

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/350838506>

## Ausgabe 2–2021 | 23. Jahrgang | hpsmedia

Article in *Pflege* · April 2021

DOI: 10.3936/1868

---

CITATIONS

0

READS

18

3 authors, including:



**Amrei Christin Klamt**

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



MobiStar View project



Therapiezieländerung auf der Intensivstation View project

# Therapiezieländerung auf der Intensivstation – eine Untersuchung mit involvierten Berufsgruppen

Amrei Christin Klamt<sup>1</sup>

*Im Rahmen einer qualitativen Querschnittstudie wurden Pflegekräfte, Ärzte und Psychoonkologen zu Lösungen von bestehenden Problemen, die sich aus Therapiezieländerungen auf der Intensivstation ergeben können, befragt. Ziel war es, herauszufinden wie eine optimale Vernetzung von Intensiv- und Palliativmedizin sowie -pflege aussehen muss, welche Lösungen es bei Schwierigkeiten, die sich in der Ermittlung des Willens von Intensivpatienten einstellen können, gibt und wie ein Konsens im multiprofessionellen Team Therapiezieländerungen beeinflussen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eine Schlüsselrolle bei der Lösung aller thematisierten Probleme einnehmen.*

## Amend therapy for intensive care patients – an investigation with various health care professionals

*As part of a qualitative cross-sectional study, nurses, doctors and psycho-oncologists were asked about solutions to existing problems, that may arise as a result of therapy target changes in the intensive care unit. The aim was to find out how intensive care and palliative care should work together in an optimal way, which solutions are there for difficulties that may arise in the determination of the intensive care patients presumed will, and how a consensus in the multiprofessional team can influence therapeutic target changes. The results show that communication and cooperation between the different occupational groups play a key role in solving all the issues addressed.*

### Korrespondenzadresse

Amrei Christin Klamt  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Kapuzinergasse 2  
D-85072 Eichstätt  
Amrei.Klamt@ku.de

Eingereicht am 25.05.2020

Akzeptiert am 11.12.2020

DOI: 10.3936/1868

<sup>1</sup> M. Ed. / B. Ed. (Univ.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

## Einleitung

In der Intensivmedizin gibt es immer wieder Situationen, in denen das Ziel der Kuration, welches die Gesundheit erhalten oder wiederherstellen möchte und sich im Konkreten durch die „Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen [...] und die Behandlung des Grundleidens“ definiert (Abdulla, 2007), nicht mehr erreicht werden kann. Dann muss auf das Ziel der Palliation, welches sich u. a. durch Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen sowie der Reduktion von diagnostischen Maßnahmen auf das Notwendigste auszeichnet (Steffen-Bürgi, 2007), umgeschwenkt werden. Die damit beschriebene Therapiezieländerung stellt für den Patienten<sup>1</sup> und seine Angehörigen, aber auch für das gesamte Behandlungsteam oftmals eine besondere Situation dar.

Ein Großteil der Patienten, die auf deutschen Intensivstation behandelt werden, erholt sich oft sehr schnell wieder und kann zeitnah verlegt werden, das zeigt sich beispielsweise in der durchschnittlichen Verweildauer von 7,9 Tagen auf der Intensivstation (Weidlich, Schmitt, Peter, Kühn, Kaltwasser, Green, Ullrich & Stolecki, o.J.). Die Mortalitätsrate von durchschnittlich 16,3% (8-33%) auf Intensivstationen ist dennoch nicht zu verachten (Langgartner, 2015). Das macht deutlich, dass eine Umstellung des Therapieziels von kurativ auf palliativ durchaus auch als Aufgabe der Intensivmedizin gesehen werden muss. Deshalb wird in der vorliegenden Studie die Therapiezieländerung (von kurativ auf palliativ Behandlungsziel) auf der Intensivstation untersucht. Es soll ermittelt werden, wie eine Anpassung des Therapieziels auf der Intensivstation vorgenommen wird und welche Herausforderungen sich bei dieser Adaption für alle Beteiligten einstellen können, um daraufhin Lösungsansätze zu entwickeln.

## Relevanz des Themas und Problemstellung

Die Sepsis, die die schwerste Verlaufsform akuter Infektionen darstellt, ist ein häufig vorkommender Grund (ca. 256-335 Sepsisfälle auf 100.000 Einwohner) sich als Patient in eine intensivmedizinische Behandlung begeben zu müssen. Sie wird deshalb hier als Beispiel aufgeführt. Patienten mit einer Sepsis haben laut Fleischmann et al. (2016) nur eine 50-70%ige Überlebenschance. Somit sterben 30-50% der Patienten mit dieser Diagnose (Fleischmann, Thomas-Rüdel, Hartmann, Hartog, Welte, Heublein, Dennler, & Reinhart, 2016).

Dieser Sachverhalt stellt das multiprofessionelle Behandlungsteam, u. a. bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Psychoonkologen, vor die schwere ethische Frage, wann eine Therapiezieländerung angebracht ist. Mit dieser Frage wird das betreuende Klinikpersonal einer extrem hohen psychischen und physischen Belastung ausgesetzt, weil es unter einem immensen Leistungsdruck steht. Dieser Leistungsdruck kann wiederum zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen zu Meinungsverschiedenheiten führen (Siegrist, 2013) und einen Dissens im multiprofessionellen Team nach sich ziehen. Um zu prüfen, ob ein Therapieziel noch gerechtfertigt ist, hat die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) folgende Voraussetzungen aufgeführt:

„Für den Beginn oder die Fortführung [der Behandlung] besteht nach Einschätzung der behandelnden Ärzte eine medizinische Indikation. Die Durchführung [der Therapiemaßnahmen] entspricht dem Patientenwillen. Liegt eine der beiden Voraussetzungen nicht vor, ist insoweit eine Therapiezieländerung und Begrenzung der Therapie nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten“ (Janssens, Burchardi, Duttge, Erchinger, Greten, Mohr, Nauck, Rothärmel, Salomon, Schmucker, Simon, Stopfkuchen, Valentin, Weiler & Neitzke, 2012).

Behandlungsbegrenzungsentscheidungen gehören wegen der Schwere der Erkrankungen von Patienten zu den Entscheidun-

gen, die bei der Arbeit auf einer Intensivstation oft an der Tagesordnung stehen. Eine Entscheidung zu fällen, ist aber nicht einfach, weil die Entscheidenden hier an ihre fachlichen und ggf. auch menschlichen Grenzen stoßen (Platsch, 2006) und der Behandlungsauftrag der Kuration, der auf einer Intensivstation in der Regel erstmal vorrangig ist, nicht mehr erreicht werden kann. Das stellt das Behandlungsteam vor eine Reihe verschiedener Herausforderungen.

## Forschungsfragen

Für die Studie wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

1. Wie sollten Palliativ- und Intensivmedizin zusammenarbeiten, damit die bestmögliche Patientenversorgung in Bezug auf die Lebensqualität des Patienten auf der Intensivstation gewährleistet werden kann?
2. Wie kann der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden, wenn er sich in einem veränderten Bewusstseinszustand befindet und keine Vorsorge in Bezug auf die eigene Willensäußerung getroffen hat (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung)?
3. Wie erzielt man einen befriedigenden Konsens in Bezug auf eine Therapiezieländerung bei unterschiedlichen Sichtweisen und Funktionen für alle, die im multiprofessionellen Team an der Patientenbetreuung beteiligt sind?

## Theoretischer Hintergrund

### Therapiezieländerung – von kurativ zu palliativ

Als Therapiezieländerung wird laut Ellger, Kebel & Bösel (2017) ein breites Spektrum an verschiedenen Möglichkeiten, eine Therapie umzustellen, verstanden. Die Abstufung kann so aussehen, dass eine kurative Therapie mit festgelegten Einschränkungen (wie z. B. dem Verzicht auf eine Reanimation) weitergeführt wird. Neben dieser ersten Abstufung wird die Therapiezieländerung in drei weitere Kategorien eingeteilt:

- „Verzicht auf Ausweitung bestehender kurativer Maßnahmen
- Reduktion bestehender kurativer Maßnahmen
- Absetzen (aktives Beenden) bestehender kurativer Maßnahmen“ (Ellger et al., 2017).

