



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Ethisch-rechtliche Probleme am Lebensende bei nicht
einwilligungsfähigen Patienten in der Intensivmedizin.
Einstellungen der Pflegepersonen zum Therapieabbruch
und zur Therapiereduktion.“

verfasst von

Eveline Böhacker

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreut von:

Univ.-Prof. Dr. med Dr. theol. Mag. pharm. Matthias Beck

Inhalt

I	Erklärung.....	5
II	Vorwort.....	6
III	Zusammenfassung/abstract.....	7
IV	Abkürzungsverzeichnis	9
V	Abbildungsverzeichnis	10
1	Einleitung	11
2	Forschungsfragen	13
2.1	Zielsetzung	14
A)	THEORETISCHER ABSCHNITT	15
3	Begriffserklärung und rechtliche Grundlagen	16
3.1	Sterbende	16
3.2	Hirntod	17
3.2.1	Hirntoddiagnostik.....	19
3.3	Euthanasie –Sterbehilfe.....	20
3.3.1	Beihilfe zur Selbsttötung.....	21
3.3.2	Direkte aktive Sterbehilfe.....	21
3.3.3	Indirekte aktive Sterbehilfe	22
3.3.4	Passive Sterbehilfe.....	23
3.3.5	Formen der Sterbehilfe aus ethischer Sicht.....	23
3.3.6	Formen der Sterbehilfe - neue Terminologie	26
3.4	Therapieverzicht, Therapiebegrenzung, Therapiereduktion und Therapieabbruch.....	28
3.4.1	DNR/AND	31
3.4.2	Entscheidungsfindung	33
3.4.3	Einwilligungsfähigkeit des Patienten.....	34
3.5	Patientenverfügung.....	36
3.6	Gesetzliche Regelung für die Ausübung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und für Tätigkeiten im Spezialbereich.....	41
3.6.1	Tätigkeitsbereiche	42

4	Ethische Aspekte	45
4.1	Ethische Perspektiven in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende .	46
4.1.1	Prinzipien und Grundregeln der Pflegeethik	46
4.1.2	Care-Ethik (Fürsorgeethik)	49
4.2	Ethische Entscheidungsfindung in der Pflege.....	51
4.2.1	Vier Prinzipien zur Entscheidungsfindung in der Pflegeethik - Principlism	55
4.3	Ethische Grundregeln für die Pflege: ICN – Ethikkodex	58
4.4	Ethische Pflegekompetenz	62
4.5	Ethische Fallbesprechungen	64
4.6	Menschenbild (Anthropologie)	67
4.6.1	Kartesianisches (mechanistisches) Menschenbild	67
4.6.2	Ganzheitliches Menschenbild	68
4.6.3	Phänomenologische Sicht der Person: das sich selbst interpretierende Wesen	69
4.7	Autonomie – Paternalismus.....	70
5	Pflegerische Aspekte in der Intensivmedizin	74
5.1	Belastungen in der Intensivpflege.....	74
5.2	Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonal und Arzt.....	75
5.3	Strukturprobleme des Pflegeberufs	77
5.4	Rolle der Pflege im Entscheidungsprozess und in ethischen Fallbesprechungen	78
5.5	Rolle der Angehörigen bei der Änderung des Therapieziels.....	81
5.5.1	Rolle der Angehörigen bei Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.....	81
5.5.2	Bedeutung der Angehörigen für die Pflege	82
5.6	Rolle der Pflege bei der Visite	83
5.7	Sterbebegleitung auf der Intensivstation.....	84
5.8	Der geriatrische Intensivpatient	88
5.9	Ressourcenverteilung	91

5.10	Ethische Problemfelder aus Sicht der Pflege in Bezug auf den Therapieabbruch.....	94
B)	EMPIRISCHER ABSCHNITT	100
6	Methodisches Vorgehen	101
6.1	Grundsätzliche Überlegungen zum Forschungsansatz	101
6.2	Methode der Datenerhebung	102
6.2.1	Bestimmung der Stichprobe	103
6.2.2	Ethische Überlegungen	104
6.3	Methode der Datenauswertung.....	104
7	Ergebnisse der Untersuchung.....	106
7.1	Einführung	106
7.2	Pflegerisch-ethische Bedeutung	108
7.2.1	Einstellung und Wahrnehmung von Patienten mit Therapiezieländerung	108
7.2.2	Diskussion	112
7.2.3	Rolle im Entscheidungsprozess.....	113
7.2.4	Diskussion	120
7.2.5	Rolle bei der Angehörigenbetreuung	122
7.2.6	Diskussion	127
7.2.7	Mutmaßlicher Patientenwille	128
7.2.8	Diskussion	132
7.2.9	Ethische Kompetenz.....	133
7.2.10	Diskussion	135
7.3	Emotionale Belastung	136
7.3.1	Emotionale Betroffenheit	136
7.3.2	Diskussion	140
7.3.3	Mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit	141
7.3.4	Diskussion	143
7.3.5	Einstellungen zum Zeitpunkt der Entscheidung zum Therapieabbruch	144
7.3.6	Diskussion	145

7.4	Bewältigungsstrategien und Lösungsansätze.....	146
7.4.1	Individuelle und interdisziplinäre Bewältigungsstrategien	146
7.4.2	Diskussion	147
7.4.3	Wünsche und Verbesserungsstrategien	148
7.4.4	Diskussion	150
8	Zusammenfassende Darstellung und Ausblick	151
9	Literaturverzeichnis	157
10	Anhang.....	165
10.1	ICN-Ethikkodex für Pflegende	165
10.2	Ethische Regeln der Intensivpflegenden (Ethik-Kodex).....	166
10.3	Pflegeleitbild – LK Krems.....	169
10.4	Interviewleitfaden.....	171
10.5	Transkriptionsregeln	173
10.6	Lebenslauf	174

I Erklärung

Ich versichere:

- 1.) dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- 2.) dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum

Unterschrift

II Vorwort

Den Gedanken, in meiner Diplomarbeit zu dem Thema „Therapieabbruch auf der Intensivstation“ zu schreiben, hatte ich schon zu Beginn meines Studiums. Durch die langjährige Tätigkeit auf einer internistischen Intensivstation wurde ich oft mit Konfliktsituationen am Lebensende konfrontiert. Intensivmedizin handelt zum Großteil in Grenzsituationen, wo auf der einen Seite die Lebenserhaltung und auf der anderen Seite der Wunsch des Patienten nach einem würdevollen Sterben bzw. der Nutzen für den Patienten gegeneinander abgewogen werden müssen. Im Alltag als Intensivschwester stellte ich fest, dass ärztliches und pflegerisches Personal den Therapieabbruch bzw. die Therapiereduktion bei nicht einwilligungsfähigen Patienten oft aus verschiedenen Blickwinkeln sehen. Durch das individuelle Diplomstudium der Pflegewissenschaft wurde es mir dann ermöglicht, mein Wissen zu dieser Thematik zu vertiefen. In meiner Diplomarbeit möchte ich die ethische und juristische Seite der Entscheidungen am Lebensende auf der Intensivstation beleuchten und in diesem Zusammenhang besonders auf die Sicht des intensivmedizinischen Pflegepersonals eingehen. Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, Entscheidungen am Lebensende transparenter und besser verständlich zu machen.

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei all jenen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. In erster Linie möchte ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. med Dr. theol. Mag. pharm. Matthias Beck für die kompetente Betreuung und die Geduld bis zur Fertigstellung der Arbeit bedanken. Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, Erich und Berta Böhacker, sowie meiner Tochter Katharina, da ohne ihre Unterstützung und Rücksichtnahme eine Fertigstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Des Weiteren möchte ich mich bei den Interviewpartnern für die Zeit und die Offenheit die sie mir entgegengebracht haben bedanken. Mein Dank gilt auch allen Freunden und Kollegen, die mich durch ihr Interesse tatkräftig unterstützt und motiviert haben.

III Zusammenfassung/abstract

Der demographische Altersstrukturwandel und der Fortschritt in der Intensivmedizin sind dafür verantwortlich, dass immer mehr alte Menschen mit unterschiedlichen Grunderkrankungen auf Intensivstationen behandelt werden. Durch die erweiterten medizinischen Möglichkeiten besteht die Gefahr, dass nicht mehr zum Wohle des Patienten gehandelt wird, sondern die vorhandenen Therapiemöglichkeiten unreflektiert angewendet werden. Die Intensivmedizin kann zwar viele Krankheitszustände verbessern, jedoch wird durch intensivmedizinische Maßnahmen ein Sterben in Würde erschwert. Klare Regeln für den Therapieabbruch gibt es nicht, da Prognosen nur selten eindeutig gestellt werden können und somit muss jede Entscheidung vom Arzt individuell für den Patienten getroffen werden. Diese Entscheidungen haben einerseits unmittelbare Auswirkungen auf die Pflege und andererseits spielen Pflegende bei diesen ethischen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Die professionelle Pflege von Patienten mit einer Änderung des Therapieziels stellt an die Pflegenden große fachliche, psychosoziale und ethische Anforderungen. In der vorliegenden Arbeit werden ethisch-rechtliche Probleme am Lebensende bei nicht einwilligungsfähigen Patienten in der Intensivmedizin aus dem pflegerischen Blickwinkel beleuchtet und die in diesem Zusammenhang entstehenden ethischen Konflikte und Dilemmata diskutiert. Es wird versucht, die Rolle der Pflegenden im Entscheidungsprozess darzustellen und das subjektive Erleben der Pflegenden zu beschreiben.

The on-going demographic change and the enormous progress in intensive care medicine are responsible for the fact that ever more elderly people with different underlying illnesses are being treated in intensive care units. However, there is the intrinsic danger that the constantly increasing number of medical treatments is no longer used for the patients' benefit but that many of these therapies are applied without giving priority to the patients' condition and well-being. Intensive care medicine can cure many illnesses or at least ameliorate the patients' medical condition but these therapies often make it more difficult for the patients to die in dignity. Furthermore, there are no clear guidelines for the discontinuation of therapies as unambiguous and

unequivocal predictions can rarely be made. Therefore every particular decision has to be made by the respective doctors in charge. On the one hand, these decisions have immediate effects on patient care, on the other hand the nurses also play an important role in these ethical decision-making processes. Moreover, the professional care of patients often puts high professional, psychosocial and ethical demands on the nurses whenever the therapeutic goal is changed. In this paper I have tried to examine the ethical and legal problems that arise at the end of the lives of patients who are unable to give consent to any decision that has to be made and the ensuing ethical conflicts and dilemmas from the nurses' point of view. I have also tried to describe the nurses' role and their subjective experiences in the decision-making processes.

IV Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATS	American Thoracic Society
B1	Befragter 1
B2	Befragter 2
B3	Befragter 3
B4	Befragter 4
B5	Befragter 5
B6	Befragter 6
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EEG	Elektroenzephalogramm
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICN	International Council of Nurses
Jhd.	Jahrhundert
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
RV	Regierungsvorlage
S.	Seite
StGB	Strafgesetzbuch
z.B.	zum Beispiel

V Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schema zum Verhältnis der Aktiv-Passiv- zur Direkt-Indirekt-Unterscheidung.

Abb. 2: Mehrstufiges Vorgehen bei fehlender Einwilligungsfähigkeit eines Patienten.

Abb.3: Darstellung des Verhältnisses von Pflegeethik und Medizinethik.

Abb. 4: Das Verhältnis von kurativer Therapie und Palliative-Care.

Abb. 5: Erleben des Therapieabbruchs bzw. der Therapiereduktion beim nicht einwilligungsfähigen Patienten durch das Pflegepersonal auf der Intensivstation.

1 EINLEITUNG

Die Entwicklung der Intensivmedizin hat Entscheidungssituationen mit unterschiedlichen ethischen Herausforderungen mit sich gebracht. Der Therapieabbruch und die Therapiereduktion gehören zu den schwierigsten Entscheidungen in der Intensivmedizin. Die Medizin und insbesondere die Intensivmedizin neigen dazu, den Tod des Patienten als Niederlage oder Versagen zu empfinden. Durch den Fortschritt in der Intensivmedizin wurde es für den Patienten schwierig sterben zu können. Jedoch in den letzten Jahrzehnten kam es zu einem grundlegenden Wandel in der Intensivmedizin und somit zu einer Änderung dieser Einstellung. Die moderne Intensivmedizin akzeptiert ihre Grenzen und der Therapieabbruch und die Therapiereduktion sind zur Normalität geworden. Das Zulassen des Sterbens und somit das Verhindern eines prolongierten Sterbens ist heute zu einer wichtigen Aufgabe der Intensivmedizin geworden. Jedoch bringen die Entscheidungen zum Therapieabbruch oder zur Therapiereduktion eine große Anzahl ethisch-rechtlicher Konflikte mit sich, besonders dann, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

Die Entscheidung zum Therapieabbruch und zur Therapiereduktion ist für den Intensivmediziner und das Pflegepersonal oft sehr belastend. Ein Grund hierfür ist, dass es keine scharfe Trennlinie gibt zwischen dem, was getan werden soll und nicht getan werden darf. Gerade in der Intensivmedizin ist es schwierig den „point of no return“ und somit den Beginn des Sterbeprozesses zu erkennen (vgl. Prat, 2006, S. 312). Weiters können Prognosen zur Restitutionsmöglichkeit von Vitalfunktionen des sterbenden Menschen durch die technischen Möglichkeiten der Intensivmedizin nur selten eindeutig gestellt werden. Durch ein Beibehalten der intensivmedizinischen Therapien besteht die Gefahr das Sterben unnötig zu verlängern. Besteht eine emotionale Verbundenheit mit dem Patienten, wie dies bei Pflegepersonen oft der Fall ist, wird man eher dazu neigen, den Tod hinauszuzögern. Kommt es im Gegensatz dazu zum Therapieabbruch, besteht die Gefahr, nicht alle Möglichkeiten für den Patienten ausgeschöpft zu haben (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 197). Die Entscheidung zum Therapieabbruch und zur Therapiebegrenzung obliegt dem

behandelnden Arzt und ist eine individuell zu treffende Gewissensentscheidung, in der er medizinische, juristische und ethische Kriterien berücksichtigen muss. Pflegepersonen sind oft stark in den Prozess der Entscheidungsfindung involviert, da sie durch den intensiven Kontakt zum Patienten Informationen sammeln, welche für den Arzt zur Entscheidungsfindung notwendig sind (vgl. Ambrosy & Löser, 2006, S. 69). Für die Pflege stellt es oftmals ein Problem dar, wenn ihre subjektiven Wahrnehmungen zu Gunsten objektiver Informationen zurückgestellt werden. Hier prallen das naturwissenschaftliche Menschenbild der Medizin und das eher fürsorgliche Menschenbild der Pflege aufeinander und bilden somit die Grundlage für ethische Konflikte (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 199).

In dem jetzt beschriebenen Kontext treten wesentliche ethische Probleme auf, die in der Literatur weitgehend nur aus dem medizinischen Blickwinkel reflektiert werden. Da ethische Fragen die Qualität der Arbeit der Pflege wesentlich bestimmen, erscheint es notwendig, dass Pflegenden sich mit ethisch-rechtlichen Aspekten der Probleme am Lebensende auseinandersetzen. Erst durch das Herausarbeiten der Probleme bei der Therapiezieländerung wird eine professionelle Pflege in diesem Kontext möglich. Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Probleme der Pflegenden in der Pflegepraxis. Davon ausgehend, wird versucht, Vorschläge zu möglichen Problemlösungen anzubieten.

2 FORSCHUNGSFRAGEN

Die Möglichkeiten der Intensivmedizin haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm weiterentwickelt. Die Medizin ist in der Lage, den nicht vermeidbaren Tod hinauszuzögern und das Sterben zu verlängern. Oftmals muss eine Entscheidung zugunsten eines Therapieabbruchs bzw. einer Therapiereduktion getroffen werden, um dem Patienten ein Sterben ermöglichen zu können. Die Entscheidung zum Behandlungsabbruch bzw. Behandlungsverzicht ist aus rechtlicher Sicht die Entscheidung des Arztes. Der Konflikt zwischen Lebenserhaltung und der Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Therapie belastet aber häufig in erster Linie das Pflegepersonal, da dieses durch die enge räumliche Anbindung an den Patienten dem Konflikt kaum ausweichen kann (vgl. Salomon, 2006).

Aufgrund dieser Problematik ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Hauptfragestellung:

- Wie wird der Therapieabbruch bzw. die Therapiereduktion von den Pflegepersonen in der Intensivmedizin erlebt?

Forschungsfragen:

- Welche Einstellungen hat das Pflegepersonal auf Intensivstationen zum Thema Therapieabbruch bzw. Therapiereduktion?
- Welche Rolle nimmt die Pflegeperson bei der Entscheidungsfindung ein?
- Welche Rolle übernimmt die Pflegeperson bei der Betreuung der Angehörigen?
- Wie werden ethische Anforderungen in der Pflegepraxis wahrgenommen?
- Wie kann die ethische Kompetenz in der Pflege gefördert werden?

2.1 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die ethisch-rechtliche Problematik in Bezug auf eine Therapiezieländerung aus der subjektiven Erlebensperspektive der Pflegepersonen abzubilden und zu diskutieren. Durch die Untersuchung der im vorhergehenden Punkt genannten Forschungsfragen soll ein besseres Verständnis pflegerischer Handlungen erreicht werden. Anhand des konkreten Problems, des Therapieabbruchs bzw. der Therapiereduktion, sollen die Probleme und ethischen Konflikte, mit denen die Intensivpflege im Pflegealltag konfrontiert wird, dargestellt werden. Des Weiteren soll speziell auf die Rolle der Pflege im Prozess der Entscheidungsfindung eingegangen werden.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden zu Beginn relevante Begriffe zum Thema und die rechtliche Situation erläutert, da ein theoretisches Hintergrundwissen für die Diskussion und Betrachtung ethisch-rechtlicher Probleme erforderlich ist. Im weiteren Verlauf wird auf die Bedeutung von Ethik in der Pflege und auf pflegerische Aspekte speziell in der Intensivmedizin eingegangen. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit der bereits vorhandenen Literatur zu dieser Thematik. Das Thema Therapieabbruch bzw. Therapiereduktion in der Intensivmedizin wurde von der Medizin bereits sehr häufig diskutiert und teilweise auch aus der pflegerischen Perspektive betrachtet. In diesem Abschnitt erfolgt der Versuch, grundlegende Begriffe zu diesem Thema und die unterschiedlichen Positionen darzulegen.

Im empirischen Teil wird versucht, das subjektive Erleben der Pflegekräfte beim Therapieabbruch bzw. der Therapiereduktion aus pflegerischer Sicht zu beschreiben und zu dokumentieren. Zu diesem Zweck werden Interviews mit Pflegepersonen geführt, welche mit einer Inhaltsanalyse aufgearbeitet und im Anschluss interpretiert werden.

Da in dieser Arbeit das Hauptaugenmerk auf dem nicht einwilligungsfähigen Intensivpatienten liegt, wird der einwilligungsfähige Patient nur am Rande im Zusammenhang mit der behandelten Thematik erwähnt. Weiters wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet.

A) THEORETISCHER ABSCHNITT

3 BEGRIFFSERKLÄRUNG UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN

3.1 Sterbende

Sterben ist die letzte Phase des Lebens und der Tod stellt den Endpunkt des Sterbens dar. Die Deutsche Bundesärztekammer (Bundesärztkammer, 2011, S. 346) definiert einen Menschen als Sterbenden folgendermaßen: „Ein Sterbender ist ein Kranker oder Verletzter mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei dem der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist“. Über diese Definition lässt sich aber diskutieren, da der Eintritt des Sterbeprozesses nicht bedeutet, dass der Tod unmittelbar bevorsteht.

Husebø (vgl. Husebø, 2006, S. 72) beschreibt bestimmte Merkmale, die das Finalstadium einleiten, wie folgt:

- zusätzlich zu einer unheilbaren Grunderkrankung treten schwere Begleitsymptome oder eine Sekundärerkrankung auf,
- der Allgemeinzustand ist schwer beeinträchtigt,
- mehrere Organsysteme versagen,
- der Gesamtzustand verschlechtert sich deutlich,
- das Bewusstsein ist beeinträchtigt,
- der Patient hat keine Kraft und keinen Willen mehr, um für seine Genesung zu kämpfen.

Husebø zeigt mit dieser Beschreibung, dass der Sterbeprozess nicht erst einsetzt, wenn bestimmte Körperfunktionen nachlassen, sondern ist der Meinung, dass das Sterben bereits beginnt, wenn sich der Mensch aus seinem Dasein zurückzieht (vgl. Husebø, 2006, S. 72).

Des Weiteren versteht man unter einer unheilbaren Erkrankung eine fortschreitende Krankheit, die mit und ohne ärztlicher Intervention in absehbarer Zeit zum Lebensende führt (vgl. Barolin, 2000, S. 153).

Sterben ist somit ein Prozess und es ist schwierig, eine allgemein gültige Definition für diesen Prozess zu finden, welche der Medizin als Grundlage für die darauffolgenden Entscheidungen dienen könnte.

3.2 Hirntod

Der Fortschritt der Intensivmedizin hat die Grenzen zwischen Tod und Leben unscharf werden lassen. Die Feststellung eines Herz-Kreislaufstillstandes ist heute nicht mehr ausreichend, da durch Reanimation und Beatmung die Kreislauffunktion wieder hergestellt werden kann, während die Gehirnfunktionen bereits vollständig ausgefallen sind. Weiters kommt hinzu, dass die Transplantationsmedizin ein großes Interesse daran hat, den Tod möglichst früh festzustellen.

„Der Ganzhirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist der Hirntod identisch mit dem Individualtod eines Menschen“ (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2005, S. 3).

Beim Hirntod kommt es entweder durch eine akute primäre (z.B. Blutung im Schädelinneren) oder sekundäre (z.B. Hypoxie) Hirnschädigung zu einer Schwellung im Gehirn, wodurch das Gehirn mit Sauerstoff unterversorgt wird. Dies führt schrittweise zu einem Absterben des gesamten Gehirns einschließlich des Hirnstamms. Die Herz- und Kreislauffunktion und Funktion anderer Organe kann künstlich durch kontrollierte Beatmung und medikamentöse Therapie für einen begrenzten Zeitraum aufrechterhalten werden (vgl. Hiemetzberger, 2006, S. 26f). Ohne künstliche Beatmung würde der Patient versterben, da durch die Schädigung des Hirnstamms ein selbstständiges Atmen nicht mehr möglich ist. Aus diesem Grund ist es möglich, die Organe von Hirntoten zu entnehmen und diese als Spenderorgane für Transplantationen zur Verfügung zu stellen.

Der Ganzhirntod ist vom Teilhirntod als Todeskriterium abzugrenzen. Diese Unterscheidung ist von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, ob ein Behandlungsabbruch oder eine Organexplantation legitim ist.

Zum Teilhirntod zählt man den Stammhirntod, den Großhirntod, das Locked-in-Syndrom und das Apallische Syndrom. Beim *Stammhirntod* kommt es zum Ausfall des Hirnstamms und dies führt zu einem Zusammenbruch der Spontanatmung und der Autoregulation des Herz- Kreislaufsystems. Die Funktion des Großhirns und somit deren elektrische Aktivität kann dabei aber noch erhalten bleiben. Im Gegensatz dazu liegt beim *Großhirntod* ein Fehlen der Großhirnfunktion vor, welches sich in einem Null-Linien EEG zeigt. Die Hirnstammfunktionen sind hier aber noch erhalten. Das *Apallische Syndrom (Wachkoma)* wird als Funktionsstörung des Gehirns als Folge eines Sauerstoffmangels beschrieben. Apalliker können selbstständig atmen und vegetative Körperfunktionen sind erhalten. Die Patienten liegen teilnahmslos mit geöffneten Augen im Bett und sehen wach aus. Es können keine kognitiven Leistungen erbracht werden (vgl. Hiemetzberger, 2006, S. 28ff). In Studien wurde aber gezeigt, dass bei Wachkomapatienten inselförmige kortikale Aktivität vorhanden sein kann, sowie Schmerzempfinden und Lernen im Wachkoma möglich ist (vgl. Ziegler A., 2003, S. 6). Somit sind Patienten im Wachkoma zwar durch Reize von außen erreichbar, jedoch können sie sich nicht äußern. Eine genaue Prognose über die Möglichkeit des Wiedererlangens des Bewusstseins ist in der Frühphase nur schwer zu stellen, da der Umfang und die Reversibilität der Funktionsstörungen erst nach monatelanger Therapie abschätzbar sind (vgl. Lawin, 1994, S.1032). Im Gegensatz dazu kommt es beim *Locked-in-Syndrom* zu Läsionen im Bereich der Brücke. Die Patienten sind fast vollständig gelähmt (maximal vertikale Augenbewegungen und Lidbewegungen sind möglich) und dabei wach und bewusstseinsklar. Dieses Krankheitsbild kann durch ein EEG diagnostiziert werden (vgl. Hiemetzberger, 2006, S. 28).

Im europäischen Raum wird das Ganzhirntodkriterium mit Ausnahme von Großbritannien anerkannt. In Großbritannien ist lediglich die Überprüfung des Hirnstammtodes erforderlich und es ist nicht notwendig, den Großhirntod zu diagnostizieren (vgl. Pfausler, S. 1). Von medizinischer Seite wird zum Teil auf ein Teilhirntodkriterium gedrängt (vgl. Pöltner, 2002, S. 230). Würde das Teilhirnkriterium als sicheres Todeszeichen anerkannt, dann hätte dies starke Auswirkungen auf die Transplantationsmedizin.

In Österreich ist Organentnahme zum Zweck der Transplantation im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz § 62a - § 62c geregelt. Dieses Gesetz erlaubt die Organentnahme zu Transplantationszwecken bei Menschen, bei denen der Ganzhirntod diagnostiziert wurde, sofern der Verstorbene bzw. sein gerichtlicher Vertreter nicht widersprochen hat. Stimmt ein Patient der Organentnahme nicht zu, so muss er im Widerspruchsregister eingetragen sein oder er trägt seinen Widerspruch schriftlich bei sich. In Österreich ist es per Gesetz nicht notwendig, die Angehörigen zu informieren und deren Einverständnis einzuholen. Ein sensibler Umgang mit der Widerspruchsregel ist aber geboten, um ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu gefährden. Deshalb werden die Angehörigen in der Regel aus Gründen der Ethik informiert und zu ihrer Einstellung befragt (vgl. Pöltner, 2002, S. 226).

3.2.1 Hirntoddiagnostik

Bei Patienten mit infauster Prognose und wenn Verdachtsmomente für den Hirntod vorliegen, kommt es zur Einleitung der Hirntoddiagnostik. Der oberste Sanitätsrat gibt folgende Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik an:

Die Hirntoddiagnostik darf nur eingeleitet werden, wenn eine akute primäre oder sekundäre Hirnschädigung vorliegt. Vor Durchführung der Hirntoddiagnostik müssen Intoxikationen, Relaxation, primäre Hypothermie, hypovolämischer Schock sowie endokrines oder metabolisches Koma ausgeschlossen werden. Die Hirntoddiagnostik erfolgt dann in der Regel über mindestens einen Zeitraum von einem bis drei Tagen. Es wird das Koma, das Fehlen sämtlicher Hirnstammreflexe und die Apnoe von zwei unabhängigen Neurologen überprüft. Wenn dies bei der ersten klinischen neurologischen Untersuchung in Kombination mit ergänzenden apparativen Untersuchungen (z.B. EEG) bestätigt wird, dann kann der Nachweis der Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalls durch eine zweite neurologisch klinische Untersuchung erbracht werden. Wurde der Hirntod nicht durch apparative Zusatzuntersuchungen bestätigt (da es aufgrund eines bestimmten Verletzungsmusters nicht möglich ist), ist vor der zweiten klinisch neurologischen Untersuchung eine altersabhängige Beobachtungszeit von mindestens 12 Stunden einzuhalten (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2005, S. 3ff).

3.3 Euthanasie –Sterbehilfe

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Therapieabbruch und Therapierückzug auf der Intensivstation kommt man zwangsläufig mit dem Begriff der Euthanasie bzw. der Sterbehilfe in Berührung. Die Unterscheidung der verschiedenen Arten der Sterbehilfe ist schon alleine wegen der gesetzlichen Grundlagen notwendig.

Der Begriff „Euthanasie“ hat im Laufe der Geschichte unterschiedliche Bedeutungsveränderungen durchgemacht und verlor besonders durch die Zeit des Nationalsozialismus an Klarheit. Entstanden ist der Begriff „Euthanasie“ in der griechischen Antike und bedeutete ein angenehmes, möglichst schnelles und schmerzloses Sterben ohne Qualen. Platon forderte schon damals unter Angabe gewisser Umstände einen Therapieabbruch mit der Folge eines früher einsetzenden Sterbens (vgl. Zimmermann-Acklin, 1997, S. 20ff).

Im Mittelalter war die bewusst durchlebte Sterbestunde im Kreis der Familie wichtig, da sich nach damaliger Vorstellung erst zu diesem Zeitpunkt die endgültige Entscheidung über das weitere Schicksal des Sterbenden bzw. seiner Seele fiel. In der Renaissance wurden die Vorstellungen der griechischen Antike wieder aufgegriffen. Es kam zu einer positiven Bewertung der Tötung auf Verlangen und zu einer palliativ ausgerichteten Praxis am Lebensende. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts bestand ein allgemeiner Konsens darüber, dass Euthanasie nicht Lebensverkürzung heißen darf. Man verstand unter der Euthanasie Maßnahmen, die das Sterben erleichtern und das Leid verhindern sollten (vgl. ebd., S. 33ff).

Erst zu Beginn des 20. Jhd. wurde dann durch Forschungsergebnisse aus der Biologie in Kombination mit politischen und medizinischen Überlegungen der Boden für eine Enttabuisierung der Tötung von Mitmenschen bereitet. Im Nationalsozialismus wurde der Begriff Euthanasie missbräuchlich bei den Euthanasieaktionen für die planmäßige „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ verwendet (vgl. ebd., S. 56ff).

Sterbehilfe wird heute als Nachfolgebegriff anstelle des historisch belasteten Begriffs der Euthanasie verwendet (vgl. Birnbacher, 1995, S. 338). In seiner heutigen Bedeutung meint Sterbehilfe die gezielte Herbeiführung des Todes eines schwer erkrankten Menschen, um dessen Leid zu mindern (vgl. Pöltner, 2002, S. 251).

Der Begriff Sterbehilfe ist von den Begriffen „Sterbebegleitung“ und „Sterbebeistand“ abzugrenzen. Unter Sterbebegleitung bzw. Sterbebeistand versteht man die mitmenschliche und seelsorgerische Betreuung eines Menschen, bei dem der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Sterbebegleitung ist hier somit *Hilfe im Sterben* und nicht *Hilfe zum Sterben*, wie dies bei der Sterbehilfe der Fall ist (vgl. Baumgarten, 1998, S.148).

In der traditionellen juristischen und medizinischen Literatur wird bei der Sterbehilfe zwischen indirekter Sterbehilfe (Zulassen des Sterbens) und direkter Sterbehilfe (direktes Intendieren des Todes) unterschieden. Diese Begriffe beziehen sich auf die Absicht, die hinter der Handlung steht. Weiters wird unterschieden zwischen aktiver (Töten) und passiver (Sterbenlassen) Sterbehilfe. Diese Unterscheidung wird oft mit den Begriffen Tun und Unterlassen gleichgesetzt und bezieht sich auf die Handlung selbst (vgl. Pöltner, 2002, S. 252).

3.3.1 Beihilfe zur Selbsttötung

Bei der Beihilfe zur Selbsttötung schafft ein Dritter einem Menschen, der selbst nicht mehr dazu in der Lage ist, die Möglichkeit, einen Suizid zu vollziehen. Dies geschieht z.B. durch die Bereitstellung von Medikamenten, die der Sterbewillige dann einnehmen kann, um sich selbst zu töten (vgl. Ambrosy, 2006, S. 30). Die Beihilfe zum Selbstmord ist in Österreich strafbar, da hier der Tatbestand der „Mitwirkung am Selbstmord“ (StGB §78) vorliegt.

3.3.2 Direkte aktive Sterbehilfe

Hierbei handelt es sich um das Setzen von Handlungen, die vorsätzlich den Eintritt des Todes herbeiführen. Es wird in den Krankheitsverlauf aktiv eingegriffen und der Tod ist die direkte Folge dieser Handlung (vgl. Baumgarten, 1998, S. 151).

Bei der direkten aktiven Sterbehilfe lassen sich rechtlich 3 Formen unterscheiden:

- die freiwillige Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)
- die nichtfreiwillige Sterbehilfe (Tötung eines Menschen, der nicht ausdrücklich zugestimmt, jedoch auch nicht widersprochen hat)

- die unfreiwillige Sterbehilfe (Tötung eines Menschen gegen seinen ausdrücklichen, erkennbaren oder mutmaßlichen Willen) (vgl. Körtner, 2004, S. 209)

Aus rechtlicher Sicht ist direkte aktive Sterbehilfe in Österreich immer eine Tötungshandlung und somit strafbar, unabhängig davon, ob sie aus Mitleid oder zur Leidensbeendigung erfolgt. Bei unfreiwilliger und nichtfreiwilliger Sterbehilfe liegt der Tatbestand von „Totschlag“ (StGB §76) oder „Mord“ (StGB §75) vor. Jedoch auch bei freiwilliger Sterbehilfe, wenn der Betroffene wünscht, getötet zu werden, liegt ein strafrechtlicher Tatbestand der „Tötung auf Verlangen“ (StGB §77) vor.

Direkte aktive Sterbehilfe ist auch nicht zulässig bei Patienten mit infauster Prognose, da das Selbstbestimmungsrecht keinen Anspruch gegenüber Dritten auf aktive Sterbehilfe beinhaltet. Somit kann auch in einer Patientenverfügung niemals eine gezielte Lebensbeendigung eingefordert werden (vgl. Ambrosy, 2006, S. 31).

3.3.3 Indirekte aktive Sterbehilfe

Im Gegensatz dazu bedeutet indirekte aktive Sterbehilfe, dass dem Patienten schmerzlindernde Medikamente verordnet werden, die möglicherweise eine lebensverkürzende Wirkung haben. Die Lebensverkürzung ist bei dieser Form der Sterbehilfe nicht erwünscht und wird als nicht vermeidbare Nebenwirkung in Kauf genommen. Primär geht es darum, dem Patienten die Schmerzen zu lindern und nicht darum, sein Leben zu verkürzen (vgl. Ambrosy, 2006, S. 32). Die indirekte Sterbehilfe wird bei einem sterbenden Patienten heute ethisch und rechtlich akzeptiert, da die Schmerzbekämpfung im Vordergrund steht (vgl. Körtner, 2004, S. 205). Wenn es der Patient ausdrücklich bzw. mutmaßlich will, ist es die Pflicht des Arztes, Schmerzmittel mit dem Risiko der Lebensverkürzung zu verabreichen (vgl. Kremsberger, 2005, S. 1). Wichtig ist dabei aber, dass die schmerzstillenden Medikamente in der medizinisch richtigen Dosis verabreicht werden. Sollte eine eindeutige Überdosierung vorliegen, dann geht die indirekte aktive Sterbehilfe in die direkte aktive Sterbehilfe über und ist somit gemäß § 75 StGB (Mord), § 77 StGB (Tötung auf Verlangen) oder § 80 StGB (fahrlässige Tötung) strafbar (vgl. Adamer, 2010, S. 147).

3.3.4 Passive Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe versteht man den Abbruch oder das Unterlassen einer für die Lebenserhaltung notwendigen Behandlung bei einer progredient verlaufenden Erkrankung mit infauster Prognose. Hierzu zählen z.B. die Entscheidung, den Patienten nicht mehr zu reanimieren, das Abschalten des Respirators, keine weitere Antibiotikatherapie, das Unterlassen der künstlichen Ernährung oder keine Behandlung auftretender Komplikationen. Das Therapieende kann durch den Abbruch einer Behandlung erfolgen oder auch dadurch, dass mit der Behandlung erst gar nicht begonnen wird. Passive Sterbehilfe bedeutet, dass man sich gegenüber der Grunderkrankung und dem Sterbeprozess passiv verhält und somit nichts gegen den Sterbeprozess unternimmt (vgl. Baumgarten, 1998, S. 152). Es geht darum, den Sterbeprozess nicht künstlich zu verlängern und das natürliche Geschehen zu respektieren. Der Patient verstirbt somit an den Folgen seiner Grunderkrankung.

Aus juristischer Sicht ist es bedeutungslos, ob eine begonnene Behandlung abgebrochen wird oder ob mit einer Behandlung nicht begonnen wird (vgl. Adamer, 2010, S. 148).

Laut Kopetzki (Kremsberger, 2005, S. 1) ist die passive Sterbehilfe in Österreich „[...] nicht nur erlaubt, sondern bei eindeutigen Patientenwillen sogar geboten.“ Ausschlaggebend ist dabei der Wille des Patienten (Selbstbestimmungsrecht). Die Beibehaltung bzw. Durchführung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten ist strafbar, da der Arzt gegen § 110 StGB (Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung) und somit gegen das Selbstbestimmungsrecht verstößt. Wünscht der Patient hingegen eine Weiterbehandlung, ist die passive Sterbehilfe nicht zulässig und es gilt weiterhin das Behandlungsgebot (§ 2 StGB). Das Behandlungsgebot erlischt erst, wenn das Sterben aus medizinischer Sicht nicht mehr abzuwenden ist.

3.3.5 Formen der Sterbehilfe aus ethischer Sicht

Wie bereits im vorhergehenden Punkt beschrieben, gibt es verschiedene Möglichkeiten Sterbehilfe zu unterscheiden. Im Folgenden soll daher näher auf die moralische Relevanz dieser Unterscheidungen eingegangen werden.

Bei dem Begriffspaar *aktiv* – *passiv* steht die Handlung im Vordergrund. Jedoch gerade diese gebräuchliche Einteilung, welche oft mit Tun und Unterlassen gekoppelt wird, bringt in der Medizin, im Recht und in der Ethik oft Missverständnisse mit sich. Birnbacher grenzt in erster Linie die Sterbehilfe von der freiwilligen Euthanasie und der Beihilfe zur Selbsttötung ab. Diese Abgrenzung ist sinnvoll, da es hierbei nicht um Leidensminderung geht, sondern darum, dass ein Mensch über das eigene Leben urteilt und einen anderen um Hilfe bittet (vgl. Birnbacher, 1995, S. 338).

Aktive Sterbehilfe wird meist dadurch definiert, dass der Tod des Patienten durch ein Tun des Sterbehelfers eintritt und passive Sterbehilfe ein Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen darstellt. Diese Differenzierung ist aber problematisch, da ein Tun die gleichen Auswirkungen wie ein Unterlassen haben kann. Birnbacher schlägt vor, die Sterbehilfe als passiv zu definieren, wenn sie in einem Geschehenlassen des Sterbens besteht und aktiv, wenn der Sterbehilfe Leistende aktiv auf den Patienten einwirkt (vgl. ebd., 1995, S. 338ff).

Zimmermann-Acklin kommt zu dem Ergebnis, dass eine moralische Relevanz einer aktiv-passiv Unterscheidung kaum zu begründen ist. Beim Töten wird zwar der Akt des Sterbens intendiert, jedoch wird beim Sterbenlassen ebenso ein Betrag zum Sterben geleistet. Somit besteht bei beiden Arten der Sterbehilfe eine moralische Verantwortung für die Handlungsfolgen (vgl. Zimmermann-Acklin, 1997, S. 273ff).

Bei der *indirekt* – *direkt* Unterscheidung wird das Augenmerk auf die Intention der Handlung gelegt. Direkt bedeutet, dass der Tod des Patienten gewollt ist, wogegen bei der indirekten Sterbehilfe der Tod lediglich als ungewollte Nebenwirkung in Kauf genommen wird. Somit kann die direkte und indirekte Sterbehilfe sowohl passiv als auch aktiv sein, wie das in Abbildung 1 aufgezeigt wird.

Töten (aktiv)		Sterbenlassen (passiv)
Beabsichtigt (direkt)	(1) Eine Tötung in der klaren Absicht (ob als Mittel oder Ziel der Handlung), das Leben eines Menschen zu beenden.	(3) Das Abbrechen oder Unterlassen einer Behandlung in der klaren Absicht (ob als Mittel oder Ziel der Handlung), den Menschen sterben zu lassen.
Bloß zulassen (indirekt)	(2) Eine nicht beabsichtigte Tötung eines Menschen, die als bloße Nebenwirkung z.B. einer Schmerzbehandlung in Kauf genommen wird.	(4) Das Abbrechen oder Unterlassen einer Behandlung unter Inkaufnahme eines nicht beabsichtigten, früher einsetzenden Sterbeprozesses.

Abb. 1: Schema zum Verhältnis der Aktiv-Passiv- zur Direkt-Indirekt-Unterscheidung (Zimmermann-Acklin, 1997, S. 280)

Der Vorteil der Unterscheidung direkt - indirekt liegt für den Arzt darin, dass er so die Entscheidung über Leben und Tod umgehen kann. Er kann sich auf seine Aufgaben als Arzt, nämlich auf das Heilen und Lindern konzentrieren, da die Verantwortung für die Folgen der zugelassenen Nebenwirkungen einer Schmerztherapie oder eines Behandlungsabbruchs zu den Pflichten eines Arztes gehört. Die Unterscheidung, ob etwas direkt intendiert oder bloß zugelassen wird, übernimmt in der Praxis für die Ärzte eine moralische Entlastungsfunktion. Jedoch liegen die Grenzen dieses Konzepts darin, dass es für die freiwillige Euthanasie nicht anwendbar ist, da es sich hier immer um direkte Euthanasie handelt (vgl. Zimmermann-Acklin, 1997, S. 339ff).

Will man eine Handlung beurteilen, ist es notwendig, die gesamte Handlungsstruktur zu betrachten. Sterben geschehen lassen kann sowohl durch ein Unterlassen (z.B. Verzicht auf eine Antibiotikatherapie) als auch durch ein Tun (z.B. Abschalten eines Geräts) geschehen. Entscheidend ist nicht, durch welche Handlung (da ja beide absichtlich ausgeführt werden) der Tod eintritt, sondern, was mit dieser Handlung beabsichtigt wird. Es stellt sich die Frage, ob man Töten oder ein Sterben in Würde ermöglichen möchte (vgl. Pöltner, 2002, S. 272ff).

3.3.6 Formen der Sterbehilfe - neue Terminologie

Bei Entscheidungen am Lebensende benötigen alle involvierten Personen Orientierungshilfen. Jedoch ist wie bereits dargestellt, die Unterteilung in aktiv/passiv und direkt/indirekt problematisch. Die traditionellen Begriffe werden oft missverständlich gebraucht, sind historisch negativ belastet und nicht mehr zeitgemäß. Insbesondere werden Therapiezieländerungen in Kombination mit palliativen Maßnahmen nicht ausreichend abgebildet. Es geht nicht nur um das, was rechtlich erlaubt ist, sondern auch darum, welche Begriffe verwendet werden. Es ist notwendig, dass die Begriffe in ihrer Ausdrucksweise klar und unmissverständlich sind. Der Deutsche Nationale Ethikrat (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 49ff) und die österreichische Bioethikkommission (vgl. Bioethikkommission, 2011, S. 12) schlagen bei Entscheidungen, die sich auf den Sterbeprozess bzw. auf den Eintritt des Todes auswirken können, die Einführung folgender neuer Begriffe vor:

- Sterbebegleitung
- Therapien am Lebensende
- Sterbenlassen
- Beihilfe zu Selbsttötung
- Tötung auf Verlangen

3.3.6.1 Sterbebegleitung

Unter dem Begriff Sterbebegleitung versteht man Maßnahmen zur Pflege und Betreuung Sterbender. Hierzu zählen körperliche Pflegehandlungen, das Stillen des Durst- und Hungergefühls, Mindern von Übelkeit, Atemnot und Angst, und auch menschlicher und seelsorgerischer Beistand. Es ist das Ziel, dass der Patient von seinem Recht auf Selbstbestimmung so lange als möglich Gebrauch machen kann (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 53).

3.3.6.2 Therapien am Lebensende

Als Therapie am Lebensende bezeichnet man alle medizinischen und palliativen Maßnahmen, die das Leben des Sterbenden verlängern, sein Leiden vermindern und somit seine Lebensqualität steigern. Hierzu zählen auch hohe Opiatgaben und starke

Beruhigungsmittel. Diese Maßnahmen wurden bisher als indirekte Sterbehilfe bezeichnet. Auf diese Bezeichnung sollte aber verzichtet werden, da der Tod des Patienten weder direkt noch indirekt das Ziel der Handlung ist. Das Ziel der Therapien am Lebensende ist die Minderung des Leidens. Sollte aber im Gegensatz dazu die gezielte Tötung im Vordergrund stehen und eine medizinisch nicht vertretbare Überdosis der Medikamente verabreicht werden, dann liegt rechtlich der Tatbestand der Tötung vor (vgl. ebd., 2006, S. 54).

3.3.6.3 Sterbenlassen

Sterben zulassen bedeutet, dass lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr durchgeführt werden, da eine weitere kurative Behandlung nicht sinnvoll ist und nur zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen würde oder die Behandlung nicht dem Willen des Patienten entspricht. Sterbenlassen bedeutet, dass eine lebensverlängernde Maßnahme nicht eingeleitet wird oder, dass eine bereits begonnene Behandlung nicht fortgeführt bzw. beendet wird und der Patient am natürlichen Verlauf seiner Erkrankung stirbt (vgl. ebd., 2006, S. 54) .

Es gilt zu bedenken, dass der Begriff des „Sterbenlassens“ einen Schwachpunkt darstellt. Der Begriff Sterbenlassen impliziert nicht, dass die Behandlung nicht mehr medizinisch indiziert sein darf oder der Patient selbst keine weiteren Behandlungen mehr möchte. Weiters kann der Begriff die Wertung „erlaubt“ transportieren. Es ist zu beachten, dass der Tatbestand des „Totschlags“ (StGB §76) oder „Mordes“ (StGB §75) vorliegt, wenn lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen werden und es sich dabei um eine medizinisch indizierte Maßnahme handelt und der Patient eine Weiterbehandlung wünscht (vgl. ebd., 2006, S. 56).

3.3.6.4 Beihilfe zur Selbsttötung

Unter diesem Begriff versteht man die Beschaffung eines todbringenden Mittels oder andersartige Unterstützung beim Suizid (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 55). In Österreich ist die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar. Es liegt der „Tatbestand der Mitwirkung am Selbstmord“ (StGB §78) vor.

3.3.6.5 Tötung auf Verlangen

Man spricht von Tötung auf Verlangen, wenn der Tod eines Patienten, welcher sich noch nicht im Sterbeprozess befindet, auf dessen Wunsch gezielt herbeigeführt wird. Dies kann z.B. durch eine tödliche Spritze oder durch eine Überdosierung an Medikamenten erfolgen. Im Gegensatz zur Selbsttötung wird hier die Handlung durch einen Dritten ausgeführt (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 55). Diese Handlung ist in Österreich verboten und erfüllt den Tatbestand der „Tötung auf Verlangen“ (StGB §77).

3.4 Therapieverzicht, Therapiebegrenzung, Therapiereduktion und Therapieabbruch

Die Aufgabe der Intensivmedizin ist das Leben zu erhalten. Im letzten Jahrzehnt kam es jedoch zu einem grundlegenden Wandel in der Intensivmedizin. Der ausschließlich kurative Therapieansatz wurde durch eine situationsadäquate Ausrichtung des Therapieziels mit einem fließenden Übergang zur Palliativmedizin ersetzt (vgl. Schaden, 2012, S. 25). Auch die Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs schreiben in ihrem Konsensuspapier, dass die Begrenztheit menschlichen Lebens anerkannt werden muss und die Grenzen therapeutischer Maßnahmen zu einem fixen Bestandteil einer humanen Intensivmedizin geworden sind (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 763).

