

Palliative Care auf der Intensivstation

Bestimmende Faktoren aus der Sicht eines
interprofessionellen Behandlungsteams einer ICU
für den Zugang zu Palliative Care

Master-Thesis

zur Erlangung des Titels

Master of Science in Palliative Care

Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

eingereicht von

Robert Weindl

am

16.09.2022

unter Betreuung von

Ao. Univ.-Prof. Drⁱⁿ. Barbara Friesenecker

Abstract

Hintergrund: Palliative Care (PC) im Spannungsfeld von Akutmedizin ist schwer auf einer Intensivstation zu verwirklichen. Das frühzeitige Erkennen des palliativen Betreuungsbedarfs erfordert Fachexpertise des Intensivbehandlungsteams in PC. Trotz Vorhandensein von Assessment-Instrumenten gelingt es nicht immer den palliativen Bedarf frühzeitig zu detektieren.

Fragestellung und Zielsetzung: An Hand der Forschungsfragen wurde versucht Faktoren zu bestimmen, welche den frühzeitigen Zugang zu einer palliativen Versorgung auf der Intensivstation verhindern bzw. fördern. Wie PC auf einer Intensivstation von den beteiligten Berufsgruppen wahrgenommen wird, versucht die vorliegende Arbeit zu ergründen. Die Identifizierung von Patient*innen auf einer Intensivstation, die von einer rechtzeitigen Palliativversorgung profitieren, könnte dadurch erleichtert werden. Die damit einhergehende Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende ist das Ziel.

Methode: Mit einem Leitfadengestützten Interview, und einer qualitativen Auswertung mittels einer strukturierten Inhaltsanalyse, wird versucht Einblick in die Wahrnehmung des Berufsfeldes Intensivstation im PC-Kontext der beteiligten Berufsgruppen zu erhalten. Interviewt wurden zwei Intensivmediziner*innen, zwei Intensivpflegefachkräfte, je eine Person der Seelsorge und der Physiotherapie. Die Proband*innen betreuten oder behandelten seit mindestens zwei Jahren Patient*innen auf der Intensivstation. Alle Interviewteilnehmer*innen sind am selben Krankenhaus der Grundversorgung in Vorarlberg tätig.

Ergebnisse: Die gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass in allen untersuchten Bereichen Defizite herrschen. Diese können eine frühzeitige Palliativversorgung auf einer Intensivstation hemmen. Generell wird PC erst sehr spät wahrgenommen. Es herrscht Unsicherheit beim Erkennen des Palliativbedarfs. Nur ein geringer Anteil des untersuchten Teams besitzt eine Ausbildung in PC. Entscheidungen am Lebensende sind meist keine Teamentscheidungen - das kann Übertherapie begünstigen. An Übertherapie beteiligt zu sein wird vom Behandlungs- und Betreuungsteam als sehr belastend angesehen. Unterstützungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess bei „End-of-Life Decisions“ (EoLD), wie ein klinisches Ethikkomitee oder ein Palliativer Konsiliardienst haben sich als entlastend fürs Team erwiesen wird aber meist aus verschiedenen Gründen nicht, oder nur selten in Anspruch genommen.

Schlussfolgerung: Es bestehen in allen untersuchten Bereichen Unzulänglichkeiten. Dies hat großes Potential für Verbesserungen. Die sehr positive Grundeinstellung zu PC auf der untersuchten Intensivstation stimmt zuversichtlich. Grundsätzlich herrscht große Bereitschaft zu Fortbildungen in PC und es ist der Wille zur Verbesserung der Kommunikation vorhanden. Dies ist als sehr positiv zu bewerten. Niederschwellige In-House Schulungen verbessern die Akzeptanz von PC, und geben Selbstsicherheit im Umgang mit palliativen Situationen. Die Bündelung der bereits vorhandenen PC-Kompetenzen in einer Arbeitsgruppe erscheint als zielführend. PC könnte dadurch auf der Intensivstation früher und mehr wahrgenommen werden, was helfen würde Übertherapie und deren negative Folgen für Patient*innen (chronisch kritische Erkrankung; verlängertes Leiden), Angehörige (posttraumatisches Stresssyndrom), medizinisches Fachpersonal (Burnout) und das Gesundheitssystem (Verletzung des Prinzips der Verteilungsgerechtigkeit), zu vermeiden.

Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
ADL	Activities of Daily Living
AND	Allow Natural Death
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
CC	Critical Care
CFS	Clinical Frailty Scale
CTC	Comfort Terminal Care
d.h.	das heißt
DGKP	Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*in
DNE	Do Not Escalate
DNR	Do Not Resuscitate
EoLC	End-of-Life Care
EoLD	End-of-Life Decision
ErwSchG	Erwachsenenschutzgesetz
Etc.	et cetera
FASIM	Federation of Austrian Societies of Intensive Care Medicine
FI	Frailty-Index
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HPC	Hospiz- und Palliativ Care
IADL	instrumenteller ADL
ICU	Intensive Care Unit
KEK	Klinische Ethikkomitee
KPK	Klinische Perspektiven Konferenz
LKF-Modell	Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PC	Palliative Care
PCC	Palliative Critical Care
PKD	Palliativkonsiliardienst
POSPOM	Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality
PST	Palliative Sedierungstherapie
RID	Re-evaluate Indication and De-escalate
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
SOP	Standard Operation Procedure
Spict™	Supportive and Palliative Care Indicator Tool
SQ	Surprise Question
TISS-28	Therapeutic Intervention Scoring System
usw.	und so weiter
VV	Vorsorgevollmacht
WHO	World Health Organisation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Fragestellung	3
2	Methodik	3
2.1	Methodik der Literaturrecherche	3
2.2	Methodik der empirischen Forschung.....	4
3	Forschungsethische Prinzipien	4
3.1	Ethikkodex	4
3.2	Informiertes Einverständnis	5
3.3	Anonymität der Proband*innen.....	6
3.4	Prinzip des Nicht-Schadens.....	6
3.5	Verhalten gegenüber Fachkolleg*innen.....	7
4	Settings	7
4.1	Spezialbereich der Intensivstation	7
4.2	Spezialbereich Palliativstation	9
4.3	Palliativversorgung auf der Intensivstation	10
4.4	Palliativstationen.....	11
4.5	Palliativer Konsiliardienst (PKD).....	11
5	Ausbildung Palliative Care in Österreich	12

5.1	Ausbildung in Palliative Care für Pflegeberufe in Österreich	12
5.2	Ausbildung in Palliative Care für Ärzt*innen in Österreich.....	12
6	Tools zur Identifikation von Palliative Care-Bedarf	13
6.1	Surprise Question (SQ)	13
6.2	ADL-Score	14
6.3	Clinical Frailty Scale/Frailty-Index nach Dalhousie	15
6.4	Supportive and Palliative Care Indicator Tool (Spict™).....	15
7	Vorsorgeinstrumente/Patient*innenwillen	16
7.1	Vertretungen nach dem Erwachsenenschutzgesetz	16
7.1.1	Vorsorgevollmacht	17
7.1.2	Gewählte Erwachsenenvertretung	17
7.1.3	Gesetzliche Erwachsenenvertretung	17
7.1.4	Gerichtlich Erwachsenenvertretung	18
7.2	Patient*innenverfügung	18
7.3	Vorsorgedialog®/Advance Care Planning	19
7.4	Klinische Perspektiven Konferenz	19
7.5	Klinische Ethikberatung und die ethische Fallbesprechung	20
8	Benefit von Palliative Care auf einer ICU	27
8.1	Lebensqualität (Ziel: „Gutes Leben am Ende des Lebens“)	27
8.2	Symptomkontrolle, Leidenslinderung.....	28
8.3	Patient*innen - und Angehörigenzufriedenheit	29
8.4	Moral Distress, Burnout, Futility und Arbeitsplatzzufriedenheit	31
9	Einstellung, Wahrnehmung, Wissen und Erfahrung mit PC	32

9.1	Einstellung zu Palliative Care	33
9.2	Wahrnehmung von Palliative Care	34
9.3	Wissen / Ausbildung in Palliative Care	35
9.4	Erfahrungen mit Palliative Care	36
10	Methodenbeschreibung/Forschungsdesign.....	37
10.1	Qualitativer Forschungsansatz	38
10.2	Deskriptives Forschungsdesign.....	39
10.3	Gütekriterien	40
10.4	Sampling.....	41
10.5	Feldzugang	43
10.6	Leitfadengestütztes Interview	43
10.7	Leitfadendesign	44
10.8	Datenerfassung	45
10.9	Dokumentation und Transkription.....	45
11	Ergebnisteil.....	47
11.1	Darstellung des Analyse- und Bewertungsverfahren.....	47
11.2	Stichprobenbeschreibung	48
11.3	Kategorienbildung.....	50
11.4	Darstellung der Ergebnisse	51
11.4.1	Wahrnehmung von Palliative Care auf der Intensivstation.....	52
11.4.2	Kompetenzen in Palliative Care	55
11.4.3	Erkennen von Palliative Care Bedarf/Situationen.....	59
11.4.4	Benefit von Palliative Care auf der Intensivstation	61
11.4.5	Einflüsse +/- für den frühen Zugang zu PC auf einer ICU	62
11.4.6	Entscheidungsfindung am Lebensende	64

11.4.7	Spannungen/Konflikte bei EoLC und EoLD.....	69
11.4.8	Belastungen bei der EoLC.....	72
11.4.9	Support bei EoLC und EoLD	75
12	Diskussion/Zusammenfassung	77
13	Konklusion.....	83
14	Limitation und Ausblick.....	84
15	Literaturverzeichnis	85
16	Tabellenverzeichnis	103
17	Erklärung zur Erstellung der Einzelarbeit.....	104
	Danksagung	105
	Anhang: Interviewleitfaden.....	106
	Anhang: Reflexions- und Beobachtungsprotokoll.....	111
	Anhang: Rockwood Clinical Frailty Scale	112
	Anhang: SPICT-De™	113
	Anhang: ADL-Score	114

1 Einleitung

Der Unterschied zwischen Palliativ Care (PC) und Critical Care (CC) könnte auf den ersten Blick nicht größer sein. Auf der einen Seite steht die Intensivmedizin mit dem Ziel von Lebenserhalt, Lebensverlängerung und falls möglich - Heilung, auf der anderen Seite PC mit dem Ziel der Leidenslinderung und Verbesserung der Lebensqualität, der Schaffung der Möglichkeit eines „guten Lebens am Ende des Lebens“ (Ruppert S. & Heindl P., 2017). Bei genauerer Betrachtung gibt es jedoch mehr Gemeinsamkeiten als gedacht. Ruppert & Heindl schreiben, dass es das Ziel von Palliative Critical Care (PCC) sein sollte, die Gemeinsamkeiten von CC und PC auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Die Autoren sehen als Hauptmerkmale von PCC die Lebensverlängerung nur, wenn damit auch eine Verbesserung der Lebensqualität, und eine ausreichende Symptomkontrolle (Leidenslinderung) verbunden ist. Der Erhalt von Leben um jeden Preis durch die undifferenzierte Anwendung technisch Machbaren tritt in den Hintergrund.

PC auf einer Intensivstation zu leben ist sehr komplex. Gute Symptomkontrolle der körperlichen und seelischen Beschwerden stehen im Vordergrund, aber auch die Behandlung und Betreuung von psychosozialen und spirituellem Leid sind von großer Wichtigkeit. Die frühzeitige Detektion von möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten, das Einbeziehen aller der Patient*in nahestehenden Personen in Planungs- und Entscheidungsprozesse am Lebensende ist essentiell - auch auf einer Intensivstation (Mercedante, Gregoretti, & Cortegiani, 2018). Karg & Geiseler (2012; 2560), schreiben in ihrem Artikel zur Relevanz von PC auf einer Intensivstation, dass PC derzeit nur sehr zaghafte an den deutschen Intensivstationen angenommen werde.

In meiner Abschlussarbeit im Rahmen des Masterlehrganges für Palliative Care möchte ich mich mit dem Thema des frühzeitigen Zugangs zu PC und deren Einflussfaktoren auf einer Intensivstation auseinandersetzen.

1.1 Problemstellung

Es gibt Assessment-Instrumente, die es erleichtern, rechtzeitig zu erkennen ob Patient*innen von einer Palliativversorgung profitieren würden. Als sehr einfach zu erhebende Tools zur Abschätzung der Prognose (Mortalitätswahrscheinlichkeit und Rehabilitationspotential) können der ADL-Score (Katz, 1963), erhoben von Pflegepersonen, und die Dalhousie Frailty Scale (Costa et al., 2018; 103 ff.), erhoben von Ärzt*innen, verwendet werden, um rasch einen Eindruck vom Zustand der/des Patient*in zu gewin-

nen. Das „Supportive and Palliative Indicators Tool“, kurz „SPICT-DE™“, liefert Patient*innen - und Vorerkrankungsbezogene Hinweise, ob an eine Palliativversorgung gedacht werden sollte (University of Edinburgh, 2019). Diese Tools sind sehr Patient*innen- und Angehörigenzentriert, werden aber nicht wirklich häufig im Setting einer Intensivstation vom betroffenen Behandlungsteam verwendet, wodurch eine möglicherweise notwendige palliative Betreuung verzögert oder ganz verhindert werden könnte. Soft Skills der beteiligten Medical Professionals und auch die speziellen innerklinische Umstände sind von großer Bedeutung wie mit der Frage einer frühzeitigen Integration von PC speziell auch im Setting einer Intensivstation umgegangen wird. Fahlberg (2017; 11 f.) schreibt in ihrem Artikel, dass die Einstellung zum Beruf, wie über Patient*innen in einem Team gesprochen wird, und wie diese möglicherweise stigmatisiert werden, hinderlich sein kann, die palliativen Bedürfnisse der Patient*innen zu erkennen.

1.2 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit sollte das Aufzeigen von Faktoren sein, die eine frühzeitige Palliativversorgung auf einer Intensivstation fördern oder aber auch verhindern können. Die Identifizierung von Patient*innen auf einer Intensivstation, die von einer rechtzeitigen Palliativversorgung profitieren, könnte dadurch erleichtert werden. Die damit einhergehende Verbesserung der Lebensqualität - speziell auch am Lebensende - , könnte die Folge sein. Eine Leidensverlängerung, und unnötige, nicht mehr indizierte, aber technisch mögliche und belastende Behandlungen können durch frühzeitige Integration von PC auf einer Intensivstation vermieden, und den Patient*innen sowie deren Angehörigen viel Leid erspart werden. Nicht zuletzt profitieren auch die betreuenden Behandlungsteams (Ärzt*innen und Pflegepersonen) von gut und rechtzeitig getroffenen therapeutischen Entscheidungen im Sinne ihrer Arbeitsplatzzufriedenheit. Christiane Hartog et.al (2018), konnte in ihrer Studie sehr schön zeigen, dass die behandelnden Teams auf Intensivstationen am meisten belastet sind durch das Fortführen kurativer Behandlungen, wenn schon klar ist, dass Patient*innen davon nicht mehr profitieren werden. Behandlungen, von denen Patient*innen keinen Nutzen mehr haben werden, die sogenannte „futility“, ist einer der häufigsten Gründe für Burnout bei Mitarbeiter*innen auf Intensivstationen (Fumis, et al., 2017) und (Moss, et al., 2016; 106 ff.).

1.3 Fragestellung

Aus der angeführten Problematik und Zielsetzung dieser Arbeit, ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Welche Faktoren aus der Sicht eines interprofessionellen Behandlungsteams einer Intensivstation fördern oder hemmen die frühzeitige Palliativversorgung von Patient*innen ?
- Wie wird Palliative Care auf einer Intensivstation von den betreuenden Professionen wahrgenommen ?

2 Methodik

Für die Erstellung der Masterarbeit wird für den Literaturteil die Methodik der Literaturrecherche angewandt. Für den Forschungsteil sollen Expert*inneninterviews mit dem Betreuungs- und Behandlungsteam einer Interdisziplinären Intensivstation der Grundversorgung in Vorarlberg durchgeführt werden. Es wurden je zwei Ärzt*innen und Pflegepersonen, sowie eine Person aus dem Team der Seelsorge und ein/eine Physiotherapeut*in, die auf einer Intensivstation arbeiten, befragt werden. Die verschiedenen Mitglieder des Behandlungs- und Betreuungsteams sollen die unterschiedlichen Sichtweisen und Zugänge zu PC auf einer Intensivstation darstellen. Die Ergebnisse wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen. Mayer (2014; 89) findet, dass ein qualitativer Forschungsansatz zur Anwendung kommen soll, wenn subjektive und persönliche Wahrnehmungen im Forschungsmittelpunkt stehen.

2.1 Methodik der Literaturrecherche

Für den Wissenschaftshintergrund dieser Arbeit wurde im Literaturteil die Methodik der Literaturrecherche in entsprechenden Fachbüchern und Zeitschriften angewandt. Datenbanksuche fand im Internet in PubMed.gov, Livivo und der Ethikdatenbank der Universität Göttingen Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (ETH-MED) statt. Grundlagenliteratur konnte an der Vorarlberger Landesbibliothek identifiziert werden. Zusätzlich wurde in den Literaturangaben von Artikeln nach Datenmaterial recherchiert. Die zeitliche Eingrenzung erfolgte bis zum Jahr 2002. Ältere Standardwerke, die nach wie vor Gültigkeit haben und eine historische Entwicklung darlegen, fanden Berücksichtigung.

Schlüsselwörter: Palliative Care, Intensive Care, Vorsorgedialog, Vorsorgeplanung, Advance Care Planning, Übertherapie, klinische Perspektivenkonferenz, chronisch kritische Erkrankung, Perception, Moral Distress, Burnout, Einstellung, Wahrnehmung, Ausbildung, Wissen.

2.2 Methodik der empirischen Forschung

Der qualitative Forschungsansatz wurde gewählt, um Eindrücke und Wahrnehmungen zu PC auf der Intensivstation zu beleuchten. Es stehen nicht quantitativ messbare Fakten im Vordergrund, sondern subjektive Beobachtungen, welche PC und CC betrachten, und in Bezug miteinander setzen sollen (Mayer, 2018; 68). Mayring (2016; 19) betont die Wichtigkeit der Personenbezogenheit, Beschreibung und Deutung der Wahrnehmungen der Beforschten in ihrem natürlichen Umfeld. Das Leitfadenterview wird von Gläser & Laudel (2010; 111) als nicht normiert beschrieben, gibt also nur den thematischen Rahmen vor. Dies ist von Vorteil, wenn verschiedene Themengebiete erörtert, und Details angesprochen werden sollen. Der narrative Charakter des Interviews steht im Vordergrund und nicht eine explizite Antwort. Die Interviews wurden mit Expert*innen einer Intensivstation geführt, die an der Betreuung und Behandlung von kritisch kranken Menschen beteiligt sind. Die gewonnenen Interviewdaten werden einer strukturierten Inhaltsanalyse unterzogen. Mayring (2016; 114) beschreibt die qualitative Inhaltsanalyse als regelgeleitete Auswertung des gewonnenen Datenmaterials, bei der Textfragmente und Sinneinheiten in sinngleiche Codes aufgeschlüsselt werden.

3 Forschungsethische Prinzipien

Ethische Frage treten in der Regel auf, konstatiert Mayer (2018; 51), wenn Proband*innen als beforschte Individuen zu heiklen Themen aus ihrem Umfeld befragt werden. Nicht zwangsläufig ergibt sich für die Beforschten bei einer Teilnahme an Studien auch ein Benefit.

3.1 Ethikkodex

Die Intention der Forschungsethik ist in erster Linie die Wahrung der Persönlichkeitsrechte und Vermeidung von Schäden für die Teilnehmer*innen (Mayer, 2018; 51). Im gleichen Maß wird die korrekte Durchführung des Forschungsprozesses konstatiert. Die Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2017), formuliert in ihrem Ethikkodex sinngemäß, dass der soziologische Erkenntnisgewinn und deren Publikation im Laufe des gesamten Prozesses einer ethischen Betrachtung unterliegen soll. Dieser fordert die

Korrektheit des kompletten Forschungsablaufes und die Verantwortung gegenüber den Proband*innen. Ebenfalls darin festgehalten ist der untadelige Umgang mit Berufskolleg*innen. Die Freiwilligkeit bei der Mitwirkung an einer Studie, Gewährleistung der Anonymität, das Prinzip des Nicht-Schadens für die Proband*innen wurde bei der vorliegenden Arbeit durch die Selbstverpflichtung des Untersuchers zur Einhaltung dieser ethischen Grundsätze berücksichtigt (Hopf, 2019; 590).

3.2 Informiertes Einverständnis

Ein informiertes Einverständnis lag erst dann vor, nachdem die Proband*innen vor der Teilnahme an einer Studie über den Sinn der Untersuchung und Auswertungspraxis informiert wurden. Über ein etwaiges Risiko für die Beforschten wurde in ausreichendem Maß informiert. Niemand wurde zur Teilnahme gezwungen, und ein Abbruch war jederzeit garantiert und möglich. Eine vorzeitige Beendigung hätte keine negativen Konsequenzen für die Untersuchten hervorgerufen. Diese Vorgehensweise entspricht dem informiertem Einverständnis (Mayer, 2018; 53).

„Generell gilt für die Beteiligung an sozialwissenschaftlichen Untersuchungen, dass diese freiwillig ist und auf der Grundlage einer möglichst ausführlichen Information über Ziele und Methoden des entsprechenden Forschungsvorhabens erfolgt. Nicht immer kann das Prinzip der informierten Einwilligung in die Praxis umgesetzt werden, z.B. wenn durch eine umfassende Vorabinformation die Forschungsergebnisse in nicht vertretbarer Weise verzerrt würden. In solchen Fällen muss versucht werden, andere Möglichkeiten der informierten Einwilligung zu nutzen.“ (Deutsche Gesellschaft für Soziologie, 2017).

Dem informierten Einverständnis dieser vorliegenden Arbeit ging eine elektronische Vorabinformation mittels Mail voraus. Bei einer positiven Rückantwort erhielten die ausgewählten Proband*innen ausführliche Informationen über den Zweck der Untersuchung und die formalen Richtlinien. Im Informationsgespräch konnten die Teilnehmer*innen ihre Fragen stellen. Fragen zur Methodik, der Auswertung, der Anonymität und Abbruch des Interviews wurden vom Untersucher proaktiv angesprochen. Einen detaillierter Informations - und Einwilligungsbogen erhielten die Teilnehmer*innen in Schriftform. Ein unterschriebenes Exemplar verblieb gesichert verwahrt beim Untersucher. Die Einholung der Zustimmung durch das Krankenhaus, in dem die Untersuchung stattfand, erfolgte im Vorfeld. (Ärztliche Leitungen der beteiligten Fachdisziplinen, Pflegedirektion und Betriebsrat).

3.3 Anonymität der Proband*innen

Die Anonymität der Studienteilnehmer*innen zu wahren gilt als Grundprinzip der Sozialforschung. Die Anonymisierung der Studienteilnehmer*innen erfolgte in den Protokollen durch zugeordnete Codes. Die gewonnenen verschriftlichten Daten wurden auf einem externen Datenträger gesichert und gesperrt verwahrt. Nach Abgabe der Masterthesis fand die Löschung aller Protokolle am Computer des Untersuchers statt. Die Löschung der Audiodateien erfolgte nach Transkription, wie mit den Studienteilnehmer*innen vereinbart. Mayer (2018; 56) schreibt, dass bei einer kleinen Anzahl von Teilnehmer*innen in einem geschlossenen Umfeld die Wahrung der Anonymität durchaus eine Herausforderung sein kann.

Im Falle einer kleinen Stichprobe besteht die Gefahr, dass die Anonymität nicht garantiert werden kann. Gläser & Laudel (2010; 280) schreiben, dass die genaue Beschreibung von Umständen in der Sozialforschung essentiell für die Ergebnisqualität ist. Die Autor*innen plädieren einerseits für eine Abwandlung von personalisierten Einzelheiten, welche eine Zuordnung ermöglichen würden, andererseits auf das Weglassen von Details zur Wahrung der Anonymität, wenn dies nicht anders gewährleistet werden kann. Mayer (2018; 56 f.) konstatiert, dass es in Forschungssituation zur Preisgabe von Informationen durch die Proband*innen kommen kann, die für die Studie aufschlussreich sein könnten, die Verwendung aber untersagt wurde. Auch in diesem Fall dürfen diese Informationen nicht in die Studie einfließen. Vertraulichkeit ist nach Ansicht der Autorin nicht mit Anonymität gleichzusetzen. Sie fordert Diskretion und Verschwiegenheit in Gesprächen in Bezug auf die Person und die erhaltenen Informationen.

3.4 Prinzip des Nicht-Schadens

In der Wissenschaft herrscht Einigkeit darüber, dass Studienteilnehmer*innen durch Untersuchungen kein Schaden entstehen darf (Hopf, 2019; 594 f.).

Die Deutsche Gesellschaft für Soziologie formuliert es wie folgt:

„Personen, die in Untersuchungen als Beobachtete oder Befragte oder in anderer Weise, z.B. im Zusammenhang mit der Auswertung persönlicher Dokumente, einbezogen werden, dürfen durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Die Betroffenen sind über alle Risiken aufzuklären, die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist. Die Anonymität der befragten oder untersuchten Personen ist zu wahren“. (Deutsche Gesellschaft für Soziologie, 2017).

Eine Abschätzung von potentiellen Risiken für Untersuchungsteilnehmer*innen ist die beste Prävention gegen Schäden, so Mayer (2018; 58). Im Falle unvorhergesehener

Reaktionen im Untersuchungsverlauf, welche Studienteilnehmer*innen erheblichen Schaden zufügen könnten, erfordern einen Abbruch der Untersuchung. In der vorliegenden Arbeit wurde für die Interviewsituation ein Handheben als Zeichen für einen Aufzeichnungsstopp vereinbart.

3.5 Verhalten gegenüber Fachkolleg*innen

Fachkolleg*innen die an einer Untersuchung teilnehmen, müssen nach den gleichen ethischen Grundsätzen behandelt werden (Gläser & Laudel, 2010; 56). Dies war bei der Anbahnung und Durchführung der Interviews in der vorliegenden Arbeit besonders wichtig, da der Untersucher ein Teil des beforschten Teams ist. Besonders wichtig ist es daher die Interviewfragen so neutral wie möglich zu stellen, um eine Verfälschung der Ergebnisse zu verhindern. Die Ehrlichkeit gegenüber Fachkolleg*innen muss ebenfalls gewahrt bleiben. Fremdes Gedankengut, wenn es verwendet wird, muss als solches kenntlich gemacht werden. Die angeführten Richtlinien, die Unterlassung, absichtliche Verfälschung, Weglassungen und Deutung von Ergebnissen wurde vom Verfasser dieser Arbeit eingehalten. Mayer (2018; 58), bezeichnet dies als die „Wahrhaftigkeit“ bei der Durchführung von Forschung.

4 Settings

Die Rahmenbedingungen und Ausstattungen einer Intensivstation weichen stark von denen einer Palliativstation ab. Dies reicht von der medizintechnischen Ausstattung bis hin zum Personalschlüssel der jeweiligen Abteilungen. Im Folgenden werden diese gegenübergestellt und Schnittmengen dargestellt.

4.1 Spezialbereich der Intensivstation

Das Setting Intensivstation ist abhängig von der Struktur des jeweiligen Krankenhauses. An Hand des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG), wird in Intensivüberwachungseinheiten und Intensivbehandlungseinheiten unterschieden. Dieser Plan gibt vor, wie viele, und in welchem Verhältnis diese Einheiten vorhanden sein müssen. Die vorgeschriebenen Strukturen für die Führung einer Intensivüberwachungseinheit beziehungsweise Intensivbehandlungseinheit werden ebenfalls vom ÖSG geregelt. Die Mindestanzahl an Betten auf einer Intensivbehandlungseinheit wurde in Österreich mit 6 Betten festgelegt. Diese Intensivbehandlungseinheiten sind in 3 Kategorien abgestuft, und die Einteilung ist vom jeweiligen Behandlungsaufwand abhängig (Joannidis, et al.,

2018; 28 f.). Der Personalschlüssel ergibt sich in den jeweiligen Kategorien durch das Abrechnungssystem Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28). Der Personalschlüssel schlägt sich in der Kategorie 1 mit zwei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP) pro Intensivbett nieder. In Kategorie 2 ist das Verhältnis 2,5:1 DGKP/ Intensivbett und in Kategorie 3 mit 3:1 festgelegt (BMSGPK, 2021; 12 ff.). Als essentiell für die Qualität einer Intensivstation wird die Qualifikation und ausreichende Besetzung des medizinischen und pflegerischen Personals angesehen (Larsen, 2016; 503). Die Behandlung und Betreuung der Patient*innen erfolgt in einem interprofessionellen Intensivteam, bestehend aus Mediziner*innen, Intensivpflegefachkräften, Physio-, Logo-, Ergotherapeut*innen, sowie Seelsorger*innen (Kurzweg, 2013; 149). Larsen (2016; 503), schreibt, dass ein multiprofessionelles Team nicht in den Spezialisierungen seiner unterschiedlichen Berufsgruppen verharren darf. Bei der Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften, Mediziner*innen, und den anderen beteiligten Berufsgruppen muss es den „Wir-Gedanken“ geben, um sich gegenseitig zu unterstützen. Es bestehen viele Überschneidungen in den Aufgabenbereichen, die von beiden Berufsgruppen wahrgenommen werden sollten. Eine Begegnung auf Augenhöhe in einem Intensivbehandlungsteam ist von größter Wichtigkeit.

Heindl (2019; 32 f.), kategorisiert die Intensivstation unter anderem nach den Fachdisziplinen. Dies können spezialisierte Einheiten wie zum Beispiel eine Neurologische oder aber auch eine internistische oder anästhesiologische Intensivstation sein mit dem jeweiligen Behandlungsschwerpunkt in ihrer Fachrichtung, oder nach dem Behandlungsansatz konservativ oder operativ. Heindl schreibt weiter, dass es auch gemischte ICU's gibt, die sowohl konservativ, als auch operativ behandelte Patient*innen betreuen. Die Aufgabe einer Intensivstation besteht im kontinuierlichen Monitoring der Vitalfunktionen, Durchführung aller lebenserhaltenden Maßnahmen durch Unterstützung der in Mitleidenschaft gezogenen Organfunktionen. Mit Hilfe aller medizinisch-technischen Möglichkeiten werden kritisch kranke Menschen behandelt. Hierzu gehört zum Beispiel eine Hämofiltration oder eine Beatmung. Das primäre Ziel ist Organersatz und Lebenserhalt bis sich geschädigte oder ausgefallene Organsysteme wieder erholt haben (Graeb, 2019; 32). Wallner (2014) schreibt in seinem Artikel, dass es nicht nur Aufgabe der Intensivmedizin ist, Maximaltherapien zum Lebenserhalt durchzuführen, sondern auch PC anzubieten, wenn keine Heilung möglich ist.

4.2 Spezialbereich Palliativstation

Der ÖSG (2021) definiert stationäre Einrichtungen für PC, als Versorgungseinheiten für die Betreuung von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und zur Begleitung in der terminalen Phase ihres Lebens. Zu den Hauptaufgaben, gehören die Kontrolle der Symptome, die der fortgeschrittenen Erkrankungen zu Grunde liegen. Ein sehr wichtiger Teil ist die psychosoziale Betreuung der Erkrankten und ihrer Zugehörigen. Diese schließt die spirituellen Bedürfnisse aller betreuten und zugehörigen Menschen mit ein.

Die Definition der WHO (2002) für Palliative Care lautet:

„Palliative Care ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychischer und spiritueller Art.“

Nikolic et al. (2019; 66 f.) beschreibt Palliativstationen als Abteilungen in Spitälern, die das Ziel haben die subjektive Lebensqualität der an einer lebenslimitierenden Erkrankung leidenden Betroffenen zu verbessern. Diese spezialisierte Palliativversorgung dient der Behandlung komplexer Symptome einer Erkrankung. Mit dem Nahziel einer Entlassung in die häusliche palliative Betreuung, wenn es die Situation zulässt. Die Aufgaben der Teams von Palliativstationen werden von den Autor*innen als sehr vielschichtig beschrieben, vor allem der nicht voraussagbare Verlauf einer progredienten Erkrankung, und die begrenzte Verfügbarkeit von stationären Palliativbetten sind ständig anstehende Versorgungsprobleme (Allen, et al., 2017).

Im LKF- Modell 2021 wird betont, dass es sich bei einer Palliativstation um einen Bereich handelt, in dem eine palliative Zusatzausbildung empfohlen ist. Dies gilt sowohl für das ärztliche, wie auch für das pflegerische Personal. Durch den hohen Betreuungsaufwand ergibt sich laut ÖSG ein Personalschlüssel in der Pflege von 1,2:1 DGKP/Bett. Auch im stationären palliativen Setting gibt es ein gesondertes Abrechnungs-Punktesystem, das für die ersten 21 Tage Aufenthalt in der Palliativstation ident ist. Erst ab dem 22. Tag reduziert sich die Punktezahl für die Abrechnung (BMSGPK, 2021; 24 ff.). Der Bedarf der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung wird von ca. 10-20% aller Patient*innen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium in Anspruch genommen. Die verschiedenen Versorgungsformen in Österreich reichen von einer Palliativstation über Tages- und stationäre Hospize, palliative Konsiliardienste im

stationären Setting mit und ohne Palliativabteilung, zu mobilen Palliativ- oder Hospizteams (GÖG, 2018; 3).