Diese Einteilung macht deutlich, wie abhängig eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung, -änderung oder -einstellung vom subjektiven Patientenzustand ist, dass sie differenziert erfolgen muss und immer auch eine ethisch-rechtliche Frage darstellt. Wichtig ist, dass die Lebensqualität des Patienten bei Therapieentscheidungen an erster Stelle steht. Von Intensivpatienten kann die Lebensqualität nach bzw. während eines Intensivaufenthalts sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Laut Mörer (2013) sind Schmerzfreiheit, das Sättigungsgefühl, ausgeschlafen und frei von Atemnot zu sein, Parameter, die die Lebensqualität von Intensivpatienten ausmachen. Gemäß seiner Einschätzung können diese Phänomene nur durch die Verschiebung des Fokus von intensivmedizinischem Handeln „from cure to comfort“ (Mörer, 2013) und durch das Hinzuziehen von palliativmedizinischen Behandlungsoptionen erfüllt werden. Nur so kann eine hohe Lebensqualität für Patienten auf der Intensivstation zu gewährleistet werden (Mörer, 2013).

### Intensivmedizin und -pflege vs. Palliativmedizin und -pflege

Wenn sich rein auf die Definitionen der beiden Disziplinen Intensivmedizin und Palliativmedizin bzw. -pflege bezogen wird, entsteht der Eindruck, dass sie unvereinbar miteinander sind. Die Palliativmedizin strebt vor allem eine symptomatische Behandlung von Beschwerden an, um dem Patienten trotz tödlicher Krankheit ein Leben mit hoher Lebensqualität zu ermöglichen (Heller & Knipping, 2007). Sie zielt im Vergleich zur Intensivmedizin nicht auf vollständige Wiederherstellung der

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Gesundheit ab (Abdulla, 2007), sondern auf eine Symptomkontrolle und Reduktion von Krankheitsfolgen. Dabei kann es sehr schwierig sein, den (mutmaßlichen) Willen eines Intensivpatienten zu ermitteln, weil sich die meisten Erkrankten auf der Intensivstation in einem veränderten Bewusstseinszustand (Ammann, 2015) befinden.

### Der Wille des Patienten auf der Intensivstation

Viele Patienten können sich aus der Intensivstation nicht mehr mit ihrem Therapiewunsch auseinandersetzen und demzufolge auch nicht mehr befragt werden. Deshalb muss auf rechtliche Vorausvorsorgen wie Patientenverfügung (§1901a BGB, BMJV, 1896) Vorsorgevollmacht (§1896, II BGB, BMJV, 1896) oder Betreuungsvollmacht (§1896, II BGB, BMJV, 1896) zurückgegriffen werden. Bei einer klar formulierten Patientenverfügung, mit eindeutig formuliertem Therapiewillen, ist die Ermittlung der Absicht des Patienten und der damit verbundenen Übernahme von Entscheidungsverantwortung im Hinblick auf ein zu veränderndes Therapieziel relativ einfach. Liegt keine Patientenverfügung vor, muss der Wunsch des Erkrankten in Bezug auf eine mögliche Behandlungsbegrenzung ermittelt werden. Hierbei spielt das Gespräch mit den Angehörigen des Erkrankten, die im Idealfall durch eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsvollmacht zu Bevollmächtigten oder rechtlichen Vertretern ernannt wurden, eine wichtige Rolle, da sie den Willen durch ihre oftmals jahrelange Verbindung zum Patienten am ehesten einschätzen können. Jox (2011) hat zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens ein, nach Borasio, Heßler und Wiesing (2009) adaptiertes, Stufenschema aufgestellt (siehe Abbildung 1), welches eine Rangfolge der Willenseruierung darstellt.

Wenn ein Patient bspw. durch ein (künstliches) Koma nicht mehr auskunftsfähig ist und keine Vorausvorsorge angefertigt hat, entfallen Stufe 1 und Stufe 2 des Schemas. Dieses sieht dann auf dritter Stufe vor, dass frühere Äußerungen des Patienten zum Behandlungswunsch bei der Ermittlung des Patientenwillens berücksichtigt werden. Es kann auf dieser Stufe notwendig werden, sogenannte Unterstützungsinstrumente, wie bspw. ethische Entscheidungsfindungsmodelle oder auch ein Klinisches Ethikkomitee, bei Entscheidungsfindungen hinzuzuziehen. Wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, kann es laut Jox (2011) auf letzter Stufe des Modells notwendig werden, eine Entscheidung, auf Grundlage der medizinischen Indikation, zum Wohl des Patienten zu treffen. Diese Entscheidung obliegt dann den behandelnden Ärzten.

In der vorliegenden Arbeit wurde als ethisches Entscheidungsfindungsmodell mit dem Reflexionsmodell von Rabe (2009) und mit der multiperspektivischen ethischen Entscheidungsfindung nach Lay (2012) gearbeitet. Exemplarisch wird in Tabelle 1 das Reflexionsmodell nach Rabe (2009) dargestellt, da es weniger komplex ist als das Modell von Lay (2012).

### Der Entscheidungsprozess im Versorgungsteam

Im Entscheidungsprozess kann es im multiprofessionellen Team immer wieder divergierende Meinungen zum Thema Therapiezieländerung bei einem Patienten geben, die zum Beispiel in unterschiedlich langer Kontaktzeit mit dem Patienten oder unterschiedlicher Kenntnis über Therapieoptionen begründet sein kön-

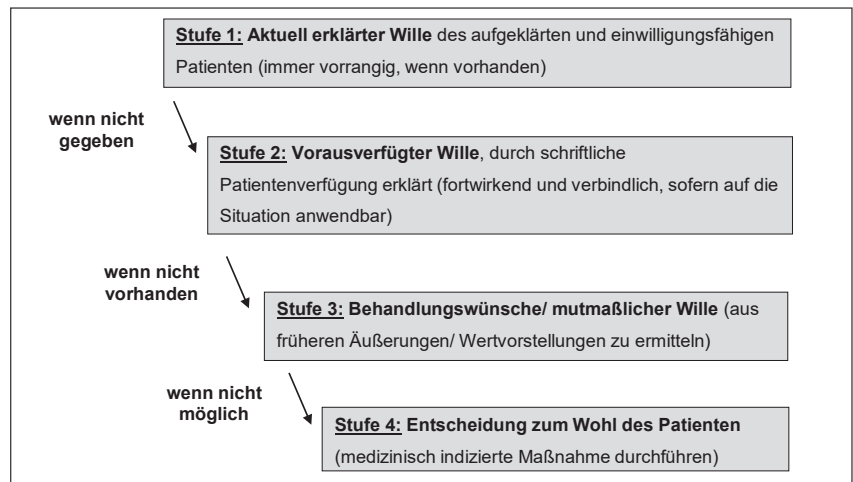


Abbildung 1: Stufenschema zur Ermittlung des Patientenwillens nach Borasio et al. 2009 (Jox, 2011)

<b>1. Situationsanalyse</b>
Persönliche Reaktion
Die Sicht der anderen: Perspektive aller am Fall beteiligten Personen
Alternative Handlungsmöglichkeiten
<b>2. Ethische Reflexion</b>
Benennung des ethischen Problems
Formulierung der normativen Orientierung und übergeordneten Prinzipien <sup>1</sup> , die für diese Situation von Bedeutung sind
Verantwortungsebenen: persönlich institutionell gesellschaftspolitisch
<b>3. Ergebnisse</b>
Ethisch begründete Beurteilung
Konsens/Dissens
Nötige praktische Konsequenzen und ihre Durchsetzung

<sup>1</sup> Anm. des Autors: Zu den normativen Orientierungen gehören die moralischen Normen, Grundsätze und Werthaltungen, die den Diskutanten zu dem Fall einfallen.

