

2 Sterben und Tod in der Krankenpflegeausbildung

Die Begleitung von sterbenden Menschen stellt eine herausfordernde Aufgabe dar, die häufig mit Belastungen für das Pflegepersonal verbunden ist (vgl. Müller et al. 2010, S. 232; Jünger 2014, S. 28). Die Konfrontation mit dem Leid der Patienten und ihren Angehörigen und der unausweichlichen Endlichkeit des Lebens geht mit einer existenziellen Betroffenheit bei den Beteiligten einher, die unterschiedlich zum Ausdruck gebracht wird und einen sensiblen Umgang impliziert (vgl. Müller/Pfister 2014b, S. 13). Besonders trifft dies auf die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege zu, da diese im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung häufig erstmals in direkten Kontakt mit Sterbenden und Toten kommen (vgl. Kent et al. 2012, S. 1259) und demnach Laien im Umgang mit diesen sind (vgl. Schmidt 2010, S. 643). Der folgende Teil der Arbeit eruiert den aktuellen Forschungsstand zum Erleben des Phänomens von Sterben und Tod in der Pflegeausbildung anhand nationaler und internationaler Studien. Anschließend erfolgt eine Darlegung der aktuellen gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen zum Thema „Sterben und Tod“ in Deutschland.

2.1 Aktueller Forschungsstand

Im deutschsprachigen Raum konzentriert sich die bisherige Forschung im Bereich des Erlebens von Sterben und Tod vor allem auf examinierte Pflegekräfte (Halfpap 2009; Klausz 2009; Philipp/Loffing 2009), interdisziplinär auf Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger und Therapeuten (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2005; Müller et al. 2010, Jennessen et al. 2011) oder ehrenamtliche Hospizbegleiter (Schwarzenberg 2012). Das Erleben von Sterben und Tod im Rahmen der praktischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland wurde bisher nur unzureichend untersucht. Lediglich die qualitative Studie von Claudia Ohlrogge (2012) wurde als aktuelle Publikation ausfindig gemacht. Eine Ausdehnung auf den gesamten deutschsprachigen Raum, führte zur qualitativen Forschungsarbeit von Ursula Halbmayr-Kubicsek (2015) aus Österreich. In Anbetracht der vorhandenen Limitationen der Forschungsarbeiten, welche bei Ohlrogge in der geringen Teilnehmerzahl und bei Halbmayr-Kubicsek in der institutionellen Begrenzung ersichtlich werden, erachtet es die Autorin dieser Arbeit als unerlässlich internationale³ Forschungsarbeiten zur Abbildung des aktuellen Forschungsstandes miteinzubeziehen. International wurde das Thema intensiver erforscht, sodass qualitative als auch quantitative Studien aus den

³ Sterben und Tod sind zentrale Erfahrungen der Pflegeausbildung. Es muss allerdings beachtet werden, dass die Forschungsergebnisse aufgrund kultureller und bildungstheoretischer Voraussetzungen nicht ohne Überprüfung auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können.