4.3 Palliativversorgung auf der Intensivstation

PC auf einer Intensivstation ist die Zusammenführung der Gemeinsamkeiten aus den beiden Fachdisziplinen. Die Verbesserung der Lebensqualität und Leidensverminderung sind die gemeinsame Schnittmenge aus beiden Bereichen, daraus kann manchmal auch eine Lebensverlängerung bei Palliativpatient*innen resultieren, schreiben Ruppert & Heindl (2019; 96). Ein unterschiedlich großer Prozentsatz an ICU Patient*innen verstirbt auch auf einer ICU – das ist abhängig von Art der Intensivstation und auch von den dort betreuten Patient*innen. Die ICU-Mortalität kann in der Literatur zwischen 2 und fast 50% liegen. Versterbende Patient*innen auf einer ICU bedürfen alle einer Palliativversorgung. Die Gewichtung der Behandlung, kurativ oder palliativ am Lebensende ist multifaktoriell, und abhängig von den zur Verfügung stehenden medizinischen Ressourcen. Subjektive Faktoren wie Einstellung, Wünsche und Normen der interagierenden Personen spielen eine nicht unerhebliche Rolle (Müller-Busch, H.C., 2013; 22). Weiter schreibt der Autor, dass es Friktionen in Entscheidungssituationen geben kann. Es sollte eine Lebensverlängerung nur angestrebt werden, wenn auch eine für Patient*in akzeptable Lebensqualität erreicht werden kann. PC ist am Lebensende auf der Intensivstation ein integraler Bestandteil. Valentin (2010; 32 f.), ist der Meinung, dass eine primäre Aufnahme von Patient*innen auf einer Intensivstation zur Palliation nur in gut besprochenen Ausnahmefällen gemacht werden sollte, zum Beispiel für die Betreuung und Überwachung einer palliativen Sedierungstherapie, wo die Intensivstation ein besseres personelles und apparatives Setting bietet. Der Autor schreibt von der Wichtigkeit der ständigen Evaluation der Therapieziele, und dementsprechend die Invasivität der gesetzten Maßnahmen anzupassen, oder zurückzunehmen. Ein Beispiel wäre die Zurücknahme der Beatmung. Es muss in diesen Fällen sichergestellt sein, dass die Symptome, die durch Reduktion der Invasivität intensivmedizinischer, auf Heilung ausgerichteter Maßnahmen auftreten können, suffizient behandelt werden. PC auf der Intensivstation sollte ein Grundpfeiler des Behandlungs- und Betreuungsangebotes sein. Die Begleitung während des Sterbeprozesses bezieht sich nicht nur auf die Patient*innen, beinhaltet auch die Betreuung von Angehörigen, und dies über den Tod hinaus. Die Integration einer sehr guten Palliativversorgung und Kommunikation verbessert die Betreuung und Begleitung der Patient*innen und deren Zugehörigen am Lebensende auf einer Intensivstation (Brown et al., 2017; 1898). Eine Therapiezieländerung (TZÄ) zu Gunsten einer Palliation ist dann indiziert, wenn eine bereits begonnene Intensivtherapie keinen Nutzen

für den/die Patient*in mehr hat, da die technisch mögliche Behandlung keine Verbesserung der Lebensqualität bringt, sondern nur eine Leidensverlängerung bedeuten würde. Eine TZÄ auf einer ICU, wenn Patient*innen nicht mehr für sich selbst sprechen können, sollte neben der fehlenden Indikation auch immer auf dem mutmaßlichen Willen der Patient*innen beruhen. Die Beendigung der auf Heilung ausgerichteten Therapie darf natürlich auf keinen Fall, die Beendigung der Betreuung der Patient*innen bedeuten. Es ändert sich lediglich das Ziel ärztlichen und pflegerischen Handelns - neues Ziel ist nun eine bestmögliche Symptomkontrolle, und das vermehrte Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse der Patient*innen und deren Angehörigen (Kompanje, 2006; 2067).

4.4 Palliativstationen

Palliativstationen sind meist Teil einer stationären Einrichtung oder sind an diese angegliedert. Das Betreuungsteam ist multiprofessionell und verfügt in der Regel über eine Zusatzqualifikation in PC/Medizin. Es werden Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und schwer zu behandelnden Symptomen betreut. Die Intention ist es, nach Stabilisierung der Krankheitssymptome, die Patient*innen wieder nach Hause zu entlassen oder in eine spezialisierte Einrichtung (z.B. Hospiz) zu verlegen. (Hospiz Österreich, 2021). Bei Patient*innen, bei denen die Entlassung auf Grund des körperlichen Zustandes nicht mehr möglich ist, werden diese vom Team einer Palliativstation/Hospiz auf ihrem letzten Weg begleitet. Das Setting Palliativstation ermöglicht, Patient*innen und deren Zugehörige bestmöglich zu begleiten (Vorarlberger Landeskrankenhäuser, 2022). Für die Aufnahme auf einer Palliativstation sind in der Regel Kriterien festgelegt. Zum einen muss der/die Patient*in beziehungsweise deren Stellvertreter*in mit der Aufnahme einverstanden sein. Zum anderen sollten die Patient*innen vorab über seinen/ihren Gesundheitszustand aufgeklärt worden sein. Die betroffenen Personen sollen über das Betreuungsspektrum und Therapieziel in Kenntnis gesetzt worden sein, um keine falschen Erwartungen zu haben (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

4.5 Palliativer Konsiliardienst (PKD)

Der Palliativkonsiliardienst (PKD) besteht meist aus einem interprofessionellen Team, das auf Anfrage im stationären oder ambulanten Setting das jeweilige behandelnde Team berät. (Hospiz Österreich, 2022). Das Konsiliarteam bietet also dem Behandlungsteam das nötige Fachwissen an, um schwierige Palliativsituation in der jeweiligen Umgebung besser zu behandeln. Sie unterstützen das Transferierungs- und Entlassungsmanagement entweder nach Hause oder in spezialisierte Einrichtungen. Je nach den

gegebenen Versorgungsstrukturen einer Region geben sie ihre Expertise auch im extramuralen Bereich weiter. Sie stellen Kontakte zu mobilen Hospiz- und Palliativteams her. Hierbei unterstützt und berät der PKD auch direkt Patient*innen und deren Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

5 Ausbildung Palliative Care in Österreich

Der Dachverband Hospiz Österreich nimmt seinen Bildungsauftrag seit den Anfängen seiner Entstehung in Hospiz- und Palliative Care wahr. Dieser stützt sich auf drei Säulen. Dazu zählen die Lehre unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse, deren Weitergabe und Umsetzung in die Praxis, sowie die Förderung der Einstellung zu PC. Hildegard Teuschl legte den Grundstein für die Ausbildungen in Hospiz- und Palliative Care in Österreich (Hospiz Österreich, 2022).

5.1 Ausbildung in Palliative Care für Pflegeberufe in Österreich

PC ist bereits in der Grundausbildung aller Pflegeberufe integraler Bestandteil des Curriculums. Es bestehen in Österreich deutliche Unterschiede in den angebotenen Unterrichts- und Praktikumsstunden in PC. Je nach Bildungseinrichtung und Bundesland können diese stark divergieren. Dies betrifft sowohl die Ausbildungen von Pflegeassistent*innen, Pflegefachassistent*innen, aber auch die Diplom- und Bachelorausbildungen für Gesundheits-, und Krankenpflege (Brandstötter, C. et al., 2021; 106). Weiterführende Aus- und Weiterbildungen in PC werden in den Bundesländern angeboten (Interprofessioneller Palliativer Basislehrgang). Der Abschluss eines Basislehrganges (mit dem Zusatz „Universitärer Lehrgang“) berechtigt zur Vertiefung des Wissens in PC auf Hochschulebene. Diese werden seit 2006 in Österreich angeboten (Hospiz Österreich, 2021). Abhängig vom Workload können in PC-Weiterbildungen mit und ohne Kompetenzerweiterung besucht werden. Um in Spezialbereichen wie Hospiz- oder Palliativeinrichtungen tätig sein zu können ist jedenfalls die Absolvierung der spezialisierten Vertiefung innerhalb von 5 Jahren ab Dienstantritt verpflichtend (ÖGKV, 2022). Auf Bundes- und Landesebene werden ein- und mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

5.2 Ausbildung in Palliative Care für Ärzt*innen in Österreich

Im Curriculum der Humanmedizin wird der Lehrinhalt Palliativmedizin mittlerweile angeboten. Pflichtvorlesungen in Palliativmedizin haben nur einen geringen Umfang (Hospiz

Österreich, 2022). Die Österreichische Ärztekammer bietet eine Ausbildung in Palliativmedizin an, welche mit einem Diplom abschließt (Österreichische Akademie der Ärzte, 2013). Parallel zum Diplom der österreichischen Ärztekammer, gibt es, ähnlich wie für Pflegeberufe ein dreistufiges Weiterbildungsmodell in PC. Dieses findet zum Teil im interprofessionellen Setting statt, und bietet die Möglichkeit sich bis auf Masterniveau weiterzubilden (Hospiz Österreich, 2021). Im ärztlichen Bereich hat sich in Österreich noch keine eigenständige Facharztausbildung in Palliativmedizin etabliert (Medmedia, 2016).

6 Tools zur Identifikation von Palliative Care-Bedarf

Das Erkennen von stationär in Behandlung stehenden Patient*innen, die von einer spezialisierten Palliativversorgung profitieren würden, erweist sich für das Behandlungsteam im stationären Setting als nicht so leicht. (Afshar, Müller-Mundt & Schneider, 2016; 133). Eine der größten Probleme ist die Früherkennung palliativer Behandlungsbedürfnisse und die rechtzeitige Implementierung durch das Behandlungsteams. Die Verwendung von einfach anzuwendenden Unterstützungstools, können die Entscheidungsfindung im klinischen Alltag erleichtern (Downar, Wegier & Tansuseputro, 2019). Eine Vielzahl von Unterstützungstools leistet Hilfe bei der Identifikation von Menschen mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen, hoher Gebrechlichkeit und eingeschränkter Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, die von einer rechtzeitigen Palliativversorgung profitieren würden. Frühzeitiger Zugang zu PC kann die Lebensqualität am Lebensende deutlich verbessern und die Organisation adäquater Betreuung erleichtern (© Healthcare Improvement Scotland, 2018).

6.1 Surprise Question (SQ)

In einer Studie von Haydar et al. (2017; 6) konnte durch die Anwendung der „Überraschungsfrage“ (engl. Surprise Question, SQ): „Wären sie überrascht, wenn der/die Patient*in innerhalb des nächsten Jahres/Monats/Woche/Tages sterben würde?“ festgestellt werden, dass, wenn diese mit ja durch die Behandler*innen beantwortet wurde, die Patient*innen und ihre Angehörigen früher in ein palliatives Setting eingebettet wurden. Eine Limitation bei der Verwendung der SQ ist die prognostische Unschärfe bei der Einschätzung des Verlaufs einer terminalen Erkrankung.

Die SQ wird als ein simples und treffendes Tool zur Detektion einer höheren 12 Monate Sterblichkeitsrate von Patient*innen in der Gynäko-Onkologie angesehen. Die SQ

könnte gut für die frühzeitige Implementierung von PC und Advance Care Planning (ACP) verwendet werden (Rauh, et al., 2020; 1). Im Rahmen der prognostischen Ungenauigkeit der Surprise Question gab es bis zu einem Drittel Fehleinschätzungen, abhängig von der Profession, die sie durchführte (Singh et al. (2019; 303 f.)). Die Autor*innen sprechen von verpassten Gelegenheiten, wenn die Patient*innen in ihrer Prognose zu positiv eingeschätzt wurden, und die Patient*innen im Prognosezeitfenster verstarben. Ihnen wurde dadurch eine angemessene Palliativversorgung vorenthalten. Trotz der Ungenauigkeit bei der Prognoseerstellung sind die Autor*innen der Meinung, dass die SQ in einem Akutkrankenhaus seine Berechtigung hat, da das Stellen der SQ eine Ampelfunktion hat und damit rechtzeitig weitere Versorgungsschritte in Richtung PC getriggert werden können. Die SQ als alleiniges hartes Entscheidungskriterium für eine Therapiezieländerung zu verwenden, wäre auf Grund der prognostischen Unschärfe allerdings nicht gerechtfertigt.

6.2 ADL-Score

Das Assessmenttool „Activities of Daily Living“ (ADL) ist ein sehr einfach zu handhabendes Instrument im innerklinischen Bereich. Es kann von Pflegepersonen genutzt werden, um Patient*innen in Bezug auf ihre Fähigkeit sich selbstständig im Alltag zu versorgen in Form eines Scores zu beurteilen. Es wird bewertet, wieviel Hilfe Patient*innen bei ihren alltäglichen Tätigkeiten (Essen, Duschen, Toilette, Anziehen, etc.) benötigen. Je abhängiger eine Patient*in von fremder Hilfe ist (d.h. je weniger selbstständig jemand ist), desto schlechter ist das Outcome (hohe Mortalität, hohes Risiko ein Pflegefall zu werden) bei schwerer Erkrankung oder großen medizinischen/operativen Eingriffen (Edemekong, 2022). Es gibt mittlerweile gut ausdifferenzierte und sehr genaue ADL Scores. Chan-Weiner et al. (2002; 187 ff.), untersuchten grundlegende selbstständige Aktivitäten (basic ADL) wie Bewegen, Essen, Körperpflege, Kontinenz und Toiletten-gang. Bei den instrumentellen ADLs (IADLs) geht es um kognitiv schwierigere Aufgaben, die zusammenhängendes Denken erfordern. Diese reichen vom Einkauf von Alltagsprodukten, Nahrungsmittel, eigenen Medikamenten, über Organisation der eigenen Finanzen, bis hin zum Einsatz von Kommunikationsmitteln (Post, Email). Die Autoren beschreiben die IADLs als jene Funktionen, bei denen die Schwelle niedriger ist, andere Menschen um Hilfe zu bitten. Der älteste ADL Score von Katz et al. aus dem Jahr 1963 (1963; 99) eignet sich auf Grund seiner Einfachheit als ein Tool zur schnellen Risikoeinschätzung. Er wird z.B. im Rahmen der Triage SOP der ÖGARI/FASIM zur Prognoseeinschätzung gemeinsam mit anderen Scores (Dalhousie Frailty Scale, POS-POM, SOFA Score) bei Ressourcenknappheit, empfohlen (ÖGARI, 2020).

6.3 Clinical Frailty Scale/Frailty-Index nach Dalhousie

Frailty (Gebrechlichkeit) ist schwer zu definieren, aber man weiß es, wenn man es sieht, sagt Allen (2014; 3117). Am besten wird Frailty beschrieben als ein Syndrom von gestörter physiologischer Reserve und erniedrigter Widerstandskraft gegen Stressfaktoren (Fried et al., 2005). Frailty ist ein sehr guter Predictor für schlechtes Outcome (Theou et al., 2004; 139). Die Entwickler*innen des Frailty-Index (FI) von der Universität von Dalhousie beschreiben ihr Assessment Tool als ein Instrument, das in jedem Versorgungsetting Anwendung finden kann. Die Dalhousie Frailty Scale ist ein altersunabhängiger Parameter zur Einschätzung der Mortalitätswahrscheinlichkeit. (Smart, et al., 2017; 219 ff.). Nicht geeignet ist das Instrument für jüngere Menschen mit einer bereits länger bestehenden Beeinträchtigung, wie zum Beispiel Cerebralpareesen, Lernbeeinträchtigungen und Autismus. Eine ausführliche Anamnese und klinische Erhebung des Gesundheitszustands durch die Untersucher*innen verhindert Fehleinschätzungen (Rockwood, 2020). Die Clinical Frailty Scale (CFS) gibt auch klinisch unerfahrenen Mediziner*innen ein einfach durchführbares Tool für die Bewertung der Gebrechlichkeit an die Hand. ADL-Score und die CFS wird seit der CoVid-19 Pandemie auch als Triage Kriterium im Rahmen der katastrophenmedizinischen Bewertung des klinischen Zustands von Patient*innen unter Ressourcenknappheit von der ÖGARI und der FASIM empfohlen. (Rockwood & Theou, 2020; 254., vgl. ÖGARI, 2020).

ADL und Frailty Scale sollten als sehr einfache und schnelle Tools keine direkte therapeutische Konsequenz haben. Sie eignen sich als einfache und schnell durchzuführende Scores, beide im Sinne einer Ampelfunktion bei der Risikoevaluierung für schlechtes Outcome und hohe Mortalitätswahrscheinlichkeit bei schwerer Erkrankung.

6.4 Supportive and Palliative Care Indicator Tool (Spict™)

Die Universität von Edinburgh als Entwickler, beschreibt Spict™ als ein Instrument, das zur Früherkennung von Patient*innen deren körperlichen Gebrechen progredient sind, und von einer palliativen Versorgung in den verschiedensten Abstufungen profitieren würden. Die Autoren sind der Meinung, dass durch den Einsatz von SPICT™ die Betreuungs- und Lebensbedingungen von Patient*innen deutlich verbessert werden kann. SPICT™ bietet den Anwender*innen eine Checkliste und einen Anwenderleitfaden. Dieser dient zur Beurteilung des Betreuungsbedarfes. Das reicht von der Erhebung des IST-Zustandes, des Krankheitsverlaufes, Evaluierung der Symptomkontrolle, eruieren des aktuellen Versorgungs- und Betreuungsgrades, sowie der Ergründung des Patient*innenwillen und Vorausplanung für Notfallsituationen. Es liefert gleichzeitig in einem

Leitfaden Hilfe zum Beginn der Gesprächsführung mit Beispielfragen, die dieses schwierige Gesprächsthema erleichtern sollen. Die Verfasser konstatieren, dass SPICT™ kein Prognoseinstrument sei, da die Progredienz von Erkrankungen unterschiedlich verlaufe (University of Edinburgh, 2019).

Laut Healthcare Improvement Scotland (2018) ist SPICT™ für den intra- und extramuralen Bereich, bei onkologischen -und nichtonkologischen chronischen Erkrankungen, aber auch bei an Demenz erkrankten Patient*innen einsetzbar. Eine elektronische Version befindet sich derzeit in Arbeit. Afshar et al. (2016; 137) sehen Spict™ als ein Tool mit Potential zur Identifikation von Menschen mit chronisch progredienten nicht-onkologischen Leiden. Als Stärke wird die einfache Anwendung des Instrumentes gesehen. Das Erkennen von palliativen Bedürfnissen bereits im innerklinischen Setting ermöglicht eine frühzeitige palliative Versorgungsplanung.

7 Vorsorgeinstrumente/Patient*innenwillen

Mit 1. Juli 2018 trat das neue Erwachsenenschutzgesetz in Kraft. Neben Änderungen in der Nomenklatur, kam es zu einem grundlegendem Umdenken im Sinne der Förderung der Selbstbestimmung und zum Wohl der betroffenen Menschen (Die Österreichische Justiz, 2018).

7.1 Vertretungen nach dem Erwachsenenschutzgesetz

Das neue Erwachsenenschutzgesetz fördert das Selbstbestimmungsrecht von Patient*Innen. Das Erwachsenenschutzgesetz sieht vier verschiedene Varianten der Vertretung vor für den Fall, dass der/die Patient*in nicht mehr für sich selbst sprechen kann. Im Falle einer fehlenden Entscheidungsfähigkeit (akute Erkrankung, demenzielle Entwicklung, Erkrankungen der Psyche, oder vergleichbares) muss eine Person die Stellvertretung für eine erkrankte Person übernehmen um deren mutmaßlichen Willen in die Diskussion rund um medizinische Entscheidungen einzubringen. Das Erwachsenenschutzgesetz unterscheidet hier den Vorsorgebevollmächtigten, sowie die gewählte, gesetzliche und gerichtliche Erwachsenenvertretung (Hospiz, 2022). Die Stellvertreter*innen müssen sich bei den Erwachsenenschutzvereinen registrieren lassen und werden in ein Register eingetragen. Die Erwachsenenschutzvereine bieten Beratung und helfen bei der Erstellung und Registrierung eines Vorsorgedokumentes (Halmich, 2019; 79).

7.1.1 Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht (VV) kann von jeder entscheidungsfähigen Person errichtet werden. Diese bestimmt eine andere Person, die im Falle des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit (durch akute oder chronisch progredienten Krankheitsprozesse), den mutmaßlichen Patient*innenwillen in die medizinische Entscheidungsfindung einbringt. Für die VV gelten Formalkriterien wie Entscheidungsfähigkeit der Person, die sie errichten will, Errichtung durch Rechtsanwält*innen, Notar*innen oder fachkundige Personen eines Erwachsenenschutzvereins, und eine Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV). Eine zeitliche Beschränkung für die VV gibt es nicht (Die Österreichische Justiz, 2022). Hospiz Österreich (2022) ist der Meinung, dass nach aktueller juristischer Lage eine Kombination aus Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht die beste Möglichkeit darstellt, die medizinischen Behandlungspräferenzen im Falle einer fehlenden Entscheidungsfähigkeit durchzusetzen. Die VV endet entweder durch Widerruf im ÖZVV, mit dem Tod der vertretenen Person oder der Vertretungsperson. Eine VV kann auch durch ein Gericht beendet werden, oder wenn der Vorsorgefall durch Wiedererlangung der Entscheidungsfähigkeit endet (Erwachsenenvertretung Salzburg, 2022).

7.1.2 Gewählte Erwachsenenvertretung

Diese Form stellt eine Art „Notlösung“ dar, wenn die betroffenen Personen keine Patientenverfügung und keine VV errichtet haben oder es besteht eine „geminderte Entscheidungsfähigkeit, wobei die Tragweite der Benennung einer gewählten Vertreter*in jedoch noch grundlegend verstanden werden muss. (Hospiz Österreich, 2022). Es gelten wie bei allen anderen Vertretungsformen die gleichen Formalkriterien, sowohl für die Errichtung, wie auch die Beendigung der Vertretung. Das fördert die Mitentscheidung und Autonomie in persönlichen Belangen (Österreich.gv.at, 2022).

7.1.3 Gesetzliche Erwachsenenvertretung

Hat ein/eine Patient*in, die in absehbarer Zeit nicht für sich selbst sprechen kann, keine gewählte Vertretung, oder Vorsorgevollmacht, so ist eine gesetzliche Erwachsenenvertretung angezeigt (Österreich.gv.at, 2022). Ist eine gesetzliche Vertretung nicht möglich, wird eine gerichtliche Erwachsenenvertreter*in (vormals Sachwalter*in) bestimmt. In der Regel enden die Vertretungen nach Ablauf von 3 Jahren. (Österreich.gv.at, 2022). Die Vertreter*innen haben eine Rechenschaftspflicht gegenüber dem Gericht (Hilfswerk Österreich, 2022).

7.1.4 Gerichtlich Erwachsenenvertretung

Die gerichtliche Erwachsenenvertretung kommt nur dann zum Tragen, wenn keine andere Vertretungsform in Frage kommt. Die gerichtliche Vertretung wird durch ein Bezirksgericht bestellt, wenn möglich aus dem Kreis der Verwandten oder durch Jurist*innen. Die Gültigkeit besteht maximal für drei Jahre und die Vertreter*innen unterliegen einer gerichtlichen Prüfung (Hospiz Österreich, 2022).

7.2 Patient*innenverfügung

In Österreich gibt es seit 2006 ein Patientenverfügungsgesetz (PatVG), welches 2018 reformiert wurde. Der Sinn einer Patientenverfügung (PV) ist die schriftliche Festlegung von Wünschen und Wertvorstellungen für den Fall, dass Patient*innen nicht mehr für sich selbst sprechen können. Sie regelt, welche medizinischen Maßnahmen für die Zukunft gewünscht, ganz oder teilweise abgelehnt werden (Hospiz Österreich, 2022). Eine PV muss höchstpersönlich verfasst werden, darf also nicht von einem/einer Stellvertreter*in errichtet werden, und der Mensch muss entscheidungsfähig sein (PatVG, 2018; § 3.). Unterschieden werden zwei Varianten, die verbindliche Patientenverfügung und andere (nicht-verbindliche) Patient*innenverfügungen. Andere Patientenverfügungen sind nicht bindend, haben aber einen hohen Stellenwert beim Ergründen des mutmaßlichen Patient*innenwillen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz BMSGPK, 2021) und sind selbstverständlich als Willensäußerung zu beachten. Für eine verbindliche Patientenverfügung gibt es Kriterien die erfüllt werden müssen. Aufklärung durch Mediziner*innen und die Errichtung in schriftlicher Form vor einer berechtigten sachkundigen Person (Rechtsanwält*innen, Notar*innen oder Patient*innenvertretungen), sind vorgeschrieben. Nach Errichtung hat die verbindliche PV nun eine Gültigkeit von 8 Jahren. Diese kann auf freiwilliger Basis in einem Patientenverfügungsregister hinterlegt werden. Auskunft kann auf Anfrage an alle Krankenanstalten in Österreich erteilt werden (BMSGPK, 2021). Nach Ablauf der Gültigkeitsdauer (8 Jahre), muss diese verlängert werden. Im Falle von Änderungen muss die PV immer vollständig neu aufgesetzt werden (Hospiz Österreich, 2022). Eine PV ist ungültig, sollten die Umstände des Zustandekommens nicht rechtskonform sein (Zwang, Druck, Täuschung). Die errichtende Person kann jederzeit persönlich ihre PV für ungültig erklären (PatVG, 2018; § 10.).

7.3 Vorsorgedialog®/Advance Care Planning

Der Vorsorgedialog® (VSD) wird idealerweise proaktiv in den Alten-, und Pflegeheimen von den betreuenden Pflegepersonen in Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen initiiert. Speziell geschulte Personen führen mit den Heimbewohner*innen Gespräche mit dem Ziel Wünsche und Wertvorstellungen zu dokumentieren. Es soll im Rahmen des Advance Care Planning (ACP) auch der Patient*innenwille für eine in der Zukunft liegenden vital bedrohlichen Situation eruiert und schriftlich festgehalten werden, am besten im Rahmen einer Patientenverfügung – zusammen mit einer Vorsorgevollmacht. (Hal-mich, 2019; 85). Der Vorsorgedialog® wurde vom Dachverband Hospiz Österreich und dem Beirat Hospiz und Palliativ Care (HPC) für Österreich ins Leben gerufen. Er wurde für Alten- und Pflegeheime in Österreich entwickelt, um eine gemeinsame Planung für eine gute Lebensqualität am Ende des Lebens und ein Sterben in Würde entsprechend des Patient*innenwillen zu gewährleisten. Wenn Patient*innen nicht entscheidungsfähig sind, werden die Zugehörigen in den Dialog eingebunden, um den mutmaßlichen Willen in die Diskussion einzubringen. Der Vorsorgedialog® hilft in Krisensituation den Pflegepersonen und den Notfallteams eine patientenzentrierte Entscheidung zu treffen (Hospiz Österreich, 2017). Synonym für den Vorsorgedialog® sind die Begriffe ACP oder voraus-schauende Planung. Ziel ist die Stärkung der Patient*innenautonomie, um unter Wahrung der Würde ein gutes Leben am Ende des Lebens und ein Sterben in Würde möglich zu machen. (Gruber, 2021).

7.4 Klinische Perspektiven Konferenz

Die Arbeitsgemeinschaft Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), stellte 2019 die „Klinische Perspektiven Konferenz“ (KPK) als Modell für eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung in der Klinik unter Beachtung der Patient*innenwünsche und Wertvorstellungen vor. Sie soll das Pendant des ACP im innerklinischen Bereich darstellen. Es wird die Wichtigkeit einer solchen Konferenz betont, vor allem um Therapien zu verhindern, die nicht mehr indiziert sind und den Patient*innen mehr schaden als nützen. Damit soll Übertherapie und deren Folge, die chronisch kritische Erkrankung verhindert werden. Friesenecker (2020), empfiehlt die Erhebung der ADL´s durch Pflegepersonen einerseits und des Clinical Frailty Scores (CFS) durch Mediziner*innen andererseits zur Risikoabschätzung für schlechtes Outcome und hohe Mortalität als Grundlage für Gespräche zur Therapieplanung von Patient*innen. Der Zusammenhang von fortgeschrittener Gebrechlichkeit und erhöhter Sterblichkeitsrate, konnte z.B. in einer retrospektiven Studie von Yong Hu et al. (2022)

an Hand der CFS nachgewiesen werden. Friesenecker (2020) erläutert die Vorgehensweise und Handhabung. Bei Aufnahme ins Krankenhaus werden bei allen Patient*innen die ADL's durch die Pflege und der Dalhousie Frailty Score durch die Mediziner*innen erhoben. Sollten der ADL- Score kleiner 10 und der Frailty Score größer gleich 5 sein, muss eine klinische Perspektivenkonferenz im Team aller involvierten Behandler*innen stattfinden um Indikationen für technisch Machbares angesichts des erhöhten Mortalitätsrisikos und schlechtem REHA-Potential zu diskutieren, technisch Machbares zu unterlassen, wenn es keinen Nutzen für Patient*in hat und eine rechtzeitige Therapiezieländerung in Richtung Palliativmedizin durchzuführen. Marckmann (2015; 107) definiert den Benefit einer medizinischen Maßnahme dadurch, dass die angestrebten therapeutische Ziele erreicht werden können. Der Autor weist aber darauf hin, dass die angepeilten therapeutischen Ziele nicht immer auch automatisch einen Nutzen für die Patient*innen haben. Der zu erwartende Nutzen einer Therapie sollte den möglichen Schaden überwiegen, Lebensverlängerung ohne Verbesserung der Lebensqualität darf kein Ziel moderner Therapien sein. Die KPK inkludiert ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit Patient*innen- Angehörigen. Verpflichtend sollte – falls zeitlich möglich - folgend die Errichtung einer Patient*innenverfügung und Vorsorgevollmacht sein. Falls dies zeitlich nicht möglich ist, sollte Patient*in zumindest eine Vertrauensperson vor dem geplanten Eingriff benennen, die sich dann über einen Erwachsenenschutzverein als gewählte Vertreter*in registrieren lassen kann. Die Autorin konstatiert die Wichtigkeit einer lückenlosen Dokumentation des gesamten Gesprächs-, und Entscheidungsprozesses. Die Vermeidung von Übertherapie (nicht indizierte, therapeutische Handlungen, unnötigen Aufnahmen auf Intensivstationen, sinnlose Reanimationen etc.) ist das Ziel der KPK und damit die Vermeidung von chronisch kritischer Erkrankung, die zu einer Verlängerung von Leiden und einem Hinauszögern des Sterbeprozesses führt, was ethisch nicht geboten ist (Friesenecker, 2020).

7.5 Klinische Ethikberatung und die ethische Fallbesprechung

Gibt es bei einer Therapieentscheidung Friktionen in oder zwischen den Teams und gestaltet sich diese nicht eindeutig, kann das vielschichtige Ursachen haben. Oft handelt es sich um unterschiedliche Ansichten hinsichtlich der Prognose zwischen dem medizinischen Fachpersonal. Divergierende Wünsche von Patient*innen und ihren Zugehörigen bezüglich der medizinischen Behandlung können Probleme verursachen (Winkler, 2015; 111). Reiter-Theil (2009; 41 f.) weist darauf hin, dass ein nicht unerheblicher Anteil medizinischer Entscheidungen in der Praxis mit ethischen Problemen zu tun haben. Die

Autorin ortet in der fehlenden Entscheidungsfähigkeit bei Patient*innen mit eingeschränktem Bewusstsein, dem nicht Vorhandensein von Vorsorgedokumenten, die den Patient*innenwillen klar darlegen, und Differenzen des Behandlungsteams über das Therapieziel, Ursachen für ethische Konflikte. Ruppert (2019; 101) schreibt, dass bei Entscheidungen am Lebensende die Würde der betroffenen Person im Zentrum stehen sollte. Patient*innen- und bedürfnisorientierte Entscheidungen sollen im Vordergrund stehen, Paternalismus des beteiligten Behandlungsteams und der Zugehörigen sollten vor einer Entscheidung im Rahmen eines „shared decision makings“ mit einem „informed consent“- sofern dies möglich ist – in den Hintergrund rücken. Das Vorhandensein einer klinischen Ethikberatung im intramuralen Bereich wird weltweit als ein sehr wichtiges Gütekriterium einer medizinischen Versorgungsstruktur angesehen. Die Aufgaben einer innerklinischen Ethikberatung reicht von Schulungen des eigenen Klinikpersonals bis hin zum Erarbeiten von Handlungsvorschlägen bei schwierigen Entscheidungen. Eine besondere Herausforderung ist die Organisation, Moderation und Durchführung von ethischen Fallbesprechungen.

In der Regel sind im stationären Bereich Klinische Ethikkomitees (KEK) mit diesen Aufgaben betraut. Diese Teams sind multiprofessionell aufgestellt, um alle Aspekte der Fragestellung zu beleuchten. Die Mitglieder sollten in der Institution bekannt sein und deren Strukturen kennen. Dies verbessert die Akzeptanz und den niederschweligen Zugang zu den Ethikteams. Ethikteams müssen ausreichend zeitliche Ressourcen von der Einrichtung zur Verfügung gestellt bekommen, um ihren Tätigkeiten suffizient nachkommen zu können. Die Weisungsunabhängigkeit der Mitglieder der klinischen Ethikteams von den Entscheidungsträgern der Einrichtung ist Voraussetzung für eine gute ethische Entscheidungsfindung. Kompetenz in der empathischen Gesprächsführung und ein hohes Maß an Wissen um die ethischen Grundlagen medizinischer Entscheidungsfindung sollte Voraussetzung für die Mitgliedschaft in einem klinischen Ethikkomitee sein (Neitzke, 2015; 24 f.).

Ethische Fallbesprechung:

Steinkamp & Gordijn (2010; 256) beschreiben eine Ethische Fallbesprechung wie folgt,

„Als einen systematischen Versuch, im Rahmen einer strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gespräch, mit einem multidisziplinärem Team innerhalb eines begrenztem Zeitraumes zu der ethisch am besten begründeten Entscheidung zu gelangen.“

Die Autoren verstehen unter Entscheidung eine Empfehlung für das Behandlungsteam.