Tabelle 1: Modell für die ethische Reflexion nach Rabe (2009)

nen (Haynert & Salomon, 2012; Timm, 2000). Hierbei spielt die Kommunikation zwischen allen am Versorgungsprozess Beteiligten und das Abbauen von möglichen Hindernissen, die sich durch hierarchische Strukturen innerhalb des Systems Krankenhaus sowie die Dominanz der Ärzte und den Leistungsdruck ergeben können, eine große Rolle (Knoll & Lender, 2008; zitiert nach Haynert et al., 2012). Insbesondere die Pflegefachpersonen und die Ärzte, die jeden Tag bei der Betreuung von schwerstkranken Patienten zusammenarbeiten, „beklagen im Intensivalltag Barrieren in der interprofessionellen Kommunikation, die zu Missverständnissen, falschen Annahmen und Vorurteilen führen und letztendlich für den Patienten ein Sicherheitsrisiko darstellen und zu Unzufriedenheit bei Mitarbeitern führen“ (Knoll & Lender, 2008; zitiert nach Haynert et al., 2012). Diese Barrieren können sogar dazu führen, dass die Weitergabe von relevanten Informationen gestört wird (Davidhzar & Dowd, 2003; Knoll & Lender, 2008; zitiert nach Haynert et al., 2012). Genau diese Informationen sind aber für (ethische) Entscheidungssituationen im geforderten Konsens mit dem multiprofessionellen Team sehr wichtig. Deshalb sollte ein interprofessioneller Informationsaustausch regelmäßig in Form von direkten Kommunikationsstilen und unter Definition

klarer Verantwortungsbereiche erfolgen (Lubin 2002; zitiert nach Haynert et al., 2012). Dies kann zum Beispiel in Form von multi-professionellen Visiten bzw. Übergaben oder auch in interprofessionellen Fallbesprechungen erfolgen.

## Methodisches Vorgehen

### Studiendesign

Das Studiendesign der vorliegenden Arbeit ist einer qualitativen Querschnittstudie (Misoch, 2015) zuzuordnen. Das qualitative Design wurde gewählt, da hiermit die Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen eruiert und daraus Relationen zwischen den einzelnen Berufsgruppen ermittelt werden können (Misoch, 2015). Darüber hinaus ermöglicht die qualitative Untersuchung, den ethischen Aspekt der Forschungsarbeit genauer herauszuarbeiten, weil die subjektive Wirklichkeit und das Sinnverstehen der einzelnen Untersuchungsteilnehmer bei dieser Form des Designs im Vordergrund steht (Misoch, 2015).

### Setting

Die Interviews zur Studie wurden auf einer internistischen Intensivstation an einer bayerischen Universitätsklinik durchgeführt. Die Station umfasst die Fachbereiche Onkologie, Gastroenterologie und Pneumologie. Hier werden vornehmlich Patienten mit dem Versagen innerer Organe wie Leber, Lunge und Nieren versorgt. Ein besonderes Spektrum der Station stellt die Versorgung von Patienten vor und nach Organtransplantationen (Leber & Lunge) sowie Patienten nach Stammzelltransplantationen dar. Die Station verfügt über 12 voll ausgestattete Intensivplätze (ITS) und 4 Intermediate Care (IMC) Betten.

### Stichprobe

Insgesamt wurden, nach Erreichen der Datensättigung, 12 Mitarbeiter des Universitätsklinikums, die auf oder mit der onkologischen, pneumologischen und gastroenterologischen Intensivstation (zusammen-)arbeiten, interviewt. Die Teilnehmer wurden so ausgewählt, dass jede an Entscheidungsfindungen beteiligte Berufsgruppe, Medizin, Pflege und Psychoonkologie, vertreten war, um professionsspezifische Aussagen erheben zu können. Es wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

**Pflege:** Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die zweijährige Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege. Diese Pflegefachpersonen sind mit umfassendem Wissen u. a. im Bereich Sterbebegleitung ausgestattet und zur Therapiezieländerung geschult (DIVI, 2014).

**Medizin:** Abgeschlossenes Medizinstudium und mindestens in der Position des Stationsarztes auf der Intensivstation.

**Psychoonkologie:** Abgeschlossene Weiterbildung zum Psychoonkologen und die kontinuierliche Tätigkeit in dem Berufsfeld sowie die regelmäßige Begleitung von intensivpflichtigen Patienten oder deren Angehörigen auf der an der Studie beteiligten Station.

### Datenerhebung und -analyse

Die Datenerhebung erfolgte durch leitfadengestützte Interviews (Kruse, 2015). Ziel war es, die theoretisch herausgearbeiteten Probleme durch eine Befragung der betroffenen Berufsgruppen Pflegefachperson, Arzt und Psychoonkologe in der Praxis zu untersuchen. Die Leitfragen umfassten folgende Themen:

- Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin und -pflege auf der Intensivstation
  - Orientierung der Vernetzung an der Lebensqualität der Intensivpatienten
- Ermittlung des Willens bewusstseinsingeschränkter Intensivpatienten ohne Vorausvorsorge
- Konsensherstellung im multiprofessionellen Team bei Therapieentscheidungen

Die Interviews wurden auf einem Tonband aufgenommen und anschließend nach den Regeln von Kuckartz et al. (2008) transkribiert. Die Analyse der Daten erfolgte anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Im ersten Schritt wurden die Kategorien deduktiv bzw. anhand der Leitfragen gebildet (Kuckartz, 2016). Im Anschluss daran wurden die gesamten Transkripte inhaltlich mittels Einzelanalyse (Mayring, 2002) durchgesehen. Damit konnten induktiv weitere Kategorien gebildet werden.

### Gütekriterien

Die Gütekriterien Transparenz und Intersubjektivität (Mey, Vock & Ruppel, o.J.) sowie die Verfahrensdokumentation, Nähe zum Gegenstand und Regelgeleitetheit (Mayring, 2002) wurden innerhalb dieses Forschungsvorhabens gewahrt. Die Transparenz sowie die Verfahrensdokumentation der durchgeführten Studie wurden durch eine angemessene und umfassende Dokumentation und Darlegung des gesamten Forschungsprozesses aufrechterhalten bzw. durchgeführt.

Die Intersubjektivität wurde durch die Auswahl der Informanten auf möglichst gleichem Wissens- und Expertenstand gewahrt, um die Ergebnisse zunächst zu dokumentieren und später zielführend miteinander vergleichen und im Sinne der Beantwortung der Forschungsfragen auswerten zu können. Um der Nähe zum Gegenstand gerecht zu werden, wurden die Einschlusskriterien für die Studie so gewählt, dass nur Mitarbeiter des Universitätsklinikums befragt wurden, die durch ihre berufliche Erfahrung und Ausbildung sowie ihren Einsatz auf oder mit der Intensivstation ein umfangreiches Wissen über den Gegenstand der Arbeit aufwiesen. Die Regelgeleitetheit wurde durch das Einhalten der beschriebenen Verfahrensregeln in den jeweiligen Phasen des Forschungsprozesses erfüllt. Dies betrifft vor allem auch die Entwicklung der Interviewleitfragen sowie den Transkriptionsregeln und dem Vorgehen zur Datenanalyse.

### Ethik und Datenschutz

Um Ethik und Datenschutz zu wahren, wurden insbesondere der Anonymisierung und der vertraulichen Verwertung der Daten sowie der Freiwilligkeit zur Teilnahme an der Studie ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Im Rahmen der „informierten Einwilligung“ (Schaar, 2017) erhielten die Teilnehmer vorab ein Informationsschreiben zum Vorhaben und nach Zustimmung für ein Interview wurde die Einverständniserklärung ausgefüllt. Das Votum der Ethikkommission war nach Prüfung nicht erforderlich. Die Zustimmungen der Personalvertretung, der Pflegedirektion sowie des Datenschutzbeauftragten des Klinikums zur Durchführung der Studie, wurden eingeholt.

## Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt unterteilt nach den drei Forschungsfragen.

### Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin und -pflege auf der Intensivstation

Eine vorhandene Zusammenarbeit von Intensivmedizin und Palliativmedizin sowie -pflege wurde von der Hälfte der Informanten bejaht. Da auf der Station sehr infauste Krankheitsbilder behandelt werden, kann die Palliativmedizin gar nicht isoliert von der Intensivmedizin betrachtet werden und muss z.B. bei onkologischen Patienten als Teil der Intensivmedizin angesehen werden. Dem überwiegenden Teil der Ärzte sind die palliativmedizinischen Guidelines bekannt. Diese Ärzte integrieren sie in das eigene intensivmedizinische Handeln. „Das ist halt Bestandteil meiner täglichen Arbeit“ (Interview A2, Z. 30-32). Eine Pflegeperson sieht die Vernetzung der beiden Disziplinen über eine Kollegin aus dem

Intensivpflegeteam realisiert, die als palliativpflegerisch ausgebildete Kraft an Treffen der Abteilung für Palliativmedizin teilnimmt und als Ansprechpartner für Fragen im Bereich Palliativpflege zur Verfügung steht. Die Zusammenarbeit der beiden Fachdisziplinen wird von dem überwiegenden Teil der Ärzte als zufriedenstellend und an der Lebensqualität des Patienten auf der Intensivstation orientiert umgesetzt, empfunden. Die Mediziner sehen sich selbst in der Lage, die Palliativmedizin geeignet und an der Lebensqualität in die Versorgung der Patienten auf der Intensivstation orientiert, zu implementieren. Der Kontakt zur Palliativmedizin für besondere Fragestellungen oder auch für das Verlegen von schwerstkranken Intensivpatienten auf die Palliativstation ist dennoch sehr wichtig und wird durch Konsilstellungen an die palliativmedizinische Abteilung umgesetzt.

Es gibt aber auch Personen, die keine Verflechtung der beiden Fachdisziplinen auf der Intensivstation sehen. Eine Aussage hierzu verdeutlicht dies: *„Wir sind hier in einem Haus der Maximalversorgung, wie wir es immer uns so schön schimpfen, und genau das wird ja letzten Endes gemacht. Und genau da ist ja der Übergang zwischen Maximaltherapie [...] zu Palliativstation: [...] das sind zwei Pole, die einfach maximal auseinanderdriften, und deswegen ist [...] dieser Übergang auf der Intensivstation einfach eine wahnsinnigen Herausforderung“* (Interview PO3, Z. 41-47). Alle Befragten, die keine Verknüpfung von Palliativ- und Intensivmedizin sehen, halten diese aber für notwendig, da sie sich dadurch mehr Klarheit bei Therapiezieländerungen erhoffen. Die Mehrzahl der befragten Personen wünschen sich entweder eine dauerhafte bzw. zeitweilige, aber vor allem durch Standards festgelegte, Zusammenarbeit mit der Abteilung der Palliativmedizin, ggf. auch in Form von Palliativpflegekräften, die Pflegevisiten auf der Intensivstation durchführen. Denkbar wäre auch, weitere Intensivpflegepersonen palliativpflegerisch auszubilden, um den palliativmedizinischen Gedanken dauerhaft auf der Station zu verankern. Hilfreich wäre zudem, den Kontakt zur Psychoonkologie bzw. der Palliativmedizin viel früher herzustellen und regelmäßig konsiliarische Visiten (z. B. einmal wöchentlich) durchzuführen, um den palliativmedizinischen Bedarf von Patienten zu klären und die Palliativmedizin als selbstverständliche Option auf der Intensivstation zu repräsentieren.

Insgesamt betrachtet, ist ein Großteil der Befragten der Meinung, dass die Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen nicht zufriedenstellend umgesetzt und nicht an der Lebensqualität der Intensivpatienten ausgerichtet ist. Teilweise gibt es Übermittlungsschwierigkeiten von besprochenen Therapiezieländerungen zwischen Patienten und Ärzten. *„Das ist halt manchmal so ein gewisser Punkt, wo dann bei uns ärztlich besprochen wird oder entschieden wird [...], man vollzieht jetzt eine Therapiezieländerung, aber meines persönlichen Erachtens ist das [...] so, dass einige Patienten [...], sofern sie denn das noch mitbekommen, [...] / dass es gar nicht so offen mit ihnen besprochen wird, wie es vielleicht hätte besprochen werden sollen oder wie man es sich eigentlich vorstellt“* (Interview A4, Z. 53-60).

### Ermittlung des Willens bewusstseinsingeschränkter Intensivpatienten ohne Vorausvorsorge

Alle Untersuchungsteilnehmer sehen Angehörige als die wichtigsten Ansprechpartner bei der Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens, wenn der bewusstseinsingeschränkte Patient keine Vorausvorsorge angefertigt hat *„Unser wichtigster Ansprechpartner ist da sicherlich die Familie oder die engsten Freunde (...), über die man ja (...) eventuell sogar den genauen Willen des Patienten eruieren kann [...]“* (Interview A3, Z. 52-54). Darüber hinaus kann das Gespräch mit zuvor behandelnden Ärzten, z. B. dem Hausarzt oder auch Ärzten von anderen Stationen, Hinweise zum Willen des Patienten geben. Ferner scheint auch die Seelsorge ein angemessener Ansprechpartner zu sein, um den Patientenwillen zu eruieren: *„Häufig bei uns in der Praxis tatsächlich ein wichtiger Bestandteil, trägt die Seelsorge, die bei uns sehr gut ist und auch sehr kompetent ist, tatsächlich auch einen häufig stationsübergreifenden*

*Kontakt zum Patienten hat, so zum Beispiel dann in vielen Fällen durchaus Patienten auch schon vor dem Intensivaufenthalt gekannt hat“* (Interview A2, Z. 93-95). Des Weiteren spielen das Führen von Therapiegesprächen bei Aufnahme auf die Intensivstation, um selbst den Therapiewillen des Kranken abzufragen, wenn der Patient noch auskunftsfähig ist und das Hinzuziehen von Psychonkologen, die den Patienten vielleicht in einer noch auskunftsfähigen Situation erlebt haben, eine große Rolle bei der Ermittlung des Patientenwillens. Ebenso wird die Möglichkeit einer multiprofessionellen Fallbesprechung, wenn es keine Angehörigen oder sonstige Möglichkeiten gibt, den Willen zu eruieren, geschildert. In einer solchen Fallbesprechung könnte der Wille des Patienten durch die Beschreibung der persönlichen Wahrnehmung durch die Teilnehmer (multiprofessionelles Team sowie nach Möglichkeit auch Angehörige und Patient) besser interpretiert werden.

