4.1.1 aufgeführte mangelnde Verständnis zwischen Ärzten und Pflegenden konnte diesbezüglich beinahe egalisiert werden. 95,97% der Pflegenden stimmten der Indikation des Arztes für den Einsatz einer PS zu. In 136 Fällen (68,34%) konnten die Befragten darüber Auskunft geben, ob Sterbehilfe vor der Entscheidung eine kontinuierliche PS zu beginnen, diskutiert wurde (Arevalo et al., 2013, S. 620). Im Hinblick auf das medikamentöse Vorgehen wurden in 120 Fällen zu 80,40% Opiode zur Schmerzlinderung eingesetzt und nicht zur Sedierung (Arevalo et al., 2013, Tbl. 4, S. 620-621). Auch die Studienergebnisse von Brinkkemper et al. bestätigen die Nachhaltigkeit der Einführung einer verbindlichen Richtlinie. Die Befragten waren nicht nur bezüglich der Kenntnisse der Richtlinie gut ausgebildet (Brinkkemper et al., 2011, Tbl. 2, S. 1723). Eine Mehrheit der Befragten (71%) bestätigte auch, dass die MTA-Palliativfachkräfte auf Grundlage der Richtlinie verantwortungsvoll agierten und der Hausarzt erst nach Erreichen des gewünschten Sedierungsgrades eintraf. In 92,7% der Fälle stimmten die Pflegenden der Indikation des Arztes zur Durchführung einer PS zu. Nur 18,5% glaubten, dass die PS nicht zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt worden war. Ähnlich der Ergebnisse aus der Arevalo-Studie berichteten 73,6% von Midazolam als Medikament erster Wahl. Bezüglich des Aspekts der Kommunikation gaben sogar 95,3% an, dass der letztbetreute Patient von den eigenen Kollegen, dem Hausarzt und dem befragten Pflegenden ausreichend betreut wurde (Brinkkemper et al., 2011, S. 1724). Gielen et al., die ihre Studie im Nachbarland Belgien durchgeführt haben, untersuchten unter den Vorgaben der flämischen Richtlinie, welche in Kapitel 4.1.5 näher beschrieben worden ist, wie Pflegende den Prozess der PS einschätzen. Ungeachtet der Unterschiede, die sie in zwei Cluster aufteilen, stimmt die Einstellung der Pflegenden insgesamt mit der Praxis und Politik der Sedierung überein. So stimmten 94,1% der Befragten zu, dass bei einer tiefen und gleichzeitig kontinuierlichen Sedierung keine künstliche

Flüssigkeitszufuhr oder Ernährung gegeben werden sollte. Mehr als 60% waren der Meinung, dass vor Verabreichung einer tiefen und kontinuierlichen PS eine Genehmigung des Patienten erforderlich sein sollte (Gielen et al., 2012, S. 695). Das systematische Literaturreview von Abarshi et al. (United Kingdom) bestätigt diese Erkenntnisse und beschreibt, dass Pflegende sich durch die Anwendung von Praxisleitlinien (Venke et al., 2008) und Aussagen von Fachgremien unterstützt fühlen (Abarshi et al., 2014, S. 920). Betrachtet man den britischen Teil Europas, so gaben die Teilnehmer der Seymour-Studie aus dem Jahr 2015 an, dass die Anwendung des sog. „Liverpool Care Pathway“ sehr hilfreich für sie gewesen ist, um die Versorgung am Lebensende angemessen gewährleisten zu können (Seymour et al., 2015, S. 51). Richtet man den Blick auf Erhebungen außerhalb des europäischen Kontinents, so ergibt sich als Erkenntnis der Studie von Patel et al. (USA), dass Pflegende der Meinung sind, dass Richtlinien Kriterien für den Erhalt von PS festlegen sowie Titrationsparameter benennen sollten. Des Weiteren sollten diese Pläne zur Umsetzung, Schulungen zur Sicherstellung der Kompetenz und Leitlinien für die Verwaltung und Überwachung beinhalten (Patel et al., 2012, S. 435). Bruce & Boston (Kanada) führen in ihrem Review auf, welche Punkte Richtlinien bereits zum heutigen Zeitpunkt beinhalten (Bruce & Boston, 2011, S. 2736). Die ebenfalls in Kanada durchgeführte Studie von Beel et al. führt das sog. „Palliative Care Dignity Inventory“ (Chochinov, 2002; Chochinov, 2004) auf, dass Pflegende außerhalb Europas als verbindliches Instrument zur Beurteilung existenzieller Probleme dienen kann (Beel et al., 2006, S. 517). Die Ergebnisse zeigen unmissverständlich auf, wie bedeutsam die Implementierung verbindlicher Definitionen und Richtlinien, auch oder gerade im Hinblick auf unterschiedliche kulturelle Werte, gesetzliche Rahmenvorgaben und landestypische Berufspraktiken sind.

4.2.2 Partizipation an Entscheidungsprozessen

Die Einbeziehung und Beteiligung von Pflegenden hat sich nach Sichtung der ausgewerteten Literatur als bedeutsamer Aspekt herausgestellt. Allerdings können auch alle weiteren Personen, die am Prozess der PS beteiligt sind, nicht ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse dieses Kapitels inkludieren somit auch Angehörige, Familien und Mitglieder des therapeutischen Teams, da nur so eine

effiziente Bewältigungsmöglichkeit der komplexen Belastungen besteht. Im Jahre 2006 leiten Beel et al. ein, dass Pflegende an der Betreuung von palliativ sedierten Patienten sowie deren Familien beteiligt sind. Sie bemängeln jedoch, dass insgesamt nur wenig Forschung auf diesem Gebiet betrieben wurde, um die Erfahrungen und Wahrnehmungen von Pflegenden bezüglich PS und der Versorgung am Lebensende zu untersuchen (Beel et al., 2006, S. 510). In ihrem Ergebnisteil führen sie auf, dass das persönliche Wohlbefinden Pflegender u.a. davon abhängt, dass kollaborative Entscheidungen angestrebt werden sollten. Ebenso gaben die Befragten an, dass es bei der Anwendung einer PS „hilfreich“ oder sogar eine Erleichterung war, wenn die betroffenen Patienten der zuständigen Pflegekraft selbst mündlich mitteilten, dass sie an einem Punkt der Erkrankung angekommen waren, an dem die Situation unerträglich geworden war (ebd., S. 515). Diese Schlüsse ziehen auch Bruce & Boston als Erkenntnis aus ihrem 2011 durchgeführten systematischen Review, indem sie unterstreichen, dass Pflegende zur Unterstützung von Patienten, Familien und Berufskollegen in Debatten und Dialoge einbezogen werden müssen, da auf Grundlage dieser Erkenntnisse auch klinische Leitlinien für die PS entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden (Bruce & Boston, 2011, S. 2738). Im selben Jahr ergibt die Studie von Brinkkemper et al., dass Pflegende über Aspekte der Entscheidungsfindung angemessen informiert werden müssen, um als zusätzliche Kontrollinstanz zur Erfüllung der Schlüsselkriterien für die Verabreichung einer PS dienen zu können. Allerdings gaben jedoch 2-8% der Befragten an, nicht zu wissen, ob diese Kriterien erfüllt sind oder nicht. Brinkkemper et al. verweisen diesbezüglich darauf, dass diese Prävalenzen im Einklang mit früheren Erkenntnissen über die Beteiligung von Pflegenden an Entscheidungsprozessen an anderer Stelle stehen (van der Heide et al. 2003; Bilsen et al, 2004; van Bruchem-van de Scheur et al., 2007; de Veer et al., 2008 in Brinkkemper et al., 2011, S. 1726). Die amerikanische Studie von Patel et al. nimmt Bezug auf die Inghelbrecht'schen Erhebungen aus dem Jahr 2009 und unterstreicht, dass Pflegende Hauptakteure im Entscheidungsprozess sind, der die Klärung der Indikation zur PS, die Unterstützung der Patientenprognose, die Quantifizierung von Familien- und Patientenproblemen, die Auswahl pharmakologischer Therapien und des Verabreichungsweges sowie einer Bewertung des Ansprechens auf Behandlungspläne beinhaltet (Inghelbrecht et al., 2009 in Patel et al., 2012, S. 433). Inghelbrecht et al. ermitteln in ihrer

belgischen Studie eindeutige Belege dafür, dass die Beteiligung Pflegender von hoher Relevanz ist. So stimmten neun von zehn Pflegenden zu, dass sie am gesamten Prozess der Entscheidungen am Lebensende beteiligt sein sollten. 88,6% der befragten Studienteilnehmer äußerten, dass Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten in tödlichen Dosen mit den beteiligten Pflegenden zu besprechen sind und immerhin 78,3% gaben an, in Entscheidungen bezüglich der Verweigerung oder den Entzug lebenserhaltender Maßnahmen involviert werden zu wollen. 66,9% stimmten zu, dass Patienten lieber mit einer Pflegekraft als einem Arzt Entscheidungen am Lebensende besprechen würden. Auch glaubten 49,5% der Befragten, dass Ärzte in der Regel bereit sind, auf ihre Meinungen über todkranke Patienten einzugehen und 35,4% stimmten der Aussage zu, dass sich Pflegende in einer untergeordneten Position befinden, die die Kommunikation mit Ärzten erschwert (Inghelbrecht et al., 2009, Tbl. 2, S. 651-654). Arevalo et al. haben ihre Daten in den angrenzenden Niederlanden erhoben und beziehen ihre Ergebnisse auf den Prozess der Entscheidungsfindung eine kontinuierliche PS einzusetzen. 84,45% der Befragten gaben an, an der Entscheidung beteiligt zu sein (Arevalo et al., 2013, S. 616). Wie bereits in Kapitel 4.1.4 erwähnt, ist diesbezüglich allerdings hervorzuheben, dass die Beteiligung der Pflegenden sich auf eine unterstützende Rolle gegenüber Patienten, Angehörigen sowie Ärzten beschränkte, ohne eine aktive Verantwortung für die Entscheidung zu übernehmen (Arevalo et al., 2013, S. 621). Dies bestätigt auch die Studie von Abarshi et al., die auf Grundlage ihrer Ergebnisse aus einer Gesamtanzahl von 7515 befragten Pflegekräften u.a. feststellten, dass diese sowohl in Bezug auf die eigenen Kollegen als auch auf Ärzte stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen werden müssten, um die wichtigsten Fragen bezüglich PS besser verstehen zu können (Abarshi et al., 2014, S. 921). Um den eingangs erwähnten Fokus der Partizipierenden an Entscheidungsprozessen auch mit Blick auf die betroffenen Patienten darzustellen, leistet die Studie von Ziegler et al. (Schweiz) Aufklärung. So heben palliativmedizinische Fachkräfte als wichtig hervor, mit einem kompetenten Patienten die Entscheidung frühzeitig im Krankheitsverlauf zu besprechen, um diesen zu informieren und die Zustimmung einholen zu können. Unabhängig von der Pflegesituation und der Spezialisierung auf die Palliativmedizin haben alle teilnehmenden Ärzte und Pflegekräfte die Bedeutung der Einbeziehung von Familienangehörigen und Verwandten hervorgehoben (Ziegler et al., 2018, S. 7).

In den Fällen, in denen eine kontinuierliche tiefe Sedierung gut diskutiert und dokumentiert wurde und ein Konsens zwischen den Patienten, der Familie und dem Versorgungsteam erzielt wurde, waren moralische Bedenken nicht vorhanden (ebd., S. 8). Dies konstatieren in Bezug auf Entscheidungsprozesse auch 97,56% der Befragten der kolumbianischen Studie von Zuleta-Benjumea et al., die angaben, dass eine PS erst nach einem Konsens zwischen Patienten, Familie und Palliativteam beginnt (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3976).

4.2.3 Wissenserweiterung und Kompetenzerwerb durch Bildung

Bezugnehmend auf Kapitel 4.1.3 wird nachfolgend die Relevanz der Wissenserweiterung und des Kompetenzerwerbs durch Bildung als entscheidender Faktor angeführt, um den Herausforderungen in der täglichen Arbeit mit palliativ sedierten Patienten begegnen zu können. Morita et al. ziehen als Fazit ihrer Studienergebnisse bereits im Jahr 2004 u.a. den Schluss, dass Ausbildung und Training in PS sich speziell auf zwischenmenschliche Fähigkeiten, systematische Ansätze zur Diagnose refraktärer Symptome, eine Minimierung lebensbedrohlicher Potenzen in PS und ethische Prinzipien zur Unterscheidung von Sterbehilfe konzentrieren soll (Morita et al., 2004, S. 550). Auch Ziegler et al., die eine Studie in der Schweiz zu den Auswirkungen der stationären Praxis kontinuierlicher tiefer Sedierung bis zum Tod auf das emotionale Wohlbefinden von medizinischen Fachkräften durchgeführt haben, weisen darauf hin, dass der Mangel einer klaren Unterscheidung nicht nur auf das Fehlen einer einheitlichen Definition, sondern vielmehr auf ein ungenaues Verständnis des Zwecks von kontinuierlicher tiefer Sedierung und eine unzureichende Ausbildung in der Palliativmedizin zurückzuführen ist (Ziegler et al., 2017, S. 2). Diese Erkenntnisse ermitteln die Autoren allerdings dreizehn Jahre nach Veröffentlichung der Morita-Studie und zeigen damit ebenfalls den Bedarf und die Wichtigkeit einer Wissensvermittlung in diesem Themenfeld auf. In ihrer Folgestudie, welche nur ein Jahr später veröffentlicht wurde, führen die Autoren in beinahe unveränderter Forscherbesetzung eine Fokusgruppenstudie (n=7) durch und stellen fest, dass außerhalb der spezialisierten Palliativpflege das medizinische Fachpersonal die Verwendung von Benzodiazepinen und Opioiden – subkutan oder intravenös – aufgrund mangelnden Fachwissens nicht nach Empfehlung internationaler Richtlinien anwendet. Die ausgebildete

Palliativpflegefachkraft weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass eine regelmäßige Überwachung des Patienten und eine Neubewertung der Sedierungssituation, z. B. in Bezug auf Lagerung und Kontrolle der Atmung vorgenommen wird, wohingegen die befragte nicht zusatzausgebildete Pflegekraft angibt, dass in ihrer Einrichtung Patienten bis zum Tod mittels Morphin und nicht durch Benzodiazepine tief sediert werden. Dieses Beispiel zeigt eindrücklich auf, wie wichtig die Vermittlung adäquaten Fachwissens durch Schulungen und Bildungsprogramme im Umgang mit sedierten Patienten ist. Gemäß den internationalen Richtlinien haben sich alle Palliative Care Fachkräfte darauf geeinigt, Benzodiazepine – subkutan oder intravenös – als Medikament erster Wahl einzusetzen, um bewusst eine tiefe Sedierung zu induzieren (Ziegler et al., 2018, S. 7). Sowohl die Studie von Inghelbrecht et al. (2009) als auch von Brinkkemper et al. (2011) bestätigt die Nachhaltigkeit einer angemessenen Wissens- und Bildungsförderung. In Bezug auf die spezifische Vorgehensweise bei der Anwendung einer kontinuierlichen tiefen Sedierung in Belgien, wie sie vorangehend am schweizerischen Beispiel von Ziegler et al. beschrieben wurde, konstatiert die Forschergruppe um Inghelbrecht et al., dass Pflegende mit einer Grundausbildung im Vergleich zu denjenigen, die über einen Hochschulabschluss verfügten, eher bereit waren, Medikamente in Fällen von freiwilliger Sterbehilfe und kontinuierlicher tiefer Sedierung zu verabreichen (Inghelbrecht et al., 2011, S. 659). Die Brinkkemper-Studie befragte Studienteilnehmer nach ihren Kenntnissen über die niederländische Richtlinie KNMG. Insgesamt waren sich 175 befragte Pflegende der Existenz der Richtlinie bewusst und 79 Pflegende berichteten, dass sie sogar gute bis ausgezeichnete Kenntnisse über den Inhalt der Richtlinie hatten (Brinkkemper et al., 2011, Tbl. 2, S. 1723). Die Hälfte der Befragten absolvierte eine Ausbildung in Bezug auf die Richtlinie. Diese bestand in der Regel aus einer externen Zusatzausbildung innerhalb des Netzwerks (n=20), einer internen Informationsveranstaltung (n=19) oder dem Besuch eines Kongresses oder Symposiums (n=16). Diese überwiegend durchschnittlichen Werte veranlassten die Autoren der Studie zu dem Schluss, dass bezüglich einer ausreichenden Wissensvermittlung für professionell Pflegende Mängel in der Medikamentenpolitik, der Kommunikation, der medizinischen Kontrolle über den Beginn und eine kontinuierliche Überwachung der PS behoben werden müssen (ebd., S.1722-1725). Diese Erkenntnisse sind übertragbar auf die Befunde der amerikanischen Studie von

Patel et al, die einen Bedarf an Aufklärung durch Schulungen sowohl für Pflegende und Ärzte als auch für Familienmitglieder und Patienten identifizieren. Die Befragten verweisen auf u.a. auf einen Schulungsbedarf bezüglich eines Grundverständnisses von PS für alle am Prozess beteiligten Personen, die Schulung Pflegender mit geringer Berufserfahrung sowie eine adäquate Schulung für Ärzte und Auszubildende im medizinischen Bereich, um diskutieren zu können, ob der Einsatz einer PS für den Patienten gut ist oder nicht (Patel et al., 2012, Tbl. 3, S. 435). Die in Kapitel 4.1.3 detailliert aufgelisteten Ergebnisse der kolumbianischen Studie von Zuleta-Benjumea et al. belegen eindeutig, dass Pflegende, die in der Onkologie oder anderen Fachabteilungen tätig waren und über ein abgeschlossenes Studium verfügten, ein höheres Maß an Wissen aufwiesen, was die Bedeutung einer nachhaltigen Wissensvermittlung unterstreicht (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3976). Der Erwerb von Wissen und die Stärkung von Kompetenzen sind notwendig, um ein höheres Empowerment zu erreichen und das Vertrauen Pflegender in die eigenen Fähigkeiten zu fördern. Daraus resultiert in der Folge eine bessere Anwendung von PS und die Möglichkeit sich um Patienten und Familien kümmern zu können, damit die mit einer PS verbundenen emotionalen Belastungen verringert werden können (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3977).