Jeserich & Foss (2018) sind der Meinung, dass die ethische Fallbesprechung eine der Hauptaufgaben eines klinischen Ethikkomitees ist. Die Güte einer Fallbesprechung ist von der Fähigkeit der Mitglieder zur kritischen Selbstbetrachtung der eigenen Meinung und Werte und vom Vermögen diese offen in einem Team zu besprechen, abhängig. Meyer-Zehnder et al. (2014; 479) schreiben, dass systematisch aufgebaute ethische Entscheidungsprozesse in die Krankenhausroutine integriert werden können, sofern Unterstützung bei den Entscheidungsträgern gegeben ist.

Marckmann & Mayer (2009, 980) sehen die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen als ein sehr gutes Instrument an. Durch eine inter- und intraprofessionelle Beteiligung bei einer ethischen Fallbesprechung können die verschiedenen Sichtweisen der Professionen, der betroffenen Person und deren Angehörigen analysiert werden. Es entsteht dadurch ein Gesamtbild zur Problematik des/der Patient*in. Die unterschiedlichen Perspektiven der involvierten Personen und Berufsgruppen müssen in diesem Entscheidungsprozess besprochen werden. Die Moderation bei der Entscheidungsfindung und die Zusammenführung der Ergebnisse der Fallbesprechung mündet in einem Vorschlag für die weitere Behandlung, den das behandelnde Team dann berücksichtigen kann oder nicht. Die Autoren streichen klar hervor, dass die Endverantwortung der Entscheidung bei den Behandler*innen liegt. Der gemeinsam erarbeitete Handlungsvorschlag, der aus dem Input unterschiedlicher Expert*innenmeinungen entsteht, findet meist mehr Akzeptanz, als Einzelentscheidungen. Als wichtigen Vorteil einer ethischen Fallbesprechung sehen die Autoren die Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Klinkhammer (2012; 1756), und die Co-Autor*innen der DIVI betonen, dass eine ethische Fallbesprechung nicht nur von den Behandler*innen eingefordert werden kann, sondern dass auch an-, und zugehörige Personen, diese verlangen können. Das sei wichtig, im Sinne eines shared decision makings.

Eine ethische Fallbesprechung folgt grundsätzlichen Leitgedanken. Ziel ist das „Beste“ für die Patient*in zu erreichen im Sinne des Wohltuns und nicht-Schadens Prinzips unter Beachtung des Patient*innenwillens (Autonomieprinzip) und dem Gerechtigkeitsprinzip folgend – entsprechend den 4 Prinzipien des Georgetown Mantras (Beauchamp & Childress, 2009; 150 ff.). Wohltun-, und Nicht-Schadensprinzip greifen oft inhaltlich ineinander. Möglicher Schaden durch eine Behandlung kann immer dann akzeptiert werden, wenn das Wohltun im Endeffekt im Vordergrund ärztlicher/pflegerischer Bemühungen steht (z.B. Chemotherapie).

Das Prinzip des Respektes vor der Autonomie von Patient*innen ist das höchste Gut. Um autonom entscheiden und handeln zu können, bedarf es verständlicher Informationen über die möglichen Therapieoptionen. Nur so kann eine medizinische Entscheidung basierend auf dem Patient*innenwillen getroffen werden (Beauchamp & Childress, 2009; 102). Die Ergründung des Patient*innenwillens gestaltet sich bei einwilligungsfähigen Patient*innen relativ unkompliziert. Durch Gespräche werden Wünsche und Wertvorstellungen eruiert und gemeinsam eine Behandlungsstrategie erarbeitet. Deutlich schwieriger gestaltet sich die Ergründung des Willens bei nicht äußerungs- und damit auch nicht einwilligungsfähigen Menschen (z.B.: Intensivpatient*innen). In diesem Fall bedarf es der Ergründung des mutmaßlichen Patient*innenwillen. Mit dem Instrument der Patient*innenverfügung, in der Patient*innen selbst Wünsche und Wertvorstellungen schriftlich definieren und medizinische Behandlung ganz oder teilweise ablehnen können, wird rechtzeitig Sorge getragen, dass Ihr Wille Gehör findet. Die Ernennung von Stellvertreter*innen nach dem neuen Erwachsenenschutzgesetz dient dazu den mutmaßlichen Willen einer/eines Patient*in durch die Einbeziehung von Stellvertreter*innen in die medizinische Entscheidungsfindung einzubringen für den Fall, dass Patient*innen nicht mehr, für sich selbst sprechen können und auch keine Patient*innenverfügung errichtet haben (Wallner, 2018)

Das letzte Prinzip im George Town Mantra bezieht sich auf die Verteilungsgerechtigkeit. Gemeint ist damit die ausgewogene Verteilung von medizinischen Ressourcen an Menschen, die diese benötigen. (Beauchamp & Childress, 2009; 250).

An Hand dieser 4 Grundprinzipien leitet Marckmann & Mayer (2009, 980 ff.) das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion ab. Die Autoren konstatieren die Notwendigkeit mögliche Therapieoptionen mit dem möglichen Outcome in Relation zu setzen. Die Autoren bezeichnen das als: „Analyse der Handlungsoptionen“. In einem zweiten Schritt wird erwogen, wie die ethischen Ziele am besten erreicht werden können. Dies wird als „Bewertung der Handlungsoptionen“ bezeichnet.

Der schematische Ablauf der prinzipienorientierten Falldiskussion gliedert sich zum einen in die Analyse von Informationen über die/den Patient*in (medizinische Informationen, Sozialanamnese, etc.). In einem weiteren Schritt werden von den Behandler*innen die möglichen Therapieoptionen mit ihren zu erwartenden Folgen, und der Ausblick auf die langfristigen Überlebenschancen erörtert.

In einer ersten Bewertung wird der Patient*innenwille (Autonomie) und das Wohltun-/Nicht Schadensprinzip für die möglichen therapeutischen Optionen miteinander abgewogen. Hier geht es in erster Linie darum, den Willen des/der Patient*in, und mit den möglichen Therapieoptionen in Einklang zu bringen.

In einem weiteren Schritt wird die Verantwortung gegenüber Dritten (An-, und Zugehörige, Allgemeinheit) - auch in Bezug auf Verteilungsgerechtigkeit überprüft. Dabei ist auch die Verhältnismäßigkeit einer technisch möglichen Behandlung zu erwägen – sowohl in Bezug auf die Patient*innen selbst als auch mit Blick auf die Allgemeinheit.

In der zusammenführenden Synthese werden alle Argumente miteinander in Relation gesetzt und es wird überprüft, ob die einzelnen Punkte des Besprochenen übereinstimmen und wo sie voneinander abweichen. Bei einem Dissens muss gemeinsam mit den Patient*innen bzw. deren Stellvertreter*innen erwogen werden, welcher Perspektive die größte Gewichtung zukommt (Autonomie, Wohltun/Nichtschaden, Verpflichtung gegenüber Dritter). Im erarbeiteten Konsens wird dann das weitere Vorgehen für die Realisierung der Handlungsempfehlung besprochen und schriftlich dokumentiert. Zum Abschluss wird das schwerwiegendste Argument gegen die getroffene Handlungsempfehlung diskutiert, und das daraus resultierende ethische Dilemma, sowie dessen Vermeidbarkeit besprochen.

Therapiezieländerung (TZÄ)

Ellger (2017; 351) betont, dass es von größter Wichtigkeit ist, bei therapeutischen Handlungen immer ein klares Therapieziel zu haben. Egal ist dabei, ob es um eine Maximaltherapie auf der Intensivstation mit dem Ziel der Heilung geht, oder um eine Therapiezieländerung Richtung PC. Im Gegensatz zum nicht mehr empfohlenen Begriff der „Therapiebegrenzung“ oder gar „Therapiebeendigung“ impliziert das Wort „Therapiezieländerung“, dass es weiterhin für Ärzt*innen und Pflegepersonen viel zu tun gibt, da sich nur das angestrebte Ziel der therapeutischen Bemühungen von kurativ auf palliativ geändert hat – fürsorglich begleiten mit dem Fokus auf Wohltun und optimale Symptomkontrolle in dieser letzten Phase des Lebens um eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen / zu erhalten – „das gute Leben am Ende des Lebens“.

Es geht bei einer Therapiezieländerung darum technische Machbares in Bezug auf den Nutzen für Patient*in kritisch abzuwägen um Leiden nicht zu verlängern und Sterben zuzulassen, wenn eine Heilung nicht mehr wahrscheinlich erscheint. Die Entscheidung

über eine Therapiezieländerung ist mit den Patient*innen und deren Angehörigen/Stellvertreter*innen in einer ihnen verständlichen Form mit der nötigen Empathie ausführlich zu besprechen (Halmich, 2019; 38 f.).

Die Nomenklatur der Therapiezieländerung muss einheitlich und klar sein. Sowohl die ARGE Ethik der ÖGARI als auch Halmich (ÖGARI, 2013. Vgl. Halmich, 2019; 47 f.) empfehlen entsprechend der aktuellen Gesetzeslage eine Therapiezieländerung zeitnahe und schriftlich zu dokumentieren. Dies ist auch für die klinische Arbeit notwendig, da dann alle im Team der Behandler*innen informiert sind – was gerade auch für die Situation der Dienstübergaben wichtig ist.

DNR - „Do Not Resuscitate“ bedeutet für die Behandler*innen, dass im Falle eines Herzkreislaufstillstandes, keine Reanimation – weder mechanisch noch elektrisch oder medikamentös - durchgeführt werden soll (ÖGARI, 2013).

Die Bezeichnung AND - „Allow Natural Death“, kann im nicht-intensivmedizinischen Kontext verwendet werden, hat laut Halmich (2019; 48) nicht den Beigeschmack des „nichts Tuns“ und hätte möglicherweise größeren Zuspruch bei den an der Entscheidung beteiligten Personen– zumindest im nicht-Intensivmedizinischen Bereich.

DNE - „Do Not Escalate“. Sollte sich eine Verschlechterung des Zustandes eines/einer Patient*in einstellen, und eine Steigerung laufender therapeutischer Maßnahmen nicht mehr sinnvoll/indiziert sein, so kann auf eine weitere Steigerung jeder einzelnen Maßnahme verzichtet werden. Diese Maßnahmen sollten im Detail mit Ihrer Limitation angeführt sein und müssen schriftlich dokumentiert werden (ÖGARI, 2013).

RID - „Re-evaluate Indication and De-escalate“ empfiehlt dem Behandlungsteam die tägliche Überprüfung der Indikationen von laufenden intensivmedizinischen Maßnahmen. Sollten Therapien auf Grund des Krankheitsverlaufs nicht mehr angemessen/indiziert sein, so sind diese im Rahmen einer Therapiezieländerung gegebenenfalls nicht zu beginnen, oder laufende Maßnahmen zu beenden. Auch dies ist schriftlich zu dokumentieren.

Withhold/Withdraw: Wenn eine (intensiv-,) medizinische Maßnahme nicht oder nicht mehr indiziert/angemessen ist, dann darf jederzeit auf den Beginn einer technisch möglichen Maßnahme verzichtet werden (Withhold) bzw. eine laufende Maßnahme muss dann beendet werden (Withdraw).

CTC „Comfort Terminal Care“: Im Rahmen der CTC wird die palliativmedizinische Versorgung eines Menschen in der Sterbephase verstanden. Ziel der CTC ist es mittels bestmöglicher Symptomkontrolle ein „Sterben in Würde“ ohne Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot, und gut begleitet, zu ermöglichen (ÖGARI, 2013). CTC umfasst ärztliche und pflegerische Maßnahmen gleichermaßen. Es geht in beiden Fällen nur mehr darum „Wohl zu tun“. Auf belastende Maßnahmen (diagnostische Prozeduren, zentrale Leitungen zeitgerecht wechseln, Lagerung, Absaugen, Physiotherapie etc.) darf verzichtet werden, da diese beim sterbenden Menschen - sofern sie belastend sind - nicht mehr indiziert sind. Auch die CTC muss schriftlich dokumentiert werden.

Eine TZÄ stellt kein unumstößliches Dogma dar. Eine regelmäßige – wenn möglich tägliche - Evaluation der Indikation und des Therapieziels wird empfohlen (ÖGARI, 2013; 216ff, Vgl. Halmich, 2019; 51). Im Falle einer Verbesserung des Gesundheitszustandes darf/muss eine Therapiezieländerung auch durchaus angepasst, oder auch wieder zurückgenommen werden.

Für die ausführliche und übersichtliche Dokumentation hat die ÖGARI eine Checkliste und einen Dokumentationsbogen entwickelt, der es den Behandler*innen erleichtert eine übersichtliche und gut nachzuvollziehende schriftliche Dokumentation durchzuführen (ÖGARI, 2013).

Die gute Betreuung von schwer kranken Menschen am Lebensende ist eine besondere Herausforderung, sowohl was die rechtzeitige Entscheidung zur Therapiezieländerung Richtung Palliativmedizin – weg von sinnlosen, unangemessenen Heilungsversuchen, nur weil diese technisch möglich wären - als auch was die Kommunikation über das Lebensende in den behandelnden Teams (inter-, und intraprofessionell) und auch mit den Angehörigen/Stellvertreter*innen betrifft. Klarheit zu finden - speziell für die schwierigen Entscheidungen am Lebensende, die Indikation und das Therapieziel regelmäßig (möglichst täglich) zu überprüfen, die Angemessenheit der laufenden oder geplanten medizinische Maßnahmen zu evaluieren, ist vordringliche Aufgabe der Behandler*innen – dies gilt gleichermaßen für pflegerische wie ärztliche Teams. Die gute Kommunikation innerhalb der Teams sowie zwischen den Teams (Ärzt*innen und Pflege) und mit den Primärbehandler*innen (Chirurg*innen, Neurolog*innen, Internist*innen, etc.) ist eine besondere Herausforderung, für die oft die notwendige Zeit, Muße und auch Ausbildung fehlt (Friesenecker, 2022).

8 Benefit von Palliative Care auf einer ICU

Lebensqualitätsverbesserung am Lebensende ist das Ziel und der Hauptnutzen von PC, dies hat auch Gültigkeit auf einer Intensivstation. Cicely Saunders oft zitierte Aussage hat nach wie vor nichts an Aktualität eingebüßt:

„Es geht nicht darum dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

Gramm & Berthold sehen in diesem Spruch von Saunders eine Aufforderung aller an einer Behandlung von Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase beteiligten Personen ihre Sichtweise auf die angedachte Therapie zu reflektieren, um Übertherapie zu vermeiden und einer palliativen Betreuung am nahenden Lebensende Platz zu geben.

8.1 Lebensqualität (Ziel: „Gutes Leben am Ende des Lebens“)

Die WHO (2002) verbindet Lebensqualität am Lebensende mit einer guten palliativen Versorgung von Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankung. Dies umfasst die Behandlung der physischen und psychischen Symptome, die mit der Erkrankung einhergehen. Das Erkennen und Berücksichtigen der spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse am Lebensende wird als sehr wichtig eingestuft. Auch die Begleitung der Angehörigen soll Platz finden. Kojer (2004; 39) wirft in ihrem Beitrag die Frage auf, ob es überhaupt möglich ist, am Ende des Lebens noch von Qualität zu sprechen, wenn der/die Betroffene in den unterschiedlichsten Dimensionen Belastungen erfährt. Die Autorin sieht suffiziente Symptomkontrolle in allen Bereichen als die Grundvoraussetzung für Lebensqualität am Lebensende an. Sie spricht von einer „Orchestrierung des Lebensendes“, in dem alle beteiligten Personen, Behandler*innen und Betreuungspersonen alles ihnen Mögliche dazu beitragen, um das subjektive Wohlbefinden der Patient*innen zu verbessern. Dies geschieht einerseits durch eine adäquate Leidenslinderung und eine Ausgestaltung der verbleibenden Zeit nach den Wünschen der Betroffenen.

In der Palliativversorgung steht vorrangig das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität vor der Verlängerung der Lebenszeit. Die Qualität des verbleibenden Lebens wird als Hauptfaktor angeführt, wenn es um Entscheidung für oder gegen eine medizinische Intervention geht. Die Lebensqualität unter einer Therapie sollte sich am Ende eines Lebens - falls möglich - nicht verschlechtern. Schlechte Lebensqualität am Lebensende stellt daher einen leitenden Marker von Futility (Sinnlosigkeit einer technisch möglichen, medizinischen Handlung) dar (Peters, Heckel & Ostgathe, 2020; 8 f.). Die Autor*innen

betonen, dass die Messung der Lebensqualität auf Grund ihrer Multidimensionalität und Individualität nur sehr schwer möglich sei, auch wenn es einige Instrumente für die Messung von Teilbereichen von Lebensqualität gibt.

Bernatzky & Likar (2012; 58 ff.) sind der Meinung, dass die Bewertung von Lebensqualität nur von den Betroffenen höchstpersönlich durchgeführt werden kann. Lebensqualität entzieht sich daher einer Bewertung von außen. Dieser Meinung schließt sich Ziegler (2007;162) mit der Aussage an, dass die Bewertung der Lebensqualität durch ein Behandlungsteam nicht zulässig sei. Menschen mit neurologischen Erkrankungen und einer begleitenden Kommunikationseinschränkung (Anm.: Dies gilt im Übrigen auch für analgosedierte Patient*innen auf Intensivstationen), können meist wenig oder keine Angaben zu ihrer Lebensqualität machen. Mit viel Geduld und Empathie kann durch Gespräche mit den Betroffenen und ihren Zugehörigen eventuell eine Einschätzung gelingen. Menschen mit schweren Einschränkungen beurteilen subjektiv ihre Lebensqualität nicht selten besser, als von außen angenommen (Gerhard, 2018;314). Peters, Heckel & Ostgathe (2020; 8 f.), finden den fortwährenden Informationsaustausch mit den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen als eine Schlüsselaufgabe bei der Einschätzung von Lebensqualität.

Rabe (2009; 30) konstatiert, dass die Reflexion eines Intensivbehandlungsteams zu Themen wie Nutzen, Angemessenheit, Indikation von geplanten oder bereits begonnenen Behandlungen, und auch die Lebensqualität der ihnen anvertrauten Patient*innen von großer Wichtigkeit sei. Die Auswahl der Behandlung und das Einbeziehen des Faktors Lebensqualität habe individuelle Konsequenzen für die Betroffenen.

Sterben gehört zum Leben auf einer Intensivstation. Meist geht der Palliation eine längere Periode von Heilungsversuchen voraus. Janssen & Valentin (2013; 7) sind der Meinung, dass: „Ein guter Tod auf der Intensivstation möglich sein muss.“ Unter Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Bedürfnisse, ist es meist möglich schwerstkranke Menschen mit Empathie gut am Lebensende auf einer Intensivstation zu begleiten.

8.2 Symptomkontrolle, Leidenslinderung

Kränzle und Schmid (2017; 265) konstatieren, dass der Terminus „Symptomkontrolle“ automatisch impliziere, alle Symptome tatsächlich unter Kontrolle zu haben. Da dies nicht immer in ausreichendem Maße gelingt, plädieren die Autor*innen für den Terminus „Symptomlinderung.“ Bozzaro (2015; 389) sieht eine Multidimensionalität des Leidens.

In Bezug auf die Leidenswahrnehmung konnte festgestellt werden, dass ein Behandlungsteam häufiger körperliches Leiden detektiert, während die betroffenen Personen und ihre Zugehörigen eher mehr psychosozial und existentiell leiden. Symptomkontrolle und Leidenslinderung sind also Kernaufgaben der Intensiv-, und Palliativmedizin. Das Setting der Intensivstation mit höheren Personalressourcen und einer zum Teil 1:1 Pflege lassen eine holistische Betreuung der Patient*innen und ihrer Angehörigen zu. Der Benefit dieser besseren Personalausstattung ist neben der annähernd lückenlosen technischen und medikamentösen Betreuung mehr Zeit auch für die persönlichen Betreuung. Dies bedeutet, dass bei Verschlechterungen zeitnahe reagiert, und den belastenden Beschwerden entgegengewirkt werden kann (Heindl, 2019; 51). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020; 30 f.) entwickelte hierfür die S3 Leitlinie - nicht nur für spezialisierte Stationen in Hospiz- und Palliativeinrichtungen, sondern ebenfalls für Bereiche des ambulanten und stationären Settings, was zu einer Qualitätsverbesserung in der Palliativversorgung führt.

Trotz vorhandener Leitlinien gelingt es nicht immer, die vorhandenen Symptome adäquat in den Griff zu bekommen. Radbruch & Cherny (2009; 581) sehen als Ultima Ratio die Palliative Sedierungstherapie (PST) zur Symptomkontrolle vor. Es werden unter kontrollierten und überwachten Bedingungen sedierende Medikamente intermittierend oder kontinuierlich verabreicht, der/die Patient*in in einen narkoseähnlichen Zustand versetzt, wenn anderweitig eine Symptomkontrolle nicht zu erzielen ist. Die Österreichische Palliativgesellschaft (2017; 31) entwickelte Leitlinien zur Durchführung einer Palliativen Sedierungstherapie. Diese sehen in einer PST ein probates und anerkanntes Mittel zur Behandlung von therapierefraktären Symptomen für ein streng eingegrenztes Klientel am Lebensende.

8.3 Patient*innen - und Angehörigenzufriedenheit

Peters, Heckel & Ostgathe (2020; 45) sehen die Patient*innen- und Angehörigenzufriedenheit als ein subjektives Kriterium der Versorgungsqualität. Ihrer Meinung nach lässt sich Zufriedenheit nur bedingt objektiv fassen. Schuster et al. (2017; 235) schreiben, dass die frühe Implementierung von PC auf einer Intensivstation die stationäre Verweildauer und Sterblichkeit positiv beeinflusst. Die Zufriedenheit der Angehörigen und des Behandlungsteams in Bezug auf die Behandlungsstrategien steigert sich ebenfalls durch die Integration von PC, und senkt Stressreaktionen in den beteiligten Personengruppen. O'Mahony et al. (2009; 1 f.) konnten in einer Studie zeigen, dass das Vorhandensein von Palliativexpert*innen auf einer Intensivstation Vorteile sowohl für die Patient*innen,

Angehörige, als auch für das Betreuungsteam hat. Der niederschwellige Zugang zu Hospiz- und Palliativeinrichtungen, eine vorausschauende Versorgungsplanung, und das Unterlassen von nicht mehr indizierten, belastenden Untersuchungen und Behandlungen führen zu mehr Zufriedenheit und Lebensqualität der betroffenen Personen.

Hannon et al. (2016; 8) berichten, dass Patient*innen und ihre betreuenden Angehörigen positiv über die frühzeitige und ganzheitliche Betreuung durch Palliativ Care Spezialist*innen im stationären Setting überrascht waren. Dass nicht nur auf körperliche Symptome der Betroffenen, sondern auch auf die psychosozialen Bedürfnisse aller betroffenen Personen eingegangen wurde, wurde als Benefit von PC im stationären Bereich angesehen. Primär nicht in die Behandlung von Patient*innen involvierte PC-Spezialist*innen, gelten nach Aussage der Autor*innen in den Gesprächen mit Patient*innen und ihren Angehörigen als Übersetzer*innen der medizinischen Fachsprache, Unterstützer*innen bei der Entscheidungsfindung und als eine Art Sicherheitsnetz, auf das die Betroffenen zurückgreifen können. Dodec et al. (2012; 1508 ff.) haben in ihrer Studie nachgewiesen, dass das Sicherheitsempfinden der Angehörigen durch gute Kommunikation und Mitbeteiligung an der Entscheidungsfindung steigt, was die Angehörigenzufriedenheit verbessert. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Forscher*innengruppe um Gerritsen et al. (2018; 376 ff.), die eine Einbeziehung der Angehörigen in den Entscheidungsprozess als wichtig erachteten, was zum Gefühl der Hinterbliebenen führte, dass im Sinne der betroffenen Patient*innen gehandelt wurde. Wall et al. (2007; 1430) schreiben in ihrer Studie, dass bei verstorbenen Patient*innen die Angehörigenzufriedenheit besser war, als bei überlebenden Patient*innen. Als Grund wird eine ganzheitliche Einbindung der Familien in alle Kommunikations- und Entscheidungsprozesse angesehen. Chikhladze et al. (2016; 9), unterstreichen mit den Ergebnissen ihrer Studie den Zusammenhang von guter Kommunikation und Angehörigenzufriedenheit. Die Autor*innen berichten von einer großen Diskrepanz in der Wahrnehmung der Kommunikationsqualität im Rahmen der Aufklärung über Therapieziele, Behandlungen und den möglichen Tod der Patient*innen: Während nur knapp ein Viertel der Angehörigen die Kommunikationsfähigkeiten des behandelnden Teams als kompetent ansahen, bewerteten drei Viertel der Intensivmediziner*innen ihre Kommunikationsqualität als gut.

Norton et al. (2007; 1534) stellten fest, dass ein früher Zugang zu PC auf der Intensivstation die Verbesserung der verbleibenden Lebenszeit der Patient*innen bewirkt, und auch die Angehörigen so besser unterstützt werden können. Als Nebeneffekt konnten die Autor*innen eine Verkürzung der Intensivaufenthalte feststellen.

8.4 Moral Distress, Burnout, Futility und Arbeitsplatzzufriedenheit

Pattison (2004; 132 ff.), vertritt die Meinung, dass die Betreuung von Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase auf einer Intensivstation ambivalent sein kann. Einerseits der Auftrag des Betreuungsteams alles zur Lebenserhaltung beizutragen, andererseits das zu tun, was für die Patient*innen das Beste wäre. Die Neuausrichtung von Kuration auf Palliation kann für das Intensivpflege team ein unbequemer Schritt sein. Aus diesem Grund sollte PC nach Ansicht der Autorin eine Kernkompetenz auf den Intensivstationen darstellen. Die Betreuungsteams von ICU's sollten als Anwält*innen von Patient*innen auftreten, um die letzte Lebensphase so komfortabel wie möglich zu gestalten. Immer wieder, wird der Therapiezielwechsel von Heilung Richtung zur Palliation noch als ein Versagen der Medizin wahrgenommen.

Durch Unsicherheit und mangelnde Klarheit über den weiteren therapeutischen Weg kann es zu Friktionen im Pfl e g e t e a m, vor allem auch mit den Ärzt*innen, kommen (Kantner-Rumplmair & Lorenz, 2009; 330). Ungelöste Differenzen im Behandlungsteam können der Beginn von Burnout sein. Störungen in der inter- und intraprofessionellen Kommunikation belasten die Teams und beeinflussen zusätzlich die Qualität der Arbeit auf einer Intensivstation negativ, schreiben die Autoren. Moralischer Stress entsteht durch ein Übermaß an technisch möglicher Therapie und Diagnostik von dem die Patient*innen nicht mehr profitieren, (Heindl, 2019; 35). Epstein & Delgado (2010) weisen darauf hin, dass alleine das Wissen über die ethisch richtige Handlungsweise bei Pflegepersonen, deren Handlungsmöglichkeiten durch vorgegebene Entscheidungsstrukturen eingeschränkt sind, zu moralischem Stress führt. Albisser et al. (2008; 67) sieht schlechte ärztliche Entscheidungsfindung als Hauptursache für die Durchführung nicht mehr indizierter Therapien.

Bleicher et al. (2021; 292 ff.) sehen als Beschleuniger von moralischem Stress das Betreuen von Patient*innen, die eine aggressive Therapie erhalten, wenn diese als nicht mehr angebracht empfunden wird. Die Autoren berichten auch, dass unklare Therapieziele ein Grund für Moral Distress sein können. Falsche Erwartungen der Patient*innen und deren Angehörigen an das Outcome führen ebenfalls zu moralischem Stress bei den betreuenden Teams und fördern das Entstehen von Übertherapie. Der Ausdruck „Futility“ beschreibt die Sinnlosigkeit einer technisch möglichen Behandlung. Lambden et al. (2018; 3) konnten in ihrer Studie feststellen, dass über 90% aller befragten Intensivmediziner*innen Übertherapien durchführten. Die Belastungen durch die Mitwirkung

an Übertherapie sind durchwegs für die behandelnden Teams hoch. Ein Drittel aller Teilnehmer*innen denken regelmäßig über Kündigung nach, und nannten Futility als den Hauptgrund dafür. Wobei der Prozentsatz (68%) bei Intensivpflegepersonal noch höher ausfiel. Je häufiger Übertherapien durchgeführt wurden, um so mehr wurde über einen Arbeitsplatzwechsel nachgedacht. Das Burnout – und Depressionsrisiko stieg ebenfalls mit der Zunahme von Futility.

Jox et al. (2011; 542) identifizierten die Hauptgründe, weshalb wesentlich lebensverlängernde Maßnahmen ohne medizinische Indikation zur Anwendung kommen. Einerseits waren fehlende Einigkeit in den behandelnden ärztlichen Teams, andererseits unrealistische Wünsche von Patient*innen und deren Familien die Gründe für die Fortführung von nicht mehr indizierten Therapien. Angst und Hilflosigkeit angesichts des Todes und vor den emotionalen Reaktionen der Angehörigen, die Furcht vor juristischen Konsequenzen für die Behandler*innen sowie die Unwissenheit über palliative Behandlungsmöglichkeiten, sind Faktoren die Futility begünstigen. Hartog et al. (2018; 853) konnten feststellen, dass Pflegepersonen auf Intensivstationen häufiger Übertherapie wahrnehmen als Mediziner*innen. Gleiches gilt für die gemessene emotionale Erschöpfung. Die Betreuung von Patient*innen am Lebensende, der ständige Kontakt mit den An-, und Zugehörigen und eine hohe Workload fördern zusätzlich die emotionale Erschöpfung des Intensivpflegepersonals.

Druml (2018; 9) schreibt zur Akzeptanz von Übertherapie sinngemäß, dass diese immer weniger von der Allgemeinheit und den betroffenen Personen toleriert wird. Übertherapien können mittlerweile auch juristische Konsequenzen haben, da sie eine Körperverletzung darstellen.

9 Einstellung, Wahrnehmung, Wissen und Erfahrung mit PC

Das Fehlen von Hard Skills (angeeignetes Fachwissen) und Soft Skills (nur bedingt erlernbare Eigenschaften), wie z.B. Wahrnehmung von Bedürfnissen, Empathie und Kommunikationsfähigkeit sind essentiell, um Menschen am Lebensende gut begleiten zu können. Im folgenden Kapitel werden diese Faktoren beleuchtet.

9.1 Einstellung zu Palliative Care

Faktoren welche die Einstellung zu PC beeinflussen können, haben ein weites Spektrum. Sie reichen von Defiziten im Wissen, unzureichender Kommunikation zwischen den beteiligten Professionen, bis hin zur Weigerung medizinische Grenzen zu akzeptieren (Ziehm et al., 2016; 1 ff.). Am ehesten gelingt dies noch bei Patient*innen mit malignen Neubildungen, schreiben die Autor*innen. Menschen mit nichtmalignen chronischen Erkrankungen profitieren daher von PC noch deutlich weniger bis gar nicht. Die Einschätzung des Fachpersonals, ab wann eine palliative Versorgung sinnvoll ist, ist sehr unterschiedlich. Dies stellt unter Umständen eine Barriere dar, wenn es um einen frühzeitigen Zugang zu einer palliativen Versorgung geht.

Tait et al. (2014; 5) stellten in ihrer Studie in Australien fest, dass die Einstellung der Pflegefachkräfte (ohne spezialisierter Palliativausbildung) zur Palliativversorgung durchwegs als sehr positiv gewertet wurde. Die Studie zeigte auch, dass die Kommunikation über den Tod und das Sterben mit Patient*innen und ihren Angehörigen dem überwiegenden Teil der Pflegekräfte nicht leichtfällt. Die überdurchschnittlich positive Einstellung zu PC im Vergleich zu ähnlichen weltweit durchgeführten Studien, erklären sich die Forscher*innen dadurch, dass in den untersuchten Krankenhäusern Palliativversorgungseinheiten oder spezialisierte palliative Konsiliardienste zur Verfügung stehen. Dies fördere, so die Studienautor*innen den niederschweligen und raschen Zugang zu PC. An den Studienorten wurden zusätzlich Palliativausbildungen angeboten. Die Ausbildung diene, so die Autor*innen als Multiplikator für die „Palliativpflegephilosophie.“

Eine Studie von Hao et al. (2021; 8), die mit Lerninterventionen bei Pflegekräften die Einstellung zu Tod, Sterben und PC signifikant steigern konnte, belegt den Zusammenhang von Einstellung und Wissen in PC. Eine deutliche positivere Einstellung zu PC konnte Wilson, Avalos & Dowling (2016; 600) bei ihrer Studie feststellen, wenn die Pflegefachkräfte eine Ausbildung in PC hatten. Ecartot et al. (2018) stellte in einer Studie, an einer Universitätsklinik fest, dass die Einstellungen in Fragen, der End-of-Life Care (EoLC) zwischen dem medizinischen und pflegenden Personal divergieren, aber trotzdem auch gemeinsame Schnittmengen aufweisen. Diese gilt es zu bündeln, so die Autor*innen. Ein ganzheitlicher Blick, der alle Aspekte der Erkrankung des/der Patient*in im Hinblick auf das Therapieziel und die Lebensqualität am Ende des Lebens ist notwendig. Inter- und intraprofessioneller Austausch wurde in dieser Studie als verbesserungswürdig angesehen.