Wenn es jedoch keinerlei Möglichkeiten mehr gibt, passende Ansprechpartner zu finden, um den Patientenwillen ausfindig zu machen, wird es notwendig, die medizinische Indikation über den Patientenwillen zu stellen. Laut dem überwiegenden Teil der Befragten spielen Unterstützungsinstrumente, wie das Klinische Ethikkomitee oder standardisierte Entscheidungsfindungsmodelle, bei der Eruierung des Patientenwillens hier aber keine Rolle. Den meisten Informanten war hierbei nur das Klinische Ethikkomitee der Klinik bekannt. Als Grund dafür, dass das Klinische Ethikkomitee nicht involviert wird, wird genannt, dass diese Einrichtung noch nicht so lange am Klinikum etabliert ist und selbst schwierige Fälle über Patientenkonferenzen bzw. multiprofessionelle Fallbesprechungen gelöst werden können und das Hinzuziehen des Ethikkomitees somit gar nicht notwendig wird. Darüber hinaus wird vermutet: *„Ich glaube auch, weil die Vorstellung fehlt, wann man das wirklich nutzen kann, also was eine Indikation wäre, so wie man halt für medizinische Untersuchungen Indikationen hat. Was ist denn dann die Indikation für ein Ethikkomitee?“* (Interview PO4, Z. 182- 187). Ferner scheint die Hemmschwelle, sich externe Hilfe zu holen, ein Grund für den Verzicht auf das Hinzuziehen des Ethikkomitees zu sein: *„Aber ich bin der Meinung, dass das Wissen um dieses Ethikkomitee schon da ist, aber in meinen Augen sich die Blöße nicht gegeben werden möchte, da jemanden noch zusätzlich zu fragen in Form eines Ethikberaters oder eines Ethikkomitees“* (Interview PK2, Z. 76- 80).

Trotz allem erachtet der überwiegende Teil der Befragten das Hinzuziehen von Unterstützungsinstrumenten, wie das Klinische Ethikkomitee, als zweckmäßig. Ein Grund hierfür ist ihrer Meinung nach die Objektivität, die durch Unterstützungsinstrumente in subjektive Situationen gebracht werden kann. Zudem ist das Hinzuziehen des Ethikkomitees nach Meinung der Befragten deshalb sinnvoll, *„weil eigentlich alle Beteiligten aus dem Ärzteteam, aus dem Pfllegeteam, vor allem aber auch die Angehörigen und Patienten schon davon profitieren könnten“* (Interview PK2, Z. 88-90). Alle Untersuchungsteilnehmer stellen fest, dass die Patientenkonferenzen mit Angehörigen oder Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team die eher verwendeten Unterstützungsinstrumente sind, wenn es Probleme in der Eruierung des Patientenwillens oder aber generelle Probleme, die sich im Team bei Therapiezieländerungen ergeben können, gibt. Der *„immense Aufwand der Vorbereitung und auch [...] [der hohe] personelle Aufwand [...], um dieses Komitee einzuberufen [...]“* (Interview A1, Z. 95-100) wird als einer der Gründe von den Ärzten genannt, die ein Einberufen des Ethikkomitees nicht für sinnvoll halten. Ein weiterer Grund ist, dass *„es fast nie Unklarheiten gibt [...], weil man eigentlich immer auch mit der Familie, was ja das Wichtigste ist, letztendlich zu einem Konsens kommt, was den mutmaßlichen Willen des Patienten angeht“* (Interview A3, Z. 81-84). Die wenigen schwierigen Fälle, die es auf der Intensivstation gibt, können nach Meinung der Untersuchungsteilnehmer durch Patientenkonferenzen oder multiprofessionelle Fallbesprechungen gelöst werden. Damit erachten sie das Hinzuziehen des Ethikkomitees als nicht erforderlich.

Von einigen Befragten wird darüber hinaus betont, dass die Verantwortung, sich selbst mit seinen medizinischen Wünschen und Vorstellungen auseinanderzusetzen, bei jedem Menschen selbst liegt. Dies sollte geschehen, bevor man sich in einer Situation befindet, in der man nicht mehr auskunftsfähig ist und die Entscheidungsfindung, ob und wie eine Therapie weitergeführt oder begrenzt wird, auf Andere (insbesondere das medizinische Personal) überträgt.

### Konsensentscheidungen im multiprofessionellen Team

Der überwiegende Teil der Befragten sieht die Konsensentscheidungen im multiprofessionellen Team als erforderlich an. Es werden vor allem zwei Gründe hierfür genannt. Der erste Grund ist, dass jede Person, die den Patienten betreut, während ihrer Betreuung andere Informationen über den Patienten bekommt, und jeder neue Aspekt über den Patienten in eine Entscheidungsfindung mit einfließen sollte, um sie patientenorientiert zu gestalten: *„Doch auf jeden Fall sollte man das alles mit einbeziehen, weil ja die Ärzte ihre ärztliche Sicht haben, die Pflege nimmt den Patienten noch mal anders wahr / ich glaube das jeder / jede Berufsgruppe letztendlich den Patienten auf einer anderen Ebene (...) kennt und kennenlernt und auch wahrnimmt [...] und vielleicht auch verschiedene Perspektiven für den Patienten [...] sieht“* (Interview PK 3, Z. 138- 143). Ein weiterer Grund ist, dass alle Beteiligten das Therapieregime mittragen müssen, um den Patienten adäquat versorgen zu können. Zusätzlich kann eine Konsensentscheidung die Last von den eigenen Schultern nehmen und eine Entscheidung bzw. das Mittragen einer Entscheidung für alle Beteiligten erheblich einfacher machen. Zudem werden sämtliche Informationen (auch hinsichtlich medizinischer Prognose und Möglichkeiten) für alle transparent.

Aktuell laufen laut dem Empfinden von einem Großteil der Informanten die Entscheidungsfindungen zur Therapiezieländerung auf der Intensivstation nur teilweise im Konsens mit dem multiprofessionellen Team ab. Das fängt schon damit an, dass nicht klar gesagt werden kann, ob getroffene Entscheidungen von allen nachvollzogen werden können, auch wenn versucht wird, diese z. B. in Visiten und in Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team zu treffen. Auf der Station herrscht überwiegend die Empfehlung vor, dass es eher Standard ist, Entscheidungen im Team von Pflege und Ärzten zu treffen. Hierzu werden Informationen anderer Berufsgruppen an Pflegepersonen oder Ärzte weitergegeben und bei Therapieentscheidungen berücksichtigt. Es kommt zu selten vor, dass Entscheidungen mittels Fallbesprechungen getroffen werden. Psychoonkologen nehmen daran nicht standardmäßig teil und wünschen sich eine Beteiligung ihrer Berufsgruppe.

Nur ein geringer Teil der Befragten hat das Gefühl, dass Entscheidungen zur Therapiezieländerung im multiprofessionellen Team konsentiert werden. Umgesetzt werden die Konsensentscheidungen vor allem durch morgendliche Oberarztbesprechungen, in denen erörtert wird, wie die nächsten 24 Stunden der Patienten aussehen und ob die bis dato gesteckten Therapieziele noch sinnvoll sind. Aber auch Gespräche in Visiten oder Therapiegespräche nach neu auf gekommenen und analysierten Befunden werden als Besprechungsoptionen für Entscheidungen im multiprofessionellen Team genannt: *„Das läuft im Alltag so ab, dass wir zu unterschiedlichen Zeiten Visiten einfach haben. Gerade auch morgens bei der Kurvenvisite (...) ist auch immer die Pflegekraft dann mit am Bett, und da wird dann schon mal gefragt, ob es irgendwie neue Sachen gibt, die die Pflege einfach gesehen hat, oder dass man da schon mitteilen kann, welche Ideen man hinsichtlich einer Therapiezieländerung einfach hat [...]“* (Interview PK2, Z. 136-140)

Es wird vermutet, dass der Patient, wenn Entscheidungen zur Therapiezieländerung nicht im Konsens getroffen werden, die dadurch entstandenen Spannungen im Team spüren würde, auch wenn er sich in einer veränderten Bewusstseinslage befindet. Trotz der eingeschränkten Wahrnehmung des Patienten könnte das dazu führen, dass er sich nicht gut versorgt fühlen würde.