USA, Taiwan, Chile, Argentinien, Großbritannien, Brasilien, Spanien, Schweden und Neuseeland zur Abbildung des aktuellen Forschungsstandes herangezogen werden. Im Rahmen der Datenbankrecherche wurden überwiegend qualitative Studien identifiziert, die inhaltlich passfähig sind und die angegebenen Einschlusskriterien erfüllen. Die bedeutendsten Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Im Vorfeld des eigentlichen Kontaktes mit sterbenden und toten Patienten gab die Mehrzahl der Auszubildenden an, sich unzureichend auf diese Erfahrung vorbereitet zu fühlen (vgl. Huang et al. 2010, S. 2286; Mutto et al. 2010, S. 1447; Parry 2011, S. 450; Strang et al. 2014, S. 197; Sampaio et al. 2015, S. 310). Vordergründig beinhaltete dies vor allem den Bereich der Kommunikation und den Umgang mit emotionalen Reaktionen von Patienten und deren Angehörigen (vgl. Strang et al. 2014, S. 197; Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 600). Im Rahmen einer offenen, schriftlichen Befragung untersuchte Ursula Halbmayr-Kubicsek (2015) die Erfahrungen, Befürchtungen und Erwartungen von 32 Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich hinsichtlich der Konfrontation mit Tod und Sterben. Sie eruierte, dass bei den Lernenden vordergründig Ängste in Bezug auf die Konfrontation mit dem Verstorbenen bestehen. Die Vorstellung einen leblosen Körper aufzufinden oder einen Leichnam zu berühren, löste Angst bei den Befragten aus (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 600). Ein Studienteilnehmer beschrieb dies folgendermaßen: „Angst habe ich weiters beim Gedanken den Verstorbenen zu berühren, weil ich mir vorstelle, dass sie eisig und steif sind.“ (Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 600). Die Angst vor dem Aussehen und Berühren des toten Körpers wurde von weiteren Studien bestätigt (vgl. Huang et al. 2013, S. 2283; Mondragón-Sánchez et al. 2015, S. 327). Des Weiteren stellte Muñoz-Pino (2014) in ihrer offenen, schriftlichen Befragung von 65 Auszubildenden am Ende ihrer Ausbildung fest, dass die Ängste verschwanden, sobald sich die SchülerInnen selbst um die Patienten kümmerten und sie mit ihnen kommunizierten (vgl. Muñoz-Pino 2013, S. 90). Dies bestätigt auch die qualitative Studie von Ek et al. (2014), welche zu dem Ergebnis kommt, dass sich die Auszubildenden wünschen, so früh wie möglich mit sterbenden und toten Patienten innerhalb ihrer Ausbildung konfrontiert zu werden (vgl. Ek et al. 2014, S. 513).

Zusätzlich belegen die Studien, dass der Großteil der Auszubildenden seine ersten Erfahrungen mit sterbenden und toten Menschen im Rahmen der Berufsausbildung sammelt (vgl. Parry 2011, S. 450; Ek et al. 2014, S. 510; Anderson et al. 2015, S. 697). Der erste tote Patient stellt für die Auszubildenden ein besonders prägendes Ereignis dar, welchem eine größere Bedeutung als den Folgenden beigemessen wird (vgl. Kent 2012, S. 1260; Edo-Gual et al. 2014, S. 3504; Anderson et al. 2015, S. 698). Ein Studienteilnehmer der qualitativen Studie von Edo-Gual et al. (2014), die das Erleben von

Sterben und Tod von Krankenpflegeschülern in der praktischen Ausbildung in Spanien untersuchte, beschreibt diese Erfahrung als unvergesslich, die immer im Gedächtnis bleibt (vgl. Edu-Goal et al 2014., S. 3504).

Nach dem Tod eines Patienten waren die Auszubildenden zum Teil sprachlos und handlungsunfähig (vgl. Huang et al. 2010, S. 2285). Teilweise kam die Ersterfahrung mit dem Tod einem Schockerlebnis gleich (vgl. Parry 2011, S. 450; Heise/Gilpin 2016, S. 105). Des Weiteren brachen einige der Auszubildenden emotional zusammen und durchlebten Gefühle von Schuld, Hilflosigkeit, Wut und Trauer (vgl. Huang et al. 2010, S. 2286; Muñoz-Pino 2013, S. 90; Strang et al. 2014, S. 197; Heise/Gilpin 2016, S. 105). Ihre Gefühle offenbarten die Lernenden nur in Ausnahmesituationen, sodass sie sich zeitweise aus der Situation entfernten, damit der Patient oder die Angehörigen ihre Tränen nicht sahen (vgl. Ohlrogge 2012, S. 52; Ek et al 2014, S. 513). In den folgenden Wochen dachten die SchülerInnen vermehrt über den verstorbenen Patienten nach (vgl. Kent et al. 2012, S. 1260; Anderson et al. 2015, S. 698). Einige erlebten die Situation im Traum erneut oder waren von Schlaflosigkeit betroffen (vgl. Ohlrogge 2012, S. 38; Anderson et al. 2015, S. 698). Des Weiteren vermieden die Lernenden auch den Kontakt zu anderen Sterbenden, um nicht an die Erlebnisse erinnert zu werden (vgl. Huang et al. 2010, S. 2286; Mutto et al. 2010, S. 1445).