4.2.4 Entwicklung eines professionellen Rollenverständnisses

Engström et al. greifen im Rahmen ihres systematischen Literaturreviews aus dem Jahr 2007 auf Forschungsergebnisse einer drei Jahre zuvor veröffentlichten Studie von Payne et al. zurück, die betonen, dass 15-36% aller Patienten, die eine zum Tode führende Krebserkrankung haben, an Symptomen sterben, die nur durch eine Sedierung gesteuert und kontrolliert werden können (Payne et al., 2004 in Engström et al., 2007, S. 27). Pflegende haben in diesem Zusammenhang die Aufgabe, den Patienten zu helfen einen friedlichen und würdevollen Tod zu erleben. Der Verantwortungsbereich nimmt im Verlauf zu und wird zudem mit fortschreitender Krankheit komplexer. Hierbei liegt es in der Verantwortung der Pflegenden sowohl die Patienten als auch die Angehörigen darin zu unterstützen die Kontrolle über die Situation zu behalten und ihnen bei der Formulierung wichtiger Fragen zu helfen, wann immer dies möglich ist. Ihnen bei diesem Prozess erfolgreich zu helfen, ist offensichtlich ein integraler

Bestandteil der Krankenpflege (Kaasa et al., 1998 in Engström et al., S. 27-28) und für die weitere Entwicklung eines professionellen Rollenverständnisses von wichtiger Bedeutung. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Studie von Seymour et al., in der belgische Pflegende über eine Vielzahl von Aufgaben im ambulanten Setting berichteten, welche u.a. von der Beratung von Hausärzten bis hin zur Ausführung ärztlicher Anweisungen reichte (Seymour et al., 2015, S. 54). Auch die niederländischen Pflegenden beschrieben in den meisten Fällen, dass sie für die Ausführung der Anweisungen des Arztes, die Überwachung der Reaktion des Patienten auf die eingesetzten Beruhigungsmittel und, falls erforderlich, auch die Erhöhung der Dosierungen verantwortlich sind (ebd., S. 56). Dieser Auszug der Ergebnisse der Seymour-Studie ist – wenngleich auch nicht uneingeschränkt auf andere Settings übertragbar – ein Nachweis für die Wertschätzung und Effizienz pflegerischer Leistungen, die zu einem insgesamt gesteigerten positiven Verständnis der eigenen Arbeit führen kann. Auch das systematische Literaturreview von Abarshi et al. identifizierte im Ergebnisteil, dass der Wahrnehmung des pflegerischen Rollenempfindens eine wichtige Bedeutung beigemessen wird. So gaben 27% der befragten Teilnehmer an, unzureichende Kenntnisse oder Fähigkeiten über die Praxis der PS zu haben, weitere 17% äußerten, dass sie eine Unklarheit der Rollen empfanden, 12% beklagten eine mangelnde Achtung der Meinungen Pflegender, 9,1% ein mangelndes gemeinsames Verständnis von PS innerhalb der eigenen Berufsgruppe, 6,6% das Fehlen unterstützender Kollegen und immerhin 4,1% das Vorhandensein widersprüchlicher persönlicher Werte (Abarshi et al., 2014, S. 918). Dabei waren die meisten Pflegekräfte in der Studie von Inghelbrecht et al. (Belgien) der Meinung, dass sie in den gesamten Prozess der Entscheidungen am Lebensende und insbesondere in die damit verbundenen Diskussionen einbezogen werden sollten. Das persönliche Empfinden Pflegender in Bezug auf hierarchische Positionen ist allerdings z. B. durch ihre Erfahrungen im Umgang mit Ärzten geprägt. Interessant ist, dass Pflegende mit Hochschulbildung eher glaubten, dass Ärzte nicht bereit sind, ihnen zuzuhören. Die Autoren werfen diesbezüglich die Frage auf, ob diese Pflegenden einen stärkeren Wunsch haben oder sogar erwarten gehört zu werden und sie deshalb die Bereitschaft des Arztes zuzuhören, als unbefriedigend empfinden (Inghelbrecht et al., 2009, S. 660). Ein eindeutiges Ergebnis liefert diesbezüglich der qualitative Teil der Mixed-Method-Studie von Zuleta-Benjumea et al., in der sich alle befragten

Fokusgruppen einig über die wichtige Rolle der Pflege im Entscheidungsprozess der Initiierung einer PS waren, da die kontinuierliche Natur der Pflege ein Verständnis für die Bedürfnisse von Patienten und Familien ermöglicht und die Ursachen für physische, emotionale und spirituelle Leiden identifiziert. In diesem Zusammenhang kommentierte ein Teilnehmer, dass Pflegende Teil des interdisziplinären Betreuungsteams für einen Patienten in einer Einrichtung sind und letztendlich auch die Gruppe darstellen, die neben allen körperlichen Aspekten auch die familiären, psychologischen und emotionalen Aspekte miteinbeziehen (Zuleta-Benjumea et al., 2018, S. 3972).

4.2.5 Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Dieses Kapitel beleuchtet die Relevanz der multidisziplinären Zusammenarbeit und inkludiert nicht ausschließlich professionelle Fachkräfte (Ärzte, Pflegende etc.), sondern auch die Angehörigen und den Patienten selbst. So betonen im Ergebnisteil der Studie von Ziegler et al., der den Prozess der Entscheidung über eine kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod untersucht hat, alle Angehörigen der Gesundheitsberufe die Bedeutung multi- und interdisziplinärer Teamarbeit. Sie heben unabhängig von der jeweiligen Versorgungssituation und dem speziellen palliativen Setting die Einbeziehung von Familienangehörigen und Verwandten hervor, da diese nicht nur eine Rolle als Bevollmächtigte bei der Entscheidungsfindung spielen, sondern auch als Teil der Versorgungseinheit, welche eigenem Leiden ausgesetzt ist (Ziegler et al., 2018, S. 7). Das systematische Literaturreview von Abarshi et al. hat u.a. identifiziert, dass widersprüchliche Wünsche zwischen Patienten und Familien und ein mangelnder Konsens zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe potenziell belastend sind (Abarshi et al., 2014, ebd). Auch Welp et al. zeigen durch eine Erhebung von Längsschnittdaten auf, dass Unzufriedenheit im Rahmen von Teamarbeit zu emotionaler Erschöpfung der Fachkräfte führen kann, welche dadurch kaum fähig sind, in einem multidisziplinären Team zu arbeiten (Welp et al., 2016; ebd.). Vergleichbare Erkenntnisse fanden auch Patel et al. im Rahmen ihrer Fokusgruppenbefragung heraus, die Bezug auf die in dieser Arbeit eingeschlossenen Studien von Beel et al. (2006) und Morita et al. (2004) nehmen. Die befragten Teilnehmer der Beel-Studie berichteten, dass die Pflegekraft-Arzt-Beziehung, die kollaborative Entscheidungsfindung einer PS

fördert (Beel et al., 2006 in Patel et al., 2012, S. 436). Morita et al. fanden heraus, dass die Gesundheit des gesamten Teams u.a. davon abhängig ist, ob Missverständnisse zwischen Pflegenden und Ärzten bestanden und eine Unterstützung durch Kollegen fehlte (Morita et al., 2004; ebd). Patel et al. konstatieren diesbezüglich, dass ein interdisziplinäres Team Pflegende, Ärzte, Sozialarbeiter und Seelsorger umfassen muss. Sie bekräftigen ihre Erkenntnisse mit der Feststellung, dass gerade die Palliativmedizin interdisziplinären Teams oft als Vorbild dient, da die stationäre Versorgung traditionell multidisziplinär ist (ebd.). Engström et al. beleuchten in ihrem Review auch die Seite der bereits erwähnten Angehörigen und betonen im Ergebnisteil, dass die Zugänglichkeit von Informationen das Wohlbefinden dieser beteiligten Gruppe bestimmt. Eine Nicht-Einbeziehung von Angehörigen in den multidisziplinären Kontext und ein fehlender Informationsaustausch können hingegen zu Frustration und Unzufriedenheit führen (Engström et al., 2007, S. 29). Brinkkemper et al. drücken diese Ergebnisse in Zahlen aus und stellen fest, dass nach Ansicht ihrer Befragten immerhin 10% der gemeldeten Konflikte mit Patienten oder deren Angehörigen auf einen unzureichenden Informationsaustausch zurückgeführt werden können (Brinkkemper et al., 2011, S. 1724). Ein Beispiel für eine gelungene interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden wird durch die niederländische Studie von Arevalo et al. deutlich, in der die Angehörigen in 85,27% der Fälle mit dem Verlauf der Sedierung zufrieden waren. Vorangegangen wurde in 72,77% der Fälle die Koordination der Gesundheitsversorgung innerhalb der beteiligten Fachkräfte vereinbart. Ärzte waren nach Angaben der Befragten anwesend, bis in 11,05% der Fälle der gewünschte Sedierungsgrad erreicht war. Während der Sedierung konsultierten die Pflegenden häufig andere Fachkräfte; zu 74,37% hauptsächlich Ärzte und zu 68,34% andere Pflegende (Arevalo et al., 2013, S. 620). Die französische Studie von Leboul et al. zeigt mit Blick auf den Prozess der Medikationsverabreichung (Midazolam) auf, dass Lösungen im multidisziplinären Teamansatz gesucht und gefunden werden können. So führten die befragten Fachkräfte Diskussionen innerhalb des Teams durch und benannten Multidisziplinarität als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Sie bewerteten dies positiv, weil der Austausch den Aufbau von Fachwissen über den umsichtigen Einsatz einer PS sowie Veränderungen in der Arbeitsorganisation förderte (Leboul et al., 2017, S. 8). Eine Pflegekraft äußerte, dass es ihr bewusst wäre, dass ihre Entscheidungen

teilweise auf den Ansichten der Kollegen gründen würden. Sie betonte, dass Erfahrungen geteilt werden müssen, damit Teamarbeit entstehen kann. Auf diese Weise entwickelten sie implizite oder explizite Verhaltensregeln für ihre Arbeit. Den Versorgungsprozess zu diskutieren, die gemeinsame Anstrengung zum Kompetenzaufbau und die Zusammenarbeit trugen zur Entlastung des Personals bei (ebd., S. 9). Die bereits erwähnte Bedeutung der Relevanz einer multidisziplinären Zusammenarbeit wird abschließend auch in der Studie von Beel et al. nochmals ausdrücklich erwähnt. Die Autoren beschreiben, dass mit Patienten, Familien- und Teammitgliedern eine regelmäßige und kontinuierliche Diskussion über den Einsatz von PS stattfand. Alle Pflegenden wiesen darauf hin, dass alle, auch der Patient, mit diesem Ansatz einverstanden sein müssen. Die Aussage einer Pflegerin macht dies besonders deutlich:

„If you don't have everybody on board, it doesn't work. It doesn't work. I mean, I can't even see proceeding“ (Beel et al., 2006, S. 515).

5 Diskussion

Im vorletzten Kapitel dieser Qualifikationsarbeit wird unter Einbezug der gewonnenen Erkenntnisse ein Rückgriff auf die erläuterte Problemdarstellung, die formulierten Zielsetzungen und die Fragestellungen dieser Arbeit vorgenommen. Damit eine Verbindung zum theoretischen Rahmen hergestellt werden kann, werden die wichtigsten Erkenntnisse anhand der drei Hauptkomponenten des dynamischen interaktiven Systems von King (Personales System, Interpersonales System, Soziales System) auf eine pflegewissenschaftlich bedeutsame Übertragbarkeit zum Thema dieser Arbeit diskutiert und bewertet.

Um zur Bearbeitung der Problemdarstellung einen möglichst weitreichenden Überblick zur Thematik erhalten zu können, wurden sowohl qualitative und quantitative Forschungsarbeiten, systematische Reviews und eine Mixed-Method-Studie eingeschlossen und bewertet. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Studien, die das Belastungsempfinden Pflegender beschreiben, eher selten sind, konnten dennoch Studien und Reviews gefunden werden, die zu einer in weiten Teilen möglichen Beantwortung der Fragestellungen beitragen konnten.

Trotz des Bemühens Literatur zu generieren, die zu einer zielgerichteten Beantwortung der Fragestellungen führt, muss aufgrund der zeitlichen Begrenzung, die zur Erstellung dieser Arbeit zur Verfügung stand, angeführt werden, dass voraussichtlich keine erschöpfende Recherche zur Forschungsproblematik erzielt werden konnte.

Dennoch konnten im Rahmen der Ergebnisdarstellung deutliche Belastungsfaktoren identifiziert werden. Kritisch zu hinterfragen ist an dieser Stelle, warum einige dieser Belastungsfaktoren wie z.B. die unklare Indikation zur PS, eine Partizipation Pflegender an Entscheidungsprozessen sowie intra- und interpersonale Rollenkonflikte bereits vor über fünfzehn Jahren als Belastung und Hindernis wahrgenommen wurden und diese Problematik auch in aktuellen Studien nach wie vor benannt wird. Ebenso scheinen mit Blick auf die Wissensstände Pflegender Defizite zu bestehen, wohingegen die Entwicklung von verbindlichen Definitionen, Richt- und Leitlinien nachweislich zu einem sichereren Umgang aller Beteiligten im Prozess der PS geführt hat, wie im Rahmen der Ergebnisse dieser Qualifikationsarbeit eindeutig nachgewiesen werden konnte. Exemplarisch können z.B. die niederländische KNMG-Richtlinie

(2005/2009), die EAPC-Leitlinie (2010) und die S3-Leitlinie (2015) genannt werden, die als Unterstützung zur Entscheidungsfindung hinzugezogen werden können (s. hierzu „Algorithmus zur Identifikation therapierefraktärer Symptome“, Abb. 1, S. 6). Der Aspekt der ethischen Dilemmata kann auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit in Verbindung mit persönlichen, rechtlichen, kulturellen sowie religiösen Wertvorstellungen gebracht werden. Diese gehen häufig mit bestimmten Erwartungshaltungen Pflegender an eine der Situation angemessenen Versorgung einher, die neben dem Patienten auch die Angehörigen und angrenzende Berufsgruppen inkludiert. Es ist zu bezweifeln, dass derartige Dilemmata, die nicht selten bedingt aufgrund o.g. Wertvorstellungen durch Vergleiche mit Sterbehilfe und assistiertem Suizid entstehen, jemals gänzlich beseitigt werden können. Hier könnte die Implementierung von verbindlichen Richtlinien, Definitionen und Standards, welche die Besonderheiten unterschiedlicher Nationen, Kulturen und Religionen achtet, eine mögliche Entlastung bewirken. An dieser Stelle sei auch die Problematik des (psycho-) existenziellen Leidens von Patienten erwähnt, welches einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Belastungsempfinden Pflegender zu haben scheint und dem im Rahmen weiterer Forschung Beachtung geschenkt werden sollte. Im Gegenzug zu den benannten Belastungsfaktoren Pflegender konnten jedoch auch konstruktive Ansätze zur Förderung eines Wissens- und Kompetenzerwerbs und der multidisziplinären Zusammenarbeit identifiziert werden. Nachfolgend wird an dieser Stelle der Versuch unternommen, die identifizierten Belastungsfaktoren und Bewältigungsansätze dieser Arbeit in einen pflegewissenschaftlichen Zusammenhang auf Grundlage des theoretischen Rahmens, des „Interaktionsmodells von Imogene King“ zu bringen.