Aus rechtlicher Sicht besteht die ärztliche Behandlungspflicht auch dann, wenn keine Heilung oder deutliche Verlängerung des Lebens mehr zu erwarten ist. Neben der Aufrechterhaltung der Basisversorgung sollten in diesen Fällen die palliativen Gesichtspunkte in den Vordergrund rücken und das Behandlungsziel individuell dem Patienten angepasst werden. Die Begrenzung der Therapie darf nicht mehr als suboptimale Behandlung angesehen werden (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 74). Des Weiteren darf es durch die medizinisch-technischen Möglichkeiten nicht zu einem unnötigen Verlängern des Sterbeprozesses kommen. Aus diesem Grund ist es durchaus legitim, eine Therapie abubrechen oder auf sie im Vorhinein zu verzichten, um dem Patienten ein Sterben zu ermöglichen (vgl. Pöltner, 2002, S. 256). Die

Entscheidungen zum Therapieabbruch sind keine Entscheidungen für den Tod. Eine Entscheidung für den Tod wäre verwerflich. Bei Entscheidungen zum Therapieabbruch wird erkannt, dass der Sterbeprozess nicht mehr aufgehalten werden kann und somit das Unvermeidliche durch den Abbruch der Therapie nicht weiter hinausgezögert wird (vgl. Prat, 2006, S. 312).

Bei der Therapiereduktion wird die Basisversorgung weiterhin beibehalten. Zu den grundlegenden Elementen der Basisversorgung zählen die Flüssigkeitssubstitution, das Freihalten der Atemwege, Linderung der Schmerzen, persönliche Zuwendung und die Körperpflege (vgl. Salomon, 2006, S. 65). „Wenn Intensivmedizin an ihre Grenzen stößt, muss alle verfügbare Kraft und Erfahrung aufgebracht werden, um den anvertrauten Patienten ein menschenwürdiges und friedvolles Sterben im Beisein der Angehörigen zu ermöglichen“ (Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 767).

Die Therapiebegrenzung gehört zur „Hilfe zum Sterben“ und wird der passiven Sterbehilfe bzw. dem Sterbenlassen zugeordnet.

In der Intensivmedizin werden unterschiedliche Begriffe zur Begrenzung der Therapie verwendet, die im Folgenden näher erläutert werden sollen (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 766).

- *Primärer Therapieverzicht*: Der Patient wird aufgrund seiner infausten Prognose nicht auf der Intensivstation aufgenommen. Dies kann z.B. bei einer fortgeschrittenen malignen Grunderkrankung der Fall sein.
- *Therapiebegrenzung (sekundärer Therapieverzicht)*: Hier wird ein bestimmtes Maß der Unterstützung des Organismus nicht überschritten bzw. eine Therapiesteigerung nicht mehr durchgeführt. Das Vorenthalten von Katecholaminen bzw. keine Steigerung der Katecholamine, keine Intubation oder die DNR-Order (siehe Punkt 3.4.1) sind einige Beispiele für die Therapiebegrenzung.
- *Therapiereduktion*: Bereits begonnene medizinische Maßnahmen werden reduziert. Ein Beispiel ist, dass keine erneute Antibiotikatherapie mehr

begonnen wird oder Katecholamine abgesetzt werden. Eine Basistherapie wird hier aber weiterhin durchgeführt.

- *Therapiebeendigung (Therapieabbruch)*: Es werden jene intensivmedizinischen Maßnahmen beendet, die bei Betrachtung der Krankheitsgeschichte keine Aussicht auf Erfolg mehr haben. Hierzu gehören z. B. die Beendigung der Beatmung, der Katecholamintherapie und der extrakorporale Organersatz.

Die Entscheidung zur Therapiereduktion bzw. zum Therapieabbruch beim nicht einwilligungsfähigen Patienten kann nur vom Arzt getroffen werden. Der Arzt ist zwar nicht zur Erhaltung des Lebens um jeden Preis verpflichtet, jedoch ist es oft schwierig zu entscheiden, wann der richtige Zeitpunkt für einen Behandlungsabbruch gekommen ist. Ein ethisch zu verantwortender Abbruch der Therapie kann laut Prat (Prat 2004, S. 313) nur erfolgen, wenn folgenden Befunde vorliegen:

- a) „Der Krankheitsprozess ist weit fortgeschritten.
- b) Es existiert keine erprobte therapeutische Maßnahme, die noch eine wissenschaftlich halbwegs gesicherte Aussicht auf Erfolg hat.
- c) Es sind unterschiedliche (gefährliche) Nebenwirkungen zu erwarten.“

Oftmals wird von den Pflegekräften aktiv eine Änderung des Therapieziels gefordert. Jedoch ist die Entscheidung zur Reduktion der Therapie eine individuelle und eigenverantwortliche Entscheidung des für den Patienten verantwortlichen Arztes, welche er mit den in die Betreuung involvierten Personengruppen abstimmen wird. Leider sind Ärzte oftmals mit diesen Entscheidungen überfordert, da sie auf diesem Gebiet nicht ausreichend ausgebildet sind. Aus diesem Grund fällt auch häufig die Entscheidung zugunsten der Weiterbehandlung aus, da es die sicherere Lösung ist. (vgl. Schaden, 2012, S. 25)

Die Empfehlungen der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung beim nicht einwilligungsfähigen Intensivpatienten lauten folgendermaßen:

- Intensivmedizin darf keine Verlängerung des Sterbeprozesses darstellen. Eine weiterführende intensivmedizinische Therapie ist ethisch und juristisch nicht

vertretbar, wenn abzusehen ist, dass es zu keiner Besserung des Gesundheitszustandes kommen wird.

- Der Sinn einer Behandlung wird bestimmt durch den Nutzen für den Patienten. Es ist dabei nicht relevant, ob es sich um einen Behandlungsverzicht im Vorhinein oder um einen Behandlungsabbruch zu einem späteren Zeitpunkt handelt.
- Die Aufnahme in eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer möglicherweise positiven Prognose gebunden. Eine Transferierung von Patienten mit infauster Grunderkrankung auf die Intensivstation, damit sie dort Sterben können, widerspricht dem ethischen Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit.
- Wenn einem Patienten intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, dann ist es notwendig, ein Sterben in Würde zu ermöglichen und die Angehörigen entsprechend zu betreuen.
- Da der Beginn des Sterbeprozess in der Intensivmedizin oft schwer festzustellen ist und sich oft erst durch ein nicht Ansprechen auf intensivmedizinische Maßnahmen zeigt, ist es wichtig, die Ziele und ihre Erreichbarkeit regelmäßig zu überprüfen (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 764).

Die unterschiedlichen Formen der Änderung des Therapieziels zeigen, dass Intensivtherapie nicht nur unbedingt maximale Therapie bedeuten muss. Im Verlauf der Behandlung auf einer Intensivstation ist es oftmals aus ethischen Gründen notwendig, das Therapieziel anzupassen. Leider muss aber erwähnt werden, dass „[...] dieser Wandel möglicherweise an vielen Stationen noch nicht angekommen ist“ (Möller, zit. in Druml, 2008, S. 1) und somit Patienten mit einer aussichtslosen Prognose weiterhin therapiert werden.

3.4.1 DNR/AND

Der Verzicht auf Wiederbelebung ist ein ethisches Dauerthema auf Intensivstationen. Die Einführung des Terminus DNR zeigte ein Umdenken in der Intensivmedizin an. Die Intensivmedizin erkannte, dass nicht alles, was machbar ist, auch sinnvoll ist.

Die Bezeichnung DNR (Do Not Resuscitate) kommt aus dem angloamerikanischen Raum und bedeutet den Verzicht auf cardiopulmonale Wiederbelebung. Hierzu gehören die Herzmassage, die Defibrillation, medikamentöse Therapie zur Behandlung eines Kreislaufstillstandes, die künstliche Beatmung und Intubation. Die Bezeichnung DNR ist im klinischen Alltag die gebräuchlichste. Weitere Bezeichnungsmöglichkeiten sind unter anderem VaW (Verzicht auf Wiederbelebung), DNE (Do Not Escalate), DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) und AND (Allow Natural Death). Die DNR-Order ist eine Form der Behandlungsbegrenzung. Die Entscheidung wird im Vorhinein durch den Patienten selbst oder durch den behandelnden Arzt getroffen. Die Anordnung und die schriftliche Dokumentation des DNR Vermerks muss durch den zuständigen Fach- bzw. Oberarzt in der Krankengeschichte erfolgen und ausführlich begründet werden. Die DNR-Order kann jederzeit widerrufen werden, da es sich hierbei aus rechtlicher Sicht nur um eine Empfehlung und nicht um eine Weisung handelt (vgl. Reicher, 2010, S. 10).

Momentan wird diskutiert, ob das Akronym DNR durch AND abgelöst werden soll, da der Begriff AND positiver formuliert und seine Bedeutung besser verständlich ist. AND erweckt die Vorstellung von Hinwendung und empathischer Grundhaltung. Somit kommt es zu einer Verbesserung der Akzeptanz der Therapielimitierung. Obwohl der Terminus AND zwar grundsätzlich nichts anderes aussagt als DNR, konnte aber besonders bei medizinischen Laien, wie den Angehörigen, eine deutlich verbesserte Akzeptanz der Entscheidung beobachtet werden (vgl. Druml, 2008, S. 2).

Die Entscheidung zum Behandlungsabbruch fällt zwar in den Aufgabenbereich der Ärzte, jedoch steht es Pflegenden durchaus zu, über die Sinnhaftigkeit einer Reanimation zu diskutieren. Entscheidungen zu einer DNR-Order müssen im Vorfeld getroffen werden. Wenn eine Reanimation konkret erforderlich ist, dann ist es zu spät darüber zu diskutieren, da in dieser Situation gehandelt werden muss. Pflegende können bei ihren Patienten durchaus eine Klärung der anstehenden Fragen einfordern und den Diskussionsprozess einleiten (vgl. Hoffmann, 2002, S. 76).

3.4.2 Entscheidungsfindung

Im Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (vgl. 2004, S. 764) wird empfohlen, dass alle in die Behandlung und Pflege eingebunden Personen auch an der Entscheidungsfindung zum Therapieabbruch bzw. zur Therapiereduktion beteiligt sein sollten. Der für den Patienten zuständige Arzt trägt zwar die Verantwortung über die Entscheidung, jedoch ist er auf Informationen angewiesen, um ein umfassendes Bild von dem Patienten zu erhalten.

Die Entscheidung zum Therapieabbruch bzw. Therapierückzug beim nicht einwilligungsfähigen Patienten soll laut den Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs unter Berücksichtigung folgender Überlegungen getroffen werden

- *Patientenwille:* Die Autonomie des Patienten wird als eines der höchsten ethischen Grundprinzipien anerkannt. Das Instrument der Patientenverfügung wird jedoch kritisch betrachtet, da sich diese auf eine genau beschriebene Situation beziehen muss um bindend zu sein. Eine konkrete Situation im Vorhinein zu beschreiben, ist aber besonders in der Intensivmedizin sehr schwierig. Es wird empfohlen, die Patientenverfügung, auch wenn sie nicht bindend ist, in den Entscheidungsprozess einzubinden, da in der Patientenverfügung der Wille des Patienten dargestellt wird. Weiteres wird zur Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens empfohlen, die Angehörigen zu befragen, ob sich der Patient früher ihnen gegenüber zu diesem Thema geäußert hat. Diese Informationen können in den Entscheidungsprozess einfließen, jedoch haben diese Aussagen keine wesentliche juristische Bedeutung (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 764 f).
- *Stellung der Angehörigen:* Die Angehörigen haben in Österreich gesetzlich kein Recht über die weitere Behandlung des Patienten zu entscheiden. Es erscheint aber notwendig, die Angehörigen des Patienten in den Entscheidungsprozess zu involvieren. Sollten Konflikte auftreten, so ist es durchaus legitim, die Behandlung noch vorübergehend weiterzuführen, um den Angehörigen die Zeit zu geben die Situation besser zu erfassen. Angehörige können zwar Informationen über den Patienten besitzen, welche für die

Entscheidungsfindung von Bedeutung sind. Es darf bei den Gesprächen mit den Angehörigen aber auf keinen Fall die Verantwortung der Entscheidung auf die Angehörigen delegiert oder Entscheidungen erfragt werden (vgl. ebd., S. 765).

- *Mitspracherecht der sonstigen betreuenden bzw. zuweisenden Ärzte:* Andere behandelnde Ärzte sollten in den Entscheidungsprozess miteingebunden werden und es sollte ein Konsens hergestellt werden (vgl. ebd., S. 765).
- *Stellung des Intensivpflegeteams:* Pflegepersonen fragen sich durch den intensiven Kontakt mit dem Patienten häufig nach dem Sinn einer intensivmedizinischen Therapie und erwarten ärztliche Entscheidungen meist zu einem früheren Zeitpunkt. Die interdisziplinäre Kommunikation hat einen großen Stellenwert bei Änderungen des Therapieziels. Es wird festgehalten, dass die Meinungen und Informationen des Pflegepersonals einen wichtigen Bestandteil in der Entscheidungsfindung darstellen. Es ist von großer Bedeutung, dass die Entscheidung vom gesamten Intensivteam mitgetragen werden kann (vgl. ebd., S. 765).

Besonders beachtet sollte werden, dass die Entscheidungen zur Änderung des Therapieziels niemals unumstößlich sind. Sollte sich der Gesundheitszustand des Patienten überraschend bessern, dann muss die Entscheidung revidiert, angepasst oder zurückgenommen werden (vgl. ebd., S. 766).

3.4.3 Einwilligungsfähigkeit des Patienten

Entscheidend bei der Fragen nach der Therapiemodifikation ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten.

Der entscheidungsfähige Patient ist durch das Recht auf Selbstbestimmung befugt, eine lebensverlängernde Therapie abzulehnen. Wenn der Patient sich nach ausführlicher Aufklärung freiwillig und glaubhaft gegen eine Therapie entscheidet, so muss diese Therapie auch unterlassen werden. Im Gegensatz dazu hat der Patient aber nicht das Recht, eine bestimmte Therapie, die medizinisch nicht indiziert ist, einzufordern (vgl. Pöltner, 2002, S. 257).

In der Intensivmedizin tritt oftmals das Problem auf, dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist. Um das Selbstbestimmungsrecht dieser Patienten zu wahren, ist es notwendig, den Willen des Patienten herauszufinden. Hierbei ist eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht sehr nützlich. Wenn die Patientenverfügung (auf das Thema Patientenverfügung wird unter Punkt 3.5 genauer eingegangen) auf die aktuelle Situation angewendet werden kann ist die Patientenverfügung bindend. Liegt keine Patientenverfügung vor, ist es notwendig, den mutmaßlichen Patientenwillen herauszufinden (vgl. Scheffold, et al., 2009, S. 125). Der mutmaßliche Wille des Patienten ist oftmals sehr schwierig zu eruieren. Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens kann es durchaus hilfreich sein, die Angehörigen und dem Patienten nahestehende Personen einzubeziehen. Diese besitzen oft aufschlussreiche Informationen über die Lebenseinstellung und Wertvorstellungen des Patienten oder kennen früher gemachte Äußerungen des Patienten in Bezug auf eine Intensivtherapie (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 765). Weiters kann die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder der Betreuungseinrichtung (z. B. Pflegeheim, mobiler Pflegedienst) aufschlussreiche Informationen bringen. Um den mutmaßlichen Patientenwillen herauszufinden, ist es notwendig, Informationen über die Werte, Vorlieben und Lebenseinstellung des Patienten zu besitzen. Ist es nicht möglich, den mutmaßlichen Patientenwillen mit ausreichender Sicherheit festzustellen, wird nach dem „objektiven“ Wohl des Patienten entschieden (vgl. Scheffold, et al., 2009, S. 125).

Um die Selbstbestimmung des nicht einwilligungsfähigen Patienten zu sichern ist ein mehrstufiges Vorgehen, wie dies in Abbildung 2 aufgezeigt wird, notwendig.

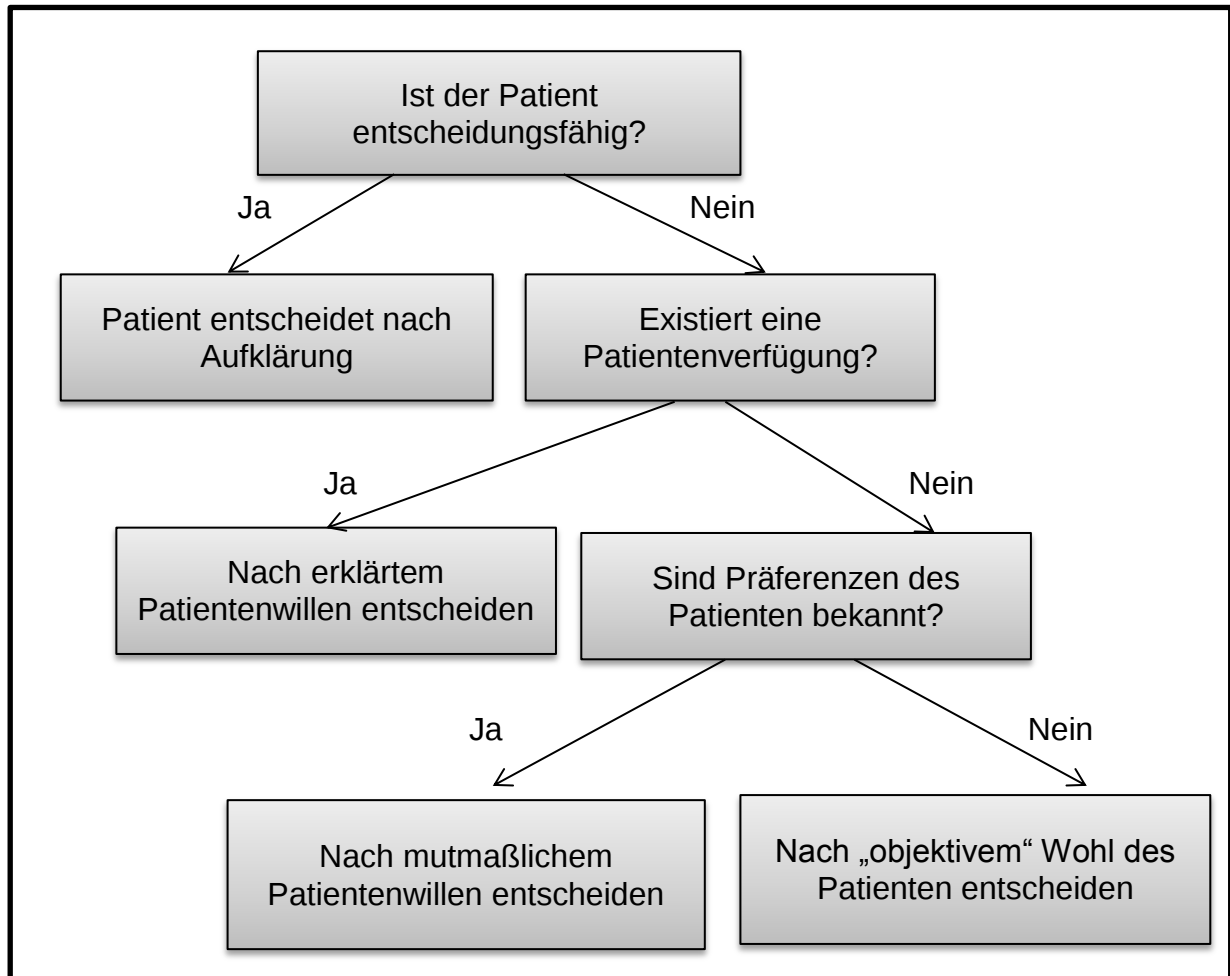


Abb. 2: Mehrstufiges Vorgehen bei fehlender Einwilligungsfähigkeit eines Patienten (Adaptiert nach Marckmann, G., 2004) (Scheffold, et al., 2009, S. 126).

3.5 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine antizipierte Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnen kann. Da bei vielen Patienten auf der Intensivstation keine Einwilligungsfähigkeit mehr vorliegt, kann eine Patientenverfügung bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen eine entscheidende Rolle darstellen.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Fremdbestimmung durch den Arzt immer mehr zugunsten des Selbstbestimmungsrechts des Patienten zurückgedrängt und den Willen des Patienten zu wahren, wurde wichtiger als das Wohl des Patienten. Beim einsichts- und urteilsfähigen Patienten ist der Arzt gesetzlich verpflichtet, den Patienten aufzuklären und seine „informierte Einwilligung“ einzuholen. Lehnt der Patient eine Behandlung ab, so ist dies vom Arzt zu respektieren, auch wenn er anderer Meinung ist. Das Selbstbestimmungsrecht besteht im Prinzip auch dann, wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist. Hat ein einwilligungsfähiger Patient eine Behandlung abgelehnt, so behält diese Ablehnung auch dann ihre Wirkung, wenn der Patient nicht mehr aktuell einwilligungsfähig ist (vgl. Henry, 2007, S. 222). Aus diesem Grund trat 2006 das Patientenverfügungsgesetz (PatVG) in Österreich in Kraft. Das PatVG regelt die Voraussetzungen für die Errichtung einer Patientenverfügung, deren Inhalt und Wirkungsbereich. Die Möglichkeit, Patientenverfügungen zu erstellen, gab es auch schon vor dem Inkrafttreten des Gesetzes. Jedoch waren damals viele Fragen gesetzlich nicht geregelt, und so kam es zu großen Unsicherheiten bei den Patienten und auch bei den Ärzten bezüglich Formerfordernissen, Geltungsdauer, rechtlicher Verbindlichkeit und Inhalt (vgl. Bachinger, 2009, S. 29f). Mit dem PatVG sollte die Rechtswirkung geklärt werden und es soll geregelt werden, in welcher Form und mit welchem Inhalt die Patientenverfügung errichtet werden kann. Das PatVG soll einerseits für den Patienten den Vorteil bringen, eindeutige Vorgaben für eine Patientenverfügung zu haben. Andererseits sollte für den Arzt leicht erkennbar sein, welche Folgen die Patientenverfügung für ihn hat (vgl. RV 1299 BlgNR 22).

Das Ziel der Patientenverfügung ist es, die Autonomie am Lebensende zu wahren und sich vor ungewollten Behandlungen zu schützen. Für Ärzte ist die Patientenverfügung ein wichtiges Instrument zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens beim nicht einwilligungsfähigen Patienten. Weiteres besteht durch die Patientenverfügung für den Patienten die Möglichkeit, sich mit dem Tod und der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen, um so das Sterben als Teil des Lebens annehmen zu können (vgl. Krug, 2006, S. 130).

Bei der Patientenverfügung unterscheidet man laut PatVG die verbindliche Patientenverfügung und die beachtliche Patientenverfügung. Die Unterscheidung ist

von Bedeutung, da sich die 2 Formen stark in den Voraussetzungen und in der Wirksamkeit sowie deren rechtlichen Folgen unterscheiden.

Damit die *verbindliche Patientenverfügung* für den Arzt wirklich bindend ist, muss sie in schriftlicher Form vorliegen und die abgelehnte Maßnahme konkret beschrieben sein (§4 PatVG). Es muss aus der Verfügung hervorgehen, dass der Patient die Folgen seiner Patientenverfügung verstanden hat. Weiters ist eine umfassende ärztliche Aufklärung mit Bestätigung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten (§5 PatVG) und eine juristische Aufklärung bezüglich Widerrufsmöglichkeit und Folgen der Patientenverfügung (§6 PatVG) notwendig, welche in der Patientenverfügung zu dokumentieren ist. Soll die Patientenverfügung ihre Gültigkeit behalten, muss sie alle 5 Jahre erneuert werden (§7 PatVG).

Zur *beachtlichen Patientenverfügung* zählt man alle Willenserklärungen, die nicht alle Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllen (§8 PatVG). Je mehr Voraussetzungen der verbindlichen Patientenverfügung erfüllt sind, desto beachtlicher ist sie (§9 PatVG).

Eine Patientenverfügung muss in der Krankengeschichte dokumentiert werden (§14 PatVG). Weiteres berührt eine Patientenverfügung eine Notfallsituation dann nicht, wenn, der mit der Suche verbundene Zeitaufwand das Leben des Menschen bedrohen könnte (§12 PatVG). Ist die Patientenverfügung aber bekannt, muss auch danach gehandelt werden (vgl. Kletecka-Pulker, 2008, S. 292). Eine Patientenverfügung kann vom Patienten selbst jederzeit formfrei widerrufen werden (§10 PatVG). Dabei ist es nicht notwendig, dass der Patient einsichts- und urteilsfähig ist (vgl. Kletecka-Pulker, 2008, S. 295).

Inhalt einer Patientenverfügung können nur medizinische Maßnahmen sein. Pflegerische Handlungen unterliegen nicht dem PatVG. In der Patientenverfügung können nur Behandlungen, die unter den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich laut GuKG (§15) fallen, abgelehnt werden. Das Legen von Magensonden und die Verabreichung von Sondennahrung fallen in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und können somit abgelehnt werden, da diese ärztlich angeordnet werden müssen. Die normale Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört zum eigenverantwortlichen Aufgabengebiet der Pflege und kann somit nicht antizipiert mit

einer Patientenverfügung abgelehnt werden. Es besteht nur die Möglichkeit, diese Maßnahmen aktuell abzulehnen (vgl. Kletecka-Pulker M. , 2007, S. 82).

Erste Erfahrungswerte des PatVG bringt eine Studie, die 2009 vom BMG in Auftrag gegeben wurde. Laut dieser haben 4 % der Bevölkerung eine Patientenverfügung verfasst. Die Patientenverfügung ist der Bevölkerung bekannt und wird als Instrument zur Kommunikation mit dem Arzt im Falle der Einwilligungsunfähigkeit angesehen. Die Patienten verfassten eine Patientenverfügung, um sich abzusichern, dass ihrem Willen auch am Lebensende Folge geleistet wird. Weiters sehen manche Menschen die Patientenverfügung als Abwehrinstrument gegen ärztliche Übermacht oder als Instrument zur Durchsetzung eines würdevollen Sterbens. Aus ärztlicher Sicht sind die Erfahrungen mit der Patientenverfügung sehr gering und es bestehen auch Unsicherheiten bezüglich der Unterscheidung von „verbindlich“ und „beachtlich“. Ein Teil der Ärzte beurteilt die Patientenverfügung durchaus positiv. Jedoch gibt es in der Ärzteschaft auch Stimmen, die die Patientenverfügung als unnötigen zusätzlichen bürokratischen Akt sehen und empfinden, dass durch die Patientenverfügung ihre Kompetenz in Frage gestellt wird. Aus rechtlicher Sicht wurde das PatVG positiv bewertet, da die Rechtssicherheit erhöht wurde. In der oben erwähnten Studie wird das Patientenverfügungsgesetz nicht als Patentrezept für Entscheidungskonflikte am Lebensende beschrieben, sondern als wichtige Maßnahme zur Verbesserung der Kommunikation (vgl. Körtner, et al., 2009, Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes).

Eine Erklärung für die geringe Anzahl der Personen, die eine Patientenverfügung erstellen, könnte sein, dass in unserer Gesellschaft das Sterben und der Tod Tabuthemen sind. In den Familien wird oftmals nur selten über den Tod gesprochen, und somit wird eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben verhindert und die eigene Verantwortung am Lebensende nicht wahrgenommen (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 113). Weiters sind Patientenverfügungen im intensivmedizinischen Alltag oft nur bedingt anwendbar, da eine Patientenverfügung nur gültig ist, wenn die aktuell vorliegende Krankheitssituation konkret in der Patientenverfügung beschrieben wurde. Es ist aber sehr schwierig, eine so komplexe Situation im Vorhinein zu beschreiben. Deshalb wäre es von Vorteil, die

Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu kombinieren. In diesem Fall könnte dann eine dritte Person im Sinne des Patienten und angepasst an die Situation in eine Behandlung einwilligen oder diese ablehnen (vgl. Schaden, 2012, S. 26).

Für viele Menschen stellt es ein Problem am Lebensende dar, dass sich die Art unseres Sterbens meist unserer Kontrolle entzieht. Oftmals ist eine Kommunikation nicht mehr möglich und so sind wir auf die Pflege anderer angewiesen. Aus diesem Grund meinen manche Menschen, dass aktive Sterbehilfe der einzige Weg ist, um die Kontrolle zu behalten (vgl. Tschudin, 1988, S. 133). Patientenverfügungen können die Selbstbestimmung am Lebensende sichern und somit eine Möglichkeit sein, den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zu vermindern.

Die Patientenverfügung kann aber nur ein Baustein sein bei dem Versuch, das Sterben in unserer Gesellschaft menschlicher zu gestalten. Patientenverfügungen können die Kommunikation zwischen Arzt, Patienten und Angehörigen nicht ersetzen. Sie können nur eine Kommunikationsbrücke im Falle der Einsichts- und Urteilsunfähigkeit sein und als Orientierungshilfe dienen. Des Weiteren sollte nicht vergessen werden, dass ein Patient im Falle der Erkrankung seine Einstellung möglicherweise überdenkt und anstelle zu sterben, doch in eine Behandlung einwilligt, selbst wenn dies eine Einbuße an Lebensqualität bedeutet.

Ein Kritikpunkt an der Patientenverfügung aus pflegerischer Sicht ist, dass in Patientenverfügungen oftmals nur die großen Themen der künstlichen Ernährung, lebenserhaltende medizinische Maßnahmen oder die Schmerztherapie behandelt werden. Die Patientenverfügung bezieht sich Großteils auf medizinische Maßnahmen im Endstadium einer unheilbaren Krankheit und pflegerische Maßnahmen werden hingegen nicht thematisiert. Häufig geht jedoch dem akuten Ereignis eine längere Pflegebedürftigkeit voraus, welche in den vorgedruckten Patientenverfügungen leider kein Thema ist. Die alltäglichen Kleinigkeiten, wie, welche Musik oder welches Essen bevorzugt wird, welche Körperpflegeprodukte verwendet werden oder in welcher Position man schläft, wird nur selten in einer Patientenverfügung angeführt. Aber gerade diese Kleinigkeiten sind im Falle einer Pflegebedürftigkeit für den Patienten wichtig. Zegelin schlägt vor, diese entscheidenden Kleinigkeiten ergänzend zu der Patientenverfügung niederzuschreiben, denn nur mit diesen Informationen ist es

Pflegenden möglich, individuell zu pflegen (vgl. Zegelin, 2009, S. 1). Zegelin schreibt: „Bei den Vordrucken zur Patientenverfügung scheint es eher um rechtliche Absicherungen der Mediziner zu gehen und weniger um die wirklichen Anliegen Schwerkranker“ (Zegelin, 2009, S. 2).

3.6 Gesetzliche Regelung für die Ausübung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und für Tätigkeiten im Spezialbereich

Die gesetzlichen Voraussetzungen zur Ausübung des Berufes des Gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG 1997) verankert.

Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauert 3 Jahre und umfasst ein Mindestmaß von 4600 Stunden in Theorie und Praxis (vgl. GuKG §41). Diese Ausbildung ist die Voraussetzung, um auf einer Intensivstation als Pflegeperson tätig werden zu können. In der Niederösterreichischen Landesklinikenholding wird jedoch häufig vor der Aufnahme auf eine Intensivstation eine vorhergehende Berufspraxis auf einer Normalstation gefordert. Zusätzlich zur Ausbildung zur allgemeinen Krankenpflege sieht der Gesetzgeber für die erweiterten und speziellen Tätigkeitsbereiche, zu denen die Intensivpflege (vgl. GuKG §17) zählt, eine Sonderausbildung vor (vgl. GuKG §65). Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal darf zwar bereits vor Absolvierung der Sonderausbildung für Intensivpflege auf Intensivstationen tätig werden, jedoch ist in einem Zeitraum von 5 Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit auf der Intensivstation, die erfolgreiche Absolvierung der Sonderausbildung nachzuweisen (vgl. GuKG §17). Für die Teilnahme an der Sonderausbildung ist eine Berufserfahrung zwar nicht Pflicht, jedoch ist diese erwünscht. Aufgrund der großen Nachfrage an Sonderausbildungen dauert es aber ohnehin oft Jahre, bis eine Pflegeperson die Sonderausbildung absolvieren kann. Dies hat den Vorteil, dass die Pflegeperson eine Fülle von Erfahrungen aus der Praxis bereits in die Sonderausbildung mitnimmt und diese dann mit den gelehrteten Inhalten verknüpfen kann. Die Sonderausbildung für Intensivpflege umfasst eine Basisausbildung mit einem Mindestmaß von 600 Stunden in Theorie und Praxis und eine spezielle Zusatzausbildung mit ebenfalls mindestens 600 Stunden in Theorie und

Praxis. Für die Absolvierung der gesamten Sonderausbildung ist ein Zeitraum von mindestens 8 Monaten vom Gesetzgeber vorgegeben (vgl. GuKG § 68).

Die Ausbildungsinhalte der Grundausbildung und der Sonderausbildung werden ebenfalls durch den Gesetzgeber vorgegeben. Im Folgenden soll auf die für diese Arbeit relevanten Ausbildungsinhalte kurz eingegangen werden. Im GuKG § 42 sind die Ausbildungsinhalte der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege geregelt. Die Ausbildungen in Berufsethik und Berufskunde, sowie die Vermittlung berufsspezifischer Rechtsgrundlagen sind hier zwar verankert, jedoch ohne Angabe des Ausmaßes der Stunden. In der Krankenpflegeschule St. Pölten werden für Berufsethik und Berufskunde 80 Stunden verwendet und für Berufsspezifische Rechtsgrundlagen 40 Stunden (vgl. Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege St. Pölten, 2012). Die Ausbildungsinhalte der Sonderausbildung sind im GuKG § 68 geregelt und die Ausbildungsinhalte in Kommunikation und Ethik sind hier zwar festgelegt, jedoch ebenfalls ohne Angabe der Stunden. In der Sonderausbildung am Landesklinikum Amstetten wird der Bereich Kommunikation und Ethik den pflegerischen Sachgebieten zugeordnet, wofür insgesamt 280 Stunden zur Verfügung stehen (vgl. Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Amstetten, 2012). Da dem Fach Ethik keine fixe Stundenanzahl zugewiesen wird, besteht die Gefahr, dass ethische Prinzipien und ethische Problemfelder in der Ausbildung nur in einem geringen Umfang behandelt werden und so ein Randthema bleiben.

3.6.1 Tätigkeitsbereiche

Der Gesetzgeber hat im GuKG die Aufgaben der Pflege in verschiedene Tätigkeitsbereiche aufgeteilt, um so die Kompetenzen der Pflege von anderen medizinischen Berufen klar abzugrenzen.

3.6.1.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich wird im GuKG §14 definiert. Hierzu zählen grundsätzlich alle pflegerischen Maßnahmen und die Umsetzung des Pflegeprozesses. Pflegende haben bei diesem Bereich Weisungsfreiheit und sind für ihre Handlungen verantwortlich und haftbar. Zu den eigenverantwortlichen Tätigkeiten

zählt zum Beispiel auch die Einleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen (Defibrillation, Reanimation) bis zum Eintreffen des Arztes. Weiteres fallen unter diesen Bereich die Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal (z.B. Pflegehilfe), die Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und die Mitwirkung an der Pflegeforschung (vgl. GuKG §14).

3.6.1.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich wird im GuKG §15 geregelt und beinhaltet die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Somit liegt die Anordnungsverantwortung beim Arzt und die Durchführungsverantwortung bei der Pflege. In diesem Tätigkeitsbereich hat aber die Pflege ebenfalls die Möglichkeit, die angeordneten Tätigkeiten auf das Hilfspersonal oder die Schüler zu übertragen und die Aufsicht über die Durchführung zu übernehmen. Hierzu zählen zum Beispiel die Verabreichung von Arzneimitteln, die Verabreichung von venösen Injektionen, Blutabnahme aus der Vene, Durchführung von Darneinläufen oder das Legen von Magensonden (vgl. GuKG §15).

3.6.1.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Der Interdisziplinäre Tätigkeitsbereich wird im GuKG §16 geregelt und betrifft die Bereiche, in denen es zu einer Zusammenarbeit der Gesundheits- und Krankenpflege mit anderen Berufen im Gesundheitswesen kommt. Hier haben Pflegende ein Mitentscheidungs- und Vorschlagsrecht, und Pflegende tragen die Durchführungsverantwortung für die von ihnen gesetzten pflegerischen Maßnahmen (vgl. GuKG §16).

3.6.1.4 Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche

Dieser Bereich ist im GuKG §17 geregelt und umfasst unter anderem die Ausübung von Spezialaufgaben. Zu diesen Spezialaufgaben zählt auch die Intensivmedizin. Durch den Gesetzgeber wird hier die Absolvierung der Sonderausbildung vorgeschrieben (siehe Punkt 3.6) (vgl. GuKG §17).

Durch Absolvierung der Sonderausbildung erwerben Intensivpflegepersonen zusätzliche Qualifikationen in verschiedenen Bereichen der Intensivmedizin. Die

Kompetenzen und das Aufgabengebiet von Intensivpflegepersonen werden erweitert, und durch die zusätzliche Ausbildung sind Intensivpflegepersonen in der Lage, die größere Verantwortung im Vergleich zu Pflegenden im stationären Bereich zu tragen.

4 ETHISCHE ASPEKTE

Ethik wird oft missverstanden als eine fremdbestimmte Du-sollst-Ethik. Ethik stellt jedoch in der modernen Gesellschaft eine Orientierung für unser Denken und Urteilen dar. Wir können uns heute nicht nur auf Traditionen verlassen. Tradition hat zwar einen starken Einfluss auf unser Handeln, jedoch können wir unsere Handlungen damit nicht rechtfertigen. Eine pluralistische Gesellschaft muss ihre normativen Maßstäbe selber schaffen und begründen (vgl. Richter & Norberg, 2002, S. 9).

In der Medizin besteht ein enger Zusammenhang zwischen Ethik und Recht. Dies wird besonders deutlich bei den Entscheidungen am Lebensende. Problematisch dabei ist, dass ethische Probleme oftmals aus einem rein juristischen Blickwinkel betrachtet werden. Dabei sollten Pflegende sich mit den ethischen Konfliktthemen auseinandersetzen und in der Lage sein, ihre Entscheidungen ethisch zu rechtfertigen, da es nicht möglich ist, durch eine juristische Abklärung ethische Zweifel auzuräumen (vgl. Devrient, 2007, S. 43). In der Pflegepraxis stellt Ethik aber eher ein Randthema dar und die Auseinandersetzung mit Ethik löst oft Unbehagen aus, da die Ethik unsere Handlungen im Alltag hinterfragt und unsere moralischen Vorstellungen in Frage stellt. Doch gerade bei den Entscheidungen am Lebensende ist eine umfassende ethische Reflexion notwendig, da bei diesen Entscheidungen oftmals ethische Konflikte entstehen.

Im Alltag haben die Begriffe Ethik und Moral oftmals die gleiche Bedeutung für uns. Jedoch sollten diese zwei Begriffe nicht gleichgesetzt bzw. verwechselt werden, da die Begriffe nicht identisch sind. Unter Ethik versteht man die selbstreflexive Theorie der Moral. Es wird das menschliche Handeln unter dem Gesichtspunkt von Gut oder Böse beurteilt. Im Gegensatz dazu versteht man unter Moral die Handlungsnormen, Grundhaltungen, Wertvorstellungen und Sinnvorstellungen einer Gesellschaft oder einer Gruppe (vgl. Körtner, 2004, S. 16). Lay schreibt hierzu: *„Ethik ist eine Theorie, die zur Klärung des moralischen Selbstverständnisses verhelfen kann.“* (Lay, 2004, S. 29). Ethik soll aufklären und transparent machen, aus welchen Wertquellen konkretes menschliches Handeln kommt. Sie soll die Moral legitimieren und bestehende Normen

überprüfen. Weiteres wird von der Ethik erwartet, dass sie uns Prinzipien und Normen zur Verfügung stellt und unsere Handlungen auf ihre Sittlichkeit überprüft. Ethik bietet die Möglichkeit der Überprüfung und Korrektur der möglicherweise unmoralischen Praxis und vermag zur moralischen Kompetenz anzuleiten (ebd., S. 30ff).

In der Literatur wird von einigen Autoren die Bezeichnung ethisch vermieden und der Begriff „ethisch“ durch „moralische“ Urteilsfindung oder „moralische Entscheidungsfindung“ ersetzt. Von Lay wird aber der Begriff „ethische Entscheidungsfindung“ bevorzugt, da der Prozess der Entscheidungsfindung ein ethischer Prozess ist. Aus dieser ethischen Reflexion kann möglicherweise moralisches Handeln entstehen (vgl. Lay, 2004, S. 160f). Lay schreibt: „Wer moralisches Handeln reflektiert, denkt ethisch“ (Lay, 2004, S. 160).

4.1 Ethische Perspektiven in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende

In der pflegerischen Praxis, insbesondere bei den Entscheidungen am Lebensende, entstehen für Pflegende häufig ethische Konflikte, welche sehr belastende Auswirkungen haben können. Zum einen sind es pflegerische Konflikte wie z.B. begrenzte zeitliche Ressourcen für den Sterbenden, oder auf der anderen Seite Konflikte, welche durch unterschiedliche Einstellungen von Medizin und Pflege im Hinblick auf den Therapieabbruch zustande kommen. Da sich diese Konflikte negativ auf die Pflegequalität auswirken können, ist es notwendig, konkrete Hilfen, die als Leitlinien dienen können, zur Verfügung zu stellen. Mit diesen Hilfen soll es möglich sein, in den Konfliktsituationen besser zurecht zu kommen und pflegerisch ethische Verantwortung übernehmen zu können.

4.1.1 Prinzipien und Grundregeln der Pflegeethik

Die Fragen nach ethisch verantwortlichem Handeln wurden in der modernen Gesellschaft von heute derart komplex, dass es in den letzten Jahrzehnten zur Entstehung verschiedener Bereichsethiken gekommen ist.

Ethik in der Pflege ist eine Bereichsethik, welche neben Ethik in der Medizin und Ethik anderer Berufe des Gesundheitswesens, der Ethik im Gesundheitswesen zugeordnet wird. Ethik im Gesundheitswesen beinhaltet alle moralischen Fragen, die in

Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit im Laufe des Lebens auftreten. Die Entscheidungen am Lebensende sind ein großes Thema in der Medizinethik. Diese Thematik ist jedoch auch für die Pflege von Bedeutung, und somit sollte die Pflege ebenfalls ihren Beitrag dazu leisten und sich ihre eigene Meinung bilden (vgl. Arndt, 2007, S. 17).

Laut Körtner ist eine spezifische Pflegeethik notwendig, da die Pflegepersonen im Vergleich mit anderen an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen den meisten Patientenkontakt haben und die Pflegenden für ihre Handlungen im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs die alleinige Verantwortung tragen. Medizinische und pflegerische Fragen überschneiden sich zwar sehr häufig, jedoch verfolgen Medizin und Pflege oftmals unterschiedliche Ziele (vgl. Körtner, 2004, S. 5).

Die unterschiedlichen Problembereiche lassen sich zum einen durch die unterschiedlichen rechtlichen Kompetenzen erklären und zum anderen ergeben sich durch den intensiveren Kontakt zum Patienten spezielle ethische Probleme, die Pflegenden betreffen (vgl. ebd., S. 44). Weiters steht in der Medizin der therapeutische Imperativ der Heilung der Krankheit und die Erhaltung des Lebens im Vordergrund, und das Sterben eines Patienten wird oft als Niederlage empfunden. In der Pflege wird im Gegensatz dazu die gute Pflege und Begleitung eines chronisch kranken Patienten mit infauster Prognose als Erfolg wahrgenommen. Der Imperativ der Fürsorge spielt in der Pflege eine bedeutende Rolle. Es steht nicht nur die Wiederherstellung von Gesundheit im Vordergrund, sondern eben auch die qualitativ hochwertige Begleitung und ein Sterben in Würde (vgl. ebd., S.41). Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass es unterschiedliche Sichtweisen und Aufgabengebiete von Medizin und Pflege gibt. Da der Patient im Mittelpunkt beider Disziplinen steht, sind Medizin und Pflege eng verbunden und es kommt daher zu Überschneidungen in vielen Bereichen.

Eine eigenständige Pflegeethik ist notwendig, um die Themenbereiche zu behandeln, die in anderen Bereichsethiken nicht thematisiert werden, aber für die Pflege relevant sind. Körtner schlägt aber kein Modell vor, in dem die Pflegeethik neben der Medizinethik steht und die Berufsgruppen sich voneinander abgrenzen „[...] sondern, ein integratives Konzept, das von der wechselseitigen Beeinflussung und Kooperation

der verschiedenen Berufe ausgeht, wie es der Arbeit im interprofessionellen Team entspricht [...]“ (Körtner, 2004, S. 45).

Folgende Grafik stellt das Verhältnis von Pflegeethik und Medizinethik dar:

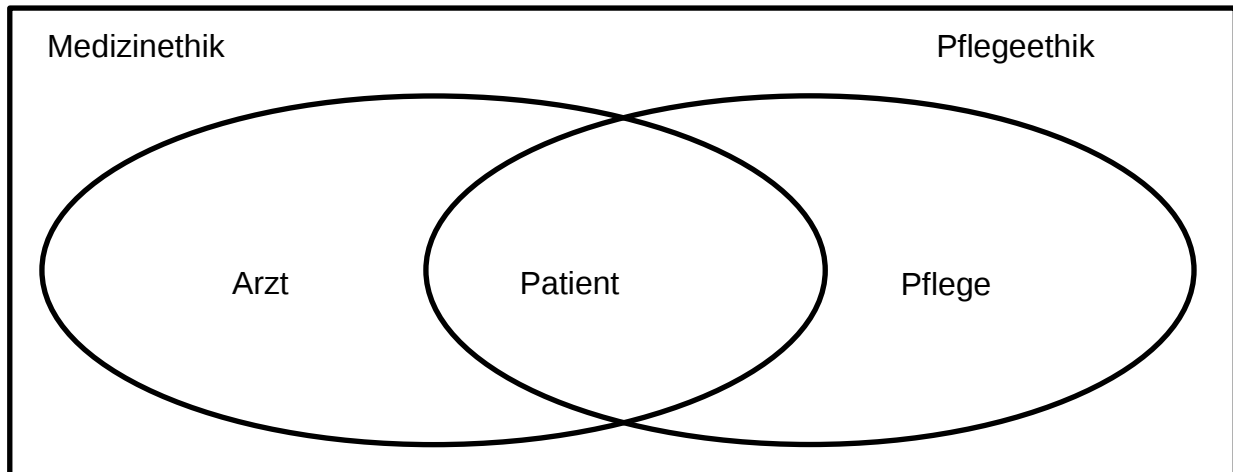


Abb.3: Darstellung des Verhältnisses von Pflegeethik und Medizinethik (vgl. Körtner, 2004, S. 46)

Wie man in dieser Grafik erkennen kann, steht bei beiden Bereichsethiken der Patient im Mittelpunkt und bildet so die Schnittmenge von Pflegeethik und Medizinethik (vgl. Körtner, 2004, S. 46).

Lay beschreibt Ethik in der Pflege als Reflexion moralischer Aspekte in allen Handlungsfeldern der Pflege. Von den vier Handlungsfeldern ist Ethik in der Pflegepraxis der am weitesten entwickelte Teilbereich. Zu den Themen Ethik in der Pflegepädagogik, Ethik im Pflegemanagement und Ethik in der Pflegewissenschaft gibt es im Gegensatz dazu noch sehr wenig Literatur (vgl. Lay, 2004, S. 67). Lay (2004, S. 81) definiert Ethik in der Pflegepraxis (Pflegeethik): „[...] als Reflexion moralischer Aspekte der Pflegepraxis. Sie besteht nicht alleine aus der pflegerischen Berufsethik, sondern befasst sich als Kern der Ethik in der Pflege umfassend mit moralischen Fragen beruflicher und nichtberuflicher Pflegepraxis. Pflegeethik geht somit über eine reine Berufsethik hinaus.“

Auf das besondere Gewicht der Ethik in der Pflegepraxis weist auch Arndt (Arndt, 2007, S. 17) hin. Sie schreibt hierzu: „Es gilt, die ethische Bedeutung unseres Handelns im Alltag zu verstehen und hier eine Position zu beziehen [...]“. Ethik in der Pflege ist somit ein integraler Bestandteil der täglichen Pflegepraxis.