9.2 Wahrnehmung von Palliative Care

Im Allgemeinen wird der Gedanke an PC erst dann wahrgenommen, wenn keine Kuration mehr möglich ist. Rodriguez, Barnato & Arnold (2006; 99 f.) schreiben in ihrem Artikel, dass PC erst in dieser Phase in den Vordergrund tritt. Erfüllung spiritueller und sozialer Bedürfnisse, die Symptomkontrolle, werden meist nur mit malignen Erkrankungen in Verbindung gebracht, nicht zwangsläufig mit anderen chronisch progredienten Erkrankungen. PC wird als ein Fachgebiet für sterbende Patient*innen gesehen. Eine Erweiterung des Horizonts muss das Ziel sein, so die Autor*innen. PC sollte als frühzeitiges Behandlungskonzept gesehen werden, welches auf Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet ist und sollte mit dem Beginn einer schweren Erkrankung beginnen. Die Türöffner für PC-Unterstützung sind Pflegepersonen, die diese einfordern.

Die Wahrnehmung von Pflegefachkräften auf einer Intensivstation, ob und wie häufig eine Palliative Versorgung als diese empfunden wird, variiert stark. Die Wahrnehmung von PC und Moral Distress stehen in enger Verbindung. Je weniger Palliativversorgung auf einer Intensivstation wahrgenommen wird, desto höher ist die moralische Belastung von Pflegekräften (Wolf et al., 2019; 38 ff.). Die Autor*innen beschreiben, dass die meisten befragten Personen, PC auf der Intensivstation als sehr wichtig ansehen. Viele Intensivpflegekräfte fühlen sich nicht gut genug vorbereitet auf Palliativsituationen. Hansen et al. (2009; 269) sehen Ausbildung, ein gutes Praxisumfeld und emotionale Unterstützung von Intensivpflegepersonen als sehr wichtig an, da diese Faktoren die Wahrnehmung von PC positiv beeinflusst und die Bereitschaft hebt, diese zu leben. PC wird nach Ansicht von El Hage Meyer de Barros Gulini et al. (2016; 5) als eine Einstellung in der Betreuung von Patient*innen am Ende ihres Lebens angesehen. Die untersuchten Intensivbehandlungsteams sahen PC als eine angemessene Form der Betreuung am Lebensende an, die Übertherapie verhindert und Erleichterung für Patient*innen und ihre Angehörigen bringt. Nicht alle Mitarbeiter*innen einer Intensivstation beherrschen den Umgang mit Palliativpatient*innen. Mangelndes Wissen, Erfahrung und die fehlende multiprofessionelle Zusammenarbeit sind Gründe dafür.

Ke et al. (2019; 1 f.) konnten zur wahrgenommenen Qualität in PC feststellen, dass Pflegepersonen im Vergleich zu Ärzt*innen auf den untersuchten Intensivstationen bessere Ergebnisse erzielten. Diese Ergebnisse wurden in der Eigen- und Fremdeinschätzung erzielt (Pflege-Ärzt*innen und umgekehrt), und bezogen sich nicht nur auf typische Care Tätigkeiten, sondern betrafen auch die Symptomkontrolle. Die Beteiligung von Pflege-

kräften an Entscheidungen am Ende des Lebens wurde als Qualitätsmarker in PC empfunden. Beide Berufsgruppen sahen zum großen Teil die Wichtigkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung, obwohl sie nicht immer im Konsens gefällt wurden.

Ribeiro et al. (2021) berichten, dass PC als unverzichtbare Ergänzung wahrgenommen wird, um Leidenslinderung am Ende des Lebens zu ermöglichen. In der Studie konnte aufgezeigt werden, dass die universitäre Ausbildung der Mediziner*innen in PC noch Defizite aufweist. Viele Mediziner*innen konnten erst in der Praxis Erfahrung mit PC machen. Vor allem Jungmediziner*innen fühlten sich den Anforderungen, die mit der Betreuung von Palliativpatient*innen auftreten können, überfordert.

9.3 Wissen / Ausbildung in Palliative Care

Aus-, und Weiterbildungen in PC sind in Österreich ausschließlich für Personen verpflichtend, die in einer Palliativversorgungseinheit arbeiten (Sozialministerium, 2021; 25). An Intensivstationen arbeitendes Personal ist in Österreich nicht dazu verpflichtet sich in PC weiterzubilden.

Frey et al. (2015; 381) zeigten in ihrer Studie, dass ein beachtlicher Zeitaufwand für Begleitung am Lebensende (19,3%) aufgebracht wird, aber nur ein geringer Teil der befragten Pflegepersonen und Ärzt*innen (19%) eine Ausbildung in PC absolviert haben. Der Wunsch nach Ausbildung in PC unter den Studienteilnehmer*innen lag bei 73%. Durch Ausbildung und Wissenszuwachs kann die Qualität der Palliativversorgung und das Selbstvertrauen des Betreuungspersonals deutlich verbessert werden, so die Autor*innen. Als Hindernis für eine suffiziente Palliativversorgung wird das Fehlen von gut ausgebildeten und in ausreichender Zahl vorhandenen Fachkräften angesehen (Aldridge, 2015; 4).

Kim, Lee & Kim (2020; 13) konnten feststellen, dass Pflegekräfte, die Patient*innen mit nicht malignen lebenslimitierenden Erkrankungen betreuten, ein geringes Wissen in PC besaßen und sich auch in diesem Bereich nicht sicher fühlten. Hingegen fühlten sich Pflegekräfte, die eine Ausbildung in PC absolviert hatten, wesentlich sicherer in Palliativsituationen. Das erworbene Wissen beeinflusste auch die Einstellung zu PC deutlich. Das Wissen des Pflegepersonals über Möglichkeiten, Angehörigen in Ausnahmesituationen beizustehen, basiert auf deren Ausbildung in PC. Sie trägt dazu bei, eine Vertrauensbasis herzustellen und professionelle Kommunikation zu gewährleisten. Dies ermöglicht eine gute Unterstützung in der Entscheidungsfindung und erhöht die Akzeptanz der Angehörigen für getroffene Therapiezieländerungen (Adams et al., 2014; 406 ff.).

Adriaansen, Achterberg & Borm (2005; 96 ff.) konnten ebenfalls zeigen, dass Weiterbildungen in PC einen positiven Effekt auf die Betreuung von Menschen mit komplexen Symptomen haben. Gleichzeitig dienten die Pflegekräfte, die eine Ausbildung absolviert hatten, als Wissensmultiplikator in den Teams und konnten mit der gewonnenen Selbstsicherheit Pflegekonzepte implementieren. Krautheim et al. (2017; 1. ff.) zeigte bei Studienteilnehmer*innen, alles Intensivmediziner*innen, dass die wahrgenommene hohe faktische Selbstsicherheit im Fach Palliativmedizin nicht mit dem tatsächlichen Wissen korrelierte. Nur eine geringe Anzahl der Studienteilnehmer*innen hatte eine Ausbildung in Palliativmedizin. In diesen Fällen entsprach die Selbsteinschätzung in Bezug auf palliative Kompetenz dem Wissen. Ruppert & Heindl (2019; 94) halten die Ausbildung des Betreuungspersonals als besonders wichtig für die Implementierung von PC auf Intensivstationen.

Ärzt*innen mit einer Zusatzausbildung in PC führen deutlich seltener aggressive Therapien bei Patient*innen am Lebensende durch (z.B.: bei Lungenkrebs). Sie setzen eher für Patient*innen nutzlose Therapien in der Sterbephase ab, wie zum Beispiel künstliche Ernährung. Die Autor*innen halten fest, dass vor allem Jungmediziner*innen und Jungfachärzt*innen der Schlüssel sind, ob Maßnahmen zur Lebensverlängerung fortgeführt werden, oder unterbleiben. Daher sei es wichtig, die Betreuung von Menschen am Lebensende früh in die Ausbildung zu integrieren. Unter anderem sollte der Entscheidungsfindungsprozess im Curriculum Platz finden. Der Grundstein für eine Sensibilisierung für das Hinzuziehen von PC-Spezialist*innen bei schwerer Erkrankung wird in der Ausbildung gelegt (Piili et al., 2018; 9).

Chinh Wong, Man Chow & Ning Chan (2021) konnten in ihrer Interventionsstudie feststellen, dass bereits Schulungen von geringem Ausmaß einen positiven Effekt haben. Die Auffrischung von Wissen in PC für Pflegekräfte führt zu einer deutlich wahrgenommenen Verbesserung in der Kommunikationskompetenz und Betreuung von Patient*innen am Lebensende. Ecarnot et al. (2018) konstatiert, dass auch Kardiologen von einer Palliativausbildung profitieren würden, wobei großer Wert auf die Optimierung der verbalen Interaktion zu legen ist.

9.4 Erfahrungen mit Palliative Care

Positive Erfahrungen mit PC beeinflusst in einem nicht unerheblichen Maß den persönlichen Umgang mit Palliativversorgung. Neurolog*innen, die auf einer Intensivstation arbeiteten, und eine palliative Konsultation anforderten, gaben an, positive Erfahrungen

mit PC-Spezialist*innen gemacht zu haben. Sie schätzten vor allem die Unterstützung bei der Therapiezielfindung -und Entscheidung und die Unterstützung der Patient*innen und deren Familien in psychosozialen Belangen (Barak, Creutzfeldt & Rubin, 2020; 303). Im Gegenteil dazu führt mangelnde Erfahrung mit PC zu einem mangelhaften bis fehlenden Austausch mit Palliativmediziner*innen (Cortegiani et al., 2017).

10 Methodenbeschreibung/Forschungsdesign

In der vorliegenden Arbeit wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt. Mayring (1991; 209) beschreibt die Inhaltsanalyse als eine Methode, in der Material, aus sprachlicher Interaktionen dokumentiert, und anschließend systematisch ausgewertet wird. Mayer (2014; 27 ff.) betont die Wichtigkeit einer guten systematischen Dokumentation und Auswertung, welche einer ständigen methodischen Überprüfung unterzogen werden soll. Grundsätzlich soll der Untersuchungsprozess so frei wie möglich für Anpassungen gehalten werden. Es wird betont, je freier der Prozess gestaltet wird, umso wichtiger und ausführlicher müssen die Anpassungen beschrieben und dokumentiert werden.

Das Datenmaterial für die vorliegende Arbeit wurde aus der Durchführung von Expert*inneninterviews gewonnen. Gläser & Laudel (2010; 12), beschreiben „Experte“ und „Experteninterviews“ wie folgt:

„Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser & Laudel, 2010; 12).

Expert*innen sind Wissensbringer*innen, die in der Sozialwissenschaft aufschlussreiche Vorgänge aus ihrem Wissensumfeld liefern können. Die verschiedenen Sichtweisen, wie zum Beispiel Wahrnehmung, persönliche Wertehaltungen, Emotionen erweitern die Perspektive für die Forschenden. Die gewonnenen Sachverhalte werden von den Interviewpartner*innen durch diese Faktoren maßgeblich geprägt. Die Anforderungen an die Expert*inneninterviews in der vorliegenden Arbeit ist nicht ausschließlich auf das Fachwissen fokussiert. Besonderes Augenmerk gilt dem sozialen Kontext, und den beteiligten Menschen in ihrer Interaktion (Gläser & Laudel, 2010; 12 f.). Bei der Recherche für die vorliegende Arbeit konnten mögliche Einflussfaktoren für den Zugang zu PC auf einer Intensivstation, wie Einstellung, Wahrnehmung, Erfahrungen und Wissen des Behandlungs- und Betreuungsteams zum Thema PC identifiziert werden. Mayring (2016; 67)

beschreibt den von Witzel in den 1980er Jahren eingeführten Begriff des „problemzentrierten Interviews“, als eine Interviewform, welche den Interviewpartner*innen durch die semistrukturierte Form des Leitfadens die Möglichkeit bietet, frei zu erzählen. Es gibt den Interviewern ihrerseits die Möglichkeit das Gespräch auf die zu untersuchenden Problemstellungen zu lenken.

Ein Einzelinterviewverfahren mit semistrukturiertem Interviewleitfaden und narrativem Charakter erschien daher dem Untersucher zielführend. Eine Befragung mittels Fragebogen zur Ergründung der Fragestellungen wären nicht so ergiebig, und ließe kein Nachfragen an die Expert*innen zu. Das Modell einer Gruppendiskussion wurde ebenfalls ausgeschlossen. In dieser bestünde nach Auffassung des Untersuchers die Gefahr, dass sozial erwünschte Antworten gegeben werden. Die Zusammensetzung der interviewten Personengruppe (Mediziner*innen, Intensivpflegefachpersonen, Physiotherapeut*innen und Seelsorgerin), die ein hierarchisches Gefälle und unterschiedliche Entscheidungskompetenzen aufweist, könnten die Ergebnisse eine Gruppendiskussion beeinflussen.

10.1 Qualitativer Forschungsansatz

Der qualitative Ansatz der Forschungsmethode wurde in der vorliegenden Arbeit angewandt. Der Arbeitsalltag und die subjektiven Wahrnehmungen eines interprofessionellen Behandlungsteams einer Intensivstation zu PC wurde untersucht. Wie gestaltet sich der Zugang für Patient*innen zu PC aus der Perspektive der beteiligten Professionen. Mayer (2014; 73) schreibt, dass jede interagierende Person, die erlebten Situationen als ihre persönliche Wahrheit erlebt. Im Gegensatz zum quantitativen Forschungsansatz, wird in der qualitativen Forschung versucht, beobachtete Ereignisse von Personen aus deren Wahrnehmung zu untersuchen. Das subjektiv Erlebte bleibt eine subjektive Wahrheit. Die Wertigkeit des Erlebten, deren Einfluss und Wechselbeziehung im zwischenmenschlichen Kontext zu verstehen, wird besondere Bedeutung zugesprochen. „Die Wirklichkeit der qualitativen Forschung erschließt sich daher durch das Verstehen.“ (Mayer, 2014; 73).

In der qualitativen Forschung ist die Objektivität des zu untersuchenden Datenmaterials weniger von Belang, da es sich meist um subjektive Wirklichkeiten handelt (Mayer, 2014; 74). Die qualitative Forschung stützt sich auf 13 Säulen qualitativen Denkens die sich in einer qualitativen Forschungsarbeit wiederfinden sollten. Im Bereich der Deskription ist dies gegeben, wenn Einzelfallanalysen zur Anwendung kommen, der Prozess der

Forschung nicht starr ist, aber trotzdem methodisch an den definierten Verfahrensschritten angelehnt ist, und so nachvollziehbar bleibt. Im Kernbereich der Interpretation muss das Vorverständnis der Forscher*innen transparent dargelegt werden. Die Introspektion, also den nach innen gerichteten Beobachtungen, das Fühlen, Denken wird dem Forschungsprozess nicht vorenthalten und wird als Interaktion verstanden. Die Ganzheitlichkeit der Forschung wird angestrebt, in dem verschiedene Einzelaspekte der Beobachtung wieder zusammengeführt werden, und so ein holistisches Bild des Forschungsgegenstandes abbilden. Hierbei müssen die geschichtlichen Hintergründe einfließen können. Gekennzeichnet ist die qualitative Forschung von einem beobachteten Problem oder Phänomen, welches als Ausgangspunkt für die Forschung dient. Der Verallgemeinerungsprozess muss sich auf Argumente stützen und beschreiben, aus welchem Kontext diese stammen und daher verallgemeinerbar sind. Die beobachteten Phänomene werden induktiv interpretiert. Das bedeutet, es wird vom beobachteten Phänomen auf das Allgemeine geschlossen. Unter Regelbegriff wird verstanden, dass ergründete Phänomene nicht immer gleich, sondern in ihrem Zusammenhang ablaufen. Abschließend ist die Quantifizierbarkeit einer der wichtigsten Schritte, die durch eine qualitative Erhebung sicherstellt, dass qualitative Forschungsergebnisse auch quantifizierbar werden (Mayring, 2016; 24 ff.).

10.2 Deskriptives Forschungsdesign

Des deskriptive Forschungsdesign wurde gewählt, um auf Basis des theoretischen Wissens, die Zusammenhänge, die sich aus den erhobenen Datenmengen ergeben, zu beschreiben. Gläser & Laudel (2010; 64 f.) schreiben einschränkend dazu, dass, abhängig von den Forscher*innen eine Vorauswahl der Schwerpunkte getroffen wird. Soziale Abläufe können nie umfassend und vollständig erhoben werden, und bedürfen eines Vorwissens von Seiten der Untersucher*innen. Dieses wiederum beeinflusst die Beschreibung von Datenmaterialien. Für Mayring (2016; 21 f.) erscheint es daher besonders wichtig, dass der Untersuchungsgegenstand genauestens beschrieben wird. Dies sei die Grundlage, um Voreingenommenheit entgegenzuwirken. In der vorliegenden Arbeit wird trotz des persönlichen Bezugs zum Forschungsfeld und des Vorverständnisses des Untersuchers versucht, höchst mögliche Objektivität zu gewährleisten. Die Beeinflussung der Studienteilnehmer*innen soll tunlichst vermieden werden. Dies wird im Sampling und Feldzugang genau beschrieben.

10.3 Gütekriterien

Gütekriterien werden in der Forschung als Gradmesser für das Niveau einer Forschungsarbeit verwendet. Sie sagen aus, unter welchen Umständen die Ergebnisse zustande gekommen sind. Sie beziehen sich in der Regel auf die Datensammlung und deren Analyse. Dies gilt für qualitative wie für quantitative empirische Forschung. Als Basisgütekriterien werden Objektivität, Reliabilität und Validität angesehen und kommen ursprünglich aus der quantitativen Forschung, wo diese mit verschiedensten Messmethoden überprüfbar sind (Mayer, 2014; 81 f., Diekmann, 2020; 247 f.). Diekmann sieht diese drei Gütekriterien in einem „hierarchischem Verhältnis.“

„Objektivität ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Reliabilität. Die Reliabilität ist wiederum eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Validität.“ (Diekmann, 2020; 261). Mayring (2016; 144 ff.) beschreibt für die qualitative Sozialforschung sechs allgemeine Gütekriterien die in der vorliegenden Arbeit Anwendung finden.

Verfahrensdokumentation:

Die Verfahrensdokumentation ist notwendig um darzulegen mit welchen Methoden die Daten erhoben und ausgewertet wurden, sowie die Erklärung über das Vorverständnis zum Untersuchungsgegenstand. Das ist notwendig um den Ergebnissen Plausibilität und Transparenz zu verleihen (Mayring, 202016; 144 f.).

Argumentative Interpretationsabsicherung:

Betrachtungsweisen bei der Auswertung von Aussagen, Meinungen, Wahrnehmungen durch die Forscher*innen sind von großer Bedeutung in der qualitativen Sozialforschung. Diese lassen sich aber nicht mit einfachen Instrumenten wie in der quantitativen Forschung messen. Daher gilt bei Interpretationen, dass diese nachvollziehbar begründet werden müssen. Mögliche Varianten der Interpretation sind zu detektieren und auf ihren Gehalt zu überprüfen (Mayring, 2016; 145).

Regelgeleitetheit:

Um in der qualitativen Forschung einen kontinuierlichen Standard zu halten, ist es notwendig sich bei der Interpretation an vordefinierte Analyseschritte zu halten. Trotz der

Regelgeleitetheit, soll die Offenheit zum erhobenen Material nicht darunter leiden. Voraussetzung ist die Dokumentation von Abweichungen mit einer Begründung bei der Verfahrensdokumentation (Mayring, 2016; 145 f.).

Nähe zum Gegenstand:

Die qualitative Forschung lebt von der Nähe zum Forschungsgegenstand. Dies bedeutet, dass der/die Forscher*in sich in die Umgebung des zu erforschenden Objektes begeben muss. Unter realen Bedingungen können die zu untersuchenden Problemstellungen im Forschungsfeld in Beziehung gesetzt werden (Mayring, 2016; 146).

Kommunikative Validierung:

Diese Form der Validierung verlangt, dass man den untersuchten Proband*innen die Interpretation der Forscher*innen vorlegt und mit ihnen bespricht. Können die Untersuchten sich in den Ergebnissen erkennen, sichert es die eigene Interpretation ab. In der qualitativen Forschung wird den untersuchten Personen erheblich mehr Bedeutung zugestanden. Die Forschungsethik gebietet es, die Forschungsobjekte nicht nur als Quelle für Daten zu sehen (Mayring, 2016; 147).

Triangulation:

Mit Triangulation ist die Möglichkeit gemeint, durch andere Untersuchungsansätze - und Methoden die erhaltenen Ergebnisse zu überprüfen. Ziel ist es nicht, idente Ergebnisse zu erzielen. Die Auswertungen der verschiedenen Zugangswege zum Forschungsthema können dadurch gegenübergestellt und beurteilt werden. Eine weitere Möglichkeit der Triangulation ist das Einbeziehen quantitativer Methoden der Bewertung (Mayring, 2016; 147 f.).

10.4 Sampling

Die Auswahl des Samplings (englisch), gemeint ist damit die Festlegung der Stichprobe, weist deutlich Unterschiede je nach Methodenwahl auf, und muss daher unterschieden werden. In der quantitativen Forschung ist die Repräsentativität der Stichprobe von großer Wichtigkeit. Die untersuchte Population wird durch bestimmte vordefinierte Merkmale eingegrenzt. Um eine Verzerrung der Ergebnisse zu reduzieren, wird das Zufallsprinzip herangezogen um das Sampling zu bestimmen. Hier gibt es verschiedene Mög-

lichkeiten. Die Erhebung mittels Zufall, wie zum Beispiel bei einer Lotterie. Eine „geschichtete Zufallserhebung“, hier wird im Vorfeld nach der Geschlechterverteilung „geschichtet“, und im Anschluss mittels Zufall das Sampling ermittelt. Eine weitere Möglichkeit die zu untersuchende Population einzugrenzen, besteht darin nach einem vordefinierten Algorithmus auszuwählen. Dies wird als „systemische gebildete Stichprobe“, bezeichnet (Mayer, 2018; 151 f.).

Mayer (2018; 154) schreibt, dass in der qualitativen Forschung die Samplingauswahl nicht nach quantitativen Kriterien erfolgen darf. Verallgemeinerbarkeit und Repräsentativität finden hier nicht Anwendung. In der qualitativen Forschung werden die Begriffe „Nützlichkeit“, und „Angemessenheit“ verwendet. Durch die vergleichsweise geringen Fallzahlen muss im Vorfeld überlegt werden, welche Personengruppe die für die Forschungsfragen erforderlichen Antworten liefern kann. Für die vorliegende Erhebung wurde das Sampling aus einem Behandlungsteam einer Intensivstation herangezogen. Mit großer Wahrscheinlichkeit können die Teilnehmer*innen zum Untersuchungsgegenstand umfassend Auskunft geben. Mayer konstatiert, dass die Bestimmung der Interviewpartner*innen „zweckgebunden“ sein muss, also bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen.

In der vorliegenden Arbeit wurde das Behandlungsteam auf folgende Professionen (Fachärzt*innen, Intensivpflegefachkräfte, Physiotherapeut*innen und Seelsorgerinnen) eingegrenzt. Alle Interviewteilnehmer*innen mussten über mindestens zwei Jahre Intensivverfahren an der untersuchten Intensivstation verfügen. Die direkte Auswahl der Interviewpartner*innen wurde unter den positiven Zusagen, im Zufallsprinzip ausgelost. Im Regelfall findet die Zufallsstichprobe nur in der quantitativen Forschung Anwendung. Grund für die Auswahl mittels Zufallsstichprobe war die berufliche Nähe des Interviewers zum Behandlungsteam. Mayer (2018; 156) führt an, dass es in der qualitativen Forschung keine bestimmte Mindestanzahl an Interviewpartner*innen gibt. Allein die Datensättigung gibt die Anzahl vor. Datensättigung bedeutet, dass mit zunehmender Anzahl an Interviews keine neuen Erkenntnisse hinzukommen. Dem Autor der vorliegenden Arbeit ist bewusst, dass mit sechs Interviews diese Sättigung nicht erreicht werden kann, sie bildet aber einen Querschnitt aller an der Betreuung und Behandlung beteiligten Professionen auf einer Intensivstation ab. Gläser & Laudel (2010; 97) merken an, dass es keine Gesetzmäßigkeiten für die Anzahl der Fälle, und die Art der Stichprobenbestimmung gibt. Die Auswahl der Proband*innen soll so gewählt werden, dass die Forschungsfrage suffizient beantwortet werden kann. Gläser & Laudel (2010; 99) schreiben weiter, dass für die Auswahl der befragten Personen, ein erhebliches Vorwissen und

Verständnis des Forschungsumfelds betreffend von Nöten ist. Der Autor verfügt aufgrund seiner Tätigkeit auf verschiedenen Intensivstationen über die notwendige Fachkompetenz.

10.5 Feldzugang

Um überhaupt Zugang zum Untersuchungsfeld zu bekommen, bedurfte es Vorgespräche und Vorinformationen der verantwortlichen Stellen der Spitalseinrichtung. Dies erfolgte durch Kontaktaufnahme mittels E-Mail. Nach persönlichen Gesprächen mit den Abteilungsleitungen der Inneren Medizin und der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, der Pflegedirektion, und des Betriebsrates wurden die notwendigen Zustimmungen zu den Interviews erteilt. Der Zugang zum Feld stellt eine der Haupthürden der qualitativen Forschung dar. Die Fragen, wie gelingt es den Forschenden, die Zugehörigen des Untersuchungsfeldes zur Teilnahme zu motivieren und dadurch Einblicke in das Feld zu bekommen, und wie schaffen es die Forschenden selbst sich im Feld auf die vorgefundenen Rahmenbedingungen einzustellen, sind entscheidend für den Erfolg (Wolff, 219; 335 f.). Der Autor dieser Arbeit, mit langjähriger Erfahrung als Intensivpflegefachkraft, stammt selbst aus dem untersuchten Feld, kennt alle teilnehmenden Proband*innen und das beforschte Umfeld. Vor diesem Hintergrund war es dem Autor während der Interviews besonders wichtig, seine persönliche Meinung und Wertehaltungen hintanzustellen. Jegliches Aufzwingen eigener Wertvorstellungen würde eine Beeinflussung der Forschungsergebnisse bedeuten. Wolff schreibt weiter, dass die Freiwilligkeit der Teilnahme eine Grundvoraussetzung für den friktionsarmen Zugang zum Feld darstellt. Die nötige Zeit, ein neutrales räumliches Umfeld, das Aushalten von Situationen, die sich im Rahmen von erzählenden Interviews ergeben können, sind ebenso wichtig, wie die Flexibilität des Interviewers, den Interviewfahrplan den Proband*innen nicht überzustülpen. Die Interviewpartner*innen wurden vom Autor nicht als Datenlieferant*innen gesehen. Die Wertschätzung für ihre eingebrachte Expertise wurde dabei klar zum Ausdruck gebracht. Mitteilungsbedürftigkeit ging vor den Forschungsbedürfnissen des Autors.

10.6 Leitfadengestütztes Interview

Mayer (2018; 117 f.) beschreibt Interviewleitfäden, als eine Art Orientierungshilfe für die Interviewer*innen während der Gesprächsphase. In der Regel entstehen die Leitfragen durch die vorangegangene Recherche zum Forschungsthema, sowie den formulierten Fragestellungen. Ein Interviewleitfaden soll nicht als Tool gesehen werden, der starr abzuarbeiten ist. Optional können während der Gespräche die Fragen adaptiert werden.

Mayring (2016; 67 ff.), ordnet leitfadengestützte Interviews den halbstrukturierten Formen der befragenden Datenerfassung zu. Diese geben den Proband*innen die Chance ihr Wissen frei und ohne vorgefertigte Antwortmöglichkeiten darzulegen.

Der Ingenuität des Leitfadens wird Rechnung getragen, in dem die Fragestellung den interviewten Personen den Raum gibt, nach ihren Kenntnissen und Wahrnehmungen die Antworten zu akzentuieren (Gläser & Laudel, 2010; 115 f.). Die Autor*innen sehen den Anspruch an Leitfadeninterviews multidimensional. Die Fragen sollten facettenreich formuliert sein, so dass die Interviewpartner*innen unvoreingenommen ihre Sichtweise darlegen können. Der Erzählfluss darf auf keinem Fall durch schlichtes Abfragen eingegrenzt werden. Inhalt und Aussagekraft der Antworten stellen das eigentliche Anliegen des Interviews dar, und müssen im Kontext des Hintergrundwissens der Proband*innen beleuchtet werden. Der Interviewleitfaden soll die Interviewten unterstützen, ihre persönlichen Wahrnehmungen in allen Ebenen einzubringen. Im Idealfall finden die nonverbale Reaktionen der Interviewpartner*innen Berücksichtigung bei der Deutung der Aussagen. Für Diekmann (2020; 439 f.) erscheint es von großer Wichtigkeit, die Diskretion und Anonymität zu Beginn des Interviews nochmals zu betonen. Der Autor beharrt auf einer „neutralen“ Technik bei der Interviewführung. Die Interviewten sollten weder negative noch positive Reaktionen auf ihre Antworten erhalten. Diese Neutralitätsstellung der Interviewer*innen, senke die Verzerrung der Antworten. Die absolute Neutralität im Interview lässt sich faktisch nicht erreichen, so Diekmann, da unbewusste nonverbale Reaktionen meist von den Interviewpartner*innen bemerkt werden. Der Anspruch an die Neutralität kann also nur lauten, gegebene Antworten nicht verbal im Gespräch zu bewerten. Die Fragestellungen müssen ebenfalls neutral formuliert werden. Um keine sozial erwünschten Antworten zu generieren, bedarf es Fragekonstellationen die keine vorgefertigten Meinungen und gesellschaftliche Wertehaltungen implizieren. Es gilt der Grundsatz, je delikater die Fragen, umso mehr besteht die Gefahr soziale Erwünschtheit zu provozieren (Diekmann, 2020; 449).

10.7 Leitfadendesign

Das Ziel des Leitfadendesigns ist es, bestmöglich mit den erarbeiteten Leitfragen die Forschungsfragen abdecken zu können. Bei der vorliegenden Arbeit konnten durch Recherche und Literatur verschiedene Eckthemen extrahiert werden. Großes Augenmerk wurde bei der Entwicklung des Designs gelegt, die Zwanglosigkeit der Interviews nicht zu stören (Gläser & Laudel, 2010; 111).

Für die verschiedenen Aspekte des Zugangs zu PC auf einer Intensivstation und dessen Wahrnehmung wurden neun Themenbereiche erarbeitet. Zur Auflockerung der Interviewsituation wurden zu Beginn demographische Fragen gestellt. Im Anschluss wurden Fragen zum Teilnahmegrund gestellt. Ehe in die Themenbereiche wechselweise Erfahrungs-, Wissens-, Hintergrunds-, Meinungs- und Einschätzungsfragen gestellt wurden, wie von Gläser & Laudel (2010; 123) empfohlen wird.

Diese Themenblöcke im Interviewleitfaden sind wie folgt aufgelistet: Erfahrungen mit sterbenden Menschen, Wissen in PC, notwendige Skills in der End-of-Life Care, Erkennen von Palliativsituationen, Einstellung und Wahrnehmung zu PC, entstehende Belastungen und Unterstützungsmöglichkeiten in der End-of-Life Care, Entscheidungsfindung am Lebensende, wahrgenommene Einflussfaktoren und Hürden für den Zugang zu PC, Spannungen und Konflikte in der End-of-Life Care. Auf Basis dieser wurde der Leitfaden entwickelt. Dieser ist im Anhang Nr.1 einzusehen. Da die befragten Personen aus verschiedenen Berufsgruppen im Intensivbereich kommen, mussten bei Fragen, welche direkte Entscheidungskompetenzen betrafen, Anpassungen vorgenommen werden. Generell sind Anpassungen des Interviewleitfadens nach Gläser & Laudel (2021; 150) legitim, da diese Voraussetzungen für die Offenheit sind, und die Erkenntnisse so eine höhere Relevanz haben.

10.8 Datenerfassung

Die Erfassung der Daten für die vorliegende Arbeit erfolgte, gestützt durch einen Interviewleitfaden. Die lückenlose Wiedergabe der Interviews wurde durch elektronische Aufzeichnung mittels Diktiergeräts, und als Backup zusätzlich mittels Mobiltelefonaufnahme gewährleistet. Lücken in der ersten Aufzeichnung mittels Diktiergerät rechtfertigten diese zusätzliche Sicherheitsaufzeichnung. Dieses Interview wurde daher nicht ausgewertet, und als Übung für den Interviewer gesehen. Ein Reflexionsbogen diente für wahrgenommene Eindrücke während des Interviews. Die stattgefundenen Nachgespräche waren sehr erkenntnisreich. Mit Zustimmung der Interviewteilnehmer*innen wurden diese handschriftlich dokumentiert und dem Transkript zugeführt.

10.9 Dokumentation und Transkription

Vor Beginn des eigentlichen Interviews wurden die Gesprächspartner*innen über die Modalitäten des Interviewsettings informiert und deren Einwilligung schriftlich eingeholt. Der Informations- und Einwilligungsbogen wurde in zweifacher Form unterfertigt, ein

Exemplar erging an die Interviewpartner*innen, das Zweite verblieb beim Interviewer. Betont wurde nochmals, dass die gesamte Interviewsituation der Verschwiegenheitspflicht des Interviewers unterliegt, und die Anonymisierung der gewonnenen Daten garantiert wird. In diesem Zusammenhang hatten die Interviewpartner*innen Gelegenheit Fragen zum Gesprächsablauf zu stellen. Daten zur Person, dem Berufsstand und Berufserfahrung wurden in der Vorinterviewphase gestellt, und handschriftlich im personalisierten Interviewleitfaden festgehalten.