Das „personale System“ wird vor dem Hintergrund der Problemdarstellung und der zu bearbeitenden Fragestellungen dieser Qualifikationsarbeit primär auf die Konzepte der Wahrnehmung und des Lernens bezogen. Richtet man den Fokus auf die *Wahrnehmung* Pflegender, so wird deutlich, dass sich diese häufig von der ärztlichen unterscheidet. Swart et al. (2010) und Lokker et al. (2018) benennen hier z.B. die Symptomatik des Schmerzes, der psychischen Erschöpfung und des existenziellen Leidens. Des Weiteren kristallisiert sich in Bezug auf den Aspekt der Wahrnehmung auch heraus, dass Pflegende es als oberste Priorität ansehen, Wohlbefinden für Patienten, Familien und das eigene Team zu schaffen. Diese innerhalb des personalen Systems angesiedelten

Aspekte greifen in das interpersonale System ein und führen dazu, dass Interaktionen eingeleitet werden, deren Bedeutung im nachfolgenden Kapitel aufgegriffen wird. Zudem beeinflusst der Kontext einer möglichen Beschleunigung des Todes durch eine PS nachweislich die Wahrnehmung Pflegender und kann stressauslösende Wirkung haben. Niederländische Pflegende bestätigten, dass eine PS der Praxis der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids sehr nahe läge und sie eine Involvierung in diese als schwierig empfänden. Auch Verpoort et al. und De Bal et al. weisen kritisch auf diese Problematik hin, indem sie konstatieren, dass Pflegende Schwierigkeiten haben, kategorische Entscheidungen in ethisch aufgeladenen Situationen zu treffen, insbesondere wenn die Komplexität der klinischen Praxis nicht berücksichtigt wird (Verpoort et al., 2004 & De Bal et al., 2008). Betrachtet man den Begriff des *Lernens*, welchen King ebenfalls im personalen System verortet und welcher dem Wissenserwerb dienen soll, beschreiben Pflegende durchweg einen Mangel an Wissen. Um Belastungen von professionell Pflegenden reduzieren zu können, geben diese vor dem Hintergrund eines Mangels an Wissen an, dass Schulungen oder z. B. die Implementierung verbindlicher Richtlinien bedeutsam sind. Besondere fachliche Qualifikation (z.B. „Palliative Care Zusatzausbildung“) und/oder die Absolvierung eines Studiums können – werden sie auf den Kontext des Lernens nach King bezogen – Stressoren im täglichen Empfinden verringern, ein höheres Empowerment erwirken und das Vertrauen Pflegender in die eigenen Fähigkeiten stärken und somit zu einer Zielerreichung führen.

Innerhalb des „interpersonalen Systems“ liegt der Fokus auf einem Austausch zwischen Pflegenden, Ärzten, Patienten und Angehörigen und bezieht sich auf die Begriffe Interaktion, Kommunikation, Transaktion, Rolle und Stress. Aufbauend auf der Beschreibung der Person, des Individuums – in diesem Falle des Pflegenden – und seiner Rolle im personalen System werden an dieser Stelle nun die essenziellen Begriffe des interpersonalen Systems mit den vorliegenden Erkenntnissen in Verbindung gebracht. Die in Kapitel 4.1.2 identifizierten divergierenden Meinungen der befragten Pflegenden bezüglich der Indikation zum Einsatz einer PS schränken die Möglichkeit eines konstruktiven Austausches in Bezug auf den King'schen Begriff der *Interaktion* scheinbar bereits innerhalb der eigenen Profession frühzeitig ein. Auch mit Blick auf die ärztliche und pflegerische Einschätzung dieser Problematik fallen Differenzen

auf, die eine Entstehung interaktiver Prozesse erschweren. So wird in diesem Zusammenhang auch die wiederkehrend erläuterte Problematik einer gemeinsamen Entscheidungsfindung aufgegriffen. Dem Pflegeverständnis von King folgend, beschreibt der Begriff der *Rolle* eine Schlüsselfunktion innerhalb des interpersonalen Systems. Damit Pflegende in ihren Rollen funktionieren können und Transaktionen eingeleitet werden, muss diesen die Möglichkeit gegeben werden, Entscheidungsprozesse eigenverantwortlich treffen und steuern zu können. Bezieht man diesen Prozess auf den bereits erwähnten Austausch zwischen Ärzten und Pflegenden, so benötigen Pflegende ausreichende Kenntnisse über klinische und ethische Aspekte der PS, um der ärztlichen Profession Alternativen entgegenbringen zu können. Wird Pflegenden dies ermöglicht, so kann nach Auffassung Kings die pflegerische Rolle erfüllt und Zielerreichung angestrebt werden. Das Erleben von Belastungen aufgrund „unzureichender, zwischenmenschlicher Fähigkeiten“, um Patienten mit refraktären Symptomen adäquat versorgen zu können, dient an dieser Stelle als Beispiel dafür, wie der Begriff *Stress* – einer der Kernbegriffe im interpersonalen System - auf die Gruppe der Pflegenden bezogen werden kann. Um diesem negativen Empfinden entgegenwirken zu können, heben nicht nur Pflegende, sondern alle beteiligten Berufsgruppen unabhängig von der jeweiligen Versorgungssituation und dem speziellen palliativen Setting hervor, dass auch die Einbeziehung von Angehörigen von entscheidender Bedeutung ist. Massive Stressoren, wie sie im Rahmen dieser Studie erfasst werden konnten, reduzieren nach King die Fähigkeit einer Person, Ereignisse wahrzunehmen und rationale Entscheidungen zu treffen, was wiederum eine schlechte Interaktion und Zielfestlegung nach sich ziehen kann. Wie wichtig der Prozess der *Kommunikation* und daraus resultierender *Inter- und Transaktion* ist, belegen Aussagen niederländischer Fachkräfte im Ergebnisteil dieser Arbeit, die im Jahre 2015 von Seymour et al. erhoben wurden. Der Theorie Kings folgend sind gerade in Bezug auf das Thema dieser Arbeit die aufgeführten Begriffe der Kommunikation und Interaktion von entscheidender Bedeutung, da, wenn diese angewandt und umgesetzt werden, Stress gemindert wird und Transaktionen zustande kommen.

Das „soziale System“ beschreibt innerhalb des dynamischen interaktiven Systems nach King die Gesellschaft. Es bildet den äußeren Rahmen, in dessen Kern das personale System (Individuum) und interpersonale System (Gruppen)

verortet sind. Die von diesen beiden Systemen initiierten Prozesse nehmen Einfluss auf das soziale System und stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander (s. Abb. 2, S. 34). Unterzieht man den Begriff der *Organisation* einer eingehenden Betrachtung, so müssen an dieser Stelle auch die Institutionen, die sich in diesem Kontext auf Krankenhäuser, Pflegeheime sowie ambulante und stationäre Einrichtungen in denen PS praktiziert wird, beziehen, ihrer verantwortungsvollen Position bewusst sein. Vor dem Hintergrund einer überalternden Bevölkerung und eines zweifelsohne bestehenden Personalmangels im Gesundheitswesen, ist mit Blick auf die komplexe fachbezogene Herausforderung einer PS nicht außer Acht zu lassen, dass dieses auch die Bereitstellung einer ausreichenden Menge an Fachpersonal impliziert. So stellten Raus et al. fest, dass die Einbeziehung von Familien und Angehörigen für Fachkräfte auch bedeutet, den emotionalen Kontext von Familien und Patienten, die mit eigenem Leiden zu kämpfen haben, zu managen (Raus et al., 2014). Dies setzt voraus, dass auch die Organisation Sorge dafür trägt, dass die vielfältigen Belastungen einer PS nur durch Multidisziplinarität, also einer Zusammenarbeit aus Pflegenden, Ärzten, Sozialarbeitern und Seelsorgern bewältigt werden können. Der gegenseitige Austausch ermöglicht den Aufbau von Fachwissen und bewirkt Veränderungen in der Arbeitsorganisation, wie Le Boul et al. (2017) konstatieren. Um darüber hinaus Belastungen zu reduzieren, wird an dieser Stelle der bereits erwähnte Begriff der *Rolle* in den Begriff der *Macht* überführt. Dieser wird in Kapitel 3.1 eindrücklich beschrieben und muss im Rahmen der Diskussion anhand der Beispiele von Arevalo (2013) und Lokker (2018) als kritisch betrachtet werden. In Bezug auf den Entscheidungsprozess zur PS beklagen Pflegende lediglich eine unterstützende, jedoch nicht aktive Rolle einzunehmen. Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen jedoch zweifelsfrei, dass Pflegende die Berufsgruppe darstellen, die mit den Betroffenen und den Familien den häufigsten Kontakt haben und nicht selten Übermittler unangenehmer Botschaften sind. Den hierarchischen Unterschied bezeichnen sie als beunruhigend. Übertragen auf den Kontext der PS und die King'sche Theorie müssen Pflegende häufig Entscheidungen akzeptieren, die im Widerspruch zur eigenen Meinung stehen. Vom Begriff der *Macht* lässt sich auch der Begriff *Status* in einen Zusammenhang zur vorliegenden Thematik dieser Arbeit bringen. In der niederländischen Studie von Brinkkemper et al., fühlten sich Pflegende bezüglich ihres

Verantwortungsbereiches sowie des rechtlichen Schutzes Konflikten ausgesetzt, da sie sich in Ausübung ihrer Tätigkeit sowohl um medizinische als auch pflegerische Belange kümmern mussten. So muss abschließend auch der Aspekt der *Entscheidungsfindung* nochmals aufgegriffen und diskutiert werden. Nach King wird dieser Vorgang als systematisch und dynamisch beschrieben. Zur erfolgreichen Umsetzung einer Zielerreichung muss das Ziel klar formuliert sein. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung setzt jedoch voraus, dass verbindliche Definitionen, Standards und Richtlinien bestehen, die jedoch bereits als Belastungsfaktor Pflegender identifiziert werden konnten. Es ist unstrittig, dass eine Partizipation Pflegender in Entscheidungsprozesse am Lebensende eines Patienten von wichtiger Bedeutung ist. Dennoch muss anhand der Ergebnisse dieser Arbeit konstatiert werden, dass eine Umsetzung dessen im klinischen Alltag scheinbar ein Problem darstellt.

Schlussfolgernd kann also die Hypothese, dass das Interaktionsmodell von Imogene King ein geeignetes pflegewissenschaftliches Konzept zur Reduzierung von Belastungsfaktoren und einer Herausbildung von Bewältigungsstrategien im Prozess der PS darstellt, nur ansatzweise bestätigt werden. In Bezug auf die Thematik der vorliegenden Bachelorarbeit könnte zielführend sein, die konstruktiven theoretischen Ansätze des Interaktionsmodells von King zu nutzen, und die fehlenden praktischen Ansätze ihrer Theorie durch Hinzuziehung eines praxisbezogenen, pflegewissenschaftlichen Modells zu ergänzen.

6 Fazit

Die palliative Sedierung am Lebensende wird auch in Zukunft ein Handlungsfeld darstellen, welches aufgrund seiner komplexen Herausforderungen ein hohes Belastungspotenzial für alle beteiligten Personen und Gruppen birgt. Die Erkenntnisse, die im Rahmen dieser Bachelor-Thesis eruiert werden konnten, untermauern bereits vorhandenes Wissen und heben die Wichtigkeit einer Entlastung der pflegerischen Profession zweifelsfrei hervor. Das zentrale Wesen der Pflege, welches auf einem holistischen Ansatz gründet, führt dazu, dass Pflegende der Auffassung sind, dem Patienten sowie allen am Vorgang der PS Beteiligten gerecht zu werden. Die daraus resultierenden Belastungen konnten im Ergebnisteil dieser Arbeit eindrücklich aufgezeigt werden. So wurden von der Mehrzahl der befragten Pflegenden das Fehlen verbindlicher Definitionen und Richtlinien, eine unklare Indikation zur Einleitung einer PS, ein unzureichender Wissenstand, intra- und interpersonale Rollenkonflikte sowie ethische Dilemmata durch Vergleiche mit aktiver Sterbehilfe als signifikante Faktoren angegeben. Um die Rolle Pflegender innerhalb dieses Prozesses zu stärken und Belastungen zu reduzieren, empfanden diese es als wichtig, vermehrt in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden. Darüber hinaus sollten bei der Implementierung verbindlicher Richtlinien und Standards nicht nur pflegerische und medizinische Kriterien, sondern in zunehmendem Maße auch kulturelle und religiöse Aspekte beachtet werden. Um ein professionelles Rollenverständnis innerhalb der pflegerischen Profession erreichen zu können, ist die Förderung eines Wissens- und Kompetenzerwerbs durch Bildungsmaßnahmen als zwingend erforderlich zu bewerten.

Im (pflege-)pädagogischen Kontext muss an dieser Stelle auf die Bedeutung von Schulungs- und Bildungsprogrammen hingewiesen werden, die bereits im Rahmen der Ausbildung von Pflegenden, Ärzten und weiteren beteiligten Gruppen des therapeutischen Teams Anwendung finden sollten. Wie ebenfalls aus den Ergebnissen dieser Arbeit zu entnehmen ist, kann der daraus resultierende Wissenszuwachs nachweislich Belastungen reduzieren. Der Schwerpunkt sollte hierbei weniger auf der Vermittlung einzelner Unterrichtsinhalte liegen, sondern vielmehr Raum dafür bieten, Konfliktsituationen zu thematisieren und eigenes Erleben zu reflektieren, um geeignete Bewältigungsstrategien und Handlungsbefähigungen daraus ableiten zu können.

Auch die gesellschaftspolitische Dimension darf in Bezug auf die Thematik der vorliegenden Qualifikationsarbeit und vor dem Hintergrund einer überalternden Bevölkerung und einer Zunahme von zum Tode führender Erkrankungen nicht unerwähnt bleiben. Wie in der Einleitung beschrieben, hat das Feld der Palliativmedizin und -pflege in den letzten Jahren einen enormen Zuwachs erfahren. Hierbei handelt es sich auch um einen Prozess, der den Veränderungen einer modernen Gesellschaft Rechnung trägt, die nicht nur selbstbestimmt leben, sondern auch sterben will. Damit dies umgesetzt werden kann, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die nicht allein aus der pflegerischen Profession heraus zu initiieren sind. Um das tägliche Belastungsempfinden Pflegender verringern zu können, müssen gerade in hochsensiblen Bereichen wie der Hospiz- und Palliativpflege Fachkräfte zur Verfügung stehen, deren wertvolle Arbeit auch der Gesellschaft als Spiegelbild dafür dienen kann, wie wir das Lebensende definieren und gestalten wollen.

Durch Einbezug des Interaktionsmodells nach Imogene King im Diskussionsteil dieser Arbeit konnten die gewonnenen Erkenntnisse in einen pflegewissenschaftlichen Rahmen eingeordnet werden. Das personale, interpersonale und soziale System diente dabei als Grundlage, um ein besseres Verständnis für die Belastungen, denen Pflegende täglich ausgesetzt sind, abbilden und in den Kontext dieser Arbeit bringen zu können.