*„Deswegen ist es gerade in diesen Situationen, wenn es um Wechsel auf zum Beispiel Palliation geht, extrem wichtig, dass alle zusammen sich um den Patienten kümmern und dass der quasi geborgen ist letztendlich, dass man darauf achtet: ‚Ist er wirklich symptomkontrolliert?‘ und diese Geschichten, und das ist natürlich wahnsinnig relevant für den Patienten. Ja? Also / von daher (...) kann es nicht anders sein, als dass man das mit allen zusammen trägt, das Konzept“* (Interview A3, Z. 120- 126). Außerdem wird befürchtet: *„Na, für den Patienten könnte es sich insofern auswirken, dass eben womöglich eine wichtige Info [...] untern Tisch fällt und die aber essenziell wäre für den Patienten / ja / um das Richtige für ihn zu machen, in Anführungszeichen. Und, dass der Patient in dem Sinne nicht das bekommt, was er gewollt hätte / wollen würde / am Patientenwillen vorbei“* (Interview PO1, Z. 132- 137). Um diese Informationslücken zu vermeiden, wäre es sinnvoll, alle betreuenden Berufsgruppen in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Für einen Psychoonkologen bedeutet die fehlende Information über ein verändertes Therapieziel hin zur Palliation darüber hinaus, dass sie mit Patienten und ihren Angehörigen, nicht die Gesprächstherapie führen können, die der Patient bräuchte. Es wird befürchtet, dass der Kranke dadurch vielleicht nicht mehr die Chance hat, Dinge zu besprechen, die für ihn wichtig sind.

## Diskussion

### Hauptergebnisse

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass auf der Intensivstation noch nicht von einer zufriedenstellenden Vernetzung der Intensiv- und Palliativmedizin bzw. -pflege gesprochen werden kann. Denn es ist nicht allen Befragten eine Vernetzung auf der Intensivstation bekannt und die Befragten, die eine Vernetzung bejahen, sehen die Umsetzung der Vernetzung überwiegend als ausbaufähig an.

Um den Willen eines Patienten zu ermitteln, der nicht auskunftsfähig ist und auch keine Vorausvorsorge in Form von Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung getroffen hat, gibt es offensichtlich eine Reihe an verschiedenen Möglichkeiten. In erster Linie stellen Gespräche mit Angehörigen die wohl wichtigste Basis dar, um den Willen eines Patienten zu ermitteln und auf dieser Grundlage eine Therapieentscheidung zu treffen. Ferner können Gespräche mit Hausärzten, Pflegekräften von anderen Stationen, Psychoonkologen oder Seelsorgern dabei helfen, den Patientenwillen ausfindig zu machen, wenn Patienten gegenüber diesen Professionen ihre Therapiewünsche geäußert haben. Außerdem spielen multiprofessionelle Fallbesprechungen bzw. Patientenkonferenzen eine Rolle.

Der Konsens im multiprofessionellen Team spielt eine große Rolle bei der Entscheidungsfindung. Hierbei gibt es eine Reihe an Hilfsmitteln, um eine Entscheidung zur Therapiezieländerung im Konsens mit dem multiprofessionellen Team zu treffen. Möglich wird eine Entscheidung im Konsens mit dem multiprofessionellen Team durch verschiedene Besprechungen, Übergeben, Visiten und multiprofessionelle Fallbesprechungen bzw. Patientenkonferenzen.

Die Ergebnisse, die nachfolgend näher diskutiert werden, können bisherige Forschungsergebnisse nicht nur bestätigen, sondern auch erweitern.

### Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin und -pflege auf der Intensivstation

In der Theorie wurde zur formalen/organisatorischen Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin vorgeschlagen, Konsile an Palliativmediziner zu stellen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass dies in der Praxis umgesetzt wird, es aber laut Meinung der Befragten keine weitere formale bzw. organisatorische Vernetzung der beiden Disziplinen gibt, obwohl sie nötig wäre. Laut Bakitas et al. (2009) verbessert eine frühzeitige pallia-

tive Behandlung für fortgeschrittene Krebspatienten sowohl die Lebensqualität als auch die Überlebensrate. Auf der Intensivstation scheint die palliative Behandlung aber oft sehr spät bzw. nach Meinung einiger Informanten sogar zu spät zu erfolgen. Dabei besteht der Wunsch nach einer früheren Integration der palliativmedizinischen Abteilung, um alle Therapieoptionen für den Patienten transparent zu machen. Das Gefühl, dass die Therapie oft eher zu spät geändert wird, wird auch in der Literatur beschrieben (Jox, 2011) und wird, wie auch diese Studie zeigt, mit Ängsten und Versagensgefühlen der beteiligten Berufsgruppen begründet. Dass die Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin auf der Intensivstation, auf der die Befragung durchgeführt wurde, noch nicht so abläuft, wie es durch die Theorie empfohlen ist, zeigt sich darin, dass es keine einheitliche Aussage und stattdessen viele unterschiedliche Aussagen der Informanten zu den Fragen gibt, ob eine (zufriedenstellende) Vernetzung der beiden Disziplinen auf der Intensivstation vorliegt. Darüber hinaus scheint es Schulungsbedarf zu den verschiedenen Vernetzungsmöglichkeiten zu geben, da einige Untersuchungsteilnehmer (vor allem diejenigen, die keine Vernetzung auf der Intensivstation sehen) nicht genau wissen, wie die Palliativmedizin in die Intensivstation integriert ist, und sich teilweise laut eigenen Aussagen unzureichend aufgeklärt fühlen.

### Ermittlung des Willens bewusstseinsingeschränkter Intensivpatienten ohne Vorausvorsorge

Wenn der Patientenwille nicht durch eine rechtliche Vorausvorsorge vom Patienten festgehalten wurde, scheint auf der Intensivstation eine schwindende medizinische Indikation zur Fortführung der Therapie eine große Rolle für Behandlungsbegrenzungen zu spielen. Diese Vermutung lässt sich durch die Ergebnisse der Untersuchung formulieren. Denn es entsteht der Eindruck, dass Gespräche mit Angehörigen und dem Team insbesondere dann geführt werden, wenn die medizinischen Indikationen für eine Weiterführung der Therapie geringer werden. Diese Vorgehensweise hält sich an das Stufenschema zur Ermittlung des Patientenwillens (Jox, 2011).

Auf der, an der Studie beteiligten Intensivstation, scheint an die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsmöglichkeiten, um den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, eher selten gedacht zu werden – dies zeigt sich dadurch, dass Unterstützungsinstrumente, wie z. B. klinisches Ethikkomitee oder ethische Entscheidungsfindungsmodelle, keine Rolle bei der Behandlung von Intensivpatienten spielen. Das wäre jedoch nach Meinung der Befragten durchaus angebracht. Durch dieses Vorgehen auf der Intensivstation wird aber vermutlich vermieden, dass es zu Spannungen zwischen dem Prinzip der Autonomie für den Patienten und dem Prinzip der Fürsorge für das medizinische Personal, wie es von Maio (2012) befürchtet wird, kommt. Denn dadurch, dass die medizinische Indikation eine große Rolle auf der Intensivstation spielt, liegt die Vermutung nahe, dass ein Patientenwille, sollte er bekannt sein, nicht einfach unhinterfragt befolgt, sondern immer mit der medizinischen Indikation in Relation gesetzt wird.

Die Untersuchung zeigt, dass multiprofessionelle Fallbesprechungen oder Patientenkonferenzen mit Angehörigen und dem multiprofessionellen Team Unterstützungsinstrumente zur Eruerung eines Patientenwillens darstellen. Diese Besprechungen scheinen aber nicht systematisiert, sondern je nach Fall in variabler Form abzulaufen. Die Resultate der Studie weisen darauf hin, dass die Gespräche mit Angehörigen das Mittel der Wahl sind, um den Patientenwillen eines nicht auskunftsfähigen Patienten auf der Intensivstation ohne Vorausvorsorge zu ermitteln. Dabei entsteht der Eindruck, dass die Aussagen der Gespräche auch ohne, dass sie eine rechtliche Relevanz haben, so ausschlaggebend für die weitere Therapieplanung sind, wie Gespräche mit rechtlich

eingesetzten Vertretern. Laut May (2012) ist dieses Vorgehen aber rechtlich nicht abgedeckt, denn kein Angehöriger kann einen Patienten vertreten, ohne vorher von dem Betroffenen dafür bevollmächtigt worden zu sein.