Zur genauen Interviewerfassung wurde auf elektronische Aufzeichnungsgeräte zurückgegriffen. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 31 Minuten, nicht eingeschlossen die Nachgesprächsphase. Offiziell endeten die Interviews mit Danksagung und demonstrativen Stoppen der Aufzeichnungsgeräte. In der Regel folgten Nachgespräche. Gläser & Laudel (2010; 191 f.) merken an, dass in der Phase nach den Interviews sehr erkenntnisreiche Informationen zu Tage treten können. Überhaupt sollte den Interviewpartner*innen eine Rückmeldungsmöglichkeit eingeräumt werden. Sei es durch ein Nachgespräch im Anschluss an die stattgefundene Interviewsituation, oder zu einem späteren Zeitpunkt. Für die in der vorliegenden Arbeit dokumentierten Nachgespräche wurde mündlich nochmals die Zustimmung zur Auswertung eingeholt. Gläser & Laudel betonen die Wichtigkeit, einen Nachbericht im Anschluss an die Interviews zu erstellen. Dem wurde mit einem Reflexions- und Beobachtungsbogen „en miniature“ Rechnung getragen. Die Transkription der Interviews wurde zeitnahe durchgeführt. Mayer (2018; 138) merkt an, dass die Durchführung der Transkription bereits ein erster Schritt der Bewertung des aufgezeichneten Materials darstellt. Für die qualitative Auswertung der Daten ist es von Wichtigkeit, lückenlos und ohne Wortverlust zu transkribieren. Dialektik wurde wegen der besseren Lesbarkeit ins Schriftdeutsch übertragen, ohne einen Sinnverlust der Aussagen zu erzeugen (Mayring, 2016; 89 ff.). Die verwendeten Transkriptionsregeln, angelehnt an Mayring, wurden stark vereinfacht. Da es für die Transkription von Interviews keine allgemein gültigen Regeln gibt, müssen die zur Anwendung kommenden definiert und durchgängig Berücksichtigung finden. Ersichtlich sind die angewendeten Regeln in Tabelle 1.

...	Pause bis 5 Sekunden
mhm	Nachdenkpause, Pausenfüller
(lacht),	Nonverbale Gesprächsmittelungen

Tabelle 1: Transkriptionsregeln (eigene Darstellung)

Bei der Transkription wurden die Interviews anonymisiert und mit Kürzel versehen (IP 1-6). Dies ermöglicht die Zuordnung der gewonnenen Texte ausschließlich zum Interviewer (Gläser & Laudel, 2010; 193 f.). Abschließend wurden die Audiodateien vom Datenträger des Interviewers endgültig gelöscht.

11 Ergebnisteil

Im Ergebnisteil wird das aus den Expert*inneninterviews gewonnene Datenmaterial nach der Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring dargelegt. Die Grundlage für die Auswertung und Beurteilung wird im Kapitel Darstellung des Analyse- und Bewertungsverfahrens abgebildet. In den Kapiteln Stichprobenbeschreibung, Kategorienbildung und Darstellung der Ergebnisse wird auf die ausgewerteten Ergebnisse praktischen Bezug genommen.

11.1 Darstellung des Analyse- und Bewertungsverfahrens

Mayring (2015; 97 ff.) beschreibt als Ziel, das Datenmaterial so zu reduzieren, dass am Ende eine Grundstruktur erhalten bleibt. Dies erleichtert die Einteilung in Kategorien. Mayring führt aus, dass es Definitionen für die durchgängige Anwendung der Kategorienzuordnung braucht. Ankerbeispiele für markante Texteinheiten müssen detektiert werden. Kodierregeln erleichtern die Differenzierung zwischen einzelnen Kategorien.

Bei der vorliegenden Arbeit wurde deduktiv-induktiv ein Kategoriensystem erarbeitet. An Hand der Literaturrecherche konnten vorab Hauptkategorien gebildet werden, die bei der Auswertung des Textmaterials induktiv ergänzt wurden. Die Auswertung mittels strukturierter Inhaltsanalyse erfolgte angelehnt an Mayring. In einem ersten Schritt wird das vollständig transkribierte Interviewmaterial gelesen und nach Sinneinheiten gekennzeichnet. In einem weiteren Schritt werden die bestehenden Hauptkategorien ergänzt. Im Anschluss erfolgt die Zuordnung der Textpassagen zu den Hauptkategorien mit den dazugehörigen Ankerbeispielen. In einem weiteren Analyseschritt wird das Material in Subkategorien eingeteilt. Zerlegung in Haupt-, und Subkategorien folgen als nächste

Schritte. Hier findet eine Analyseschleife zu den Hauptkategorien am Anfang des Auswertungsprozesses statt. Nach erneutem Durchlauf erfolgten die Paraphrasierung, Reduktion und Generalisation der Sinneinheiten. In einem letzten Schritt findet die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse statt.

11.2 Stichprobenbeschreibung

Für die Stichprobenauswahl wurden primär alle auf der untersuchten Intensivstation tätigen Berufsgruppen (Pflegefachkräfte, Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Seelsorger*innen) eingeschlossen. Eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung im untersuchten Intensivbereich als Einschlusskriterium stellte die notwendige Expertise sicher, um ausreichend Erfahrungsdaten zu akkumulieren.

An der untersuchten Intensivstation sind in der Berufsgruppe der Mediziner*innen zum großen Teil nur Fachärzt*innen tätig. Ausbildungsärzt*innen wurden wegen des kurzen Intervalls auf der Intensivstation ausgeschlossen. Da es sich bei der untersuchten Intensivstation um eine Interdisziplinäre Abteilung handelt, wurden beide behandlungsführenden Fachrichtungen, die der Inneren Medizin und der Anästhesiologie und Intensivmedizin berücksichtigt. Alle potentiellen Interviewpartner*innen wurden über E-Mail zu den Interviews eingeladen. Die Aussendung der Einladung inklusive Informationsschreibens erfolgte am 27.04.2022. Eine 3-wöchige Frist für eine Zusage wurde festgelegt, um den potentiellen Proband*innen ausreichend Zeit für Rückmeldungen einzuräumen. Die Zusagen erfolgten via Mail oder persönlich verbal.

Bereiche	Anzahl der Intervieweinladungen	Interviewzusagen	Auswahl der Interviewpartner*innen nach Berufsgruppen
Pflegefachkräfte	20	17	2
Fachärzt*innen für Anästhesie und Intensivmedizin	13	10	1
Fachärzt*innen für Innere Medizin	9	2	1
Physiotherapeut*innen	5	5	1
Seelsorgerinnen	1	1	1

Tabelle 2: Intervieweinladungen und Rückantworten (eigene Darstellung)

Nach Ablauf der Frist, wurden die Interviewpartner*innen, die aus einer Gesamtheit von mehr als einer Person einer Berufsgruppe (Ausnahme Seelsorger*innen) bestand, mittels Zufallsprinzips ausgewählt. Dies war zur Verringerung des Bias nötig, da der Untersucher alle Teilnehmer*innen zum Untersuchungszeitpunkt persönlich kannte. Das Verhältnis weiblich/männlich der Proband*innen war 5:1 zu Gunsten des weiblichen Geschlechts. Das Alter der Befragten Personen lag zwischen 31 und 54 Jahren, im Mittel bei 44 Jahren. Die Berufserfahrung auf der Intensivstation reichte von 2 -30 Jahren, im Mittel bei 11 Jahren. Um alle Berufsgruppen in der Arbeit repräsentieren zu können, wurde vom Untersucher eine Verteilung der Berufsgruppen festgelegt (siehe Tabelle 3). Dem proportionalen Verteilungsverhältnis der Mitarbeiter*innen jeder Berufsgruppe in der untersuchten Intensivstation konnte aus Zeitressourcengründen nicht Rechnung getragen werden, und stellt daher eine Schwäche der Arbeit dar. Die Datenerhebung fand im Mai und Juni 2022 statt.

Interviewpartner*in (IP)	IP 1	IP 2	IP 3	IP4	IP 5	IP 6
Alter	54 a	47 a	42 a	31 a	41 a	53 a
Geschlecht	W	W	W	M	W	W
DGKP	-	-	-	ja	ja	ja
Intensivpflegefachkraft	-	-	-	ja	ja	-
Hochschulabschluss	-	Dr ^{in.} Med./FÄ	Dr ^{in.} Med./FÄ	-	-	-
Physiotherapeut*in	ja	-	-	-	-	-
Krankenhausseelsorge	-	-	-	-	-	ja
Berufserfahrung ge- samt	30 a	20 a	16 a	7 a	21 a	25 a/ 3 a
Berufserfahrung Inten- sivstation	30 a	12 a	10 a	7 a	10 a	2 a
Vollzeit-Teilzeitanstel- lung	100%	60%	100%	100%	100%	100%

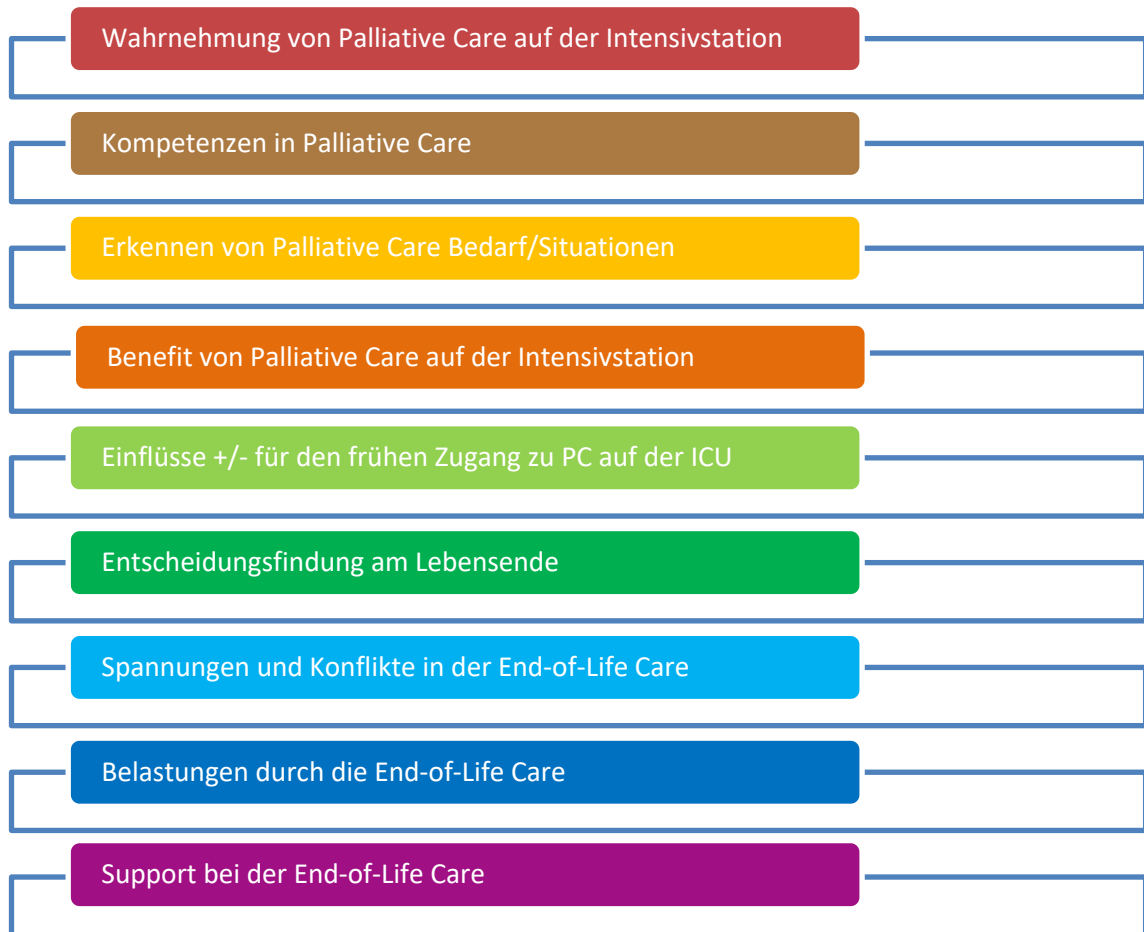
Tabelle 3: Stichprobendarstellung (eigene Darstellung)

11.3 Kategorienbildung

Die Bildung der Hauptkategorien für die vorliegende Arbeit fand primär deduktiv statt. Die in der Literaturrecherche zu dem Thema am häufigsten gefundenen Schlagwörter fanden in der Kategorienbildung Berücksichtigung. Es konnte neun Hauptkategorien bestimmt werden. Die Subkategorien wurden deduktiv-induktiv durch Berücksichtigung der Literatur, des Interviewleitfadens und gewonnenen Datenmaterials bestimmt. Nach erstmaliger Analyse der Interviews fand eine Überarbeitung und Anpassung der Kategorien statt, wie es von Mayring in der strukturierten Inhaltsanalyse empfohlen wird. Computerunterstützt fand die Auswertung mit dem Programm MaxQDA 2022 statt.

11.4 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in Haupt - und Subkategorien. In den Subkategorien konnten wiederum Unterthemen ausgearbeitet werden. Auf diese wird in der deskriptiven Beschreibung eingegangen und mit Ankerbeispielen untermauert, welche für die jeweilig behandelten Bereiche stellvertretend und markant sind.



11.4.1 **Wahrnehmung von Palliative Care auf der Intensivstation**

In dieser Kategorie finden alle Aussagen zur Wahrnehmung des Behandlungsteams von PC auf der Intensivstation Berücksichtigung.

Die Bedeutung von Palliative Care für die Teammitglieder einer Intensivstation		
---	--	--

Lebensqualität	Sorgearbeit	Würde
-----------------------	--------------------	--------------

Für zwei der Befragten bedeutet PC auf der Intensivstation, die Verbesserung der Lebensqualität durch pflegerische Maßnahmen. Die Symptomkontrolle soll ebenfalls die Qualität am Ende des Lebens verbessern.

„Palliativ-Care, das bedeutet halt für mich, dass man einen Patienten, der quasi am Ende seines Lebens ist, die Zeit die er hat, noch so angenehm und vor allem so schmerzfrei gestaltet, wie es möglich ist.“ (IP 2, Abs. 27).

Für eine/n Befragte/n bedeutet PC die Sorgearbeit bei Patient*innen in ihrer terminalen Lebensphase.

„Also ein guter, sorgsamer Umgang mit Patient*innen, in der terminalen Lebensphase.“ (IP 4, Abs. 17)

Zwei der Befragten gaben an, dass ein ganzheitlicher Betreuungsansatz das Ziel von PC auf der Intensivstation bedeutet. Betont wurde, dass durch PC die Würde am Lebensende besser gewahrt bleibt. Darauf hingewiesen wurde, dass das medizinisch Machbare nicht zwingend im Sinne des PC-Gedankens ist.

„Palliative Care bedeutet für mich eine gute Pflege am Ende des Lebens eines/einer Patient*in, wo aber nicht mehr die Heilung im Vordergrund steht, sondern eine gute Begleitung im Sterbeprozess.“ (IP 5, Abs. 37)

Eine gute End-of-Life Care auf der Intensivstation		
---	--	--

Individuelle Betreuung	Mensch als soziales	Einlassen auf die Situa-
-------------------------------	----------------------------	---------------------------------

	Wesen	tion
--	--------------	-------------

In den Interviews wurden die Teilnehmer*innen gefragt was eine gute End-of-Life Care auf der Intensivstation ausmacht.

Drei der sechs Teilnehmer*innen sprachen von der Möglichkeit einer individuellen Betreuung. Dies bezieht sich sowohl auf die Rahmenbedingungen einer Intensivstation, als auch das Eingehen auf Wünsche. Zeit und ausreichend Ruhe für die Begleitung am Lebensende wird als essentiell angesehen. Das Berührt werden, wurde als solches hervorgehoben.

„Ich brauche Zeit für die Patient*innen. Ich brauche auch Ruhe, für die Patient*innen und den Kontakt zu ihnen. Ich finde allein sterben, ohne Berührung ist nicht das Lebensende, das man sich vielleicht vorstellt.“ (IP 3, Abs. 61)

Ein/e Interviewteilnehmer*in führte an, dass es eine umfassende Betreuung durch alle beteiligten Berufsgruppen braucht, die das Wohl der Patient*innen und Angehörigen im Fokus haben. Das Wahrnehmen der Patient*innen und Zugehörigen als soziales Wesen wurde konstatiert.

„[...] also, dass der Mensch wahrgenommen wird. Dass man merkt, wie er reagiert. Wie äußert er sich, was spricht er an, auch zwischen den Zeilen. [...], die Angehörigen mitbetreuen, das gehört auch dazu, [...], dass der Mensch in seiner gesamten sozialen Situation wahrgenommen wird. [...], also, dass jeder das Mögliche macht, aber auch dass er das, was er wahrnimmt, weitergibt.“ (IP 6, Abs.75)

Von einer/einem Teilnehmer wurde die Herausforderung einer guten End-of-Life Care betont. Es wird von Einlassen auf die Situation und das Loslassen aller Beteiligten gesprochen.

„[...] man muss sich auch einlassen auf den Patienten. Es braucht eine ruhige Umgebung. Das Loslassen können ist auch wichtig, Patienten, Angehörige und auch die Mediziner müssen das.“ (IP 1, Abs. 49)

Persönliches Wahrnehmen von Palliative Care auf der Intensivstation	
Palliative Haltung	Verspätete Wahrnehmung

Die Interviewteilnehmer*innen wurden danach gefragt, wie sie PC auf der Intensivstation persönlich wahrnehmen. Von einer/einem Teilnehmer*in wird bei einzelnen Teammitgliedern eine ausgeprägte palliative Haltung, im Umgang mit schwerstkranken Menschen auf der ICU wahrgenommen.

„[...] ich sehe es vor allem an der Pflegeperson Y, also schon, dass überlegt wird. Oder dass es eine Ärztin anstößt. Aber das habe ich auch schon öfter mitgekriegt, dass Frau Dr. X mit Angehörigen ein Gespräch geführt hat, und dass es aufgrund des Gespräches

zu Palliative Care gekommen ist. Oder ich habe es auch erlebt von Angehörigen, dass sie mir erzählt haben, [...] wir wollen nicht mehr, dass sie beatmet wird, dass sie voll therapiert wird, also dass auch die Angehörigen das ganz klar gesagt haben. [...] und das nehme ich wahr.“ (IP 6, Abs. 73)

Demgegenüber stehen Wahrnehmungen in denen PC spät oder gar nicht gelebt oder wahrgenommen wurde. Dies wird von drei Befragten einerseits als ein Ignorieren des nahenden Todes beschrieben. Andererseits sei PC die Aufgabe von Normalstationen. Manchmal wird PC erst sichtbar, wenn eine Palliative Sedierung auf der Intensivstation durchgeführt wird.

„[...] aber für mich ist Palliative Care dann schon noch mehr, was halt dann auf der Normalstation gemacht wird.“ (IP 2, Abs. 46-47)

Stellenwert von Palliative Care auf der Intensivstation	
Hohe Wichtigkeit	Palliative Care altersunabhängig

Die Wichtigkeit von PC auf der Intensivstation wird als sehr hoch eingestuft. Alle sechs Interviewteilnehmer*innen befürworten und betonen die Bedeutung von PC für eine Intensivstation. Es wird ebenfalls als ein interessanter Ansatz gesehen.

„[...] und weil nicht wenige unserer Patienten ein Durchschnittsalter jenseits der 80 haben, und ungefähr die Hälfte ja mindestens nachher in palliativer Absicht wieder von der Intensivstation verlegt wird. Und deshalb, glaube ich, ist es ein ganz, ganz wichtiges Thema, was wahrscheinlich unterschätzt wird im klinischen Alltag.“ (IP 4, Abs. 3)

Ein/eine Teilnehmer*in betont, dass der Bedarf aus ihrer Sicht nicht nur auf ältere Menschen beschränkt sein soll. Der palliative Betreuungsbedarf kann in jedem Alter in Anspruch genommen werden.

„[...] aber es kommt immer wieder vor, dass Patient*innen kommen. Auch Jüngere. Weit Jüngere, nicht nur Hochbetagte.“ (IP 6, Abs. 41)

11.4.2 Kompetenzen in Palliative Care

In dieser Kategorie werden alle Kompetenzen des Intensivbehandlungsteams betreffend Skills bearbeitet.

Qualifikation des Behandlungsteams in Palliative Care	
Einzelqualifikation in PC	Teamqualifikation in PC

Einzel – und Teamkompetenzen in PC wurden thematisch zusammengefasst. Das erworbene Wissen von Einzelpersonen, aber auch des Teams der Intensivstation steht im Fokus. Von einer Person wird bestätigt, selbst einen Palliativlehrgang gemacht zu haben. Auf der untersuchten Intensivstation besitzen zwei weitere Personen eine PC-Ausbildung. Von einer weiteren interviewten Person wird das Fehlen von PC Kompetenzen konstatiert. Nach Ansicht der Person fehlt es an einer breiten Teamkompetenz.

„[...] was ich noch mitbekommen habe, dass die Pflegeperson X diesen Lehrgang gemacht hat.“ (IP &, Abs. 39)

Soft Skills		
Empathie	Offenheit und Ehrlichkeit	Tod akzeptieren können

Gefragt wurden die Teilnehmer*innen, welche Eigenschaften wichtig für eine Betreuung von Patient*innen am Lebensende sind. Diese wurden als Soft Skills definiert. Empathie war mit vier Nennungen die am häufigsten genannte Eigenschaft.

„Das ist ein ganz großes Thema, man muss Empathie mitbringen.“ (IP 3, Abs. 15)

Ebenfalls wurde Kommunikationsfähigkeit als wichtige Eigenschaft angesehen. Die nötigen Offenheit und Ehrlichkeit den Patient*innen und Angehörigen gegenüber sei ebenfalls wichtig.

„[...] ich denke, dass Empathie wichtig ist, und auch die Bereitschaft zu Offenheit und Ehrlichkeit. Und dass man authentisch ist und nicht seine eigene Unsicherheit in Bezug auf den Tod irgendwie projiziert und zu einem Schwerkranken sagt, ja das wird schon wieder oder in ein, zwei Tagen bist du wieder auf der Normalstation- aus eigener Hilflosigkeit heraus.“ (IP 5, Abs. 25)

Von einem/einer Teilnehmer*in ist die Akzeptanz des nahenden Todes als wichtige Eigenschaft hervorgehoben worden.

„[...] dass man selber wirklich auch diesen Tod akzeptiert als natürlichen Vorgang.“ (IP 1, Abs. 17)

Persönliche Wissensschätzung in Palliative Care		
Wissen durch Ausbildung	Wissen durch Erfahrung	Unsicherheit in PC

Die Interviewpartner*innen wurden nach der Einschätzung ihres eigenen Wissens in PC befragt.

Zwei der sechs Befragten gaben ab, wenig theoretisches Wissen in PC zu haben.

„[...] aber grundsätzlich habe ich wenig Wissen in Palliative Care, denke ich.“ (IP1, Abs. 21)

Zwei weitere Befragte gaben an, ihr Wissen einerseits durch eine Ausbildung in PC zu haben, andererseits durch die langjährigen Erfahrungen im Umgang mit Palliativpatient*innen zu profitieren.

„[...] also ich habe auch schon Fortbildungen gemacht zu Palliative Care. [...], durch meinen Beruf, also wirklich mehr in der Begleitung, im Ritualen.“ (IP 6, Abs. 31-33).

Eine befragte Person räumt Unsicherheiten in der Gesprächsführung bei Entscheidungen am Lebensende ein. Es fehle ihr die Routine, bei solchen Gesprächen.

„[...] wobei ich dort manchmal denke, vielleicht müsste ich doch öfter, so wie die Pflegeperson X, etwas sagen oder etwas anstoßen.“ (IP 6, Abs. 31-33).

Berufliche Erfahrungen in Palliative Care		
Wenig Erfahrung mit Sterbenden	Praktische Erfahrungen durch hands-on	End-of-Life Care als Bereicherung

Berufliche Erfahrung bezieht sich im Allgemeinen auf die praktische Erfahrung von Mitarbeiter*innen. Nur ein/eine Befragte gab an, nur wenig berufliche Erfahrung mit der Betreuung am Lebensende zu haben. Es wird sogar von Berührungängsten bei der Begleitung von Menschen am Lebensende gesprochen.

„[...] du musst wissen, das ist nicht unser Geschäft. Wir haben eigentlich wenige Berührungspunkte auf der Intensivstation.“ (IP 1, Abs. 15)

Ein/eine Befragte gab an, durch hands-on viele berufliche Erfahrungen gesammelt zu haben. Mit dem Bewusstsein, dass die Handlungen nicht immer Erleichterung bringen. Dies fördere wiederum Unsicherheit bei der befragten Person. Wichtige Erfahrungen wurden bereits in anderen Krankenhäusern erworben.

„[...] und ich habe die Patientin X da im Haus betreut, mit Atemtherapie und Lymphdrainage. Die habe ich so begleitet bis sie gestorben ist.“ (IP 1, Abs. 21)

„[...] wenn man gemerkt hat, dass der Patient von der Atmung immer schlechter, schlechter, schlechter wird, und wenn man hingegangen ist, das hat den Patienten gestresst.“ (IP 1, Abs. 99-103)

Eine Person sieht ihre berufliche Erfahrung bei der End-of-Life Care als eine Bereicherung an, wenn nach dem Willen der Patient*innen gehandelt wurde.

„[...] ein junger Querschnittpatient, [...], der sich für einen Therapieabbruch entschieden hat, wo man dann in einem guten Rahmen für ihn und für alle eine palliative Betreuung durchgeführt hat.“ (IP 6, Abs. 23)

Persönliche Erfahrungen mit Palliative Care	
Persönliche Erfahrungen helfen im Berufsalltag	Persönliche Erfahrungen teilen wollen

Eine befragte Person gab an, viele persönliche Erfahrungen mit PC gemacht zu haben. Diese kamen durch den Verlust eines engen Familienangehörigen zustande. Durchwegs positive Erfahrungen haben der/dem Interviewpartner*in aufgezeigt, dass verschiedene Maßnahmen, wie zum Beispiel Physiotherapie am Lebensende eine gute Unterstützung sein kann. Diese Erfahrungen helfen im Berufsalltag ungemein.

„[...] Therapeuten kommen, die machen hauptsächlich Lymphdrainage, bei Patient*innen die Schwellungen haben, oder Atemtherapie zur Erleichterung der Atmung.“ (IP 1, Abs. 21)

Die gleiche Person sagte, dass sie dem Interview zugestimmt hat, um ihre persönlichen Erfahrungen an Kolleg*innen weitergeben zu können.

„[...] dass ich zu dem Thema sicher was zu erzählen habe.“ (IP 1, Abs. 9)

Fortbildung in Palliative Care		
Fehlende Fortbildungsangebote In- House	Niederschwellige Fortbildungen In-House anbieten	Bereitschaft zu Fortbildung in Palliative Care

Fortbildungsangebote In-House zum Thema PC werden nach Aussage von vier Befragten nicht angeboten. Die Befragten haben keine bewusste Wahrnehmung von Fortbildungen im Krankenhaus.

„[...] eigentlich überhaupt keine. Es gibt nur diesen Palliativlehrgang. Also der zur Ausbildung zum Palliativmediziner.“ (IP 2, Abs. 25)

Zwei der Befragten gaben an, dass niederschwellige und offensiv beworbene Fortbildungen angeboten werden sollten. Unter niederschwellig werden Fortbildungen mit Expert*innen in PC verstanden, die im Rahmen von Dienstbesprechungen und Patient*innenübergaben beraten.

„[...] ja, da passieren oft auch Gespräche über Patient*innen, die so nebenbei laufen“ (IP 6, Abs. 115-117)

Die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen bestätigten drei Interviewpartner*innen, dies bezog sich nicht nur auf PC, sondern auch auf Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, die als ein wichtiger Teil in der Betreuung am Lebensende angesehen wurde. Die Corona Pandemie bestärkte Teile der Befragten eine Ausbildung in PC zu machen.

„[...] ich denke schon. Weil es ja ein wichtiges Thema ist. Und betrifft alle Stationen.“ (IP 4, Abs. 15)

Die generelle Fortbildungsbereitschaft in PC wird angezweifelt, da es einerseits von der Persönlichkeit der Mitarbeiter*innen abhängt, andererseits die Bereitschaft einzelner Berufsgruppen angezweifelt wird.

„[...] andere haben einfach mehr so das Gefühl, dass man palliativ mehr machen könnte.“ (IP 3. Abs. 23)

11.4.3 Erkennen von Palliative Care Bedarf/Situationen

Das Erkennen des Palliativbedarfs eines/einer Patient*in wird allgemein als eher schwierig eingestuft. Vor allem wenn es um die Einstufung nicht onkologischer schwer kranker Menschen geht.

Persönliches Erkennen des Palliativbedarfes			
Einschätzung nach Gefühl	Befunde und Klinik	Gebrechlichkeit	Therapiezieländerung als Indikator

Zwei der sechs befragten Personen gaben an, dass die Einschätzung des Palliativbedarfes durch ihr Gefühl geleitet ist. Es wird zum Teil von Mitarbeiter*innen versucht sich in die Lage der Patienten zu versetzen, ob dies noch für die Beurteiler*innen akzeptabel wäre, weiterleben zu wollen.

„[...] aber ich persönlich versuche mich öfter in die Lage zu versetzen, [...], das wäre für mich jetzt die Situation, wo ich sagen würde, nein, so kann und möchte ich vielleicht auch nicht mehr weiterleben.“ (IP 3, Abs. 37)

Zwei Drittel der Interviewpartner*innen führten bei der Bewertung, ob ein palliativer Betreuungsbedarf besteht, Befunde und Klinik als Hauptindikator an.

„[...] ja natürlich einmal auf den Befunden, die ich habe. Gerade bei onkologischen Patient*innen ist das relativ einfach mit weitfortgeschrittenem Primärtumor, oder die Metastasierungen haben.“ (IP 2, Abs. 37)

Drei der sechs Befragten gaben an, den langen Krankheitsverlauf und die aktuellen Lebensumstände, wie Gebrechlichkeit im Alltag in ihre Bewertung für den Palliativbedarf von Patient*innen einfließen zu lassen.

„[...] da spielt halt für mich dann eben sehr die Lebensumstände rein, die der Patient daheim gehabt hat. Wenn der jetzt eh schon sagt, er ist seit Monaten nicht mehr vor die Türe gekommen und sitzt nur mehr in seiner 2-Zimmer Wohnung, ja, dann habe ich das Gefühl, dass der eigentlich schon lange auf dem Wege irgendwie in Richtung Palliativsituation war.“ (IP 2, Abs. 105)

Für drei der interviewten Personen, war eine Therapiezieländerung, der Zeitpunkt, der eine palliative Situation einleitete. Es wird von einer Person betont, dass der richtige Zeitpunkt auch verpasst, oder zu spät angedacht wurde.

„[...] in dem Moment, in dem ich eine Therapiezieländerung habe, also eine Therapie einstelle, das ist auf jedem Fall dann palliativ.“ (IP 4, Abs. 33)

Unsicherheit beim Erkennen des palliativen Bedarfes von Patient*innen	
Defizite haben	Prognoseunsicherheit

Vier der sechs Befragten gaben an, im klinischen Alltag Defizite bei der Erkennung des palliativen Betreuungsbedarfes zu haben. Dies wird durch die Interviews quer durch die untersuchten Berufsgruppen bestätigt, und wird mit den fehlenden harten Kriterien zur Beurteilung von Palliativsituationen begründet.

„[...] Unsicherheit, ja würde ich schon sagen, dass das schwierig ist. Vielleicht auch, weil es keine konkreten Kriterien gibt.“ (IP 4, Abs. 36-37)

Die Prognoseunsicherheit wird von zwei der Interviewpartner*innen angeführt, die zu Unsicherheiten in der Einschätzung der Palliativsituation beitragen. Erfahrungen, wo von einer Palliation auf Kuration umgestellt wurde, führte zu Verunsicherung in der Prognoseerstellung.

„[...] und dann hat es aber eine Wende vom Patienten gegeben, er hat sich plötzlich gebessert.“ (IP 6, Abs. 65)

Einschätzungsinstrumente kennen für die palliative Bedarfserhebung	
Tools wenig bekannt	Erkennungstools hilfreich

Drei der Interviewpartner*innen konnten kein konkretes Instrument zur Einschätzung des Palliativen Betreuungsbedarfes nennen, beziehungsweise vermuteten, dass es eventuell ein Instrument gibt.

„[...] es gibt wahrscheinlich schon welche, aber die kenne ich nicht.“ (IP 5, Abs. 85)

Zwei der Befragten gaben an, dass ein Instrument zur Einschätzung sehr hilfreich wäre, dies würde die Argumentation für eine Palliation verbessern und die Einschätzung erleichtern.

„[...] also so ein Tool, das einfach zum Ermitteln, wäre definitiv eine sehr hilfreiche Sache.“ (IP 3, Abs.137)

11.4.4 **Benefit von Palliative Care auf der Intensivstation**

In dieser Kategorie konnten die Interviewteilnehmer*innen anführen, welchen Benefit PC auf der Intensivstation hat.

Verbesserte Symptomkontrolle

Drei der sechs Interviewpartner*innen gaben an, dass es zu einer Verbesserung der Symptomkontrolle komme, wenn im Sinne von PC auf der Intensivstation gehandelt wird.

„[...] dass man einen Patienten, der quasi am Ende seines Lebens ist, die Zeit, die er noch hat, so angenehm und vor allem so schmerzfrei gestaltet, wie es möglich ist.“ (IP 2, Abs. 27)

Steigerung der Lebensqualität

Die Steigerung der Lebensqualität für die verbleibende Lebenszeit wird von drei Befragten als Benefit von PC auf der Intensivstation angesehen. Die Interviewten sahen zum einen den Einsatz von Palliativer Physiotherapie als ein probates Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität. Das bewusste Begleiten können, des Betreuungsteams, und zum anderen den ganzheitlichen Ansatz von PC als eine Bereicherung in der Begleitung von schwerstkranken Menschen.