Professionell Pflegende sollten sich der Verantwortung bewusst sein, die sie in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen tragen. So gibt es eine Vielzahl an Belastungsfaktoren, die im Kontext einer PS auftreten können, die allerdings durch Beachtung der aufgeführten Bewältigungsstrategien deutlich reduziert werden können. Damit es in Zukunft zu einer weiteren Entlastung Pflegender in diesem Handlungsfeld kommen kann, muss jedoch weitere Forschung in diesem Feld betrieben werden.

I . Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.

Algorithmus zur Identifikation therapierefraktärer Symptome.....6

Abbildung 2.

Dynamisches interaktives System nach Imogene King.....34

Abbildung 3.

Der Prozess der menschlichen Interaktion und Transaktion nach King.....36

II. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ANOVA	Analysis of Variance
BGH	Bundesgerichtshof
BIAS	Verzerrung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DGHS	Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben
EAPC	European Association for Palliative Care
ebd.	ebenda
et al.	„et alii“ (lat.)
ff	fortfolgend
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
GONR	Goal-Oriented Nursing Record
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
h	„hours“ (engl.)
HRR	Höchstrichterliche Rechtsprechung
IARC	International Agency for Research on Cancer
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MeSH	Medical Subject Headings
min.	Minuten
MORECare	Methods of Researching End of Life Care

MTA	Medizinisch-Technisches-Assistenzteam (Niederlande)
n	Anzahl, Umfang
n. Chr.	nach Christus
OPAC	Online Public Access Catalogue
RKI	Robert-Koch-Institut
p	„page“ (engl.)
P	Überschreitungswahrscheinlichkeit, Signifikanzwert
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis
PS	Palliative Sedierung
QSR NUD*IST	Non Numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing software
s.	siehe
S.	Seite
SPSS	ursprünglich: „Statistical Package for the Social Sciences“ (Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten)
St.	„saint“ (engl.)
StGB	Strafgesetzbuch
StR	Strafrecht
UNBIASED	UK Netherlands Belgium International Sedation Study
UK	United Kingdom
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZB Med	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (Köln)

III. Literaturverzeichnis

Abarshi, Eburn A.; Papavasiliou, Evangelia S.; Preston, Nancy; Brown, Jayne; Payne, Sheila (2014): The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life. A systematic literature review. In: *Journal of pain and symptom management* 47 (5), S. 915-925.e11. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011.

Abarshi, Eburn; Rietjens, Judith; Robijn, Lenzo; Caraceni, Augusto; Payne, Sheila; Deliens, Luc; van den Block, Lieve (2017): International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation. A systematic review. In: *BMJ supportive & palliative care* 7 (3), S. 223–229. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001159.

Alt-Epping, B.; Sitte, T.; Nauck, F.; Radbruch, L. (2010): Sedierung in der Palliativmedizin*. Leitlinie für den Einsatz sedierender Massnahmen in der Palliativversorgung: European Association for Palliative Care (EAPC). In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 24 (4), S. 342–354. DOI: 10.1007/s00482-010-0948-5.

Arevalo, Jimmy J.; Rietjens, Judith A.; Swart, Siebe J.; Perez, Roberto S. G. M.; van der Heide, Agnes (2013): Day-to-day care in palliative sedation. Survey of nurses' experiences with decision-making and performance. In: *International journal of nursing studies* 50 (5), S. 613–621. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004.

Bal, Nele de; Gastmans, Chris; Dierckx de Casterlè, Bernadette (2008): Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia. A review of the literature. In: *International journal of nursing studies* 45 (4), S. 626–644.

Balzer, Katrin; Bartholomeyczik, Sabine; Finger, André; Holle, Daniela; Kean, Susanne; Köpke, Sascha (2018): Pflegewissenschaft. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Hg. v. Hermann Brandenburg, Eva-Maria Panfil, Herbert Mayer und Berta Schrems. Bern: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456957395>.

Beel, Alexandra C.; Hawranik, Pamela G.; McClement, Susan; Daeninck, Paul (2006): Palliative sedation. Nurses' perceptions. In: *International journal of palliative nursing* 12 (11), S. 510–518. DOI: 10.12968/ijpn.2006.12.11.22398.

Beel, Alexandra; McClement, Susan E.; Harlos, Mike (2002): Palliative sedation therapy. A review of definitions and usage. In: *International journal of palliative nursing* 8 (4), S. 190–199. DOI: 10.12968/ijpn.2002.8.4.10378.

Berendt J, Oechsle K, Thomas M, van Oorschot B, Schmitz A, Radbruch L, Simon ST, Gartner J, ThußPatience P, Schuler US, Hense J, Gog C, Viehrig M, Mayer-Steinacker R, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2016): Stand der Integration der Palliativmedizin in die von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten Onkologischen Spitzenzentren, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141 (2): 16-23.

Billings, J. A.; Block, S. D. (1996): Slow euthanasia. In: *Journal of palliative care* 12 (4), S. 21–30.

Bilsen, Johan J. R.; Vander Stichele, Robert H.; Mortier, Freddy; Deliens, Luc (2004): Involvement of nurses in physician-assisted dying. In: *Journal of advanced nursing* 47 (6), S. 583–591. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.02982.x.

Brinkkemper, Tijn; Klinkenberg, Marianne; Deliens, Luc; Eiel, Miriam; Rietjens, Judith A. C.; Zuurmond, Wouter W. A.; Perez, Roberto S. G. M. (2011): Palliative sedation at home in the Netherlands. A nationwide survey among nurses. In: *Journal of advanced nursing* 67 (8), S. 1719–1728. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05614.x.

Bruce, Anne; Boston, Patricia (2011): Relieving existential suffering through palliative sedation. Discussion of an uneasy practice. In: *Journal of advanced nursing* 67 (12), S. 2732–2740. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x.

Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (19/2004).

Bundesgerichtshof. Beschleunigung des Todeseintritts durch Einsatz schmerzlindernder Mittel, 15.11.1996 – 3 StR 79/96. *Neue juristische Wochenschrift* 1997: 807

Bundesgerichtshof. Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens, 25.06.2010 – 2 StR 454/09. *Neue juristische Wochenschrift* 2010: 2963

Cherny, Nathan I.; Radbruch, Lukas (2009): European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. In: *Palliative medicine* 23 (7), S. 581–593. DOI: 10.1177/0269216309107024.

Chochinov, Harvey Max (2002): Dignity-conserving care--a new model for palliative care. Helping the patient feel valued. In: *JAMA* 287 (17), S. 2253–2260.

Chochinov, Harvey Max; Hack, Thomas; Hassard, Thomas; Kristjanson, Linda J.; McClement, Susan; Harlos, Mike (2004): Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. In: *Journal of palliative care* 20 (3), S. 134–142.

Claessens, Patricia; Menten, Johan; Schotsmans, Paul; Broeckaert, Bert (2011): Palliative sedation, not slow euthanasia. A prospective, longitudinal study of sedation in Flemish palliative care units. In: *Journal of pain and symptom management* 41 (1), S. 14–24. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.019.

Deschepper, Reginald; Laureys, Steven; Hachimi-Idrissi, Said; Poelaert, Jan; Distelmans, Wim; Bilsen, Johan (2013): Palliative sedation. Why we should be more concerned about the risks that patients experience an uncomfortable death. In: *Pain* 154 (9), S. 1505–1508. DOI: 10.1016/j.pain.2013.04.038.

Engström, Joakim; Bruno, Erik; Holm, Birgitta; Hellzén, Ove (2007): Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. In: *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 11 (1): 26-35 DOI: 10.1016/j.ejon.2006.02.007.

European Association for Palliative Care (EAPC), Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung, 2009.

Evers, Georges C. M.; Schnepf, Wilfried (1997): Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. Wiesbaden: Ullstein Mosby (Pflegetheorie). ISBN: 3-86126-532-X

Fawcett, Jacqueline (1989): Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2. ed. Philadelphia, Pa.: Davis.

Gielen, Joris; van den Branden, Stef; van Iersel, Trudie; Broeckaert, Bert (2012): Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation. A quantitative study. In: *Nursing ethics* 19 (5), S. 692–704. DOI: 10.1177/0969733011436026.

Hauser, Katherine; Walsh, Declan (2009): Palliative sedation. Welcome guidance on a controversial issue. In: *Palliative medicine* 23 (7), S. 577–579. DOI: 10.1177/0269216309107022.

Hawker, Sheila; Payne, Sheila; Kerr, Christine; Hardey, Michael; Powell, Jackie (2002): Appraising the evidence. Reviewing disparate data systematically. In: *Qualitative health research* 12 (9), S. 1284–1299. DOI: 10.1177/1049732302238251.

Hopprich, A.; Günther, L. D.; Laufenberg-Feldmann, R.; Reinholz, U.; Weber, M. (2016): Palliative Sedierung auf einer universitären Palliativstation. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 141 (8), e60-6. DOI: 10.1055/s-0041-106460.

Inghelbrecht, E.; Bilsen, J.; Mortier, F.; Deliens, L. (2009): Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice. A nationwide study in Flanders, Belgium. In: *Palliative medicine* 23 (7), S. 649–658. DOI: 10.1177/0269216309106810.

Kaasa, S.; Hjermstad, M. J.; Jordhøy, M. S.; Wisløff, F.; Loge, J. H. (1998): Compliance in quality of life data. A Norwegian experience. In: *Statistics in medicine* 17 (5-7), S. 623–632.

King, I.M. (1964). Nursing theory – problems and prospect. *Nursing Science*, 2, 394-403.

King, I.M. (1971). *Toward a Theory of Nursing. General Concepts of Human Behaviour*. New York, John Wiley & Sons.

King, I.M. (1976). The Health Care System: Nursing Intervention Subsystem. In : H. Werley, A. Zuzich, M. Zajkowski & A.D. Zagornik (ed.) . *Health Research: The Systems Approach*. New York, Springer.

Klein, M. (2002): Sterbehilfe und das Prinzip der Doppelwirkung. In: *Wien Klinische Wochenschrift (2002)* 114, S. 415-421.

Kruijswijk Jansen, Joanne; Mostert, Henry; Schnepf, Wilfried (1997): Pflegeprozeß. Die Pflegemodelle von Orem und King im Pflegeprozeß. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby (Reihe Pflegeprozeß).

Laufenberg-Feldmann, R.; Gerlach, C.; Weber, M. (2012): Palliative Sedierung - wann, wie, warum? In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 137 (42), S. 2155–2159. DOI: 10.1055/s-0032-1305317.

Leboul, Danièle; Aubry, Régis; Peter, Jean-Michel; Royer, Victor; Richard, Jean-François; Guirimand, Frédéric (2017): Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff. A qualitative focus group and personal written narrative study. In: *BMC palliative care* 16 (1), S. 25. DOI: 10.1186/s12904-017-0198-8.

Lokker, M. E.; Swart, S. J.; Rietjens, J. A. C.; van Zuylen, L.; Perez, R. S. G. M.; van der Heide, A. (2018): Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. In: *Applied nursing research: ANR*, 40, 157–161. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.02.002.

Marriner-Tomey, Ann (1992): *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 1. Aufl. Basel: Recom-Verl.

Mayer, Hanna (2015): *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium*. Unter Mitarbeit von Martin Nagl-Cupal, Isabella Hager und Veronika Kleibel. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.

Online verfügbar unter https://www.contentselect.com/index.php?id=bib_view&ean=9783990304891.

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.

Morita, Tatsuya; Miyashita, Mitsunori; Kimura, Rieko; Adachi, Isamu; Shima, Yasuo (2004): Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. In: *Palliative medicine* 18 (6), S. 550–557. DOI: 10.1191/0269216304pm911oa.

Morita, Tatsuya; Ikenaga, Masayuki; Adachi, Isamu; Narabayashi, Itaru; Kizawa, Yoshiyuki; Honke, Yoshifumi et al. (2004): Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 12 (12), S. 885–889. DOI: 10.1007/s00520-004-0678-2.

Müller-Busch HC, Radbruch L, Strasser F, Voltz R. Empfehlungen zur palliativen Sedierung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2006; 131: 2733–2736.

Müller-Busch, H.; Simon, A.; Schildmann, J. (2007): Ethik in der Palliativmedizin. In: *Palliativmedizin* 8 (02), S. 57–68. DOI: 10.1055/s-2007-970903.

Nathan I Cherny, Lukas Radbruch. EAPC recommended framework for the use of sedation in Palliative Care. *Pall Med* 2009; 23 (7): S. 581–593. DOI: 10.1177/0269216309107024.

Papavasiliou, Evangelia S.; Brearley, Sarah G.; Seymour, Jane E.; Brown, Jayne; Payne, Sheila A. (2013): From sedation to continuous sedation until death. How has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time? In: *Journal of pain and symptom management* 46 (5), S. 691–706. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.11.008.

Papavasiliou, Evangelia S.; Brearley, Sarah G.; Seymour, Jane E.; Brown, Jayne; Payne, Sheila A. (2014): Papavasiliou ES, Brearley SG, Seymour JE, Brown J, Payne SA, on behalf of EUROIMPACT. From sedation to continuous sedation until death. How has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time? *J Pain Symptom Manage* 2013; 5:706-723. In: *Journal of pain and symptom management* 47 (2), S. 370. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.12.227.

Patel, Bansari; Gorawara-Bhat, Rita; Levine, Stacie; Shega, Joseph W. (2012): Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation. Components for developing policy for nursing professionals. In: *Journal of palliative medicine* 15 (4), S. 432–437. DOI: 10.1089/jpm.2011.0336.

Payne, Sheila; Seymour, Jane; Ingleton, Christine (Hg.) (2004): Palliative care nursing. Principles and evidence for practice. Maidenhead: Open Univ. Press.

Putz, Wolfgang (2016): Sterbehilfe. Juristische Grundlagen. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 141 (6), S. 389–393. DOI: 10.1055/s-0041-108083.

Radbruch L, Nauck F, Klaschik E. Sterbehilfe und das Prinzip der Doppelwirkung. *Wien Klin Wochenschr* 2002; 114: 878-879; author reply 879-880.

Raus, Kasper; Brown, Jayne; Seale, Clive; Rietjens, Judith A. C.; Janssens, Rien; Bruinsma, Sophie et al. (2014): Continuous sedation until death. The everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. In: *BMC medical ethics* 15, S. 14. DOI: 10.1186/1472-6939-15-14.

Riedel, Anette; Praxis Palliative Care, Ausgabe 39, 2018, S. 40 ff.

Rietjens, Judith A. C.; Hauser, Joshua; van der Heide, Agnes; Emanuel, Linda (2007): Having a difficult time leaving. Experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. In: *Palliative medicine* 21 (7), S. 643–649. DOI: 10.1177/0269216307081186.

Rietjens, Judith; van Delden, Johannes; Onwuteaka-Philipsen, Bregje; Buiting, Hilde; van der Maas, Paul; van der Heide, Agnes (2008): Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands. Descriptive study. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 336 (7648), S. 810–813. DOI: 10.1136/bmj.39504.531505.25.

Schaeffer, Doris; Enderwitz, Ulrich (Hg.) (2008): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA.* 2., erg. Aufl. Bern: Huber (Pflegetheorie). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84567-8>.

Schildmann, Eva; Schildmann, Jan (2014): Palliative sedation therapy. A systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and decision making. In: *Journal of palliative medicine* 17 (5), S. 601–611. DOI: 10.1089/jpm.2013.0511.

Schnell, Martin W.; Schulz, Christian (Hg.) (2014): *Basiswissen Palliativmedizin.* 2., bearb. u. erw. Aufl. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-38690-9>.

Schreiber, Alexander (2012): *Die palliative Sedierung. Pflege in der Grauzone zur Euthanasie.* 1. Aufl. Abtsteinach: Derscheider.

Seymour, Jane; Rietjens, Judith; Bruinsma, Sophie; Deliens, Luc; Sterckx, Sigrid; Mortier, Freddy et al. (2015): Using continuous sedation until death for cancer patients. A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. In: *Palliative medicine* 29 (1), S. 48–59. DOI: 10.1177/0269216314543319.