Die pflegerische Versorgung von sterbenden und toten Patienten belastete die Auszubildenden im unterschiedlichen Maße. Der Tod von jungen Patienten wurde von den Lernenden belastender erlebt als der von Älteren (Kent et al. 2012, S. 3505; Strang et al. 2014, S. 197). Zudem entsetzte die Lernenden der plötzliche, unerwartete Tod mehr, als wenn er absehbar war (vgl. Kent et al. 2012, S. 3505; Ohlrogge 2012, S. 44; Ek et al. 2014, S. 512). Einen weiteren Einflussfaktor stellte die bestehende Beziehung zu dem Patienten dar (vgl. Kent et al. 2012, S. 3505; Ohlrogge 2012, S. 45). Der Tod eines Patienten wurde belastender wahrgenommen, wenn die Auszubildenden das Leid und die Trauer der Angehörigen miterlebten (vgl. Kent et al. 2012, S. 3505; Ohlrogge 2012, S. 47). Besonders der Umgang mit emotionalen Reaktionen der Angehörigen wurde von den Lernenden als problematisch empfunden und führte zum Erleben von Hilflosigkeit und Überforderung (vgl. Huang et al. 2010, S. 2285; Parry 2011, S. 451; Sampaio et al. 2015, S. 310). Neben den genannten Einflussfaktoren, zeigte Ohlrogge (2012), dass auch äußere Einflussfaktoren wie Zeit- und Personalmangel sowie räumliche Gegebenheiten das Erleben der Situation beeinflussten (vgl. Ohlrogge 2012, S. 40ff.). Zudem wurde das Erleben von sterbenden und toten Patienten auch durch Faktoren der Lernenden selbst bedingt. Ältere Lernende mit beruflichen oder privaten Sterbeererfahrungen scheinen den Tod von Patienten besser zu verarbeiten bzw. über eine positivere Haltung gegenüber Sterbenden zu verfügen (vgl. ebd.; Strang et

al. 2014, S. 197; Hagelin et al. 2016, S. 32). Parry widerspricht diesem Ergebnis und kann dies in ihrer Forschungsarbeit nicht bestätigen (vgl. Parry 2011, S. 452). Dies widerlegen auch die Ergebnisse von Chen et al. (2006), die in ihrer quantitativen Befragung zu dem Ergebnis kommen, dass Auszubildende, die bereits mehr Erfahrungen in der Pflege Sterbender und Toter im Rahmen ihrer Ausbildung gesammelt hatten, eine größere Angst vor dem Sterbeprozess entwickelten, als unerfahrene Lernende. Sie mutmaßen daher, dass die Angst mit steigender Erfahrungsanzahl zu nimmt (vgl. Chen et al. 2006, S. 926).

Für einen Teil der Auszubildenden stellte die Pflege von sterbenden und toten Patienten eine bereichernde Lernerfahrung dar, die ihre pflegerischen Kompetenzen erweiterte und dazu beitrug, ihre persönliche Einstellung zum Tod zu reflektieren (vgl. Kent et al. 2012, S. 1261; Ohlrogge 2012, S. 54; Muñoz-Pino 2013, S. 89; Edo-Gual et al. 2014, S. 3507). Die Lernenden bemühten sich, den Sterbenden sowie dessen Angehörigen die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen (vgl. Huang et al. 2010, S. 2285; Ohlrogge 2012, S. 54; Edo-Gual et al. 2014, S. 3507). Dabei löste das Erfahren von Dankbarkeit seitens der Patienten und deren Angehörigen, bei den SchülerInnen ein Gefühl von Zufriedenheit und Stolz aus (vgl. Ohlrogge 2012, S. 47; Muñoz-Pino 2013, S.90; Anderson et al. 2015, S. 700; Sampaio et al. 2015, S. 309). In Ergänzung dazu konstatierten Strang et al. (2014), dass es den Lernenden wichtig war, einen Patienten den sie im Sterben begleitet hatten, auch im Moment des Todes vor Ort beizustehen (vgl. Strang et al. 2014, S. 198).