Weiters schreibt Van der Arend (Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 54): „Die Tendenz zu mehr Technik und Funktionalität in der Pflege geht mit einer tatsächlichen Besorgnis um die ethische Qualität der erbrachten Pflege einher“. Die Pflege muss aus diesem Grund heute über ihr professionelles Handeln aus dem ethischen Blickwinkel nachdenken.

Ethik in der Pflege ist eine große Herausforderung für die Pflegepersonen. Es geht hierbei um moralische Fragen der Praxis und um die Begründung moralischen Handelns.

4.1.2 Care-Ethik (Fürsorgeethik)

Im aktuellen pflegeethischen Diskurs dominiert das Modell der Care-Ethik. Dieses Modell ist antipaternalistisch, egalitär-professionsorientiert und antimedizinisch (vgl. Körtner, 2004, S. 92).

Diese Fürsorgeethik hat ihren Ursprung in der feministischen Ethik, da die Sorge eine traditionell weibliche Aufgabe war. Das sorgende Zugewandt sein wird heute als Grundlage der Pflegeethik anerkannt (vgl. Devrient, 2007, S. 21). Watson (1996) schrieb dazu: „Die zwischenmenschliche Zuwendung ist das moralische Ideal der Pflege“ (zit. in Devrient, 2007, S. 21). Großklaus-Seidel (2002, S. 206) schreibt: „Das Ethos der Fürsorge ist im pflegerischen Bereich zu einer Grundhaltung und zu einem rechtfertigenden Prinzip für die alltägliche Arbeit geworden“.

Care-Ethik möchte die doppelte Asymmetrie in der Pflege ausgleichen. Pflege soll Hilfe zur Selbsthilfe sein und die Mitarbeit des Patienten fördern und fordern. In der Care-Ethik sind Pflegende für das Wohlbefinden ihrer Patienten verantwortlich und die Handlungen müssen im Sinne der Patienten sein. Jedoch hat dieses Prinzip auch seine Grenzen. Ein Problem der Care-Ethik ist, dass es auch Patienten gibt, bei denen aufgrund ihrer Erkrankung eine laufende Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes vorliegt und diese somit im weiteren Verlauf auf mehr Pflege angewiesen sind. Weiteres ist das Prinzip der Fürsorge mit dem Prinzip der Autonomie und dem Prinzip der Gerechtigkeit nicht immer vereinbar (vgl. Körtner, 2004, S. 92). Ein Problempunkt der Care-Ethik ist auch die Entwicklung von Nähe zwischen Patienten und Pflegeperson, da diese Nähe sehr belastend für Pflegende

werden kann. Aus diesem Grund müssen Pflegende ihre eigenen Grenzen in Bezug auf persönliche Zuwendung und Engagement kennen und professionelle Distanz bewahren, um psychischen Belastungen vorzubeugen (vgl. Devrient, 2007, S. 21). Hoffmann (1999) schreibt: „Der Umgang mit Nähe und Distanz wird in der Pflege als schwieriger Balanceakt erlebt. Emotionale Zuwendung ist ein wesentlicher Bestandteil beruflicher Pflegearbeit, die aber im konkreten Fall immer wieder mühsam zwischen professioneller Nähe und Distanz austariert werden muss“ (Fölsch, 2008, S. 23). Es ist für Pflegende notwendig, genügend Abstand zum Patienten zu wahren, denn nur so ist es möglich professionell zu handeln.

Körtner (2004, S. 93) schreibt dazu: „[...] Auch wenn das Ethos des Pflegeberufs im allgemeinen Ethos des Helfens und Pflegens gründet, lässt sich das allgemeine Modell von Helfen und Fürsorge nicht ohne weiteres auf das professionelle Handeln anwenden [...] Zur professionellen Pflege gehört die Fähigkeit zur ethisch begründeten (!) Selbstbegrenzung in der Fürsorge“.

Das Prinzip der Fürsorge kann auch in Form „[...] eines emotional ausgerichteten Strebens nach Verwirklichung übergeordneter Werte [...]“ (Lay, 2004, S. 222) gedeutet werden. Care-Ethik bedeutet Sorge um das Wohlbefinden und Wahrung der Autonomie und Würde des Patienten. Aus diesem Blickwinkel steht das ständige Bemühen der Intensivpflegenden, den Patienten sauber und gepflegt aussehen zu lassen, nicht in Zusammenhang mit hygienischen Vorgaben, Dekubitusprophylaxe, etc., sondern Pflegende versuchen auf diesem Weg die Würde des Patienten zu achten. Weiters wollen Pflegepersonen durch das gepflegte äußere Erscheinungsbild des Patienten erreichen, dass die Situation weniger bedrohlich wirkt (vgl. Lay, 2004, S. 222).

Arndt (2007, S. 81) zeigt auf, „dass Pflegende die größte Befriedigung und Erfüllung ihrer moralischen Vorstellungen von Pflege erfahren, als sie in Beziehung traten zu konkreten, einzelnen Patienten, bei denen diese Beziehung auf der Grundlage pflegerischer Fachkompetenz gelingen konnte und nicht zufälliges Ergebnis funktioneller Organisation war“.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Pflegende für das Wohlbefinden der Patienten verantwortlich sind und der moralische Sinn pflegerischer Handlungen

sich in der Sorge um den Patienten findet. Jedoch muss hier auch festgestellt werden, dass das Prinzip der Care-Ethik wie erwähnt seine Grenzen hat.

4.2 Ethische Entscheidungsfindung in der Pflege

Insbesondere in der Intensivmedizin werden Pflegende fast täglich mit zahlreichen ethischen Problemen konfrontiert. In diesen ethischen Entscheidungssituationen entstehen oft moralische Unsicherheiten bei den Pflegenden. Es ist notwendig, auf ethische Theorien zurückgreifen zu können, um mit diesen die Entscheidungsfindung systematisch hinterfragen zu können. Ein methodisch gesicherter Weg ist notwendig, damit die professionelle Pflege ihre Gedanken und Handlungen reflektieren kann und somit eine Lösung des Problems möglich wird (vgl. Fölsch, 2008, S. 35).

Van Schayck (2000) definiert ethische Entscheidungsfindung folgendermaßen: „Eine Entscheidung ist eine zielgerichtete Tätigkeit, bei der aus mehreren Handlungsmöglichkeiten eine Variante ausgewählt wird (zit. in Lay, 2004, S. 160).

Besonders bei Entscheidungen am Lebensende kommt es jedoch bei Pflegenden häufig zu moralischen Dilemma oder Konfliktsituationen. Als moralisches Dilemma bezeichnet man eine Situation, in der mehrere Möglichkeiten der Entscheidung zur Verfügung stehen. Das Problem besteht jedoch darin, dass alle Möglichkeiten gleich schlecht sind und kein Weg ein befriedigendes Ergebnis bringen wird. Da aber eine Entscheidung getroffen werden muss, müssen die negativen Konsequenzen letztendlich akzeptiert werden (vgl. Arndt, 2007, S. 76). Im Gegensatz dazu kann bei ethischen Problemen oder Konflikten grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass befriedigende Lösungen möglich sind (ebd., S. 80).

Die ethische Urteilsbildung wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Zu diesen zählen individual- und sozialpsychologische Faktoren wie persönliche Distanz, welche die Orientierung an ethischen Prinzipien stärkt, oder die persönliche Betroffenheit, welche das Urteilen nach ethischen Prinzipien schwächt. Individuelle und soziokulturelle Faktoren wirken sich bereits bei der Wahrnehmung und Bewertung der ethischen Probleme aus. Der Prozess zur ethischen Beurteilung steht in engem Zusammenhang mit persönlichen Vorstellungen und der aktuellen Tagesbefindlichkeit. Weiters spielen Gefühle eine nicht unbedeutende Rolle bei der Urteilsbildung (vgl.

Lay, 2004, S. 161). Da diese Gefühle aber auch hinderlich im Prozess der Entscheidungsfindung sein können, beschreibt Lay (2004, S. 161) zwei Empfehlungen zur ethischen Entscheidungsfindung:

- „1. ethische Einschätzungen möglichst nicht als Einzelner vornehmen, sonder im Gespräch mit anderen Menschen;
2. (teil-)strukturierte multiperspektivische Verfahren zur ethischen Entscheidungsfindung anwenden“.

Amelung (1992) unterscheidet zwischen drei Ebenen der medizinischen Urteilsbildung. Diese Unterscheidung kann auch bei pflegerischen Problemen angewendet werden, da sich pflegerische und medizinische Probleme häufig überschneiden (vgl. Körtner, 2004, S. 114f) .

- Personale Ebene: Auf dieser Ebene wird die Aufmerksamkeit auf Gesundheit und Krankheit in Verbindung mit der Lebensgeschichte des Patienten gelegt. Die Fragestellung bezieht sich auf die Sinnhaftigkeit einer medizinischen oder pflegerischen Maßnahme, in Zusammenhang mit der Biographie des Patienten (vgl. ebd., S. 114f).
- Strukturelle Ebene: Da Gesundheit nicht nur ein individuelles Gut, sondern auch ein soziales Gut ist, wird hier die Abhängigkeit vom System des Gesundheitswesens betrachtet. Ein zentrales Thema ist auf dieser Ebene das Problem der Verteilungsgerechtigkeit (vgl. ebd., S. 115).
- Kulturelle Ebene: Hier werden allgemeine Normen und Werte der Gesellschaft betrachtet und interkulturelle und transkulturelle Pflegefragen behandelt. Eine Fragestellung auf dieser Ebene ist z.B. die Frage nach dem Menschenrechtsverständnis, da die dieser zugrundeliegende Menschenwürde abhängig vom kulturellen Kontext ist (vgl. ebd., S. 115).

In Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit lassen sich pflegerelevante Fragen auf diesen drei Ebenen diskutieren. Auf personaler Ebene wird bei Patienten, bei denen ein Therapieabbruch angezeigt ist, der Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensgeschichte beachtet. Beim Vorliegen ausreichender Informationen über die Biographie des Patienten kann es möglich sein, Anhaltspunkte über den

mutmaßlichen Willen des Patienten herauszufinden. Auf der strukturellen Ebene geht es aus ethischer Sicht beim Therapieabbruch in erster Linie um Verteilungsgerechtigkeit. Da die finanziellen Ressourcen beschränkt sind, wird bei alten chronisch kranken Patienten oft die Frage aufgeworfen, ob man die finanziellen Mittel nicht anders besser verwenden könnte. Weiters stellt sich auch die Frage nach den zeitlichen Ressourcen der Pflegenden. Sterbebegleitung und Betreuung der Angehörigen sind sehr zeitaufwändig und so kann es durchaus zu Konflikten kommen, wenn die Ressourcen gleichmäßig verteilt werden sollen. Auf der kulturellen Ebene steht die Pflege von Patienten mit fremden Religionen und Kulturen im Vordergrund. Menschenrechte und die ihr zugrundeliegende Menschenwürde werden von den verschiedenen Religionen und Kulturen zum Teil unterschiedlich interpretiert, was wiederum zu Konflikten führen kann.

In der Literatur findet man eine große Anzahl strukturierter Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung und zur Beurteilung ethischer Fragen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurde als exemplarisches Beispiel ein Modell ausgewählt. Das Modell von Tschudin (1992), welches im Folgenden dargestellt wird orientiert sich am Pflegeprozess (vgl. Arndt, 2007, S. 81). Somit erscheint es in der Praxis gut anwendbar zu sein, da der Pflegeprozess jeder Pflegeperson vertraut ist.

Tschudin schreibt „Der Prozess moralischer Entscheidungsfindung ist:

1. Informationssammlung: Klarheit gewinnen über das anstehende Problem
2. Planung: Lösungsmöglichkeiten abwägen
3. Durchführung: Treffen einer Entscheidung für eine bestimmte Lösungsmöglichkeit; entsprechend handeln
4. Bewertung: Überprüfen der Resultate, unter Umständen wieder mit Schritt eins beginnen“ (Arndt, 2007, S. 81).

ad 1) In diesem Punkt wird versucht das Problem so klar als möglich darzustellen. Im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit können die Fragen unter anderem folgendermaßen gestellt werden: Geht es um die Verkürzung oder Verlängerung des Lebens des Patienten? Steht die Entscheidung in Zusammenhang mit der Lebensqualität des Menschen? Was ist das Gute und das Richtige? Sind die Rechte

eines Menschen gefährdet? Greift die Entscheidung in die Entscheidungsfreiheit bestimmter Personen ein? (vgl. Arndt, 2007. S. 81f).

ad 2) Hier wird versucht verschiedene Handlungsalternativen aufzuzeigen. Hierzu sollen alle Informationen, die über den Patienten vorhanden sind, und die eigene persönliche Lebenserfahrung, berücksichtigt werden. Pflegende können fragen, wer handeln kann, welche Möglichkeiten vorliegen und welche Konsequenzen diese nach sich ziehen (vgl. ebd., 2007. S. 82).

ad 3) In diesem Punkt wird die Debatte abgeschlossen, sich für eine bestimmte Vorgehensweise entschieden und in Folge entsprechend gehandelt (vgl. ebd., 2007. S. 83).

ad 4) Im Anschluss an die Durchführung erfolgt die Überprüfung des Resultats und weiters die Wahrnehmung der Folgen der moralischen Handlung. Unter anderem können folgende Fragen gestellt werden: Entsprechen die Folgen der Entscheidung den Erwartungen oder muss die Entscheidung revidiert werden? Können Regeln oder Vorgehensweisen für die Zukunft abgeleitet oder festgehalten werden? Wie kann die Entscheidung begründet werden? (vgl. ebd., 2007, S. 83).

Diese Modelle und auch andere Problemlösungsstrategien können zur Entscheidungsfindung beitragen. Jedoch funktionieren sie nicht wie Pflegestandards und garantieren somit nicht, dass unsere täglichen Handlungen wirklich gut und richtig sind. Ethische Probleme können nicht einfach mit einer Checkliste abgearbeitet werden, sondern verlangen die Probleme mit Einfühlungsvermögen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrung zu lösen (vgl. Körtner, 2004, S. 165). Die verschiedenen Modelle können die Pflegenden nicht von der Last der Entscheidung, vor ethischen Konflikten und den Schuldgefühlen, die diese begleiten, befreien. Jedoch kann durch diese Modelle die Situation besser erfasst werden und der Entscheidungsprozess dadurch nachvollziehbarer gemacht werden.

In der Intensivmedizin, wo rasches Handeln erwartet wird, bleibt oft keine Zeit, lange ethische Reflexionen anzustellen. Pflegende handeln oft spontan und erkennen erst später, dass sie eine ethische Entscheidung getroffen haben. Jedoch gerade in Bezug

auf Therapieabbruch bzw. Therapierückzug haben Pflegende Zeit nachzudenken und sich mit dem Problem auseinanderzusetzen. Diese Gelegenheiten bieten sich an, um ethische Entscheidungen bewusst einzuüben, um später in Situationen, in denen ethische Reflexion nicht möglich ist, moralisch richtig zu handeln (vgl. Arndt, 2007, S. 84).

4.2.1 Vier Prinzipien zur Entscheidungsfindung in der Pflegeethik - Principlism

Ein Möglichkeit zur Entscheidungsfindung liegt in der Anwendung von Prinzipien, wie dem Principlism.

Der Principlism von Beachcamp und Childress erlangte im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum sehr große Popularität, da ihrem Ansatz keine ethische Theorie und kein oberstes moralisches Prinzip zugrunde liegen (vgl. Lay, 2004, S. 48). Beachcamp und Childress beschreiben vier ethische Prinzipien mittlerer Reichweite, welche im Bereich des medizinischen und pflegerischen Handelns bei der Behandlung moralischer Probleme eine allgemeine ethische Orientierung bieten sollen. Der Principlism nimmt seinen Ausgang von den vier Prinzipien erster Ordnung, auf die im Folgenden weiter eingegangen wird (vgl. Pöltner, 2002, S. 43).

- Selbstbestimmung (respect for autonomy)

Autonomie bedeutet, dass jede Person das Recht hat, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen. Nach der Aufklärung und anschließender Überprüfung der Einsichtsfähigkeit sollte der Patient in seiner Entscheidungsfindung unterstützt werden, und seine Entscheidungen und Wertvorstellungen akzeptiert werden. Es lassen sich vom Autonomieprinzip die Aufklärungspflicht (informed consent) und der Respekt vor der Behandlungsverweigerung ableiten (vgl. Körtner, 2004, S. 117) .

„Menschen als Individuen zu respektieren, bedeutet in der Pflege, dass ihre Entscheidungen das Resultat ihrer persönlichen Überzeugungen und Wertvorstellungen sind, selbst wenn ihre Fähigkeiten vorübergehend oder dauerhaft aus Alters- oder Krankheitsgründen beeinträchtigt sind (moralische Autonomie, physische Autonomie). Die Förderung der Autonomie führt zur Individualisierung der Pflege“ (ebd., S. 146). Pflegende sollten im Falle der Einwilligungsunfähigkeit des

Patienten bemüht sein, den mutmaßlichen Patientenwillen herauszufinden, um so die Autonomie des Patienten wahren zu können.

- Schadensvermeidung (nonmaleficence)

Das Prinzip der Schadensvermeidung bedeutet, dass dem Patienten kein Schaden zugefügt werden darf. Bei vielen Bandlungen kann es aber vorkommen, dass der Patient im Rahmen einer Therapie geschädigt wird. Als Beispiel wird hier die Reanimation genannt. In erster Linie wird hierbei das Prinzip der Schadensvermeidung geltend gemacht, da der Patient ohne Reanimation versterben würde. Jedoch kann es durch die Reanimation zu einem Sauerstoffmangel im Gehirn kommen und somit zu einer irreversiblen Schädigung des Gehirns. Unter Berücksichtigung der fatalen Folgen eines Sauerstoffmangels ist es notwendig darüber nachzudenken, ob eine Reanimation sinnvoll ist, oder ob es besser ist die Reanimationsmaßnahmen abubrechen.

In der Pflege kann Schadensvermeidung unter anderem bedeuten, dass die Pflegemethoden so gewählt werden, dass sie maximalen Nutzen und minimales Risiko mit sich bringen. Die Pflege sollte auf den Patienten zugeschnitten sein und die Vermeidung von Schmerz und Leid sollte ein zentraler Punkt in der Behandlung sein. Weiters zählt das Erkennen potentieller Gefahren zum Aufgabenbereich der Pflege (vgl. Körtner, 2004, S. 150).

- Fürsorgepflicht (beneficence)

Das Prinzip der Fürsorge bedeutet, dass zum Wohl des Patienten gehandelt wird und die Gesundheit wieder hergestellt wird. Dieses Prinzip kommt aber häufig in Konflikt mit dem Prinzip der Schadensvermeidung. Als Beispiel wird hier die Chemotherapie angeführt. Bei entsprechender Diagnose ist eine Chemotherapie indiziert, da es ohne diese es sehr wahrscheinlich zu einer Ausbreitung des Tumors bzw. der Metastasen kommen wird. Bei der Chemotherapie ist aber oftmals mit starken Nebenwirkungen zu rechnen. Somit stellt sich bei einem Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand die Frage, ob die Chemotherapie zum Wohl des Patienten ist oder es ihm eher schadet. Dadurch kann ein Konflikt mit dem Prinzip der Schadensvermeidung entstehen.

Der SBK (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegemänner) (zit. in Körtner, 2004, S. 148) schreibt hierzu: „In der Pflege bedeutet die Pflicht, Gutes zu tun, den Zugang zu einer bestmöglichen Pflege für alle zu ermöglichen [...] Heutzutage ist es allgemein anerkannt, dass das »Gute« in der Pflege nur aus einer gemeinsamen Anstrengung zwischen allen anwesenden Betroffenen hervorgehen kann“.

- Gerechtigkeit (justice)

Das Prinzip der Gerechtigkeit sagt aus, dass für jeden Mensch der Zugang zu einer adäquaten Behandlung bestehen muss und die Gesundheitsleistungen und Ressourcen fair verteilt werden (vgl. Körtner, 2004, S. 125). Gleiche Fälle sollten somit gleich behandelt werden.

Die Anwendung dieses Prinzips auf die Pflege bedeutet: „ [...] dass die Pflegende jeder Person, die Pflege benötigt, dies auf kompetente Weise zukommen lässt, und zwar unabhängig von deren Alter, Hautfarbe, Glauben, Kultur, Invalidität, Geschlecht, Nationalität, Politik, Rasse oder sozialem Status“ (ebd., S. 152). Ein Beispiel für das Prinzip der Gerechtigkeit ist die Verteilung der zeitlichen Ressourcen der Pflege. Auf der einen Seite steht der sterbende Patient bei dem eine Heilung ausgeschlossen ist und er bald versterben wird und auf der anderen Seite ein Patient bei dem weiterhin ein kurativer Ansatz verfolgt wird. Sollte die Pflegeperson in diesem Fall ihre zeitlichen Ressourcen zugunsten des Patienten mit kurativem Ansatz verteilen und dem sterbenden Patienten nur wenig Aufmerksamkeit schenken, so liegt eine Verletzung des Prinzips der Gerechtigkeit vor.

Ergänzt werden die vier Prinzipien durch die Prinzipien zweiter Ordnung. Zu diesen zählen:

- Regeln der Wahrhaftigkeit
 - Wahrung der Privatsphäre
 - Schweigepflicht und Vertrauenswürdigkeit
 - Berufsbezogene Tugendethik (enthält Leitbilder und Grundeinstellungen)
- (vgl. Körtner, 2004, S. 118).

Bei der Anwendung des Principlism ist es notwendig, alle vier Prinzipien zu betrachten, um sie dann, ausgehend vom eigenen Moralempfinden, gegeneinander abzuwägen. Sie sind nur dann verpflichtend, solange sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren. Keines der Prinzipien hat Vorrang gegenüber dem anderen, da von Beauchamp und Childress keine Rangordnung vorgegeben wurde. Ein Vorteil des Principlism ist, dass er unabhängig von einer übergeordneten ethischen Basistheorie in einer von Wertepluralismus und Religionsvielfalt gekennzeichneten Gesellschaft akzeptiert werden und somit in der Praxis leicht angewendet werden kann. Es ist möglich, individuelle Entscheidungen zu treffen (vgl. Pöltner, 2002, S. 43f). Weiters ist es durch die vier Prinzipien möglich, ethische Probleme im klinischen Alltag zu identifizieren und strukturiert zu verarbeiten. Es wird die Beschäftigung mit Handlungsalternativen gefördert (vgl. Körtner, 2004, S. 119). Der Principlism bringt in der Praxis aber auch Probleme mit sich. Als Nachteil zeigt Pöltner auf, dass für die Prinzipien erster Ordnung keine Rangordnungskriterien für den Konfliktfall zur Verfügung stehen und somit entweder nach subjektivem Empfinden entschieden werden muss, oder es werden übergeordnete Theorieansätze herangezogen, die der Principlism eigentlich überwinden möchte. Somit kann es in diesem Spannungsfeld zum Auftreten erneuter Konflikte kommen. Weiters fehlt den Prinzipien erster Ordnung die theoretische Begründung. Sie spiegeln nur die vorherrschende Moral wieder. Somit ist es auf diesem Weg nicht möglich, neu auftauchende Probleme einer normativen Prüfung zu unterziehen (vgl. Pöltner, 2002, S. 43ff).

Die oben genannten Prinzipien der Medizinethik können auch bei der ethischen Entscheidungsfindung in der Pflege angewandt werden. Obwohl der Principlism keine klare Antwort über richtig oder falsch gibt und die einzelnen Prinzipien einen großen Spielraum bei der Auslegung lassen, kann der Principlism in pflegerischen Konfliktsituationen als Richtlinie bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein.

4.3 Ethische Grundregeln für die Pflege: ICN – Ethikkodex

Der ICN (International Council of Nurses) ist ein internationaler Dachverband, unter dem die nationalen Berufsverbände der Pflege zusammengeschlossen sind. Durch den ICN werden weltweit Millionen von Pflegenden vertreten. Ziele des ICN sind die

Sicherung der Pflegequalität und der Einsatz einer adäquaten Gesundheitspolitik weltweit. Österreich wird durch den Österreichischen Krankenpflegeverband im ICN vertreten (vgl. Fölsch, 2008, S. 37).

Ethikkodizes können eine Hilfe zur Orientierung bei der medizin- und pflegeethischen Urteilsbildung darstellen. Folgende Texte sind für die Medizinethik und Pflegeethik von Bedeutung:

- „Der Eid des Hippokrates
- Das Genfer Ärztegelöbnis (Weltärztebund 1948, 2. Fassung 1968)
- Helsinki-Tokyo-Deklaration zur biomedizinischen Forschung (Weltärztebund 1975, zuletzt aktualisiert 2000)
- ICN-Ethikkodex für Pflegende (Basic Principles of Nurses des ICN 2000) (ÖGKV, DBfK, SBK)“ (Körtner, 2004, S. 139)

Berufskodizes sollen Ziele, Werte, Normen und ethische Verhaltensregeln einer Berufsgruppe vorgeben. Weiteres stellen sie dar, was die Öffentlichkeit von dieser Berufsgruppe erwarten kann. Von Berufskodizes können jedoch keine genauen Handlungsanweisungen in konkreten Situationen erwartet werden.

Der ICN-Ethikkodex ist ein normativer ethischer Rahmen, der die Ziele und Charaktereigenschaften der Pflege darstellt. Der ICN-Ethikkodex ist sehr allgemein formuliert, da er so weltweit angewendet werden kann. In erster Linie soll er den Pflegepersonen in der Praxis als Leitfaden dienen. Im Folgenden werden wichtige Aussagen des Berufskodex angeführt und im Kontext der vorliegenden Arbeit erläutert.

Laut der Präambel des ICN-Ethikkodex (siehe Anhang) haben Pflegende folgende Aufgaben: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.“ Eine Grundbedingung zur Ausübung professioneller Pflege ist „[...] die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung.“ Pflegerisches Handeln richtet sich an das „[...] Wohl des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte [...]; sie

koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen“ (ICN-Kodex, S. 164).

In der Präambel wird unter anderem die Rolle der Pflege zur Steigerung des Wohlbefindens angesprochen. Dies kann in der Intensivmedizin die Linderung von Schmerzen bedeuten. Die Schmerztherapie wird zwar von dem Arzt angeordnet, die Durchführung und Kontrolle der Wirksamkeit der Schmerzmedikation obliegt aber der Pflegeperson.

Weiteres gliedert sich der ICN-Ethikkodex in vier Abschnitte, in denen ethische Verhaltensweisen dargestellt werden.

„1. Pflegende und ihre Mitmenschen: Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden [...]“ (ICN-Kodex, S. 164).

Aus diesem Punkt geht deutlich hervor, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, besonders bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit, zu achten ist. Die Pflegeperson kann hier eine Funktion des Fürsprechers für den Patienten übernehmen, da sie durch die Nähe zum Patienten meist viele Informationen über den Patienten besitzt.

„2. Pflegende und ihre Berufsausübung: Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung [...]“ (ICN-Kodex, S.165)

Die laufende Fort- und Weiterbildung ist gerade im Zusammenhang mit dem Thema Therapieabbruch besonders von Bedeutung, da die Teilnahme an ethischen Diskussionen ein grundlegendes ethisches Hintergrundwissen und Kompetenzen in der Kommunikation voraussetzt.

„3. Pflegende und ihre Profession: [...] Über ihren Berufsverband setzt sich die Pflegeperson dafür ein, dass sichere, sozial gerechte und wirtschaftliche

Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden“ (ICN-Kodex, S. 165)

In diesem Punkt wird auf die Notwendigkeit, dass Pflege ihre Interessen und Position vertritt, hingewiesen. Pflegende müssen in den verschiedenen Kommissionen, wie zum Beispiel Ethikkommissionen, wo ethische Grundsatzfragen diskutiert werden, vertreten sein, um ihren Standpunkt darstellen zu können. In der österreichischen Bioethikkommission war z.B. an der Erarbeitung der „Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ keine Pflegeperson beteiligt. Dabei hätten Pflegende hier ihren Beitrag leisten können, da diese Patienten von Pflegepersonen betreut werden und die Pflege eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung übernimmt.

„4. Pflegende und ihre Kolleginnen: Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit ihren Kolleginnen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche [...]“ (ICN-Kodex, S. 165).

Inwieweit eine gute Kommunikation im Behandlungsteam beim Therapieabbruch bzw. Therapierückzug möglich ist, steht in engem Zusammenhang mit der persönlichen Einstellung der Pflegenden zum Therapieabbruch.

Eine weitere Orientierungshilfe kann der „Ethik-Kodex für Intensivpflegende“ (siehe Anhang) der DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege) bieten. Intensivpflege hat eine besondere Rolle in der Intensivmedizin, da durch den intensiven Kontakt Pflegende die Patienten besonders gut kennen und somit die Rolle des Advokaten der Patienten und ihrer Angehörigen übernehmen können. Die ethischen Regeln der Intensivpflege sollen den Pflegenden ebenfalls eine Grundlage für moralisches Handeln bieten und können somit zur Professionalisierung der Pflege beitragen (vgl. Arndt, 2007, S. 159f).

Im Prinzip besitzen ethische Regeln keine eindeutige Ausrichtung auf bestimmte theoretische Ansätze. Die vordergründige Grundhaltung besteht aber in der Förderung des Wohlbefindens und der Linderung des Leids (vgl. ebd., 2007, S. 73). Ethische Regeln dienen der professionellen Pflege zur Qualitätssicherung. Ethikregeln erleichtern das Erkennen, die Analyse und die Lösung moralischer Probleme und

Konflikte. Die Implementierung dieser ethischen Regeln in die Praxis wird durch ethische Pflegekompetenz ermöglicht.

4.4 Ethische Pflegekompetenz

Die ethische Entscheidungsfindung in der Pflege setzt ethische Pflegekompetenz voraus. Laut Brenners Stufenmodell vom Anfänger zum Pflegeexperten, ist es notwendig, ethische Kompetenz zu fördern und zu entwickeln. Hierzu zählt unter anderem die praktische Einübung ethischer Urteilsbildung. Die Urteilsbildung kann in Form der Besprechung von Fallbeispielen geübt werden (vgl. Körtner, 2004, S. 130). Laut Brenner (2002) „setzt auch die ethische Urteilsbildung nicht nur den Erwerb von theoretischem Wissen und Methodenkenntnis voraus, sondern auch Erfahrung“ (zit. in Körtner, 2004, S. 130). Durch Erfahrung können Pflegende mit ethischen Konflikten reflektiert umgehen und alltägliche Situationen von Grenzsituationen unterscheiden. Weiters schreibt Körtner (2004, S. 131): „Brenners Modell der fünf Stufen der Pflegekompetenz eignet sich auch für ein Modell der Ethikkompetenz in der Pflege, weil es situativ und interpretativ ist“. Ethische Kompetenz setzt die Fähigkeit des kontextabhängigen Beurteilens voraus. Die Pflegeperson muss in der Lage sein, die Gesamtsituation zu erfassen und die in ihr relevanten Aspekte erkennen (vgl. Körtner, 2004, S. 131).

Pflegende unterscheiden zwischen subjektivem und objektivem Wissen. Unter subjektivem Wissen versteht man persönliche Beschreibungen eines Patienten über dessen Befindlichkeit. Weiters wird das menschliche Verständnis und das Mitfühlen der Pflegeperson als Gegenüber entwickelt. Diese Art von Wissen ist alleine aber nicht ausreichend, um eine Diagnose zu erstellen und eine Behandlung zu planen. Es ist notwendig, dieses subjektive Wissen zu theoretisieren und zu verallgemeinern, um z.B. im Fall des Schmerzes, die Ursache des Schmerzes erkennen zu können. Objektives, wertfreies und verallgemeinerndes Wissen ist notwendig, um von dem beschriebenen Befinden zu einem Befund zu kommen (vgl. Arndt, 2007, S. 49). Arndt schreibt weiters über die Notwendigkeit eines gelebten bzw. inhärenten Wissens. Dieses dritte Wissen ist notwendig um den Menschen als lebendige Einheit in seiner Ganzheit wahrzunehmen und es beruft sich auf das subjektive und objektive Wissen. Das gelebte Wissen beschreibt die Bedeutung der Symptome für den Patienten und

die gewonnenen Daten und Befunde werden mit der Lebenswelt des Patienten in Verbindung gebracht. Ausschließlich objektives oder subjektives Wissen wäre nicht ausreichend, da menschliche Erfahrungen und der Sinn des Menschseins viel komplexer sind, als man es mit diesen zwei Formen des Wissens abbilden könnte (vgl. ebd., S. 50).

„Der Bereich des inhärenten Wissens, stellt das Fundament dar, auf dem pflegerische Sorge jene moralische Legitimation erhält, die eine pflegerisch-therapeutische Beziehung zu einer solchen macht“ (Arndt, 2007, S. 50). Alle drei Formen des Wissens gemeinsam stellen das ethische Pflegewissen dar.

Körtner schreibt, dass für die ethische Urteilsbildung pflegeethische Kompetenzen notwendig sind, welche einhergehend mit der Pflegekompetenz erworben werden. Pflegeethische Kompetenz meint aber nicht nur die Anwendung allgemeiner Prinzipien, sondern, dass konkrete Situationen in ihrer Gesamtheit verstanden und beurteilt werden (vgl. Körtner, 2004, S. 137). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass man eine gelebte ethische Kompetenz im Alltag daran erkennt, wenn das theoretische Wissen in unterschiedlichen Situationen und Bedingungen angewendet werden kann.

Besonders hervorgehoben werden muss, dass es nicht ausreichend ist, nur theoretisches Wissen zu erwerben. Nur durch Üben des moralischen Handelns werden wir lernen moralisch zu sein (vgl. Arndt, 2007, S. 84).

Des weiteren können Führungskräfte in der Entwicklung ethischer Pflegekompetenz ihrer Mitarbeiter eine entscheidende Rolle spielen. Führungskräfte sollten ethische Kompetenz vermitteln und darauf achten, in welcher Weise sie mit moralischen Konflikten ihrer Mitarbeiter umgehen. Diese ethische Verantwortung zeigt sich durch die reflektierte Haltung der Führungskraft in den ethischen Konfliktsituationen, durch ihr Engagement, Handlungsabläufe zu verändern und Entscheidungen zu treffen (vgl. Städtler-Mach, 1998 in Großklaus-Seidel, 2002, S. 206).

4.5 Ethische Fallbesprechungen

In der Intensivmedizin sind bei Entscheidungen am Lebensende die ethischen Fragestellungen meist sehr komplex und die Patienten sind meist nicht äußerungsfähig. Des Weiteren haben die an der Entscheidung beteiligten Personen oft durch ihre unterschiedliche Sozialisation, Weltanschauung, Ausbildung und Berufserfahrung unterschiedliche Sichtweisen in Bezug auf den Fall. In unserer pluralistischen Gesellschaft ist es nicht mehr möglich auf allgemein verbindliche Wertüberzeugungen zurückzugreifen. Um Konflikte zu vermeiden und den Standpunkt aller Beteiligten aufzuzeigen, ist es notwendig, ethische Fallbesprechungen in den Alltag zu integrieren. Van der Arend (Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 139) schreibt dazu: „[...] ein ständiger ethischer Denk- und Abwägungsprozess ist mehr denn je notwendig, wenn man auf verantwortliche Weise zu inhaltlich begründeten Ansichten und Entscheidungen für schwierige ethische Problemsituationen kommen will“.

Generell unterscheidet man zwischen Ethikkommissionen und klinischen Ethikkomitees. Die Aufgabe von Ethikkommissionen besteht größtenteils in der Begutachtung von Forschungsprojekten. In klinischen Ethikkomitees werden im Gegensatz dazu Probleme der Praxis diskutiert und Entscheidungshilfen bei konfliktträchtigen Einzelfällen gegeben. In den USA haben sich klinische Ethikkomitees bereits etabliert, wo hingegen diese Einrichtung in Österreich kaum zu finden ist (Körtner, 2004, S. 136f).

Klinische Ethikkomitees haben einerseits die Aufgabe, die ethische Sensibilität und Urteilsfähigkeit der an der Behandlung Beteiligten zu fördern, und andererseits soll den Mitarbeitern, Patienten und deren Angehörigen eine Entscheidungshilfe in konkreten Konfliktfällen geboten werden. Aus diesen allgemeinen Zielen lassen sich die Aufgaben der Organisation in Form von Fort- und Weiterbildungen, die Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen, und die ethische Beratung bei schwierigen Entscheidungskonflikten im klinischen Alltag ableiten (vgl. Marckmann, 2007, S. 137f). In der ethischen Beratung werden die Haltung, die Interessen, die Standpunkte aller fachlich, sozial, menschlich und ethisch beteiligten Personen an einer Situation aufgezeigt (vgl. Dingen, 2004, S. 133). Ethikberatung schafft einen

Raum für Reflexion, wo die Möglichkeit geboten wird, die gelebte Praxis zu hinterfragen. Weiteres werden dadurch interdisziplinäre und kommunikative Kompetenzen gefordert und trainiert (vgl. ebd., S. 129). Letztendlich sollte in einer ethischen Fallbesprechung darüber diskutiert werden, was in Bezug auf eine spezielle Situation das Angemessene und das Beste für den Patienten ist und ob dies auch dem Willen des Patienten entspricht.

Durch Ehtikberatungen sind einer Reihe positiver Effekte zu erwarten. Ethikberatungen können zu einer Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung beitragen. Durch den Schutz der Patientenrechte wird das Vertrauen der Patienten in die Behandlungseinrichtung gestärkt und es kommt zu weniger nicht gewollten oder unnötigen Therapien. Durch die Einbindung der verschiedenen, an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, in den Entscheidungsprozess, steigt die Arbeitszufriedenheit aller involvierten Personen. Ethikberatungen sind anschlussfähig an das Qualitätsmangement und das Risikomanagement und können einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer ethischen Organisationskultur leisten (vgl. ebd., 2004 S. 135f). Ein weiteres Problem sind oftmals die unterschiedlichen Erwartungen von Ärzten, Pflegepersonen, Patienten und deren Angehörigen. Diese können durchaus sehr widersprüchlich sein. Deshalb ist es wichtig, diese Erwartungen zu kommunizieren, um Klarheit zu schaffen. Ethische Fallbesprechungen könnten beitragen, die unterschiedlichen Erwartungen der an der Behandlung beteiligten Personen aufzuzeigen. Oftmals kommt es bereits alleine durch die gemeinsame Fallbesprechung und Reflexion zu einer Lösung bestehender Probleme, welches die Entscheidungsfindung erleichtern kann (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 51).

Gleichzeitig kann es aber auch vorkommen, dass Ethikberatungen negative Folgen mit sich bringen. Sollten Ethikberatungen zur Durchsetzung normativer Präferenzen verwendet werden, so kann eine Verminderung der Pflegequalität die Folge sein. Werden Ethikberatungen unter ökonomischem Druck durchgeführt, besteht die Gefahr, dass es vermehrt zur Durchführung unerwünschter Behandlungen kommt. Weiters besteht die Möglichkeit, dass die Arzt-Patienten-Beziehung gestört wird oder falsche Hoffnungen geweckt werden (vgl. ebd., 2004, S. 136).

„Die Implementierung von Ethikberatungen sowie die Überprüfung und Sicherung ihrer Wirksamkeit werden für Organisationen zur ethischen Visitenkarte und damit zu einem transparenten Vertrauensfaktor für Patienten und MitarbeiterInnen“ (Dingens, 2004, S.137)

Hierbei gilt es zu bedenken, dass in die Versorgung des Patienten meist viele Berufsgruppen involviert sind. Deshalb erscheint es auch sinnvoll, bei der Diskussion ethischer Probleme, alle an der Behandlung beteiligten Personen einzubinden, um so möglichst viele ethisch relevante Daten zu erhalten. Es muss verhindert werden, dass ethische Betrachtungen zum Monopol einer einzelnen Gruppe wird (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 168). In einer pluralistischen Gesellschaft, wie dies heute der Fall ist, kann keine Gruppe oder Institution alleine von oben herab über Werte urteilen. Es ist erforderlich, Diskussionsprozesse über komplexe ethische Probleme zu fördern (vgl. Körtner, 2004, S. 69).

Der Interdisziplinäre österreichische Konsensus-Arbeitskreis für Therapiebegrenzung an der Intensivstation (2004, S. 765) empfiehlt: „Die Gesellschaften sprechen sich klar für eine strukturierte Entscheidungsfindung aus. Jede Intensivstation ist aufgefordert, sich formale Regeln zu geben, nach denen die Einbeziehung der Beteiligten und der Gesprächsprozess abläuft.“ Jedoch wird in diesem Konsensuspapier auch darauf hingewiesen, dass Ethikkommissionen (bestehend aus Personen, die nicht in die Behandlung eingebunden sind wie z. B. Primari, Pflegeleitung, etc.) nicht sinnvoll erscheint, da Personen, die nicht direkt in die Behandlung des Patienten involviert sind, zu wenig Erfahrung und Einblick haben, um die Entscheidung zum Therapieabbruch treffen zu können. Bei Unsicherheiten in Bezug auf die Entscheidung sollten andere Intensivmediziner zugezogen werden (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 765)

Leider haben sich Ethikberatungen bzw. ethische Fallbesprechungen in Krankenhäusern in Österreich bis heute nicht richtig etabliert. Ethikberatungen werden zwar bei besonderen Fällen durchgeführt, stellen aber nicht die Normalität in der Praxis dar. In großen Krankenhäusern haben sich zwar Ethikkommissionen etabliert, jedoch handelt es sich dabei meist um ethische Prüfungskommissionen, welche sich

primär mit ethischen Fragen der wissenschaftlichen Forschung beschäftigen und nicht mit ethischen Problemen der täglichen Praxis.

4.6 Menschenbild (Anthropologie)

Um die ethischen Probleme in Bezug auf den Therapieabbruch diskutieren zu können, ist es erforderlich, zuerst auf anthropologische Grundlagen einzugehen. Pflegeethischen Diskussionen geschehen vor dem Hintergrund grundlegender anthropologischer Fragen und deren zugrundeliegender Menschenbilder. „Das Menschenbild macht Aussagen über das Wesen (die Definition) des Menschen und den Sinn seines Lebens, über seine Beziehung zu Mitmenschen, zur Welt und zur Transzendenz“ (Grauhan, 1994, zit. In Lay, 2004, S. 177).

Es besteht die Notwendigkeit, die Situation des Patienten von seinen existenziellen Grundlagen her zu verstehen, da sonst die Gefahr besteht, dass die Krankheit anstelle des Patienten in den Mittelpunkt rückt. Wenn die Pflege von einem falschen Menschenbild ausgeht, dann drohen Situationen, in denen die Pflege unmenschlich wird (vgl. Wallner, 2007, S. 78).

Im Folgenden werden drei Menschenbilder die in der Intensivpflege relevant erscheinen, kurz vorgestellt.

4.6.1 Kartesianisches (mechanistisches) Menschenbild

Das kartesianische Menschenbild des französischen Philosophen René Descartes (1596-1650) betrachtet den Menschen in einem Dualismus. Nach dieser Vorstellung ist der Körper in zwei Bereiche getrennt. Das Gehirn stellt den Sitz des Geistes und des Bewusstseins dar und steuert die Materie. Durch diese Sichtweise ist es nicht möglich, den Menschen als Leib-Seele-Einheit zu betrachten (vgl. Beck, 2001, S. 72).

Der naturwissenschaftlichen Medizin diene das kartesianische Menschenbild als Grundlage. Es wird der Mensch als Maschine betrachtet und die Funktionsstörungen (Krankheit) des Körpers werden durch Reparatur (Heilung) der einzelnen Störungen behandelt. Psychische und soziale Aspekte spielen bei der Behandlung keine Rolle. Durch diese Art der Wahrnehmung des Menschen wurden große Fortschritte der Medizin möglich. Da sich die Pflege lange Zeit an der Medizin orientiert hat, spielte

das kartesianische Menschenbild auch in der Pflege lange Zeit eine Rolle (vgl. Lauber, 2001, S. 11).

4.6.2 Ganzheitliches Menschenbild

Die Bezeichnung ganzheitliches Menschenbild wird abgeleitet aus dem Begriff „Holismus“ (griech: Ganzheitslehre) und definiert den Menschen als Einheit von Leib, Seele und Körper (vgl. Lauber, 2001, S. 12). Die Orientierung der Pflege am kartesischen Menschenbild wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend von einem ganzheitlichen Menschenbild abgelöst. Der pflegerische Zugang zum Patienten charakterisiert sich durch Beziehung und dem Einbeziehen psychosozialer Aspekte. Denken kann nicht losgelöst vom Körper interpretiert werden, und somit distanziert sich die Pflege von der in der Medizin verbreiteten Sichtweise, den Menschen als Maschine zu betrachten (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 96). Eine der Vertreterinnen des ganzheitlichen Pflege ist Juliane Juchli. Sie beschreibt Ganzheit „im Sinne einer einzigartigen Struktur, die, bezogen auf den Menschen, nicht auf die Summe anatomisch-physiologischer Teile reduziert werden kann“ (Juchli, 1990, zit. in Himetzberger, 2006, S. 50). Des Weiteren besteht zwischen der Körper-Geist-Seele-Einheit und der Umwelt ein ständiges Zusammenspiel. Dies bedeutet, dass für die Pflege neben den körperlichen und psychosozialen Aspekten auch umweltbezogene Aspekte von Bedeutung sind. Ein Großteil der in der Praxis angewandten Pflege-theorien, orientiert sich am ganzheitlichen Menschenbild (vgl. Himetzberger, 2006, S. 50).

Im Pflegeleitbild (siehe Anhang) des Landeskrankenhauses Krems wird das Menschenbild wie folgend beschrieben:

„Pflege den Menschen – nicht seine Krankheit. Wir erkennen, dass jeder Mensch Gesundheit und Krankheit individuell wahrnimmt und befassen uns mit den menschlichen Erfahrungen und Bedürfnissen, welche mit Gesundsein und Kranksein, Krisensituationen und Behinderungen zu tun haben. [...]“ (Pflegeleitbild, 2001, S. 1).

4.6.3 Phänomenologische Sicht der Person: das sich selbst interpretierende Wesen

Brenner & Wrubel wählen einen phänomenologischen Zugang zur Erfassung der pflegerischen Praxis. Da wichtige Bestandteile der Pflege die sorgende Haltung und eine zwischenmenschliche Zuwendung sind, ist das Wissen über Techniken der Pflege und wissenschaftliche Erkenntnisse nicht ausreichend. Brenner & Wrubel lehnen die kartesischen Vorstellungen ab und stellen diesen eine phänomenologische Sicht der Person gegenüber (vgl. Friesacher, 2008, S. 69). Diese Sichtweise geht auf Heidegger zurück und „versteht die Person als »ein sich selbst interpretierendes Seiendes«“ (Brenner & Wrubel zit. in Friesacher, 2008, S. 70).

Wesentliche Aspekte dieser phänomenologischen Sicht der Person sind die verkörperlichte Intelligenz, durch welche die Trennung von Geist und Körper aufgehoben wird. Der Mensch macht unbewusst und nicht reflexiv Erfahrungen direkt über seinen Körper und nicht über sein logisches Denken (vgl. ebd., S. 70). Ein weiterer Aspekt ist das Welterkennen und der Bedeutungshintergrund. Hierunter verstehen Brenner & Wrubel das Hintergrundwissen, das eine Person durch das Eingebundensein in einer bestimmten Kultur entwickelt. Diese ermöglicht jedem Individuum die Welt auf seine eigene Art und Weise wahrzunehmen und zu verstehen (vgl. ebd., S. 71). Mit den Aspekten Sorge und Situation wird eine weitere spezifische Art der Weltverbundenheit ausgedrückt. Der Mensch hat Interesse an der Welt und ist in die Umwelt eingebunden. Menschen können eine Situation in Bezug auf das Selbst verstehen, da sie mit der Umwelt untrennbar verbunden sind. Durch den Einfluss, den die Umwelt auf die Person ausübt, kann es aber zum Beispiel im Falle einer Erkrankung zu einem Zusammenbruch des alten Seinsverständnisses kommen (vgl. ebd., S. 71).