Schümmelfeder, F.; Panfil, E.M.; Großmann, K. et al. (2009). Anlage zur Literaturstudie zum Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“. Zugriff am 16.04.2019. Verfügbar unter: <http://wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/AnlageLiteraturstudieWunden.pdf>

Sheldon, Tony (2009): Guideline seeks to clarify difference between palliative sedation and euthanasia. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 338, b426. DOI: 10.1136/bmj.b426.

Stolberg, Michael (2007): "Cura palliativa". Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500-1850). In: *Medizinhistorisches Journal* 42 (1), S. 7–29.

Swart, Siebe J.; Brinkkemper, Tijn; Rietjens, Judith A. C.; Blanker, Marco H.; van Zuylen, Lia; Ribbe, Miel et al. (2010): Physicians' and nurses' experiences with continuous palliative sedation in the Netherlands. In: *Archives of internal medicine* 170 (14), S. 1271–1274. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.226.

van Bruchem-van de Scheur, G. G.; van der Arend, Arie J. G.; Spreeuwenberg, Cor; Abu-Saad, Huda Huijer; ter Meulen, Ruud H. J. (2007): Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector. The role of the district nurse. In: *Journal of advanced nursing* 58 (1), S. 44–52. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x.

van der Heide, Agnes; Deliens, Luc; Faisst, Karin; Nilstun, Tore; Norup, Michael; Paci, Eugenio et al. (2003): End-of-life decision-making in six European countries. Descriptive study. In: *The Lancet* 362 (9381), S. 345–350. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14019-6.

Veer, Anke J. E. de; Francke, Anneke L.; Poortvliet, Ernst-Paul (2008): Nurses' involvement in end-of-life decisions. In: *Cancer nursing* 31 (3), S. 222–228. DOI: 10.1097/01.NCC.0000305724.83271.f9.

Venke Gran, Siv; Miller, Jean (2008): Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. In: *International journal of palliative nursing* 14 (11), S. 532–538. DOI: 10.12968/ijpn.2008.14.11.31757.

Verpoort, Charlotte; Gastmans, Chris; Bal, Nele de; Dierckx de Casterlé, Bernadette (2004): Nurses' attitudes to euthanasia. A review of the literature. In: *Nursing ethics* 11 (4), S. 349–365. DOI: 10.1191/0969733004ne708oa.

Weber, Martin; Strohscheer, Imke; Samonigg, Hellmut; Huber, Christoph (2005): Palliative Sedierung-eine Alternative zur Euthanasie bei unerträglichem Leid am Ende des Lebens? In: *Medizinische Klinik (Munich, Germany: 1983)* 100 (5), S. 292–298. DOI: 10.1007/s00063-005-1038-9.

Welp, Annalena; Meier, Laurenz L.; Manser, Tanja (2016): The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety. A longitudinal study. In: *Critical care (London, England)* 20 (1), S. 110. DOI: 10.1186/s13054-016-1282-9.

Ziegler, Sarah; Merker, Hannes; Schmid, Margareta; Puhan, Milo A. (2017): The impact of the inpatient practice of continuous deep sedation until death on healthcare professionals' emotional well-being. A systematic review. In: *BMC palliative care* 16 (1), 30. DOI: 10.1186/s12904-017-0205-0.

Ziegler, Sarah; Schmid, Margareta; Bopp, Matthias; Bosshard, Georg; Puhan, Milo Alan (2018): Continuous deep sedation until death in patients admitted to palliative care specialists and internists. A focus group study on conceptual understanding and administration in German-speaking Switzerland. In: *Swiss medical weekly* 148, w14657. DOI: 10.4414/smw.2018.14657.

Zuleta-Benjumea, Andrea; Muñoz, Silvia M.; Vélez, Maria C.; Krikorian, Alicia (2018): Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation. In: *Journal of clinical nursing* 27 (21-22), S. 3968–3978. DOI: 10.1111/jocn.14582.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97838/Weltweite-Zahl-der-Krebsdiagnosen-steigt> (Zugriff am 14.05.2019)

<https://www.dghs.de/aufklapp-boxen/humanes-leben-magazin/zeitschrift-humanes-leben-humanes-sterben/die-verschiedenen-arten-der-sterbehilfe.html> (Zugriff am 16.04.2019)

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Kurzversion_1.1.pdf (Zugriff am 21.05.2019)

https://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html (Zugriff am 14.05.2019)

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/> (Zugriff am 17.04.2019)

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/> (Zugriff am 15.04.2019)

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

(Zugriff am 17.04.2019)

https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_4_10_2014/MuellerBusch_PalliativeCare_EthikJournal2_2014_2.pdf

(Zugriff am 14.05.2019)

<https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/3/96/3-79-96.php3>

(Zugriff am 16.04.2019)

<https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/2/09/2-454-09.php?referer=db>

(Zugriff am 16.04.2019)

https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile

(Zugriff am 14.05.2019)

<http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20German%20flow%20diagram.pdf>

(Zugriff am 23.05.2019)

IV. Anhang

Anhang A: Exemplarischer Auszug der systematischen Literaturrecherche* in
Medline/Pubmed

Anhang B: Exemplarischer Auszug der systematischen Literaturrecherche* in
Livivo

Anhang C: Exemplarischer Auszug der systematischen Literaturrecherche* in
PsycINFO

Anhang D: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche

Anhang E: Übersicht der eingeschlossenen Forschungsarbeiten

Anhang F: Bewertung der eingeschlossenen Forschungsarbeiten

*Vollständige systematische Literaturrecherche liegt in digitaler Form vor.

**Anhang A: Exemplarischer Auszug der systematischen Literaturrecherche
in Medline/Pubmed**

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation	7757	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND nurs*	934	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND nurs* AND attitude	337	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND nurs* AND attitude AND experience	46	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	01.01.2004- 12.02.2019	32	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	review	9	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	English, German	9	12

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND end-of-life	1224	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND end-of-life AND nurs*	244	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND end-of-life AND nurs* AND decision*	119	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	01.01.2004- 12.02.2019	92	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	review	14	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	English, German	13	13

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND burden	97	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND burden AND nurs*	14	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND burden AND nurs* AND intervention	7	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	01.01.2004- 12.02.2019	7	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	review	2	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	English, German	1	4

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND coping	59	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND coping AND nurs*	12	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND coping AND nurs* NOT family member	7	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	01.01.2004- 12.02.2019	5	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	review	2	
Medline/ Pubmed	12.02.2019	English, German	2	2

Anhang B: Exemplarischer Auszug der systematischen Literaturrecherche*
in Livivo

Datenbank	Datum der Suche		Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Livivo	13.02.2019		palliative sedation OR terminal sedation AND ethic*	213	
Livivo	13.02.2019		palliative sedation OR terminal sedation AND ethic* AND nurs*	34	
Livivo	13.02.2019		palliative sedation OR terminal sedation AND ethic* AND nurs* AND moral	7	
Livivo	13.02.2019		2004-2019	7	
Livivo	13.02.2019		English	7	
Livivo	13.02.2019		German	0	5

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND burden	12	
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND burden AND nurs*	3	
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND burden AND nurs* AND coping	1	
Livivo	13.02.2019	2004-2019	1	
Livivo	13.02.2019	English	1	
Livivo	13.02.2019	German	1	1

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND euthanasia	575	
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND euthanasia AND nurs*	87	
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND euthanasia AND nurs* AND intervention	8	
Livivo	13.02.2019	2004-2019	8	
Livivo	13.02.2019	English	8	
Livivo	13.02.2019	German	0	3

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND self-care	450	
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND self-care AND nurs*	90	
Livivo	13.02.2019	palliative sedation OR terminal sedation AND self-care AND nurs* AND well-being	49	
Livivo	13.02.2019	2004-2019	49	
Livivo	13.02.2019	English	48	
Livivo	13.02.2019	German	0	9

**Anhang C: Exemplarischer Auszug der systematischen Literaturrecherche*
in PsycINFO**

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation	389	
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND nurs*	91	
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND nurs* AND attitude	39	
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND	19	

		nurs* AND attitude AND experience		
PsycINFO	14.02.2019	2004-2019	18	4

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND distress	32	
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND distress AND nurs*	8	
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR	1	

		deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND distress AND nurs* AND cop*		
PsycINFO	14.02.2019	2004-2019	1	1

Datenbank	Datum der Suche	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Angezeigte Treffer	Ausgewählte Artikel zur Literaturbeschaffung
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND euthanasia	112	
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation	32	

		OR terminal sedation AND euthanasia AND nurs*		
PsycINFO	14.02.2019	palliative sedation OR deep sedation OR continuous sedation OR terminal sedation AND euthanasia AND nurs* AND decision	16	
PsycINFO	14.02.2019	2004-2019	15	4

Anhang D: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche

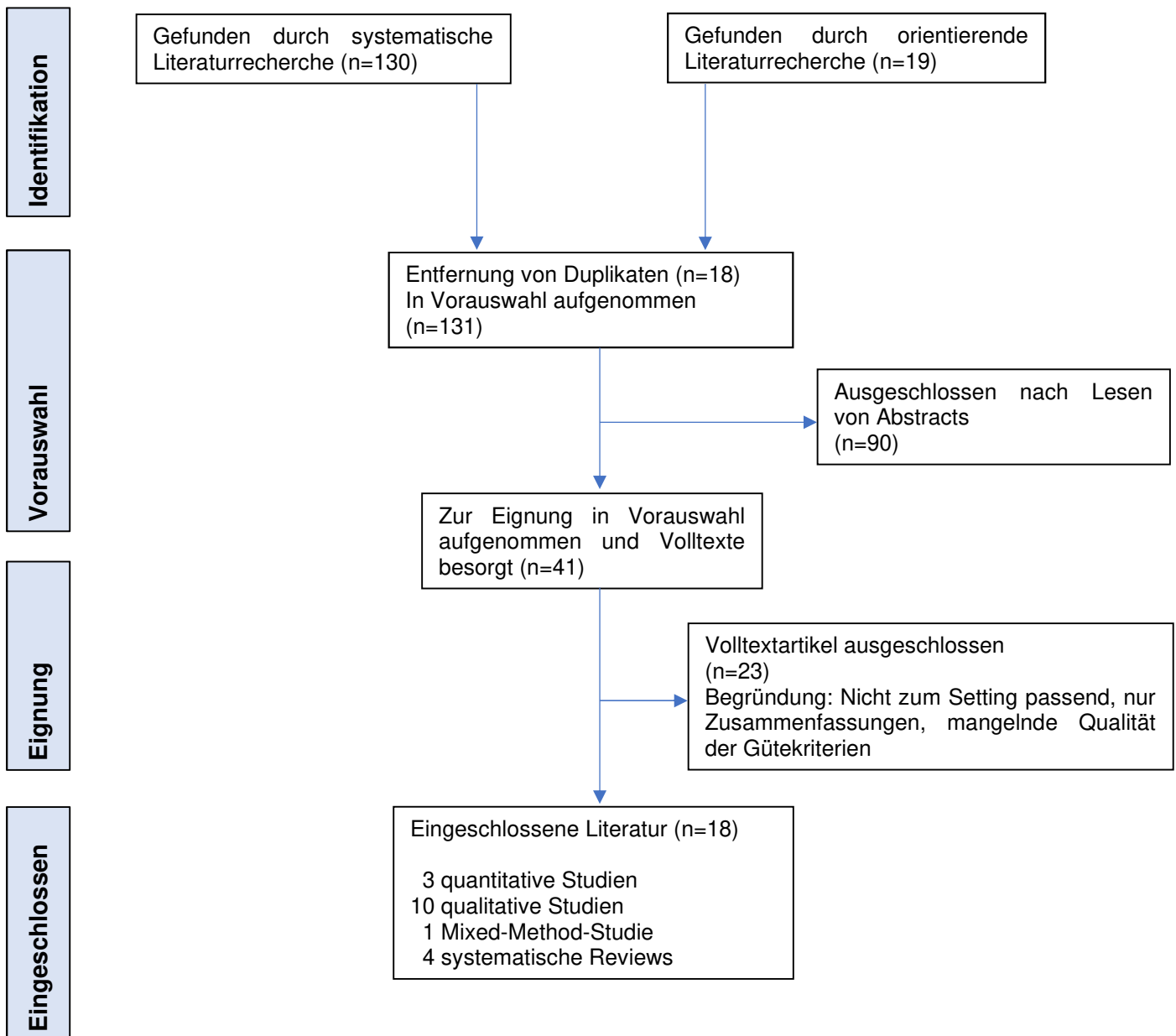


Abb. 4. PRISMA-Flussdiagramm zur systematischen Literaturrecherche

Entnommen aus Formatvorlage von:

[http://www.prisma-](http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20German%20flow%20diagram.pdf)

[statement.org/documents/PRISMA%20German%20flow%20diagram.pdf](http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20German%20flow%20diagram.pdf)

(zuletzt aufgerufen am 23.05.2019)

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The Prisma Group (2009) – modifiziert.

Anhang E: Übersicht der eingeschlossenen Forschungsarbeiten

Autor/Jahr	Name der Studie / Reviews (englisch)
Ziegler et al. (2018)	Continuous deep sedation until death in patients admitted to palliative care specialists and internists. A focus group study on conceptual understanding and administration in German-speaking Switzerland. In: <i>Swiss medical weekly</i> 148, w14657. DOI: 10.4414/smw.2018.14657.
Lokker et al. (2018)	Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. In: <i>Applied nursing research: ANR</i> , 40, 157–161. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.02.002.
Zuleta-Benjumea et al. (2018)	Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation. In: <i>Journal of clinical nursing</i> 27 (21-22), S. 3968–3978. DOI: 10.1111/jocn.14582.
Leboul et al. (2017)	Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff. A qualitative focus group and personal written narrative study. In: <i>BMC palliative care</i> 16 (1), S. 25. DOI: 10.1186/s12904-017-0198-8.
Ziegler et al. (2017)	The impact of the inpatient practice of continuous deep sedation until death on healthcare professionals' emotional well-being. A systematic review. In: <i>BMC palliative care</i> 16 (1), 30. DOI: 10.1186/s12904-017-0205-0.
Seymour et al. (2015)	Using continuous sedation until death for cancer patients. A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. In: <i>Palliative medicine</i> 29 (1), S. 48–59. DOI: 10.1177/0269216314543319.
Abarshi et al. (2013)	The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life. A systematic literature review. In: <i>Journal of pain and symptom management</i> 47 (5), S. 915-925.e11. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011.
Arevalo et al. (2013)	Day-to-day care in palliative sedation. Survey of nurses' experiences with decision-making and performance. In: <i>International journal of nursing studies</i> 50 (5), S. 613–621. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004.
Patel et al. (2012)	Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation. Components for developing policy for nursing professionals. In: <i>Journal of palliative medicine</i> 15 (4), S. 432–437. DOI: 10.1089/jpm.2011.0336.
Gielen et al. (2012)	Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation. A quantitative study. In: <i>Nursing ethics</i> 19 (5), S. 692–704. DOI: 10.1177/0969733011436026.
Brinkkemper et al. (2011)	Palliative sedation at home in the Netherlands. A nationwide survey among nurses. In: <i>Journal of advanced nursing</i> 67 (8), S. 1719–1728. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05614.x.
Bruce et al. (2011)	Relieving existential suffering through palliative sedation. Discussion of an uneasy practice. In: <i>Journal of advanced nursing</i> 67 (12), S. 2732–2740. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x.
Swart et al. (2010)	Physicians' and nurses' experiences with continuous palliative sedation in the Netherlands. In: <i>Archives of internal medicine</i> 170 (14), S. 1271–1274. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.226.
Inghelbrecht et al. (2009)	Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice. A nationwide study in Flanders, Belgium. In: <i>Palliative medicine</i> 23 (7),

	S. 649–658. DOI: 10.1177/0269216309106810.
Rietjens et al. (2007)	Having a difficult time leaving. Experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. In: <i>Palliative medicine</i> 21 (7), S. 643–649. DOI: 10.1177/0269216307081186.
Engström et al. (2007)	Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. In: <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 11 (1): 26-35 DOI: 10.1016/j.ejon.2006.02.007.
Beel et al. (2006)	Palliative sedation. Nurses' perceptions. In: <i>International journal of palliative nursing</i> 12 (11), S. 510–518. DOI: 10.12968/ijpn.2006.12.11.22398.
Morita et al. (2004)	Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. In: <i>Palliative medicine</i> 18 (6), S. 550–557. DOI: 10.1191/0269216304pm911oa.