„[...] diesen schwer kranken Patienten noch die bestmögliche Lebensqualität, Bedingungen irgendwie anzubieten, die Situation erträglicher machen.“ (IP 1, Abs. 23)

Patient*innen und Angehörigenzufriedenheit	
Etwas tun können	Entlastung der Patient*innen und Angehörigen

Zwei Befragte gaben an, dass es für die betroffenen Patient*innen und ihre Angehörige ein gutes Gefühl sein kann, dass noch etwas getan werden kann. Es wird in diesem Fall aus der Angehörigensicht so beschrieben.

„[...] und ich habe Atemtherapie gemacht, passiv, [...], und es war wirklich gut, [...], und für mich schon auch, so eine Erfahrung, dass man einem Sterbenden helfen kann.“ (IP 1, Abs. 77)

Drei Befragte äußerten sich dahingehend, dass PC allgemein einen Benefit für die betroffenen Personen bietet. Entscheidungen in Richtung Palliation werden als eine Erleichterung gesehen, und entlasten Patient*innen und Angehörige. Die Akzeptanz des Lebensendes wird dadurch gefördert.

„[...] und seit dem Entschluss für die palliative Behandlung ist es eigentlich viel ruhiger geworden. Auch für die Angehörigen habe ich das Gefühl gehabt, also wo das wirklich im Raum gestanden ist, hat sich was gewendet.“ (IP 6, Abs. 21)

11.4.5 Einflüsse +/- für den frühen Zugang zu PC auf einer ICU

In diesem Themengebiet werden positiv und negativ wahrgenommenen Einflussfaktoren durch das Betreuungsteam der untersuchten Intensivstation behandelt.

Was behindert den frühzeitigen Zugang zu Palliative Care auf der Intensivstation					
Tod nicht akzeptieren können	Ängste	Einstellung zu Palliative Care	Mangelhafte Kommunikation	Fehlende Palliative Care Kompetenzen	Patientenwollen nicht beachten

Ein großes Hindernis stellt für zwei Befragte dar, wenn der Tod nicht akzeptiert wird und alles Machbare gemacht werden soll. Falsche Erwartungen an die Medizin, das nicht loslassen können der Patient*innen und ihrer Zugehörigen sind Themen die präsent sind.

„Es gibt immer auch zwei Seiten. Die einen Patient*innen, die einfach nicht loslassen wollen, und doch dann auch die Medizin, die alles zu bieten hat.“ (IP 1, Abs. 47)

„Es gab zwar eine Patient*innenverfügung, aber die Angehörigen wollten, dass Alles gemacht wird.“ (IP 1, Abs. 57)

Ängste wurde von zwei Interviewpartner*innen als Hindernis für PC angesehen. Diese Ängste sind facettenreich. Angeführt wurde, die Furcht vor juristischen Konsequenzen bei einer Therapiezieländerung. Bedenken, den Angehörigen die Wahrheit nicht zumuten zu können, und die Angst sich den Fragen der Angehörigen stellen zu müssen.

„[...] das kann er der Frau nicht antun, ihn jetzt sterben zu lassen.“ (IP 3, Abs. 48) „[...] und juristische Konsequenzen auch.“ (IP 3, Abs. 51)

Die Einstellung zu PC der übergeordneten hierarchischen Strukturen wurde von einer befragten Person als Grund angegeben.

„[...] wie ich es in der Klinik damals erlebt habe, dass man unbedingt mit Ach und Krach den 82- Jährigen noch reanimieren muss.“ (IP 4, Abs. 5)

Schlechte Kommunikation im Behandlungsteam wird von einer Person als Grund angeführt, die PC verhindert.

„[...] und da gibt es natürlich aus jeder Disziplin Personen, mit denen so ein Gespräch besser geht, oder weniger leicht führbar ist.“ (IP 2, Abs. 77)

Fehlende Kompetenzen sind mitunter ein Hinderungsgrund für PC. Dies betrifft die fehlende Entscheidungskompetenz von Mitarbeiter*innen, aber auch der Mangel an Fachkompetenz in PC, wie von einer Person betont wird.

„[...] und das hindert mich manchmal, was zu sagen.“ (IP 6, Abs. 87)

„[...] dass auch manchmal Ärzte die Unsicherheit haben, palliativ zu therapieren.“ (IP 6, Abs. 147)

Für einen/eine Befragte ist das Ignorieren des Patient*innenwillens ein großer Hemmschuh für den frühen Zugang zu PC auf der Intensivstation. Dies wird sowohl aus persönlichen Erfahrungen berichtet, als auch aus dem beruflichen Umfeld. Die Weiterführung von Therapien trotz Ablehnung durch die Patient*innen wird als sehr kritisch gesehen.

„[...] wenn wir Patient*innen versorgen, die wirklich von sich aus kommunizieren, nein, sie möchten das Alles nicht mehr, allerdings von der Ärzte-Belegschaft das einfach nicht anerkannt wird. [...] das finde ich eher ein bisschen negativ.“ (IP 3, Abs. 13).

Was fördert den frühzeitigen Zugang zu Palliative Care auf der Intensivstation	
Rahmenbedingungen	Palliative Care Haltung leben

Fördernde Einflussfaktoren wurden Deckungsgleich zu den hemmenden Faktoren im Umkehrschluss von den Interviewpartner*innen angeführt. Einzelne Faktoren, die bisher nicht genannt wurden, sind hier angeführt.

Strukturellen Rahmenbedingungen, wie das räumliche Umfeld für Gespräche mit Patient*innen und deren Angehörigen, die flexiblere Gestaltung der Besuchsmöglichkeiten sind thematisiert worden. Es wurde betont, dass vor allem die COVID-19-Pandemie, mit ihren Einschränkungen den Ausschlag für die Thematisierung gab.

„[...] man bräuchte einfach eine angenehmere Umgebung, um etwas zu besprechen.“ (IP 2, Abs. 77-79)

Die PC-Haltung leben und nach außen transportieren, aber auch diese kommunizieren, wird von einem/einer Teilnehmer*in angeführt.

„[...] dass es vielleicht so Fuß fasst, dass das vielleicht sichtbarer wird.“ (IP 6, Abs. 159)

11.4.6 **Entscheidungsfindung am Lebensende**

Dieses Kernthema umfasst alle Bereiche, die Einfluss auf die Entscheidungsfindung und Umsetzung von Entscheidungen am Ende des Lebens haben.

Entscheidungsgrundlagen bei Entscheidungen am Lebensende aus der Sicht des Intensivbehandlungsteams		
Patient*innenwille	Krankheitsstadium	Teamentcheidung

Die Basis für End-of-Life Entscheidungen wird nach Ansicht von drei Befragten durch den Patient*innenwillen gelegt. Es wird betont, dass Gespräche mit den betroffenen Personen, und ihren Angehörigen eine entscheidende Rolle zukommt. Die Autonomie bildet einen Eckpfeiler bei Entscheidungen am Lebensende.

„[...] und womöglich hat der Patient auch im Vorfeld, wenn er es noch kann, schon wiederholt geäußert, dass er eigentlich nicht mehr will, dann spielt das natürlich für mich auch herein, weil es sein Wille ist.“ (IP 2, Abs. 39)

Als weitere Grundlage ist für zwei der sechs Befragten das Krankheitsstadium entscheidend. Der Schweregrad der aktuellen Erkrankung, die Befunde, und die Progredienz des Grundleidens stellen eine wichtige Basis für Entscheidungen dar.

„[...] und wenn dann die schweren Grunderkrankungen vielleicht überwiegen, dass man dann das Therapieziel ändert.“ (IP 3, Abs. 95)

Von einer Person wird explizit die Wichtigkeit einer Teamentscheidung als Basis für EoLD betont. Der Austausch bei Besprechungen im ärztlichen Personal bildet die Grundlage dafür. Das Vorhandensein von zwei Fachärzt*innen im Dienst ermöglicht zusätzlich einen fachlichen Austausch. Als „das Team“ wird in der Aussage, das ärztliche Team verstanden.

„[...] das muss ich sagen, also das find ich schon mal sehr angenehm, dass auch mitten in der Nacht fast immer ein Zweiter da ist, mit dem man sich da irgendwie besprechen kann.“ (IP 2, Abs. 59)

Advance Care Planning/Patient*innenverfügung/Vorsorgevollmacht	
Wissen über Vorsorgeinstrumente	Teilwissen

Das Kennen der Modalitäten der Vorsorgedokumente für Patient*innen spielt eine entscheidende Rolle bei EoLD für ein Behandlungsteam. Vier der sechs Interviewpartner*innen wissen über die verschiedenen Formen der Vorausplanung für das Lebensende Bescheid und können diese auch mit Beispielen beschreiben.

„[...] eine Patientenverfügung, und da steht dezidiert drinnen, bei welcher Erkrankung ich was nicht will. [...], also das, denke ich, ist ganz, ganz wichtig.“ (IP 4, Abs. 23)

In den Interviews konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der Befragten die genaue Terminologie der Vorsorgemöglichkeiten nicht kennt. Beim Nachfragen konnten dann zu Teilen Wissen lukriert werden.

„Advance Care Planning, [...], sagt mir überhaupt nichts. Doch, das mit der Patientenverfügung und so, ja. Das andere sagt mir nichts.“ (IP 1, Abs. 26-27)

Bedeutung des Terminus Therapiezieländerung	
Kennt Therapiezieländerung	Versagen der Medizin

Der Terminus Therapiezieländerung ist lediglich einer befragten Person nicht geläufig. Für fünf der sechs Befragten ist die tägliche Bewertung des Therapieziels wichtig um die Bedürfnisse der Patient*innen zu erkennen. Eine Therapiezieländerung stellt auch einen Schnitt im Therapieregime dar, der klar von Kuration in Richtung Palliation geht.

„Beispiel Niereninsuffizienz, es wird keine Nierenersatztherapie begonnen, und dann beschreitet man in dem Fall den palliativen Weg.“ (IP 4, Abs. 19)

Von einer/einem Befragten wurden vorgenommene Therapiezieländerungen und Schwenk zur Palliation durch Kolleg*innen, als ein Versagen der Medizin wahrgenommen.

„Ein Onkologe, [...], zeigt noch besonderes Engagement. [...], ich glaube, ganz viele empfinden das dann auch als Schwäche oder als Fehler, wenn man zurückgeht.“ (IP 4, Abs.41)

Die Rolle der Berufsgruppen bei Entscheidungen am Lebensende			
Alle an EoLD beteiligt	Rein ärztliche Entscheidung	Pflege nicht in EoLD involviert	Physiotherapie nicht in EoLD integriert

Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass das gesamte Team in die Entscheidung involviert ist, oder sein sollte. Es werde mit den anderen Berufsgruppen über Inhalte von EoLD geredet.

„[...] dass wir eigentlich mit der Pflege reden beziehungsweise tut man das sowieso.“ (IP 2, Abs. 73)

Ein Drittel der Befragten gaben an, dass es eine rein ärztliche Entscheidung ist, und andere Berufsgruppen nicht an EoLD beteiligt sind.

„[...] ich habe das Gefühl, dass es schon eher eine ärztliche Entscheidung ist.“ (IP5, Abs. 109)

Ebenfalls ein Drittel sehen die Pflege nicht ausreichend in den Entscheidungsprozess integriert. Betreuende Pflegepersonen werden eher selten als Partner bei EoLD wahrgenommen. Es funktioniere nicht mit allen beteiligten Endverantwortlichen.

„Wir in der Pflege werden eher nicht wahrgenommen, zumindest bei manchen, [...], bei den Jungärzt*innen und manchen Offenen klappt das. Warum nicht bei allen?“ (IP 3, Abs. 49)

Die Physiotherapie ist bei zwei Befragten gar nicht in den EoLD Prozess eingebunden, obgleich diese Berufsgruppe einen sehr engen Kontakt zu den Patient*innen hat und auch wahrnimmt.

„Schau, da sind wir nicht eingebunden. Obwohl ja wir körperlich dem Patienten nahe sind.“ (IP 1, 73-75)

Angehörige im Entscheidungsfindungsprozess	
Transparente Kommunikation der Therapieziele	Entscheidungen nicht Abwälzen auf Angehörige

Für vier der sechs Interviewpartner*innen ist es wichtig, dass die Therapieziele transparent kommuniziert werden sollten. Es müsse dabei klar betont werden, dass die Entscheidungen zum Wohl der Patient*innen getroffen wurden. Eine mehrmalige Änderung im Therapiekonzept, ohne ersichtlichen Grund verunsichere alle Beteiligten. Klare Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen führe zu einer besseren Akzeptanz der Angehörigen für den nahenden Tod und erleichtern das Abschiednehmen.

„[...] nicht irgendwie Das reduzieren und Das nicht, sondern entweder eine definitive Entscheidung in die eine oder andere Richtung, die dann von allen getragen wird und auch ausgeführt wird.“ (IP 2, Abs. 17)

Für eine interviewte Person erschien es besonders wichtig, die Angehörigen zu den EoLD erst zu informieren, wenn es ein Therapiekonzept gibt. Das Abwälzen von Entscheidungen auf die Angehörigen wird als unprofessionell bewertet. Es soll klar sein, wer die Endverantwortung im Entscheidungsprozess hat.

„[...] dass es eine professionelle Entscheidung ist und nicht den Angehörigen der schwarze Peter zugeschoben wird,“ (IP 5, Abs. 115).

Kommunikation von End-of-Life Decisions	
Offene Kommunikation	

Eine offene Kommunikation leben, wird von zwei Drittel der Befragten besonders hervorgehoben. Hierbei geht es um eine offene Kommunikation im Behandlungsteam, aber auch um eine gute Gesprächsführung mit Patient*innen und deren Angehörigen. Von der gelebten Kommunikation profitieren alle Beteiligten gleichermaßen.

„[...] das Thema Gesprächsführung, was ja auch wichtig ist, wird, glaube ich, auch eher zu wenig wahrgenommen.“ (IP 4, Abs. 11)

Dokumentation von EoLD	
Mangelhafte Dokumentation	Gute transparente Dokumentation

Für die Hälfte der interviewten Personen scheint die Dokumentation von EoLD nicht suffizient durchgeführt zu werden. Dies liegt einerseits an den unterschiedlichen Dokumentationsarten, andererseits wird eine nicht so gewissenhafte und genaue Dokumentation von Kolleg*innen beschrieben.

„[...] das Dokumentieren, da sind nicht immer alle Kollegen so sorgsam.“ (IP 4, Abs. 81)

Die andere Hälfte der befragten Personen, sprechen von einer guten, transparenten und nachvollziehbaren Dokumentation, die über die Abteilung der Intensivstation hinaus nachvollziehbar erscheint. Dies wird mit Beispielen belegt.

Entscheidungsfindung durch eine klinische Perspektiven Konferenz	
Fehlende Besprechungen bei chronisch kranken Patient*innen	

Die Hälfte der Interviewpartner*innen bestätigen, dass in Besprechungen kurz über Patient*innen mit schweren chronischen Erkrankungen und sehr langer Liegedauer im Krankenhaus beraten wird. Eine gesonderte Besprechung wird aber nicht angeboten im Sinne einer klinischen Perspektiven Konferenz.

„[...] manchmal wird ein schwieriger Fall vielleicht mal in der Frühbesprechung miterwähnt, wo man sagt, das war heute Nacht, ..., aber es wird nicht jetzt jeder Palliativfall, oder Therapiebeendigung irgendwie im Team besprochen und dokumentiert. Ich glaube, das wäre etwas, was man ändern könnte.“ (IP 4, Abs. 85).

11.4.7 **Spannungen/Konflikte bei EoLC und EoLD**

In diesem Themenkreis werden Spannungen und Konflikte bearbeitet, die im Behandlungsteam, in den Berufsgruppen und mit den Angehörigen auftreten können.

Wahrnehmen von Spannungen und Konflikten bei EoLD / in der EoLC	
Keine Spannungen und Konflikte wahrnehmbar	Spannungen und Konflikte sind Alltag

Zwei der sechs Befragten konnten sich nicht an Spannungen oder Konflikte in der Vergangenheit im Zusammenhang mit EoLD/EoLC erinnern. Sie nehmen die Entscheidungsfindung am Lebensende, als ziemlich gut wahr.

„[...] gibt es Konflikte bei den Entscheidungen am Lebensende?“ IP: „Nein, eigentlich werden die meistens ziemlich gut bearbeitet.“ (IP 2, Abs. 106-109)

Zwei Drittel der Befragten nehmen Spannungen und Konflikte als normal wahr, da dies zum Alltag gehöre. Generations- und Kulturkonflikte im Team wurden ebenfalls angesprochen.

„Da gibt es Spannungen, wie ich es schon erwähnt habe, zwischen- also ich glaube die Generationen sehen es zum Teil auch anders, und auch die Kulturen sehen es anders.“ (IP 4, Abs. 91)

Spannungen und Konflikte im Ärzt*innenteam
Spannungen interdisziplinär

Wenn es zu Spannungen und Konflikten kommt, sind diese meist interdisziplinär zwischen den Fachrichtungen, die an der Behandlung beteiligt sind, stellen zwei Drittel der Befragten fest. Es wird berichtet, dass es meist eine selektive Wahrnehmung über die Erkrankung der Patient*innen gibt. Organsysteme stehen im Vordergrund und nicht der ganzheitliche Blick auf die Patient*innen.

„[...] ja, da ist es teilweise schon schwieriger, weil gerade bei der anderen Fachdisziplin, die sehen oft nur isoliert ihr Organsystem,“ „ [...], oder sehen es als ihr Versagen an, wenn man sagt, man kann da nichts mehr tun.“ (IP 2, Abs. 111)

Spannungen und Konflikte im Pflorgeteam	
Keine Konflikte Pflege intern	

Eine interviewte Person berichtet, dass es im Pflorgeteam zu keinen Konflikten intern komme. Es herrsche meist Konsens im Pflorgeteam über die Situationen in der EoLC.

„Die Pflege ist sich eher einig zu sagen, okay, die und die Situation besteht, wir haben einen schwerkranken Patienten und so.“ (IP 3, Abs. 121)

Spannungen und Konflikte mit Angehörigen in der EoLC/ EoLD	
Spannungen durch unrealistische Erwartungen	Mangelhafte Kommunikation

Vier der sechs Befragten gaben an, dass Konflikte auftreten, wenn Angehörige den nahenden Tod ihrer Liebsten nicht akzeptieren können. Diese reichen vom nicht akzeptieren der Patientenverfügung, Meinungsverschiedenheiten über die durchgeführten Therapien, und unrealistische Erwartungen an die Medizin. Konflikte treten nicht nur zwischen dem Behandlungsteam und Angehörigen auf, sondern auch unter Angehörigen.

„[...] es gibt zwar eine Patientenverfügung, aber die Angehörigen wollen, dass Alles gemacht wird.“ (IP 1, Abs. 57)

Zwei der Interviewpartner*innen geben an, mangelhafte Kommunikation bedinge gelegentlich Konflikte. Die Therapien werden nicht offen und klar besprochen, oder es werden divergierend Auskünfte über Therapiestrategien erteilt.

„[...] da gibt es Spannungen, wenn die Versorgung nicht richtig kommuniziert wird, und wenn ein Arzt so sagt, und ein anderer Arzt wieder anders. Nachher ist man natürlich als Pflege auch in einer Zwickmühle.“ (IP5, Abs. 137)

Konfliktlösungsstrategien in der EoLC / bei EoLD		
Wiederholte Angehörigengespräche	Teamkommunikation	Externe Unterstützung holen

Als eine Strategie zur Konfliktprävention wird das wiederholte Angehörigengespräch von einer/einem Interviewpartner*in ins Feld geführt. Das Erläutern der aktuellen Situation in der sich die Patient*innen befinden kann ebenfalls zielführend sein. Es wird betont, dass alle Personen in einem Behandlungsteam zur Konfliktlösung beitragen können.

„[...] ja , es braucht dann oft mehrere Gespräche, beziehungsweise wenn man es ihnen dann näher erläutert, was die Hintergründe sind, die Lebensumstände schon so schlecht waren.“ (IP 2, Abs. 115)

Eine Verbesserung der Teamkommunikation und Nachgespräche sind gute Präventionsmaßnahmen für Konflikte. Da meist ein Entscheidungsgefälle, auf Grund der hierarchischen Strukturen besteht, ist eine gute Teamkommunikation besonders wichtig. Dies wird von der Hälfte der Befragten als essentiell angesehen.

„[...] man kann im Nachhinein nochmal darüber reden, warum-na ja, man muss immer beide Seiten mal befragen, welche Sichtweise sie haben.“ (IP 3, Abs. 125)

Von einer Person wurde als Konfliktlösungsstrategie die Einbindung von externer Hilfe aufgezeigt. Supervisionen wurden in der Vergangenheit als sehr zielführend bei Konflikten angesehen.

„[...] in meiner Anfangszeit, da wurden in der Klinik regelmäßig im Team Supervisionen gemacht.“ (IP 1, Abs. 67)

11.4.8 Belastungen bei der EoLC

In diesem Kapitel werden wahrgenommene Belastungen die durch EoLC auftreten können, behandelt.

Welche Faktoren belasten bei der End-of-Life Care				
Futility	Falsche Erwartungen an die Medizin	Angehörigengespräche	Ignoranz gegenüber PC	Patient*innenautonomie verletzt

Unisono wird von allen sechs Interviewpartner*innen die wahrgenommene Übertherapie als besonders belastend angesehen. Dies wird unterstrichen durch fünfundzwanzig Kommentare in den sechs Interviews zum Thema Übertherapie. Das wahrgenommene Spektrum reicht von chronisch kranken Patient*innen im Krankenhausalltag, bei denen keine Therapieziele definiert wurden, Differenzen im Behandlungsteam, die eine Palliation nicht zulassen. Weiters wurde angeführt, dass der Machbarkeitswahn in der Medizin bis zum Exzess betrieben werde. Als besonders belastend wurde angesehen, Übertherapien mittragen zu müssen. Alle Möglichkeiten der Medizin ausschöpfen bringt nach Ansicht der Interviewpartner*innen nicht immer einen Benefit für die Patient*innen. Es wird auch die Sinnhaftigkeit von medizinisch möglichen Therapien in der EoLC angezweifelt.

„[...] und wenn ich da an den Patienten von Zimmer X denke, das wundert mich immer noch, dass der noch lebt, aber aufhören gibt es da nicht, von der einen Disziplin!“ (IP 2, Abs. 119)

Falsche Erwartungen an die Medizin und Therapien werden auch als belastend angesehen, so ein/eine befragte Person. Dies trifft zu, wenn Angehörige Druck aufbauen, um Therapien fortzuführen.

„[...] also, dass man eine Therapiezieländerung macht, die Angehörigen nicht einverstanden sind, weil sie sich das anders vorgestellt haben, dass der Patient wieder gesund nach Hause kommt und dann der Frust auf das Behandlungsteam abgeladen wird.“ (IP 5, Abs. 145)

Angehörigengespräche werden auch als eine starke Belastung in der EoLC wahrgenommen, besonders wenn kein Rückhalt von Seiten der Leitungsebene gegeben ist. Ein Mangel an Zeit für Angehörigengespräche macht diese sehr belastend.

„[...] wenn ein Oberarzt da zwei Stationen betreut, hin und herrennen muss,“ [...], „es ist dann auch für einen selbst nicht befriedigend, solche Gespräche zu führen, weil für die braucht man wirklich Zeit.“ (IP 4, Abs. 9)

Die Belastung in der EoLC ist besonders hoch, wenn der Bedarf an PC erkannt wurde, aber ignoriert wird. Fünf der sechs Teilnehmer*innen an den Interviews bestätigten dies. Dies betrifft im Speziellen die Verletzung der Autonomie der Patient*innen.

„[...] eine Frau, hochbetagt, über neunzig und bis dato selbständig,“ [...], „hat einen Schlaganfall gehabt,“ [...], „dass hätte die Mama nie wollen, dass man sie jetzt noch ernährt mit der Sonde, usw. Und die Angehörige hat es auch dem Arzt gesagt. Aber die Ärzte haben nicht reagiert.“ (IP6, Abs. 91)

Belastungsreaktionen des Behandlungsteams	
Negative Gefühle	Projektion

Die Hälfte der Befragten sprachen von Belastungsreaktion durch die End-of-Life Care, dass sie negative Gefühle entwickeln. Es entsteht bei ihnen eine gewisse Traurigkeit. Auch Wut als Reaktion wurde thematisiert. Ein Ohnmachtsgefühl macht sich breit, wenn die Meinung von Teammitgliedern bei Entscheidungen am Lebensende nicht gehört werden.

„[...] und häufig geht man auch mit einem schlechten Gefühl im Bauch dann wieder weg vom Gespräch.“ (IP 3, Abs. 125)

Vier der sechs Befragten, gaben an, dass sie die Patient*innenschicksale auch lange danach noch berühren. Zum Teil werden Krankheitsverläufe auf eigene Familienmitglieder projiziert.

„[...] aber es sind schon einfach gewisse Patient*innen, die einen einfach oft begleiten und an die man dann auch halt ein, zwei, drei Jahre danach noch denkt, muss ich sagen.“ (IP 2, Abs. 57)

Persönliche Belastungsstrategien			
Workout	Teilzeit arbeiten	Zuhörer finden	Resilienz entwickeln

Von einem/einer Teilnehmer*in wird körperliches Workout, wie Sport im Freien oder Yoga als Ventil benutzt um mit den Belastungen durch die End-of-Life Care umzugehen.

„[...] also ich habe mein Ventil eigentlich über die Bewegung. Da kann ich Belastungen und Stress abbauen.“ (IP 1, Abs. 71)

Teilzeitarbeit wird auch von einer Person als Strategie, um mit Belastungen umzugehen genannt.

„[...] dass ich eine Teilzeitstelle habe, hilft mir die nötige Distanz herzustellen.“ (indirektes Zitat zur Wahrung der Anonymität, IP 2, Abs. 57)

Zuhörer im privaten Umfeld, und Supervisionen in Anspruch nehmen, wird von zwei Interviewpartner*innen als persönliche Strategie praktiziert.

„Ich habe erhöhten Redebedarf daheim. Also rede ich über das Thema.“ (IP 3, Abs. 72)

Für einen/eine Teilnehmer*in gehören Belastungen zum Alltag auf der Intensivstation bei der EoLC, mit der man umzugehen lernt.

„[...] manchmal ist es belastend und manchmal- man lernt damit zu leben. Man kann ja nicht alles mit nach Hause nehmen.“ (IP 5, Abs, 77)

11.4.9 Support bei EoLC und EoLD

In diesem Themengebiet werden mögliche Unterstützungsmöglichkeiten behandelt die in der EoLC und bei EoLD Hilfe bringen könnten.

Beratungsstrategien intern	
Kollegiale Beratung annehmen	Gute Teamkommunikation

Teamintern wird das Annehmen einer kollegialen Beratung als das Mittel der Wahl von einer interviewten Person angesehen. Das setzt eine gute Kommunikation im Team voraus, wird von zwei der sechs Befragten konstatiert. Dies führe zu einer Entscheidung auf breiter Basis.

„[...] also entweder im Team mit jemanden darüber reden, oder mit einem erfahrenen Intensivkollegen, ja auch mit anderen Kollegen.“ (IP4, Abs. 59)

Klinisches Ethik Komitee als Beratungseinrichtung			
Entscheidung auf breiter Basis	Neutraler Blick	Patient*innen- autonomie gestärkt	Angehörigen- anliegen

Der Nutzen des klinischen Ethik Komitees (KEK) wird von vier der sechs Interviewteilernehmer*innen bei Entscheidungen am Lebensende positiv bewertet. Es führe dazu, dass Entscheidungen durch eine Konsensfindung auf einem breiten Rücken getragen werden. Dies erleichtert die Argumentation für eine beschlossene Therapie.

„[...] die ganze Entscheidung auf einem breiteren Rücken getragen wird, und in speziellen Situationen, wo dann die Angehörigen Druck machen, ganz eine tolle Einrichtung.“ (IP 2, Abs. 63)

Schwere ethische Entscheidungen lassen sich durch ein klinisches Ethik Komitee besser bewältigen, wird betont. Ein neutraler Blick auf die Gesamtsituation, und das strukturierte Vorgehen bei einer Fallbesprechung hilft bei der Entscheidungsfindung.

„Ja, einfach professionellere Beratung, [...], jemand Unabhängiges, der auf die Situation schaut, [...], der einen besseren Überblick hat.“ (IP 5, Abs. 95)

Das KEK, so zwei Interviewte, gibt dem Patientenwillen und den Angehörigenanliegen mehr Gewicht. Das KEK sorgt dafür, dass die Autonomie der Patient*innen bei Entscheidungen am Lebensende durch eine wohlbegründete Empfehlung Berücksichtigung findet.

„[...] dass diese Entscheidung nicht aus dem Bauch heraus, sondern wirklich begründet nach allen Punkten abgehandelt wird. Die Berücksichtigung der Autonomie, das Wohl des Patienten, dass es einfach eine begründete Entscheidung ist.“ (IP 6, Abs. 109-111)

Palliativer Konsiliardienst (PKD)		
Fachexpertise in Palliative Care	Blick von außen	Zweifel am Nutzen des PKD

Die Hälfte aller Interviewpartner*innen sehen in einem Palliativen Konsiliardienst eine gute Unterstützungsmöglichkeit in der End-of-Life Care. Diese Konsiliardienste bringen die nötige Fachexpertise in PC ein, die eine Betreuung am Lebensende optimieren könnte.

„[...] jemand der da spezielle Erfahrungen hat und viel öfter mit solchen Patienten zu tun hat, was eben für die angenehmer und gut ist, also das wäre auf alle Fälle eine tolle Möglichkeit.“ (IP 2, Abs. 71).

Der „Blick von außen“ durch nicht primär in die Behandlung und Betreuung involvierte Palliativexperten wird ebenfalls als eine Möglichkeit angesehen, die eine palliative Betreuung auf der Intensivstation bereichern würde.

„[...] ein zweiter Arzt, der nicht unmittelbar den Patienten betreut, sondern schon so eine Sicht von außen hat.“ (IP 5, Abs. 121)

Lediglich von einer Person wird der Nutzen eines Palliativen Konsiliardienstes in Zweifel gezogen.

12 Diskussion/Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind Resultate der Forschungsfragen, die sich mit Faktoren auseinandersetzen, welche einen frühzeitigen Zugang zu PC auf der Intensivstation beeinflussen. Weiters geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, wie PC von den betreuenden Professionen auf einer Intensivstation wahrgenommen wird. An Hand der Literatur wird der Stand der Wissenschaft zu den Themengebieten beschrieben. Mittels Experten*inneninterviews mit den Berufsgruppen der Intensivmedizin, Intensivpflege, Physiotherapie und Seelsorge konnten die Wahrnehmungen aller, an der Behandlung und Betreuung beteiligten Akteure Berücksichtigung finden. Diese beschreiben den Ist-Zustand der untersuchten Intensivstation zu den Untersuchungsthemen. Es wurden neun Themenbereiche erarbeitet, welche die Wahrnehmung und den frühzeitigen Zugang zu PC auf einer ICU beeinflussen können. Die Interviews wurden einer strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen, um vom Speziellen eine Verallgemeinerung zu erreichen. Dies soll es ermöglichen, die Ergebnisse in den Bereich aktueller Forschung einzuordnen.

Bezug zum wissenschaftlichen Kontext

Die Interviewteilnehmer*innen wurden zu ihrer **persönlichen Wahrnehmung** von PC auf der Intensivstation befragt. Wolf et al. (2019; 38 ff.) betonen, dass PC auf einer ICU als sehr wichtig angesehen wird, dies wird von allen sechs Interviewteilnehmer*innen gleich bewertet.

Die Hälfte der Befragten gab an, dass PC erst in der allerletzten Lebensphase wahrgenommen wird. Rodriguez, Bernato & Arnold (2006; 99 f.) bestätigen, dass PC erst sehr spät, in der terminalen Phase, wenn keine Kuration mehr möglich ist, in den Fokus rückt. Ein Drittel der Befragten, sehen ab diesem Zeitpunkt die Symptomlinderung und den ganzheitlichen Betreuungsansatz als essentiell an. Dies wird auch von den Autor*innen so beschrieben. Das Behandlungskonzept soll auf Lebensqualität und Leidenslinderung ausgerichtet sein.

Von jeweils der Hälfte der Befragten ist der **Benefit von Palliative Care** die Verbesserung der Lebensqualität und der Symptomlinderung. Anzumerken ist hier, das PC eigentlich am sinnvollsten und nutzbringendsten für Patient*innen, Angehörige und die medizinischen Teams – nicht zuletzt auch für die Gesellschaft im Sinne der Gerechtigkeit – mit dem Beginn einer schweren Erkrankung implementiert werden sollte. Zunächst noch mehr im Hintergrund agierend, gewinnt Palliativmedizin mit all seinen möglichen

Behandlungsfacetten idealerweise mit fortschreitender Schwere der Erkrankung immer mehr an Einfluss auf die laufende Behandlung bis hin zur ausschließlichen Begleitung Sterbender im Rahmen der CTC und vermittelt daher allen Beteiligten Sicherheit.

PC schützt die Würde der Betreuten - medizinisch Machbares ist nicht zwingend mit der Idee von PC vereinbar. El Hage Meyer de Barros Gulini et al. (2016; 5), schreiben dazu sinngemäß, dass PC eine angemessene Betreuungsform am Lebensende darstellt, und Übertherapie verhindern kann. Dies ist eine Entlastung für alle betroffenen Personen, Patient*innen, wie Angehörige und Behandlungsteams und schützt unser derzeit noch sehr solidarisches Gesundheitssystem vor zunehmender Überlastung.