Diese unwillkürliche Lebenserfahrung, wie sie aus der phänomenologischen Sicht bei Brenner & Wrubel beschrieben wird, spielt in der Intensivpflege beim bewusstlosen Patienten eine entscheidende Rolle. Mit dem phänomenologischen Menschenbild als Hintergrund kann der bewusstlose Mensch nicht als Objekt gesehen werden, sondern als kontinuierlicher Bestandteil der Person, dem eine würdevolle Pflege zusteht. Somit distanziert sich das phänomenologische Menschenbild von dualistischen Sichtweisen,

welche die Menschenwürde an die kognitive Leistungsfähigkeit koppeln (vgl. Hiemetzberger, 2006, S. 53).

Die besondere Relevanz des phänomenologischen Menschenbildes in der Intensivpflege lässt sich dadurch erklären, dass Pflegende im Gegensatz zu Intensivmedizinerinnen komplexere Beziehungen zum Patienten haben. Da Pflegende häufiger über längere Zeiträume und mit einer größeren Erwartungshaltung der Patienten konfrontiert werden, sind sie zu einer intensiveren Kommunikation, besonders in umfassender leiblicher Hinsicht gezwungen. Leibliche Kommunikation stellt die Grundlage aller Kontakte zwischen Menschen dar und funktioniert über bestimmte Kanäle, über welche Menschen täglich miteinander in Kontakt treten. Dualistische Sichtweisen haben in der Medizin auch ihre Berechtigung, da ohne sie wahrscheinlich keine so großen Fortschritte in der Intensivmedizin möglich gewesen wären. Jedoch aus pflegerischer Sicht ist dem phänomenologischen Menschenbild der Vorzug zu geben (vgl. Uzarewicz & Uzarewicz, 2006, S. 11ff).

4.7 Autonomie – Paternalismus

Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung ist der ärztliche Behandlungsvertrag. Der Arzt hat hierbei die Pflicht, den Patienten lege artis bestmöglich medizinisch zu versorgen (§49 Abs. 1 Ärztegesetz). Das Persönlichkeitsrecht auf Selbstbestimmung gibt dem Patienten das Recht, auf Behandlungen zu verzichten.

Der gesellschaftliche Wandel führte zu einem Pluralismus an biographischen Gestaltungsmöglichkeiten, welcher sich in einem Streben der Menschen nach Individualität zeigt. Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Selbstverwirklichung und die Angst vor Abhängigkeit werden zu wichtigen Themen im Leben vieler Menschen (vgl. Krug, 2006, S. 122). In der Vergangenheit folgten Ärzte bei nicht einwilligungsfähigen Patienten oft einer paternalistischen Grundhaltung und neigten eher dazu, zu viel für den Patienten zu tun, was das Sterben eines Intensivpatienten oft verlängerte. Heute versuchen sich Medizin und Pflege am mutmaßlichen Patientenwillen zu orientieren, um so die Autonomie des Patienten in seiner letzten Lebensphase zu achten.

In seinem ursprünglichen Sinn bedeutet Autonomie, aus seinem Inneren heraus nach seinem Gewissen zu handeln. „Autonom handelt, wer das als gut Erkannte tun und in diesem Sinn Urheber seiner Handlungen zu ist“ (Pöltner, 2002, S. 94). Sofern diese Entscheidungen nicht im Widerspruch zu den Überzeugungen anderer stehen, sind diese auch zu respektieren (vgl. ebd., S. 94).

Leider wird Patientenautonomie im klinischen Alltag oftmals als Erfüllung der Wünsche und Ansprüche des Patienten interpretiert und die Verantwortung der medizinischen Berufe wird so auf die Ausführung der Handlung reduziert. Der Anspruch nach Autonomie kann zu einer Überforderung des Patienten führen und beim Arzt die Abgabe der Verantwortung zur Folge haben. Weiteres besteht die Möglichkeit, dass Patienten durch die Ablehnung gewisser Maßnahmen die Patientenautonomie dazu benutzen, gewünschte Therapien zu erhalten (vgl. ebd., 2002, S. 95). Das Recht auf Autonomie immer als oberstes Prinzip anzuwenden, bedeutet das nicht Anerkennen von schwachen, nicht entscheidungsfähigen oder nicht entscheidungswilligen Menschen (vgl. ebd., S. 97). Arndt (2007, S. 54) schreibt: „Das Prinzip der Autonomie muss verstanden werden als Prinzip des Respektes vor der Personenwürde einzelner Menschen“.

Die paternalistische Fürsorge ist der Gegenpol zur Patientenautonomie. Paternalismus wird im medizinischen Sprachgebrauch gleichgesetzt mit „väterlicher Fürsorge“ und ist ein Handeln ohne oder gegen die Einwilligung des Patienten, welches sich an den Interessen des Patienten orientiert (vgl. Pöltner, 2002, S. 92). Im Extremfall führt paternalistische Fürsorge dazu, dass der Arzt bei Entscheidungen am Lebensende seine Vorstellungen umsetzt oder den Patienten beeinflusst, Macht ausübt und den Willen des Patienten nicht beachtet. Jedoch auf der anderen Seite ist Fürsorge auch ein wichtiges Element in der Arzt-Patienten-Beziehung, da autonom entscheiden zu können das Vorhandensein von Ressourcen voraussetzt (vgl. Fröschle, 2004, S. 37).

Menschen sind bereits in Gesundheit nur relativ autonom und im Falle einer Erkrankung nimmt die Autonomie weiter ab. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass der Patient, der im Normalfall meist ein medizinischer Laie ist, die Übersicht hat, was bei einer invasiven Therapie vor sich geht. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, ob man in der letzten Phase seines Lebens wirklich frei entscheiden kann, oder ob der

Wunsch weitere Behandlungen abzulehnen nicht vielleicht doch z.B. aus dem Grund entsteht, niemandem zu Last fallen zu wollen. Es stellt sich die Frage, ob Menschen nicht gerade in den schwierigen Lebenssituationen auf Hilfe anderer angewiesen sind (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 42). Heller (Schulze & Niewohner, 2004, S. 42) schreibt dazu: „[...] er ist angewiesen auf andere, er kann sich in seinem Menschsein eigentlich nur entwickeln in dieser Beziehung“.

Der zentrale Punkt bei der Diskussion um Autonomie und Fürsorge ist die Menschenwürde. In der Grundrechtscharta der Europäischen Union wurde niedergeschrieben: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2010). Heller beschreibt den Begriff Würde interaktiv und sagt: „Würde gibt es nur dort, wo Menschen einander würdigen und wo Organisationen Bedingungen herstellen, unter denen es Menschen möglich ist, sich würdig professionell und menschlich aufeinander zu beziehen“ (Heller zit. in Schulze & Niewohner, 2004, S. 43). In diesem Sinn erhält der Begriff Würde einen kommunikativen, interaktiven und organisationalen Aspekt (ebd., S. 43).

Es sollte möglich sein, dass der Patient seine Autonomie wahrnimmt wenn er dies kann und möchte, oder aber darauf verzichtet, wenn er nicht in der Lage ist autonom zu entscheiden (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 44). Das Recht auf Autonomie immer als oberstes Prinzip anzuwenden bedeutet, das nicht Anerkennen von schwachen, nicht entscheidungsfähigen oder nicht entscheidungswilligen Menschen (vgl. Pöltner, S. 97). Fürsorglich zu Handeln und somit stellvertretend Entscheidungen zu treffen bedeutet nicht automatisch eine Verletzung des Rechts auf Selbstbestimmung. Eine funktionierende, Arzt-Patienten-Beziehung braucht das Anerkennen des Rechts auf Selbstbestimmung genauso wie die ärztliche Fürsorge (vgl. ebd., S. 98). Gerade in der Intensivmedizin ist die alleinige Wahrung der Autonomie des Patienten nicht ausreichend. Es ist notwendig Paternalismus durch Fürsorge zu erweitern, um den Patienten auf der Intensivstation adäquat betreuen zu können (vgl. Bavastro, 2001, S. 129).

In der Pflege wurde lange Zeit die paternalistische Deutung der Pflegebeziehung unterstützt. Die Pflegeperson nahm dabei Stellung einer autoritären Mutter ein (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 69). In den letzten Jahrzehnten wurde der

Paternalismus vom Prinzip der Autonomie verdrängt. In seiner radikalen Form geht das Prinzip davon aus, dass der Patient das Recht zur freien Entscheidung hat, solange seine Entscheidungen nicht mit denen anderer kollidieren. Einer der Punkte, der gegen das Autonomieprinzip spricht, ist jener, dass man nicht davon ausgehen kann, dass jeder Mensch zu jeder Zeit in der Lage ist, autonom Entscheidungen zu treffen (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 69).

Auch Brenner & Wrubel sind der Meinung, „dass Autonomie nicht den End- und Höhepunkt der Entwicklung erwachsener Menschen darstellt. In der Vereinsamung und Bindungslosigkeit des Individuums zeigt sich der schändliche Einfluss des kulturellen Mythos von der Autonomie als Kennzeichen von Gesundheit und Reife [...] dass Sorge und wechselseitige Abhängigkeit als letztendliches Ziel der menschlichen Entwicklung gelten müssen. Für andere zu sorgen und selbst von anderen umsorgt zu sein, ist der persönlichen und gesellschaftlichen Gesundheit förderlich [...]“ (Brenner & Wrubel zit. in Friesacher, 2008, S. 73).

Die Pflege geht wie die Medizin von autonomen Patienten aus. Jedoch wird in der Pflege versucht, das Lebensverständnis des Patienten zu berücksichtigen. Pflegende erkennen eher, dass Schwerkranke selten in der Lage sind ihre Autonomie wahrzunehmen. Daher versuchen Pflegende die Autonomie des Patienten zu unterstützen, indem sie Pflegeziele gemeinsam mit dem Patienten festlegen (vgl. Scharffenorth, 1996, S. 17).

Richter, et al., schreibt zur Autonomie: „Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Einzelnen schließe ein Bewusstsein davon ein, dass diese ethischen Probleme nicht kasuistisch ein für alle Mal gelöst werden können“ (Richter et. al., 2002, S. 16).

5 PFLEGERISCHE ASPEKTE IN DER INTENSIVMEDIZIN

Im Gegensatz zu Pflegepersonen an Normalstationen werden an das intensivmedizinische Pflegepersonal besondere Anforderungen gestellt. Intensivmedizin handelt oft in Grenzsituationen, was zur Folge hat, dass intensivmedizinische Pflegepersonal häufig mit Patienten, die an lebensbedrohlichen und unheilbaren Krankheiten leiden und somit mit Tod und Sterben konfrontiert werden.

5.1 Belastungen in der Intensivpflege

Die Anforderungen an das Pflegepersonal sind groß. Man erwartet von der Intensivpflege eine besondere Einsatzbereitschaft, fachliche Kompetenz, psychische und physische Belastbarkeit und Einfühlungsvermögen. Die Tätigkeit auf einer Intensivstation bedeutet Stress, akute Ereignisse und instabile Patienten. Pflegepersonen auf Intensivstationen benötigen Führungspotential, auch unter Zeitdruck (vgl. Ganster, 2011, S. 116). Pflegepersonen müssen in Notfallsituationen bis zum Eintreffen des Arztes schnell und richtig handeln und eigenständig Entscheidungen treffen. Es ist notwendig, dass die Pflegepersonen sicher im Umgang mit der Vielzahl von technischen Geräten sind. Aufgrund der kritischen Situation, in der sich die Patienten befinden, herrscht auf Intensivstationen eine bedrohlich wirkende latente Spannung vor, da ja jederzeit ein Notfall eintreten kann. Zusätzlich belastend für das Pflegepersonal sind der Turnusdienst, Personalmangel, die durchgehende Geräuschkulisse und die schwere körperliche Arbeit. Weiters fallen viele Tätigkeiten der Intensivpflege in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des GukG bzw. reichen stark in den medizinischen Bereich hinein und haben somit eher wenig mit einer fürsorglichen Pflege zu tun (vgl. Wencke, 2000, S. 18ff). Durch die enge Zusammenarbeit mit der Medizin und anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist es erforderlich, dass Pflegenden eine hohe Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit besitzen. Außerdem ist durch den ständigen Umgang mit High-Tech-Medizin die Bereitschaft der laufenden Fort- und Weiterbildung notwendig.

5.2 Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonal und Arzt

Eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege ist gerade in Bezug auf den Therapieabbruch von Bedeutung. Die komplexen Situationen und differenzierten Tätigkeiten in der Intensivmedizin erfordern eine gute Kooperation aller an der Behandlung beteiligten Personen. Hierfür ist eine gute Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten erforderlich.

Leonard Stein (1967) bezeichnete die Kommunikation zwischen Arzt und Krankenschwester als „the doctor-nurse game“. Er zeigte auf, dass die Zusammenarbeit funktioniert, wenn die Pflegeperson für den Arzt die Funktion eines wertvollen Beraters hat. So erhält der Arzt wichtige Informationen über den Patienten, und bei der Pflegeperson steigen das Selbstvertrauen und die Arbeitszufriedenheit. Übernimmt die Pflege nicht die Rolle des wertvollen Beraters, so wird der Arzt sich auch nicht mit ihr über den Patienten austauschen. Für dieses Spiel gibt es folgende Regeln:

- Es dürfen keine offenkundigen Unstimmigkeiten vorliegen.
- Die Pflegeperson muss Empfehlungen abgeben, ohne dass sie als solche offenkundig erscheinen.
- Der Arzt muss um Empfehlungen bitten, ohne dass diese als solche offenkundig erscheinen bzw. dass er den Eindruck erweckt, um Empfehlungen zu ersuchen (vgl. Manos & Braun, 2006, S. 105f).

Eine gut funktionierende Arzt-Schwestern-Beziehung stellt die Grundlage für eine optimale Patientenversorgung dar. Diese Beziehung funktioniert aber nicht immer problemlos. Die Ursache problematischer Beziehungen kann einerseits in der unterschiedlichen Entwicklung der Berufe, der unterschiedlichen Ausbildung und der hierarchischen Struktur in den Gesundheitsinstitutionen liegen. Andererseits hat der Arzt für den Patienten einen anderen Stellenwert als die Pflegepersonen und für viele Patienten ist die Pflegeperson auch heute noch immer die Gehilfin des Arztes (vgl. Richter et. al., 2002, S. 33).

Um die Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden zu verstehen ist es notwendig, die historische Entwicklung beider Berufe zu beachten. Während die Medizin sich als Naturwissenschaft mit einem mechanistischen Menschenbild im Hintergrund etabliert hat, übernahm die Pflege die Rolle des unterstützenden Hilfsberufs des Arztes. Im Intensivbereich, auch wenn hier hochspezialisiertes Personal tätig ist, übernimmt auch heute die Pflege noch diese Rolle ein, da sie in einem starken Abhängigkeitsverhältnis zum Arzt steht (vgl. Friesacher, 2011, S. 127). Friesacher (2011, S. 127) führt als Ursache für Belastungen aus gestörten Interaktionen „[...] unklare Handlungsabläufe in Notfallsituationen, die Abwälzung ärztlicher Aufgaben auf Pflegende, die mangelnde Verfügbarkeit der Ärzte und die Unfähigkeit, sich bei Unsicherheiten an die Pflegenden zu wenden [...]“ an. Auch sind die Ziele der medizinischen Handlungen und der pflegerischen Handlungen durchaus unterschiedlich und bilden somit die Grundlage für Konflikte. Gerade beim Therapieabbruch kann es zum Kollidieren der unterschiedlichen ethischen Überzeugungen kommen. Weiteres führt der Ausschluss der Pflege von den Entscheidungen zum Therapierückzug bzw. Therapieabbruch beim Pflegepersonal zu Stress und Frustrationen, da sie diese Entscheidungen mittragen müssen (vgl. ebd., S. 128).

Bei der Vorstellung von Zusammenarbeit unterscheiden sich die Vorstellungen von Medizin und Pflege auch heute noch erheblich. Intensivmediziner sehen in der Zusammenarbeit immer noch den Mediziner in der Führungsrolle und die Pflege übernimmt die Aufgaben des Zuarbeitens, Assistierens und Nacharbeitens. Im Gegensatz dazu sieht die Pflege Zusammenarbeit als Kooperation auf Augenhöhe. Die Mediziner haben auch heute noch Schwierigkeiten, die Pflegenden als eigenständige Berufsgruppe, mit dem Wunsch Entscheidungen beeinflussen zu können, wahrzunehmen (vgl. Friesacher, 2011, S. 128).

Pflegende sind stark am Wohlergehen ihrer Patienten interessiert. Jedoch werden sie nur selten nach ihren Erwartungen gefragt und so beschreibt Schulze, dass Pflegepersonen gelegentlich „krumme Wege“ gehen, um das Wohlergehen ihrer Patienten zu sichern. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Pflegeperson den Arzt erst dann ruft, wenn sie sicher ist, dass der Patient nicht mehr zu reanimieren ist. Sie überschreitet in diesem Fall ihren Kompetenzbereich. Könnten Pflegende davon

ausgehen, dass ihre professionelle Meinung gehört und in den Entscheidungen berücksichtigt wird, würde wahrscheinlich keine Pflegeperson eine Entscheidungen dieser Art treffen (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 56f). Konflikte und eine mangelnde Kommunikation stellen eine Belastung für das Pflegepersonal dar und können sich negativ auf den Patienten auswirken (vgl. Friesacher, 2011, S. 127).

Um die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonen zu verbessern, erscheint es wichtig, regelmäßig gemeinsame Besprechungen durchzuführen. Diese können in Form von interdisziplinären Fallbesprechungen oder gemeinsamen Visiten stattfinden. Es sollte, dabei darauf geachtet werden, dass beide Berufsgruppen auf Augenhöhe miteinander sprechen und die Rollen der beteiligten Personen im Genesungsprozess klar definiert sind. Aus der Sicht der Pflege ist es notwendig, die tradierten Rollenbilder aufzubrechen und zu ethischen Fragen Stellung zu nehmen.

5.3 Strukturprobleme des Pflegeberufs

Bei der ethischen Urteilsbildung sollten alle am Diskurs beteiligten Personen gleichberechtigt sein. Ethische Entscheidungen werden laut Diskursethik in einer herrschaftsfreien Diskussion und im Einvernehmen aller Beteiligten gefunden. Dies ist aber in der Pflegepraxis durch die vorherrschende doppelte Asymmetrie oft schwer umzusetzen. Einerseits besteht ein Gefälle zwischen den Pflegepersonen und den Patienten und andererseits sind Pflegepersonen den Ärzten unterstellt. In der Pflegepraxis geht es oftmals um Machtfragen. Zum einen geht es um die Beziehung zum Patienten und zum anderen um die Entscheidungskompetenz der Pflege in der Hierarchie einer Institution (vgl. Körtner, 2004, S. 80). Es stellt sich die Frage, ob es für Pflegende durch ihre Zwischenposition überhaupt möglich ist, autonom zu entscheiden. Körtner schreibt dazu, dass im eigenverantwortlichen Bereich und im interdisziplinären Bereich autonomes moralisches Handeln durchaus möglich ist, da hier die Verantwortung bzw. das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht die Pflege hat. Im Gegensatz dazu bringt der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich wesentlich mehr Konflikte mit sich, da hier die Verantwortung für die Anordnung beim Arzt liegt (vgl. ebd., 2004, S. 81). Pflegende müssen hier Tätigkeiten ausführend, die von den Ärzten angeordnet werden. Dies kann zu Problemen in der Beziehung zwischen Ärzten und Pflegenden führen, da die Pflege die Entscheidung der Ärzte, auch wenn

sie nicht einverstanden sind, mittragen müssen. Pflegende sind durch die hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen auf die Bereitschaft der Ärzte zur Diskussion ethischer Konfliktsituationen angewiesen. Erhält die Pflege keine Möglichkeit zur Mitsprache, so hat dies eine wachsende Unzufriedenheit der Pflegepersonen zur Folge, welches in weiterer Folge Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den Ärzten haben kann (vgl. Fölsch, 2008, S. 27).

Auch Wallner stellt fest, dass Ärzten bei fast allen zu treffenden Entscheidungen die Letztentscheidungskompetenz zukommt und, dass sich die Wertigkeit der beiden Berufsgruppen auch in der Entlohnung widerspiegelt. Viele Pflegepersonen leiden unter der Hierarchie, besonders dann, wenn Ärzte ihre Machtposition ausspielen (vgl. Wallner, 2007, S. 71). Jedoch darf es in weiterer Folge auch nicht dazu kommen, dass Pflegende ethische Argumente heranziehen, um ihre Machtposition stärken oder um eigene Interessen durchzusetzen (vgl. Fölsch, S. 31).

Arndt (2007, S. 80) schreibt dazu: „Obwohl politische und institutionelle Bedingungen uns tatsächlich auf mannigfache Weise bestimmte Zwänge auferlegen, bleibt die persönliche Verantwortung für unser pflegerisches Handeln davon unberührt“. Pflege ist natürlich aufgefordert, unmoralische Strukturen aufzuzeigen und Änderungen einzufordern. Die Pflege hat jedoch trotz ihrer Stellung zwischen ärztlicher Autorität und institutionellen Zwängen die Möglichkeit zur pflegerischen Exzellenz, die in der pflegerischen Beziehung zum Patienten gelebt wird (vgl. Arndt, 2007, S. 81).

5.4 Rolle der Pflege im Entscheidungsprozess bzw. in ethischen Fallbesprechungen

Bei den Überlegungen im Zusammenhang mit einem Therapieabbruch oder einer Therapiereduktion spielen Pflegende durch ihre besondere Rolle im Gesundheitssystem eine entscheidende Rolle und können einen eigenen Beitrag zum ethischen Klima leisten (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 168). Eine Beteiligung der Pflege an der Entscheidungsfindung findet in der Literatur einen breiten Konsens. Auch die Intensivmedizinische Gesellschaft Österreichs schreibt im Konsensuspapier, dass alle in die Behandlung des Patienten eingebunden Personen in den Entscheidungsprozess zur Änderung des Therapieziels eingebunden werden

sollen (vgl. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation, 2004, S. 764).

Ein Grund für die manchmal unterschiedlichen Sichtweisen der Probleme zwischen Medizin und Pflege ist die unterschiedliche Wahrnehmung des Patienten. In der Medizin stehen das Krankheitsbild und die Symptomkomplexe im Vordergrund und die Medizin ist gekennzeichnet durch ein methodisches naturwissenschaftliches Vorgehen. In der Pflege stehen hingegen häufig sinnliche Wahrnehmungen, Sinnwelten und Verarbeitungsarten im Vordergrund. Pflegerisches Handeln ist eingebunden in die psychische und physische Erlebniswelt des Patienten. Weiters sind pflegerische Tätigkeiten regelmäßiger, körperlich näher und meist zeitaufwändiger als medizinische Behandlungen (vgl. Fölsch, 2008, S. 20).

Durch die Nähe zum Patienten und den Angehörigen erfahren die Pflegenden sehr viel aus der persönlichen Lebenswelt des Patienten, und sie sind hierdurch am besten von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in der Lage, die spezielle Lebenssituation des Patienten zu erfassen. Die Pflegenden sprechen außerdem die Sprache des Patienten bzw. der Angehörigen oft besser als Ärzte. Pflegende geben Informationen von Ärzten an die Angehörigen weiter und begleiten die Angehörigen. Zusätzlich sind Pflegende die Personen, die alle von der Situation betroffenen Personen kennen. Pflegende besitzen somit viele Informationen über verschiedene Aspekte der Situation (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 168f).

Die Teilnahme der Pflege bei ethischen Fallbesprechungen ist weiters auch in Bezug auf die Beurteilung der praktischen Umsetzbarkeit medizinischer Therapien sinnvoll. Pflegende können eine beratende Funktion übernehmen, indem sie Voraussetzungen beschreiben, unter denen diese Therapien durchgeführt werden können, und für Pflegende sollte in diesem Rahmen auch die Möglichkeit bestehen, pflegerelevante Fragen zu stellen. Pflegende können die vorliegenden Probleme meist aufgrund der fehlenden Kompetenzen nicht selbstständig lösen. Neben dem Patienten sind Pflegende stark abhängig von der Beratung mit den Ärzten. Gerade aus diesem Grund ist es notwendig, ethische Probleme interdisziplinär zu besprechen (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 168 f). Ein fundierte Entscheidung durch den Arzt, welche vom ganzen Team akzeptiert werden kann, ist nur möglich, wenn der Arzt die

Sichtweisen und Wahrnehmungen der Pflege und anderer involvierter Berufsgruppen in die Entscheidung miteinfließen lässt.

Pflegende sind ein wichtiges Glied im intensivmedizinischen Behandlungsteam, mit einem eigenen pflegeethischen Standpunkt. Durch die Nähe zum Patienten verfügt die Pflege ein umfassendes Wissen über den Patienten und kann so seine Interessen am besten vertreten. Tschudin ist der Meinung, dass Pflegepersonen unter anderem die Funktion des Fürsprechers des Patienten übernehmen können. Da Patienten oftmals zu krank und zu schwach sind um Entscheidungen zu treffen, brauchen sie nicht jemanden, der sie informiert, sondern der in ihrem Interesse handelt (vgl. Tschudin, 1988, S. 135).

Die Teilnahme der Pflege an ethischen Fallbesprechungen hat aber nicht nur direkt Auswirkungen auf den Patienten, sondern auch auf die Pflege selbst. In Bereichen wo keine interdisziplinären Patientenbesprechungen stattfinden, haben Pflegepersonen häufig keine Möglichkeit zur Mitsprache bei Entscheidungen. Hier ist es auch nicht möglich, Fragen und Zweifel bezüglich der Therapie zu äußern. Diese Situationen in denen Pflegenden, keine Gelegenheit zur Mitsprache hatten, wurden von ihnen als frustrierend beschrieben (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 123). Van der Arend (1996, S. 169) schreibt: Wo Pflegende keine Möglichkeit haben, ihre ethischen Probleme darzustellen „ scheint an der Oberfläche alles ruhig, aber in der Tiefe beginnen entgegengesetzte Meinungen häufig ein Eigenleben zu führen [...]“ und dies „[...] führt nach geraumer Zeit zu Spannungen und Konflikten an der Basis“.

Pflegende nehmen ethische Fallbesprechungen als geeignetes Instrument zur Diskussion ethischer Problemfälle wahr. Pflegende wollen an diesen Diskussionen teilnehmen und von den Entscheidungen nicht ausgeschlossen werden (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 117). Schulze (Schulze & Niewohner, 2004, S.117) schreibt: „Ärzte wie auch Pflegende [...] wünschen sich eine Förderung der Kommunikation aller Beteiligten und beklagen mangelnde Zielabsprachen und Konsensfindung.“

Um die Interessen des Patienten vertreten und argumentieren zu können ist es für Pflegende notwendig, rhetorische Kompetenz zu besitzen. In Zukunft wird Kommunikation, in Bezug auf die eigene Berufsgruppe der Pflege, sowie auch interdisziplinär, eine immer wichtigere Rolle spielen. Es ist für Pflegende notwendig

kommunikative Kompetenzen zu besitzen, um ihre Rolle im ethischen Diskurs einnehmen zu können. Auch Devrient betont die Notwendigkeit der Aus- und Weiterbildung der Pflegenden in Bezug auf die Fähigkeit, ethische Probleme zu erkennen, und die Fähigkeit sich verbal ausdrücken (vgl. Devrient, 2007, S. 44).

Auch Prat (2006) zeigt auf, dass so wohl Ärzte als auch Pflegende in der Sprache der Ethik zu wenig geübt sind, um ihrer Handlungen ethisch korrekt beschreiben zu können (vgl. Prat, 2006, S. 2).

5.5 Rolle der Angehörigen bei der Änderung des Therapieziels

5.5.1 Rolle der Angehörigen bei Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens

Die Angehörigen des Patienten sind bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens oft die einzige Informationsquelle. Problematisch sehen Pflegende hierbei aber die Feststellung des Beweggrundes der Angehörigen, da dieser oft nur schwer beurteilbar ist. Weiters halten Pflegende die Meinung der Angehörigen für manipulierbar durch den Arzt. Abhängig von den Informationen, die der Arzt den Angehörigen über den Gesundheitszustand und die Prognose gibt, kann er die Meinung der Angehörigen beeinflussen (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 124). Zudem sind Angehörige im Falle einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihres Angehörigen, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, oftmals emotional völlig überfordert und sind noch nicht bereit Abschied zu nehmen (vgl. ebd., S. 111). Somit rückt dann der Wille des Angehörigen in den Vordergrund und der Wille des Patienten kommt nicht zum Vorschein. Für Pflegende stellt die Uneinigkeit der Angehörigen, in Bezug auf Therapiezieländerung am Lebensende, ein Problem dar, da diese Uneinigkeit bis zum nicht Beachten des Patientenwunsches führen kann (ebd., S. 116).

Von Schulze (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 136) wird auch eine Einbeziehung der Angehörigen in ethische Fallbesprechungen angedacht. Dies ist aber kritisch zu betrachten, da die Informationen die Angehörigen überfordern könnten und Voraussetzungen wie Kompetenzen in der Gesprächsführung und Kommunikation oft nicht vorhanden sind.

Weiteres schlägt Schulze die Anwendung eines Fragebogens vor, der im Pflegeanamnesegespräch als Leifaden dient, um alle relevanten Gesichtspunkte zum Thema „mutmaßlicher Patientenwille“, zu besprechen (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 137).

Ein weiterer Grund, warum sich die Befragung von Angehörigen bezüglich des mutmaßlichen Patientenwillen so schwierig darstellt, ist, dass die Aussagen oftmals mit eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen vermischt werden. Das Gespräch mit den Angehörigen und das Miteinbeziehen bei den Entscheidungen am Lebensende ist aber trotzdem bei der Verarbeitung der Geschehnisse für die Angehörigen von Bedeutung. Es muss bei diesen Gesprächen besonders darauf geachtet werden, dass die Last der Entscheidung nicht auf die Angehörigen übertragen wird (vgl. Henry, 2007, S. 223).

5.5.2 Bedeutung der Angehörigen für die Pflege

Die Betreuung der Angehörigen ist gerade beim nicht einwilligungsfähigen Patienten von zentraler Bedeutung für die Pflege. Zum einen suchen die Angehörigen das Gespräch mit der Pflege, da die Angehörigen mit dem Patienten nicht oder nur eingeschränkt kommunizieren können, und zum anderen suchen Pflegende das Gespräch mit den Angehörigen, da die Pflege so Informationen über den Patienten erhält.

Der erste Kontakt zu den Angehörigen erfolgt bei der Aufnahme des Patienten. Hier sind meist beide Seiten unsicher und die Pflegeperson informiert die Angehörigen über allgemeine Abläufe und organisatorische Belange auf der Station. Die Rolle der Pflege zeigt sich als Vermittler, Erklärer und auch als Psychologen. Problematische Situationen entstehen häufig erst bei der Frage der Angehörigen nach der medizinischen Diagnose. Da Pflegende gesetzlich nicht befugt sind medizinische Auskünfte zu erteilen, können sie die Erwartungen der Angehörigen nicht erfüllen. Dies kann zu Schuldgefühlen oder zum Gefühl der Machtlosigkeit führen, welche wiederum eine Krise bei der Pflegeperson auslösen kann (vgl. Ganster, 2011, S. 118).

Um den Informationsfluss aufrecht zu erhalten, erscheint die Anwesenheit von Pflegepersonen beim Angehörigengespräch sinnvoll. Durch die Anwesenheit der

Pflege kann eine Entlastung des Arztes erreicht werden und eine emotionale Begleitung der Angehörigen wird möglich.

Es ist notwendig die Angehörigen zu integrieren, da sie wie der Patient Betroffene der Situation sind. Diese Aufgabe erfordert von den Pflegenden aber psychosoziale, kommunikative und pädagogische Kompetenzen (vgl. Schmidt-Holos, 2006, S. 276). Die Betreuung der Angehörigen stellt sich als psychisch belastend für das Pflegepersonal dar, da diese Kontakte ein großes Potential an ethisch-rechtlichen Konflikten haben. Pflegepersonen fühlen sich oft emotional überfordert in den Gesprächen mit den Angehörigen, insbesondere in Bezug auf den sterbenden Patienten (vgl. David, 2001, S. 47). Weiters stellt es für die Pflegenden eine Belastung dar, wenn die Kompetenzen der Pflege durch die Angehörigen nicht wahrgenommen werden. Pflegende sind angewiesen auf die Anerkennung ihrer Arbeit und auf positives Feedback durch die Angehörigen, da sie so etwas von ihrem Engagement zurück bekommen (vgl. Ganster, 2011, S. 118).

5.6 Rolle der Pflege bei der Visite

Die Entscheidung zur Änderung des Therapieziels wird häufig bei der Oberarztvisite auf der Intensivstation getroffen. Da Visiten sehr stark von den Ärzten dominiert werden, gibt es generell relativ wenig Literatur, die sich mit der Rolle der Pflege bei Visiten auseinandersetzt. Pflegepersonal wird meist nur am Rande erwähnt und das, obwohl Pflegepersonal bei der Visite meist anwesend ist.

Die Visite hat aus ärztlicher Sicht verschiedene Schwerpunkte. Sie dient der Informationsgewinnung und der Kontakt zum Patienten wird hergestellt. Es wird die Therapie kontrolliert und, wenn nötig, angepasst und organisatorische Fragen werden geklärt. Zum Schluss wird die Entwicklung des Patienten und dessen Prognose diskutiert.

Aus pflegerischer Sicht liegt der Schwerpunkt einer Visite in der Information und Kooperation. Pflegende halten sich bei der Visite oft im Hintergrund und beantworten an sie gestellte Frage und nehmen Anordnungen entgegen. Spezielle Pflegefragen werden hier nicht besprochen und ein fachlicher Austausch findet oft nur bei der Dienstübergabe ohne ärztliche Beteiligung statt. Das Gefühl, keinen Beitrag zur Visite

leisten zu können, führt beim Pflegepersonal oft zur Unzufriedenheit und kann dazu führen, dass Pflegepersonen in eine Verweigerungshaltung übergehen und von der Visite fern bleiben (vgl. Wollner, 2010, S. 211). Weiters kann es im Falle einer schlechten Visitenorganisation zu einer Unterbrechung der Pflegehandlungen kommen. Weber beschreibt in ihrer Studie, dass Pflegende zwar die Bedeutung einer Visite anerkennen, jedoch steht für viele die Arbeit am Patienten im Vordergrund, und somit wird auf eine Teilnahme an der Visite verzichtet. Mit diesem Verweigerungsverhalten nimmt sich die Pflege aber die Chance, sich im professionellen Diskurs zu erproben (vgl. Weber, 2002, S. 208). Weiters stellte Weber fest, dass das fachliche Wissen und die Verlaufsbeobachtungen der Pflege während der Visite kaum angesprochen wurden. Es wurden nur wenige Situationen aufgezeigt, wo sich Patient, Arzt und Pflegeperson zu einem Thema miteinander austauschten (vgl., ebd., S. 209).

Die Visite auf der Intensivstation unterscheidet sich dennoch deutlich von der Visite auf der Normalstation. Die Visite ist hier von großer Bedeutung für die Pflege, da sich die Patienten meist in einem kritischen Zustand befinden und ein schnelles Handeln erforderlich ist. Da der Patient aufgrund seiner Erkrankung meist nicht an der Visite bewusst teilnehmen kann, wird die Visite mehr über ihn und weniger mit ihm geführt. Weiters hat das Intensivpflegepersonal durch den engen und zeitintensiven Kontakt mit dem Patienten die Möglichkeit auf die pflegerischen und medizinischen Probleme einzugehen und auf diese aufmerksam zu machen. Die Visite auf der Intensivstation ist zwar noch immer vom Arzt dominiert, jedoch findet man auf der Intensivstation im Vergleich zur Normalstation häufiger Pflegepersonen, die sich aktiv am Visitengespräch beteiligen und nicht nur auf Fragen der Ärzte antworten. Anzumerken ist aber, dass auch im Intensivbereich pflegerische Themen keine Rolle spielen (vgl. Wollner, 2010, S. 213f).

5.7 Sterbebegleitung auf der Intensivstation

Im Zusammenhang mit einer Änderung des Therapieziels und der Tatsache, dass auf Intensivstationen sehr viele Menschen versterben, ist es auch erforderlich, auf das Thema Sterbebegleitung auf der Intensivstation einzugehen.

Salomon (2006, S. 64) schreibt: „Die Tendenz, sich einseitig um den Erhalt der Körperfunktionen zu kümmern, ist in der Intensivmedizin groß“. Dies gilt auch für die Intensivpflege, die ebenfalls ihren Schwerpunkt auf die Heilung des Patienten legt und palliative Gesichtspunkte eher in den Hintergrund rückt. In Bezug auf den Sterbenden werden die Unterschiede zwischen Intensivpflege und Sterbebegleitung am deutlichsten sichtbar. In der Intensivpflege steht das rasche und entschlossene Handeln im Vordergrund, und bei der Sterbebegleitung geht es um Abwarten und Geschehen lassen. Hat der Sterbeprozess begonnen, so ist es in erster Linie wichtig, den Patienten in seiner letzten Lebensphase nicht alleine zu lassen (vgl. Heesch, 2008, S. 275). Es steht nun die Symptomkontrolle im Vordergrund. Maßnahmen, die dem Wohlbefinden des Patienten dienen, wie z.B. Schmerzkontrolle, Erleichterung der Atmung oder regelmäßige Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls sind nun angezeigt (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 40). Somit weicht die kurative Behandlung einer palliativen Versorgung des Patienten.

Auf Intensivstationen ist es keine Seltenheit, dass das Personal in wenigen Tagen mehr mit dem Sterben und tragischen Schicksalen konfrontiert wird als Menschen, die außerhalb der Intensivstation tätig sind. Dies stellt eine enorme Belastung für das Pflegepersonal dar. Es fordert von den Pflegenden eine Balance zwischen individuellen Abwehrmechanismen und Fähigkeit zur Empathie. Die Schwierigkeit besteht darin, einerseits sich nicht komplett emotional abzuschotten und somit die Sterbebegleitung auf eine rein mechanische Handlung zu reduzieren, und andererseits der Gefahr zu viel Mitleid zu empfinden und so nicht mehr handlungsfähig zu sein. Um diese Balance zu schaffen, ist eine Kultur der Selbstpflege (z.B. Supervision) und das Vorhandensein unterstützender Arbeitsbedingungen wie Kollegialität, gegenseitige Wertschätzung und ein adäquater Personalschlüssel notwendig (vgl. Heesch, 2008, S. 276).

Für die Pflege sind neben den körperlichen Bedürfnissen auch die seelischen Bedürfnisse von großer Bedeutung. Ein Sterben in Würde wird in der Pflege als Erfolg wahrgenommen, und die Begleitung Sterbender kann möglicherweise der Arbeit auf der Intensivstation einen neuen Sinn geben. Deshalb ist nicht nur gut ausgebildetes Pflegepersonal notwendig, sondern es müssen auch die zeitlichen Ressourcen zur

Verfügung stehen. Für Pflegende stellt der Zeitmangel oft ein Problem dar, da ihnen die Zeit, die notwendig ist, um einen Menschen im Sterben zu begleiten, oft fehlt (vgl. Schulze & Niewohner, 2004, S. 108). Sterbebegleitung braucht Zeit und Ruhe. Eine qualitativ hochwertige Sterbebegleitung ist unter Zeitdruck, wenn gleichzeitig noch andere Akutpatienten versorgt werden müssen, nicht möglich. Deshalb ist hier der Dienstgeber gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, um ein Sterben in Würde auch auf der Intensivstation zu ermöglichen. Heimerl & Heller stellen in diesem Zusammenhang fest, dass selbst engagierte Einzelpersonen nicht die strukturellen Defizite einer Organisation ausgleichen können. Somit ist es erforderlich, geeignete Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen, wo motivierte und kompetente Mitarbeiter dem Patienten ein Sterben in Würde ermöglichen können (vgl. Heimerl & Heller, 2001, S. 12).

„Um die letzte Wegstrecke ihres Lebens bestehen zu können, sind Schwerkranke und Sterbende auf Fürsorge und Unterstützung, auf ausreichende medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung, auf mitmenschliche Nähe und Zuwendung angewiesen“ (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 103). Wenn eine Heilung oder deutliche Lebensverlängerung nicht mehr möglich ist, dann ist neben der Sicherstellung der Basisversorgung (Ernährung, Körperpflege, menschliche Zuwendung, etc.) die palliative Versorgung des Patienten angezeigt. Diese Maßnahmen dienen hauptsächlich der Steigerung der Lebensqualität und nicht der Verlängerung des Lebens (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 40).

Auch im Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (2004, S. 767) heißt es: „Wenn Intensivmedizin an ihre Grenzen stößt, muss alle verfügbare Kraft und Erfahrung aufgebracht werden, um den anvertrauten Patienten ein menschenwürdiges und friedvolles Sterben im Beisein der Angehörigen zu ermöglichen“. Diese Stellungnahme zeigt, dass Palliativmedizin und Intensivmedizin ineinandergreifen müssen. Im Positionspapier der American Thoracic Society (ATS, 2008) wird auf die Bedeutung der Palliativmedizin in der Intensivmedizin besonders eingegangen. Laut ATS ist Palliative Care ein Ansatz, der die Verbesserung der Probleme von Patienten mit einer lebensbedrohlichen unheilbaren Erkrankung und deren Angehörigen zum Ziel hat. Palliative Betreuung sollte in jedem Stadium einer

kritischen Erkrankung zum Einsatz kommen. Dies bedeutet die gleichzeitige Anwendung palliativer und kurativer Therapien, im Krankheitsverlauf mit unterschiedlicher Intensität. Die ATS zeigt auf, dass eine zeitlich begrenzte kurative Behandlung eines akuten Geschehens auch bei einer chronisch und irreversiblen Grunderkrankung sinnvoll sein kann. Im Gegensatz dazu sollten bei einem nicht Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen palliative Maßnahmen in der Vordergrund rücken (vgl. Valentin, 2008, S. 3).

In der folgenden Abbildung werden die überlappenden Phasen der beiden Behandlungskonzepte auf einer Zeitachse dargestellt.

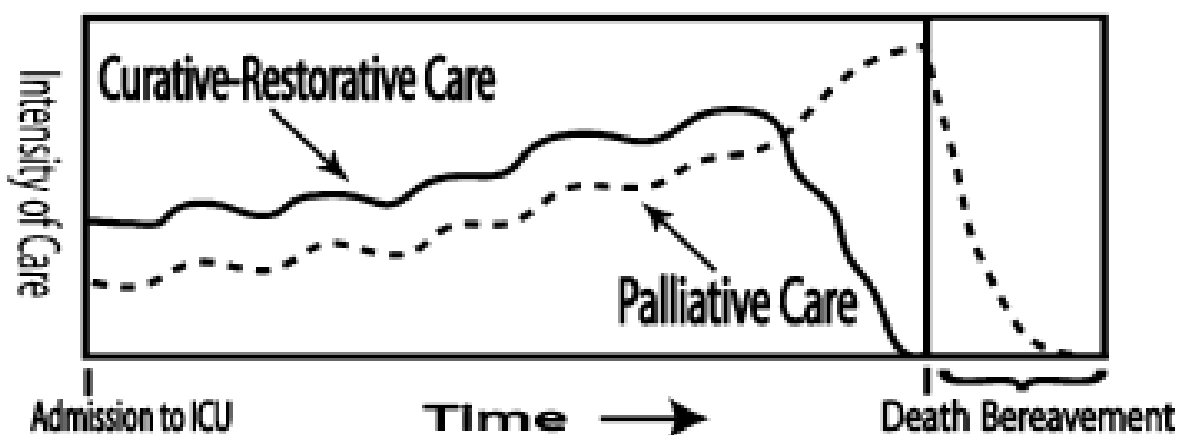


Abb. 4: Das Verhältnis von kurativer Therapie und Palliative-Care (Lanken, et al., 2008, S. 914).

Die ATS betont weiters die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der palliativen Betreuung, und in diesem Zusammenhang wird auf Bedeutung der kommunikativen Aspekte und Kompetenzen in der Entscheidungsfindung hingewiesen (vgl. Valentin, 2008, S. 3). In dem Dokument der ATS wird insbesondere auf den Einsatz schmerzstillender Medikamente eingegangen. Valentin schreibt, dass es keine maximale Dosis für Opiate gibt. Die richtige Dosis ist jene, welche eine Linderung der Symptomatik zur Folge hat. Begründet wird diese Aussage mit dem Prinzip der Doppelwirkung, welches besagt, dass die Nebenwirkung von Opiaten (der möglicherweise früher eintretende Tod) in Kauf genommen werden kann, wenn das ursächliche Ziel der Handlung die Leidenslinderung ist (vgl. Valentin, 2008, S. 4). Weiters schreibt Valentin (2008, S. 4): „Auch in der Intensivmedizin ist eine der vorrangigen Aufgaben

Leiden zu lindern, und so betrachtet, stellt palliatives Handeln tatsächlich eine wesentliche Komponente der Intensivmedizin dar“.

Die Betreuung Sterbender stellt hohe Ansprüche an die fachliche und menschliche Kompetenz des Pflegepersonals. Der Umgang mit Sterbenden beinhaltet die Auseinandersetzung mit dem Sterbenden selbst, mit seinen Angehörigen und auch mit sich selbst. Haben Pflegende selber Probleme mit dem Sterben und verdrängen dies, so wird es schwierig werden mit Patienten über den Tod zu reden bzw. den Patienten im Sterben zu begleiten. Weiters gibt Körtner zu bedenken, dass nicht die medizinische Überversorgung, sondern die Einsamkeit im Sterben das Problem darstellt. Das eigene Sterben und der Tod werden in der Gesellschaft kaum thematisiert. Somit haben Menschen Angst, an unerträglichen Schmerzen leiden zu müssen, jemandem zur Last zu fallen oder anderen Menschen ausgeliefert zu sein. Sie haben Angst, dass ihr Leiden und der Sterbeprozess unnötig verlängert wird und sie nicht in Würde sterben können. In Zukunft wird es notwendig sein, den eigenen Tod und das Sterben mehr zu thematisieren, um so eine neue Kultur des Sterbens entwickeln zu können (vgl. Körtner, Ethische Probleme beim Sterben auf der Intensivstation, S. 3). Weiters kann von der Intensivmedizin nicht beurteilt werden, welches Leid sinnlos ist oder nicht. Diese Frage lässt sich nur unter Einbeziehung der persönlichen Lebensumstände und der religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen des Patienten beurteilen (Körtner, 2004, S. 188).

5.8 Der Geriatriische Intensivpatient

Die Möglichkeiten der Intensivmedizin und der Anstieg der chronischen Krankheiten führten im letzten Jahrzehnt dazu, dass immer mehr multimorbide chronisch kranke Patienten auf Intensivstationen behandelt werden. Durch die demographische Entwicklung wird der Anteil der älteren Bevölkerung stark ansteigen. Laut Prognosen wird der Anteil der über 60 jährigen von 23,3% (2011) auf 34,5% bis ins Jahr 2050 steigen. Die stärksten Zuwächse werden in dieser Gruppe aber die hochbetagten Personen (80 Jahre oder älter) zeigen (vgl. Statistik Austria, 2011).

Diese Entwicklung stellt eine Herausforderung für die Intensivmedizin dar, da bei geriatrischen Patienten meist mehrere chronische Erkrankungen vorliegen, welche

das Komplikationsrisiko erhöhen. In Zeiten, wo die Finanzierung der Krankenanstalten ein großes Thema ist und dem Patienten ein Sterben in Würde ermöglicht werden soll, stellt sich die Frage, ob Patienten jeden Alters Zugang zur intensivmedizinischen Behandlung haben sollen. Weitere Fragestellungen sind die Intensität und Dauer der Therapien und welche Lebensqualität der Patient nach einer möglichen Genesung hat (vgl. Valentin, 2007, S. 19).

Gerade die Betreuung des geriatrischen Intensivpatienten, der neben seiner Grunderkrankung häufig weitere Begleiterkrankungen vorweist, ist sehr kostenintensiv. Böhmer schreibt dazu „[...] die letzten beiden Lebensjahre verursachen sogar meist die Hälfte der gesamten lebenszeitlichen Behandlungskosten“ (zit. in Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 15).