### Konsensentscheidungen im multiprofessionellen Team

Aufgrund der Aussagen, dass Patientenkonferenzen bzw. multiprofessionelle Fallbesprechungen sehr selten stattfinden, lässt sich feststellen, dass diese beiden Entscheidungshilfsmittel zu selten von der Station eingesetzt werden, obwohl ein Informationsaustausch notwendig ist, um einen Patienten adäquat versorgen zu können (Lubin, 2002; zitiert nach Haynert et al., 2012). Bei regelmäßiger Durchführung von Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team könnte der sowohl theoretisch beschriebene (Azoulay et al, 2009; zitiert nach Pargger et al., 2013) als auch praktisch durch das Forschungsprojekt ermittelte Sachverhalt der berufsgruppenspezifisch divergierenden Meinungen bei einer Therapiezieländerung besprochen und mit in die Therapieentscheidung einbezogen werden. Somit können Konflikte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen vermieden werden (Haynert et al., 2012).

Auf der Station scheint es, anders als von Haynert et al. (2012) angeführt, wenig Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung im Pflege-Ärzte-Team zu geben, weil es sich regelmäßig in Besprechungen, Visiten usw. über die Therapieoptionen der Patienten austauscht. Hierfür wurden morgendliche Oberarztbesprechungen, Visiten oder Befundgespräche nach Diagnostikverfahren genannt. Diese Verfahren scheinen als Konsensentscheidungsorte etabliert und decken sich mit den Ausführungen von Riedel (2015).

Auf der Intensivstation scheinen Feststellungen über den Patienten durch verschiedene an der Betreuung des Kranken beteiligte Berufsgruppen – wohl überwiegend durch die Informationsweitergabe an das Pflege-Ärzte-Team – in Entscheidungsfindungen mit einzufließen. Das entspricht auch dem in der Literatur vorgeschlagenen Ablauf von multiprofessionellen Entscheidungsfindungen (Lubin 2002; zitiert nach Haynert et al., 2012) und scheint sich somit von der laut Haynert et al. (2012) beschriebenen, oft vorkommenden, mangelhaften bzw. unzureichenden Kommunikation über Patienteninformationen zu unterscheiden.

### Limitation

Die vorliegende Studie wurde nur auf einer internistischen Intensivstation einer Universitätsklinik durchgeführt. Deshalb können die Ergebnisse der Untersuchung auch nur auf diese Intensivstation übertragen werden. Des Weiteren wurden im Rahmen der qualitativen Studie insgesamt nur 12 Mitarbeiter, zusammengesetzt aus Vertretern der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Psychoonkologie befragt. In der Studie wurde auf den Einbezug von Patienten und deren Angehörigen verzichtet. Eine Partizipation dieser Gruppen könnte einen noch umfassenderen Blick auf das Thema ‚Therapiezieländerung auf der Intensivstation‘ geben und Sichtweisen berücksichtigen, die in dieser Erhebung nur angenommen werden können.

### Empfehlung für Forschung und Praxis

Um eine Datensättigung durch mehrere Untersuchungsteilnehmer zu erreichen, sollte die Untersuchung auf weitere Intensivstationen des Klinikums bzw. weitere Krankenhäuser ausgeweitet werden. Empfohlen wird außerdem die in dieser Studie befragten Berufsgruppen, um Mitarbeiter der Abteilung für Palliativmedizin zu erweitern. Außerdem wird empfohlen, die Ergebnisse der qualitativen Querschnittstudie in Form einer quantitativen Querschnittstudie zu überprüfen.



Aufgrund der Ergebnisse wird empfohlen, eine transparentere Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin auf der Intensivstation zu etablieren, die sich auch in den Organisationsstrukturen der Station sichtbar für alle widerspiegelt. Denkbar wäre es multiprofessionelle Fallbesprechungen mit konsiliarischen Visiten der Palliativmedizin bzw. -pflege zu verknüpfen, indem eine solche Fallbesprechung im multiprofessionellen Team immer im Anschluss an eine z.B. wöchentlich stattfindende Visite durchgeführt wird. Es wird geraten, diese Fallbesprechungen nach standardisierten Abläufen durchzuführen, wie sie beispielsweise von Rabe (2009) oder Lay (2012) vorgeschlagen werden. Darüber hinaus sollte die bereits von mehreren Untersuchungsteilnehmern angesprochene Patientenkonferenz mit Angehörigen, dem Patienten (sofern er in der Lage ist, der Konferenz beizuwohnen) und dem multiprofessionellen Team eine größere Rolle auf der Station spielen, um auch die Betroffenen selbst mit in Entscheidungsfindungen einzubeziehen. Um das Thema Therapiezieländerung für das Team greifbarer zu machen, wird darüber hinaus empfohlen, einen multiprofessionellen Stationsstandard zur Therapiezieländerung zu erstellen. Geraten wird auch, den Dokumentationsbogen für Therapiebegrenzungen, der von der Sektion Ethik der DIVI in Zusammenarbeit mit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) publiziert wurde (DIVI, 2017) zu verwenden, um die besprochenen Therapien für das Behandlungsteam sichtbar zu machen und immer wieder ins Gedächtnis zu rufen. Außerdem sollten die Mitarbeiter der Station zum Klinischen Ethikkomitee geschult werden, um mögliche Hemmschwellen oder Unwissenheit zu diesem Unterstützungsinstrument schwinden zu lassen.

## Schlussfolgerung

Anhand der Ergebnisse wird klar, dass das multiprofessionelle Team und sein Umgang mit dem Thema Therapiezieländerung eine Schlüsselrolle bei der Lösung der untersuchten Probleme einnimmt. Damit Entscheidungen zur Therapiezieländerung im Konsens mit dem multiprofessionellen Team getroffen werden können, gibt es eine Reihe an Hilfsmitteln. Möglich wird eine Entscheidung im Konsens mit dem multiprofessionellen Team durch verschiedene Besprechungen, Übergaben, Visiten und multiprofessionelle Fallbesprechungen bzw. Patientenkonferenzen, zu denen zusätzlich zum Team auch Angehörige des Patienten sowie Fachkräfte der Abteilung für Palliativmedizin eingeladen werden. Diese Entscheidungsorte könnten auch genutzt werden, um den (mutmaßlichen) Willen des Patienten, sollte er ermittelt werden müssen, zu eruieren. Da aber viele der genannten Hilfsmittel oftmals vorrangig auf Entscheidungen im Pflege-Ärzte-Team auf der Intensivstation bezogen sind, ist es darüber hinaus möglich, eine mehr oder weniger übereinstimmende Entscheidung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu treffen, indem Informationen weiterer betreuender Berufsgruppen über die Weitergabe dieser Informationen mit in die Entscheidungsfindung einfließen. Besser wäre es aber, multiprofessionelle Fallbesprechungen oder Patientenkonferenzen standardisiert auf Intensivstationen zu etablieren, um die Informationen über den Patienten aus erster Hand mit in die Entscheidung einfließen zu lassen. Außerdem würde durch die Teilnahme der Abteilung für Palliativmedizin an den Fallbesprechungen die Vernetzung von Palliativ- und Intensivmedizin standardisierter erfolgen. Die Diskussionsmöglichkeiten innerhalb der Fallbesprechungen würden dazu führen, dass jeder Beteiligte die Pros und Kontras für eine Therapiezieländerung nachvollziehen und am Ende die Entscheidung mittragen könnte, ohne dass sich Unmut oder Zerrissenheit im Team ausbreiten würde, unter der die Versorgungsqualität des Patienten leiden könnte.

## Interessenkonflikt

Seitens der Autorin und für die Durchführung der Studie besteht kein Interessenskonflikt.