Die vorhandene **Palliativkompetenz** auf der untersuchten Intensivstation kann generell als gering eingestuft werden. Dies ist, wie auch Aldridge (2015;4), für eine geringe Anzahl von Fachpersonen, die in PC ausgebildet sind, beschreibt, ein Hindernis für eine gute Palliativversorgung. Lediglich vier Mitarbeiter*innen des Betreuungs- und Behandlungsteams, rund 8%, besitzen eine Weiterbildung in PC. Diese ausgebildeten Personen, so Tait et al. (2014; 5), dienen als Wissensmultiplikatoren und vermitteln die Palliativhaltung. Von der Hälfte der Befragten wurde mangelhaftes Wissen und Unsicherheit im Umgang mit Palliativsituationen und Kommunikation in ihren Antworten angeführt. Tait et al. bestätigt ebenfalls, dass dem überwiegenden Teil der Behandlungsteams, im Speziellen der Pflege, die Kommunikation über Tod und Sterben nicht leichtfalle. Zwei Drittel der Interviewten führten an, dass es keine In-House Fortbildungen gibt, oder angebotene Fortbildungen nicht wahrgenommen werden. Ein Drittel wünscht sich niederschwellige Fortbildungsangebote. Chinh Wong, Man Chow & Ning Chan (2021) stellten fest, dass bereits Schulungen im geringen Ausmaß positive Effekte aufweisen. Mit regelmäßigen, kurzen verpflichtenden Fortbildungen könnte, so die Autor*innen, die Kompetenz in der Betreuung und Kommunikation zu End-of-Life Decisions verbessert werden. Soft Skills, wie Empathie ist nach Einschätzung von zwei Drittel der Befragten die wichtigste Eigenschaft, die nötig ist, um Menschen am Lebensende zu begleiten. Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber den Patient*innen, und selbst den Tod akzeptieren können, wurde als wichtige Eigenschaft genannt.

Das Erkennen von Patient*innen die im stationären Setting von PC profitieren würden, ist nicht einfach (Afshar, Müller-Mundt & Schneider, 2016; 133). Zwei Drittel der Befragten gaben an, im klinischen Alltag Defizite im Erkennen und Einschätzen von Palliativsituationen zu haben. Ein Drittel der Befragten führten an, dass sie Einschätzungen des Palliativbedarfs nach Gefühl vornehmen, während zwei Drittel sich an Befunden und

Klinik der Patient*innen orientieren. Das Unvermögen, so Downar, Wegier & Tansu-putro (2019) im Behandlungsprozess den PC- Bedarf zu erkennen, verhindere die frühzeitige PC-Implementierung. Es bedarf eines einfach zu handhabenden Unterstützungstools. Die Hälfte der Interviewteilnehmer*innen kennt kein konkretes Tool zur Einschätzung des palliativen Betreuungsbedarfs, und ein Drittel findet, dass ein Solches die Einschätzung erleichtern würde. Healthcare Improvement Scotland (2018) verweist auf eine Vielzahl von Tools, die eine Einschätzung des PC-Bedarfs erleichtern und einen frühzeitigen Zugang zu PC ermöglichen würde. Die ARGE Ethik der ÖGARI schlägt den ADL-Score sowie die Beurteilung der Gebrechlichkeit (Dalhousie Frailty Scale) als Risikoprädiktor für schlechtes Outcome im Rahmen schwerer Erkrankung oder geplanter belastender medizinischer Eingriffe vor. Bei schlechten Scores sollte das Team der Behandler*innen Indikation und Therapieziel für eine technisch machbare medizinische Handlung kritisch überprüfen und den weiteren Behandlungsweg definieren - rechtzeitig eine Therapiezieländerung festlegen. Im Rahmen des „shared decision makings“ muss ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit den Patient*innen oder deren ermächtigten Stellvertretungen geführt werden. Diese treffen Entscheidungen selbst oder stellvertretend - basierend auf eigenen Wünschen und Wertvorstellungen, die sich idealerweise mit ärztlicher Indikation und Therapieziel deckt (informed consent).

Faktoren welche die **Einstellung zu Palliative Care** beeinflussen, sind multidimensional. Ziehm et al. (2016; 1 ff.) sieht unzureichenden Austausch der beteiligten Professionen, Defizite im Wissen, und die Weigerung medizinische Grenzen zu akzeptieren als Gründe an. Für Zwei der sechs Interviewpartner*innen sind falsche Erwartungen an die Therapie, und das Einfordern des Machbaren ein Hindernis für eine frühzeitige PC. Stark hierarchische Strukturen bedingen offensichtlich immer noch, dass von den übergeordneten Strukturen, sinnlose Maximaltherapien gefordert werden. Ebenfalls vorgebracht wurde die schlechte interdisziplinäre Kommunikation, die PC verhindere. Jox et al. (2011; 542) führt ebenfalls die Gründe für bewusst durchgeführte Übertherapie und das Fehlen von PC auf institutionelle Strukturen zurück, sowie Angst vor medicolegalen Konsequenzen und fehlende Einigkeit im Behandlungsteam. Auch Angst und Hilflosigkeit angesichts emotionaler Reaktionen von Angehörigen, wurden als Grund für Übertherapie von den Autoren genannt. Angehörigen die Wahrheit nicht zumuten zu können, unangenehme Fragen bei einer Therapiezieländerungen beantworten zu müssen, wird ebenfalls als Hinderungsgrund für PC angesehen. Die palliative Haltung einzelner Mitarbeiter*innen beeinflusse den frühen Zugang zu PC im Team positiv, berichten zwei Interviewte. Flexible Rahmenbedingungen, wie großzügige Besuchszeitenregelungen,

erleichtern die palliative Betreuung enorm. Als Negativbeispiel führten Interviewteilnehmer*innen die unvermeidbar restriktiven Besuchsregelungen in der COVID-19-Pandemie an.

Bei der **Entscheidungsfindung am Lebensende**, sind die Behandlungsteams sehr häufig mit ethischen Problemen konfrontiert, berichtet Reiter-Theil (2009; 41 f.). Grundlage für Entscheidungsfindungen ist der Patient*innenwille einerseits und die medizinische Indikation andererseits. Die Hälfte der Interviewpartner*innen bestätigten die Autonomie als Eckpfeiler für Entscheidungen am Lebensende. Ebenfalls 50% der Befragten kannten die genauen Modalitäten der verschiedenen Vorsorgedokumente nicht oder nur unzureichend. Das Wissen um diese ist aber essentiell, um damit der Autonomie von Patient*innen adäquat Rechnung tragen zu können. Das österreichische Patientenverfügungsgesetz von 2006, reformiert 2018, sowie das seit Juli 2018 gültige Erwachsenenschutzgesetz mit seinen verschiedenen Formen der Vertretung dient der Vorausplanung und regelt den zukünftigen Umgang mit technisch möglichen medizinischen Maßnahmen, welche von den Patient*innen gewünscht oder im Voraus ganz/teilweise abgelehnt werden können (PatVG, § 9).

Für ein Drittel der Befragten ist das Krankheitsstadium und der Schweregrad der aktuellen Erkrankung ausschlaggebend für Therapiezieländerungen und Einlenken zu palliativen Behandlungsstrategien. Fehlende Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen durch Bewusstseinseinschränkungen löst unter Umständen ethische Konflikte aus. Marckmann & Mayer (2009; 980) sehen die Durchführung von Ethikberatungen durch klinische Ethikkomitees als ein gutes Instrument an, schwierige medizinische Entscheidungsfindungen zu erleichtern. Die Autoren sehen einen klaren Vorteil, wenn alle beteiligten Professionen sich in die Entscheidungsfindung einbringen können. Ein Drittel der Befragten, gab an, dass Entscheidungen am Lebensende nur von Ärzt*innen getroffen werden und sehen die Pflege und die Physiotherapie gar nicht in den Entscheidungsfindungsprozess integriert. Marckmann & Mayer sehen gemeinsam erarbeitete Entscheidungen aller beteiligten Berufsgruppen, als besser akzeptiert an. Für zwei Drittel der befragten Personen ist eine offene Kommunikation im Behandlungsteam mit den Patient*innen und Angehörigen sehr wichtig. Die wahrgenommene Kommunikationskultur ist damit deutlich verbesserungswürdig. Die Autoren führen an, dass durch Fallbesprechungen die Kommunikation zwischen den Professionen verbessert wird. Zwei Drittel der Interviewpartner*innen gaben an, dass für sie eine transparente Kommunikation der Therapieziele wichtig sei. Es wird betont, dass es immer wieder zum Abwälzen von Entscheidungen auf Angehörige komme. Dies wäre grundlegend falsch verstandene

Autonomie. Ärzt*in bleibt Fachmann/Fachfrau, die Behandlungsoptionen und deren Konsequenzen erläutern muss, um Patient*in zu ermächtigen eine Entscheidungen entsprechend seiner/Ihrer Wünsche und Wertvorstellungen zu treffen. Die Intention der Förderung der Selbstbestimmung im neuen Erwachsenenschutzgesetz wäre völlig falsch verstanden, würde man Patient*innen und deren An-, und Zugehörige danach fragen was zu tun sei. Halmich (2019; 38 f.) legt ebenfalls großen Wert auf professionelle, gute Kommunikation bei EoLD und fordert, dass TZÄ den Betroffenen und ihren Angehörigen in verständlicher Form und mit der nötigen Empathie zu kommunizieren seien.

Fünf der sechs Befragten gaben an, dass eine tägliche Bewertung des Therapieziels von großer Wichtigkeit ist, um die Betreuung den Bedürfnissen der Patient*innen anpassen zu können. Halmich (2019; 51) sieht die tägliche Evaluation des Therapieziels als wichtig an, auch wenn dies gesetzlich nicht verpflichtend vorgeschrieben ist. Eine TZÄ darf und muss im Falle einer unerwarteten Besserung des Gesundheitszustandes - gut schriftlich begründet - adaptiert bis aufgehoben werden.

Die Dokumentation von Entscheidungen am Lebensende wird nach Ansicht der Hälfte aller Interviewten als mangelhaft angesehen. Dies liegt einerseits an der fehlenden Gewissenhaftigkeit bzw. ist in dem Glauben begründet, wenn man gewisse Dinge nicht mehr macht, müsse man auch nichts mehr dokumentieren. Selbstverständlich müssen alle Handlungen im Rahmen einer TZÄ genauso ausführlich dokumentiert werden wie alle Handlungen im Rahmen einer auf Heilung ausgerichteten Therapie. Die ÖGARI (2013) schlägt beispielsweise einen einheitlichen und übersichtlichen Dokumentationsbogen vor, um getroffene Entscheidungen gut und transparent zu verschriftlichen.

Die Hälfte der Interviewpartner*innen bestätigen, dass in Besprechungen lediglich kurz auf Patient*innen mit chronisch kritischen Erkrankungen mit langer Liegedauer im stationären Setting eingegangen wird. Eine explizite Prognoserelevante Besprechung wird aber nicht durchgeführt. Die Arbeitsgemeinschaft Ethik der ÖGARI (2019) sieht in der klinischen Perspektivenkonferenz ein probates Mittel, um Therapien zu verhindern, die den Patient*innen mehr schaden als nützen.

Die Neuausrichtung von Kuration auf Palliation kann für ein Team ein unangenehmer Schritt sein, schreibt Pattison (2004; 132 ff.). Vor allem für das Intensivpflegeteam, das einerseits darauf trainiert ist auf ärztliche Anordnung alles zum Lebenserhalt beizutragen, was aber andererseits nicht immer das Beste für Patient*innen ist. Zwei Drittel der Befragten nehmen diese Spannungen und Konflikte als normal wahr. Spannungen im Pflegeteam intern werden eher nicht wahrgenommen. Hauptsächlich sind Konflikte

interdisziplinäre Konflikte zwischen Pflege und Ärzt*innen und zwischen den Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen, wegen des fehlenden ganzheitlichen Blicks auf die Patient*innen. Dies entspricht einer Beobachtung von Kantner- Rumpfmair & Lorenz (2009; 330) die eine Störungen in der Inter- und intraprofessionellen Kommunikation als Grund für Spannungen ansehen.

Zwei Drittel der Befragten detektieren den Grund für **Spannungen und Konflikte** bei den Angehörigen. Das Nichtakzeptieren des nahenden Todes ihrer Liebsten, Meinungsverschiedenheiten über die durchgeführten Therapien und unrealistische Erwartungen an die Medizin werden als Gründe angeführt. Bleicher et al. (2021; 292 ff.) sieht falsche Erwartungen der Patient*innen und deren Angehörigen an das Outcome und die Therapien als Hauptursache für moralischen Stress und Übertherapie. Alle Teilnehmer*innen an den Interviews bestätigen, dass wahrgenommene Übertherapien sehr belasten, was auch von Lambdon et al. (2018; 3) bestätigt wird. Ein Drittel aller Teilnehmer*innen an der Studie von Lambdon denken regelmäßig an Kündigung, der Prozentsatz bei den Intensivpflegefachkräften lag bei 68%. Sie nennen Übertherapie als Hauptgrund. Besonders belastend ist eine erkannte palliative Situation, die von den Behandler*innen ignoriert wurde. Als Beispiel wird das Ignorieren des Patient*innenwillen ins Feld geführt. Hartog et al. (2018; 853) schreibt dazu, dass Pflegepersonen auf Intensivstationen häufiger Übertherapien wahrnehmen als Mediziner*innen. Belastungsreaktionen sind unter anderem negative Gefühle, wie Traurigkeit, Wut, Ohnmachtsgefühle, die von der Hälfte aller Befragten wahrgenommen werden. Zwei Drittel der Befragten belasten die Schicksale der Patient*innen noch nach Jahren, und sie projizieren diese auf eigene Angehörige. Resilienzfördernde Strategien, mit den Belastungen umzugehen sind mannigfaltig. Diese reichen von körperlichem Workout, über Teilzeitarbeit, Reden über die Belastungen etc. Entgegen berichteter Bestrebungen in der Literatur, wurde von keinem/keiner Interviewteilnehmer*in, der explizite Wunsch nach einem Arbeitsplatzwechsel auf Grund der beschriebenen Belastungen geäußert.

Unterstützung bei Entscheidungen am Lebensende ist in erster Linie der kollegiale Diskurs. Dies wird von einem Drittel der Befragten angeführt. Die Voraussetzung sei eine gute Kommunikation im Team. 66% der Teilnehmer*innen sehen in einem klinischen Ethikkomitee eine gute Unterstützungsmöglichkeit, und argumentieren mit einer Entscheidung, die auf einem breiten Rücken getragen wird. Die Strukturiertheit dieser Besprechungen, der neutrale Blick, aber auch die Patient*innenautonomie, wird so am besten Rechnung getragen. Neitzke (2015; 24 f.) konstatiert, dass Ethikteams multiprofessionell zusammengesetzt sein sollen, um die unterschiedlichen Aspekte zu

beleuchten. Der Zugang zu den Ethikteams soll niederschwellig sein. Klinkhammer et al. (2012; 1756) findet, dass alle an der Behandlung und Betreuung beteiligten, inklusive Angehörige, die Möglichkeit haben sollten, eine Fallbesprechung einfordern zu können.

Der palliative Konsiliardienst (PKD) wird von der Hälfte aller Teilnehmer*innen als gute Unterstützungsmöglichkeit in der EoLC angesehen. Eine Zweitmeinung von Mediziner*innen mit spezialisierter Palliativausbildung, und der Blick von außen, werden bis auf eine Person von allen Befragten als positiv bewertet. Aktuell werden von dem untersuchten Krankenhaus keine Konsiliardienste angefordert, beziehungsweise ist dies aus strukturellen Gründen nicht möglich. Lediglich zu Beginn der COVID-19-Pandemie bestand theoretisch diese Möglichkeit.

13 Konklusion

Palliative Care wird auf der untersuchten Intensivstation erst sehr spät wahrgenommen, meist in der terminalen Lebensphase. Und dass, obwohl von allen Befragten PC als wichtig angesehen wird, und die Lebensqualität der verbleibenden Zeit durch eine frühzeitige Implementierung einer palliativen Versorgung verbessert werden könnte. Nur ein geringer Anteil der Mitarbeiter*innen verfügt über eine Ausbildung in PC. Die Hälfte der Befragten orteten bei sich und anderen Mitarbeiter*innen Defizite im Erkennen des PC Bedarfs. Nach Ansicht der meisten Interviewteilnehmer*innen fehlen innerbetriebliche, niederschwellige Fortbildungsangebote in PC. Mangelhafte Kommunikation und die Weigerung medizinische Grenzen zu akzeptieren, von Seiten des Behandlungsteams, als auch von den Patient*innen und Angehörigen wurden von den Teilnehmer*innen angeführt. Diese Faktoren verhindern den frühzeitigen Zugang zu PC auf der Intensivstation. Medizinische Fakten und die Patient*innenautonomie werden für Entscheidungsfindungen als essentiell gesehen. Das Kennen und die daraus resultierenden Konsequenzen aller möglichen Vorsorgedokumente und die dazugehörige Terminologie auf der untersuchten Intensivstation weist Defizite auf. Dies verhindert möglicherweise den frühzeitigen Zugang zu PC. Entscheidungen am Lebensende auf der Intensivstation können nicht immer Teamentscheidungen sein. Die fehlenden Teamentscheidungen und wahrgenommene Übertherapien belasten das Team auf der Intensivstation. Der Nutzen von Unterstützungsmöglichkeiten, wie Klinische Ethikkomitees und Hinzuziehen von Palliativen Konsiliardiensten werden befürwortet. Alle genannten Faktoren beeinflussen den frühzeitigen Zugang zu PC auf einer Intensivstation erheblich, und tragen maßgeblich zur Versorgungsqualität am Lebensende bei. In allen Bereichen, die untersucht wurden, konnten Faktoren ausgemacht werden, die eine frühzeitige Implementierung von PC auf

einer Intensivstation verzögern, bzw. verhindern können. Der Autor dieser Arbeit sieht sich mit Schulungen und Aufklärungen zum Thema PC auf der Intensivstation in der Pflicht, um PC präsenster werden zu lassen.

14 Limitation und Ausblick

Die Recherche der aktuellen Forschungsliteratur und die erhobenen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind in vielen Bereichen übereinstimmend. Es konnten keine Abweichungen bei den erhobenen Ergebnissen im internationalen Vergleich festgestellt werden. Die geringe Anzahl von nur sechs Interviews ist ein limitierender Faktor. Der Feldzugang des Forschers durch die berufliche Nähe muss ebenfalls als limitiert angesehen werden. Dieser kommt aus dem Feld, kennt alle Interviewteilnehmer*innen persönlich. Der Forscher war bei der Erhebung um größtmögliche Objektivität und Neutralität bemüht, kann aber nicht ausschließen, dass das berufliche Naheverhältnis Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte. Als weiterer Faktor ist die Stichprobenauswahl anzusehen. Alle an der Betreuung und Behandlung beteiligten Berufsgruppen fanden in den Interviews Gehör. Die geringe Anzahl der Teilnehmer*innen lässt eine Auswertung nach Berufsgruppen auf Grund der Anonymität und Vertraulichkeit nicht zu. Künftige Untersuchungen, die Berufsgruppen getrennt zu betrachten, und die Ergebnisse gegenüber zu stellen, erscheint sinnvoll. Exaktere berufsgruppenbezogene Ansätze für Verbesserungen könnten so Umsetzung finden.

Die sehr positive Grundhaltung aller Interviewteilnehmer*innen zu PC auf der Intensivstation, stimmt zuversichtlich. In den Interviews, konnte die Bereitschaft und der Wunsch, sich in PC und Kommunikation weiterzubilden, detektiert werden. Diese Bereitschaft gilt es durch niederschwellige Fortbildungsangebote im untersuchten Bereich zu fördern. Die Bündelung der bereits vorhandenen PC-Kompetenzen und die Organisation von Fortbildungen muss kurz- und mittelfristig das Ziel sein. Hier sieht sich der Autor dieser Arbeit besonders in der Pflicht.

15 Literaturverzeichnis

Adams, J., Anderson, R., Docherty, S., Tulsy, J., Steinhauser, K., Bailey, D. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. In *Heart & Lung*, 43 (5), 406-415.

Adriaansen, M., van Achterberg, T., Borm, G. (2005). Issues and interventions in nursing education. Effects of a postqualification course in palliative care. In *Journal of advanced nursing*, 49 (1), 96-103.

Afshar, K., Müller-Mundt, G., Schneider, N. (2016). Wie können Patienten mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen erkannt werden, bei denen eine Palliativversorgung sinnvoll ist? Eine Pilotstudie zur Erprobung des Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT). In *KGZPalliativmed*, 17 (03), 133-138. Stuttgart, New York: © Georg Thieme Verlag.

Albisser H. Schleger, H. Pargger, S. Reiter-Theil (2008). „Futility“- Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. In *Palliativmed*, 9 (2), 67-75. Stuttgart/ New York: © Georg Thieme Verlag KG

Aldridge, M., Hasselaar, J., Garraldo, E., van der Eerden, M., Stevenson, D., McKendrick, K., Centino, c., Meier, D. (2015). Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. In *Palliative Medicine*, 30 (3), 1-16.

Allen, K.B. (2014). Editorial Commentary. In *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 3117.

Allen, R., Carpenter, B. & Eichhorst, M.,(Hrsg.), (2017). Perspectives on palliative and end-of-life care: disease, social and cultural context. Chapter 1. London: Routledge.

Barak, B., Creutzfeldt, C., Rubin, M. (2020). Palliative Care in the Neuro-ICU: Perceptions, Practice Patterns, and Preferences of Neurointensivists. In *Neurocritical Care Society*, 32 (1),302-305. © Springer Science & Business Media.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). Principles of biomedical Ethics, Justice. (7th Edition). In *Oxford University Press*, 249-301.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). Principles of biomedical Ethics, Respect for Autonomy. (7th Edition). In *Oxford University Press*, 100-149.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). Principles of biomedical Ethics, Beneficence, Obligatory Beneficence and ideal Beneficence. (7th Edition). In *Oxford University Press*, 202-248.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). Principles of biomedical Ethics, The Concept of Nonmaleficence, The Principle of Nonmaleficence. (7th Edition). In *Oxford University Press*, 150-201.

Bernatzky, G., Likar, R., (2012). Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. Patientenführung, Compliance und Lebensqualität bei Tumorpatienten. Bernatzk, Sittl, &Likar (Hg). 58–65. Wien: ©Springer Verlag.

Bleicher, J., Place, A., Schoenhals, S., Luppens, C., Grudziak, J., Lambert, L., McCrum, M. (2021). Drivers of Moral Distress in Surgical Intensive Care Providers: A mixed methods study. In *Journal of Surgical Research*, 266, 292-299.

Bozzaro, C. (2015), Assistierter Suizid zur Linderung unerträglichen Leidens? In *Forum*, 30, 389-392.

Brandstötter, C., Krutter, S., Paal, P., Schirnhöfer, A., Glärcher, M. (2021). Palliative Care: Ausbildungslandschaft Pflege. In *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 22, 102-106. Stuttgart: © Georg Thieme Verlag.

Brown, C.E., Benoit, D., &Curtis, R. (2017). Focus on palliative care in the ICU. In *Intensive Care Med*, 43 (12), 1898-1900. Germany: © Springer-Verlag GmbH and ESICM.

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz-PatVG), (2018). Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person. Unwirksamkeit. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723> [08.03.2022].

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz- PatVG), (2018). 3. Abschnitt Bedeutung anderer Patientenverfügungen, Berücksichtigung. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723> [05.09.2022].

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Palliativkonsiliardienst. Verfügbar unter: <http://www.hospiz.at/wordpress/wp->

[content/uploads/2017/03/prozesshandbuch_hospiz- und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf](#). [23.02.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege & Konsumentenschutz (2021). Patientenverfügung. Errichtung einer Patientenverfügung, Patientenverfügungsregister. Verfügbar unter: <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/3.html> [08.03.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021). LKF-Modell2021 für den stationären Bereich. 1-60. Verfügbar unter: <http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2021.html>. [14.01.2022].

Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (2019). Erwachsenenschutzrecht, Wissenswertes für Vertretene, Vertreter*innen und Interessierte, 1-75. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/service/erwachsenenschutz/informationsbroschueren.41.de.html> [09.03.2022].

Cahn-Weiner, D., Boyle, P., Malloy, P. (2002). Tests of executive function predict instrumental activities of daily living in community-dwelling older individuals. In *Appl Neuropsychol.*, 9 (3), 187-91.

Cherny, Nl., Radbruch L. (2009) The board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. In *Palliat Med.*, 23 (7), 581–593.

Chikhladze, N., Janberizde, E., Velijanashvili, M., Chkhartishvili, N., Jintcharadze, J., Kordzaia, D. (2016). Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with cronical incurable diseases receiving care in critical and intensive care setting in Georgia. A quantitative observatorial study. In *BMC Palliative Care*, 15 (63), 1-10.

Chinh Wong, K., Man Chow, A., Ning Chan, I. (2021). Effectivness of educational programs and end-of-life care in promoting perceived competence among health and social care professionals. In *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*©.

Cortegiani, A., Russotto, V., Raineri, S.M., Gregoretta, C., Giarranto, A., Mercadante, S. (2017). Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide Survey. In *Supportive Care in Cancer*. ©Springer -Verlag.

Dachverband Hospiz Österreich (2017). VSD Vorsorgedialog® für Alten- und Pflegeheime. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Der-VORSORGEDIALOG-A4-Unterlage-Beirat_Steuergruppe_financial_1.3.2017.pdf [09.03.2022].

Dalhousie University. The Frailty Index. In *Geriatric Medicine Research*. Verfügbar unter: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/the-frailty-index.html>. [02.03.2022].

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020). Leitlinienprogramm Onkologie, Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht- heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf. [03.04.2022].

Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2017). Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS), Verfügbar unter: https://soziologie.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Ethik-Kodex_2017-06-10.pdf. [25.06.2022].

Die Österreichische Justiz (2018). Das neue Erwachsenenschutzgesetz im Überblick. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/service/erwachsenenschutz/das-neue-erwachsenenschutzrecht-im-ueberblick.40.de.html> [16.08.2022].

Die Österreichische Justiz (2022). Vorsorgevollmacht. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/service/erwachsenenschutz/a-z-des-erwachsenenschutzrechts/vorsorgevollmacht.3d.de.html> [09.03.2022].

Diekmann, A. (2020). Fehlerquellen im Interview. In König, B. (Hg.). *Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. (13. Auflage). 446-470. Reinbeck bei Hamburg: Rowolth Verlag.

Diekmann, A. (2020). Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Gütekriterien der Messung: Objektivität, Reliabilität, Validität. In König, B. (Hg.). *Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (13. Auflage). 247-261. Reinbeck bei Hamburg: Rowolth Verlag.

Dodec, P., Wong, H., Heyland, D., Cook, D., Rucker, G., Kutsogiannis, D., Dale, C., Fowler, R., Robinson, S., Ayas, N., (2012). The relationship between organizational cultural and family satisfaction in critical care. In *Critical Care Med*, 40 (5), 1506-1512.

Downar, J., Wegier, P., Tansuseputro, P. (2019). Early Identification of People who would benefit from a palliative approach-moving from surprise to routine. In *JAMA Network Open*TM, 2 (9).

Druml, W. (2018). Übertherapie: Erbkrankheit der Intensivmedizin, In *Intensiv- News, Forum für Intensiv- und Notfallmedizin*, Jahrgang 22, 1 (8), 9.

Ecarnot, F., Meunier-Beillard, N., Seronde, M.F., Chopard, R., Schiele F., Quenot, J.-P., Meneveau, N. (2018). End-of-Life situations in cardiology: a qualitative study of physicians' and nurses' experience in a large university hospital. In *BMC Palliative Care*, 17 (112).

Edemekong, P., Bomgaars, D., Sukumaran, S., Levy, L. (2022). Activities of Daily Living. Statpearls. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/> [02.03.2022].

El Hage Meyer de Barros Gulini, J., Pereiro do Nascimento, E., Duarte Moritz, R., Martins de Rosa, L., Rippel Silveira, N., Ambrosina de Oliveira Vargas, M. (2016). Intensive Care Unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. In *Journal of School of Nursing*, 1-7. University of Sao Paolo.

Ellger, B., Kelbel, C., Bösel, J. (2017). SOP Therapiezieländerung. In *Intensivmedizin up2date*, 13, 351-354. Stuttgart, New York: © Georg Thieme Verlag KG.

Epstein, E., Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral distress. In *Online Journal of Issues in Nurses*, 15 (3).

Erwachsenenvertretung Salzburg (2022). Vorsorgevollmacht. Verfügbar unter: <https://www.erwachsenenvertretung.at/erwachsenenvertretung/vorsorgevollmacht/> [09.03.2022].

Frey, R., Gott, M., Raphael, D., O'Callaghan, A., Robinson, J., Boyd, M., Laking, G., Manson, S. (2013). Clinical staff perception of palliative care-related quality of care, service access, education and training needs and delivery confidence in an acute hospital setting. In *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12 (4), 381-389.

Fried, L., Hadley, E., Walston, J., Newman, A., Guralnik, J., Studenski, S., Harris, T., Ershler, W., Ferrucci, L. (2005). From bedside to bench: Research agenda for frailty, *Sci Aging Knowledge Environ*. 41.

Friesenecker, B. (2020). Good Practice und Expert*innenforum, Autonomie fürsorglich ermöglichen, Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus, Tiroler Demenzsymposium.

Gerhard, C. (2018). Autonomie und Lebensqualität. In Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hg.). Palliative Care, (6.Auflage). 314. Berlin: ©Springer Verlag.

Gerritsen, R., Jensen, H., Koopmans, M., Curtis, R., Downey, L., Hofhuis, J., Engelberg, R., Spronk, P., Zijlstra, J. (2018). Quality of dying and death in the ICU. The euroQ2 project, In *Journal of Critical Care*, 44, 376-382.

Gesamte Rechtsvorschrift für Patientenverfügungs-Gesetz, Rechtsinformationssystem (RIS) Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723> [02.07.2022].

Gesundheit Österreich GmbH. (2018). Hospizkultur und Palliativversorgung in der Grundversorgung. Grund- und spezialisierte Versorgung. 3-5.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Von der Forschungsfrage zum Interviewleitfaden. (4. Auflage). 61-109. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Die Kunst des Fragens, Inhalt und Funktion von Fragen. (4. Auflage). 111-120. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Experteninterviews, das Leitfadeninterview mit Experten als sozialwissenschaftliche Erhebungsmethode. (4. Auflage). 120-142. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Konstruktion des Interviewleitfadens, anpassen des Interviewleitfadens. (4. Auflage). 142-153). Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Nach dem Interview, Interviewbericht und Gedächtnisprotokoll. (4. Auflage). 191-196. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Einführung. (4. Auflage). 11-22. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Probleme bei der Darstellung von Ergebnissen. (4. Auflage). 275-284. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Realisierung der methodologischen Prinzipien im Leitfadeninterview. (4. Auflage). 115-116. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Forschungsethik, Verhalten gegenüber den Fachkollegen. (4. Auflage). 48-59. Wiesbaden: ©VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Espauella, J., Espinosa, J., Villanueva, A., Oller, R., Martori, J. Ch., Constante, C. (2016). Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. In *Palliative Medicine*, 1-9.

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Espauella, J., Espinosa, J. (2016). Recommendations for the comprehensive and integrated care of persons with Advanced chronic conditions and life-limited prognosis in Health and social services: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0. Verfügbar unter: http://ico.gen-cat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/NECPAL-3.0-ENGLISH_full-version.pdf [07.03.2022].

Gramm, J. & Berthold, D. (Hg.). Institut für Palliativpsychologie GbR. Lebensqualität. Friedberg. Verfügbar unter: https://www.palliativpsychologie.de/?page_id=145. [01.04.2022].

Greab, F., (2019). Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen, Best of Pflege. 30-46. Wiesbaden: © Springer Fachmedien.

Gruber, A.-S., (2021). Advance Care Planning in Österreich. (Hg.). In *AHOP News*. Verfügbar unter: <https://www.medmedia.at/ahop/advance-care-planning-in-oesterreich/> [09.03.2022].

Halmich, M. (2019). Recht in der Palliative Care, Besonderheiten in der Palliative Care, 25-45, Wien: Educa Verlag Halmich e.U.

Halmich, M. (2019). Recht in der Palliative Care, Neubewertung der Indikation. 46-57. Wien: Educa Verlag Halmich e.U.

Halmich, M. (2019). Recht in der Palliative Care, Vorsorgemöglichkeiten für Patienten. 79-87. Wien: Educa Verlag Halmich e.U.

Hannon, B., Swami, N., Rodin, G., Pope, A., Zimmermann, C. (2016). Experiences of patients and caregivers with early palliative care: A qualitative study, In *Palliative Medicine*, 1-10.

Hansen, L., Goodell, T., DeHaver, J., Smith, M. (2009). Nurses' Perceptions of End-of-Life Care after Multiple Interventions for Improvement. In *American Journal of Critical Care*, 18 (3), 263-272.

Hao, Y., Zhan, L., Huang, M., Cui, X., Zhou, Y., Xu, E. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. In *BMC Palliative Care*, 20 (50), 1-9.

Hartog, C., Hoffmann, F., Mikolajetz, A., Schröder, S., Michalsen, A., Dey, K., Riessen, R., Jaschinski, U., Weiss, M., Ragaller, M., Berker, S., Briegel, J., Spies, R., Schwarzkopf, D. (2018). Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life-care“, Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation. In *Der Anästhesist*. 67, 850-858. © Springer Medizin Verlag GmbH.

Haydar, S.A., Almeder, L., Michalakes, L., Han, P.K.J., Strout, T.D. (2017). Using the Surprise Question to Identify Those with Unmet Palliative Care Needs in Emergency and Inpatient Settings: What Do Clinicians Think? In *Journal of Palliative Care Medicine*, 20 (7), 1-7. ^a Mary Ann Liebert, Inc.