Anhang F: Bewertung der eingeschlossenen Forschungsarbeiten

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Ziegler et al. 2018	Konzeptionelles Verständnis von Pflegerkräften / Ärzten für kontinuierliche Sedierung (KS) und Entscheidungspro- zesse im klinischen Alltag Qualitatives Design Schweiz	Sieben Fokusgruppen mit 47 Fachkräften n= 21 (Ärzte) n= 26 (Pflegerkräfte) Zeitraum: Juni 2016- Oktober 2016 Einschlusskriterien: Palliativpflegekräfte (in Krankenhäusern und Heimen) und Ärzte (stationär Beschäftigte oder Hausärzte) Teilnehmer in den letzten drei Jahren am Prozess der KS beteiligt Ausschlusskriterien: Keine Angaben	Qualitative Studie >vordefinierter Gesprächsleitfaden (durch 10 Experteninterviews pilotiert) Diskussionsleitfaden aus offenen Fragen und 6 Themen (EAPC-Rahmen)	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring Richtlinien der Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) angewendet Argumentative Interpretations- absicherung durch Kategoriebildung (sechs Kategorien) Verfahrensdoku- mentation (aufgenommen und wortgetreu transkribiert)	Unterschiedliche Terminologien Bedeutung frühzeitiger Einbeziehung und Entscheidungs- findung Differenzen in der Verabreichung und Bewertung der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod Unterschiede in der palliativen Spezialisierung zwischen Ärzten und Pflegerkräften	Bedeutsamkeit einer frühzeitigen Einbeziehung von Palliativpflege- experten Wissensvermittlung (z.B. durch „Sedierungs- Trainings“) Multidisziplinäre Zusammenarbeit	Datensättigung nicht erreicht Potenzielle Rückrufverzerrung durch unterschiedliche Beteiligung der teilnehmenden Fokusgruppen an Sedierungspraxis

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Lokker et al. 2018	Erfahrungen von Pflegerkräften mit Blick auf das Erleben/ Erfahrungen von Druck und moralischen Dilemmata bzgl. PS Qualitatives Design Niederlande	n=1580 (Ärzte) n=576 (Pflegerkr.) Follow-Up Studie n=36 (Pflegerkräfte) Zeitraum: Oktober 2008- April 2009 Einschlusskriterien: Pflegerkräfte und Ärzte mit Erfahrung in kontinuierlicher PS (keine weiteren detaillierten Angaben) Ausschlusskriterien: Keine Angaben	Qualitative Studie (halbstrukturierte Interviews mit offenen Fragen) Nach Einführung der Sedierungsricht- linie (KNMG/ Niederlande)	Konstante Vergleichs- methode (Glaser, 1965) Verfahrens- dokumentation (wortgetreu transkribiert und anonymisiert) Triangulation	Moralische Dilemmata durch Interessen- konflikte (Arzt, Pflege, Angehörige) Meinungsver- schiedenheiten zwischen Familien/ Angehörigen/ Pflege Druck während des Sedierungs- prozesses	Hauptsorge der Pflegerkräfte ist es, nicht im besten Interesse des Patienten zu handeln Förderung der beruflichen Rolle Pfleger dient dem Patientenwohl Pfleger müssen ausreichende Kenntnisse über klinische, ethische und moralische und kommunikative Aspekte haben	Datensättigung nicht erreicht Interne Konsistenz durch Interviewschema, Schulung und Meetings geprüft Aufgrund retrospektiven Designs keine Rückrufverzerrung ausschließbar

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Zuleta- Benjumea et al. 2018	Wissensstand, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, emotionale Auswirkungen und Wahrnehmung der Rolle Pfleger im Prozess der PS Mixed-Method- Design Kolumbien	n= 41 (Pflegerkräfte) für quantitativen Teil n=22 (Pflegerkräfte) in vier Fokus- gruppen für qualitativen Teil (Convenience- Stichprobe) Zeitraum: Februar 2015- August 2015 Einschlusskriterien: Pflegerkräfte mit Erfahrung in der Betreuung von mindestens 3 palliativ sedierten Patienten (nach schriftlicher Zustimmung) Ausschlusskriterien Keine Angaben	Mixed-Method-Studie (qualitative und quantitative Ansätze) Qualitativer Teil auf Basis eines phänomenologischen Ansatzes Quantitativer Teil bestehend aus zwei Fragebögen > Multiple Choice Fragen und 5-Punkte-Skala Instrument, welches Anwendung im zweiten Fragebogen findet, unabhängig geprüft von Experten Reliabilität geprüft (hohe interne Konsistenz > (Cronbach`s Alpha 0.92)	Vergleichstest durch Kruskal- Wallis und Mann-Whitney U- Test Korrelations- analyse anhand Spearman p-Test Verfahrens- dokumentation (aufgezeichnet und wortgetreu transkribiert) Triangulation	Insgesamt hoher Wissensstand in Bezug auf PS Durchschnittliche Werte in Bezug auf Aspekte wie Indikation, Entscheidungs- prozesse und Medikamente Vertrauen in eigene Fähigkeiten jedoch höher als Vertrauen in eigenes Wissen Rollenkonflikte von Pflegerkräften aufgrund negativen, emotionalen Befindens durch mangelnde Fähigkeiten im Prozess der PS und der Unterstützung von Patienten/ Angehörigen/Familien	Mehr Schulungen und Trainings zur Förderung des Wissens und der Stabilität in Bezug auf emotionale Belastungen Längsschnitts- studien und Studien einschließlich anderer Variablen und Bewertungs- strategien in Zukunft erforderlich	Studiendesign, Methodik und Ergebnisbeschreibung detailliert und durchdacht Auf Vorbehalt bezüglich des nicht validierten Fragebogens wird hingewiesen Geringer Stichproben- umfang und auf wenige Einrichtungen beschränkt, daher keine Verallgemeinerung in andere Settings möglich Verwendetes Instrument zur Validierung ad hoc entwickelt (weiterer Validierungsbedarf)

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Leboul et al. 2017	<p>Untersuchung der Erfahrungen, Wahrnehmungen, Darstellungen und des Verständnisses von Pflegekräften, Ärzten und paramedizinischem Personal zum Einsatz von Sedierungspraktiken am Lebensende nach Einführung einer Gesetzesänderung</p> <p>Qualitatives Design</p> <p>Frankreich</p>	<p>n= 28 (medizinische und paramedizinische Teilnehmer inkl. Freiwillige) auf zwei Palliativstationen in einem Krankenhaus und einer Palliativstation in einem Universitätsklinikum</p> <p>Zeitraum: März 2012- Dezember 2012</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <p>Keine Angaben</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <p>Keine Angaben</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Multiprofessionelle Fokusgruppen-interviews und selbst geschriebene Erzählungen</p>	<p>Grounded Theory und induktiver Konzeptualisierung sprozess</p> <p>Thematische Analyse der vollständigen Skripte der Diskussionen der Fokusgruppen in Echtzeit</p> <p>Richtlinien der Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) angewendet</p> <p>Argumentative Interpretations-absicherung (Kategoriebildung)</p> <p>Triangulation</p>	<p>Unsicherheit in drei Aspekten:</p> <p>1.) Biomedizinische Strenge (Schwierigkeiten den richtigen Indikationszeitpunkt und die adäquate Dosierung zu finden)</p> <p>2.) Qualität der Beziehung zw. Personal und Patienten (Rollenkonflikte und Ambivalenzempfinden hinsichtlich eingeschränkter bzw. nicht möglicher Kommunikation)</p> <p>3.) Dilemmata bzgl. Sterbehilfe</p>	<p>Unsicherheit in Bezug auf medizinische, psychosoziale und ethische Rechtfertigung der PS</p> <p>Zweifel an der eigenen Fachkompetenz</p> <p>Konstruktive Ansätze innerhalb untersuchter Gruppen/ Teams zur Bewältigung der Belastungen (z.B. Neuordnung multidisziplinärer Zusammenarbeit, Schärfung des Verantwortungsbewusstseins)</p>	<p>Datensättigung nur in dritter Fokusgruppe erreicht</p> <p>Validität:</p> <p>Triangulation durchgeführt</p> <p>Reliabilität:</p> <p>Ergebnisse ausschl. aus Inhalt der textbasierten Dateien abgeleitet</p> <p>Transferabilität:</p> <p>Studienkontext klar definiert, Ergebnisse jedoch nicht auf andere palliative Einrichtungen übertragbar</p>

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Ziegler et al. 2017	<p>Untersuchung der Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden, den Entscheidungsprozess und des Einsatzes von PS aus Sicht medizinischer Fachkräfte (Pflegekräfte, Ärzte)</p> <p>Untersuchung, ob bestimmte klinische und nicht-klinische Faktoren zu einer Belastung durch PS beitragen</p> <p>Systematisches Literaturreview</p> <p>Frankreich</p>	<p>n=3900 82% Pflegekräfte, 18% Ärzte</p> <p>Zeitraum: Januar 1990- Oktober 2016</p> <p>Einschlusskriterien: Randomisierte kontrollierte, komparative Studien, Querschnitts- und Längsstudien, qualitative Studien einschl. terminologie-unabhängiger Definition von PS, Patientenpopulation > 18 Jahre, KH, Hospiz, Palliativstat., Onkologie</p> <p>Teilnehmer in PS tätig</p> <p>Ausschlusskriterien: Fall-Kontroll-Studien, Übersichtsartikel, Leitartikel, Kommentare, Briefe, Zeitungsartikel, Studienkontext nicht PS, PS nicht am Lebensende, häusliches Setting/ Pflegeheim, formal nicht med. Fachkräfte</p>	<p>Systematisches Literaturreview, (insgesamt drei Studien)</p> <p>Literaturrecherche in sieben Datenbanken</p> <p>Zwei quantitative Studien, eine qualitative Studie</p> <p>Retrospektive Datenerhebung durch bundesweite Querschnittsbefragungen oder teilstrukturierte Interviews</p> <p>Maslach-Burnout-Inventory (MBI)</p>	<p>Testung der Qualität der Evidenz auf Ergebnisebene mittels GRADE-Ansatz</p> <p>Multi-methodisches Bewertungsinstrument (Hawkers et al.)</p> <p>PRISMA-Statement</p> <p>STROBE-Statement</p> <p>CASP-Checkliste</p> <p>5- und 7-Punkte Likert-Skala</p> <p>Triangulation</p>	<p>Schwierigkeiten bei Indikation und Diagnostizierung refrakt. Symptome (Japan)</p> <p>Unterscheidung von PS und möglicherweise lebensverkürzenden Entscheidungen am Lebensende</p> <p>Negative Gefühle durch Beteiligung an Praxis der PS</p>	<p>Klinische und nicht-klinische Herausforderungen spielen entscheidende Rolle bei PS</p> <p>Erhöhtes Risiko für emotionale Belastungen, wenn Pflegekräfte und Ärzte mit klinischen und ethischen Rechtfertigungen bzgl. PS zu kämpfen haben >Risiko allerdings maßgeblich davon abhängig, wie berufserfahren die Fachkräfte sind und welchen Ausbildungs-/ Wissensstand sie haben</p> <p>Insgesamt in der Berufsgruppe palliativtätiger Fachkräfte geringeres emotionales Wohlbefinden feststellbar</p>	<p>Keine Standardmetrik für emotionales Wohlbefinden vorhanden</p> <p>Datenverzerrung möglich, da eingeschlossene Studien retrospektiv</p> <p>Geringe Rücklaufquote (Stichprobe) in Morita und Rietjens-Studie nicht repräsentativ für alle an der PS beteiligten Fachkräfte</p> <p>Querschnittsgestaltung der Längsstudien ermöglicht keine langfristigen Assoziationen</p>

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerun- gen der Autoren	Kommentar
Sey- mour et al. 2015	Vergleich der Unterschiede der klinischen Praxis von PS in unterschiedlichen Ländern trotz Richtlinien und Untersuchung der Gründe der unterschiedlichen Anwendung und Wahrnehmung von Pflegekräften und Ärzten und damit verbundener Belastungen Studie basiert auf UNBIASED- Studie von Seymour et al. aus dem Jahre 2011 Qualitatives Design Belgien, Niederlande, United Kingdom	n=57 (Ärzte) n=73 (Pflegekräfte) n=84 (Patienten) Zeitraum: Januar 2011- Mai 2012 Einschluss- kriterien: Pflegekräfte und Ärzte in Betreuung v. Patienten >18 Jahre, die bis zum Tod palliativ sediert wurden Ausschluss- kriterien: Keine Angaben	Qualitative, retrospektive Studie (halbstrukturierte Interviews; aide memoire) Datenerhebung nach Versterben des Patienten (in den meisten Fällen bis ca. 2 Monate nach dem Tod)	Konstante Vergleichs- methode nach Corbin& Strauss Richtlinien der Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) Angewendet Triangulation Kommuni- kative Validierung Verfahrens- dokumen- tation (aufgezeich- net und wortgetreu transkribiert)	United Kingdom: Kontinuum der Praxis (Beginn PS mit niedrig-dosierten Sedativa bis Ende mittels kontinuierlicher Sedierung) Aufgrund „Liverpool Care Pathway“ (Richtlinie UK) insgesamt geringe Belastungen seitens Pflegekräften Belgien: Vielzahl an Mustern unterschiedlicher Behandlungsansätze Keine einheitliche Vorgabe (Sedierungsbeginn, -tiefe) PS>Alternative zur Euthanasie Niederlande: Nach Einführung Richtlinie (KNMG) berichten Pflegekräfte und Ärzte, dass sie eine „formelle Entscheidung“ treffen Niedriger Dosierungsbeginn, vorsichtige Dosissteigerung nach Richtlinie Begrifflichkeiten wie „refraktäres Leiden“ können klar beschrieben werden	Besseres Verständnis der verschiedenen kulturellen und ethischen Perspektiven für Vorgehensweisen und Vielfalt der Situationen erforderlich Umstrittene Diskussionen in Praxis und Politik resultierend aus verschiedenen rechtlichen Kontexten, Werten und Situationen in der Praxis der PS und End-of-Life-Care	Validität erhöht durch Pflegekräfte und Ärzte aus drei unterschiedlichen Ländern und Anwendung standardisierter Kriterien Interviewdaten jedoch abhängig von subjektiver Erfahrung und Interpretation Retrospektives Design kann mögliche Rückruf- verzerrung nicht ausschließen Erhebung mit Blick auf sterbende Patienten (nicht bereits verstorbene) wäre interessant