Die überwiegende Zahl der Forschungsarbeiten belegte, dass die Kommunikation mit anderen Personen für die Auszubildenden eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit bei der pflegerischen Versorgung von sterbenden und toten Menschen darstellt (vgl. Parry 2011, S. 451; Kent et al. 2012, S. 1261; Ohlrogge 2012, S. 55; Edo-Gual et al. 2014, S. 3507). Laut Kent et al. (2012) sind Freunde aus dem Gesundheitswesen die bedeutendsten Gesprächspartner, gefolgt von anderen Pflegekräften, dem Lebenspartner, Mentoren, den Eltern, Klassenkameraden und anderen Freunden (vgl. Kent et al. 2012, S. 1261). Reflexionsgespräche nach dem Erleben der Erfahrung erachten die Lernenden als gewinnbringend (vgl. Ohlrogge 2012, S. 59). Edo-Gual et al. (2014) stellten fest, dass es für die Lernenden hilfreich ist, wenn sie durch erfahrenes Personal angeleitet werden (vgl. Edo-Gual et al. 2014, S. 3507). Ek et al. (2014) bestätigten dieses Ergebnis, indem sie zeigten, dass SchülerInnen dazu neigen den Kontakt zu Sterbenden oder Toten zu vermeiden, wenn sie keine Unterstützung bei der Pflege erfuhren (vgl. Ek et al. 2014, S. 514). In diesem Zusammenhang hebt Maria Parry (2011) die besondere Rolle des Mentors vor, während und nach dem Tod des Patienten hervor. Die Beziehung zum Mentor stellt eine wichtige Grundlage dar, sodass auch Gefühle

offenbart werden können (vgl. Parry 2011, S. 450). Das behutsame Heranführen an die entsprechende Situation wird von den Auszubildenden als hilfreich wahrgenommen, wobei sie nicht von der Pflege des Sterbenden ferngehalten werden möchten (vgl. Ohlrogge 2012, S.49). Pflegende, die sich engagiert um die Patienten kümmern, wurden positiv von den Lernenden wahrgenommen und erfüllten eine Vorbildfunktion (vgl. ebd. 48). Zudem wurde die Durchführung von Ritualen als hilfreich empfunden (ebd., S. 54). Im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Lernenden auf die Konfrontation mit sterbenden und toten Patienten wird in einer Vielzahl der Forschungsarbeiten auf die positiven Lernerfahrungen mit Simulationen verwiesen (vgl. Fluharty et al. 2012, S. 142; Gillan et al. 2013, S. 1437f.; Cavaye/Watts 2014, S. 13; Lippe/Becker 2015, S. 377). Blommfield/O'Neill/Gilett (2014) fanden in ihrer Studie heraus, dass Simulationen im Bereich der Pflege von sterbenden Patienten zur Angstminimierung beitragen und die Entwicklung von kommunikativen Fähigkeiten fördern sowie das Selbstvertrauen der Lernenden stärken (vgl. Blommfield/O'Neill/Gilett 2014, S. 1658). Fluharty et al. (2012) zeigten in ihrer quasi-experimentellen Studie von 370 Lernenden, dass Ängste und Unbehagen durch die Simulationserfahrung im Vorfeld der Begegnung mit realen Sterbenden abgebaut wurden und die SchülerInnen zielgerichtete Kommunikation in einer sicheren Umgebung üben konnten (vgl. Fluharty 2012, S.142).

Die dargestellten Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass das Erleben eines sterbenden oder toten Patienten ein einprägsames Ereignis für die Lernenden darstellt, welches weitreichende Auswirkungen auf die berufliche und persönliche Entwicklung der Auszubildenden hat (vgl. Kent et al. 2012, S. 1261). Einerseits birgt diese bedeutende Lebenserfahrung das Potential, die SchülerInnen für zukünftige Begegnungen mit Sterbenden und Toten zu stärken (vgl. Kent et al 2012, S. 1261) und ihr Interesse an der palliativen Pflege zu wecken (vgl. Anderson et al. 2015, S. 698). Andererseits besteht auch die Gefahr, dass dieses Erlebnis so traumatisch erlebt wird, dass es mit der beruflichen Distanzierung einhergeht oder zur gänzlichen Kontaktvermeidung mit Sterbenden führt (vgl. Huang et al. 2010, S. 2286; Anderson et al. 2015, S. 698f.).