Healthcare Improvement Scotland (2018). Palliative care identification tools comparator. Verfügbar unter: <https://ihub.scot/media/2079/palliative-care-identification-tools-comparator.pdf>. [24.02.2022].

Healthcare Improvement Scotland (2018). Palliative care identification tools comparator. Verfügbar unter: <https://ihub.scot/media/2079/palliative-care-identification-tools-comparator.pdf> [28.02.2022].

Heindl, P. (Hg.), Ruppert, S. (2019). Palliative Critical Care, Intensivstation von heute-Critical Care. 32-53. Berlin: © Springer- Verlag GmbH.

Heindl, P. (Hg.), Ruppert, S. (2019). Palliative Critical Care, Intensivstation von heute-Critical Care. 32-54. Berlin: © Springer-Verlag GmbH.

Hopf, C. (2019). Forschungsethik und qualitative Forschung. In Frick, U, von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.). Qualitative Forschung, ein Handbuch. (13. Auflage). 589-600. Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch Verlag.

Hospiz Österreich (2021). 15 Jahre fundiertes Wissen Universitätslehrgang Palliative Care und viele beeindruckende Zahlen. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/15-jahre-fundiertes-wissen-15-jahre-universitaetslehrgang-palliative-care-und-viele-beeindruckende-zahlen/>. [22.02.2022].

Hospiz Österreich (2022). Bildungsarbeit. Einführung. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/fachwelt/bildung/>. [16.08.2022].

Hospiz Österreich (2022). Entscheidungen für das Lebensende, Patientenverfügung. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/entscheidungen-am-lebensende/#pv> [08.03.2022].

Hospiz Österreich (2022). Hospiz und Palliative Care in Berufsausbildungen im Gesundheitswesen in Österreich. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/fachwelt/bildung/>. [22.02.2022].

Hospiz Österreich (2022). Hospiz und Palliativeeinrichtungen. <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeeinrichtungen/>. [22.02.2022].

Janssens, U., Valentin, A. (2014). Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Leben und Sterben, In *Medizinische Klinik Intensivmedizin Notfallmedizin*, 109, 6-7.

Jeserich, F., & Voß, C. J. (2018). Die innere ethische Fallbesprechung: ein kommunikationspsychologisches Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen. In *Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG) der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG*, 1-17.

Joannidis, M, Klein, S.J., Metnitz, P., Valentin, A. (2018). Vergütung intensivmedizinischer Leistungen in Österreich. In *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113, 28-32.

Jox, R., Schaidler, A., Marckmann, G., Borasio, G.D. (2012). Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. In *J Med Ethics*, 38 (9), 540-545.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R.W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W., Cleveland. (1963). Studies of Illness in the Aged, The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, In *JAMA*, 185, 94-99.

Ke, Y., Hu, S., Takemura, N., Lin, C. (2019). Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. In *Oxford University Press*. 1-8.

Kim, S., Lee, K., Kim, S. (2020). Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: across-sectional, descriptive study. In *BMC Palliative Care*. 19 (105), 1-14.

Klinkhammer, G. (2012). Positionspapier der DIVI „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. In *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (35-36), 1754-1756.

Kojer, M. (2004). Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. Sterben und Lebensqualität. In Bernatzky, Sittl & Likar (Hg.). 39-46. Wien:© Springer-Verlag.

Kompanje, E.J.O., (2006). Care for the Dying in the Netherlands. In *Intensive Care Med*. 32, 2067-2069. © Springer-Verlag.

Kränzle, S., Schmid, U. (2018). Palliative Care, Praxis, Weiterbildung, Studium, Symptomlinderung. In Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, Ch. (Hg.) 263-303. Berlin: © Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Krautheim, V., Schmitz, A., Benze, G., Standl, T., Schiessl, C., Waldeyer, W., Hapfelmeier, A., Kochs, E., Schneider, G., Wagner, K., Schulz, C. (2017). Self-confidence and knowledge of german ICU physicians in palliative care- a multicentre prospective study. In *BMC Palliative Care*, 16 (57), 1-8.

Kurzweg, V., (2013). End-of-Life Care in der Intensivmedizin, Bedeutung des Teamgedankens. Michaelsen, A. & Hartog, C.S. (Hg.). 147-150. Berlin, Heidelberg: © Springer-Verlag.

Lambden, J., Chamberlin, P., Kozlov, E., Lief, L., Berlin, D., Pellisier, L., Yushuvayev, E., Pan, C., Prigerson, H. (2018). Association of perceived futile or potentially inappropriate Care with burnout and thoughts of Quitting among health-care providers. In *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*®, 36 (3), 1-7.

Larsen, R., Fink, T. & Mülle-Wolff, T. (2016). Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Einführung in die Intensivmedizin, Personal. (9.Auflage). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. 1-1027.

Marchmann, G., Mayer, F. (2009). Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie, Grundprinzipien einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologie* 15, 980-988. © Springer Medizin Verlag.

Marckmann, G. (Hg.), (2015). Praxisbuch der Ethik in der Medizin, Wirksamkeit und Nutzen medizinischer Maßnahmen. 105-109. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Das Interview. (6., aktualisierte und überarbeitete Auflage). 111-118. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Der qualitative Forschungsansatz. (6., aktualisierte und überarbeitete Auflage). 73-89. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2018). Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Das naturalistische Paradigma oder der qualitative Forschungsansatz. (7., aktualisierte und überarbeitete Auflage). 68-74. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2018). Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Bestimmung der Stichprobe. (7., aktualisierte und überarbeitete Auflage). 151-156. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2018). Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Die Datenanalyse in der qualitativen Forschung. (7., aktualisierte und überarbeitete Auflage). 137-139. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2018). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Ethische Aspekte der Pflegeforschung. (7., aktualisierte und überarbeitete Auflage). 51-63. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayring, P. (1991). Qualitative Inhaltsanalyse. Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. In Flick, U. (Hg.), Kardoff, E. (Hg.), Keupp, H. (Hg.), Rosenstiel, L. (Hg.), Wolff, S. (Hg.). 209-213. München: Beltz - Psychologie Verl. Union.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Theorie qualitativen Denkens. (6. überarbeitete Auflage). 19-39. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Erhebungsverfahren. (6. überarbeitete Auflage). 66-84. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung, Gütekriterien qualitativer Forschung. (6. überarbeitete Auflage). 140-148. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Wörtliche und kommentierte Transkription. (6. überarbeitete Auflage). 89-94. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Qualitative Inhaltsanalyse, Strukturierte/deduktive Kategorienbildung (6. überarbeitete Auflage). 65-106. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Qualitative Inhaltsanalyse. (6. überarbeitete Auflage). 114-121. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meyer-Zehnder, B., Barandun Schäfer, U., Albisser Schleger, H., Reiter-Theil, S., Pargger, H. (2014). Ethische Fallbesprechung auf der Intensivstation, vom Versuch zur Routine, In *Anästhesist*, 63, 477-487. Berlin Heidelberg: © Springer Verlag.

Mudge, A., Douglas, C., Sansome, X., Tresillian, M., Murray, S., Finnigan, S., Blaber, C. (2018). Risk of 12-month mortality among hospital inpatients using the surprise question and SPICT criteria: a prospective study, In *BMJ Support Palliative Care*, 8 (2), 1-8.

Müller-Busch, H.C. (2013). Palliativmedizin und Sterben auf der Intensivstation - kein Widerspruch. In *DIVI Zeitschrift*, 22-27.

Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI) (2013). Therapiezieländerungen auf der Intensivstation. Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/friesenecker_therapiezielaenderungen_ains_2013.pdf [16.08.2022].

Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) (2013). Therapiezieländerungen auf der Intensivstation, Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation, 216-223.

Neitzke, G., Marckmann, G. (Hg.), (2015). Praxisbuch der Ethik in der Medizin, Ethikberatung und Ethikkomitees als Instrument der Entscheidungsunterstützung. 23-33. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Norton, S., Hogan, L., Holloway, R., Temkin-Greener, H., Buckley, M., Quill, T. (2007). Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selectet high-risk patients. In *Critical Care Medicine*, 35 (6), 1530-1535.

O'Mahony, S., McHenry, J., Blank, A., Snow, D., Karakas, S., Santor, G., Selwyn, P., Kvetan, V. (2009). Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. In *Palliative Medicine*, 24 (2), 1-12.

Österreich.gv.at (2022). Gesetzliche Erwachsenenvertretung. Verfügbar unter: https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/erwachsenenvertretung_und_vorsorgevollmacht_bisher_sachwalterschaft/Seite.2900326.html [09.03.2022].

Österreich.gv.at (2022). Gewählte Erwachsenenvertretung. Verfügbar unter: https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/erwachsenenvertretung_und_vorsorgevollmacht_bisher_sachwalterschaft/Seite.2900327.html [09.03.2022].

Österreichische Akademie der Ärzte (2013). Palliativmedizin. Verfügbar unter: <https://www.arztakademie.at/diplome-zertifikate-cpds/oeaek-diplome/palliativmedizin/>. [22.02.2022].

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), (2020). Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen. Konsensuspapier der österreichischen intensivmedizini-

schen Fachgesellschaften (FASIM) aus Anlass der COVID-19-Pandemie. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/konsensus_fasim_allokation_intensiv_finale_fassung_text_11.11.2020_korr_neu_fin.pdf [02.07.2022]

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) (2013). Dokumentation Therapiezieländerungen. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/dokublatt_therapiezielaenderungen2013_1.pdf [12.03.2022].

Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) (2013). Checkliste Therapiezieländerungen. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/checkliste_therapiezielaenderungen2013.pdf [12.03.2022].

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2022). Weiterbildung und Spezialisierung. Verfügbar unter: <https://www.oegkv.at/bildung/weiterbildungen-und-spezialisierungen/>. [23.02.2022].

Pattison, N. (2004). Integration of critical care and palliative care at the end of life. In *British Journal of Nursing*, 13, 132-139.

Peters, J., Heckel, M., Ostgathe, C. (2020). Schlüsselbegriffe in der Palliativversorgung, Lebensqualität. Arbeitsgruppe Linguistik& Medizin der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg & Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hg.), 1-47.

Peters, J., Heckel, M., Ostgathe, C. (2020). Schlüsselbegriffe in der Palliativversorgung, Qualität. Arbeitsgruppe Linguistik&Medizin der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg & Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hg.). 1-47.

Pili, R., Lehto, J., Luukkaala, T., Hinkka, H., Kellokumpo-Lehtinen, P. (2018). Does special education in palliative medicine make a difference in end-of-life decision-making? In *BMC Palliative Care*, 17 (94), 1-11.

Proactive Identification Guidance (PIG), The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier identification of patients nearing the end of life leading to improved proactive person-centred care. Verfügbar unter: <https://www.goldstandards-framework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>. [04.03.2022].

Rabe, M. (2009). Praxisbuch der Ethik in der Intensivmedizin. Ethische Entscheidungsfindung in der intensivmedizinischen Praxis. Salomon, F. (Hg.). 30. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rauh, L.A., Sullivan, M.W., Camacho, F., Janke, M.J., Duska, L.R., Chandler, C., Sukumvanich, P., Courtney-brooks, M., Lefkowitz, C. (2020). Validation of the surprise question in gynecologic oncology: A one-question screen to promote care and advance care planning. In *Gynecologic Oncology*, 1-5.

Reiter-Theil, S. (2009). Hilfe in ethischen Entscheidungskonflikten Basiswissen zur Ethikberatung in der Klinik, In Salomon, F. (Hg.). Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. 41-50. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Ribeira, A., Trevisan dos Santos, F.G., Bellini Cardoso, L.C., Radovanovic, C., Dias Ferreira, A., Grassi Busto Miguel, M., Lopes de Moraes Gil, N. (2021). Palliative Care: Perception of the multiprofessional team working in an Intensive Care Unit. *Saude e Pesquisa*.

Rockwood, K., Dalhousie University & London Clinical Networks (2020). Rockwood Clinical Frailty Scale. Verfügbar unter: https://www.haringey.gov.uk/sites/haringeygovuk/files/clinical_frailty_scale_poster.pdf. [02.03.2022].

Rockwood, K., Theou, O. (2020). Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. In *Canadian Geriatric Journal*, 28, 254-259.

Rodriguez, K., Barnato, A., Arnold, R. (2006). Perceptions and Utilization of Palliative Care Services in acute Care Hospitals. In *Journal of Palliative Medicine*, 10 (1), 99-110.
© Mary Anne Liebert.

Ruppert, S., Heindl, P. (Hg.) (2019). Palliative Critical Care, End-of-life decisions. 100-122. © Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Ruppert, S., Heindl, P. (Hg.), (2019). Palliative Critical Care, Divergenzen und Kongruenzen von Palliative Care und Critical Care. 85-96. © Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Ruppert, S., Heindl, P. (Hg.), (2019). Palliative Critical Care, Intensivstation von heute-Critical Care. 31-52. © Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Schuster, M., Ferner, M., Bodenstein, M., Laufenberg-Feldmann, R. (2017). Palliative Therapiekonzepte in der Intensivmedizin. In *Anästhesist*, 66, 233-239. © Springer Medizin Verlag GmbH.

Singh, S., Graham, Z., Rodriguez, A., Lee, D., Wenger, B., Min, S.-J., Fischer, S. (2019). Accuracy of the Surprise Question on an Inpatient Oncology Service: A Multidisciplinary Perspective. *The Hospice and Palliative Nurses Association*, 21 (4), 300-304.

Smart, R., Carter, R., McGovern, J., Luckman, S., Connelly, A., Hewett, J., Quasim, T., Moug, S., (2017). Frailty Exists in Younger Adults Admitted as Surgical Emergency Leading to Adverse Outcomes. In *J Frailty Aging*, 6 (4), 219-223.

Sozialministerium (2021). LKF-Modell für den stationären Bereich. 1-60.

Stadt Wien (2022). Patientenverfügung und andere Vorsorgemöglichkeiten, Vorsorgevollmacht. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/patienten-anwaltschaft/vorsorge/vorsorgevollmacht.html> [09.03.2022].

Steinkamp, N., Gordijn, B (2010). Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch. 256. München: Luchterhand.

Tait, V.Higgs, M., Magann, L., Dixon, J., Davis, J.M., Fernandez, R. (2014). Attitudes of Nonpalliative Care Nurses towards Palliative Care. In *International Journal of Palliative Care*, 1-6.

Theou, O., Squires, E., Mallery, K., Lee, J., Fay, S., Goldstein, J., Armstrong, J., Rockwood, K.(2005). What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. In *BMC Geriatrics*, 18, 139.

Thomas, K., Armstrong Willson, J. et al. (2016). The Gold Standards Framework

University of Edinburgh. Supportive and Palliative Indicators Tool „SPICT-DE“. Verfügbar unter: <https://www.spict.org.uk/spict-news/> und <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-de/> [28.02.2022].

Universum Innere Medizin (2016). Fachärzte für Palliativmedizin in Österreich: Am Ende werden wir selbst den Nutzen haben ..., Medmedia. Verfügbar unter: <https://www.med-media.at/univ-innere-medizin/fachaerzte-fuer-palliativmedizin-in-oesterreich-am-ende-werden-wir-selbst-den-nutzen-haben/>. [23.02.2022].

Valentin, A. (2010). Palliativmedizin, Eine Komponente der Intensiv- und Notfallmedizin. In *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 47, 29-34. © Springer-Verlag.

Vorarlberger Landeskrankenhäuser (2022). Leistungen der Palliativstation Hohenems. Verfügbar unter: <https://www.landesspital.at/leistungsangebot/fuer-patienten/medizinische-fachbereiche/lkh-hohenems/palliativstation/leistungen>. [22.02.2022].

Wall, R., Curtis, R., Cooke, C., Engelberg, R. (2007). Family Satisfaction in the ICU*, Differences between Families of Survivor and Notsurvivors. *Chest*, In *Critical Care Med.*, 132 (5), 1425-1433.

Wallner, J. (2013). Sterben auf der Intensivstation. In *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*. 109, 13-18. Berlin Heidelberg: © Springer-Verlag.

Wallner, J. (2018). Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf [13.08.2022].

Weixler, D., Roeder-Schur, S., Likar, R., Bozzaro, C., Daniczek, Th., Feichtner, A., Gabl, C., Hammerl-Ferrari, B., Kletecka-Pulker, M., Körtner, U., Kössler, H., Meran, J., Miksovsky, A., Pusswald, B., Wienerroither, Th., Watzke, H. (2017). Leitlinien zur Palliativen Sedierungstherapie, Ergebnis eines Delphi-Prozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). In *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 167, 31-48.

WHO (2002). WHO Definition of Palliative Care 2002. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf. [01.04.2022].

Wilson, O., Avalos, G., Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. In *British Journal of Nursing*, 25 (11), 600-605.

Winkler, E. (2015). Praxisbuch der Ethik in der Medizin, Konflikte zwischen Wohlergehen und Selbstbestimmung bei einwilligungsfähigen Patienten. Marckmann, G. (Hg.). 111-118. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Wolf, A., White, K., Epstein, E., Enfield, K. (2019). Palliative Care and moral distress: An institutional survey of intensive care nurses. In *American Association of Critical Care Nurses*, 39 (5), 38-49.

Wolff, S. (2019). Wege ins Feld und ihre Varianten. In Flick, von Kardoff & Steinke (Hg.). *Qualitative Forschung*. 334-348. Reinbeck bei Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch Verlag.

World Health Organisation (2002). Palliative Care. Verfügbar unter: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. [10.02.2022].

Young Huh, J., Matsouka, Y., Kinoshita, H., Ikenoue, T., Yamamoto, Y., Ariyoshi, K. (2022). Premorbid Clinical Frailty Score and 30-day mortality among older adults in the emergency department. In *Journal American College of Emergency Physicians*.

Zeilm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. In *BMC Palliative Care*, 15, 1-8.

Ziegler, A. (2007). Ethische Perspektiven. In Hick C. (Hg.). 162. *Klinische Ethik*, Heidelberg: © Springer Verlag.

16 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Transkriptionsregeln (eigene Darstellung)	47
Tabelle 2: Intervieweinladungen und Rückantworten (eigene Darstellung)	49
Tabelle 3: Stichprobendarstellung (eigene Darstellung)	50

17 Erklärung zur Erstellung der Einzelarbeit

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

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.



Mellau, 16.09.2022

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Mein Dank gilt an dieser Stelle den Menschen und der Organisation die mich in unterschiedlicher Weise über die letzten Jahre unterstützt, und zum Gelingen dieser Abschlussarbeit beigetragen haben. Danke den Teilnehmer*innen der Studie, ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Besonderer Dank gilt Ao. Univ.-Prof. Drⁱⁿ. Barbara Friesenecker, die mich während des Erstellens der Masterthesis, mit ihrer Fachexpertise und Geduld unterstützt hat. Danke auch für die langen fachlichen Diskurse, die für mich besonders erkenntnisreich waren. Danke Barbara!

Ein Dank gilt der Leitung und dem Team der Intensivstation an der ich tätig bin. Danke Udo, für die Freiräume durch Deine Dienstplanung.

Ein spezieller Dank gilt meiner Familie, allem voran meiner Frau Katja, die mich immer unterstützt und gefördert hat. Danke Katja für deine Geduld! Ein besonderer Dank ergeht an meinen Sohn Mika, der mich bei der Formatierung dieser Arbeit unterstützt hat!

Anhang: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Ort/Datum

Interviewpartner (Initialen)

Kürzel IP:

Einleitung:

Recht herzlichen Dank für die Teilnahme am Interview!

Aufnahmegerät ist eingeschaltet!

Es ist mir wichtig, dass Sie Ihre Schwerpunkte zu den angesprochenen Themen setzen, und die Dauer des Interviews selbst bestimmen. In etwa 45 Minuten habe ich für das Interview eingeplant, doch Sie bestimmen den Gesprächsverlauf. Sie können das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen. Als Zeichen für eine Gesprächsunterbrechung haben wir ein Handzeichen vereinbart.

Einstieg

- Begrüßung, persönliche Vorstellung
- Erklärung zur Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Anonymisierung der Daten
- Hinweis darauf, dass die Teilnahme zurückgezogen werden kann und die Daten dann gelöscht werden
- Klärung offener Fragen

Demographische Fragen zur Person

- In welcher Tätigkeit sind Sie auf der Intensivstation tätig? (DGKP, Facharzt/Fachärztin, Physiotherapeut*in, Seelsorger*in).
- Seit wann sind Sie in diesem Beruf auf der Intensivstation tätig?
- Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?
- Seit wann sind Sie in diesem Beruf auf der Intensivstation tätig?
- M/W/D

Einstiegsfragen/Persönliche Erfahrungen

- Was Welche Gedanken hatten Sie bei der Interviewanfrage, zum Thema Zugang zu Palliative Care auf der Intensivstation ?
- Was hat Sie dazu bewogen diesem Interview zuzustimmen?
- Wie sind Ihre Erfahrungen mit schwerkranken bzw. sterbenden Patient*innen? (Beispiel)

Wissen/Wissenseinschätzung zu PC/notwendige Skills

- Welche Fähigkeiten/Skills erscheinen aus Ihrer Sicht wichtig um eine gute EoLC zu ermöglichen? Beispiel?
- Wie schätzen Sie ihr Wissen in Palliative Care ein?
- Wie bilden Sie sich in Themen rund um Palliative Care weiter?
- Gibt es an Ihrer Intensivstation Kolleg*innen mit einer palliativen Zusatzqualifikation?
- Werden in Ihrer Institution Fortbildungen in Palliative Care angeboten, und wenn ja, nutzen Sie diese?
- Wie sehen Sie die Bereitschaft zur Weiterbildung in PC in ihrem Team?
- Was verstehen Sie unter Palliative Care?
- Was verstehen Sie unter Therapiezieländerung?
- Was verstehen Sie unter Advance Care Planning?
- Was verstehen Sie unter Übertherapie/ Futility?
- Was verstehen Sie unter EoLC?

Ist es im Stationsalltag üblich, diese Termini zu verwenden?

Erkennen von Palliative Care Situationen

- Wie erkennen Sie, ob es einer palliativen Versorgung bedarf? (Beispiel)
- Mit welchen Hilfsmitteln schätzen Sie diese ein? (Beispiel)
- Ab welchem Zeitpunkt, finden Sie eine Situation in der Behandlung/Betreuung palliativ? Beispiel?
- Gibt es Unsicherheit beim Erkennen, ob eine palliative Situation vorliegt?
- Gab es Situationen, in denen Sie an eine Palliative Versorgung gedacht haben, diese aber nicht umgesetzt haben? /... die sie nicht umgesetzt haben? Warum?

Einstellung und Wahrnehmung von Palliative Care

- Wie nehmen Sie Palliative Care auf der Intensivstation wahr?
- Was macht aus Ihrer Sicht eine gute EoLC aus?
- Wie sehen sie den Bedarf und die Notwendigkeit für PC auf der Intensivstation und warum?
- Kennen Sie in ihrer Praxis das Gefühl, dass eine mögliche Fortführung von Behandlungen nicht mehr zum Nutzen von Patient*innen ist? Beispiel
- Was sind Ihre Gedanken zu Übertherapie und chronisch kritischer Erkrankung?

Belastungen in der EoLC

- Können Sie sich an eine besonders belastende Situation in der EoLC erinnern?
- Was war in diesem Fall das Belastende? Beispiel?
- Wie äußert sich die Belastung?
- Was was/wäre hilfreich, was ist hinderlich?

Unterstützungen in der EoLC

- Wie sieht die PC-Unterstützung aus, mit wem beraten Sie sich? Beispiel?
- Wie sehen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Therapiezieländerung aus? Werden diese Angebote wahrgenommen? Beispiel
- Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem klinischen Ethik Komitee?
- Welchen Nutzen bringt ein KEK aus ihrer Sicht für den Entscheidungsprozess bei schwierigen Fragen in Fragen der Medizin/EoLC?
- Palliative Care Betreuung auf der Intensivstation, Welche Art von Palliative Care Unterstützung können Sie sich vorstellen?

Entscheidungsfindung am Lebensende

- Wie wird an Ihrer Intensivstation eine Therapiezieländerung erarbeitet und umgesetzt, auf welcher Grundlage basieren diese?
- Welches Setting würden Sie sich wünschen?
- Wie wird das Erwachsenenschutzgesetz (PV, Vorsorgevollmacht) umgesetzt?
- Welche Rolle kommt anderen Berufsgruppen (Pflegerpersonen, Physiotherapeut*innen, Seelsorge und Mediziner*innen) in der Diskussion um Therapiezieländerungen zu?
- Dokumentation der Therapiezieländerung? Wo? Besteht eine Durchgängigkeit in alle hierarchische Strukturen, Diensthabende, Schnittstelle Verlegung, extramural?
- Was sollte in Ihren Augen besser gemacht werden im Rahmen „schwieriger Entscheidungen“? Was würden sie sich wünschen?
- Gibt es eine Besprechung bei schwierigen Fällen oder langen Verläufen (Klinische Perspektiven Konferenz)

Einflussfaktoren/Hürden für den Zugang zu Palliative Care auf einer Intensivstation:

- Was behindert aus Ihrer Sicht den Zugang zu einer rechtzeitigen Palliativversorgung auf Ihrer Intensivstation?
- Was würde aus Ihrer Sicht den Zugang zu einer rechtzeitigen Palliativversorgung auf Ihrer Intensivstation fördern?
- Struktur, Team, Angehörige?

Spannungen/Konflikte in der EoLC:

- Gibt es Spannungsfelder im Zusammenhang mit palliativer Versorgung von Patienten auf der Intensivstation? ... mit Kolleg*innen, anderen Fachdisziplinen, Patient*innen oder Angehörigen
- Wie lösen Sie Konflikte, die durch divergierende Meinungen bei Therapieentscheidungen auftreten (im Behandlungsteam, Interprofessionell, Angehörige, Patient*innen?)
- Wie ist das Pflegepersonal und Ausbildungsärzt*innen bei schwierigen Gesprächen mit eingebunden?
- Beispiel? Belastende Situationen ? Warum?

Abschluss:

- Was würden Sie sich wünschen?
- Was waren aus Ihrer Sicht die wichtigsten Punkte?
- Was würden sie anderen gerne zu diesem Thema mitgeben?

Check:











- Einverständniserklärung unterschrieben
- Danksagung
- Formell Gespräch beenden (Aufzeichnung stoppen)
- Infos nach dem Gespräch verinnerlichen, nach dem offiziellen Teil, Reflexion...
- Verabschiedung

Anhang: Reflexions- und Beobachtungsprotokoll

Reflexions- und Beobachtungsprotokoll:


Beobachtung/Umgebung, Beobachtete Interaktionen?
Eindrücke/ Wie war das Interviewumfeld?
Gefühle und Nachwirkungen/ wie geht es mir dabei, was machte mich betroffen...
Besonderheiten:
Was ich noch sagen wollte...

Anhang: Rockwood Clinical Frailty Scale

Version: 1.1 22/04/2020	ROCKWOOD CLINICAL FRAILTY SCALE	
Why use the Clinical Frailty Scale (CFS)?		
<p>CFS is a global clinical measure of a person's level of vulnerability to poor outcomes. Identification of frailty helps to improve both long and short term health management. People with frailty require a more personalised approach to their needs. Recognition of frailty should be part of a holistic assessment.</p>		
How to use the Clinical Frailty Scale (CFS)?		
<p>The CFS can be undertaken by any appropriately trained healthcare professional with <u>training and support</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • The CFS is only validated for people aged ≥ 65. It should not be used in younger people, people with stable long-term disabilities (for example, cerebral palsy), learning disability or autism and an individualised assessment is recommended. • Be mindful of your prejudices. Just because a person is old doesn't mean they are frail. • Complete the screening based on how the person's function was two weeks prior to deterioration. • This requires understanding their global function and cognition which means talking to the patient, their family members and their carers as appropriate. • Don't just score in the middle or be too forgiving when scoring. This is your objective assessment of a person's clinical status, and not a personal judgement of the individual. • In the guide below, you are not comparing the pictures to the person. Ask questions! • If you haven't already, please complete the 15 minute online training here. 		
Clinical Frailty Scale*		
 <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p>	 <p>7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p>	
 <p>2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p>	 <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>	
 <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	 <p>9 Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.</p>	
 <p>4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.</p>	<p>Scoring frailty in people with dementia</p> <p>The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.</p> <p>In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.</p> <p>In severe dementia, they cannot do personal care without help.</p>	
 <p>5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p>	<p><small>* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008. 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.</small></p> <p><small>© 2007-2009, Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.</small></p>	
 <p>6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>	 <p>DALHOUSIE UNIVERSITY <i>Inspiring Minds</i></p>	

Quelle: University of Dalhousie (2020)

Anhang: SPIC-T-De™



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-T-De™)

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

SPIC-T-De™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basisassessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten können:

- (Mehrfache) ungeplante Krankenhauseinweisungen.
- Reduzierter Allgemeinzustand oder zunehmende Verschlechterung; Verbesserung ist unwahrscheinlich (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag liegend oder sitzend).
- Patient ist aufgrund körperlicher und/oder seelischer Beeinträchtigungen im Alltag auf Unterstützung angewiesen.
- Pflegende Angehörige benötigen (zusätzliche) Unterstützung/Entlastung.
- Progredienter Gewichtsverlust; persistierendes Untergewicht; geringe Muskelmasse.
- Anhaltende belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).
- Patient/Angehörige signalisieren den Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung/Therapiezielländerung.

Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen:

Krebserkrankung	Kardiovaskuläre Erkrankung	Nierenerkrankung
Progredienz mit zunehmender Symptomlast und funktionalen Einschränkungen. Patient ist zu schwach für eine Tumortherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle.	Herzinsuffizienz oder ausgeprägte koronare Herzerkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung. Schwere, inoperable periphere Gefäßerkrankung.	Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung. Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/Behandlungen. Beendigung oder Verzicht auf Einleitung einer Dialyse wird erwogen.
Demenz/Gebrechlichkeit Multiple Beeinträchtigungen, z.B.: Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich. Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen. Harn- und Stuhlinkontinenz. Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich. Wiederholte Sturzereignisse; Fremurfraktur. Wiederholte fieberhafte Episoden bzw. Infekte; Aspirationspneumonie(n).	Atemwegserkrankung Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe/bei geringer körperlicher Belastung. Benötigt Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie. Zustand nach Lungenversagen; (erneute) Beatmung ist nicht erfolgversprechend.	Lebererkrankung Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z.B.: • Diuretikum-resistenter Aszites • hepatische Enzephalopathie • hepatorenales Syndrom • bakterielle Peritonitis • rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend.
Neurologische Erkrankung Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie, z.B.: Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion. Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien; Atemnot und/oder Lungenversagen. Anhaltende Lähmungen nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behinderung.	Andere lebenslimitierende Erkrankungen AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist.	
Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:		
<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der medikamentösen/nicht-medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung und Vermeidung von Polypharmazie. • Überprüfung, ob ein palliatives Konsil/eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen. • Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie • Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. • Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz. • Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans. 		

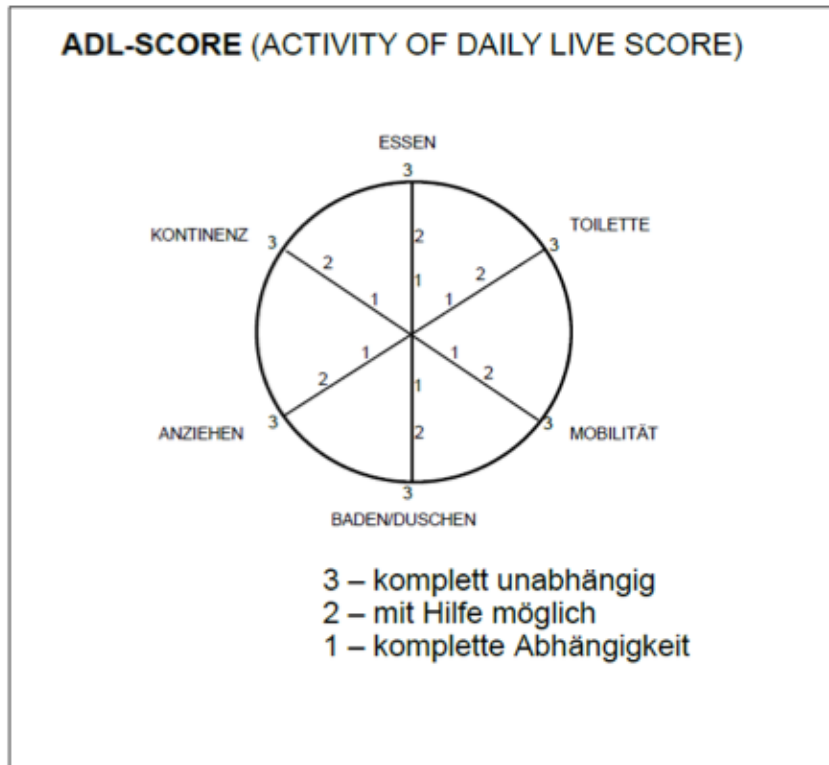
SPIC-T-De™ APRIL 2019 Translation and adaptation by Hannover Medical School Bitte melden Sie sich auf der SPIC-T Website für Informationen und Updates an (www.spic-t.org.uk)

Quelle: University of Edinburgh (2019)

Anhang: ADL-Score



ADL-Score (Activity of Daily Life) – kann von Pflege oder ÄrztIn erhoben werden



Score - Ergebnis:

Max = 18 Punkte → komplett **unabhängig**

Min = 6 Punkte → komplett **abhängig**

Kritisch: ADL ≤ 10

PatientInnen - Score:

.....

PatientInnen - Etiketle

Quelle: ÖGARI (2020)