## Danksagung

Ein großer Dank geht an meine Betreuerin Frau Prof. Dr. Inge Eberl (Leiterin der Stabstelle für Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung des LMU Klinikums München und Professorin für Pflegewissenschaften an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt), an das LMU Klinikum München für die Erhebungsmöglichkeit sowie an alle, die an meiner Befragung teilgenommen haben.

## Literatur

- Abdulla, W. (Hrsg.) (2007). *Interdisziplinäre Intensivmedizin*. München: Elsevier Health Sciences.
- Ammann, P. (2015). *Prozessorientierte Begleitung von Menschen im Koma*. SPIRITUAL CARE – Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, 1-2015, 4. Jahrgang, 38-50.
- Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F. C., Seville, J., Hull, J. G., Li, Z., Tosteson, T. D., Byock, I. R. & Ahles, T. A. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 302(7), 741-749. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3657724/> am 25.03.2019.
- Borasio, G.D., Heßler, H.-J., Wiesing, U. (2009). *Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis*. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (40), 1952-1957.
- BMJV, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1949). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*. Abgerufen von: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR00010949.html> am 14.03.2019.
- BMJV, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1896). *Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)*. Abgerufen von <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf> am 13.03.2019.
- DIVI (Hrsg.) (2014). *Pflegekompetenzen für Intensivpflegekräfte*. Abgerufen von <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensiv-undnotfallpflege/377-2040404-publikationen-pflegekompetenzen/filenotfallpflege/377-2040404-publikationen-pflegekompetenzen/file> am 25.03.2019.
- DIVI (Hrsg.) (2017). *DIVI empfiehlt neuen Dokumentationsbogen zur Therapiebegrenzung*. Abgerufen von <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/ethik/361-dokumentationsbogen-fuer-die-therapiezielbegrenzung/file> am 25.04.2019.
- Ellger, B., Kelbel, C., & Bösel, J. (2017). *SOP Therapiezieländerung*. *Intensivmed.up2date*, 13(04), 351-354. Abgerufen von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0043-119369#SOP%20Therapiezieländerung> am 11.03.2019.
- Fleischmann, C., Thomas-Rüdel, D., Hartmann, M., Hartog, C., Welte, T., Heublein, S., Dennler, U. & Reinhart, K. (2016). *Fallzahlen und Sterblichkeitsraten von Sepsis-Patienten im Krankenhaus. Analyse der deutschlandweiten fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik von 2007 bis 2013*. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(10), 159-66. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175205/Fallzahlen-und-Sterblichkeitsraten-von-Sepsis-Patienten-im-Krankenhaus> am 07.03.2019.
- George, W., Dommer, E. & Szymaczak, V. R. (Hrsg.) (2013). *Sterben im Krankenhaus: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Haynert, H. & Salomon, F. (2012). *Kommunikation im Team als Voraussetzung gemeinsam getragener Entscheidungen*. In Salomon, F., & Berger, T. M. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin* (pp. 231 – 240). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Heller, A. & Knipping, C. (Hrsg.) (2007). *Palliative Care – Haltung und Orientierung*. In Knipping, C. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliativ Care* (pp. 39-47). Bern: Huber.
- Janssens, U., Burchardi, H., Duttge, G., Erchinger, R., Greten, P., Mohr, M., Nauck, F./ Rothärmel, S., Salomon, F., Schmucker, P., Simon, A., Stopfkuchen, H., Valentin, A., Weiler, N. & Neitzke, G. (2012). *Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI*. Abgerufen von <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/ethik/357-therapiezielaenderungund-therapiebegrenzung/file> am 07.03.2019.
- Jox, R. J. (2011). *Sterben lassen*. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Kammerer, T. (Hrsg.) (2006). *Traumland Intensivstation*. Norderstedt: Books on Demand.
- Knipping, C. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliativ Care*. Bern: Huber
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Langgartner, J. (2015). *Langzeitfolgen nach Intensivtherapie*. In Marx, G., Muhl, E., Zacharowski, K. & Zeuzem, S. (Hrsg.), *Die Intensivmedizin* (pp. 139 – 145). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Lay, R. (2012). *Ethik in der Pflege*. Hannover: Schlüter.
- Marckmann, G., & Bausewein, C. (Hrsg.) (2015). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Marx, G., Muhl, E., Zacharowski, K. & Zeuzem, S. (Hrsg.) (2015). *Die Intensivmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Maio, G. (2012). *Ethik in der Medizin – eine praxisbezogene Einführung*. In Salomon, F., & Berger, T. M. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin* (pp. 1 -18). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- May, A. T. (2012). *Der Wille des Patienten in der Intensivmedizin*. In Salomon, F., & Berger, T. M. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin* (pp. 111- 122). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Mey, G., Vock, R. & Ruppel, P. S. (o.J.). *Gütekriterien qualitativer Forschung*. Abgerufen von <https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/guetekriterienqualitativeforschung.html> am: 16.02.2019.
- Mörer, O. (2013). *Quality of Life in der Intensivmedizin*. In Michalsen, A. & Hartog, C. S. (Hrsg.), *End-of-Life Care in der Intensivmedizin* (pp. 109 – 113). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Abgerufen von [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-36944-5\\_17](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-36944-5_17) am 01.04.2019.
- Michalsen, A. & Hartog, C. S. (Hrsg.) (2013). *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Abgerufen von [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-36944-5\\_17](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-36944-5_17) am 01.04.2019.
- Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Nauck, F. & Jaspers, B. (2012). *Palliativmedizinische Kompetenz der Intensivmedizin*. In Salomon, F., & Berger, T. M. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin* (pp. 141 – 154). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Pargger, H. & Schäfer, U. B. (2013). *Sterben auf der Intensivstation*. In George, W., Dommer, E. & Szymaczak, V. R. (Hrsg.), *Sterben im Krankenhaus: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen* (pp. 59 – 66). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Platsch, K.- D. (2006). *Handeln und Nichthandeln in der Intensivmedizin: Ethik aus der Stille*. In Kammerer, T. (Hrsg.), *Traumland Intensivstation* (pp. 315- 328). Norderstedt: Books on Demand.
- Rabe, M. (2009). *Ethik in der Pflegeausbildung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rabe, M. (2012). *Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung in der intensivmedizinischen Praxis*. In Salomon, F., & Berger, T. M. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin* (pp. 29-40). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Riedel, A. (2015). *Ethische Herausforderungen in der Pflege*. In Marckmann, G., & Bausewein, C. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Medizin* (pp. 89 – 102). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Salomon, F., & Berger, T. M. (Hrsg.) (2012). *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Schaar, K. (2017). *Die informierte Einwilligung als Voraussetzung für die (Nach-)nutzung von Forschungsdaten. Beitrag zur Standardisierung von Einwilligungserklärungen im Forschungsbereich unter Einbeziehung der Vorgaben der DS-GVO und Ethikvorgaben*. *RatSWD Working Paper*, 264, 1-25. Abgerufen von [https://www.ratswd.de/dl/RatSWD\\_WP\\_264.pdf](https://www.ratswd.de/dl/RatSWD_WP_264.pdf) am 30.03.2020.
- Siegrist, J. (2013). *Geleitwort*. In George, W., Dommer, E. & Szymaczak, V. R. (Hrsg.), *Sterben im Krankenhaus: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen* (pp. 7 – 9). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Steffen-Bürgi, B. (2007). *Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care*. In Knipping, C. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliativ Care* (pp. 30 – 38). Berlin: Hogrefe.
- Timm, W. (2000). *Sterbebegleitung auf der Intensivstation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weidlich, M., Schmitt, R., Peter, W., Kühn, I., Kaltwasser, A., Green, R., Ullrich, L. & Stolecki, D. (o.J.). *Empfehlungen zur qualitativen und quantitativen Pflegepersonalbesetzung von Intensivstationen*. Abgerufen von <https://www.dgf-online.de/empfehlung-zur-qualitativen-und-quantitativen-pflegepersonalbesetzung-von-intensivstationen> am 07.03.2019.