Ziegler zeigt auf, dass das Alter eines Patienten zwar Einfluss auf die Mortalität hat, jedoch als einziger Parameter zur Erstellung einer Prognose ungeeignet ist. In dieser Studie wurde aber der Beleg erbracht, dass die Prognose in engem Zusammenhang mit dem Schweregrad der Erkrankung steht (vgl. Ziegler, et al., 2007, S. 14). Es ist zu beachten, dass nicht das kalendarische Alter, sondern das biologische Alter der Organe für die Medizin von Bedeutung ist (vgl. Heppner, et al., 2011, S. 5). Bei geriatrischen Patienten kommt es zu strukturellen und funktionellen Organveränderungen, die z.B. Auswirkungen auf die respiratorische Funktion und somit auf die Entwöhnungsphase haben. Weiters ist auch die Immunabwehr und die Pharmakokinetik und –dynamik bei geriatrischen Patienten im Vergleich mit jüngeren Patienten verändert (vgl. ebd., S. 7).

Ein Vorgehen bei der Aufnahme eines geriatrischen Patienten auf der Intensivstation könnten, z.B. darin bestehen, zu Beginn der Aufnahme auf der Intensivstation festzulegen, welche Maßnahmen maximal angewandt werden und in welchem Zeitraum eine Therapie wirken sollte. Es kann durchaus sinnvoll sein, sich bei einem multimorbiden Patienten mit einer Niereninsuffizienz für eine Aufnahme auf eine Intensivstation zu entscheiden, um den Flüssigkeitshaushalt des Patienten und seine Kreislauffunktion zu verbessern. Gleichzeitig kann man festlegen, dass bei diesem Patienten aufgrund seiner schlechten Gesamtsituation eine extrakorporale Nierenersatztherapie nicht mehr zur Anwendung kommt (vgl. Valentin, 2007, S. 20).

Laut Panknin kann das Alter nicht direkt mit der Mortalität auf der Intensivstation in Zusammenhang gebracht werden. Es besteht aber sehr wohl ein Zusammenhang mit der Langzeitmortalität nach einem Intensivaufenthalt (vgl. Panknin, 2005, S. 203). Bis jetzt kann die Wissenschaft keine Empfehlungen zur Aufnahme hochbetagter Patienten auf Intensivstationen abgeben, da hierfür nicht ausreichend Daten vorliegen. Es erscheinen weitere Studien zum Thema hochbetagte Menschen in der Intensivmedizin notwendig, um genauere Aussagen über Langzeitprognose, Lebensqualität und Aufnahmekriterien treffen zu können (vgl. Boumendil, et al., 2007, S. 1252).

Weiters gibt es mehrer Gründe, das Alter nicht als Kriterium zur Rationierung zu verwenden. Zu diesen zählen unter anderem, dass sich die Würde des Menschen nicht auf eine bestimmte Lebensspanne beschränkt. Ferner würde die Festsetzung einer Lebensspanne Frauen durch ihre höhere Lebenserwartung diskriminieren. Es ist außerdem nicht möglich, eine allgemeine Aussage über die Verwirklichung von Lebensplänen zu machen und es ist ebenfalls nicht möglich, die Folgen von dem eigenen gesundheitschädlichen Verhalten vorauszusagen. Des Weiteren würde eine Kostenreduktion in der medizinischen Versorgung alter Menschen auf dem Rücken einer bereits jetzt benachteiligten Personengruppe ausgetragen (vgl. Pöltner, 2002, S. 307f).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Kenntnis geriatrischer Syndrome und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur optimalen intensivmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten notwendig ist. Die alleinige Betrachtung des kalendarischen Alters ist nicht ausreichend, um eine Prognose über die Mortalität zu treffen (vgl. Heppner, et al., 2011, S. 7). Es ist notwendig, den Patienten in seiner Gesamtheit zu betrachten, die Endlichkeit des Lebens anzuerkennen und die Grenzen der Intensivmedizin zu akzeptieren. Unter diesen Voraussetzungen erhält auch der geriatrische Patient die Chance, von einer Intensivtherapie zu profitieren (vgl. Valentin, 2007, S. 20).

5.9 Ressourcenverteilung

Bayer und Zweifel schreiben: „Um die Gesundheit zu erhalten, ist uns nichts zu teuer“ (zit. in Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 14). Es stellt sich hierbei nur die Frage, ob der Staat es sich in finanziell angespannten Zeiten noch lange leisten kann, allen Bürgern unbegrenzt medizinische Therapien zukommen zu lassen (vgl. Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 14). Laut Pöltner (2002, S. 287) ist „Die Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen eine Folge einer Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage medizinischer Leistungen“.

In der Verfassung ist zwar das Recht auf Leben gesichert, jedoch liegt kein individuell geschütztes Recht auf Gesundheit vor. Laut Mazal (1998) hat jeder sozialversicherte Mensch das Recht auf Krankenbehandlung. Im ASVG § 133 ist aber festgelegt, dass die Maßnahmen der Krankenbehandlung auf das Maß des Notwendigen, Zweckmäßigen und Ausreichenden zu beschränken sind. Somit hat der Patient nicht das Recht auf alle Therapien, die prinzipiell medizinisch machbar sind (vgl. Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 15). Somit ist der Gedanke der Rationalisierung im ASVG durchaus verankert. Jedoch, die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nach dem ASVG treten im Vergleich mit dem Patientenwohl eindeutig in den Hintergrund (vgl. Zitter, 2001, S. 58 f).

Die Ursachen der Kostenexplosion in der Medizin liegen unter anderem im Fortschritt in der Medizin, der Tendenz zur Überdiagnostik, der Überalterung der Bevölkerung und auch der Einstellung vieler Menschen, die Leistungen der Krankenversicherung als Konsumgut zu sehen (vgl. Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 15f).

Aufgrund der begrenzten Ressourcen wird es notwendig sein, eine Grenze zu ziehen. Um verantwortungsvoll mit den begrenzten Ressourcen umzugehen, gibt es zwei Möglichkeiten, die im Folgenden näher erläutert werden.

1. Rationalisierung: Hier werden Maßnahmen eingeführt, die eine Steigerung der Effizienz zum Ziel haben. Dies hat zur Folge, dass Patienten den gleichen Zugang zu medizinischen Versorgung haben als zuvor. Die Einsparung der Kosten wird durch eine höhere Effizienz und Optimierung der Handlungsabläufe erreicht. Es besteht die Möglichkeit den gleichen Effekt mit weniger Mitteln oder

mit gleichen Mitteln einen besseren Effekt zu erreichen (vgl. Pöltner, 2002, S. 289).

2. Rationierung: Hier werden medizinische Leistungen den Patienten vorenthalten (vgl. ebd., S. 289).

Die Verteilungsproblematik im Gesundheitswesen ist sehr komplex und auf unterschiedliche Verantwortungsebenen aufgeteilt. Engelhardt (1988) unterscheidet vier miteinander in Beziehung stehende Allokationsebenen (vgl. Pöltner, 2002, S. 292):

- A) Obere Makroebene: Hier wird der Anteil des Gesundheitsbudgets am Bruttosozialprodukt des Staates festgesetzt (vgl. ebd., S. 292).
- B) Untere Makroebene: Auf dieser Ebene werden die zur Verfügung stehenden Mittel auf die Teilbereiche der medizinischen Versorgung aufgeteilt (vgl. ebd., S. 292). Entscheidungen zur Rationierung sollten möglichst weit weg vom individuellen Patienten in der Planungsebene geschehen. Somit muss nicht entschieden werden, ob der Patient z.B. eine bestimmte Operation braucht oder nicht, sondern bei Verzicht auf den Bau einer Klinik wird die Wahrscheinlichkeit früher zu sterben aufgrund langer Wartezeiten für Operationen höher sein. Diese Handlung ist ethisch vertretbar, da die Wahrscheinlichkeit früher zu sterben für alle gleich zunimmt (vgl. Kollwitz, 1999, S. 20).
- C) Obere Mikroebene: Die Leistungen werden hier auf die einzelnen Personengruppen unter den Gesichtspunkten der medizinischen Indikation, Alter, Lebenserwartung, Lebensqualität, Auswirkung riskanter Lebensstile und sozialer Situation aufgeteilt. Es kommt zu einer Gegenüberstellung der Kosten einer Behandlung und dem Nutzen dieser (vgl. Pöltner, 2002, S. 300). Im Rahmen der Rationierung wird auf der oberen Mikroebene eine Kosten-Nutzen-Abwägung erstellt. Es werden die Kosten der Behandlung und der zu erwartende Erfolg gegenübergestellt. Sollte diese Bewertung negativ ausfallen, so wird die medizinische Behandlung nicht zur Verfügung gestellt. (vgl. Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 16 f). Es stellt sich hierbei die Frage, wie man den Nutzen einer Behandlung feststellen kann, da hierzu quantifizierbare Daten erforderlich sind. Das Alter ist, wie in Punkt 5.8. bereits dargestellt, als alleiniges

Entscheidungskriterium nicht geeignet, da auch der geriatrische Patient von einer Intensivtherapie (auch wenn diese nur mit Eingrenzungen durchgeführt wird) profitieren kann. In der Literatur wird der Parameter Lebensqualität zur Feststellung des Nutzens einer Intensivtherapie vorgeschlagen. Hier lassen sich zwei Theorien unterscheiden:

- Sanctity of life: Diese Theorie sieht das Leben als absoluten unverletzlichen Wert und akzeptiert die Kosten-Nutzen-Analyse nicht zur Bewertung, da ein Leben nicht wertvoller sein kann als das andere (vgl. Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 17).
- Quality of life: Diese Theorie sieht „[...] das Leben als eine Summe von Partialqualitäten, die ein Leben erst lebenswert und einen Menschen zu einer Person machen“ (Meran, 1994 zit. in Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 17).

Lebensqualität lässt sich mit objektiven und subjektiven Parametern bestimmen. Zu diesen zählen die physische Lebensqualität, die psychische Lebensqualität, die soziale Lebensqualität und die spirituelle Lebensqualität. Die Bestimmung der Lebensqualität anhand dieser Parameter erscheint aber problematisch. Oftmals erreicht ein Patient nach einer Erkrankung nicht mehr den Gesundheitszustand, der zuvor vorhanden war und somit auch nicht die Lebensqualität, die zuvor bestand. Ein Mensch entwickelt jedoch im Laufe der Erkrankung Bewältigungsstrategien, er kompensiert seine Defizite und ist so in der Lage, seine neue Lebenssituation anzunehmen und ein sinnerfülltes Leben zu führen. Aus diesem Grund ist es nicht möglich Messungen der Lebensqualität als Grundlage für gesundheitspolitischer Entscheidungen heranzuziehen (vgl. Kröll & Gaßmayr, 1999, S. 17f).

- D) Untere Mikroebene: Hier kommt es zur Verteilung der Mittel auf den einzelnen Patienten durch den Arzt. Da das Ziel der Handlungen des Arztes und der Pflege das Wohl des Patienten und die Achtung der Würde ist, lässt sich das Vorenthalten einer medizinisch indizierten Behandlung ethisch nicht rechtfertigen. Der Arzt und die Pflege tragen die Verantwortung für den Patienten und nicht für das Gesundheitsbudget. Eine Verweigerung einer indizierten Therapie würde mit dem Prinzip der Schadensvermeidung in Konflikt geraten. Dennoch sind Ärzte, Pflegende und Patienten verpflichtet,

ökonomische Gesichtspunkte bei der Auswahl der Leistungen aus dem Gesundheitssystem zu berücksichtigen. Dies kann z.B. bedeuten, bei gleichwertigen Behandlungen die kostengünstigere Behandlung zu wählen oder eine Überdiagnostik zu vermeiden (vgl. Pöltner, 2002, S. 297ff).

Kollwitz schlägt vor, um die Kosten des Gesundheitswesens zu reduzieren, sollten Ärzte verzichten, alles Machbare zu unternehmen, um das Leben um jeden Preis zu verlängern. Besonders die Übertherapie und Überdiagnostik, welche in allen Altersgruppen vorliegt, ist einzudämmen, und Ärzte müssen auch an die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft denken und nicht nur an die Verantwortung gegenüber dem Patienten. Zusätzlich wären auch qualifizierte Wirkungsnachweise der angewandten Therapien erforderlich um zu vermeiden, dass wirkungslose Therapien weiterhin verordnet werden (vgl. Kollwitz, 1999, S. 19).

Generell wird festgestellt, dass das Alter des Patienten und die zu erwartende Lebensqualität Kriterien sind, die in die Entscheidung miteinfließen sollten, jedoch erscheint eine bindende Richtlinie aufgrund dieser Daten nicht sinnvoll. Ethik und Recht können zwar Leitlinien vorgeben, jedoch sind die schwierigen Entscheidungen am Lebensende im Einzelfall individuell zu treffen.

5.10 Ethische Problemfelder aus Sicht der Pflege in Bezug auf den Therapieabbruch

Der Therapieabbruch bzw. die Therapiereduktion ist für alle Beteiligten eine besondere Problematik. Neben den Ärzten ist diese Situation auch für das Pflegepersonal sehr belastend, und die Sichtweisen der Pflege unterscheiden sich oftmals von denen der Medizin.

Eines der Probleme ist, dass Medizin und Pflege die Situation der Änderung des Therapieziels in der heutigen Zeit häufig als Scheitern und Versagen der medizinischen Möglichkeiten wahrnehmen. Oftmals wird erst durch die Auseinandersetzung mit der Palliativmedizin ein Wandel des ärztlichen Bewusstseins erreicht. Durch die Schmerztherapie wird das Sterben nicht mehr als Versagen gesehen, sondern als Lebensspanne, die durch ärztliche Hilfe gestaltet werden kann. Im Gegensatz zu den Ärzten wird die Kompetenz der Pflege in der Sterbebegleitung

sehr hoch eingeschätzt (vgl. Dörfel, 2005, S. 55 f). Dennoch löst das Sterbenlassen eines Patienten bei den behandelnden Personen oft Unbehagen aus, da sie fürchten, es könnte dies als Untätigkeit oder Vernachlässigung ausgelegt werden (vgl. Tschudin, 1988, S. 134)

Weiters empfinden Ärzte und Pflegende den Abbruch einer Therapie (z.B. der Beatmung) meist als problematischer als ein Nicht-Beginnen einer Therapie. Der Abbruch einer Therapie wird als aktive Sterbehilfe angesehen. Im Gegensatz dazu wird der Verzicht auf eine Therapie im Vorhinein als weniger problematisch empfunden, da diese Handlung den Anschein hat passiv zu sein. Jedoch aus ethischer und rechtlicher Sicht ist es nicht relevant, ob eine Therapie abgebrochen wird oder nicht begonnen wird (vgl. Erbguth, 2011, S. 39). Zu diesem Ergebnis kamen unter anderem auch Schöne-Seifert & Eickhoff in ihrer Studie (1996) (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 198).

Generell ist der Therapieabbruch für Pflegende durch ihre Nähe zum Patienten und die kaum vorhandenen Rückzugsmöglichkeiten mehr belastend als für Ärzte. Laut Murrer (1999) ist die Situation des Therapieabbruchs für 78% der Befragten belastend und für 83% der Befragten ist es auch notwendig, über das Erlebte mit ihren Kollegen zu sprechen (Murrer, 1999, S. 22).

Eine Intensivtherapie ist dann indiziert, wenn eine Genesung prinzipiell möglich ist. Das Problem liegt aber darin, dass die Prognosen zu Restitutionsmöglichkeiten von Vitalfunktionen auf Wahrscheinlichkeitsannahmen beruhen und nur selten eindeutig gestellt werden können (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 197). Dieses Problem führt in der Intensivmedizin häufig zu Konflikten, da es für den Zeitpunkt eines Therapieabbruchs keine eindeutigen Richtlinien gibt und jeder Fall individuell beurteilt werden muss. Da es sich um individuelle Entscheidungen handelt, haben Pflegende teilweise auch eine andere Einstellung zum Therapieabbruch als Ärzte.

Dlubis-Dach und Glogner (2001) kamen zu dem Ergebnis, dass an internistischen Intensivstationen Pflegekräfte weiterführende Maßnahmen wie invasive Diagnostik und Therapie signifikant häufiger ablehnten, als dies bei den Ärzten der Fall war. Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Mitarbeiter von Universitätskliniken häufiger die invasive Diagnostik und Therapie befürworteten. Der Vergleich bezog sich auf

Mitarbeiter von Krankenhäusern mit gehobener Ausstattung und Krankenhäusern mit Grundversorgung. Als mögliche Ursache für diese unterschiedlichen Einstellungen in den Krankenhäusern wird angenommen, dass Universitätskliniken technisch besser ausgestattet, personell besser besetzt sind und mehr Erfahrung in der Behandlung komplizierter Fälle haben. Weiters konnte zusammenfassend gezeigt werden, dass Ärzte und Pflegepersonen zurückhaltender mit Diagnostik und Therapie umgingen, wenn der Patient bereits ein hohes Lebensalter erreicht hatte und eine maligne Grunderkrankung oder eine Kombination mehrerer schwerwiegender Erkrankungen vorlag (vgl. Dlubis-Dach & Glogner, 2001, S. 78ff).

Auch in der Untersuchung von Ho, English, & Bell (2005) gaben 46% der Befragten an, dass ihrer Meinung nach die „end-of-life decisions“ zu spät intendiert werden. Die Verfasser dieser Untersuchung brachten dies in Zusammenhang mit dem Wunsch nach mehr Beteiligung im Entscheidungsprozess und mit der Annahme, dass Pflegende pessimistischer in Bezug auf die Prognose der Erkrankung sind. Gründe für die Meinung, dass die Entscheidung zum Therapieabbruch zu spät erfolgt, könnte auch die schlechte Kommunikation zwischen Medizin und Pflege sein, oder dass die Pflegenden durch ihre Nähe zum Patienten dessen Leid intensiver miterleben. Die Autoren betonen deshalb die enorme Bedeutung von Gesprächen zwischen Medizin und Pflege, in denen die Mediziner gegenüber der Pflege begründen, welche Kriterien sie für die Entscheidungsfindung herangezogen haben. Die interdisziplinäre Kommunikation wird somit zum Indikator für Qualität der Pflege bei Entscheidungen am Lebensende (vgl. Ho, English, & Bell, 2005, S. 672 ff).

Dlubis-Dach und Glogner (2001) schlagen ebenfalls vor, dass Ärzte gegenüber der Pflege zumindest begründen sollten, warum eine aufwändige Diagnostik notwendig ist, um Gruppenkonflikte zu vermindern. Weiters sollten Ärzte akzeptieren, dass Pflegende sich über die Behandlung der Patienten eine eigene Meinung bilden und der Sinn der Anordnungen für sie auch verständlich sein muss. Es wird die Notwendigkeit betont, Pflegende in den Entscheidungsprozess zum Therapieabbruch einzubinden (vgl. Dlubis-Dach & Glogner, 2001, S. 83).

Auch Schöne-Seifert & Eickhoff (1996) kamen zu dem Ergebnis, dass Pflegende häufiger zu einem Therapieabbruch tendieren als Ärzte. Weiters beklagten die

befragten Pflegepersonen, dass der Wille des Patienten nicht beachtet wird und generell wurde eine große Rechtsunsicherheit bei dieser Thematik festgestellt. Unter anderem konnte auch festgestellt werden, dass Pflegende aufgrund ihrer Nähe zum Patienten besonders sensibel mit dem Aspekt des Leidens umgehen (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 199).

Frampton & Mayewski (1987) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Pflegende im Vergleich zu Medizinern eine Therapiebegrenzung früher für notwendig erachteten. Dies war besonders der Fall, wenn die Patienten älter als 65 Jahre waren. Für beide Berufsgruppen waren in erster Linie die Faktoren Lebensqualität, Alter und Prognose der Erkrankung bei der Entscheidungsfindung relevant. Ärzte befürworteten eher aggressive Therapien und Pflegende bevorzugten eher weniger invasive Therapien. Weiters wird vorgeschlagen, die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden zu verbessern und die Pflege in den Entscheidungsprozess einzubinden, da der Arzt so zusätzliche Informationen aus den Beobachtungen der Pflege zur Entscheidungsfindung erhält (vgl. Frampton & Mayewski, 1987, S. 396ff).

Durch ihre Nähe zum Patienten und dem daraus resultierenden Wissen über den Patienten, sollten Pflegende eine Rolle im Entscheidungsprozess spielen.

Heindl & Ruppert kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Pflegenden eine entscheidende Rolle bei ethischen Entscheidungen am Lebensende zukommt. Pflegende kontrollieren die Wirksamkeit der Schmerztherapie, sind oft erste Ansprechpartner für Patienten und Angehörige nach dem Therapieabbruch und leisten einen großen Beitrag zur Gestaltung eines würdevollen Sterbens. In dieser Untersuchung wurde aber aufgezeigt, dass die Entscheidungsprozesse meist informell und unstrukturiert ablaufen, und neben den Ärzten und der Pflege kaum andere Berufsgruppen an der Entscheidungsfindung beteiligt sind. Die mangelnde Dokumentation und informelle Kommunikation führt häufig zu interdisziplinären Konflikten. Eine Voraussetzung, dass Pflege ihre aktive Rolle im Entscheidungsprozess wahrnehmen kann, ist die Schaffung von Rahmenbedingungen. Zu diesen Rahmenbedingungen zählen zeitliche Ressourcen und Räumlichkeiten, um interdisziplinäre Gespräche und Angehörigengespräche führen zu können, sowie Richtlinien für die Durchführung ethischer Fallbesprechungen.

Weiterhin wurde die Notwendigkeit von Fortbildungen in Bezug auf ethische Entscheidungen am Lebensende festgestellt (vgl. Heindl & Ruppert, 2010, S. 21).

Schöne-Seifert & Eickhoff (1996) stellten in ihrer Studie fest, dass Pflegende sich bei ethischen Entscheidungen zum Therapieabbruch Teamentscheidungen und eine aktive Teilnahme von klinischen Ethikkomitees wünschen (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S. 199).

Murrer (1999) kam in ihrer Befragung von Intensivpflegepersonen zu dem Ergebnis, dass 38% der Befragten indirekt in die Entscheidung eingebunden werden möchten. Diese Pflegepersonen waren der Meinung, einen wichtigen Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten zu können, jedoch die Entscheidungsverantwortung sollte alleine beim Arzt liegen. 28% der Befragten befürworteten eine gemeinsame Entscheidung mit dem Arzt und 8,4% der Befragten waren zufrieden mit Informationen über den Therapieabbruch (vgl. Murrer, 1999, S. 23).

Ho, English & Bell (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass 78% der Befragten aktiv in den Entscheidungsprozess involviert sind und 68 % der Befragten gaben an, dass sie sich wünschen würden, noch mehr in den Entscheidungsprozess involviert zu werden, da dies die Arbeitszufriedenheit steigern würde (vgl. Ho, English, & Bell, 2005, S. 669ff).

Cobanoglu & Algier (2004) kamen zu dem Ergebnis, dass 43 % der Befragten Pflegekräfte auf Intensivstationen unter den hierarchischen Strukturen und der schlechten Kommunikation zwischen den Berufsgruppen leiden. Als Ursache wird hier wiederum die Nähe zum Patienten und seiner Familie angegeben. Ärzte scheinen in Bezug auf diesen Punkt weniger Schwierigkeiten zu haben.

Walker (1991) stellte in seiner Studie ebenfalls fest, dass es häufig zu Konflikten zwischen Intensivpflege und Intensivmedizinerinnen kommt. Für Ärzte spielt bei den Entscheidungen am Lebensende die zu erwartende Lebensqualität und die Kosten der Intensivtherapie eine besonders wichtige Rolle, wohingegen der Schwerpunkt der Interessen der Pflege auf dem Willen des Patienten, den Wünschen der Familie, dem Schmerzmanagement und der Umsetzung der Therapien liegt. Außerdem wurden die Ergebnisse aus anderen Studien im Hinblick darauf bestätigt, dass Pflegende oft

Konflikte mit Ärzten angeben, Ärzte hingegen aber angeben, dass es nicht mit der Pflege zu Konflikten kommt, sondern mit anderen Medizinerinnen (vgl. Walker, et al., 1991, S. 426ff).

Dies zeigt auch die Ethicus Studie auf. Die Ärzte gaben an, dass Pflegende zu 78 % in den Entscheidungsprozess eingebunden sind, dass Pflegende in 2 % der Fälle die Entscheidung initiieren und dass in nur 0.6 % unterschiedliche Einstellungen und Unstimmigkeiten zwischen Pflege und Medizin vorliegen (vgl. Benbenishty, et al., 2006, S. 130).

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Ärzte und die Pflege nicht nur unterschiedliche Einstellungen zum Therapieabbruch haben, sondern auch, dass es Unterschiede in der Wahrnehmung vorhandener Konfliktsituationen gibt. Im Anschluss an die theoretische Aufarbeitung dieses Themas werden im folgenden Abschnitt die subjektiven Einstellungen der Pflegenden zu diesem Thema anhand einer qualitativen Untersuchung aufgezeigt.

B) EMPIRISCHER ABSCHNITT

6 METHODISCHES VORGEHEN

6.1 Grundsätzliche Überlegungen zum Forschungsansatz

Im empirischen Teil dieser Arbeit sollen die Einstellungen und das subjektive Erleben des Pflegepersonals im Zusammenhang mit Therapiezieländerungen beim nicht einwilligungsfähigen Patienten auf der Intensivstation aufgezeigt und analysiert werden. Das Ziel dieser empirischen Untersuchung ist in erster Line das Beschreiben von Phänomenen. Es wird aber auch versucht, bereits vorhandene theoretische Annahmen, welche im theoretischen Teil ausgeführt wurden, zu verifizieren und Verknüpfungen herzustellen.

Da dies ein sehr sensibles Thema ist und es darum geht, das Erleben der Pflegepersonen darzustellen, wird zur Beantwortung der Fragestellung ein qualitativer Forschungsansatz gewählt.

Mayer (2002, S. 73) schreibt hierzu: „ Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus („subjektiv“) erfahren und verstehen. Man bedient sich dabei offener, nicht standardisierter Erhebungsverfahren und wertet die Daten mithilfe interpretativer Methoden aus. Auf diese Weise erhält man keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen. Eine Verallgemeinerung der Daten wird nicht angestrebt“.

Dem Interview kommt gerade in der Pflegeforschung eine besonders große Bedeutung zu, da es bei pflegerischen Themen häufig um individuelle Eindrücke der Pflegepersonen geht. Die Fragestellung wird anhand des problemzentrierten Leitfadenterviews nach Andreas Witzel (vgl. Mayer, 2002, S. 127) bearbeitet und soll die persönlichen Einstellungen der befragten Pflegepersonen zu dem oben genannten Problembereich dokumentieren. Der flexible Interviewleitfaden (siehe Anhang 10.4) stellt sicher, dass alle Aspekte des Problembereichs thematisiert werden, die für die Forscherin wichtig erscheinen. Es soll ein offenes Gespräch zustande kommen, jedoch liegt der Schwerpunkt auf der Forschungsfrage dieser Untersuchung, welche von der Forscherin eingebracht wird und auf welche sie immer wieder zurückkommt (vgl. Mayer, 2002, S. 127).

Um die Qualität des Forschungsergebnisses zu sichern, wurden die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (Mayer, 2002, S. 79) ausgewählt.

- Verfahrensdokumentation (Forschungsprozess soll nachvollziehbar sein)
- Argumentative Interpretationsabsicherung (schlüssige Begründung der Argumentation)
- Regelgeleitetheit (Einhaltung einer bestimmten Systematik)
- Nähe zum Gegenstand (Forschung in der Lebenswelt des Betroffenen)
- Kommunikative Validierung (Diskussion der Forschungsergebnisse mit den Betroffenen oder innerhalb eines Forscherteams) (vgl. Mayer, 2002, S. 80).

6.2 Methode der Datenerhebung

Das problemzentrierte Interview eignet sich sehr gut für die Untersuchung der ethisch-rechtlichen Probleme am Lebensende, da sich auf diesem Weg das subjektive Erleben und Empfinden der Pflegepersonen gut darzustellen lässt. Es erscheint wichtig, dass die Interviewpartner selber zur Sprache kommen, da so die individuellen Sichtweisen der Befragten erfasst werden können. Auf Basis der vorhandenen Literatur und der Thematik wurde zuvor ein Interviewleitfaden entwickelt, welcher sicherstellen soll, dass alle relevanten Gesichtspunkte besprochen werden.

Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang und umfasst folgende Schwerpunkte:

- Das Erleben einer Änderung des Therapieziels
- Die Rolle der Pflege beim Therapieabbruch bzw. bei der Therapiereduktion
- Bewältigungs- und Lösungsstrategien

Am Beginn des Interviews wurde von der Forscherin eine sehr offene Frage mit Bezug auf die Pflegepraxis gestellt, um primär den Interviewpartner zum Erzählen zu animieren und Vertrauen herzustellen. Die weiteren Fragen wurden zum Großteil ebenfalls offen gestellt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, offen darauf zu reagieren. Die Forscherin ging teilweise mit Fragen auf die Antworten ein, versuchte jedoch hauptsächlich den Befragten erzählen zu lassen. Die Befragung zeigt einen

weichen Kommunikationsstil (vgl. Mayer, 2002, S. 124), da während des Gesprächs versucht wird, eine Vertrauensbasis zum Befragten aufzubauen.

Die Befragten wurden telefonisch kontaktiert und erhielten eine kurze Vorinformation über den Inhalt und das Ziel des Interviews. Die Interviews fanden nach der Terminvereinbarung, je nach Wunsch des Interviewpartners, entweder in der Wohnung der Interviewpartner oder in der Wohnung der Interviewerin statt. Auf diesem Weg konnte eine entspannte und störungsfreie Gesprächsatmosphäre geschaffen werden und ausreichend Zeit für die Gespräche eingeplant werden. Die Teilnehmer der Befragung stimmten einer Aufzeichnung mittels Tonband zu. Im Anschluss an das Interview wurden alle Aussagen und nonverbale Äußerungen schriftlich festgehalten. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 20 und 60 Minuten.

Im Vorfeld wurde ein Prätest mit zwei Pflegepersonen durchgeführt. Dieser zeigte, dass manche Korrekturen in Bezug auf die Formulierung einiger Fragen notwendig waren.

6.2.1 Bestimmung der Stichprobe

Die Untersuchung zielt nicht auf eine Verallgemeinerung ab, sondern versucht typische Handlungen und die subjektive Wirklichkeit der Befragten abzubilden. Aus diesem Grund wurden die Teilnehmer nach den Kriterien der Nützlichkeit und Angemessenheit ausgewählt, um die gewünschten Informationen im notwendigen Ausmaß zu erhalten (vgl. Mayer, 2002, S. 192).

Für diese Untersuchung wurden 6 Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ausgewählt. Die Befragten haben eine Sonderausbildung für Intensivpflege erfolgreich abgeschlossen und sind bereits langjährig (zwischen 10 und 18 Jahren) in der Intensivpflege tätig. Durch die lange berufliche Tätigkeit in der Intensivpflege haben diese Personen sehr viel Erfahrung mit ethisch-rechtlichen Problemen am Lebensende. Eine der befragten Personen befindet sich im Moment im Karenzurlaub und eine weitere der befragten Personen hat sich seit kurzem von der Intensivpflege distanziert. Die Befragten sind an internistischen oder anästhesiologischen Intensivstationen des Landes Niederösterreichs beschäftigt.

6.2.2 Ethische Überlegungen

In der Pflegeforschung ist die Einhaltung ethischer Grundsätze von besonderer Bedeutung, da meist sehr persönliche Erfahrungen Gegenstand der Forschung sind. Es ist notwendig die Rechte derer zu sichern, die an der Forschung teilnehmen. Dies kann erreicht werden, indem die grundlegenden Elemente des Persönlichkeitsschutzes (vgl. Mayer, 2002, S. 193) eingehalten werden. Bei dieser Untersuchung wurden folgende Punkte eingehalten:

- **Freiwillige Teilnahme:** Alle Interviewpartner wurden im vorab über Ziel, Zweck und den geplanten Ablauf der Untersuchung aufgeklärt. Die Interviewpartner stimmten mündlich der Befragung zu. Des Weiteren wurden die Befragten über die Möglichkeiten, dass Interview jederzeit abbrechen zu können oder die Verwendung der Daten abzulehnen, informiert.
- **Anonymität:** Den Interviewpartnern wurde zugesichert, dass sie absolut anonym bleiben. Die Tonbandaufzeichnungen und die persönlichen Daten der Teilnehmer sind nur für die Forscherin zugänglich. Unter anderem wurde den Befragten auch versichert, dass mit den Daten bei der Aufbereitung sensibel umgegangen wird, um bei der Präsentation der Untersuchung keine Rückschlüsse auf die einzelnen Befragten ziehen zu können.

Eine Genehmigung durch die Ethikkommission erschien nicht notwendig, da die befragten Pflegepersonen freiwillig an dieser Befragung teilnahmen.

6.3 Methode der Datenauswertung

Im direkten Anschluss an das Interview wurden die Tonbandaufzeichnungen wortgetreu transkribiert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit, der Vereinfachung der Transkription und der späteren Bearbeitung wurden die Interviews in normales Schriftdeutsch übertragen. Die Transkripte wurden kommentiert, indem Redepausen und verbale und nonverbale Besonderheiten mit Sonderzeichen (siehe Anhang 10.5) vermerkt wurden, um den sprachlichen Charakter der Äußerungen festzuhalten. Die Transkripte wurden nummeriert und die Interviewerin und die Befragten kodiert, um die Anonymität zu sichern. Um später die gewünschten Textpassagen leichter finden zu können, wurde der Text ebenfalls durchnummeriert (vgl. Mayer, 2002, 164).

Im Anschluss erfolgte die Auswertung der gewonnenen Daten. Hierfür wurde das interpretativ-reduktive Verfahren der Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Es wurden die Texte der Transkripte reduziert, umschrieben und in Kategorien zusammengefasst. Im Anschluss wurden diese miteinander verknüpft und interpretiert (vgl. ebd., S. 166).

Der interpretativ-reduktive Analyseprozess wurde in Anlehnung an Mayer (vgl. 2002, S. 167) wie folgend vorgenommen:

- Schritt 1: Vertraut machen mit dem Material, Erkennen von inhaltlich wichtigen Stellen.

Durch mehrmaliges Durchlesen der niedergeschriebenen Interviews konnten die inhaltsreichen Passagen, welche das Erleben der Pflegepersonen bzw. Konflikte beschreiben, erkannt und gekennzeichnet werden.

- Schritt 2: Verkodung und Bilden von Kategorien.

Beim Prozess der Verkodung wurde versucht, für die inhaltstragenden Passagen Überbegriffe zu finden, die die Bedeutung der Inhalte wiedergeben. In dieser Arbeit wurden drei allgemein gehaltene Hauptkategorien gebildet, welche im Folgenden in weitere Unterkategorien ausdifferenziert wurden. Um die relevanten Aspekte der Interviews darstellen zu können, war die Bildung von 10 Unterkategorien notwendig.

- Schritt 3: Synthese aller Interviews in ein Kategorieschema

In diesem Schritt wurden die verkodeten Einzelfälle zusammengelegt und in einem Kategorieschema dargestellt (Abb. 5).

- Schritt 4: Herstellen von Zusammenhängen.

Im letzten Schritt wurden zwischen den Kategorien Zusammenhänge hergestellt und die gewonnenen Daten interpretiert. Dabei wurde besonders darauf geachtet, dass bei den im Kategoriesystem zusammengestellten Aussagen, der Bezug zur arbeitsleitenden Fragestellung gegeben ist und das Ausgangsmaterial noch repräsentiert wird.

7 ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

7.1 Einführung

Das Ziel dieser Untersuchung ist die Darstellung des persönlichen Erlebens der befragten Intensivpflegepersonen, in Bezug auf einen Therapieabbruch bzw. einen Therapierückzug beim nicht einwilligungsfähigen Patienten auf der Intensivstation. Die Aussagen der interviewten Personen zum Erleben dieser speziellen Situation wurden zuerst in drei Hauptkategorien und danach in weitere Unterkategorien eingeteilt. In den Unterkategorien werden die Originalzitate dargelegt und die Themenbereiche inhaltlich beschrieben. Im Anschluss erfolgt die Diskussion des beschriebenen Themas, welche an die Forschungsfrage und den theoretischen Hintergrund anknüpft.

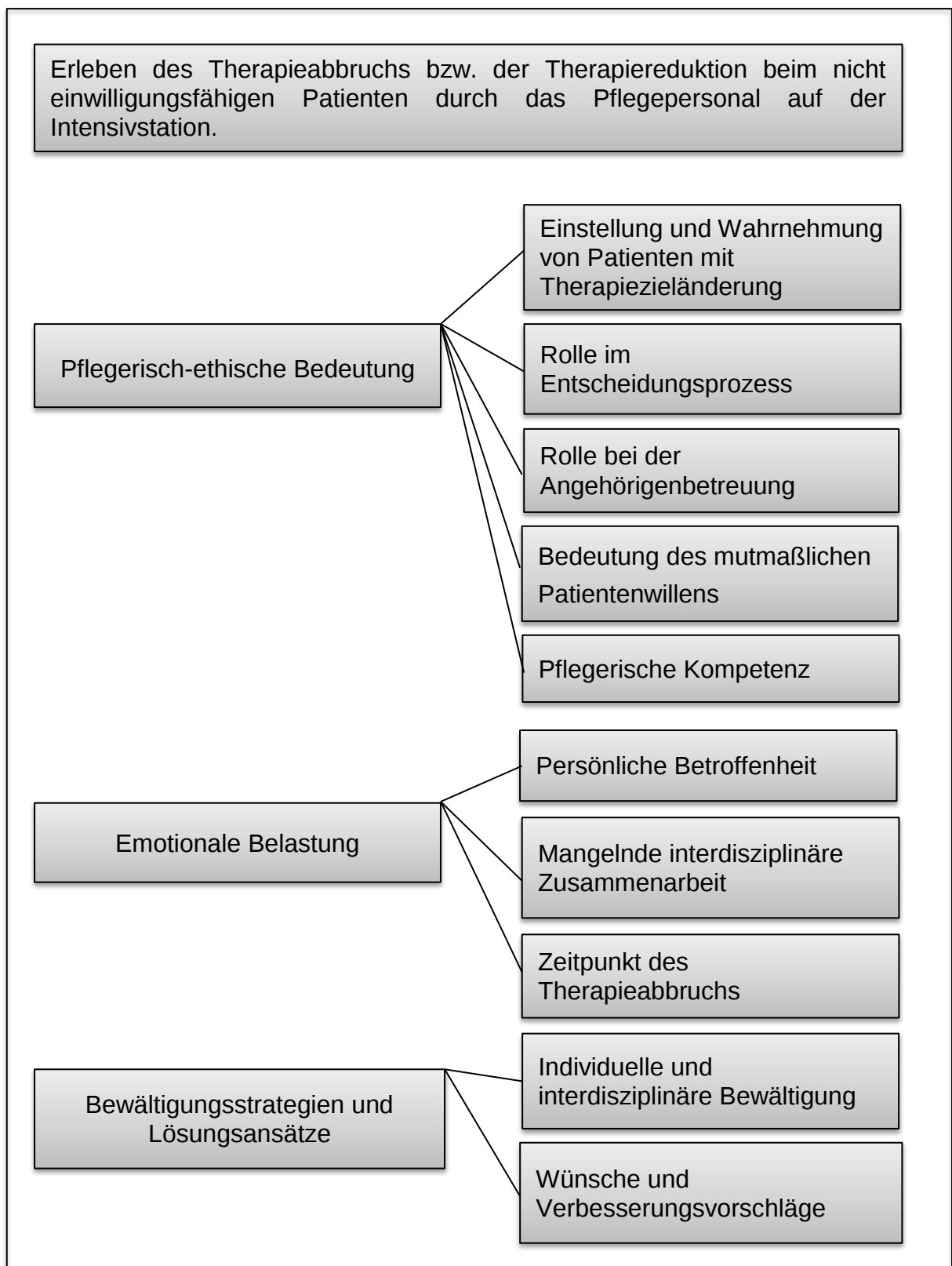


Abb. 5: Erleben des Therapieabbruchs bzw. der Therapiereduktion beim nicht einwilligungsfähigen Patienten durch das Pflegepersonal auf der Intensivstation (Abb. nach Hiemetzberger, 2006, S. 85)

7.2 Pflegerisch-ethische Bedeutung

7.2.1 Einstellung und Wahrnehmung von Patienten mit Therapiezieländerung

Zu der offen gestellten Frage, sich an Situationen der Therapiezieländerung zu erinnern und diese zu beschreiben wurden folgende Aussagen gemacht:

B1 antwortet auf diese Frage: *„[...] wir haben Therapieabbrüche halt hauptsächlich dann, wenn die Patienten eh schon seit Monaten auf der Station liegen (,) mit vielen Komplikationen (,) Patienten die schon einen recht langen Leidensweg hinter sich haben (,) wo es zwar schon mal bergauf gegangen ist und wir geglaubt haben, dass wird doch noch was (,) dann haben sie aber wieder einen Infekt gehabt und sind wieder zwei Schritte zurück gegangen (,) ein ständiges auf und ab und irgendwann greift einfach nix mehr. Die Patienten vegetieren dahin und irgendwann ist das nicht mehr schön mitanzuschauen ... es wird mit allen Mitteln gekämpft aber viele der Langlieger sterben im Endeffekt ... in diesen Situationen treffen die Ärzte dann die Entscheidung, dass eben nix mehr weiter gemacht wird [...]“ (B1, Z. 144-155).*

B6 meinte: *„[...] in den meisten Fällen (,) habe ich es auch sehr begrüßt (,) also eigentlich hab ich ein bisschen eine Erleichterung gefühlt, dass sich der Patient trotz seiner ganzen Therapie verabschieden darf“ (B6, Z. 28-30).*

B4 beschreibt die Situation des Therapieabbruchs folgend: *„Meist ist es eh absehbar (,) es ist nur mehr im Prinzip dann (,) so dass die Ärzte es dann in Worte fassen (,) wann dann eigentlich schon jedem klar ist seit oft Tagen (,) Wochen (,) Monaten“ (B4, Z. 22-24).*

B5 schildert ihre Erfahrungen mit dem Therapieabbruch folgend: *„Im Großen und Ganzen immer einverstanden mit der Entscheidung (,) weil (,) die Patienten eh meistens schon lange gelitten haben und eben keine (,) wenn es keine Genesung mehr gibt (,) dass man sie eben in Würde sterben lassen kann“ (B5, Z. 22-25).*

Eine der befragten Personen weist darauf hin, dass das Erleben der Therapiezieländerung abhängig ist von der Dauer des Aufenthaltes des Patienten auf der Intensivstation. B3 meinte: *„Die Situationen waren sehr unterschiedliche*

Situationen (,) sehr davon abhängig, wie lang der Patient schon auf der Intensivstation betreut wurde“ (B3, Z. 23-25).

Die Befragten beschreiben hier, dass sie die Änderung des Therapieziels aufgrund der schlechten Prognose der Erkrankung durchaus positiv erleben. Eine der befragten Pflegepersonen beschreibt auch das Gefühl der Erleichterung bei der Entscheidung zum Therapieabbruch, da auf diesem Weg dem Patienten ein Sterben in Würde ermöglicht wird.

Nur eine der befragten Personen gab an mit der Therapiezieländerung teilweise nicht einverstanden gewesen zu sein. B2 antwortet: *„Das erlebt man unterschiedlich (,) es hat Situationen gegeben wo ich froh war (,) dass Therapiezieländerungen gemacht wurden und es hat Situationen gegeben wo ich damit nicht einverstanden war (,) dass das gemacht wurde“ (B2, Z. 23-26).*

Auf die Frage, welchen Einfluss ein Therapieabbruch auf die pflegerische Versorgung eines Patienten hat, antwortet B6: *„Er wird trotzdem gewaschen (,) außer er ist schon direkt in der Sterbephase (,) wo der Tod in den nächsten Stunden zu erwarten ist (,) wenn es noch Tage dauern kann wird nicht mehr groß mobilisiert (,) man schaut, dass es für den Patienten so angenehm wie möglich ist (,) die ganze Mund- und Augenpflege macht man trotzdem und ernährt wird er auch trotzdem (,) aber man zieht sich vielleicht von dem ganzen Paket was man macht ein bisschen zurück“ (B6, Z. 258-264).*

Gleichbedeutend ist die Aussage des folgenden Befragten. B4 meint: *„Ich mache genauso noch meine Mundpflege und so ... was ich vielleicht nicht mehr mache sind die ganzen Lagerungen (,) so in diese Richtung (,) ich rede auch noch mit den Angehörigen aber (,) mobilisieren tu ich nicht mehr“ (B4, Z. 215-218).*

B1 antwortet: *„Es verändert sich gar nix. Es wird genauso gepflegt wie vorher gepflegt wurde“ (B1, Z. 231-232).*

Und auch B2 meint: *„Die pflegerischen Maßnahmen verändern sich nicht“ (B2, Z. 177).*

B3 antwortet: „Es wird auf der Intensivstation weniger auf das Maschinelle Wert gelegt (,) sondern einfach auf den Patienten (,) es gibt eigene ätherische Öle (ahm) dass man den Patienten regelmäßig lagert (,) und (ahm) die Angehörigen gut vorbereitet wenn sie auf Besuch kommen (,) und die Körperpflege und die maschinelle Betreuung hat einen ganz geringen Stellenwert bzw. gar keinen“ (B3, Z. 207-2012).

B5: „Die Schmerzfreiheit steht im Vordergrund (,) dass die Angehörigen jederzeit zum Patienten können (,) und dass sie dabei sein können wenn sie es wollen (,) dass ihnen das ermöglicht wird“ (B5, Z. 156-158).

Die Aussagen der Befragten zeigen, dass sich aus pflegerischer Sicht die Betreuung des Patienten mit Therapieabbruch kaum von der Betreuung anderer Intensivpatienten unterscheidet. Pflegerische Handlungen werden unverändert weitergeführt. Lediglich Maßnahmen wie z.B. die Mobilisation oder therapeutische Lagerungen werden nicht mehr durchgeführt. Bei der Betreuung von Patienten mit Therapieabbruch rücken die Schmerztherapie und die Betreuung der Angehörigen in den Vordergrund. In erster Linie geht es darum das Wohlbefinden des Patienten zu steigern und nicht mehr darum therapeutische Handlungen zu setzen.

Des Weiteren wurde versucht die Einstellung der Pflegenden zu geriatrischen Patienten auf der Intensivstation darzustellen. Auf die Frage, ob man nicht ab einem bestimmten Alter auf intensivmedizinische Maßnahmen verzichten oder sie nur begrenzt einsetzen sollte, vertraten alle Befragten die gleiche Meinung.

B1 meinte: „[...] Ich denke (,) dass jeder das Recht auf eine intensivmedizinische Versorgung haben soll (,) das hat nichts mit dem Alter zu tun ... (ahm) es kann ein junger Mensch sterbenskrank sein ... wo die Intensivmedizin nix mehr bringt (,) und ein alter Patient der eine intensivmedizinische Betreuung braucht und dem sie helfen kann noch ein paar Jahre zu leben“ (B1, Z. 267-272).

B2 meinte: „Das finde ich nicht für sinnvoll oder für gut (,) weil man das sehr schwer am Alter festmachen kann (,) weil für jeden die individuelle Lebensqualität anders ist und (,) das nicht unmittelbar mit dem Alter zu tun hat“ (B2, Z. 215-218).

B3 meinte: „Ich finde es eigentlich ziemlich okay (,) dass wenn ein Patient schon sehr alt ist ... obwohl es kommt dabei mehr auf das biologische Alter an (,) sich bei der Intensivmedizin sich nicht zu weit hinauslehnt (,) auch die Medizin hat Grenzen (,) und ... es ist sicher ein schwieriger Punkt ... aber das biologische Alter sollte berücksichtigt werden“ (B3, Z. 266-270).

B4 meinte: „Nein, das finde ich nicht okay (,) ich sage ich schaue auf meine Gesundheit und vielleicht werde ich erst mit 70 krank (,) und vielleicht einer der nicht auf seine Gesundheit schaut mit 60 schon so krank ist (,) wieso hab ich dann kein Recht das zu bekommen was der mit 60 noch bekommen hat (,) einfach weil ich mehr auf mich geschaut hab (,) ich sag mal, es hat jeder die Chance verdient (,) dass er entsprechend gut betreut wird ... es hat jeder die Chance verdient intensivmedizinisch betreut zu werden (,) wenn ich sehe es bringt einen Erfolg dann mache ich weiter und wenn ich merke es bringt nix (,) dann kann ich es eh wohl oder übel reduzieren“ (B4, Z. 276-285).