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Abarshi et al. 2014	<p>Untersuchung der Erkenntnisse zur Einstellung von Pflegekräften zur Praxis der Sedierung am Lebensende</p> <p>Vorliegende Studie vergleicht erhobene Daten mit Daten des systematischen Literaturreviews von Engström et al. aus dem Jahre 2007</p> <p>Systematisches Literaturreview</p> <p>United Kingdom</p>	<p>n=7515 (Pflegekräfte)</p> <p>6 Monate bis 29 Jahre Berufserfahrung</p> <p>Zehn Studien aus sieben Ländern (drei aus Belgien, zwei aus den USA, je eine aus Kanada, Japan, Niederlande, Norwegen und United Kingdom)</p> <p>Zeitraum: Januar 1990-Dezember 2012</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <p>Peer-reviewte Forschungsartikel (englisch), in o.g. Zeitraum veröffentlicht, Berichte über Pflegekräfte und PS bei Patienten im Alter von 18 Jahren und älter</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <p>Fallstudien, Komment., Erzählungen, Bücher, Leitartikel, Konferenz-abstracts, Übersichts-schreiben und Artikel ohne Themenbezug</p>	<p>Systematisches Literaturreview (insgesamt zehn Studien)</p> <p>Fünf quantitative, vier qualitative und eine Mixed-Method-Studie</p> <p>Literaturrecherche in acht Datenbanken (PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO, AMED, Web of Science, British Nursing Index und Google Scholar)</p> <p>Zudem Suche nach Zitaten in relevanten Dissertationen, grauer Literatur, Palliativpflegezeit-schriften und Referenzlisten der enthaltenen Studien</p>	<p>Vierstufige Skala basierend auf validierten Tools zur Testung der wissenschaft-lichen Qualität</p> <p>Analyse nach „Goughs` weight of evidence“-Kriterien</p> <p>Synthese der Daten mittels Datensatz für qualitative und quantitative Studien</p> <p>Triangulation</p> <p>Argumentative Interpretations- absicherung durch Kategoriebildung (drei Themen siehe Spalte „Ergebnisse“)</p>	<p>3 Kategorien:</p> <p>1.) Wichtige Fakt., die zur PS eines Patienten führen</p> <p>2.) Einstellung der Pflegekräfte zur PS</p> <p>3.) Erfahrung der Pflegekräfte mit PS am Lebens-ende</p> <p>Im Allgemeinen positive, aber vorsichtige Haltung gegenüber PS</p> <p>Großteil bewertet PS als letzten Ausweg zur Linderung von Leiden&refraktären Symptomen</p> <p>Einstellung wird von Bildungsniveau, Fachwissen&berufl. Rolle beeinflusst</p>	<p>Die meisten Pflegekräfte verabreichen diese Form der Sedierung wegen d. erwarteten Nutzens b. der Kontrolle refraktärer Symptome</p> <p>Einsatz der PS wird trotz weiteren Anstiegs umstritten bleiben</p> <p>Operative Richtlinien& themenbezog. Schulungen können Belastungen minimieren</p> <p>Werte des Pat.&Fam. sollten resp. werden</p>	<p>Datensättigung?</p> <p>Stärken und Grenzen (Limitationen) werden nicht explizit benannt</p> <p>Kulturelle Aspekte nicht berücksichtigt (weiterer Forschungs-bedarf)</p> <p>Transferabilität:</p> <p>Übertragbarkeit auf andere Settings fraglich</p>

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Arevalo et al. 2013	Erfahrungen von Pflegerkräften mit Entscheidung und Durchführung kontinuierlicher PS am Lebens- ende Qualitatives Querschnitts- Design Niederlande	n=576 (Pflegerkräfte) n=277(Rücklaufquote 48%) Teilnehmer (n) tätig in: n=57 (Häusliche/ Ambulante Pfl.) n=67 (Pflegerheim/ Hospiz) n=153 (Krankenh.) Sieben Krankenhäuser, zehn Palliative Care Units (Pfleger- heimen/Hospize) und sechs häusliche/ambulante Pflegedienste Stichprobe repräsent., keine randomisierte Stichprobe möglich Zeitraum: Keine Angaben <u>Einschlusskriterien:</u> Keine Angaben <u>Ausschlusskriterien:</u> Keine Angaben	Qualitative Querschnittstudie anhand strukturierter Fragebögen Fragebogen- Entwurf in Pilotstudie unter Pflegerkräften getestet	Pearson Chi- Quadrat-Test (kategorische Variablen) Einfaktorielle- Varianzanalyse ANOVA- Tabellen (kontinuierliche Variablen) P < 0,05 als statistisch signifikant angesehen	Pflegerkräfte sind fast doppelt so häufig wie Ärzte zu Beginn der PS anwesend Pflegerkräfte im häuslichen/ ambulanten Bereich deutlich weniger an Entscheidungs- prozess beteiligt Abstimmung während des Sedierungsprozess e mit Ärzten und innerhalb pflegerischer Gruppe kooperativ Midazolam (Sedativa) als Kernmedikament, wenig Einsatz von Opioiden Gute Verfügbarkeit von Medikamenten und med. Geräten	PS im häuslichen/ ambulanten Bereich in den Niederlanden häufiger als im institutionellen Bereich Rolle der Pflegerkräfte insbesondere in der häuslichen Versorgung stärken Empfehlung Pflegerkräfte aktiver in die Entscheidungs- prozesse einzubeziehen	Datensättigung? Validität und Reliabilität fraglich aufgrund Datenverzerrung durch geringe Gesamtrücklauf- quote Keine Auskunft darüber, ob die Definition von Leiden psychisches und physisches Leiden umfasst Ergebnisse nicht verallgemeinerbar Informationsrück- ruf nicht getestet

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Patel et al. 2012	<p>Perspektiven und Konzepte von Pflegekräften beim Einsatz von PS zur Entwicklung von Richtlinien</p> <p>Qualitatives Design</p> <p>USA</p>	<p>Zielgerichtete Stichprobe</p> <p>n=31 (Pflegekräfte)</p> <p>n=4 (Fokusgruppen)</p> <p>87% Frauen/ 13% Männer</p> <p>Mehr als 40% mit mehr als zehn Jahren Berufserfahrung</p> <p>Zeitraum: August 2008- Oktober 2008</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <p>Pflegekräfte mit mind. 6 Monaten Berufserfahrung auf Intensivstationen, Onkologie, Hospiz</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <p>Keine Angaben</p>	<p>Qualitative Studie mittels Fokusgruppeninterviews mit Leitfaden</p> <p>Leitfaden auf Grundlage von Literaturrecherche und Expertenmeinungen erstellt (pilothaft getestet und modifiziert)</p> <p>Moderation durch Experten in qualitativer Forschung</p>	<p>Grounded Theory</p> <p>Triangulation</p> <p>Kommunikative Validierung</p> <p>Verfahrensdokumentation (aufgezeichnet und wortgetreu transkribiert)</p>	<p>1.) Fähigkeit zur Definition der PS</p> <p>2.) Faktoren, die die Indikation/ Eignung zur PS bestimmen</p> <p>3.) Erforderliche Fähigkeiten für die Verabreichung der PS</p> <p>4.) Regeln und Verfahrensrichtlinien</p> <p>5.) Schulung in PS und End-of-life-Care</p>	<p>Pflegekräfte unterstützen und befürworten Entwicklung einer umfassenden Richtlinie zur PS</p> <p>PS als wichtige Therapie zur Verbesserung der Versorgung von sterbenden Patienten mit refraktären Symptomen</p> <p>Multidisziplinarität sollte gefördert werden</p>	<p>Datensättigung erreicht</p> <p>Mögliche Selektionsverzerrung durch Austausch in den Fokusgruppen untereinander</p> <p>Fokusgruppen bezogen sich nur auf Pflegekräfte im Tagdienst; Pflegekräfte im Nachtdienst könnten unterschiedliche Erfahrungen und Wahrnehmungen haben</p> <p>Ergebnisse nicht verallgemeinerbar, da Gruppe ethnisch sehr homogen</p>

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Gielen et al. 2012	Einfluss demographischer Variablen, einschließlich Religion und Weltanschauung auf die Entscheidungen von Pflegekräften im Rahmen der PS Schwerpunkt auf ethischen Entscheidungen Quantitatives Design Belgien	n=589 (Pflegekräfte) Rücklaufquote: 70,5% n=415 (Pflegekräfte) Zeitraum: Mai 2006- August 2006 Einschlusskriterien: Pflegekräfte alle im palliativen Setting beschäftigt Ausschlusskriterien: Keine Angaben	Quantitative Studie in Form eines dreiteiligen Fragebogens (anonym, selbstverwaltet) 1.Teil: Demographische Informationen 2.Teil: Religion oder Weltanschauung 3.Teil: Einstellungen zur PS	1.Teil: Demographische Variablen >Pearson-Chi-Quadrat- Test und Kruskal-Wallis- Test 2.Teil: Religion und Weltanschauung >Pearson-Chi-Quadrat- Test und Latenzklassenana-lyse 3.Teil: Einstellungen zur PS >5-stufige Likert-Skala Kommunikative Validierung	Wichtig: Ergebnisse sind mit Blick auf „Belgisches Recht“ zu betrachten Euthanasie nicht humaner als PS (Flandern, Belgien) Euthanasieanträge aus der Familie eines Patienten in tiefer oder kontinuierlicher Sedierung sind abzulehnen (ethisches Empfinden der Pflegekräfte) Keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr bei tiefer oder kont. Sedierung Intermittierende Sedierung vor kont. Sedierung erforderlich	Flämische Pflegekräfte sind überzeugt, dass PS als Mittel zur Linderung refraktärer Symptome am Lebensende durchgeführt werden soll Trotz erlaubter, freiwilliger Euthanasie in Belgien halten Pflegekräfte PS für besser als Euthanasie	Datenerhebung vor Einführung der flämischen Richtlinie zur PS >Richtlinie könnte Vertrauen der Pflegekräfte in PS gestärkt haben PS für refraktäres psycho- emotionales Leiden nicht geprüft worden Fragebogenstruktur und Fragen selbst nicht basierend auf validiertem Test Durch Behandlung der Fragebogen-ergebnisse als nominale Daten, möglicherweise Teil der Granularität der ersten Antworten verloren gegangen; (Anpassung der Daten hätte dies kompensieren müssen)

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Brink- kemper et al. 2011	Erfahrungen von Pflegerkräften mit PS im ambulanten/ häuslichen Bereich nach Einführung der Ärztlichen Richtlinie (KNMG) im Jahre 2005 (Überarbeitung 2009) Qualitatives deskriptives Querschnitts- Design Niederlande	n=387 (Pflegerkräfte) Rücklaufquote: 52% n=201 (Pflegerkräfte) Zeitraum: 2006-2007 Einschlusskriterien: Pflegerkräfte aus der Medizinisch- Technischen Assistenz (in Praxis der PS tätig und geschult) Ausschlusskriterien: Keine Angaben	Qualitative, deskriptive Querschnittstudie auf Basis eines webbasierten Fragebogens Fragebogen über Zeitraum von einem Monat zur Verfügung gestellt Datenerhebung und -analyse mittels Survey Monkey (siehe Analysemethoden)	Datenanalyse mittels Programm Survey Monkey 1999, Palo Alto, CA, USA) Fragebogen in Excel-Tabelle importiert und mit SPSS15 Æ0 (2006) analysiert Berechnung von deskriptiven Statistiken für zentrale Tendenzen und Spreads Konstruktvalidi- tät post hoc getestet 5-Punkte-Skala zur Validierung der Fragen	<u>Aufteilung der Ergebnisse in:</u> Kenntnisse über die Richtlinie Praxis Entscheidungs- findung Medikamenten- und Behandlungspolitik Kommunikation Bericht Ergebnisse zeigten Mängel in der Medikamentenpolitik, der Kommunikation, der medizinischen Kontrolle über Beginn und Überwachung der kont. Sedierung auf Indikation für PS angemessen eingehalten (nach Einf. der Richtlinie)	Mehrheit der Befragten befindet, dass Indikation für PS angemessen eingehalten wird (nach Einführung der Richtlinie) Da MTA-Schwestern in den Niederlanden die Möglichkeit haben, eigenständige Entscheidungen zu treffen, muss Beurteilung des Verantwortungs- rahmens gründlich beurteilt Werden Zudem ist ein multidisziplinärer Ansatz vorzuziehen, wobei Notwendigkeit einer angemessenen Zusammenarbeit und Kommunikation ausdrücklich betont wird	Limitationen durch unvollständige Fragebögen, da Verallgemeine- rung der Ergebnisse Übertragung in andere Palliativsettings nicht möglich, da Studie nur unter MTA-Pflegerkräfte durchgeführt Statistisch signifikante Anzahl von fehlenden Werten durch Länge des Fragebogens (bis zu 14 Æ 1%) Resonanz nicht gleichmäßig über Regionen (Niederlande) verteilt

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Bruce et al. 2011	<p>Untersuchung der komplexen Natur der PS vor dem Hintergrund des bestehenden Wissens über die integralen Rollen und Verantwortlichkeiten von Pflegenden</p> <p>Systematisches Literaturreview</p> <p>Kanada</p>	<p>Veröffentlichte Artikel aus zehn elektronischen Datenbanken:</p> <p>Zeitraum: 1996-2009</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <p>Forschungs-, Diskussions- und theor. Artikel, nur englisch-sprachige Artikel veröffentlicht in peer-reviewten Journalen</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <p>Keine Angaben</p>	<p>Systematisches Literaturreview</p> <p>Recherche in:</p> <p>CINAHL, PubMed, Web of Science Direct (Elsevier), Academic Search Elite, Health Sciences SAGE, Medline, Healthsource (akademische Krankenpflege), Academic Search Premier, PsycINFO und Google Scholar</p>	<p>Keine Angaben bezüglich Bewertungs- und/oder Analyseschemas</p>	<p>Unsicherheit und Verwirrung seitens Angehöriger der Gesundheitsberufe (insbesondere Pflegekräfte) bzgl. der Definition von existenziellem Leiden</p> <p>Fehlen standardisierter Definitionen</p> <p>Mangel an Einheitlichkeit der Datenerhebung</p> <p>Literaturrecherche zeigt, dass viele der bereits bestehenden Richtlinien ähnlich sind</p> <p>Teilweise Distanzierung und Abschottung unter Pflegenden, um Anforderungen der PS gerecht zu werden</p> <p>Bedeutung von Sensibilität und Vertrauen seitens Pflegenden>Patienten</p>	<p>Trotz zunehmender Einigkeit über Richtlinien der PS, weiterhin offene Fragen bzgl. Verwendung als Reaktion auf unkontrollierbares existenzielles Leiden</p> <p>Empirisches Wissen erforderlich, um Häufigkeit der PS im Rahmen exist. Leidens, die Beteiligung an Entscheidungsprozessen und die Rolle Pflegender klar definieren zu können</p> <p>Interprofessionelle Teambildung erforderlich</p> <p>Pflegekräfte haben Ethisches und soziales Mandat, um Menschlichkeit im Prozess der PS zu gewährleisten</p>	<p>Keine detaillierten Angaben zu Analyse und Methodik</p> <p>Limitationen nicht explizit genannt und kein Bezug zur Forschungsmethodik</p> <p>Universelles Verständnis von Pflegenden bzgl. klarer Definition von existenziellem Leiden fraglich</p> <p>Umsetzbarkeit von ethischer und ganzheitlicher Betreuung durch institutionelle Bedingungen schwierig (Zeitmangel, Ressourcen)</p>

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Swart et al. 2010	Erfahrungen und Erleben von Pflegekräften und Ärzten mit der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod mit Blick auf die Eigenschaften von Patienten, die Entscheidungsfindung zur PS und die Auswirkungen der Sedierung Qualitatives Design Niederlande	<u>Stichprobe:</u> n=1580 (Ärzte) <u>Nicht-zufällige Stichprobe:</u> n=576 (Pflegerkr.) <u>Rücklaufquote Fragebögen:</u> n=606 (Ärzte, 38%) n=278 (Pflegerkr., 48%) <u>Rücklaufquote Fälle:</u> n= 370 (Ärzte, 61%) n=185 (Pflegerkr., 67%) Zeitraum: 2008 <u>Einschlusskriterien:</u> Ärzte u. Pflegerkr. mit PS-Erfahrung <u>Ausschlusskriterien:</u> Keine Angaben	Qualitative Studie mittels strukturierter Fragebögen Fragebogen vorab bei Ärzten und Pflegerkräften getestet	Statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen Ärzten und Pflegerkräften anhand Kruskal-Wallis-Test und χ^2 bewertet Logistische oder lineare Regressionsanalyse, um Einstellung und Arbeitserfahrung anzupassen Für alle Tests $P < .05$ als statistisch signifikant angesehen	Pflegerkräfte berichteten häufiger als Ärzte über Angst Pflegerkräfte und Ärzte äußerten, dass die schwersten Symptome vor Beginn einer kont. Sedierung überwiegend Müdigkeit, Schmerzen und Todessehnsucht waren Dyspnoe und Schmerzen als häufigste Symptome, die Indikation zur kont. Sedierung waren Pflegerkräfte berichteten im Gegensatz zu Ärzten, dass sie häufiger das Gefühl hatten, dass kont. Sedierung den Tod beschleunigen würde	Pflegerkräfte berichteten häufiger als Ärzte, dass Patienten und Angehörige an der Entscheidungsfindung Beteiligt waren Insgesamt empfanden Pflegerkräfte weniger Druck seitens Patienten und Angehörigen Indikationen für kont. Sedierung waren psychische Erschöpfung und existenzielles Leiden, meist in Verbindung mit körperlichen Symptomen Unterschiede in der Entscheidungsfindung abhängig von den unterschiedlichen Rollen (Pflegerkräfte/ Ärzte) Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegerkräften wichtig	Datensättigung? Interne Konsistenz nicht geprüft (lediglich gemutmaßt von Autoren) Limitationen nicht explizit benannt Übertragbarkeit auf andere Settings fraglich, da keine allgemeingültigen Richtlinien vorhanden sind