Die Abbildung des Forschungsstandes zeigt außerdem, dass vor allem Belastungen, Ängste, Auswirkungen, Einflussfaktoren und Unterstützungsfaktoren im Zusammenhang mit dem Erleben von Sterben und Tod bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege konstatiert wurden. Die Wahrnehmung der Auszubildenden durch die PraxisanleiterInnen wird in keiner der Studien thematisiert. Lediglich Parry (2011) schreibt den MentorInnen eine besondere Bedeutung vor, während und nach dem Tod eines Patienten zu. Sie liefert jedoch keine Ergebnisse aus Sicht der PraxisanleiterInnen, sodass deren Perspektive als Forschungslücke identifiziert wird. Die Autorin dieser Arbeit möchte die vorhandene Lücke schmälern und eine mehrperspektivische

Wahrnehmung des Erlebens von Sterben und Tod in der praktischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ermöglichen. Zum einen ist es das Ziel dieser Arbeit, die subjektiven Erfahrungen der Lernenden selbst zu thematisieren. Zum anderen werden diese durch die Außenperspektive der PraxisanleiterInnen ergänzt, sodass eine umfassende Wahrnehmung gewährleistet wird. Dies ermöglicht die Ableitung von Handlungsempfehlungen, die auf Erfahrungen von Lernenden und PraxisanleiterInnen basieren.

2.2 Gesetzliche Ausbildungsgrundlagen in Deutschland

Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland wird durch das derzeit gültige Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 16. Juli 2003 sowie die dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) geregelt. Die Begriffe Sterben und Tod werden in den gesetzlichen Grundlagen vergeblich gesucht, allerdings wird die palliative Pflege⁴ als explizites Lernziel, sowohl theoretisch als auch praktisch, angeführt (vgl. Art. 1 § 3 Abs. 1 KrPflG; Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV). Laut KrPflAPrV umfasst der theoretische und praktische Unterricht 12 Themenbereiche (vgl. Anl. 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV). Lediglich im Themenbereich 2 „Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten“ wird explizit die Pflege von Sterbenden erwähnt:

„Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen, [...] die unmittelbare vitale Gefährdung, den akuten oder chronischen Zustand bei einzelnen oder mehreren Erkrankungen, bei Behinderungen, Schädigungen sowie physischen und psychischen Einschränkungen und in der Endphase des Lebens bei pflegerischen Interventionen entsprechend zu berücksichtigen“ (Anl. 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV).

Der Themenbereich drei „Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten“ beinhaltet die Ausführung, dass die Lernenden dazu befähigt werden sollen,

„[...] Pflegebedürftige aller Altersgruppen bei der Bewältigung vital oder existenziell bedrohlicher Situationen, die aus Krankheit, Unfall, Behinderung oder im Zusammenhang mit Lebens- oder Entwicklungsphasen entstehen, zu unterstützen.“ (Anl. 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege legt explizit fest, dass ein Teil der praktischen Ausbildungseinsätze der Lernenden, sowohl stationär als auch ambulant, in „palliativen Gebieten“ vorgesehen ist (vgl. ebd.). Die

⁴ Da der Begriff „palliativ“ im Verlauf dieser Arbeit immer wieder von Bedeutung ist, wird er an dieser Stelle kurz erläutert, sodass ein grundlegendes Verständnis des Lesers gewährleistet ist. „Der Begriff „palliativ“ bedeutet, die Beschwerden einer Krankheit [zu] lindern, aber nicht die Ursachen [zu] bekämpfen [...]“ (Steffen-Bürgi 2007, S. 30; Einfügung: J.M.). Eine ausführliche Beschreibung des Konzeptes Palliative Care folgt im Verlauf der Arbeit.

genannten Vorgaben stellen einen begrenzten Rahmen für palliativpflegerische Inhalte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zur Verfügung.

Da die Pflegeausbildung nicht in das duale Ausbildungssystem oder das staatliche Schulsystem integriert ist, findet das Berufsbildungsgesetz keine Anwendung, sodass es der Hoheit der Länder obliegt Rahmenlehrpläne festzulegen. Die genauen Inhaltsvorgaben werden somit von den verantwortlichen Ministerien der Bundesländer konkretisiert (vgl. Steffen/Löffert 2010, S. 3). Die landesrechtlichen Vorgaben stellen die Grundlage zur Entwicklung eines schulinternen Curriculums dar. Je nachdem wie offen diese Regularien angelegt sind, desto höher gestaltet sich der Konstruktionsaufwand für die einzelnen Schulen (vgl. Hundenborn 2007, S. 13). Ein offen gestalteter Rahmenlehrplan, wie es beispielsweise in Sachsen der Fall ist, eröffnet zwar den Schulen inhaltliche Freiheit, er birgt allerdings die Gefahr, dass wesentliche Inhalte nicht gelehrt werden.

Sterben und Tod als Lerngegenstand in der
Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.

Eine empirische Untersuchung

Müller, J.

2018, XIII, 122 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-20361-0