B5 meinte: „Ich würde es nicht unbedingt auf das Alter festlegen (,) sondern auf die Prognose (,) es gibt ältere Patienten die zum ersten Mal in Krankenhaus sind (,) die bis dato wirklich fit waren und es gibt jüngere Patienten (,) die schon jahrelang krank sind und so die Prognose vielleicht schlechter ist [...]“ (B4, Z. 180-183).

Diese Aussagen zeigen deutlich, dass für Pflegende bei der Entscheidung zum Therapieabbruch das Alter des Patienten, isoliert betrachtet, nicht ausschlaggebend ist. Neben dem Alter des Patienten sind für die befragten Pflegepersonen auch die Prognose, die Grunderkrankungen und zusätzliche Erkrankungen relevant. Die Pflegenden nehmen den ganzen Patienten in seiner speziellen Lebenssituation wahr und nicht nur einzelne Parameter.

B6 beschreibt dies im Folgenden sehr eindrucksvoll: „[...] Ich denke man sollte sehr wohl abstecken wie sehr der Patient im Leben steht (,) also das finde ich gehört auch miteinbezogen“ (B6, Z. 334-336). „[...] es kommen immer wieder Patienten die sind in einem Pflegeheim und Pflegefall und werden intubiert und beatmete herein gebracht (,) ja und da frage ich mich dann ob es sinnvoll ist das wirklich zu machen und ob er sich so nicht vielleicht schöner verabschieden hätte können (,) wenn man ihn nicht mit

herein genommen hätte (,) vielleicht ein bisschen ein Vandal gegeben hätte (,) und wenn die Maschinerie einmal in Gang ist (,) dann ist sie im Gang und dann ist es eigentlich manchmal wirklich eine Qual für den Patienten ... sie sind ja nicht immer im Tiefschlaf (,) manchmal bekommen sie es ja mit wenn sie intubiert und beatmet sind (,) ich meine weil sie von dieser kompletten Tiefschlafsedierung ja wegkommen und der Patient soll immer so wach wie möglich sein weil das für die Lunge am besten ist (,) und die kriegen dann zum Teil ja wirklich sehr viel mit (,) und dann liegen sie wochenlang auf der Intensiv und dann sterben sie nach drei Wochen (,) und da frage ich mich dann manchmal schon ... da denke ich mir manchmal schon es wäre nicht schlecht ab einem gewissen Alter die Grundkonstitution heranzuziehen und zu sagen (,) nein (,) würde ich sehr begrüßen“ (B6, Z. 337-353).

Weiters meint B6: *„Ich glaube (,) dass ein Umdenken stattfinden muss (,) weil eben das Alterslimit nach oben gegangen ist und man mit dem Tod vielleicht doch etwas öfter konfrontiert wird auf den Intensivstationen (,) weil die Patienten eben sehr alt sind und dann auch häufig versterben auf der Intensivstation und (ahm) dass da vielleicht ein bisschen ein generelles Umdenken auch stattfindet (,) bezüglich Therapiereduktion oder Therapievereinbarung (,) das wäre sehr wünschenswert [...]“ (B6, Z. 389-395).*

An diese Aussage lässt sich sehr deutlich erkennen, dass Pflegende über die Sinnhaftigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung bei unheilbar kranken und alten Patienten nachdenken. Für Pflegende steht der Nutzen der Therapie für den Patienten im Vordergrund und eine intensivmedizinische Versorgung mit geringer Aussicht auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes wird als Qual für den Patienten beschrieben. Eine scheinbar sinnlose Therapie wird von Pflegenden abgelehnt, da sie das Leiden nur verlängert und ein Sterben in Würde nicht möglich ist. Sind Pflegende mit der Therapie nicht einverstanden, so kann dies zu Konflikten führen, da Pflegende durch ihre Nähe zum Patienten das Leid des Patienten intensiver erleben als Ärzte und sich diesem Konflikt auch nicht entziehen können.

7.2.2 Diskussion

Der Therapieabbruch wird von den befragten Pflegepersonen zu Großteil als sinnvollen Schritt in die richtige Richtung erlebt, da es so dem Patienten ermöglicht

wird in Würde zu sterben. Die Entscheidung zum Therapieabbruch fällt zu einem Zeitpunkt, wo meist alle therapeutische Maßnahmen ausgeschöpft wurden und deshalb die Verfolgung eines kurativen Ansatzes nicht mehr möglich ist. Da dieser Entscheidung meist ein längerer Intensivaufenthalt voraus geht, sind diese Entscheidungen nicht überraschend für die Pflegenden. Die Befragten geben teilweise sogar an, dass sie nachdem die Entscheidung zum Therapieabbruch getroffen wurde, ein Gefühl der Erleichterung empfinden, da der Patient nun sterben darf und nicht mehr unter den therapeutischen Maßnahmen leiden muss.

Die Pflege nimmt den Patienten mit Therapieabbruch in gleicher Weise wahr wie andere Patienten in der Intensivmedizin. Die pflegerischen Maßnahmen der Grundpflege werden grundsätzlich nicht verändert, jedoch an die Bedürfnisse des Patienten angepasst. Therapeutische pflegerische Handlungen wie z.B. die Mobilisation werden jedoch unterlassen. Die pflegerischen Maßnahmen dienen in erster Linie dazu, das Wohlbefinden des Patienten zu steigern. Der Schwerpunkt der pflegerischen Maßnahmen nach einem Therapieabbruch verändert sich von therapeutischen Handlungen hin zu Maßnahmen die auf eine Linderung der Schmerzen abzielen. Ein weiterer Schwerpunkt beim Therapieabbruch auf der Intensivstation besteht in der verstärkten Betreuung der Angehörigen.

Die Wahrnehmung des geriatrischen Intensivpatienten ist bei allen befragten Pflegepersonen identisch. Das hohe Alter eines Intensivpatienten, isoliert betrachtet, stellt für die Befragten keinen Grund dar, um auf eine intensivmedizinische Versorgung zu verzichten. Für die Befragten hat das biologische Alter wesentlich mehr Aussagekraft. Die befragten Pflegepersonen sind der Meinung, dass durchaus auch ältere Patienten von einer intensivmedizinischen Versorgung profitieren können, wohingegen eine intensivmedizinische Therapie bei Patienten mit schwerwiegenden Grunderkrankungen als nicht zielführend empfunden wird.

7.2.3 Rolle im Entscheidungsprozess

In den Interviews wurden die Befragten gebeten den Ablauf der Entscheidungsfindung und die Beteiligung diverser Berufsgruppen zu beschreiben um die aktuelle Situation aufzeigen zu können.

B1 meint hierzu: „An und für sich entscheiden dies die Ärzte selber (,) je nach Krankheitsverlauf wird dies (ahm) von den Ärzten ... (ahm) entschieden ... jedoch finden auch Angehörigengespräche statt, (ahm) die jedoch auf den Therapieabbruch wenig Einfluss haben ... wir haben Therapieabbrüche halt hauptsächlich dann, wenn die Patienten eh schon seit Monaten auf der Station liegen [...]“ (B1, Z. 141-146). „[...] es wird mit allen Mitteln gekämpft aber viele der Langlieger sterben im Endeffekt ... (ahm) in diesen Situationen treffen die Ärzte dann die Entscheidung, dass eben nix mehr weiter gemacht wird (,) dies wird den Angehörigen dann erklärt (,) die kriegen den Verlauf dann ja eh schon mit (,) die Therapie ist dann eh schon bis zuletzt ausgeschöpft“ (B1, Z. 152-157).

Auf die Frage, wer an der Entscheidungsfindung beteiligt ist meint B1: „Eigentlich hauptsächlich die Ärzte ... eigentlich nur die Ärzte (,) die Intensivmediziner gemeinsam mit den Operateuren“ (B1, Z. 159-160). „[...] das Interesse der Ärzte sich Informationen vom Pflegepersonal einzuholen ist sehr gering [...]“ (B1, Z. 204-205).

Auch B5 antwortet auf die Frage nach den Beteiligten der Entscheidungsfindung: „Die Ärzte im Team gemeinsam (,) die dann besprechen ob es zum Therapierückzug kommt“ (B5, Z. 101-102).

Diese Aussagen implizieren, dass die Entscheidungen sehr spät getroffen werden und, dass die Pflege bei der Entscheidungsfindung eigentlich keine eine Rolle spielt.

B2 hingegen beschreibt die Situation folgend: „Die Ärzte sprechen sich untereinander ab bei der Morgenbesprechung (,) manche Ärzte fragen auch bei der Pflege nach (,) kommt halt drauf an welcher Arzt Dienst hat (,) und die Angehörigen werden auch gelegentlich miteingebunden“ (B2, Z. 114-117).

An der Entscheidungsfindung beteiligt sind laut B2: „Manchmal nur der Arzt (,) manchmal Arzt Pflege (,) manchmal Arzt Pflege Angehörige“ (B2, Z. 119-120).

Anhand dieser Aussage lässt sich erkennen, dass der Prozess der Entscheidungsfindung nicht standardisiert ist und es somit stark von der Einstellung des behandelnden Arztes abhängt wer in die Entscheidungsfindung miteinbezogen wird.

B3 antwortet auf die Frage nach dem Ablauf der Entscheidungsfindung: „*Erstens einmal werden Pflegepersonen befragt (,) (ah) erstens dass es bei uns so ist, dass jeden Tag ein anderer Arzt Dienst hat und der Diensthabende erst am Nachmittag auf die Station kommt (,) wird vielleicht noch mal am nächsten Morgen darüber besprochen (,) und (,) auch immer wieder die Angehörigen befragt im besten Fall*“ (B3, Z. 130-134).

Eingebunden in diesen Prozess sind laut B3: „*Arzt (,) Schwester (,) eventuell ein Arzt aus einer anderen Fachrichtung und teilweise die Angehörigen*“ (B3, Z. 136-137).

B4 meint zur Beteiligung an der Entscheidungsfindung: „*Also im Normalfall (,) der betreuende Pfleger (,) es ist noch der erste Oberarzt normal da (,) also der Stationsleitende (,) es ist der Diensthabende dabei (,) und im Normalfall die Stationsschwester oder die Vertretung (,) wobei (...) man macht sich einfach ein Gesamtbildnis [...]*“ (B4, Z. 151-154).

B6 antwortet: „*Es wird in der Früh (,) wir haben ja immer in der Früh eine Sitzvisite und da wird das besprochen (,) ob man sich jetzt zurückzieht oder nicht (,) es wird eh meistens (,) also entscheiden tut es der leitende Oberarzt*“ (B6, Z. 169-171).

Als Beteiligte an der Entscheidungsfindung gibt B6 an: „*Der erste Oberarzt der die Station leitet (,) der der Dienst gehabt hat und der der Dienst an diesem Tag hat (,) die Stationsleitung ist involviert (,) die zuständige Pflegekraft (,) das sind die Hauptpersonen*“ (B6, Z. 174-176).

Anhand der Aussagen von B3, B4 und B6 kann festgestellt werden, dass die Pflege auf diesen Abteilungen in den Entscheidungsprozess involviert ist.

Im weiteren Gespräch wurde versucht herauszufinden, ob aus Sicht der Pflege eine Teilnahme an der Entscheidungsfindung notwendig ist und welcher Beitrag aus pflegerischer Perspektive geleistet werden kann.

B1 meint hierzu: „*Ich glaube (,) dass die Pflege eine große Rolle spielen kann (,) die Pflege hat viele Information über den Patienten (,) der Arzt ist ja nur kurz im Zimmer und hat so ja nur eine Momentaufnahme und die Pflegeperson ist den ganzen Tag*

beim Patienten (,) deshalb wäre eine gute Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten von Vorteil“ (B1, Z. 173-177). „[...] Pflegepersonen kennen den Patienten am besten und können am besten einschätzen in welcher körperlichen und psychischen Verfassung der Patient ist. Die Pflegeperson hat mehr Informationen über den Patienten und die Angehörigen und (,) können die Situationen besser einschätzen und (,) (ahm) sehen ob sich die Situation verschlechtert oder verbessert“ (B1, Z. 165-170).

B2 antwortet: „Ja das denke ich schon (,) auf jeden Fall (,) die Pflege ist ja sehr viel beim Patienten (,) und hat auch sehr viel Kontakt zu den Angehörigen (,) und sich die Angehörigen sich sehr oft an die Pflege wenden mit Fragen (,) mit Ängsten (,) mit Sorgen (,) und der Pflege oft erzählen wie der Patient oft vorher war und das wichtig ist bei der Entscheidungsfindung“ (B2, Z. 124-128). „[...] auch um es abzuschätzen was ist Lebensqualität für den Patienten und was nicht (,) weil die Pflege den Patienten doch recht gut kennt (,) beziehungsweise über die Angehörigen viele Informationen bekommt“ (B2, Z. 131-133).

B3 begründet die Notwendigkeit der Beteiligung der Pflege an der Entscheidungsfindung folgend: „Na die Pflegeperson verbringt die meiste Zeit mit dem Patienten und kann sehr wohl dem Arzt mitteilen wie es dem Patienten geht (,) und (,) dem Arzt mitteilen wie es dem Patienten geht (,) ob er sich eventuell verschlechtert hat (...) und eigentlich werden wir dann nicht recht viel mehr gefragt“ (B3, Z. 144-148). „Die Pflege kann zum Beispiel aus den Angehörigengesprächen herausfiltern wer der nächste Angehörige ist und den Patienten am besten kennt (,) dass man mit dem ein Gespräch aufbaut (,) vom Arzt her (,) Wahrnehmungen die nicht messbar sind dem Arzt mitteilen“ (B3, Z. 151-155).

B6 antwortet: „Weil die Pflege (ahm) weil den Patienten keiner so gut kennt wie die Pflege ... mehr kann ich dazu nicht sagen (,) wir sind 12 Stunden beim Patienten und (ahm) und kennen die Angehörigen sehr gut (,) also die Pflege macht oft irrsinnig lange Angehörigengespräche und darum ist es für mich absolut wichtig, dass die Pflege in der Entscheidungsfindung auch dabei ist“ (B6, Z. 181-183).

Für vier der sechs befragten Pflegepersonen ist eine Beteiligung der Pflege bei der Entscheidungsfindung absolut notwendig. Begründet wird die Notwendigkeit einer

Teilnahme der Pflege an der Entscheidungsfindung damit, dass die Pflege jene Berufsgruppe ist, die durch die Nähe zu Patienten diesen am besten kennt. Wie bereits unter Punkt 5.4 beschrieben sind pflegerische Tätigkeiten regelmäßiger, körperlich näher und oft zeitaufwändiger als medizinische Handlungen. Durch die Nähe zum Patienten erhalten Pflegende viele Informationen aus der persönlichen Lebenswelt des Patienten und können somit am besten die Bedeutung der Erkrankung für den Patienten erfassen. Weiters ist die Pflege die einzige Berufsgruppe die mit allen an der Behandlung beteiligten Personen in Kontakt steht, und somit eine zentrale Rolle in der Organisation der Therapien bzw. der Abläufe und bei der Weitergabe von Informationen übernimmt.

Jedoch nicht alle der Befragten sehen die Rolle der Pflege in dieser Art und Weise.

B4 meint zum Beitrag zur Entscheidungsfindung: *„Ich will die Entscheidung nicht treffen (,) ich kann aber zur Entscheidungsfindung beitragen“ (B4, Z. 161-162). „Ich kann eine Auflistung der (,) entscheidungsrelevanten Daten geben (,) wie schaut das Trachealsekret aus (,) wie schaut die Wunde aus (,) wie schaut (,) war sie in der Nacht stabil (,) haben wir etwas steigern müssen“ (B4, Z. 164-166). „[...] jeder trägt bei was er glaubt (,) vom rein Pflegerischen gibt es in dem Fall eh nicht viel [...]“ (B4, Z. 154-155).*

Zur Rolle der Pflege im Entscheidungsprozess antwortet B5: *„Wenn der Patient sich äußert (,) dass man dies weitergibt (,) dokumentiert und weitergibt (,) oder Gespräche mit den Angehörigen stattfinden (,) zwischen Pflege und Angehörigen (,) da es um das Thema geht (,) dass man es dokumentiert und weitergibt (,) wenn es irgendwelche ... was der Patient sich wünschen würde (,) was er vor fünf Jahren mal geäußert hat“ (B5, Z. 111-116).*

Die Aussagen von den Befragten B4 und B5 implizieren, dass der Pflege bei der Entscheidungsfindung eine eher geringe Rolle zukommt. Der pflegerische Beitrag reduziert sich hier auf die Weitergabe medizinisch relevanter Daten und auf die Weitergabe von Informationen der Angehörigen.

Bei der Frage, ob sie mit der Situation der Entscheidungsfindung zufrieden sind und sich eingebunden fühlen antwortete B4 folgend: *„Wir sind durchaus miteinbezogen (,) ob ausreichend (,) ich glaub schon (,) entscheiden als solches tun es dann eh die Ärzte“ (B4, Z. 169-170).* *„Also wir in der Pflege sind miteingebunden (,) wir setzen uns im Normalfall in Ruhe zusammen (,) dann wird darüber gesprochen (,) und dann wird die Entscheidung getroffen“ (B4, Z. 190-192).* *„Ich habe nur wenige Vergleichsmöglichkeiten und keine Veränderungswünsche diesbezüglich“ (B4, Z. 194-195).*

B5 meint hierzu: *„Ich möchte nichts verändern“ (B5, Z. 139).*

An den Aussagen von B4 und B5 lässt sich erkennen, dass diese Pflegepersonen mit ihrer Rolle im Entscheidungsprozess durchaus zufrieden sind und kein Wunsch nach Veränderung vorliegt. Es ist anzunehmen, dass der Grund für die Zufriedenheit mit der momentanen Situation darin liegt, dass laut diesen Personen der Beitrag der Pflege zur Entscheidungsfindung eher unbedeutend ist.

Auch B6 scheint im Großen und Ganzen zufrieden mit der Einbindung in den Entscheidungsprozess zu sein. B6 meint hierzu: *„Ich sage besser kann es immer sein (,) aber ich bin zufrieden“ (B6, Z. 231-232).* *„Werden wir schon gehört und da dürfen wir unsere Meinung dazu sagen (,) inwieweit sie das dann berücksichtigen weiß ich nicht (,) aber ernst genommen werden wird sehr wohl“ (B6, Z. 237-239).*

Im Gegensatz zu den Befragten B4, B5, und B6 lag bei den anderen Befragten durchaus der Wunsch nach mehr Einbindung der Pflege vor.

B2 meinte: *„[...] dass die Pflege mehr miteingebunden wird (,) dass die Pflege das Gefühl hat (,) dass die pflegerische Meinung auch zählt (,) dass ist auch unterschiedlich von Arzt zu Arzt (,) bei manchen hat man halt das Gefühl, dass die pflegerische Meinung überhaupt nicht zählt (,) und nur das Medizinische im Vordergrund steht“ (B2, Z. 155-159).*

Auch B3 gab an sich eine vermehrte Einbindung der Pflege zu wünschen: *„Dass vielleicht auf die Pflegepersonen mehr gehört wird (,) die steht ja auch die meiste Zeit neben dem Patienten und sicher auch das meiste mit den Angehörigen besprechen ...“*

oft wird auf die Pflegepersonen keine Rücksicht genommen was sie sprechen oder was die für ein Gefühl dabei haben“ (B3, Z. 185-189).

B1 ist ebenfalls unzufrieden mit der momentanen Situation. Sie beschreibt dies folgend: *„Ich bin nicht zufrieden ... das Interesse der Ärzte sich Informationen vom Pflegepersonal einzuholen ist sehr gering ... die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege ist bei uns sehr schlecht“ (B1, Z. 204-206).*

In diesen Aussagen zeigt sich deutlich, dass die subjektiven Wahrnehmungen der Pflege oft zu wenig berücksichtigt werden und die Pflegepersonen die Wertschätzung ihrer Tätigkeit durch die Ärzte als nicht ausreichend empfinden. Weiters werden aus pflegerischer Sicht Probleme in der Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten beschrieben.

B3 beschreibt unter anderem auch, dass ein Konfliktpotential vorliegt, wenn in die Pflegenden nicht in die Entscheidungsfindung zum Therapieabbruch miteingebunden werden. Auf die Frage, ob es bei den Entscheidungen zum Therapieabbruch zu Konflikten kommt meint B3: *„[...] je nachdem wie der Therapieabbruch bzw. Rückzug besprochen wurde (,) und ob da Pflegepersonal miteinbezogen wurde“ (B3, Z. 234-236).*

Die Personen mit dem Wunsch nach mehr Einbindung in die Entscheidungsfindung, würden gleichzeitig auch regelmäßig stattfindende ethische Fallbesprechungen begrüßen, da sie so alle ihre wahrgenommenen Eindrücke schildern können und so ein umfassendes Bild vom Patienten und der Situation entsteht.

B1 antwortet auf die Frage nach ethischen Fallbesprechungen: *„Das wäre überhaupt der Idealfall (,) so können alle ihren Standpunkt darstellen und (,) man kann dann entscheiden was das Beste für den Patienten ist“ (B1, Z. 184-187).*

B2 meint hierzu: *„[...] eben interdisziplinär (,) dass eben verschiedene Berufsgruppen miteingebunden werden (,) da jeder seine eigene Sichtweise auf den Fall hat (,) und wenn man sich zusammenspricht dann (,) bekommt das ein größeres Spektrum und ist besser abgestimmt auf den Patienten“ (B2, Z. 140-141).*

B3 beschreibt die Einstellung zu ethischen Fallbesprechungen folgend: *„Das wäre die optimale Lösung für mich (,) ich habe es bis jetzt erst einmal erlebt (,) das war bei einem ... (ahm) besonderen Patienten mit einer besonderen Krankengeschichte (,) da haben sich alle (,) die Ärzte aus den verschiedenen Disziplinen (,) die Pflege (,) Physiotherapie (,) Ergotherapie (,) an einen Tisch gesetzt und einer nach dem anderen durfte seinen Eindruck vom Patienten schildern und sie wurden auch ernst genommen (,) so sollte es immer sein (,) so könnten im Sinn des Patienten Entscheidungen getroffen werden“* (B3, Z. 163-170).

B3 bedauert: *„(,) dass es leider bei uns sehr schade ist (,) dass zu wenige Personen miteingebunden sind (,) oder dass man sich mal eigens zusammensetzt um den Patienten zu besprechen“* (B3, Z. 295-279).

Für die Befragten B4, B5 und B6 sind im Gegensatz dazu ethische Fallbesprechungen nicht bei jedem Patienten notwendig, da sich die Ärzte im Rahmen der Visiten mit den unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Personen absprechen.

7.2.4 Diskussion

Die Rolle der Pflege bei der Entscheidungsfindung zum Therapieabbruch bzw. zur Therapiereduktion wird von den befragten Pflegepersonen unterschiedlich erlebt.

Zur aktuellen Situation der Beteiligung der Pflege bei den Entscheidungen am Lebensende geben zwei der sechs Befragten an, nicht in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden zu sein und vier der Befragten sind ihrer Meinung nach in den Entscheidungsprozess involviert. Diese Aussagen zeigen, dass die Pflege nicht auf allen Intensivstationen in die Entscheidungsfindung eingebunden ist. Die Beteiligung der Pflege bei der Entscheidungsfindung steht offensichtlich in Zusammenhang mit dem Grad der Standardisierung des Prozesses der Entscheidungsfindung. Da der Prozessablauf häufig nicht standardisiert ist und eher informell abläuft, ist die Beteiligung der Pflege sehr abhängig von der Motivation des Arztes die Pflegepersonen in die Entscheidung miteinzubeziehen.

Im Weiteren wurden auch zur möglichen Rolle der Pflegenden bei der Entscheidungsfindung unterschiedliche Aussagen gemacht. Vier der Befragten

betonen, dass die Pflege durch die Nähe zum Patienten einen bedeutenden Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten kann. Pflegende verbringen (wie bereits in Punkt 5.4 beschrieben) von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen die meiste Zeit mit dem Patienten und dessen Angehörigen. Somit kennen sie die Probleme des Patienten und können die Auswirkungen der Krankheit auf die spezielle Lebenssituation des Patienten sehr gut einschätzen. Die Pflegenden sind sich ihrer ethischen Verantwortung bewusst und sind bereit Verantwortung zu übernehmen. Zwei der befragten Pflegepersonen sehen jedoch ihren möglichen Beitrag zu Entscheidungsfindung nur in der Weitergabe medizinischer Daten und in der Weitergabe von Aussagen des Patienten oder dessen Angehörigen an die Ärzte. Es entsteht bei der Befragung der Anschein, dass sich diese Pflegepersonen an der Entscheidungsfindung nicht beteiligen wollen oder die Bedeutung ihrer Rolle nicht wahrnehmen.

Generell sind drei der sechs Befragten mit der Einbindung in den Entscheidungsprozess zufrieden. Zu dieser Gruppe zählen auch die zwei Pflegepersonen, welche bei der Entscheidungsfindung eine eher untergeordnete Rolle übernehmen. Es bestehen bei ihnen keine Wünsche nach einer Veränderung ihrer Rolle im Prozess der Entscheidungsfindung. Im Gegensatz dazu stellen die anderen drei Befragten ihre Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation dar und es wird von ihnen der Wunsch nach mehr Beteiligung an der Entscheidungsfindung und der Wunsch nach mehr Wertschätzung durch die Ärzte angegeben. Diese Befragten wollen mehr in den Entscheidungsprozess involviert werden, um so sicher zu gehen, dass die richtige Entscheidung im Sinne des Patienten getroffen wird. Eine Aussage zeigt auch, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit Konflikte auftreten, wenn Ärzte die Entscheidung ohne Absprache mit der Pflege treffen.

Die Pflegepersonen welche mit der momentanen Situation unzufrieden sind, würden auch die Implementierung ethischer Fallbesprechungen begrüßen, um zu gewährleisten, dass alle an der Behandlung beteiligten Personen ihre Sicht darstellen können und so die richtige Entscheidung für den Patienten getroffen wird.

Diese Untersuchung bestätigt die Ergebnisse von Heindl & Ruppert (vgl., 2010, S. 175), welche ebenfalls informelle und unstrukturierte Abläufe der Gespräche

beschreiben. Um eine hohe Qualität der Gespräche zu sichern, wird es notwendig sein diese zu standardisieren und die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Es wäre wichtig die Diskussionen bezüglich des Therapieabbruchs mit mehreren Personen in Form einer ethischen Fallbesprechung zu führen, da auf diesem Weg einerseits alle an der Behandlung Beteiligten ihre Sichtweise darstellen können und auf der anderen Seite so der Arzt trotz seiner alleinigen Entscheidungsverantwortung entlastet wird.

7.2.5 Rolle bei der Angehörigenbetreuung

Da bei nicht einwilligungsfähigen Patienten in der Intensivmedizin oftmals die Angehörigen die einzigen Personen sind, die Auskunft über den Patienten geben können und im Gegenzug auch anstelle des Patienten über weitere therapeutische Maßnahmen aufgeklärt werden, wurde in den Interviews auch versucht die Rolle der Pflege bei der Betreuung der Angehörigen darzustellen.

B1 meint zur Rolle der Pflege bei den Angehörigengesprächen: *„Bei uns keine. Der Arzt klärt die Angehörigen auf ... die Pflegeperson ist nicht dabei (,) (ahm) und das finde ich aber nicht gut ... die Ärzte dokumentieren zwar was in dem Gespräch besprochen wurde ... aber ich finde es trotzdem wichtig (,) dass die Pflegeperson dabei ist (,) und sich die Aufklärung anhört ... dass sie zumindest informiert wurde (,) was der Arzt zu den Angehörigen gesagt hat um ... später wenn die Angehörigen mit der Pflegeperson reden wollen (,) die auch wissen was der Arzt erzählt hat“ (B1, Z. 118-125).*

Die befragte Person beschreibt hier, dass die Pflege eigentlich keine Rolle im Gespräch mit den Angehörigen hat. Durch die Dokumentation der Angehörigengespräche wird sichergestellt, dass alle im Team nachlesen können inwieweit die Angehörigen informiert sind. Die Pflege nimmt meist aber nicht am Gespräch teil und kann somit die Angehörigen mit nachfolgenden Gesprächen nur wenig unterstützen.

B2 gibt an, dass Angehörige nach dem Gespräch mit den Ärzten fast immer bei der Pflege Rückfragen stellen. Die Rolle der Pflege in der Angehörigenbetreuung beschreibt B2 folgend: *„Unterstützung der Angehörigen und Gesprächsführung (,)*

weniger um die medizinische Aufklärung (,) also um was es fachlich geht (,) sondern einfach Unterstützung“ (B2, Z. 94-96).

Auf die Frage, ob die Pflege bei den Angehörigengesprächen anwesend sei, meinte B2: *„Nein, nicht immer (,) wenn es geplante Gespräche sind und wenn sich die Pflege selbst einbringt (,) dann ist sie dabei (,) aber nachdem es nicht standardisiert ist auf der Abteilung (,) ist das auch eher die Ausnahme“ (B2, Z. 106-109).*

B3 antwortet auf die Frage nach den Gesprächen mit den Angehörigen: *„Die Aufklärung erfolgt grundsätzlich durch den Arzt (,) die Rolle der Pflegeperson ist diejenige (,) dass sie die Angehörigen betreut mit Gesprächstherapie (,) wie sie auf den Patienten zugehen (,) und (,) diverse Telefonnummern auch von eventuellen Hilfsmöglichkeiten gibt“ (B3, Z. 102-105). „Die Angehörigen wenden sich sehr oft an die Pflege (,) vor allem wenn sie im vorhergehenden Arzt-Angehörigengespräch etwas nicht verstanden haben weil es schlecht ausgedrückt wurde (,) und dann nochmal nachzufragen was dies bedeutet“ (B3, Z. 96-99).*

Laut B3 wird der Inhalt der Angehörigengespräche nicht dokumentiert. Dies wird von B3 aus folgendem Grund kritisiert: *„[...] weil eben wenn die Pflegeperson nicht bei dem Gespräch dabei war (,) nicht weiß was gesprochen wurde“ (B3, Z. 120-121).*

B4 meint zur Rolle der Pflege in der Angehörigenbetreuung: *„[...] wir schauen, dass Vertretung, Stationsleitung und die betreuende Pflegeperson und der Arzt dabei ist“ (B4, Z. 93-94). Weiters meint B4: „[...] Patienten (ahm) Angehörige sicher in einer Ausnahmesituation sind und die Hälfte davon einmal nicht abstoppen (,) deswegen weil sie es ihnen nicht gut erklärt haben (,) sondern weil sie einfach irgendwo anderes sind (,) sag ich jetzt einmal (,) dann kommen sie sicher oft im Nachhinein und fragen (,) du erklärst es ihnen noch einmal mit anderen Worten (ahm) ich traue mir fast zu sagen (,) dass der Großteil unserer Ärzte eine wirklich gut Aufklärung machen (,) aber die Leute in einer absoluten Ausnahmesituation sind“ (B4, Z. 100-107).*

Im Gespräch selbst übernimmt B4 folgende Funktion: *„Wenn ich das Gefühl habe (,) der sagt jetzt irgendeinen Satz den die Angehörigen nicht verstehen können (,) dann versuche ich es ihnen auszudeutschen (,) durchaus die Rolle, dass man es ihnen verständlich macht (,) wobei es im Normalfall gut gemacht wird [...]“ (B4, Z. 114-117).*

B5 antwortet auf die Frage nach der Verständlichkeit der Angehörigengespräche und der Beteiligung der Pflege: *„Verständlich sind die wenigsten (,) glaube ich (,) weil sie oft zu lange geführt sind (,) oft einmal und dann sehr lange (,) ich glaub sie gehören eher öfter und dafür kürzer (,) und anwesend bin ich (,) bei wichtigen Gesprächen schaue ich schon (,) dass ich dabei bin“* (B5, Z. 73-76).

Zur Rolle bei den Angehörigengesprächen meint B5: *„Ich bin einfach nur der Beobachter und horche mir an was der Arzt den Angehörigen sagt (,) damit man weitergibt (,) wie weit die Angehörigen informiert sind“* (B5, Z. 82-84).

Auch für B6 haben die Angehörigengespräche hauptsächlich einen informativen Charakter. B6 beschreibt dies folgend: *„Einfach im Hintergrund dabei sein und es ist auch für die Pflege wichtig was der Arzt gesagt hat (,) weil wir genau wissen, dass die Angehörigen nachher zur Pflege kommen“* (B6, Z. 141-143).

Zur Rolle der Pflege bei der Angehörigenbetreuung und der Anwesenheit bei den Gesprächen antwortet B6: *„Wir sind nicht immer bei dem Gespräch anwesend. Generell glaube ich (,) dass die Aufklärung (,) auch wenn die Ärzte sich manchmal sehr bemühen (,) bei den Angehörigen eher schlecht ankommt (,) weil sehr viel fachmedizinische Begriffe auch (,) (ahm) oder mit fachmedizinischen Begriffen gesprochen wird (,) was die Angehörigen nicht verstehen (,) man weiß dass bei solchen Gesprächen die Angehörigen nur (,) ich glaube 2/3 verstehen (ahm) (,) weil sich im Kopf bei ihnen zusätzlich viel (,) viel mehr abspielt (,) also meine Erfahrung hat gezeigt (,) dass die Angehörigen dann oft noch zu uns kommen (,) und fragen was der Arzt bei manchen Sachen da jetzt gesagt hat (,) und manche verstehen nicht wenn ein paar Tage hintereinander immer wieder die gleichen Fragen gestellt werden von den Angehörigen (,) und ich verstehe das aber sehr wohl (,) weil einfach nur von einem ärztlichen Gespräch mit den Angehörigen irrsinnig wenig herausgekitzelt wird oder mitgenommen wird von den Angehörigen (,) die brauchen einfach ein paar Tage bis sie das aufnehmen können“* (B6, Z. 119-133).

In diesem Punkt zeigen alle Interviews, dass der Ablauf der Angehörigengespräche ebenfalls nicht standardisiert ist und somit keine verpflichtende Teilnahme der Pflege an den Angehörigengesprächen vorliegt. Es liegt an der Pflegeperson selbst, ob sie sich Zeit nimmt und Interesse zeigt, um an dem Gespräch teilzunehmen. Für die

Pflegenden haben die Gespräche in erster Linie einen informativen Charakter. Es ist für die Pflege wichtig, zu wissen in welchem Umfang die Angehörigen aufgeklärt wurden, da diese im Anschluss an das ärztliche Gespräch oft das Gespräch mit den Pflegepersonen suchen. Ein Teil der Befragten findet die ärztlichen Gespräche zwar durchaus verständlich, jedoch wird angemerkt, dass Angehörige oft mehrere Gespräche benötigen um die Fülle an Informationen aufnehmen zu können. In den nachfolgenden Gesprächen zwischen Pflege und Angehörigen versuchen die Pflegenden in Gesprächen die Angehörigen in der Verarbeitung zu unterstützen.

In den Gesprächen mit den Angehörigen im Intensivbereich ist es aber oft nicht möglich nur pflegerische Auskünfte zu erteilen. Es werden von den Angehörigen oft Fragen bezüglich Prognose und Krankheitsverlauf gestellt, da Pflegende oft leichter verfügbar sind als Ärzte. Die Angehörigen haben Erwartungen an die Pflegenden, welche aber von den Pflegenden nicht erfüllt werden können, da es die gesetzlichen Regelungen nicht erlauben. Dies kann bei Pflegenden, wie in Punkt 5.5.2 beschrieben, zu Konflikten führen. Im Folgenden wird versucht darzustellen wie die befragten Pflegepersonen mit dieser Situation zurechtkommen.

B6 meinte zur aktuellen Rechtslage, dass Pflegende keine medizinischen Auskünfte erteilen dürfen: *„Ich finde, dass das okay ist. Medizinische Sachen obliegen dem Arzt und es ist sowieso verwirrend genug, dass jeden Tag ein anderer Arzt da ist und da oft unterschiedliche Aussagen gemacht werden (,) und das zur Verwirrung der Angehörigen noch zusätzlich beiträgt und deshalb finde ich es absolut okay, dass dies die Ärzte machen sollen (ahm) was einmal gesagt ist kann man dann eh nochmal mit den Angehörigen besprechen als Pflegekraft“* (B6, Z. 149-155).

Auf die Rückfrage, ob sie medizinische Informationen weitergibt antwortet diese: *„[...] Ja (,) weil ich weiß was sie wissen und was sie nicht wissen“* (B6, Z. 158). *„wenn sie irgendetwas nicht wissen (,) dränge ich schon den Arzt darauf (,) dass er so bald wie möglich den Angehörigen Auskunft gibt (,) das sind oft Sachen (,) wo ein frisch diagnostiziertes CA ist (,) so irgendetwas, da dränge ich dann sehr darauf, dass sie es so schnell wie möglich erfahren“* (B6, Z. 159-162).

B4 meint: *„[...] oft ist es sogar ganz gut (,) dass ich sage (,) nein (,) Entschuldigung ich darf nicht (,) wenn ich das Gefühl habe es passt dann sage ich ihnen eh gewisse*

Sachen (,) was ich zwar nicht dürfte (,) aber oft ist es gut, wenn ich sage, nein ich darf nicht (,) und das ist gut so“ (B4, Z. 127-131).

B3 begründet ihre Antwort folgend: „Ich finde es als nicht störend dass wir keine medizinischen Auskünfte geben dürfen (,) da es sonst für die Angehörigen zu viel wäre wenn jeder ein bisschen etwas Medizinisches erzählt (,) und die Angehörigen es immer etwas anders wahrnehmen (,) je nachdem von welcher Person es erzählt wurde ... wichtig ist allerdings, dass zur Informationszeit immer ein Arzt zur Verfügung steht (,) der bereit ist Auskunft zu geben (,) wo auch die Pflegeperson anwesend ist (,) damit sie weiß was besprochen wurde“ (B3, Z. 109-116).

B1 meint: „[...] das ist Ärztesache und soll auch Ärztesache bleiben“ (B1, Z. 129-130).

Nur eine der befragten Pflegepersonen gab an sich eine Gesetzesänderung zu wünschen, da es sich in Angehörigengesprächen oftmals nicht vermeiden lässt medizinische Informationen weiterzugeben. B2 meint hierzu: *„[...] da es sonst immer wieder zu Komplikationen kommt (,) und wenn es dann heißt, die Pflege hat da medizinische Auskunft gegeben (,) oft ist es so (,) dass man um eine medizinische Auskunft nicht herum kommt wenn man mit den Angehörigen spricht“ (B2, Z. 100-103).*

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass es für fünf der sechs befragten Personen völlig in Ordnung ist, dass medizinische Auskünfte ausschließlich von den Ärzten erteilt werden dürfen. Jedoch gibt gleichzeitig der Großteil der Befragten an, dass sie nach einem Angehörigengespräch die bereits mit den Ärzten besprochenen Themen nachbesprechen und bei einer guten Beziehung mit den Angehörigen auch medizinische Informationen weitergeben. Als Gründe für die Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Regelung wird angegeben, dass es einerseits zur Verwirrung für die Angehörigen ist wenn zu viele Personen Auskunft geben, da die Information immer unterschiedlich wahrgenommen werden. Andererseits wird auch beschrieben, dass es als angenehm empfunden wird nicht für medizinische Auskünfte verantwortlich zu sein. Lediglich eine befragte Pflegeperson befürwortet eine Gesetzesänderung. Begründet wird dies damit, dass es auf Intensivstationen bei Angehörigengesprächen nicht vermeidbar ist auf medizinische Sachverhalte einzugehen.

7.2.6 Diskussion

Bei allen Befragten besteht der Wunsch nach der Teilnahme am Angehörigengespräch. Es wird aber festgestellt, dass die Angehörigengespräche nicht standardisiert sind und es somit an der Motivation und der Einstellung der Pflegenden liegt, ob es aus organisatorischen Gründen möglich ist an dem Gespräch teilzunehmen. In erster Linie haben diese Gespräche für die Pflege einen informativen Charakter und in zweiter Linie unterstützt die Pflegende den Arzt im Gespräch. Pflegepersonen sprechen die Sprache des Patienten bzw. der Angehörigen oft besser als Ärzte (vgl. Van der Arend & Gastmans, 1996, S. 168). Deshalb erscheint es durchaus sinnvoll, dass Pflegende bei Angehörigengesprächen anwesend sind. Sie können so den Arzt im Gespräch unterstützen und die Angehörigen emotional begleiten. Um eine Teilnahme der Pflege bei diesen Gesprächen gewährleisten zu können wird es notwendig sein, auf organisatorischer Ebene die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen.

Wie im Punkt 5.5.2. beschrieben, kann es durch die gesetzliche Regelung, dass Pflegepersonen keine medizinischen Auskünfte erteilen dürfen, bei den Pflegenden zu Konflikten führen. Pflegepersonen stehen immer wieder vor dem Problem, dass Angehörige nach Prognosen und medizinischen Informationen fragen und die Pflegenden aufgrund der Gesetzeslage keine Auskünfte darüber erteilen dürfen. Diese Befragung kam zu dem Ergebnis, dass Angehörige im Anschluss an das ärztliche Gespräch häufig das Gespräch mit den Pflegenden suchen. Es wird davon ausgegangen, dass die Angehörigen mehrere Gespräche benötigen um die Situation erfassen und verarbeiten zu können. Da Ärzte aber aus zeitlichen Gründen nicht immer für Auskünfte zur Verfügung stehen, suchen Angehörige häufig das Gespräch mit den Pflegenden. Fünf der befragten Personen gaben auch an in diesen Gesprächen teilweise medizinische Informationen weiterzugeben. Diese Pflegepersonen sind gleichzeitig aber mit der momentanen gesetzlichen Regelung zufrieden und lehnen eine Gesetzesänderung mit dem Ziel der Weitergabe medizinischer Informationen durch Pflegende ab. Nur eine der befragten Personen befürwortet eine Gesetzesänderung in Bezug auf die Weitergabe von medizinischen Informationen, da Angehörigengespräche im intensivmedizinischen Bereich ohne die Weitergabe medizinischer Informationen nur schwer möglich ist.

Vor dem Hintergrund, dass Pflegende medizinische Informationen weitergeben, obwohl dies aufgrund der aktuellen Gesetzeslagen nicht in ihren Kompetenzbereich fällt, stellt sich die Frage, ob eine Gesetzesänderung im Hinblick auf die Weitergabe medizinischer Informationen in einem beschränkten Ausmaß nicht sinnvoll wäre. Pflegende werden weiterhin Angehörigengespräche führen, da Angehörige das Gespräch suchen und diese Gespräche für die Angehörigen notwendig sind um die Situation bewältigen zu können. Pflegende haben durch die Nähe zum Patienten den meisten Kontakt mit den Angehörigen und nehmen ihre Rolle in der Betreuung der Angehörigen auch wahr. Da Ärzte aus zeitlichen Gründen nicht immer für ein Gespräch mit den Angehörigen zur Verfügung stehen, erscheint es auch sinnvoll, dass die Angehörigengespräche, nach einem vorausgegangenen Gespräch mit den Ärzten, von Pflegepersonen geführt werden. Um diese Gespräche aber ohne Einschränkungen führen zu können, erscheint es notwendig die Kompetenzen der Pflegenden zu diskutieren und möglicherweise die Weitergabe medizinischer Daten in einem beschränkten Ausmaß zuzulassen. Auf diesem Weg könnten Ärzte entlastet werden und engagierte Pflegende wären nicht mehr gezwungen ihre Kompetenzen zu überschreiten.

7.2.7 Mutmaßlicher Patientenwille

Beim nicht einwilligungsfähigen Patienten in der Intensivmedizin ist es oftmals sehr schwierig den mutmaßlichen Patientenwillen zu eruieren, da mit dem Patienten nicht oder nur eingeschränkt kommuniziert werden kann. Eine Rekonstruktion des mutmaßlichen Patientenwillens ist meist nur über eine Befragung der Angehörigen möglich oder mit Hilfe einer Patientenverfügung.

Aus diesem Grund wurden die Interviewpartner zur Bedeutung und zu ihren Erfahrungen mit Patientenverfügungen befragt.

B1 antwortete auf die Frage nach dem Stellenwert der Patientenverfügung bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens: *„Weil er auf alle Fälle seinen Willen in der Patientenverfügung dargestellt hat und dementsprechend kann dies bei der Entscheidung zum Behandlungsabbruch hilfreich sein [...]“* (B1, Z. 74-76). Zu der Erfahrung mit Patientenverfügungen meinte B1: *„Nur sehr wenig. Ich hatte mal einen*

Patienten mit einer Patientenverfügung (,) die konnte dann aber nicht angewendet werden (,) da es schon zu lange her war ... der Zeitpunkt der Erstellung schon zu lange zurück lag“ (B1, Z. 61-64).

B2 hat folgende Meinung zur Patientenverfügung im Zusammenhang mit dem mutmaßlichen Patientenwillen: *„Einen großen Stellenwert (,) der Patient kann in einer Patientenverfügung seinen Willen darstellen (,) und man kann erkennen welche Einstellung der Patient zur lebensverlängernden Maßnahmen hat“ (B2, Z. 58-60).* B2 gab aber auch an, noch nie Patienten mit einer Patientenverfügung betreut zu haben.

B3 beschreibt den Stellenwert der Patientenverfügung folgend: *„Einen großen Stellenwert (,) wenn eine vorhanden ist“ (B3, Z. 62).* Auf die Frage nach Erfahrungen mit Patientenverfügungen antwortete B3: *„Ich kann mich an eine erinnern (,) aber da war das Thema (,) dass das schon eine längere Patientenverfügung war (,) die war glaub ich schon sieben oder acht Jahre alt war (,) und (,) seitdem nicht mehr neu beglaubigt wurde“ (B3, Z. 76-79).*

B4 meint zur Bedeutung der Patientenverfügung: *„Ich hab sie noch nicht oft gehabt (,) ansonsten würde ich mich schon auf diese verlassen“ (B4, Z. 74-75).* *„[...] einmal hatten wir den Fall und da war leider (,) der dürfte gerade mitten drin gewesen sein (,) der hatte sie noch nicht unterschrieben [...]“ (B4, Z. 56-58).* *„[...] viel Erfahrung in dem Sinn hab ich nicht (,) den konkreten Fall haben wir vor kurzem gehabt und sonst habe ich eine Patientenverfügung nicht wirklich oft gesehen muss ich sagen (,) also es dürfte noch nicht so publik sein“ (B4, Z. 61-64).*

Der Stellenwert der Patientenverfügung wird von B5 wie folgend beschrieben: *„Sie sollte einen größeren Stellenwert haben (,) nur die wenigsten Patienten befassen sich bei Lebzeiten mit dem (Pause) so wäre es eine geschickte Sache wenn jeder seinen Willen kundtut [...]“ (B5, Z. 54-57).* Weiters gibt B5 auch zu bedenken: *„[...] dass die wenigsten Patienten eine Patientenverfügung haben“ (B5, Z. 48).*

B6 meinte dazu: *„Dadurch, dass wir das relativ selten haben (,) wird sie schon herangezogen (,) das muss man schon sagen (,) wenn sie vorhanden ist, wird auch ernsthaft diskutiert und mit den Angehörigen abgesprochen, das muss ich schon sagen (,) aber meist ist eben keine vorhanden“ (B6, Z. 90-93).* Des Weiteren meint B6:

„[...] die Verfügungen werden teilweise (,) werden sehr individuell herangezogen (,) es wird immer davon ausgegangen (,) warum der Patient in das Spital gekommen ist (,) ob er eine geplante Operation gehabt hat (,) oder ob er aufgrund eines Unfalls in das Spital gekommen ist ... und da habe ich auch schon erlebt, dass ein Patient trotz Patientenverfügung (,) mit den Angehörigen (,) wo mit den Angehörigen besprochen wurde, dass die Therapie gemacht worden ist“ (B6, Z. 69-75).