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Inghel- brecht et al. 2009	Einstellungen von Pflege- kräften auf nationaler Ebene zu verschiede- nen Entschei- dungen am Lebensende und ihrer spezifischen Rolle, um soziodemo- graphische und arbeitsbezogene Merkmale zu identifizieren Quantitatives, Querschnitts- Design Belgien >Flandern (niederländisch- sprachiger Teil Belgiens)	Repräsentative Stichprobe n=6000 (Pflegekr.) Rücklaufquote: 62,5% Zeitraum: August 2007- November 2007 Einschlusskrit.: Pflegekräfte nicht älter als 55 Jahre und nur mit spez. Berufserfahrung in der Patientenversor- gung am Lebens- ende Ausschlusskrit.: Pflegekräfte ohne Erfahrung in der Versorgung am Lebensende	Quantitative, landesweite Querschnittstudie mittels Fragebögen Fragebogen 3 ½- seitig, ca. 10-15 min. Zeit zur Bearbeitung gestellt Total design method einschließlich dreier Follow-Up Mailings zur Verbesserung der Rücklaufquote	Deskriptive Statistiken, um soziodemogra- phische und arbeitsbezogene Merkmale der Pflegekräfte zu beschreiben; zudem Anwendung multivariater logistischer Regressions-analyse (OR 95% Konfidenzintervall) Bonferroni- Korrekturverfahren zur Anpassung an Mehrfachvergleiche 5-Punkte-Likert-Skala zur Überprüfung der Übereinstimmung der Aussagen Kommunikative Validierung Argumentative Interpretations- absicherung (Kategoriebildung)	Pflegekräfte (96%) einig, dass unheilbar kranke Patienten Medikamente zur Schmerz- und Leidenslinderung erhalten sollten, auch wenn Tod dadurch beschleunigt wird Neun v. zehn Pflegekräften betonen, dass sie am gesamten Entscheidungs- prozess am Lebensende beteiligt sein sollten Relig. Pflegekr. haben geringere Akzeptanz bzgl. Euthanasie Arbeitsumfeld& Bildungs-abschluss entscheidend	Fast alle Pflegekräfte akzeptieren die verschiedenen Arten von Entscheidungen am Lebensende Linderung des Leidens (hier mit Fokus auf fürsorglicher Rolle der Pflegekr.) für alle Pflegekräfte vorrangig Erhaltung des Lebens nicht auf Kosten des Wohlbefindens d. Patienten Einbeziehung in Entscheidungs- prozess und Diskussionen als unerlässlich erachtet Ausbildungsförde- rung und Schaffung von Leitlinien wichtig	Datensättigung? Rücklaufquote 62,5%, obwohl die Vollständigkeit der Antworten (fehlende Daten) nicht beschrieben wird Übertragbarkeit auf andere Länder und Settings fraglich (kulturelle, religiöse Werte und untersch. Berufspraktiken) Erhebungen auf Grundlage des seit Mai 2002 geltenden Euthanasiegesetzes in Belgien

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung / Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- Methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Rietjens et al. 2007	Erfahrungen von Pflegerinnen mit PS und Einstellungen bzgl. PS als Therapieoption am Lebensende Fokus auf Indikationen zur Einleitung einer PS Qualitatives Design Niederlande	n=16 (Pflegerin.) Alter Pflegekräfte: 25-55 Jahre >Durchschnittsalter: 38 Jahre Zeitraum: September 2005- November 2005 Pflegekräfte aus zwei Einheiten eines Tertiär-krankenhauses: 1.MICU (Medical Intensive Care Unit) und 2.PCU= (Palliative Care Unit) Einschlusskriterien: Pflegekräfte, die PS praktizieren Ausschlusskriterien: Keine Angaben	Qualitative Studie (retrospektiv) mittels Interviews gegliedert in: <u>1. Teil:</u> geschlossene Fragen <u>2. Teil:</u> halbstrukturiert mit offenen Fragen Interviews im Durchschnitt ca. 45 min. (Bereich: 25-70 Minuten)	Konstante Vergleichs- methode unter Zuhilfenahme qualitativer Analyse-Software (QSR NUD*IST v.4) Kommunikative Validierung Verfahrens- dokumentation (aufgezeichnet und wortgetreu transkribiert) Argumentative Interpretations- absicherung (Kategoriebildung)	4 Kategorien: <u>1.) Am stärksten in Erinnerung gebliebene Fälle:</u> >Belastung durch Art der Erkr, Alter d. Pat., benötigte Medikations- menge <u>2.) Gründe für Einleitung PS:</u> >Existenzielles Leiden/Angst, Belastung der Familie <u>3.) Lebensverkür- zender Effekt:</u> >Zwiespältige Meinungen zw. Rechtfertigung der Methode und Euthanasie <u>4.) Qualität des Sterbeprozesses:</u> >PS als positiven Einfluss wahr- genommen, Wünsche v. Pat. konnten berücksichtigt werden	Kommunikation innerhalb aller beteiligten Gruppen von hoher Bedeutung Schulungs- und Weiterbildungs- Maßnahmen, damit besonders auch junge Pflegekräfte über med. und ethische Aspekte informiert werden Stärkung der vermittelnden Rolle von Pflegekräften (zentrales Bindeglied zwischen Familie, Patient und Klinikern)	Datensättigung? Limitationen: Angesichts qualitativen Studienansatzes fraglich, warum Stichprobe ausschließlich aus Tertiärkrankenhaus stammt Variabilität der Daten auf Fehlen von Spezifität bei der Definition von PS zurückzuführen Einige Berichte von Pflegekräften mehr als 5 Jahre zurückliegend Keine Übertragbarkeit, da Stichprobe sehr gering Bezüglich qualitativen Teils des Fragebogens unklar, wie Daten analysiert wurden

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Engström et al. 2007	Untersuchung des Phänomens palliativer Sedierung am Lebensende aus pflegerischer Sicht Systematisches Literaturreview Schweden	15 Artikel aus sieben Ländern (neun aus Japan, jeweils einer aus Israel, Südafrika, Kanada, Norwegen, Taiwan und Deutschland) Zeitraum: 1990-2005 Einschlusskriterien: peer-reviewte Forschungsartikel (in Englisch, Norwegisch, Dänisch oder Schwedisch ver-fasst und PS behandelnd) Ausschlusskriterien: Forschungsartikel (nicht PS behandelnd), Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie vor 1990 verfasste Artikel	Systematisches Literaturreview in drei Phasen konzipiert Systematische Suche in: Medline, CINAHL, PsycInfo, Cochrane Library und Handsuche in Referenzlisten (September 2005) Hauptsuchbegriffe: Palliativmedizin, bewusste Sedierung, Pflegerische	Inhaltsanalyse durch Swedish Council on Technology Assessment in Health Care & Swedish Council of Nursing Kommunikative Validierung Triangulation Analyseprozess in Fluss- diagramm beschrieben	3 Kategorien: 1.) <u>Wichtige Faktoren, die zur PS führen</u> >Körperliche Symptome wie Dyspnoe und Schmerzen (89%) und psych. Symptome wie Angst, Verwirrung etc. (64%) 2.) <u>Einstellungen zur PS</u> >überwiegend positiv; externe Umstände beeinfl. Belastungen jedoch (z.B. Zeitmangel, unzur. Teamarbeit etc.) 3.) <u>Erfahrungen im Umgang mit PS</u> >überwiegend positiv, jedoch Differenz zwischen gesellsch. und professioneller Sichtweise >Gesellschaft betr. PS als Euthanasie	PS wird aus ganzheitlicher Sicht des Patienten durchgeführt Spezifische Pflege bzgl. PS kaum definiert PS am Lebensende eher selten, wenn keine andere Symptomlinderung möglich Risiko besteht, dass aufgrund unzureichenden Expertenpools nur ein geringer Teil Sterbender PS erhält Insbesondere im Bereich der Pflege mehr Forschung notwendig, da Studienlage sehr begrenzt	Da keine globale Definition von PS am Lebensende vorhanden, wird Definition nach Lynch (2003) verwendet > mögliche Verzerrung (BIAS) Interne Konsistenz geprüft und beschrieben

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolge- rungen der Autoren	Kommentar
Beel et al. 2006	<p>Untersuchung des Wissens, der Einstellungen, der Bedeutung von PS aus Sicht von Pflegekräften</p> <p>Qualitatives, deskriptiv-exploratives Design</p> <p>Kanada</p>	<p>Gezielte Stichprobe n=10 (Pflegekr.)</p> <p>Alter d. Teilnehmer: 35-60 Jahre >Durchschnittsalter: 46,9 Jahre</p> <p><u>Pflegeerfahrung:</u> 1-39 Jahre <u>Palliativverfahren:</u> 1-19 Jahre</p> <p>Pflegekräfte einer Palliativstation für Erwachsene aus Pflegeheim</p> <p>Zeitraum: Keine Angaben</p> <p>Einschlusskriterien: TN mind. 6 Monate Erfahrung in Palliativpflege, Englisch sprechend und schreibend</p> <p>Ausschlusskriterien: Keine Angaben</p>	<p>Qualitative, deskriptiv-explorative Studie anhand halbstrukturierter Interviews</p> <p>Datensammlung mittels Interviewleitfadens, der aus Literaturrecherche, Prinzipien des symbolischen Interaktionismus und klinischer Erfahrung des Forschers abgeleitet wurde</p> <p>1. <u>Interview (40-90 min.)</u> Sammeln demographischer Daten, Erfahrungen & Wahrnehmungen</p> <p>2. <u>Interview (30 min.)</u> Klärung der Informationen aus dem 1. Interview</p>	<p>Thematische Inhaltsanalyse nach Streubert & Carpenter (1999)</p> <p>Offene Kodierung, Clustering und Kategoriebildung aus Daten</p> <p>Kommunikative Validierung</p>	<p><u>Hauptkategorie:</u> Metapher „Arbeiten durch den Sumpf“ (engl. „quagmire“)</p> <p><u>4 Unterkategorien:</u></p> <p>1.) Definitiver Sumpf 2.) Indikation für die Verwendung v. Sumpf 3.) Krisenmedikam. u. PS 4.) Existenzbedroh.</p> <p>1.) Schwierigkeit der Definition von PS 2.) Unschärfe bzgl. Einsatz v. Med., Angemessenheit d. Anw. von PS bei exist. Belastung, Fakt., die pers. Wohlbef. beeinflussen 3) Unsicherheit bzgl. Einsatz v. Med. 4) Unsicherheit bzgl. PS z. Linderung v. ex. Notf.</p>	<p>Die Versorgung von palliativ sedierten Patienten benötigt eine außerordentliche Betreuung durch speziell ausgebildete Pflegekräfte</p> <p>Erforschung ethischer Wahrnehmungen der Pflegekräfte empfohlen</p> <p>Gemeinsame Entscheidungsfindung aller Beteiligten für Pflegende wichtig, um Belastungen zu reduzieren</p>	<p>Datensättigung?</p> <p>Design wird beschrieben, jedoch nicht expl. begründet</p> <p>Fehlender Konsens bzgl. PS lässt mögliche Verzerrung vermuten (BIAS)</p> <p>Ebenfalls Selektionsverzerrung durch geringe Zahl an Teilnehmern (nur eingeschränkte Übertragbarkeit möglich)</p> <p>Teilnehmer überwiegend weiblich; männliche Pflegekräfte könnten andere Auffassungen haben</p> <p>Keine Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen möglich (Unikliniken, amb. Bereich etc.)</p>

(nach Schümmelfeder, 2009)

Autor/ Jahr	Fragestellung/ Design	Stichprobe/ Setting	Datenerhebungs- methode/ Instrumente	Analyse- methoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren	Kommentar
Morita et al. 2004	<p>Untersuchung zur Klärung der emotionalen Belastung von Pflegekräften im Zusammenhang mit PS und Identifizierung von Einflussfaktoren, die zu Belastungen beitragen</p> <p><u>Ultimativer Zweck:</u></p> <p>Effektive Strategien zur Reduzierung der Belastungen von Pflegekr. zu erforschen</p> <p>Quantitatives, Querschnitts-Design</p> <p>Japan</p>	<p>n=3187 (Pflegekr.)</p> <p><u>Rücklaufquote:</u></p> <p>82% entspr. n=2607 (Pflegekr.)</p> <p>Zeitraum: November 2002</p> <p>Teilnehmer rekrutiert aus zwei landesweiten Organisationen; insgesamt an Studie teilgenommen haben:</p> <p>14 Krebszentren 78 Krankenhäuser</p> <p>Einschlusskriterien: Onkologie- und Palliativpflegekräfte, die in der Versorgung am Lebensende tätig sind</p> <p>Ausschlusskriterien: Beatmete Patienten</p>	<p>Quantitative, landesweite Querschnittstudie mittels Fragebogen</p> <p>Fragebogen auf Grundlage von Literaturrecherche und Tiefeninterviews mit 17 Palliativ-Pflegekräften aus sieben Palliativstationen und 255 Onkologie-Pflegekräften aus einem Krankenhaus entwickelt</p> <p>Validität und Akzeptanz des Fragebogens durch Pilottest bestätigt</p>	<p>Ad hoc-Belastungswert als Mittelwert der vier Items berechnet (Cronbachs Alpha-Koeffizient 0,86)</p> <p>Argumentative Interpretations-absicherung durch Kategoriebildung (sechs Kategorien)</p> <p>Übereinstimmung der Aussagen anhand 7-stufiger Likert-Skala gemessen</p> <p>Univariate Analysen mittels Student-T-Test und Pearson Chi-Quadrat-Test</p> <p>Beurteilung von Korrelationen mit Bonferroni-Korrektur auf 0,001</p> <p>Multiple logistische & lineare Regressionsanalyse Signifikante Prädiktoren durch univar. Analys. ident.</p>	<p><u>2 Kategorien:</u></p> <p>1. <u>Emotionale Belastung</u></p> <p>Weniger als 15% empfanden Teilnahme an Sedierung als Belastung</p> <p>Mehrheit empfand Belastung, wenn bei Pat. mit refrakt. Symptomen keine Sedierung eingeleitet wurde</p> <p>2. <u>Identifizierung von Einflussfaktoren</u></p> <p>Unzureichende Zeit, Teamansatz, Patienten-, Familienwünsche, Fähigkeiten in/Glauben bzgl. PS, allgemeiner Umgang mit Tod des Patienten</p>	<p>Mehrdimensionale Strategien zur Reduzierung von Belastungen Pflegenden notwendig</p> <p>Arbeitsüberlastung durch Management-Ansätze verringern</p> <p>Bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit zw. Pflegekräften und Ärzten notwendig (z.B. Teamkonferenzen)</p> <p>Verringerung des emotionalen Dilemmas Pflegenden durch frühzeitige Einbeziehung von Angehörigen, um widersprüchliche Wünsche zw. Patient u. Familie zu klären</p> <p>Aus- und Weiterbildung fördern</p>	<p>Datensättigung?</p> <p>Als Stärke der Studie ist die große landesweite Stichprobe zu werten</p> <p>Fehlen einer universellen Definition von PS</p> <p>Studienteilnehmer aussch. Japaner, daher nur eingeschr. Übertragbarkeit auf andere ethnische Gruppen möglich</p> <p>Beeinflussung des emotionalen Stresses durch allgemeine End-of Life Betreuung</p>

Tabellenvorlage entnommen aus: Schümmelfeder, F.; Panfil, E.M.; Großmann, K. et al. (2009). Modifizierte Darstellung

(nach Schümmelfeder, 2009)

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema

Palliative Sedierung am Lebensende:

Belastungsfaktoren und Möglichkeiten der Bewältigung von professionell Pflegenden

selbständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Friedemann Ostenrath

Düren, 31. Mai 2019

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelor/Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Friedemann Ostenrath

Düren, 31. Mai 2019