Aus den Aussagen lässt sich erkennen, dass es nur sehr geringe Erfahrungen mit Patientenverfügungen gibt. Aus diesem Grund spielt sie auch bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen eine eher untergeordnete Rolle. Das Instrument der Patientenverfügung wird jedoch von allen befragten Pflegepersonen als geeignetes Instrument zur Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens anerkannt.

Weiters sollten die Befragten zu der Rolle der Angehörigen bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen Stellung nehmen.

B1 meint zur Rolle der Angehörigen bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen: *„Eine große Rolle ... (ahm) oft sind die Angehörigen die Einzigen (,) die Auskunft über den Patienten geben können (,) über seine Einstellungen“ (B1, Z. 93-94).*

B3 antwortete auf die Frage nach der Rolle der Angehörigen: *„Eine große (,) sehr große Rolle (,) und sie ist auch abhängig davon wie gut die Angehörigen den Patienten kennen ... was er eigentlich wollte (,) was auch wichtig ist (,) eine Bezugsperson zu haben (,) die den Patienten sehr gut kennt“ (B3, Z. 82-85).* Weiteres ist B3 der Meinung: *„Das Gespräch mit Angehörigen ist extrem wichtig (,) und es passiert auch (,) dass der zuständige Oberarzt mit den Angehörigen spricht (,) und auch (,) dass Arzt Pflegeperson ein Gespräch miteinander finden“ (B3, Z. 49-51).*

B4 meint: *„Auf der Intensiv normal eine sehr große, wenn (,) also ich kann mich an mehr Fälle erinnern wo die Leute dagelegen sind (,) und wir dann mit den Angehörigen gesprochen haben (,) und die haben dann gesagt er wollte eben nie so enden als Pflegefall oder im Gegensatz dazu sagen (,) wir sollen alles tun ... aber die Angehörigen spielen speziell auf der Intensiv eine große Rolle“ (B4, Z. 78-83).* *„Im Normalfall gibt es immer Angehörige die noch kommen und diesen Willen an und für*

sich kundtun können (,) nur das sind auch nur Mutmaßungen (,) aber oft ist es schon eindeutig sag ich einmal (,) sie sagen er hat immer gesagt er will nicht von Maschinen am Leben erhalten werden“ (B4, Z. 47-50).

B5 antwortet auf die Frage nach der Rolle der Angehörigen: *„Eine große (,) wenn der Patient selber nicht mehr befragt werden kann (,) fragt man die Angehörigen“ (B5, Z. 60-61).*

B6 meinte: *„[...] eine große Rolle (,) das sind eigentlich die Hauptakteure dann (,) kann man sagen“ (B6, Z. 99-100).*

Fünf der Befragten Pflegepersonen geben an, dass die Angehörigen bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen involviert werden und auch die wichtigste Informationsquelle sind.

Eine Pflegeperson meint jedoch, dass es vom betreuenden Arzt abhängig ist, inwieweit die Angehörigen in die Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen eingebunden werden. B2 beschreibt dies folgend: *„Das ist sehr individuell gehandhabt worden (,) wenn sich die Angehörigen mehr eingebracht haben (,) dann ist darauf mehr eingegangen worden (,) aber konkret immer das Gespräch mit den Angehörigen ist nicht gesucht worden (,) es kommt immer darauf an welcher Arzt im Dienst ist“ (B2, Z. 76-79).*

Generell ist der Wille des Patienten und im Sinn des Patienten zu handeln für die Pflege wichtig. Dies wird in der Frage, was besonders von Bedeutung bei der Entscheidungsfindung sei von B1 wie folgend beschrieben: *„Prinzipiell finde ich es ganz wichtig (,) dass die Angehörigen miteinbezogen werden ... und wenn der Patient selbst (,) wenn auch eingeschränkt kontaktierbar ist (,) dass dieser als erstes gefragt wird [...]“ (B1, Z. 223-225).*

B2 meint auf diese Frage: *„Dass man darauf schaut, dass es um den Patienten geht und nicht darum irgendjemand anderen die Arbeit oder das Leben zu erleichtern (,) dass es wirklich darum geht was macht für den Patienten noch Sinn (,) und was habe ich wirklich für Perspektiven für den Patienten“ (B2, Z. 171-174).*

B6 beschreibt die Bedeutung des Patientenwillens folgend: *„dass es für alle Beteiligten passt und hauptsächlich für den Patienten“ (B6, Z. 257).*

B3 unterstreicht in ihrer Aussage ebenfalls die Bedeutung des mutmaßlichen Patientenwillens: *„Was wollte der Patient (,) wenn man ihn nicht mehr fragen kann eben unbedingt die nächsten Angehörigen miteinbeziehen (,) und einfach wie geht es dem Patienten“ (B3, Z. 202-204).*

Weiters gibt B3 in Bezug auf den Einfluss der Angehörigen in der Entscheidungsfindung aber auch zu bedenken, dass die Gefahr besteht, dass Ärzte beim Patienten auf Wunsch der Angehörigen die intensivmedizinische Versorgung fortsetzen. B3 meint: *„[...] es gibt immer wieder Situationen wo (,) sich der Patient sich sichtlich verschlechtert und der Patient sagt: »I wü nimma« und es wird trotzdem keine Rücksicht darauf genommen und weitertherapiert und dann sogar noch intubiert wenn er sich respiratorisch verschlechtert (,) leider auch oft weil die Angehörigen es wollen und so muss der Patient am Tubus versterben (,) nach einem sehr langem Intensivaufenthalt“ (B3, Z. 172-178).*

An dieser Aussage lässt sich erkennen, dass der Einfluss der Angehörigen auch negative Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung haben kann und in weiterer Folge auch zu Konflikten in der Pflege führt. Die Pflegeperson ist hier auf einer Seite mit Angehörigen konfrontiert, die den Patienten nicht loslassen können und auf der anderen Seite mit einem Patienten, der signalisiert, dass er keine weitere Therapie mehr möchte. Es entsteht für die Pflegeperson ein ethisches Dilemma, dem die Pflegeperson durch die Nähe zum Patienten auch nicht ausweichen kann.

7.2.8 Diskussion

Für Pflegende hat der Wille des Patienten einen sehr hohen Stellenwert. Die Patientenverfügung wird als geeignetes Instrument zur Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens anerkannt. Bis dato haben die Befragten aber nur sehr wenig Erfahrung mit Patientenverfügungen sammeln können, da nur ein minimaler Anteil der Patienten eine Patientenverfügung besitzt.

In erster Line werden die Angehörigen des Patienten als wichtige Informationsquelle bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen wahrgenommen. Die

Befragten geben keine Bedenken bezüglich der Manipulierbarkeit oder falscher Beweggründe der Angehörigen an. Nur eine der Befragten Personen gab an, dass Angehörige in der ungewöhnlichen Situation auch ihre eigenen Wünsche in den Vordergrund stellen, welches bis zur Missachtung des Patientenwillens führen kann. Das Fortsetzen der Behandlung des Patienten auf Wunsch der Angehörigen kann in weiterer Folge zu einem moralischen Dilemma bei den Pflegenden führen, da diese im Sinne des Patienten handeln möchten. Pflegende haben im Gegensatz zu den Ärzten kaum Rückzugsmöglichkeiten und können somit dem Konflikt auch nicht ausweichen. Deshalb wäre hier das Gespräch zwischen Medizin und Pflege besonders wichtig um diese Konflikte zu vermeiden.

7.2.9 Ethische Kompetenz

Um ethisch-rechtliche Entscheidungen treffen zu können, ist ein ethisch-rechtliches Hintergrundwissen erforderlich. Ethik und Recht sind gesetzlich verankerte Ausbildungsinhalte in der Grundausbildung und der Sonderausbildung (siehe Punkt 3.6.). Im Rahmen der Interviews wurde versucht darzustellen inwieweit die Befragten ethische Kompetenz in Bezug auf ethisch-rechtliche Probleme am Lebensende besitzen.

B1 beschreibt ihre Erfahrungen in der Ausbildung wie folgend: *„Also ich hab damals in meiner Grundausbildung und auch im Intensivkurs eher wenig erfahren und (,) zumindest diese Themen sind in den Hintergrund gerückt worden (,) im Vordergrund standen medizinische Themen“ (B1, Z. 279-282).*

Auch B2 antwortet auf die Frage nach der Vermittlung ethischen Basiswissens in der Ausbildung: *„In der Grundausbildung schon gar nicht (,) in der Intensivausbildung auch minimal“ (B2, Z. 225-226).*

B3 meint: *„In der Grundausbildung glaub ich schon (,) dass Ethik ein Thema ist (,) wie viel kann ich leider nicht sagen im neuen System (,) im Intensivkurs war Ethik bei mir eigentlich kaum Thema (,) was sehr schade ist“ (B3, Z. 278-281).*

B4 empfindet die Ausbildung folgend: *„Das was wir in Ethik gehabt haben war lari fari (,) das war Augenauswischerei (,) und auch im Großen und Ganzen am Intensivkurs*

selber (,) kann ich mich auch nicht großartig an etwas erinnern ... ich hab zwar was gehört zu dem Thema (,) aber das kann man sicher noch ausbauen und intensivieren“ (B4, Z. 296-300).

B5 antwortet auf die Frage nach dem Hintergrundwissen: *„ausreichen glaube ich nicht“ (B5, Z. 190).*

Alle befragten Personen waren der Meinung, dass in ihrer Ausbildung nicht ausreichend ethisch-rechtliches Hintergrundwissen vermittelt wurde. Es wird angegeben, dass ethische Themen eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Zwei der befragten Pflegepersonen stellten jedoch auch die Notwendigkeit eines ethisch-rechtlichen Hintergrundwissens in Frage, da das Treffen der Entscheidung nicht in ihren Aufgabenbereich fällt.

B5 argumentiert folgend: *„Ich weiß nicht (,) nachdem wir es nicht entscheiden müssen nicht (,) weiß ich nicht (,) ob wir das Hintergrundwissen großartig benötigen“ (B5, Z. 192-193).*

B6 antwortete gleichbedeutend: *„Es könnte mehr sein ... das Wissen hab ich schon (,) aber ich kann es nicht beeinflussen (,) es entscheidet immer der Arzt ob man sich zurückzieht oder nicht“ (B6, Z. 360-362).*

Diese Aussagen zeigen, dass Rolle und Verantwortung der Pflege bei der Entscheidungsfindung nicht beschrieben werden können, da Kenntnisse in Bezug auf Pflegekompetenz und ethische Entscheidungsfindung fehlen.

Auch bei der Frage nach dem Wissensstand bezüglich Patientenverfügungen gaben die Befragten ein mangelndes Hintergrundwissen an.

B1 meint: *„Ich hab nicht wirklich eine Einschulung gehabt und ich hab auch keine Erfahrungen mit Patientenverfügungen ... das was ich weiß über Patientenverfügungen hab ich von Gesprächen mit Kollegen (,) oder aus den Medien (,) über Patientenverfügungen wird ja immer wieder diskutiert ... ich würde gerne besser über Patientenverfügungen Bescheid wissen“ (B1, Z. 67-71).*

B4 gibt an: „Geschult in dem Sinn bin ich offiziell eigentlich gar nicht“ (B4, Z. 67). Auf die Frage, wie der Befragte das Wissen über Patientenverfügungen erlangt antwortet dieser: „Wir schreiben dann und wann diese Therapievereinbarung (,) wo man niederschreiben kann keine HF mehr (,) keine Katecholaminsteigerung und solche Geschichten und wenn ich sie mir ein bisschen durchlese“ (B4, Z. 69-71).

B2 antwortet: „Da bin ich sicher zu wenig geschult (,) ich weiß zwar (,) dass es diese gibt (,) aber wo man sie erstellen kann und wann sie Gültigkeit hat habe ich zu wenig Information“ (B2, Z. 53-55).

Auf die Frage nach Schulung bezüglich Patientenverfügung antwortet B3: „Gar nicht (,) sicherlich bin ich nicht am letzten Stand (,) weil (,) es einfach unterschiedliche Patientenverfügungen gibt (,) und die wenigstens notariell beglaubigt sind“ (B3, Z. 57-59).

B6 und B5 geben ebenfalls an nicht geschult in Bezug auf Patientenverfügungen zu sein.

Alle befragten Personen geben an keine Fortbildung oder Schulung, die auf das Thema Patientenverfügungen abzielt, besucht zu haben. Das Instrument der Patientenverfügung hat sich zwar als geeignetes Instrument zur Sicherung der Selbstbestimmung etabliert. Jedoch durch die mangelnde Schulung in diesem Bereich zeigen sich bei den Befragten Unsicherheiten in Bezug auf die Anwendung und Gültigkeit von Patientenverfügungen und der Wissenstand bezüglich Patientenverfügungen wird von den Befragten als sehr gering eingeschätzt.

7.2.10 Diskussion

Wie bereits die Ausführungen unter Punkt 4.2 beschrieben, gibt es eine große Auswahl ethischer Modelle zur Entscheidungsfindung in der Pflege. Die Anwendung dieser Modelle setzt aber eine ethische Pflegekompetenz (siehe Punkt 4.4.) voraus, welche wiederum, neben der praktischen Einübung moralischer Handlungen, ein theoretisches Hintergrundwissen voraussetzt.

Zu diesem Thema bringt die Befragung das Ergebnis, dass bei den Befragten zwar eine langjährige Berufspraxis vorliegt, jedoch geben alle befragten Personen an, kein ausreichendes ethisch-rechtliches Hintergrundwissen zu besitzen. Weiters stellten zwei befragte Pflegepersonen die Notwendigkeit eines ethisch-rechtlichen Hintergrundwissens in Frage, da diese Entscheidungen nicht in den Kompetenzbereich der Pflege fallen. Hier muss angenommen werden, dass aufgrund von fehlendem Wissen bezüglich ethischer Pflegekompetenz und ethischer Entscheidungsfindung die Verantwortung der Pflege in Bezug auf die Entscheidungsfindung beim Therapieabbruch nicht wahrgenommen wird.

Um ein Hintergrundwissen zu den ethisch rechtlichen Problemen am Lebensende zu vermitteln erscheinen Seminare mit Fallbeispielen aus der Praxis sinnvoll. Bei der Diskussion von Fallbeispielen können ethische Entscheidungen eingeübt werden und somit können Unsicherheiten und Konflikte bei der Betreuung von Patienten mit einer Änderung des Therapieziels vorgebeugt werden.

7.3 Emotionale Belastung

Die emotionale Komponente spielt bei den ethischen Entscheidungen am Lebensende eine entscheidende Rolle. An den getroffenen Aussagen der Befragten lässt sich erkennen, dass sich emotionale Belastung auf verschiedenen Ebenen widerspiegelt.

7.3.1 Emotionale Betroffenheit

Eine Form der emotionalen Belastung kann die emotionale Betroffenheit darstellen. Bei den befragten Personen spielt die emotionale Belastung in der Regel aber eine eher untergeordnete Rolle.

B1 begründet dies folgend: *„Am Beginn meiner beruflichen Karriere war es sicherlich belastend für mich (ahm) jedoch grenzt man sich mit der Zeit ab (,) ja und man denkt dabei nicht mehr darüber nach (ahm) ... belastend ist auch der falsche Ausdruck (,) am Anfang war es eher eine ungewöhnliche Situation, aber dann setzt man sich mit dem Tod auseinander und grenzt sich somit ab (,) ganz ehrlich gesagt geht es mir nicht schlecht dabei (Lachen) ich möchte mich jetzt aber nicht nüchtern oder abgebrüht anhören ... ich arbeite halt schon ziemlich lange und hab gelernt mich*

abzugrenzen ... und manchmal ist es ja auch ein Erleichterung für den Patienten wenn er endlich sterben darf“ (B1, Z. 22-31).

B2 antwortet: *„ Im Großen und Ganzen hat mich das aber nicht so sehr betroffen (,) weil ich so eine Bindung zum Patienten nicht aufgebaut habe“ (B2, Z. 28-30).* „generell ist ein Therapieabbruch für mich kein großes Drama (,) wenn es gerechtfertigt ist und es für den Einzelfall passt (,) es muss halt immer individuell einzeln entschieden werden“ (B2, 146-148).

B3 beschreibt die emotionale Betroffenheit folgend: *„[...] es ist nicht belastend wenn man weiß (,) dass der Patient keine Chance mehr auf ein weiteres Leben hat (,) im Großen und Ganzen belasten mich die ganzen Situationen nicht sehr (,) weil ich so eine Bindung zum Patienten nicht aufgebaut habe“ (B3, Z. 30-33).*

Auch für die restlichen Befragten ist die Situation der Therapiezieländerung im Großen und Ganzen nicht belastend.

Alle Befragten geben an, dass die Entscheidung zum Therapieabbruch im Normalfall nur eine geringe emotionale Belastung für sie darstellt. Begründet wird dies mit der langjährigen Berufserfahrung und mit der professionellen Distanz zum Patienten. Weiters wird als Grund für die geringe emotionale Belastung angegeben, dass bei den meisten dieser Patienten die intensivmedizinischen Therapien bereits ausgeschöpft wurden und keine Aussicht auf Heilung mehr besteht.

B4 beschreibt dies folgend: *„Im Normalfall sterben bei uns eh Leute die ihr Leben gelebt haben (,) wo wir eh vorher probiert (,) gemacht und getan haben ... wo kein Outcome mehr zu erwarten ist (,) das ist eh nicht so dass du sagst jetzt lassen wir ihn sterben (,) zuerst haben wir eh probiert ... im Normalfall sind die Situationen nicht belastend für mich“ (B4, Z. 26-30).*

Diese Aussage zeigt, dass der Therapieabbruch als nicht belastend wahrgenommen wird, da meist ältere Patienten, wo keine Aussicht auf eine Heilung mehr besteht, davon betroffen sind.

B6 antwortete auf die Frage nach der emotionalen Belastung: *„Manchmal (ahm) man fühlt natürlich schon etwas mit dem Patienten mit und ich muss sagen, in den meisten*

Fällen (,) habe ich es auch sehr begrüßt (,) also eigentlich hab ich ein bisschen eine Erleichterung gefühlt (,) dass sich der Patient trotz seiner ganzen Therapie verabschieden darf“ (B6, Z. 27-30).

Die Aussage von B6 zeigt besonders deutlich, dass die Entscheidung zum Therapieabbruch von den Pflegenden auch als Erleichterung empfunden werden kann. Eine lange intensivmedizinische Versorgung der Patienten in Verbindung mit einer aussichtslosen Prognose, kann für Pflegepersonen zu einer emotionalen Belastung werden. In diesen Fällen wird der Therapieabbruch dann nicht als emotional belastend wahrgenommen, sondern als positive Entwicklung erlebt.

Auf der anderen Seite liegen aber auch belastende Situationen bei der Reduktion oder bei dem Abbruch einer Therapie vor. Diese Situationen, in denen eine emotionale Betroffenheit der Pflegenden vorliegt, stehen oft in Zusammenhang mit der eigenen Identifikation mit dem Patienten. Als belastend werden Situationen beschrieben, wenn die Patienten jung oder im gleichen Alter wie die Pflegenden sind oder eine ähnliche familiäre Situation vorliegt.

B6 beschreibt belastende Situationen folgend: *„Belastend ist es immer wenn es junge Patienten sind (,) wenn sie im gleichen Alter sind wie ich oder auch noch jünger ... belastend ist es auch immer wenn es sehr junge Patienten sind die eine Familie haben, wo vielleicht Kinder da sind [...],“ (B6, Z. 33-36).*

Weiters wurde beschrieben, dass eine emotionale Betroffenheit eher vorliegt wenn zum Patienten eine Beziehung aufgebaut wurde. Hierbei spielen die Angehörigen eine entscheidende Rolle, da der Patient meist intubiert ist und die Angehörigen oft die einzigen sind, die über die Persönlichkeit des Patienten Auskunft geben können. Neben der Beziehung zu den Angehörigen ist aber auch die Häufigkeit der Betreuung für die emotionale Belastung der Pflegeperson von Bedeutung.

B4 meint: *„Betroffen bin ich dann wenn es jüngere Patienten sind ... betroffen bin ich dann wenn ich sie vielleicht kenn“ (B4, Z. 33-34.) „Schwieriger ist es, wenn du zu den Angehörigen eine gute Beziehung aufgebaut hast“ (B4, Z. 36-37).*

Für B5 ist die emotionale Belastung abhängig von: „Vom Alter des Patienten (,) von den Vorerkrankungen (,) ist es ein akutes Geschehen (,) oder ist er eh schon Jahrzehnte krank“ (B5, Z. 29-30).

B6 beschreibt belastende Situationen folgend: „[...] also es kommt auch immer auf die Häufigkeit an wie oft man den Patienten betreut hat (,) also das können genauso gut auch ältere Personen sein (ähm), die vielleicht irrsinnig liebe Angehörige haben, die jeden Tag da sind und wenn man den Patienten dann oft betreut (,) dann (,) empfindet man (,) dann fühlt man schon ein bisschen mit“ (B6, Z. 36-40). „Wenn du dich mit den Angehörigen gut verstehst und du den Patienten lange betreut hast (,) dann fühlt man bei einem Therapieabbruch schon mehr mit“ (B6, Z. 43-45)

Ähnlich wird auch die Situation der Therapiezieländerung in Verbindung mit dem Sterben von B3 beschrieben: „Belastender ist es (,) wenn man schon sehr viel Kontakt mit den Angehörigen hatte (,) und die Angehörigen in die Therapie miteinbezogen wurden (B3, Z. 28-30).

B2 antwortet auf die Frage nach der persönlichen Betroffenheit: „Sobald man einen Bezug zum Patienten hat (,) zum Beispiel über Angehörige (,) dann ist es belastend (,) aber das Sterben in der Arbeit ist normal nicht belastend (,) das gehört zum Job“ (B2, Z. 33-35).

B1 beschreibt die Situation der emotionalen Beteiligung folgend: „Es kommt auf die Situation drauf an (,) auf die Grunderkrankung und darauf wie alt der Patient ist ... wenn man den Patienten schon länger kennt oder er sehr jung ist, dann ist es belastender (,) wenn es schon ein alter Patient ist (,) der sein Leben schon gelebt hat (,) dann ist es weniger belastend ... wenn ich ihn noch nicht lange gepflegt habe (,) dann kennt man den Patienten noch nicht so gut und die Belastung hält sich in Grenzen ... bei mir ist es meist so (,) dass der Patient meist im intubierten Zustand auf die Station kommt und ich sie vorher nicht persönlich kennengelernt habe (,) und deshalb ist es kein Problem das mich persönlich trifft“ (B1, Z. 34-42).

Hier wird von der befragten Person die geringe emotionale Belastung unter anderem damit begründet, dass die Pflege den Patienten erst kennenlernt, wenn dieser bereits intubiert ist und dadurch eine Abgrenzung zum Patienten erleichtert wird.

In den Experteninterviews konnte festgestellt werden, dass emotional belastende Situationen in der Regel eher selten vorkommen, da die Befragten durch ihre langjährige berufliche Erfahrung eine professionelle Distanz wahren können. Eine Änderung des Therapieziels wird eher bei jüngeren Patienten und bei Patienten in einer ähnlichen Lebenssituation als belastend empfunden. Weiters wird eine emotionale Betroffenheit bei Patienten beschrieben, wo eine Beziehung zum Patienten hergestellt wurde. Diese Beziehung kann durch den Kontakt zu den Angehörigen hergestellt werden oder entwickelt sich durch die Betreuung des Patienten über einen längeren Zeitraum.

7.3.2 Diskussion

Alle Befragten Personen gaben an, dass sie die Situation des Therapieabbruchs nur selten als emotional belastend empfinden. Dies wird einerseits damit begründet, dass der Patient bei der Aufnahme bereits intubiert ist und es somit erleichtert wird, sich vom Patienten abzugrenzen. Andererseits wird der Therapieabbruch aber bei multimorbiden, geriatrischen Patienten zum Teil auch mit Erleichterung und somit als positive Entscheidung wahrgenommen, da der Patient so in Würde sterben kann. Als weiterer Grund für die geringe emotionale Belastung wird angenommen, dass im Rahmen dieser Untersuchung nur Personen mit einer langjährigen Berufserfahrung befragt wurden, welche durch ihre lange Tätigkeit in der Intensivmedizin routiniert mit der Situation des Therapieabbruchs umgehen und eine professionelle Distanz wahren können.

Emotional belastende Situationen finden sich dann, wenn sich die Pflegeperson mit dem Patienten identifiziert oder wenn ein Bezug zum Patienten durch die Angehörigen hergestellt wurde. Pflegende identifizieren sich mit dem Patienten wenn es sich um junge Patienten handelt, die im gleichen Alter sind oder die Lebenssituation ähnlich ist. Die Intensität der Beziehung zum Patienten wird zum einen von der Dauer des Aufenthaltes und zum anderen vom Kontakt zu den Angehörigen beeinflusst. Bei langen Intensivaufenthalten des Patienten und einer guten Beziehung zu den Angehörigen entsteht auch eine Beziehung zum Patienten, welches eine Abgrenzung erschwert und somit zu einer emotionalen Betroffenheit führt.

7.3.3 Mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie bereits im Punkt 5.2 beschrieben stellt eine mangelnde Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege eine Belastung für das Pflegepersonal dar, welche negative Auswirkungen auf den Patienten haben kann. Als Ursache der Kommunikationsprobleme wurden von den Befragten hauptsächlich hierarchische Strukturen angeführt.

B2 meint: *„Das ist ein hierarchisches Problem (,) von Ärzten (,) besonders älteren Ärzten (,) dass die einfach (,) die Pflege weiter unten positionieren und die Meinung dann nicht als hochwertig einschätzen und es einfach nicht zählt“* (B2, Z. 162-165).

B3 ist der Meinung, dass *„[...] manche Ärzte die Pflege in ihrer Tätigkeit unterschätzen oder nicht ernst nehmen und auch ... zu wenig Gespräche mit dem Pflegepersonal suchen [...]“* (B3, Z. 192-194).

B1 beschreibt die Ursache interdisziplinärer Probleme wie folgend: *„Egoismus (?) (Lachen) ... wahrscheinlich deshalb weil die Ärzte mit den Angehörigen oft selber Gespräche geführt haben und sich so ein eigenes Bild vom Patienten machen ... das heißt jetzt nicht (,) dass wir überhaupt nichts zu sagen haben (,) aber es wird halt hauptsächlich auf intensivmedizinische Fragen geschaut (,) die Ärzte interessiert nur ob die Organe funktionieren (,) und weniger die pflegerischen Angelegenheiten“* (B1, Z. 209-214). *„Sie nehmen uns schon ernst (,) nur ist für sie die Pflege halt eben noch immer die Berufsgruppe die für sie nicht so wichtig ist ... die Hierarchie spielt hier sicher auch mit ... bei uns ignorieren sich die zwei Berufsgruppen sogar zum Teil ... die Ärzte zeigen kein Interesse an der Pflege und (ahm) die Pflege (ahm) spricht mit den Ärzten deshalb auch nur wenn es unbedingt sein muss“* (B1, Z. 216-221).

Von den Befragten werden hier Probleme mit hierarchischen Strukturen angesprochen und es wird auf die geringe Wertschätzung der Ärzte gegenüber der Pflege hingewiesen.

Die letzte Aussage zeigt auch deutlich, dass eine geringe Wertschätzung der Pflege durch die Mediziner bei der Pflege zu einer Verweigerungshaltung führt. Die Pflege kommuniziert nur mehr sehr wenig mit den Ärzten und somit besteht die Gefahr, dass

relevante Informationen über den Patienten nicht weitergegeben werden. Diese schlechte Kommunikation zwischen den Berufsgruppen kann somit in Folge negative Auswirkungen auf den Patienten haben.

Diese Reaktion der Pflege auf interdisziplinäre Probleme wird auch von B3 gleichbedeutend geschildert: „[...] *manch anderer hat resigniert und antwortet nur mehr wenn er gefragt wird*“ (B3, Z. 199-200).

B6 antwortete auf die Frage, warum Pflegende nicht in die Entscheidungsfindung von den Ärzten miteinbezogen werden: „*Arroganz (lachen) ja anders kann ich es nicht beschreiben (,) weil wenn sie es nicht machen, dann glauben sie, sie wissen eh alles*“ (B6, Z. 244-245). „[...] *die wissen (,) sie wollen es zwar nicht aussprechen, dass wir den Patienten wahrscheinlich besser kennen [...]*“ (B6, Z. 250-251).

B5 meint: „*mit der Hierarchie (,) für manche ist es vielleicht nicht möglich mit der Schwester zu sprechen*“ (B5, Z. 142-143).

B4 beschreibt die Gründe für ein nicht miteinbeziehen der Pflege folgend: „*Dann wenn die Ärzte glauben (,) dass was die Pflege sagt eh nicht relevant ist oder (,) (ahm) sich manche Pflegepersonen nicht als ... anhörungswürdig herausgestellt haben*“ (B4, Z. 198-200).

Wie in diesem Zitat gezeigt wird, ist dieser Befragte jedoch auch der Meinung, dass die Ursache des Ausschlusses der Pflege im Entscheidungsprozess zum Teil auch an der Pflege selber liegen kann. Für drei der sechs Befragten ist die teils schlechte Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden, neben den hierarchischen Strukturen, auch auf ein Fehlverhalten der Pflegenden selbst zurückzuführen.

B3 beschreibt den Grund der fehlenden Teilnahme der Pflege an der Entscheidungsfindung folgend: „*Manche haben sicher nicht genug Selbstvertrauen um sich selber einzubringen [...]*“ (B3, Z. 197-198).

B4 begründet das fehlende Interesse der Ärzte an der Meinung der Pflegenden damit, dass es manchen Pflegenden an Kompetenz fehlt. B4 meint: „*Nein nicht nur an der Hierarchie ... ich sag mal es gibt durchaus Kollegen (,) die (,) nicht unbedingt die*

Hellsten sind (,) die frage ich dann auch nach dem dritten Mal nicht mehr [...]“ (B6, Z. 204-206).

B2 kritisierte bei der Gruppe der Pflegenden: *„[...] und zwar dass sich die Pflege oft als die arme Berufsgruppe hinstellt und nicht daran arbeitet um fachlich qualifizierte Aussagen treffen zu können“ (B2, Z. 167-169).*

An diesen Aussagen lässt sich erkennen, dass auch das Selbstvertrauen der Pflegenden, die fachliche Kompetenz und Fähigkeiten in der Kommunikation bei der Rolle der Pflegenden im Entscheidungsprozess von Bedeutung sind.

7.3.4 Diskussion

Die Aussagen aller Befragten weisen darauf hin, dass in erster Linie hierarchische Strukturen im Gesundheitswesen zu Problemen in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen führen. Einerseits stellt das Problem der hierarchischen Strukturen im Krankenhaus für Pflegende ein Problem dar, da Pflegende zum Teil leider noch immer nicht als gleichwertige Partner im Gesundheitswesen angesehen werden. Diese Einstellung mündet dann folglich in einer mangelnden interdisziplinären Zusammenarbeit. Auf der anderen Seite wird jedoch von drei der sechs Befragten auch darauf hingewiesen, dass die Pflegenden teilweise zu wenig Selbstvertrauen haben, fachlich nicht kompetent genug sind oder kommunikative Fähigkeiten nicht vorhanden sind, um eine aktive Rolle im Prozess der Entscheidungsfindung einnehmen zu können.

Pflegende haben meist mehr Kontakt zum Patienten als Ärzte, jedoch sind sie in der Hierarchie unterhalb der Ärzte angesiedelt. In diesem Zusammenhang beschreiben Pflegende das Gefühl der Unzulänglichkeit, Isolation, Machtlosigkeit und den Wunsch nach Kommunikation und Kooperation mit den Ärzten bezüglich ethischer Probleme (vgl. Söderberg, Gilje, & Norberg, 1999, S. 358). Wie bereits unter Punkt 5.10 beschrieben, hat die interdisziplinäre Kommunikation Einfluss auf die Pflegequalität bei den Entscheidungen am Lebensende. Aus diesem Grund ist es notwendig Rahmenbedingungen zu schaffen, die regelmäßige Gespräche zwischen Medizin und Pflege ermöglichen. Gleichzeitig erscheint es aber auch notwendig, Pflegenden durch

Fort- und Weiterbildungen die Chance zu geben, an ihren fachlichen und kommunikativen Kompetenzen zu arbeiten, um an ethischen Diskussionen als gleichwertiger Partner teilnehmen zu können.

7.3.5 Einstellungen zum Zeitpunkt der Entscheidung zum Therapieabbruch

Wie im Punkt 5.10 bereits beschrieben tendieren Pflegende häufig früher zu einem Therapieabbruch als Ärzte. Diese Einstellung der Pflegenden konnte auch in dieser Befragung teilweise bestätigt werden. Drei der sechs befragten Personen vertraten ebenfalls die Meinung, dass die Entscheidung zum Therapieabbruch zu spät getroffen wird.

B6 meint: *„Weil meiner Ansicht nach zu lange therapiert wird (,) also größtenteils zu lange therapiert wird (,) weil das Alterslimit einfach massiv nach oben gegangen ist (,) und dann 85 jährige Patienten massiv therapeutisch ausgeschlachtet werden (,) und das ist meiner Meinung nach viel zu lange (...) wenn man weiß dass sie zu Hause keine Zukunft mehr haben (,) dass das daheim einfach nicht mehr funktioniert (,) die kommen nicht mehr auf die Füße und sind dann daheim im besten Falle ein Pflegefall und ich glaube nicht (,) dass sich das jemand wünscht (,) die letzten paar Jahre die er vielleicht noch zu leben hat“ (B6, Z. 221-229).*

B3 beschreibt das Problem folgend: *„Es gibt immer wieder Situationen, wo der Patient sich sichtlich verschlechtert und der Patient sagt »I wü nimma« und es wird trotzdem keine Rücksicht darauf genommen und weitertherapiert und dann sogar noch intubiert wenn er sich respiratorisch verschlechtert [...]“ (B3, Z. 172-176).*

Die befragte Pflegeperson beschreibt hier eine Situation in welcher die Ärzte im Gegensatz zur Pflege den schlechten Allgemeinzustand des Patienten und seinen Willen ignorieren und die Therapie fortsetzen.

Auch B2 ist der Meinung, dass die Entscheidungen eher zu spät getroffen werden.

Die unterschiedlichen Einstellungen bezüglich des Zeitpunktes der Therapiereduktion können zu Konflikten innerhalb des Teams führen. Dies wird sehr deutlich von B6 beschrieben: *„Manchmal will die Pflege, dass die Therapie heruntergefahren wird und die Ärzte nicht (,) es kommt schon zu Konflikten (,) manchmal ziemliche Konflikte*

sogar“ (B6, Z. 293-295). „Es geht nur um den Zeitpunkt (,) wo die Pflege einfach sieht (,) das bringt nichts mehr (,) und wo die Ärzte sich noch nicht zurücknehmen wollen (,) weil sie der Meinung sind, dass therapeutisch noch nicht alles ausgenutzt wurde (,) oder weiß nicht (,) weil das Labor eh super aussieht (,) aber sie sehen oft nicht dieses Gesamtpaket (,) das sehen sie nicht (,) sie sind schon sehr zahlenfixiert muss man dazu sagen (,) und da ist die Pflege in den meisten Fällen früher dran als die Ärzte“ (B6, Z. 297-303).

B6 beschreibt sehr deutlich die unterschiedlichen Sichtweisen des Patienten durch Medizin und Pflege. Die Medizin orientiert sich hauptsächlich an objektiven Daten und die Pflege versucht im Gegensatz dazu den Patienten als Ganzes wahrzunehmen und nimmt auch die Folgen der Erkrankung auf seine spezielle Lebenssituation wahr.

Auf die Frage warum Mediziner zurückhaltender mit dem Therapieabbruch sind meint B6: „[...] also ich glaube, dass es nur um die rechtliche Seite geht [...]“ (B6, Z. 307-308).

Im Gegensatz zu den oben genannten Aussagen vertritt eine der befragten Personen die Meinung, dass es kein zu spät oder zu früh gibt, da es auf den Blickwinkel ankommt aus dem die Situation betrachtet wird. B1 beschreibt dies wie folgend: „Es gibt kein zu früh oder zu spät“ (B1, Z. 194). „die Frau eines Patienten sieht es zum Beispiel mit anderen Augen als der betreuende Arzt [...]“ (B1, Z. 198-199).

Auch für die Befragten B4 und B5 ist der Zeitpunkt der Entscheidung zum Therapieabbruch richtig gestellt. Für B4 stellt der Zeitpunkt der Entscheidung kein Problem dar, da diese Entscheidung nicht in den Tätigkeitsbereich der Pflege fällt. B4 meint: „Das steht mir rangmäßig nicht zu“ (B4, Z. 241). „Solange es nicht von ärztlicher Seite heißt (,) ich meine ich bringe mich sicher nicht ein und sage lassen wir den sterben (,) wenn diskutieren wir bei der Visite darüber und dann (,) aber es steht mir rangmäßig nicht zu“ (B4, Z. 243-46). „Ich habe zumindest kein Problem damit“ (B4, Z. 248).

7.3.6 Diskussion

Ein relevanter Punkt bei den Entscheidungen zum Therapieabbruch ist der Zeitpunkt zu dem der Therapieabbruch diskutiert wird. Die Hälfte der Befragten ist der Meinung,

dass der Zeitpunkt zu spät gewählt wird. Oft wird der Therapieabbruch erst dann diskutiert wenn bereits alle Therapieversuche gescheitert sind und es ohnehin keine Handlungsalternativen mehr gibt. Die befragten Pflegepersonen berichten von scheinbar ausweglosen Situationen, in denen sie durch die Anordnung der Ärzte gezwungen sind weiterhin therapeutische Maßnahmen durchzuführen, obwohl sie der Meinung sind, dass ein Therapieabbruch die sinnvollere Lösung wäre. Moralische Dilemmata entstehen bei den Pflegenden wenn sie bei ihrer täglichen Arbeit wahrnehmen, dass die Therapie zu keiner Heilung mehr führen wird oder der Patient die Behandlung nicht möchte. Pflegende nehmen durch den regelmäßigen und meist auch intensiveren Kontakt zum Patienten das Leid dieser intensiver wahr. Für Ärzte scheint der zeitliche Faktor nicht so belastend zu sein, da Ärzte nur im Rahmen der Visite oder bei Interventionen beim Patienten anwesend sind, und somit das Leid des Patienten nicht in gleicher Intensität wie Pflegende wahrnehmen. Um Konflikte dieser Art zu vermeiden erscheint es notwendig, dass Ärzte frühzeitig im Rahmen ethischer Fallbesprechungen ihre Handlungen begründen und mit den Pflegenden diskutieren. Auf diesem Weg wird den Pflegenden die Möglichkeit gegeben, den Hintergrund der ärztlichen Entscheidungen zu erkennen bzw. zu verstehen und in Folge werden sie eher in der Lage sein die Entscheidungen mitzutragen.

7.4 Bewältigungsstrategien und Lösungsansätze

7.4.1 Individuelle und interdisziplinäre Bewältigungsstrategien

Um belastende Situationen zu bewältigen, sind für alle Befragten die Gespräche mit Kollegen von Bedeutung.

B1 meint: *„Ich rede mit meinen Kollegen darüber“* (B1, Z. 44). *„Weil man so gewisse Situationen im Pflegealltag besser bewältigen kann ... und damit ich die Probleme nicht mit nach Hause nehme“* (B1, Z. 46-47).

B2 antwortet gleichbedeutend: *„Indem ich mit Kollegen darüber spreche (,) das passiert immer wieder“* (B2, Z. 37).

Auch B3 erzählt: „*Gespräche mit Kollegen (,) es ist wichtig vor allem auf der Station unter den Kollegen (,) mit den Mitgliedern des Pflorgeteams (,) zur Verarbeitung nochmal zu besprechen und (,) nochmals das Erlebte aufzurollen*“ (B3, Z. 39-42).

B4 bewältigt belastende Situationen folgend: „*Gespräche mit meinen Kollegen bzw. [...] Radfahren gehen*“ (B4, Z. 39-40).

B5 meint: „*Dass man im Team darüber redet*“ (B5, Z. 35).

Alle Befragten suchen in belastenden Situationen das Gespräch mit Kollegen. Diese Gespräche haben eine entlastende Wirkung und sollen verhindern, dass die Probleme mit nach Hause genommen werden.

Für B6 ist es wichtig mit Kollegen zu sprechen, die ebenfalls mit den gleichen Patienten betreut haben. Sie beschreibt die individuelle Bewältigung folgend: „*[...] mit jenen Kollegen dann aber, die auch mit diesem Patienten zu tun gehabt haben ... spricht man schon darüber (,) das mach ich schon (,) wie soll ich sagen (,) ist entlastend dann*“ (B6, Z. 53-55).

7.4.2 Diskussion

In belastenden Situationen weisen alle befragten Pflegepersonen auf die Bedeutung der Gespräche mit Kollegen hin. Die befragten Personen suchen dann das Gespräch mit Kollegen, um das Erlebte verarbeiten zu können. Die Befragten äußern keine Wünsche in Bezug auf externe Supervision. Es wird angenommen, dass Kollegen als Gesprächspartner gewählt werden, da diese die Problematik des Falls erkennen können und ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

In diesem Punkt stellt sich aber die Frage, ob bei jüngeren Kollegen, welche die Situationen belastender finden oder für Kollegen, welche sich nicht gut abgrenzen können, Gespräche mit Teamkollegen ausreichend sind, um das Erlebte verarbeiten zu können. Um die Sichtweise unerfahrener Pflegepersonen darstellen zu können, wäre eine Befragung von Kollegen mit weniger Berufserfahrung notwendig.

7.4.3 Wünsche und Verbesserungsstrategien

Die Betreuung von Patienten mit einer Änderung des Therapieziels stellt ethische Anforderungen an das Pflegepersonal. Mit denen folgenden beschriebenen Verbesserungsvorschlägen kann die ethische Entscheidungsfindung zwar erleichtert werden, jedoch können ethisch-rechtliche Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende nicht verhindert werden.

B6 gab als Wunsch bei der Entscheidungsfindung zum Therapieabbruch an: *„Was ich mir manchmal wünschen würde (,) das (,) aber ich weiß nicht ob es dafür eine Berufsgruppe gibt (,) es wird viel zu wenig abgeklärt wie die Zukunft für den Patienten aussieht (,) denn das ist eigentlich das Ausschlaggebende (,) und über das wird am aller wenigsten gesprochen (,) wie der Patient (,) welche Chancen er eigentlich daheim hat oder welche Lebensqualität und ich weiß nicht wie man das benennen kann (,) ob es dafür auch einen Berufsgruppe gibt (,) irgendein Sozialdienst (,) also wenn der dabei wäre (,) würde ich das sehr begrüßen“ (B6, Z. 192-199).*

B6 schlägt vor, die konkrete Lebenssituation des Patienten und die Auswirkungen seiner Erkrankung auf seine Lebenswelt mehr in die Entscheidung miteinfließen zu lassen. Es stellt sich hier die Frage, ob nicht die Pflege in diesem Punkt Entscheidendes beitragen kann. Durch die Nähe zum Patienten und den Angehörigen können Pflegenden am besten feststellen, wie der Patient mit den Folgen der Erkrankung zurechtkommt und welche Entscheidung mehr im Sinne des Patienten ist.

Weiters wurde von drei Befragten mehr Fortbildungen in Bezug auf den Therapieabbruch gefordert, um mehr Hintergrundwissen zu erhalten.

In Bezug auf das Thema Fortbildung wurde von B2 geäußert: *„Dass das vom Dienstgeber auch mehr unterstützt wird (,) mehr respektiert wird und nicht so in die Schiene geht wie es den Anschein hat (,) dass wenn wer Fortbildungen möchte (,) dass der Eindruck entsteht (,) die kann mit der Situation nicht umgehen (,) die ist für den Intensivbereich (,) für das Thema Sterben oder den Tod nicht geeignet“ (B2, Z. 236-240).*

Weiters bemerkt B2 zum Fortbildungsprogramm: *„Es werden welche angeboten (,) meiner Meinung nach aber zu wenig und es kommt beim Pflegepersonal auch nicht so*

an (,) dass das wichtig und notwendig ist (,) ich bin da wirklich zu wenig geschult und hab kaum Hintergrundwissen“ (B2, Z.229-232).

Die befragte Person beschreibt hier auch, dass es vielen Pflegepersonen nicht bewusst ist, warum ein ethisches Hintergrundwissen notwendig ist.

B3 wünscht sich zum Thema Fortbildung: *„Dass das ganze Thema Therapieabbruch viel mehr zum Thema gemacht wird (Pause) außerdem sollte es (,) wenn es notwendig ist (,) auch möglich sein (,) dass die Pflegepersonen die eine Fortbildung brauchen (,) auch die Möglichkeit haben diese zu bekommen (,) es ist zu wenig jedes Jahr nur einen auf Fortbildung zu schicken“ (B3, Z. 288-292).*

B1 meint hierzu: *„Dass mehr Fortbildungen zur Ethik angeboten werden. Besonders gut würde ich Fortbildungen über Patientenverfügung finden (,) da immer mehr Menschen Patientenverfügungen haben und man hört ja in den Medien immer wieder davon“ (B1, Z. 287-290).*

Weiters gibt B2 zu bedenken: *„Ich glaub, dass es generell in der Gesellschaft mehr thematisiert gehört (,) gerade die Patientenverfügung und auch die finanzielle Situation des Gesundheitssystems (,) und dass man einfach mit dem Thema Leben und Tod offener umgeht (,) und das nicht erst dann anspricht wenn eh keine andere Möglichkeit mehr besteht“ (B2, Z. 243-247).*

Die Befragte thematisiert hier ein Thema, dass auch Körtner (2003, S. 7) wie folgend beschreibt: *„Das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen wird in der Gesellschaft vielfach verdrängt und ist mit großen Ängsten belastet, mit denen sich die Menschen alleingelassen fühlen [...]“.* Körtner sieht es als eine Aufgabe der Gesellschaft eine neue Kultur des Sterbens zu entwickeln und betont die Bedeutung der Solidarität gegenüber dem Sterbenden (vgl. Körtner, 2003, S.8). Auch B2 beschreibt das Thema Tod als gesellschaftliches Tabuthema und sieht darin, unter anderem auch den Grund für die geringe Anzahl von Patienten mit Patientenverfügungen.

7.4.4 Diskussion

Die Untersuchung zu der Frage Wünsche und Verbesserungsvorschläge brachte im Allgemeinen übereinstimmende Ergebnisse. Die Befragten möchten, wie bereits im Punkt 7.3.2 beschrieben, einen Beitrag zu Entscheidungsfindung leisten und sind sich ihrer Rolle im therapeutischen Team größtenteils bewusst. Die Pflegenden wünschen sich gemeinsame Entscheidungen in ethisch schwierigen Situationen. Sie wünschen sich weiters die Wahrnehmung ihrer subjektiven Sinneswahrnehmung und mehr Wertschätzung durch die Medizin. Besonders wichtig ist für Pflegende der langfristige Nutzen der Therapien für den Patienten und die Auswirkungen der Erkrankung auf seine spezielle Lebenssituation. Des Weiteren wird auch aufgezeigt, dass das Thema Sterben ein gesellschaftliches Tabuthema darstellt, welches in Zukunft öffentlich mehr diskutiert werden sollte.

Ein Teil der Befragten erkennt, dass bei den Entscheidungen am Lebensende ein ethisches und rechtliches Hintergrundwissen nötig ist, um einen pflegerischen Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten zu können. Gleichzeitig wird von den Befragten angegeben, dass ein Nachholbedarf in dem Wissensgebiet Ethik und Recht besteht. Aus diesem Grund wird der Wunsch nach mehr Fort- und Weiterbildungen im Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende angeführt. Sollen Pflegende in Zukunft eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess bei Entscheidungen am Lebensende übernehmen, so wird es notwendig sein Fort- und Weiterbildungen anzubieten welche die ethisch-rechtlichen und kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden verbessern.

8 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG UND AUSBLICK

Ethische Konflikte und schwierige Situationen bestimmen oftmals den pflegerischen Alltag in der Intensivmedizin. Pflegende stellen sich in der Praxis die Frage, ob es moralisch richtig ist was sie tun und ob ihre Handlungen im Sinn des Patienten sind. Diese Arbeit zeigt auf, dass eine eigenständige Reflexion des pflegerischen Handelns in Bezug auf Therapieabbruch und Therapiereduktion zum Wohl des Patienten notwendig ist.

In dieser Untersuchung wird dargestellt, wie Pflegepersonen den Therapieabbruch bzw. die Therapiereduktion in der Intensivmedizin beim nicht einwilligungsfähigen Patienten erleben. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen einen Beitrag zum besseren Verständnis pflegerischen Handelns leisten. Pflegepersonen im Intensivbereich sind täglich mit schwierigen ethisch-rechtlichen Situationen konfrontiert. Für die Pflegenden entstehen in diesen Situationen oft ethische Konflikte, da die Entscheidung zum Abbruch der Therapie im Kompetenzbereich der Ärzte liegt. Da Pflegende die Entscheidung mittragen müssen, ist die Rolle der Pflege bei der Entscheidungsfindung von Bedeutung. Diese Untersuchung soll auch dazu beitragen, Pflegende zur ethischen Reflexion ihrer Handlungen zu ermutigen und somit einen Prozess der ethischen Bewusstseinsbildung zu fördern. Pflegeethik und somit der ethische Dialog zwischen den Pflegenden und den anderen an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen ist notwendig zur Sicherung der Pflegequalität. Diese Untersuchung bestätigt somit die These von Lay welcher die Pflegeethik als: „[...] zentrale Komponente der Pflegequalität“ (Lay, 2004, S. 129) beschreibt. Es wird gezeigt, dass gesetzliche Regelungen bei Entscheidungen am Lebensende zwar die Rahmenbedingungen für ärztliches und pflegerisches Handeln vorgeben, jedoch auch, dass das Gesetz nicht in der Lage ist ethische Konflikte zu lösen.

Der Therapieabbruch und die Therapiereduktion wird von den befragten Pflegepersonen meist als positive Entwicklung erlebt, da es dem Patienten auf diesem Weg ermöglicht wird in Würde sterben zu können. Die Pflege nimmt diese Patienten in gleicher Weise wahr wie andere Intensivpatienten, da sich die pflegerischen

Tätigkeiten bei Patienten mit Therapieabbruch nur unwesentlich von der Pflege anderer Intensivpatienten unterscheiden.

Die Rolle der Pflege bei der Entscheidungsfindung wurde jedoch von den Befragten unterschiedlich beschrieben. Die Beteiligten gaben einen unterschiedlichen Grad der aktuellen Beteiligung an der Entscheidungsfindung, sowie Zufriedenheit mit ihrer Rolle an. Der Grad der Beteiligung der Pflege an der Entscheidungsfindung steht offensichtlich in Zusammenhang mit der Standardisierung dieses Prozesses auf der jeweiligen Abteilung. Der Großteil der Pflegenden möchte aber einen Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten, da die Pflegenden durch ihre Nähe zum Patienten relevante Informationen über diesen besitzen. Bei der Gruppe der Pflegenden, welche mit ihrer Situation unzufrieden waren, bestand auch der Wunsch nach mehr interdisziplinären ethischen Fallbesprechungen, um die Sichtweise aller an der Behandlung beteiligten Personen darstellen zu können. Im Gegensatz dazu wird angenommen, dass die Pflegenden, welche ihren Beitrag zu Entscheidungsfindung eher gering einschätzen, die Verantwortung der Pflege in diesem Kontext nicht wahrnehmen.

Des Weiteren wünschen sich die Befragten auch eine Beteiligung bei den Angehörigengesprächen. Die Teilnahme an diesen Gesprächen hat für die Pflegenden in erster Linie einen informativen Charakter, um im Anschluss an das ärztliche Gespräch die Angehörigen besser betreuen zu können. Da die Gespräche mit den Angehörigen ebenfalls nicht standardisiert sind, ist auch hier die Teilnahme der betreuenden Pflegeperson nicht gewährleistet. Die Thematik, dass Pflegende keine medizinischen Auskünfte weitergeben dürfen, wurde von den Pflegepersonen großteils als nicht störend empfunden. Es wurde jedoch angegeben, bei einer guten Beziehung zu den Angehörigen auch ohne den gesetzlichen Auftrag, medizinische Informationen weiterzugeben.

Für die Pflegepersonen ist bei den Entscheidungen am Lebensende der Wille des Patienten von besonderer Bedeutung. Die Patientenverfügung wird, trotz weniger Erfahrungen mit dieser, als geeignetes Instrument zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens wahrgenommen. Des Weiteren besteht bei den Befragten ein

Konsens über die wichtige Rolle der Angehörigen bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen.

Die Befragten weisen alle eine langjährige Berufspraxis auf und sind routiniert in ihrem pflegerischen Handeln. Jedoch wurde von allen Pflegepersonen angegeben, dass in der Ausbildung zu wenig Hintergrundwissen zu diesem Thema vermittelt wurde. Gleichzeitig wurde von einem geringen Teil der Befragten die Notwendigkeit eines ethisch-rechtlichen Hintergrundwissens in Frage gestellt, da die Entscheidung zum Therapieabbruch nicht im pflegerischen Kompetenzbereich liegt. Hier kann davon ausgegangen werden, dass diesen Personen die ethische Verantwortung der Pflege im Entscheidungsprozess nicht bewusst ist. Aufgrund fehlender Kenntnisse zu pflegeethischen Themen, wie ethische Pflegekompetenz und ethische Entscheidungsfindung, kann die Rolle und Verantwortung der Pflege von den Befragten bei der Entscheidungsfindung teilweise nicht beschrieben werden.

Die emotionale Betroffenheit wird bei den Befragten eher gering empfunden. Als emotional belastend werden Situationen beschrieben, wo eine Identifikation mit dem Patienten stattfindet oder eine gute Beziehung zu den Angehörigen aufgebaut wurde. Um belastende Situationen verarbeiten zu können, suchen die Pflegepersonen häufig das Gespräch mit Kollegen.

Als belastend wurden hingegen Probleme in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen empfunden. Als Ursache der Kommunikationsprobleme wurden einerseits die hierarchischen Strukturen gesehen. Einige Befragte glauben aber andererseits auch, dass die Pflegenden durch eine zu geringe Kompetenz zum Teil selbst verantwortlich für den Ausschluss an der Entscheidungsfindung sind.

Ein weiteres Problem stellt für die Pflegenden auch der Zeitpunkt der Entscheidungsfindung dar. Für die Hälfte der befragten Pflegenden werden die Entscheidungen zum Therapieabbruch zu spät getroffen. Für Pflegende entsteht ein moralisches Dilemma, wenn bei Patienten mit aussichtsloser Prognose eine intensivmedizinische Therapie beibehalten wird. Pflegende nehmen das Leiden des Patienten durch ihre Nähe zum Patienten im Vergleich zu den Ärzten intensiver wahr

und können durch ihre enge räumliche Anbindung zum Patienten diesem Konflikt auch nicht ausweichen.

In den Interviews werden von den Befragten Verbesserungsvorschläge und Wünsche angegeben. Es zeigt sich hier, dass die Pflege eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess übernehmen möchte. Die Pflegenden wünschen sich gemeinsame ethische Entscheidungen, bei denen die Einstellungen und Wahrnehmungen der Pflegenden berücksichtigt und ernst genommen werden. Für die Pflegenden ist die Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens sehr wichtig und die Auswirkungen der Erkrankung auf die spezielle Lebenssituation des Patienten. Interdisziplinäre ethische Fallbesprechungen werden von den Pflegenden gewünscht, da hier alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen zu Wort kommen und so eine Entscheidung im Sinne des Patienten getroffen werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch der Wunsch nach mehr Wertschätzung geäußert. Pflegepersonen sehen sich als gleichwertiger Partner bei der Betreuung der Patienten und möchten von der Medizin auch als solcher anerkannt werden. Für Pflegende ist eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten von großer Bedeutung, da eine schlechte Kommunikation zwischen Medizin und Pflege Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung des Patienten hat.

Von den Pflegenden wurde auch der Wunsch nach mehr Fort- und Weiterbildungen in Bezug auf ethisch-rechtliche Probleme am Lebensende angegeben. Pflegende erkennen zum Teil, dass sie auf diesem Gebiet nur sehr wenig Hintergrundwissen besitzen und dadurch ein Argumentieren in ethischen Diskussionen erschwert wird. Es wird von Pflegenden aber ebenfalls angemerkt, dass es notwendig sein wird Fortbildung anzubieten, welche den Pflegenden selbst die Relevanz von Pflegeethik für den pflegerischen Alltag aufzeigen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, dass Pflegeethik ein fester Bestandteil der Pflegepraxis sein muss. Der Fortschritt der Intensivmedizin und der demographische Wandel in der Gesellschaft, führen dazu, dass immer mehr alte und schwerkranke Menschen auf den Intensivstationen versorgt werden. Es kommt immer wieder zu Situationen, wo keine Therapie dem Patienten mehr helfen kann. Pflegepersonen hinterfragen die Sinnhaftigkeit vieler Therapien, da die Pflegenden

diese bei Schwerkranken oftmals als quälende, den Sterbeprozess verlängernde Handlungen empfinden. Ärzte haben jedoch oft Schwierigkeiten, eine einmal begonnene Therapie abzusetzen oder zu hinterfragen. Da durch die gesetzlichen Regelungen die Anordnungsverantwortung beim Arzt liegt und die Durchführungsverantwortung bei der Pflege liegt, entsteht für die Pflegenden bei der Betreuung dieser Patienten oftmals ein ethisches Dilemma. Durch den Erwerb ethischen Hintergrundwissens und der Fähigkeit zur ethischen Reflexion sind Pflegende in der Lage, ethische Konflikte zu benennen und können diese in weiterer Folge mit anderen Pflegenden und anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen diskutieren. Schuldgefühle und Zweifel können so im Vorhinein verhindert werden oder durch die Diskussion benannt und ausgeräumt werden. Interdisziplinäre Entscheidungen können von allen Beteiligten gemeinsam getragen werden, da diese gemeinsam getroffen wurden. Auf diesem Weg werden organisatorische Mängel und Hierarchien durchbrochen und die Qualität der Pflege wird gesteigert und gesichert. Mit dem Erwerb von ethisch-rechtlichem Hintergrundwissen und dem somit steigenden ethischen Bewusstsein in der Pflege wird die Kompetenz der Pflegenden erhöht.

Es ist notwendig, dass Pflegende eine eigene Position bei ethischen Entscheidungen am Lebensende einnehmen. Pflegende können sich dieser Verantwortung nicht entziehen. Lässt man das unnötige Leiden eines Patienten oder die Durchführung von nicht gewünschten Maßnahmen zu, so macht sich die Pflege mitschuldig. Im Gegensatz dazu kann Schuld aber auch beim Vorenthalten von mutmaßlich gewünschten Behandlungen entstehen. Der zentrale Punkt in der Auseinandersetzung mit den Entscheidungen am Lebensende ist die Würde des Menschen. Es muss verhindert werden, dass intensivmedizinische Maßnahmen unreflektiert angewendet werden und die Wünsche, die Bedürfnisse und die Individualität des zu betreuenden Patienten ignoriert werden (vgl. Ambrosy, 2006, S. 88).

Um die Auseinandersetzung der Pflegenden mit Pflegeethik zu fördern, wird eine Veränderung der aktuellen Aus- und Weiterbildung notwendig sein. Pflegeethische Themen müssen ein fixer Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein. Von Vorteil wären hier interprofessionelle Seminare mit Fallbeispielen aus der Praxis, anhand

welcher eine gemeinsame ethische Reflexion stattfindet. In dieser Form kann die ethische Entscheidungsfindung praxisnah dargestellt werden, rechtliche Aspekte können aufgezeigt werden und es besteht gleichzeitig die Möglichkeit kommunikative Fähigkeiten zu schulen. Des Weiteren wird es auch notwendig sein auf organisatorischer Ebene Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Teilnahme der Pflegenden an der Entscheidungsfindung sichern und ermöglichen. Dies kann durch eine bessere Strukturierung und Standardisierung des Prozessablaufs bei einem Therapieabbruch erreicht werden.

Für eine weiterführende Arbeit, könnte eine Befragung von Pflegepersonen mit weniger Berufserfahrung sehr aufschlussreich sein. Besonders interessant könnte hierbei der Punkt der emotionalen Belastungen und die eventuell unterschiedlichen Einstellungen zum Therapieabbruch sein.

Des Weiteren wäre zu überlegen, ob nicht ein quantitativer Forschungsansatz ebenfalls sinnvoll wäre. Mit der Befragung durch einen Fragebogen könnte eine größere Anzahl von Pflegepersonen erreicht werden und die Umfrage hätte einen repräsentativen Charakter. Somit könnten Zusammenhänge und Ausprägungen genauer beschrieben und interpretiert werden. Abteilungen oder Krankenhäuser könnten so miteinander verglichen werden und der Bedarf an Fortbildungen oder strukturellen Veränderungen könnten besser dargestellt werden.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Adamer, K. (2010). *Dissertation; Rechtlich Fragen in der Intensivmedizin*. Wien.
- Ambrosy, H. & Löser, A. (2006). *Entscheidungen am Lebensende. Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht*. Hannover: Schönlank Verlag.
- Arndt, M. (2007). *Ethik denken*. Stuttgart: Thieme.
- Bachinger, G. (2009). Das Patientenverfügungsgesetz in Österreich. In Radner, M. (Hrsg.), *Schmerztherapie in der Palliativmedizin*, S. 29-40.
- Barolin, G. (2000). Der Umgang mit den unheilbaren Kranken. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 7:153-158.
- Baumgarten, M. (1998). *The Right to Die? Rechtliche Probleme um Sterben und Tod*. Bern: Lang.
- Bavastro, P. (2001). Therapiebegrenzung und Therapieabbruch in der Intensivmedizin. Ist die ethische Frage richtig gestellt? *Intensiv*, 3:125-129.
- Beck, M. (2001). *Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung*. Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh.
- Benbenishty, J., Ganz, F., Lippert, A., Bullock, Bullock, H., Wennberg, E., Henderson, B., Svantesson, M., Baras, M., Phelan, D., Maia, P., & Sprung, Ch. (2006). Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med*, 32:129-132.
- BGBLA_2006.55. Bundesgesetz: Patientenverfügungs-Gesetz V 129 AB 1381 S.142. BR: AB 7518 S.733.) Ausgegeben am 8. Mai 2006.
- Bioethikkommission. (27. 6 2011). *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende*. Abgerufen am 1. 4 2012 von www.bundeskanzleramt.at:
<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>
- Birnbacher, D. (1995). *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam jun. GmbH & Co.

- Boumendil, A., Somme, D., Garrouste-Orgeas, M., & Guidet, B. (2007). Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Medicine*, 33:1252-1262.
- Bundesärztekammer. (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(7), S. 346-348.
- Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. (2010). Abgerufen am 7. 4. 2012 von Amtsblatt der Europäischen Union:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:DE:PDF>
- Cobanoglu, N., & Algier, L. (2004). A Qualitative Analysis of Ethical Problems Experienced by Physicians and Nurses in Intensive Care Units in Turkey. *Nursing Ethics*, 11:444-455.
- David, D. (2001). Diplomarbeit. *Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in der professionellen Pflege*. Wien.
- Devrient, H. (2007). Ethische Fragen in der aktuellen Pflegeliteratur. In B. Städtler-Mach, *Ethik gestalten*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Dingens, S. (2004). Funktion und Nutzen von Ethikberatung als Qualitätsinstrument für eine interprofessionelle Entscheidungskultur in der Organisation Krankenhaus. In A. Thoke-Colberg, *Anwendungsorientierte Pflegeforschung. Ethik in der Pflege* (S. 125-138). München: Zuckschwerdt Verlag.
- Dlubis-Dach, J., & Glogner, P. (2001). Durch welche Faktoren werden Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen beeinflusst? *Ethik in der Medizin*, 13:76-86.
- Dörfel, D. (2005). *Ethik in der Medizin und Pflege. Christliches Profil in der Spannung zwischen klinischer Spannung und ökonomischen Zwängen*. Münster: LIT Verlag.
- Druml, W. (2008). Ein kleiner Schritt mit großen Auswirkungen: Von DNR ("do not resuscitate") zu AND ("allow natural death"). *Intensiv-News*, 3/08.
- Erbguth, F. (2011). Wachkoma: Therapieentscheidungen und ethisch-rechtliche Probleme. *Intensiv*, 19(1):33-40.
- Fölsch, D. (2008). *Ethik in der Pflegepraxis*. Wien: Facultas .

- Frampton, M., & Mayewski, R. (1987). Physicians and Nurses Attitudes Toward Withholding Treatment in a Community Hospital. *J Gen Intern med*, 2:394-399.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischerischen Handelns*. Osnabrück: V&R unipress.
- Friesacher, H. (2011). Pflegende und Ärzte auf der Intensivstation - eine schwierige und belastende Beziehung. *Intensiv*, 19:126-129.
- Ganster, R. (2011). Psychische Belastungen aus Sicht der Pflege. *Intensiv*, 19:116-119.
- Großklaus-Seidel, M. (2002). *Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heesch, E. (2008). Sterbebegleitung auf der Intensivstation. *Intensiv*, 16:274-277.
- Heimerl, K., & Heller, A. (2001). *Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heindl, P., & Ruppert, S. (2010). Rolle der Pflege bei Entscheidungen am Lebensende. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 11:19-22.
- Henry, A. (2007). Patientenverfügungen - ein Diskussionsbeitrag aus palliativmedizinischer Sicht. In U. Körtner, C. Kopetzki, & M. Kletecka-Pulker, *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtlich Aspekte* (S. 221-226). Wien: Springer.
- Heppner, C., Christ, M., & Sieber, C. (2011). Intensivmedizin im Alter- ein Widerspruch? *Intensiv*, 19:4-8.
- Hiemetzberger, M. (2006). *Zwischen Leben und Tod - Pflegende als Grenzgänger*. Wien: Facultas.
- Ho, K., English, S., & Bell, J. (2005). The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions: a nationwide survey. *Intensive Care Med*, 31:668-673.
- Hoffmann, I. (2002). Ärzte und Pflegende- Dialogkultur mangelhaft! *Intensiv*, 10:72-77.
- Husebø, S., Klaschik, E. (2006). *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation. (2004). Konsensuspapier der Intensivmedizinischen

Gesellschaft Österreichs. Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und-beendigung an Intensivstationen. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116/21-22:763-767.

Kletecka-Pulker, M. (2007). Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungsgesetzes. In U. Körtner, C. Koetzki, & M. Kletecka-Pulker, *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz* (S. 81-96). Wien: Springer.

Kletecka-Pulker. (2008). *Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungsgesetzes*. Abgerufen am 2012. 4. 14 von <http://www.univie.ac.at/ierm/index.php?page=studien>

Kollwitz, A. (1999). *Verteilungsgerechtigkeit und Generationenkonflikt. Uneingeschränkte Gesundheitsleistungen für Ältere? Berliner Medizinethische Schriften*. Dortmund: Humanitas Verlag.

Körtner, U. (2003). *Sterben in der modernen Stadt. Gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Rahmenbedingungen von Palliative Care*. Abgerufen am 2012. 9. 2 von <http://ierm.univie.ac.at/>: <http://www.bka.gv.at/2004/5/3/Sterben%20in%20der%20modernen%20Stadt.pdf>

Körtner, U. (2004). *Grundkurs Pflegeethik*. Wien: Facultas.

Körtner, U. *Ethische Problem beim Sterben auf der Intensivstation*. Abgerufen am 6. 10. 2006 von Institut für Ethik und Recht in der Medizin. Wien: <http://www.univie.ac.at/ierm/php/Dokumente/Ethische%20Probleme%20beim%20Sterben%20an%20der%20Intensivstation.pdf>

Körtner, U., Kopetzki, U., Kletecka-Pulker, M., & Inthorn, J. (Dezember 2009). *Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG)*. Institut für Ethik und Recht in der Medizin. Wien: BMG.

Kremsberger, S. (14. 4 2005). www.dieuniversitaet-online.at. Abgerufen am 16. 12 2007 von www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/sterbehilfe-in-osterreich/10/neste/60.html

Kröll, W., & Gaßmayr, S. (1999). Rationalisierung oder Rationierung knapper medizinischer Ressourcen? In E. Bernat, & W. Kröll, *Intensivmedizin als*

Herausforderung für Recht und Ethik (S. 9-20). Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Krug, H. (2006). Patientenverfügung: Balanceakt zwischen autonomie und Fürsorge, Chance für das Arzt-Patienten-Verhältnis. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 50:121-132.

Lanken, P., Terry, P., DeLisser, H., Fahy, B., Hansen-Flaschen, J., Heffner, J., Levy, M., Mularsk, A., Osborne, M., Prendergast, J., Rocker, G., Sibbald, W., Wilfond, B., & Yankaskas, J. (2008). An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. *Am J Respr Crit Care Med*, 177:912-927.

Landeskliniken-Holding Niederösterreich. (2012). Abgerufen am 15.. 7. 2012 :
http://www.stpoelten.lknoe.at/fileadmin/media_data/Dateien/Ausbildung/GuKPS/GuKPS-stunden.pdf

Lauber, A. (2001). *Grundlagen beruflicher Pflege*. Stuttgart: Thieme.

Lawin, P. (1994). *Praxis der Intensivbehandlung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Lay, R. (2004). *Ethik in der Pflege*. Hannover: Schülersche Verlagsgesellschaft.

Manos, P., & Braun, J. (2006). *Care of the Difficult Patient*. New Jork: Routledge.

Marckmann, G. (2007). Einführung eines klinischen Ethikkomitees. In A. Napiwotzky, & J. Student, *Was braucht der Mensch am Lebensende? Ethisches Handeln und medizinische Machbarkeit*. (S. 134-147). Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Mayer, H. (2002). *Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis*. Wien: Facultas.

Murrer, A. (1999). Der Behandlungsabbruch aus der Sicht des Pflegepersonals. In Bernat-Kröll, *Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik*. (S. 20-26). Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Nationaler Ethikrat. (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*.

Abgerufen am 1. 4. 2012 von www.ethikrat.org:

http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (17. 12 2005). *Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme*.

Abgerufen am 25. 1 2012 von www.austrotransplant.at/download/Hirntod-2005.pdf

Oswald, C. (2008). Die "Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung" im Krankenhaus. *Ethik Med*, 20:110-212.

Panknin, H. (2005). Der geriatrische Patient in der Intensivmedizin - Relevante Aspekte des Outcomes aus intensivpflegerischer Sicht. *Intensiv*, 13:200-203.

Pfausler, B. *Univ.-Klinik für Neurologie Innsbruck*. Abgerufen am 6. 2 2012 von Der Hirntod: www.intensiv-innsbruck.at/education/hirntod-pfausler.htm

Pöltner, G. (2002). *Grundkurs Medizinethik*. Wien: Facultas UTB.

Prat, E. (2006). *Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr*. Abgerufen am 9. 12. 2008 von www.imabe.org/index.php?id=518

Reicher, M. (2010). *CPR versus AND(DNR) und Patientenverfügung bei geriatrischen Patienten*. Abgerufen am 18. 2. 2012 von www.arztakademie.at/aeaek-diplome-zertifikate-cpds/publikationen/lehrgang-20092010

Richter, J., & Norberg, A. (2002). *Ethische Aspekte pflegerischen Handelns*. (U. Fricke, Hrsg.) Hannover: Schöltersche GmbH & Co.KG.

Salomon, F. (2006). Leben erhalten und Sterben ermöglichen. *Anaesthesist*, 55:64-69.

Schaden, E. (2012). Patientenverfügung: Relevanz an der Intensivstation? *Intensiv*, 2:25-27.

Scharffenorth, G. (1996). *Ethik in der Medizin und Pflege am Beispiel von Therapie-Verzicht und Therapie-Abbruch*. Heidelberg: Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft.

Scheffold, N., Riemann, U., Paoli, A., Kleine, M., & Marckmann, G. (2009). Konzept zur Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 47:124-129.

Schmidt-Holos, M. (2006). Der Tod - persona non grata auf der Intensivstation. *Intensiv*, 6:276-278.

Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. (2012). Abgerufen am 15. 7. 2012 von

http://www.stpoelten.lknoe.at/fileadmin/media_data/Dateien/Ausbildung/GuKPS/GuKPS-stunden.pdf

Schulze, U., & Niewohner, S. (2004). *Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase - zwischen Autonomie und Fürsorge*. Münster: LIT Verlag.

Simon, A. (2002). Umgang mit Sterben. Sterben gestalten. S. 5-8.

Söderberg, A., Gilje, F., & Norberg, A. (1999). *Transforming Desolation into Consolation: The meaning of being in situations of ethical difficulty in intensive care*. Abgerufen am 8. 11. 2007 von Nursing Ethics:
<http://nej.sagepub.com/cgi/content/abstrakt/6/5/357>

Statistik Austria. (2011). Abgerufen am 20.. 6. 2012 von
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Tschudin, V. (1988). *Ethik in der Krankenpflege*. Basel: Reinhardt AG.

Uzarewicz, C., & Uzarewicz, M. (2006). *Anthropologische Grundlagen und Menschenbilder in der Intensivpflege*. Abgerufen am 22. 7. 2012 von
http://www.gnp-online.de/fileadmin/media/Anthropologie_und_Menschenbilder_-_Intensiv.pdf

Valentin, A. (2008). Palliativmedizin: eine wesentliche Komponente der Intensivmedizin? *Intensiv-News*, 5:2-4.

Valentin, A. (2007). Intensivmedizin im höchsten Lebensalter: Errungenschaft oder Fehlentwicklung? *Intensiv-News*(1/07), S. 19-20.

Van der Arend, A., & Gastmans, C. (1996). *Ethik für Pflegende*. Bern: Huber Verlag.

Walker, R., Miles, S., Stocking, C., & Siegler, M. (1991). Physicians and Nurses Perceptions of Ethics Problems on General Medical Services. *Journal of General Internal Medicine*., 6:424-429.

Wallner, J. (2007). *Health Care zwischen Ethik und Recht*. Wien: Facultas.

Weber, H. (2002). Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg.- Eine empirische Untersuchung bei der tätlichen Visite. *Inaugural-Dissertation*. Philosophische Fakultäten der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br.

Wencke, T. (2000). *Sterbebegleitung auf der Intensivstation*. Hamburg: Kohlhammer.

- Wollner, G. (2010). Welche Rolle hat eine Pflegekraft bei der Oberarztvisite auf einer Intensivstation? - Eine empirische Studie. *Intensiv*, 18:210-215.
- Zegelin, A. (2009). <http://www.uni-wh.de/>. Abgerufen am 28. 6. 2012 von <http://www.uni-wh.de/gesundheits/pflegewissenschaft/departement-pflegewissenschaft/patientenverfuegung/>
- Ziegler, A. (2003). *Zur Persönlichkeit des Wachkomapatienten*. Abgerufen am 6. 20. 2012 von <http://bidok.uibk.ac.at/library/zieger-persoenlichkeit.html#id1636719>
- Ziegler, S., Heinze, G., Ryffel, M., Kompatscher, M., Slany, J., & Valentin, A. (2007). "Oldest old" patients in intensive care: Prognosis and therapeutic activity. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119(1-2): 14-9.
- Zimmermann-Acklin, M. (1997). *Euthanasie*. Schweiz: Universitätsverlag Freiburg.
- Zitter, G. (2001). *Rationierung in der Altersmedizin. Zur Verteilungsgerechtigkeit in einer alternden Gesellschaft*. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

10 ANHANG

10.1 ICN-Ethikkodex für Pflegende

(zit. in Körtner, 2004, S.141-143)

Präambel

Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben:

Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Der Kodex

Der ICN-Ethikkodex für Pflegende umfasst vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen.

Elemente des Ethikkodex

1. Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Die Pflegende gewährleistet, dass die pflegebedürftige Person ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann. Die Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Missachtung und Zerstörung.

2. Pflegende und die Berufsausübung

Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen.

Die Pflegende beurteilt die Fachkompetenzen der Mitarbeitenden, wenn sie Verantwortung delegiert.

Die Pflegende achtet in ihrem persönlichen Verhalten jederzeit darauf, das Ansehen des Berufes hochzuhalten und das Vertrauen der Bevölkerung in die Pflege zu stärken.

Die Pflegende gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.

3. Pflegende und die Profession

Die Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegende beteiligt sich an der Entwicklung beruflicher Kenntnisse, die auf Forschungsergebnissen basieren.

Über ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende dafür ein, dass sichere, sozial gerechte und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

4. Pflegende und ihre Kolleginnen

Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit ihren Kolleginnen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche.

Die Pflegende greift zum Schutz des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft ein, wenn deren Wohl durch eine Pflegende oder eine andere Person gefährdet ist.

10.2 Ethische Regeln der Intensivpflegenden (Ethik-Kodex)

DFG Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (zit. in Arndt, 2007. S. 159-161)

Diese ethischen Regeln sollen Intensivpflegenden eine Grundlage für moralisches Handeln in der Intensivpflege bieten, das berufliche Selbstverständnis der Intensivpflegenden darstellen sowie die Autonomie der Intensivpflege untermauern. Darüber hinaus sollen diese ethischen Regeln ein Baustein auf dem Weg zur Professionalisierung sein.

Professionen sind Berufe, die sich der Bearbeitung individuell und gesellschaftlich bedeutsamer Probleme widmen oder zur Erhaltung zentraler Werte beitragen. Neben qualifizierten Dienstleistungen, exklusivem Fachwissen, fachlicher Autonomie und geregelter Zugang zum Beruf, sind berufsethische Standards Merkmale, die Professionalität ausmachen.

In der Intensivpflege haben wir es mit kritisch Kranken zu tun, die ganz besonders schutzbedürftig und verletzlich sind. Sie sind nicht nur von organunterstützenden Geräten abhängig sondern von unserem pflegerischen und unserem moralischen Handeln. Aufgrund der Schwere der Erkrankung können die Intensivpatienten meistens ihre Bedürfnisse, Ängste und Sorgen nicht ausdrücken.

Die Intensivpflegenden haben eine herausragende Rolle in der Intensivmedizin. Sie sind rund um die Uhr bei den Patienten und kennen deren Stärken und Schwächen. Sie pflegen und sorgen für Kranke und sind hierbei die Advokaten der kritisch Kranken und deren Angehörigen. Intensivpflegende haben nicht nur das Recht sondern auch die Pflicht diese Funktion in der täglichen Praxis auszuüben.

EINFÜHRUNG

Die elementare Verantwortung der Intensivpflegenden ist die Bereitstellung optimaler Pflege für die Patienten auf einer Intensivüberwachungsstation. oder einer Intensivbehandlungsstation. Die Pflege kann von einer intensiven Kurzzeitpflege in eine langdauernde Behandlungspflege übergehen, die die ständige Unterstützung aller Lebensaktivitäten und rehabilitative Maßnahmen beinhaltet. Dabei werden Menschen in ihrer Ganzheit aus physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnissen sowie in ihren sozialen und kulturellen Bezügen lebend betrachtet. Sie erfahren Respekt, Zuwendung und Anteilnahme, unabhängig von Alter, Geschlecht, nationaler oder sozialer Herkunft, Hautfarbe, Religion oder politischen Anschauung.

Der Zweck eines ethischen Codex für Intensivpflegende ist es, deren Selbstverständnis für berufliche Verantwortung und die darauf basierende Glaubwürdigkeit innerhalb der Gesellschaft anzuerkennen. Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V. hat sich bei dem Codex an den abgeleiteten Prinzipien des Philosophen Immanuel Kant: (1) Respektiere Autonomie, (2) Sage die Wahrheit, (3) Achte auf Gerechtigkeit, (4) Sei hilfsbereit zu Menschen, (5) Schade keinem Menschen, orientiert.

1. DER INTENSIVPFLEGENDE UND DIE BEVÖLKERUNG

Die/der Intensivpflegende ist primär den Menschen gegenüber verantwortlich, die Intensivpflege benötigen. Bei der Ausführung der Pflege fördert sie, wo eine Umgehung, in der Wertvorstellungen, Gewohnheiten und Glauben der Einzelnen berücksichtigt werden.

Die/der Intensivpflegende erkennt das Recht der Patienten auf Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstfürsorge sowie deren individuelle Bedürfnisse an und begegnet ihnen mit Anteilnahme. Offenheit und Ernsthaftigkeit.

Die/der Intensivpflegende verteidigt das Recht der Patienten auf Privatsphäre, u. a. durch den Schutz vertraulicher Daten gegenüber Personen, die diese Informationen nicht zur Behandlung benötigen, es sei denn, dass eine gerichtliche Anordnung dies erforderlich macht.

Die/der Intensivpflegende erhält die persönliche Integrität der Patienten aufrecht, achtet auf die Einhaltung der Würde des Menschen, beschützt Patienten vor unethischen oder illegalen Handlungen und ist bestrebt, diese berufliche Freiheit in der Praxis zu etablieren.

Die/der Intensivpflegende vermeidet jeden Missbrauch durch die besondere Beziehung zu Patienten und des Zuganges zu deren Eigentum und verweigert jedes angebotene Geschenk, welches als Beeinflussung zu bevorzugter Behandlung interpretiert werden könnte.

2. DER INTENSIVPFLEGENDE UND DIE PRAXIS

Die/der Intensivpflegende versorgt ihren/seinen Dienst mit Respekt vor der menschlichen Würde und der Einzigartigkeit der Patienten, ohne von deren sozialen oder ökonomischen Status, persönlichen Eigenschaften oder des Wesens der Gesundheitsprobleme beeinflusst zu sein.

Die/der Intensivpflegende zeigt einen kontinuierlich hohen Grad an Kompetenz. Kompetenz ist eine Mischung aus individuellem, professionellem Wissen, Urteilsvermögen, Wertvorstellungen und technischen sowie zwischenmenschlichen Fähigkeiten.

Die/der Intensivpflegende ist verpflichtet und verantwortlich für individuelle, professionelle Urteile und Handlungen, sie/er ist der Advokat für die Rechte der Patienten. Sie/er achtet auf die Einhaltung ethischer Prinzipien hinsichtlich Pflege, Diagnostik, Behandlung und Forschung.

Die/der Intensivpflegende erkennt Grenzen ihrer/seiner Kompetenz und weist in solchen Situationen die Übernahme von Tätigkeiten zurück, solange sie/er nicht eingewiesen und als kompetent beurteilt worden ist, um den Patienten vor Schaden zu schützen.

Die/der Intensivpflegende informiert die zuständige Person oder Institution über jede Situation, in welcher der Patient durch die Umgebung der Intensivpflege oder inadäquate Ressourcen gefährdet ist, oder die gegen die Sicherheitsstandards sprechen.

3. INTENSIVPFLEGE UND DIE GESELLSCHAFT

Die/den Intensivpflegende nimmt an den Bemühungen der Profession teil, die Öffentlichkeit vor Fehlinformation oder Fehlrepräsentation zu schützen und erhält so die Integrität des Berufsbildes.

Die/der Intensivpflegende unterstützt zusammen mit anderen Gruppen im Gesundheitswesen oder in der Kommune die Gesundheitsbedürfnisse in der Öffentlichkeit.

Die/der Intensivpflegende vermeidet es, ihre/seine Qualifikation einseitig zur Förderung von Produkten einzusetzen, um die Unabhängigkeit professioneller Beurteilung nicht zu beeinträchtigen.

4. INTENSIVPFLEGENDE UND DIE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Die/der Intensivpflegende erhält kooperative Beziehungen zwischen Intensivpflegenden, Intensivmedizinerinnen und anderen Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen, Krankenhäusern und Einrichtungen die Interessen für Intensivpflege repräsentieren, aufrecht.

Die/der Intensivpflegende behandelt Kolleginnen und Kollegen mit Gerechtigkeit, Einheitlichkeit, Glaubwürdigkeit, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit und Aufrichtigkeit und trägt individuell dazu bei, die Kollegialität im Gesundheitswesen zu verbessern.

Die/der Intensivpflegende gibt Wissen, Erfahrungen und Fachautorität an Kolleginnen und Kollegen weiter, um die professionelle Kompetenz entsprechend der Bedürfnisse weiter zu entwickeln.

5. INTENSIVPFLEGE UND DIE PROFESSION

Die/der Intensivpflegende spielt eine maßgebende Rolle bei der Bestimmung und Verwirklichung wünschenswerter Standards für die Intensivpflegepraxis und -weiterbildung.

Die/der Intensivpflegende nimmt an Aktivitäten teil, die zur weiterführenden Entwicklung des beruflichen Fachwissens beitragen.

Die/der Intensivpflegende bemüht sich, den Berufsstand zu etablieren und Arbeitsbedingungen zu unterstützen, die einer qualitativ hochwertigen Intensivpflege dienlich sind.

Die/der Intensivpflegende informiert die zuständige Person oder Institution über jede gewissenhafte Beobachtung, die für die professionelle Praxis relevant ist.

10.3 Pflegeleitbild – LK Krems

"Pflege den Menschen - nicht seine Krankheit"

Wir erkennen, dass jeder Mensch Gesundheit und Krankheit individuell wahrnimmt und befassen uns mit den menschlichen Erfahrungen und Bedürfnissen welche mit Gesundsein und Kranksein, Krisensituationen und Behinderungen zu tun haben.

Wir fördern ihre Eigenverantwortung und Selbständigkeit und unterstützen sie bei der Bewältigung ihrer veränderten Lebenssituation.

Die individuelle, menschenwürdige Begleitung Schwerkranker, Sterbender und deren Angehörigen ist uns ein wesentliches Anliegen.

"Pflege macht sich ein Bild"

Pflege ist eine professionelle Tätigkeit, die einen eigenständigen, qualifizierten Bereich im Gesundheitssystem einnimmt.

Wir leisten qualitativ adäquate, zeitlich abgestimmte, geplante Pflege mit ausreichender Dokumentation zur Nachvollziehbarkeit.

Den Beziehungsprozess gestalten wir in Form von Bereichs / Bezugspflege. Wir sehen es als unsere Aufgabe, sie und ihre Angehörigen in den Pflegeprozess mit einzubeziehen, ihnen Informationen zum Verständnis ihrer Krankheit in Bezug auf pflegerische Leistungen zu geben und ihre Selbständigkeit zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern.

Durch regelmäßige Teambesprechungen, Fortbildungen, Weiterbildungen, rege Beteiligung

am fachlichen Austausch, Pflegevisite, Einhalten von gesetzlichen Vorgaben, Richtlinien und Standards ist eine kontinuierliche Qualität gewährleistet.

Jeder Mitarbeiter erfüllt seine Aufgaben eigenverantwortlich.

"Miteinander zum Erfolg"

Zusammenarbeit funktioniert in unserem Krankenhaus gut, da wir ein gemeinsames Ziel anstreben: Ihre Zufriedenheit.

Klar definierte Aufgabenbereiche der Mitarbeiter im Krankenhaus Krems ermöglichen unseren Erfolg durch gute Zusammenarbeit.

Wir erweisen uns gegenseitig Achtung, Wertschätzung und pflegen respektvollen Umgang miteinander.

Wir verpflichten uns Probleme nicht nur aufzuzeigen, zu beschreiben und zu analysieren, sondern auch gemeinsam konstruktive Lösungen anzustreben.

"Pflege beinhaltet die Fürsorge für Not und Verzweiflung"

Mit Mitgefühl und Toleranz, wahren wir individuelle Bedürfnisse und Ihre Würde.

Als Ihre unmittelbaren Ansprechpartner für Wünsche, Sorgen oder Ängste, bieten wir Ihnen Hilfestellung, im Rahmen unserer Möglichkeiten.

"Eine dynamische Führung wird durch ein dynamisches Team getragen"

Wir streben einen partnerschaftlichen Umgang miteinander an und respektieren die Persönlichkeit des Einzelnen, schaffen Atmosphäre, Offenheit und Vertrauen, auch zum Ziel der gegenseitigen Motivation.

Wir streben einen transparenten Führungsstil an, der alle Mitarbeiter in klare, dynamische Entscheidungsprozesse mit einbezieht.

Wir sehen Konflikte als berechtigten Ausdruck gegensätzlicher Interessen, die zu einer positiven Entwicklung beitragen können.

Wir verpflichten uns zur ständigen Weiterentwicklung der Qualität unserer Pflege, sowie der vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich und ökologisch zu nutzen.

"Ausblick"

Wir wissen, dass ein Pflegeleitbild kein starres Produkt ist, sondern immer wieder der Überarbeitung und Überprüfung bedarf, sowie sich an den jeweils neuen Bedingungen und Veränderungen orientiert.

10.4 Interviewleitfaden

In meiner Diplomarbeit geht es um ethisch-rechtliche Probleme am Lebensende bei nicht einwilligungsfähigen Patienten in der Intensivmedizin. In diesem Zusammenhang möchte ich die Einstellungen der Pflegepersonen zum Thema Therapiereduktion bzw. Therapieabbruch darstellen.

Zuerst einmal danke, dass du dir für dieses Gespräch Zeit genommen hast.

Ich verpflichte mich aufgrund der datenrechtlichen Bestimmungen, deine persönlichen Daten anonym zu behandeln.

Zu Beginn habe ich zwei demographische Fragen an dich:

- Wie lange bist du bereits auf einer Intensivstation tätig?
- Wie alt bist du?

1. Im Laufe deiner beruflichen Tätigkeit als Intensivschwester/Pfleger bist du sicher oft mit dem Thema Tod und Sterben konfrontiert. Wahrscheinlich hast du viele Patienten erlebt, bei denen nach einer Änderung des Therapieziels nicht mehr die Genesung im Vordergrund stand, sondern der Tod unausweichlich wurde.
Wenn du daran zurückdenkst – wie hast du diese Situationen der Therapiezieländerung erlebt und wie hast du dich dabei gefühlt?
2. Wovon hängt es ab, ob das Sterben für dich belastend ist bzw. du betroffen bist?
3. Wie bewältigst du diese emotional belastenden Situationen?
4. Da ich mich in meiner Diplomarbeit hauptsächlich mit dem nicht einwilligungsfähigen Patienten auseinandersetze, möchte ich nun auf den „mutmaßlichen Patientenwillen“ in Bezug auf den Therapieabbruch eingehen. Wie wird auf deiner Abteilung beim nicht einwilligungsfähigen Patienten vorgegangen um den mutmaßlichen Patientenwillen herauszufinden?
5. Eine Möglichkeit die Autonomie am Lebensende zu wahren ist die Erstellung einer Patientenverfügung. Welche Erfahrungen hast du mit Patientenverfügungen?
6. Inwieweit bist du geschult in Bezug auf Patientenverfügung?
7. Welchen Stellenwert hat die Patientenverfügung bei der Eruiierung des mutmaßlichen Patientenwillens?
8. Welche Rolle spielen die Angehörigen bei der Suche nach dem mutmaßlichen Patientenwillen?
9. Wenn du an die Angehörigengespräche zurück denkst, welche Inhalte hatten diese Gespräche?
10. Die Aufklärung der Angehörigen über die Prognose bzw. über die Änderung des Therapieziels obliegt dem Arzt. Wie verständlich glaubst du, ist die medizinische Aufklärung für die Angehörigen? Bist du bei diesen Gesprächen anwesend?
11. Wenden sich Angehörige nach solchen Gesprächen häufig mit Fragen über den Gesundheitszustand bzw. nach einem Therapierückzug an die Pflege?

12. Welche Rolle hat die Pflegeperson bei der Aufklärung der Angehörigen über den Therapierückzug?
13. Findest du es störend, dass du laut Gesetz keinerlei medizinischer Auskünfte erteilen darfst? Würdest du dir in diesem Punkt eine Gesetzesänderung wünschen?
14. Wie wird der Inhalt der Angehörigengespräche dokumentiert?
15. Die Entscheidung zum Therapieabbruch bzw. zur Therapiereduktion obliegt dem Arzt. Dieser benötigt jedoch Informationen um seine Entscheidung treffen zu können. Wie läuft die Entscheidungsfindung bei dir auf der Abteilung ab?
16. Wer ist an der Entscheidungsfindung beteiligt? Wer nimmt Einfluss auf die Entscheidung?
17. Bist du der Meinung, dass die Pflege die Entscheidungsfindung, ob eine Therapie weitergeführt oder abgebrochen wird, miteingebunden werden soll?
18. Welche Rolle kann die Pflege bei der Entscheidungsfindung übernehmen bzw. welchen Beitrag kann sie leisten?
19. Glaubst du, dass ausreichend Berufsgruppen an der Entscheidungsfindung beteiligt sind?
20. Wie siehst du die Notwendigkeit klinischer Fallbesprechungen, wo ein interdisziplinärer Austausch stattfindet?
21. Sind die Entscheidungen für dich verständlich und zum richtigen Zeitpunkt gestellt?
22. Wie zufrieden bist du mit der Einbindung der Pflege in den Entscheidungsprozess zum Therapieabbruch? Was würdest du gerne verändern?
23. Worin kann die Ursache nach deiner Meinung liegen, wenn Ärzte die Pflege in den Entscheidungsprozess nicht miteinbinden?
24. Was ist für dich besonders wichtig bei der Entscheidungsfindung?
25. Wie verändern sich die pflegerischen Maßnahmen nachdem die Entscheidung zum Therapierückzug getroffen wurde?
26. Welche Erfahrungen hast du mit Palliativmedizin und Sterbebegleitung?
27. Gibt es auf deiner Station Standards für den Therapieabbruch oder für Sterbebegleitung?
28. Gibt es bei der Entscheidung zum Therapieabbruch von deiner Seite Zweifel, oder entstehen bei diesen Entscheidungen Konflikte?
29. Im Rahmen der palliativen Versorgung werden dem Patienten oft hochdosiert Schmerzmittel verabreicht. Wer kontrolliert die Dosierung? Hast du Bedenken wenn Morphin das Leben des sterbenden Patienten eventuell verkürzt?
30. Ein weiteres Problem der Intensivmedizin ist sicher, dass die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens beschränkt sind. Es stellt sich hierbei die Frage ob die finanziellen Mittel bei jüngeren Patienten nicht sinnvoller genutzt werden können. Wie stehst du dazu, dass ab einem gewissen Alter keine bzw. nur mehr eingeschränkt intensivmedizinische Therapien durchgeführt werden sollen?
31. Die Entscheidungen zum Therapierückzug bzw. zum Therapieabbruch sind ethische und rechtliche Entscheidungen, die ein ethisches und rechtliches Hintergrundwissen notwendig machen. Findest du, dass Intensivpflegepersonen im Rahmen der

Ausbildung (Grundausbildung/ Intensivkurs) ausreichend ethisches und rechtliches Hintergrundwissen zu dem Thema Entscheidungen am Lebensende besitzen? Was würdest du dir wünschen?

32. Werden an deinem Arbeitsplatz Fortbildungen zu dem Thema ethisch-rechtliche Entscheidungen am Lebensende angeboten?

33. Was würdest du dir in Bezug auf das Thema Fortbildung wünschen?

Gibt es noch etwas das du zu diesem Thema noch gerne ansprechen würdest?

Ich danke dir, dass du dir Zeit genommen hast für dieses Interview.

10.5 Transkriptionsregeln

In dieser Diplomarbeit werden bei der Transkription Sonderzeichen nach Kallmeyer und Schütze verwendet, da auf diesem Weg Ausdrucksweisen und nicht sprachliche Äußerungen festhalten werden können und zusätzlich wichtige Informationen zu den wörtlichen Transkripten liefern können (vgl. Mayer, 2002, S. 164).

(,) = kurzes Absetzen einer Äußerung

... = mittlere Pause

(Pause) = lange Pause

(?) = Frageintonation

(Lachen) = Charakterisierung von nicht-sprachlichen Vorgängen

(..),(...) = Unverständliches

10.6 Lebenslauf

Eveline Böhacker

Schulbildung	1981 – 1985 Volksschule Hadersdorf
	1985 – 1989 Hauptschule Langenlois
	1989 – 1991 Handelsschule Krems
	1991 – 1994 Krankenpflegeschule Krems/Donau
Beruflicher Werdegang	seit 1994 Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenschwester auf der Internistischen Intensivstation des Landeskrankenhauses Krems/Donau
Aus- und Weiterbildungen	2001 Sonderausbildung in der Intensivpflege an der Akademie für Fort- und Sonderausbildung Wien
	2000 – 2003 Berufsreifeprüfung VHS Krems/Donau
	seit 2004 Individuelles Diplomstudium Universität Wien